

Stanisław Siek

O niektórych problemach psychologii klinicznej w zastosowaniu do rehabilitacji kardiologicznej

Studia Philosophiae Christianae 6/2, 121-148

1970

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

STANISŁAW SIEK
Instytut Kardiologii AM w Warszawie

O NIEKTÓRYCH PROBLEMACH PSYCHOLOGII KLINICZNEJ W ZASTOSOWANIU DO REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

- I. Problem diagnostyki psychologicznej w rehabilitacji kardiologicznej.
- II. Psychoterapia i cele normatywne w rehabilitacji kardiologicznej.
- III. Przykłady praktycznego zastosowania diagnostyki psychologicznej i psychoterapii do rehabilitacji kardiologicznej.

Psychologia kliniczna jest działem psychologii stosowanej zajmującym się problematyką przystosowania jednostki. Istnieją różne określenia ustalające węższy lub szerszy zakres działalności psychologa klinicznego: pomoc w diagnostyce i terapii chorób psychicznych, wszechstronne badanie indywidualnego życia psychicznego jednostki, diagnostyka i korekcja przystosowania jednostki (Lewicki, 1969, 15). To ostatnie ujęcie jest najczęściej przez psychologów praktyków przyjmowane i ono będzie podstawą dalszych rozważań.

Działalność psychologa klinicznego w ramach rehabilitacji kardiologicznej obejmuje dwie grupy czynności: zabiegi diagnostyczne i psychoterapeutyczne. Diagnostyka życia psychicznego jednostki może przybierać różne formy — oceny, mierzenia, rozumienia. Ocena polega na ustaleniu charakterystycznych dla danej jednostki cech osobowości i reakcji przystosowania. Mierzenie jest próbą ustalenia „siły” poszczególnych cech i reakcji w stosunku jednej cechy do drugiej lub w porównaniu

z innymi osobami. Rozumienie jest próbą ustalenia czynników determinujących osobowość jednostki i jej formy przystosowania.

I. Problem diagnostyki psychologicznej w rehabilitacji kardiologicznej

Problem diagnostyki w psychologii klinicznej obejmuje dwa etapy: etap zbierania informacji o osobowości i przystosowaniu i etap interpretacji tych informacji. Zbieranie informacji odbywa się przez stosowanie rozmaitych metod i technik oceny oraz mierzenia życia psychicznego. Są to wywiady, arkusze obserwacyjne, kwestionariusze, inwentarze osobowości, skale ocen, testy oceniające i mierzące uzdolnienia i sprawności, testy projekcyjne, przyrządy do eksperymentów laboratoryjnych oraz określone elementy sytuacji życiowych do przeprowadzania eksperymentów naturalnych (Horrocks, 1965; Melli, 1967; Thorndike, 1955).

W ostatnich trzech dziesiątkach lat ukazało się wiele prac doświadczalnych usiłujących ocenić strukturę osobowości i reakcje przystosowania chorego na zawał serca, osobowość chorego na nadciśnienie, wpływ czynników psychicznych na genezę i obraz choroby. Przykładowo wymienię tu pionierskie badania Dunbar, przeprowadzone na terenie Niemiec prace Aresin (Aresin, 1960), badania Fischera nad psychicznymi czynnikami chorób układu krążenia (Fischer, 1963), prace Friedmana i Rosemana nad typami reakcji zachowania pacjentów z chorym układem krążenia (Friedman, Roseman, 1960, Friedman, Roseman, 1959), prace Instytutu Kardiologii AM w Warszawie nad osobowością chorego ze świeżym zawałem serca (Askanas i in., 1965; Askanas i in., 1966).

Stosowane środki diagnostyki psychologicznej różnią się pod względem wartości diagnostycznej i wartości funkcjonalnej. Wartość ta zależy zarówno od metody jak i od przedmiotu jej badania. Im cecha osobowości jest bardziej prosta i jednorodna, tym łatwiej i tym bardziej obiektywnie można ją zmierzyć.

