

The background is an abstract painting with a rich, textured surface. It features a central vertical band of lighter, golden-brown color, flanked by darker, more saturated reds and browns. The texture is reminiscent of thick oil paint or a coarse canvas, with visible brushstrokes and a sense of depth. The overall mood is warm and contemplative.

Anna Trzcieniecka-Green

Wczesna interwencja
psychologiczna
w chorobie
niedokrwiennej serca
i jej terapeutyczne znaczenie

Wczesna interwencja psychologiczna w chorobie niedokrwiennej serca

i jej terapeutyczne znaczenie

Anna Trzcieniecka-Green

Wczesna interwencja psychologiczna
w chorobie niedokrwiennej serca
_____ i jej terapeutyczne znaczenie



Kraków 2014

© Copyright by Anna Trzcieniecka-Green, Kraków 2014

Recenzenci:

prof. dr hab. Piotr Oleś

dr hab. Krzysztof Mudyń

Opracowanie redakcyjne:

Justyna Bachniak

Projekt okładki:

Emilia Dajnowicz

Na okładce wykorzystano reprodukcję dzieła Piotra Schneidera *Tryptyk III* (olej na płótnie)

ISBN 978-83-7638-446-7

KSIEGARNIA AKADEMICKA

ul. św. Anny 6, 31-008 Kraków

tel./faks: 12 431 27 43, 12 421 13 87

e-mail: akademicka@akademicka.pl

Księgarnia internetowa:

www.akademicka.pl

*Książkę tę poświęcam pamięci moich Rodziców
Dzięki nim moje serce bije*

Spis treści

Wprowadzenie	7
I. Medyczne i psychologiczne aspekty choroby niedokrwiennej serca	11
1. Choroba niedokrwienno serca – obraz kliniczny i przyczyny.....	11
1.1. Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca.....	15
1.2. Leczenie farmakologiczne i interwencje chirurgiczne	16
1.3. Rehabilitacja i prewencja w chorobie niedokrwiennej serca	18
2. Czynniki psychologiczne w chorobach serca.....	23
2.1. Psychologiczne czynniki ryzyka	23
2.1.1. Zaburzenia depresyjne.....	23
2.1.2. Zaburzenia lękowe.....	28
2.1.3. Osobowość i/lub wzór zachowania	31
2.1.4. Brak wsparcia społecznego / społeczna izolacja.....	37
2.1.5. Niski status społeczno-ekonomiczny.....	39
2.1.6. Stres chroniczny i ostry.....	41
II. Psychologiczne modele analizy choroby niedokrwiennej serca	51
1. Reakcja na chorobę.....	51
2. Behawioralne immunogeny, czyli czynniki psychospołeczne redukujące ryzyko choroby.....	57
3. Odporność w obliczu przeciwności (<i>hardiness</i>)	57
4. Salutogenetyczny model Aarona Antonovsky'ego. Rola poczucia koherencji w przystosowaniu do życia z chorobą	59
5. Paradygmat elastyczności (Rozanski, Kubzansky, 2005)	62
6. Pozytywne czynniki psychologiczne a sytuacja stresu.....	66
7. Przesłanki do stosowania interwencji psychologicznej we wczesnej fazie rehabilitacji i wtórnej prewencji u pacjentów z chorobą niedokrwienno serca ..	67
III. Interwencja psychologiczna – jaka i dla kogo?	69
1. Rodzaje interwencji psychospołecznych w rehabilitacji i wtórnej prewencji pacjentów cierpiących na chorobę wieńcową.....	69
2. Relaksacja jako technika radzenia sobie ze stresem.....	74
3. Wieloczynnikowe programy dla pacjentów kardiologicznych	78
4. Przyczyny wystąpienia zawału w opinii pacjentów (badania pilotażowe)	83
5. Człowiek w zawale – omówienie wyników badań.....	88
6. Interwencja psychologiczna – dotychczasowe cele i rys historyczny	92

IV. Wpływ wczesnej interwencji psychologicznej na stan emocjonalny pacjentów po zawałach i pomostowaniu naczyń wieńcowych	95
1. Badania pilotażowe.....	95
1.1. Opis grupy badanej	96
1.2. Przebieg badań i narzędzia diagnostyczne.....	97
1.3. Opis zastosowanego programu interwencji psychologicznych	99
1.4. Wyniki.....	100
1.5. Omówienie wyników	102
1.6. Wnioski	103
2. Badania z grupą eksperymentalną, kontrolną i porównawczą	103
2.1. Cel badań i hipotezy.....	103
2.2. Procedura eksperymentalna	104
2.3. Charakterystyka badanych grup pacjentów.....	106
2.4. Zmiana napięcia po sesji relaksacyjnej.....	106
2.5. Dynamika nastroju ze względu na grupę i rodzaj choroby.....	107
3. Wyniki badań – etap drugi.....	121
3.1. Metody analizy	121
3.2. Analizy dotyczące wpływu zmiennych ubocznych.....	132
3.3. Analizy z katamnezą (bez grupy porównawczej)	133
3.4. Analizy bez katamnezy z grupą porównawczą	134
4. Dyskusja	135
4.1. Wyniki badań w grupie eksperymentalnej i kontrolnej (z katamnezą)	135
4.2. Wyniki badań w grupie eksperymentalnej, kontrolnej i porównawczej – bez katamnezy	138
4.3. Badanie czynników różnicujących reakcję na interwencję psychologiczną	139
4.4. Czynniki ograniczające możliwości generalizacji przedstawionych wyników	140
4.5. Ogólne uwagi na temat interwencji psychologicznej	141
Aneks.....	149
Wykaz rycin, tabel i wykresów	165
Bibliografia	169
Indeks osobowy	193
Podziękowania	197
Summary	199

Wprowadzenie

W kulturze europejskiej, a także w języku polskim, serce uważane jest za niezwykle ważny organ wewnętrzny, warunkujący życie, rozwój i działalność człowieka. Stanowi inspirację dla wielu metafor i porównań. Mówimy na przykład: „leży mi to na sercu”, „wkładam w to całe serce”, „to mu złamało serce”. Motyw serca pojawia się w wielu wybitnych dziełach literackich i plastycznych różnych epok. W Biblii występuje wielokrotnie, w różnych miejscach, poczynając od Księgi Rodzaju, gdzie przypisuje mu się ogromne znaczenie mistyczne. Wielu starożytnych i średniowiecznych filozofów, włącznie z Arystotelesem, uznawało serce za siedzibę myśli, rozumu i uczuć. Intuicja artystów i filozofów znalazła potwierdzenie w ustaleniach medycyny, które dowodzą istotności tego organu dla funkcjonowania człowieka. Choroba serca powoduje wiele negatywnych konsekwencji nie tylko na poziomie fizjologii, ale także psychiki.

Choroba niedokrwienna serca należy do chorób układu krążenia, stanowiących w krajach Europy i Ameryki Północnej najczęstszą przyczynę zgonu. Jej występowaniu sprzyja współczesny styl życia, poziom stresu, brak aktywności fizycznej i sposób odżywiania człowieka. Odkrycia współczesnej medycyny zaowocowały znacznym ulepszeniem procedur diagnozy i terapii, co przyczyniło się do zmniejszenia liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca. Również czas pobytu w szpitalu pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego uległ skróceniu i obecnie najczęściej nie przekracza 6–8 dni.

Paradoksalnie, postęp w dziedzinie opieki medycznej i sposobów leczenia przyniósł jednocześnie deteriorację w sferze jednego z najbardziej istotnych czynników leczących – kontaktu lekarza z pacjentem. Krótki okres pobytu pacjenta w szpitalu, duża liczba chorych przebywających na oddziale, a także powszechne zastosowanie coraz bardziej wyspecjalizowanych technicznie procedur diagnostycznych i leczniczych (jak koronarografia, przeszczepna angioplastyka, pomostowanie naczyń wieńcowych) powodują, że lekarz ma bardzo mało czasu na osobisty kontakt z pacjentem.

Liczne badania nad czynnikami ryzyka w chorobie wieńcowej (Stephens, Willemsen, 2002; Williams, Barefoot, Schneiderman, 2003) wskazują na to, że

z wyjątkiem obciążenia na tle rodzinnym, wieku i płci, większość z nich jest ściśle związana z zachowaniem i stylem życia pacjenta. Jak wynika z badań przedstawionych w rozdziale pierwszym niniejszej pracy, stan emocjonalny pacjenta, jego przekonania na temat choroby oraz własnych możliwości wpływu na jej przebieg stanowią istotny czynnik w procesie leczenia, podobnie jak relacja z lekarzem prowadzącym. Bishop (2000) twierdzi, że przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów należy do największych problemów współczesnej medycyny. Znaczący procent pacjentów nie stosuje się do zaleceń nawet w przypadku przyjmowania antybiotyków, które to leczenie trwa krótko i nie jest specjalnie obciążające. W przypadku chorób przewlekłych, w których zmiany zachowania muszą być wprowadzone na stałe, stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, jego aktywny udział w leczeniu i wspólna z lekarzem odpowiedzialność za jego przebieg mają podstawowe znaczenie. Celem prewencji choroby niedokrwiennej serca jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia poważnych incydentów wieńcowych i powikłań miażdżycy w innych łóżyiskach naczyniowych, zarówno u pacjentów z jawną klinicznie chorobą wieńcową, jak u osób bez miażdżycy tętnic, ale należących do grupy wysokiego ryzyka (Giec, red., 2000). Ze względu na obecność psychospołecznych czynników ryzyka w tej chorobie, współczesna prewencja powinna być połączona z interwencją psychologiczną, ukierunkowaną na poprawę funkcjonowania pacjenta w sytuacji choroby przewlekłej.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat opublikowano wiele badań dotyczących psychospołecznych czynników ryzyka w chorobie wieńcowej oraz interwencji psychologicznych ukierunkowanych na ich modyfikację. Badania te zostaną przedstawione w rozdziale II. Ponieważ palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie i wysoki poziom cholesterolu we krwi zostały uznane za czynniki ryzyka (zarówno w przypadku pierwszego zawału mięśnia sercowego jak i wobec możliwości nawrotu), początkowo celem programów rehabilitacji kardiologicznej było skłonienie pacjentów do zaprzestania palenia, wykonywania regularnych ćwiczeń fizycznych i utrzymania właściwego sposobu odżywiania. W miarę jak pojawiały się nowe koncepcje dotyczące udziału psychologicznych czynników ryzyka w chorobie niedokrwiennej serca, powstawały też nowe programy mające na celu zmianę określonego wzoru zachowania, poznawczej oceny sytuacji choroby czy stylu i strategii radzenia sobie ze stresem. Zostaną one szerzej omówione w rozdziale odnoszącym się do rodzajów interwencji psychologicznych w chorobie niedokrwiennej serca.

Pomimo ponawianych prób nie udało się dotychczas stworzyć programu interwencji, która w procesie rehabilitacji i wtórnej prewencji pozwoliłaby uzyskać wyraźną poprawę – nie tylko nastroju i samopoczucia psychicznego, ale

także stanu fizycznego uczestników. W najlepszym wypadku wyniki kolejnych interwencji ukierunkowanych na poprawę rokowań pacjentów kardiologicznych są niespójne. Niemal wszystkie oddziaływania psychologiczne podejmowane dotychczas adresowane były do pacjentów, którzy zostali już wypisani ze szpitala. Rozpoczynano je od trzech tygodni do trzech miesięcy po zakończeniu pobytu pacjentów w szpitalu, ze względu na dynamiczne zmiany i wahania nastroju występujące w okresie hospitalizacji i tuż po niej. Uważano, że proces spontanicznych zmian nastroju może się nakładać na zmiany zachodzące na skutek interwencji i zaciemniać ich obraz (Rees i in., 2004). Niniejsza praca proponuje nowe podejście – interwencję w okresie leczenia szpitalnego, podejmowaną w momencie, kiedy pacjent jest medycznie (co nie znaczy, że psychicznie i emocjonalnie) stabilny. Badania własne prowadzone były w grupie pacjentów po zawałach i po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych w celu stwierdzenia, czy pacjenci z obu grup reagują podobnie na wczesną interwencję psychologiczną. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniach pacjenci byli losowo przydzieleni do grupy eksperymentalnej (poddanej interwencji), kontrolnej i porównawczej (poddanej interwencji po upływie trzech miesięcy od zawału czy operacji). Porównywano dynamikę zmian w grupie eksperymentalnej i kontrolnej w trzech pomiarach (przed rozpoczęciem interwencji, po jej zakończeniu oraz w odstępie dwunastu miesięcy od zakończenia). Dodatkowo, w celu ustalenia, czy ta sama interwencja może mieć podobne skutki, jeśli wprowadzi się ją po pewnym czasie, porównywano grupę eksperymentalną i kontrolną z grupą porównawczą, w której tę interwencję zastosowano po upływie trzech miesięcy. Zastosowana interwencja jest prosta i mało kosztowna – wymaga jedynie zaopatrzenia pacjentów w odtwarzacze, dzięki którym mogą słuchać nagranej relaksacji z elementami wizualizacji kilkakrotnie w ciągu dnia. Ponieważ interwencja ta nie wymaga aktywnego wysiłku ze strony pacjenta, można ją bezpiecznie stosować wobec pacjentów hospitalizowanych, a także tych, którzy nie mogą uczestniczyć w opartych na ćwiczeniach fizycznych programach rehabilitacyjnych.

Dalsza część niniejszej pracy będzie dotyczyła medycznych i psychologicznych aspektów choroby niedokrwiennej serca. Będzie w niej mowa o czynnikach ryzyka oraz o konsekwencjach choroby. Przedstawione zostaną również dotychczasowe badania nad interwencjami mającymi zredukować psychologiczne czynniki ryzyka w chorobie niedokrwiennej serca, a także wyniki badań własnych nad stworzoną przez autorkę interwencją psychologiczną.

Ellen A. Dornelas w przedmowie do redagowanej przez siebie książki *Stress Proof the Heart* („Uodpornić serce na stres”) pisze:

Interesująca monografia Anny Trzcienieckiej-Green sytuuje się na pograniczu psychologii i medycyny. I jest to pierwszy wielki atut tej pracy. Autorka łączy specjalistyczną wiedzę na temat choroby niedokrwiennej serca z próbą sprawdzenia skuteczności psychologicznego oddziaływania na pacjentów kardiologicznych. Wyjaśnia mechanizmy i uwarunkowania obserwowanych zjawisk i rejestrowanych podczas badania zmian. Doskonale łączy wiedzę z zakresu medycyny i psychologii z zacięciem badaczki śmiało eksplorującej nowe obszary problemowe.

Drugi wielki atut książki to nowatorski program badawczy oraz oryginalny projekt oddziaływania na zmianę nastroju i obniżenie napięcia psychicznego pacjentów za pomocą technik relaksujących. Zaproponowana technika relaksacyjna – jak wynika z badań – wpływa na całościowo rozumianą kondycję psychiczną badanych, przyczyniając się nie tylko do obniżenia napięcia, które – jak wiadomo – ma bardzo istotne znaczenie w chorobie niedokrwiennej serca, ale także niejako modelując dalsze zachowania prozdrowotne pacjentów.

Trzeci wreszcie atut monografii to wartość aplikacyjna przeprowadzonych badań. Wiemy już nie tylko, że sfera psychiczna odgrywa rolę w chorobie niedokrwiennej, i nie tylko rozumiemy znaczenie osobowości i zachowania w etiologii tych chorób [...], ale zyskujemy naukowo potwierdzony sposób oddziaływania, który znajduje wprost zastosowanie w całościowej koncepcji leczenia.

Z recenzji prof. dr. hab. Piotra Olesia



www.akademicka.pl

ISBN 978-83-7638-446-7



9 788376 138446