Do takich cech należą, np.: uwaga, pamięć, czas reakcji. Im cecha osobowości jest bardziej złożona i niejednorodna, tym trudniej ją obiektywnie ocenić i zmierzyć. Przykładem takich cech mogą być potrzeby psychiczne, postawy uczuciowe, mechanizmy obronne. W procesie przystosowania, w funkcjonowaniu osobowości te złożone cechy odgrywają decydującą rolę.

Wartość funkcjonalna metody psychologicznej zależy od czasu, jaki zużywa się na jej zastosowanie, od nakładu energii badanego i badającego zużywanej podczas badania oraz od warunków specjalnych, jakich wymaga jej stosowanie. Tu znów, najczęściej, występuje określona prawidłowość — im bardziej badana cecha psychiczna jest złożona, a metoda obiektywna, tym bardziej pogarsza się wartość funkcjonowania metody. Na przykład, badanie Wielowymiarowym Inwentarzem Osobowości, tzw. testem MMPI, który bada 8 złożonych syndromów, trwa około 2 godzin, a analiza wyników dalszą godzinę. Badanie testem Cattella, który ocenia i mierzy 16 złożonych czynników osobowości, trwa około 2 godzin, interpretacja ponad godzinę. Sytuację doboru środków diagnostycznych komplikuje dodatkowo fakt, że istnieją metody funkcjonalne o dostatecznej wartości diagnostycznej, ale nie posiadają należycie opracowanych podstaw teoretycznych. Nie podają, jakie „wewnętrzne połączenia” zachodzą między bodźcem a reakcją psychiczną. Przykładem takich metod są tzw. testy projekcyjne, jak test Rorschacha, TAT, Wartegga (Horrocks, 1965, 608—620). Zatem psycholog kliniczny pracujący w rehabilitacji kardiologicznej musi liczyć się z ograniczonymi możliwościami diagnostycznymi uzależnionymi od tego, czy przedmiotem oceny mają być cechy osobowości względnie proste, czy złożone — musi także liczyć się z możliwością kompromisu między wartością diagnostyczną a wartością funkcjonalną metody badań.

Drugi etap diagnostyki psychologicznej jest interpretacją informacji uzyskanych przez stosowanie rozmaitych metod badania życia psychicznego. Interpretacja, z grubsza biorąc, polega na przekładaniu informacji z języka metod diagnostycz-

nych na język teorii struktur osobowości oraz na język teorii funkcjonowania osobowości względnie teorii przystosowania. Teorie struktury osobowości i teorie przystosowania pełnią u psychologa klinicznego podobną rolę, co jednostki chorobowe i podręczniki fizjologii organizmu u lekarza. Pozwalają one powiązać informacje uzyskane z różnych źródeł w określone jednostki poznawcze i funkcjonalne.

Współczesny psycholog kliniczny może posługiwać się kilkoma grupami teorii struktur osobowości i kilkoma różnymi teoriami przystosowania. I tak można posługiwać się teoriami psychoanalitycznymi, które wyróżniają trzy podstawowe elementy struktury osobowości — id, ego i superego, a nadto 4 typy „charakterów” oralny, analny, falliczny i genitalny (Blum, 1964). Można interpretować informacje w oparciu o tzw. teorie czynnikowe, jak np.: teoria Cattella, czy teoria Eysencka. Cattell wyróżnia w strukturze osobowości 16 dwubiegunowych czynników, np.: schizotypia — cyklotypia, dojrzałość emocjonalna — neurotyczność, dominowanie — uległość, wysokie napięcie ergiczne — niskie napięcie ergiczne (Cattell, 1965). Można posługiwać się także teoriami tradycyjnymi, takimi jak np.: teoria Lerscha, czy teoria Rempleina. Wyróżniają one w strukturze osobowości różne warstwy i takie elementy jak temperament, charakter, uzdolnienia, witalizm, postawy, wyższe i niższe potrzeby oraz dążenia. [Remplein, 1956]. Podstawą interpretacji mogą być, wreszcie, teorie typów i teorie eklektyczne — łączące w sobie elementy różnych grup teorii. Wśród teorii typów wyróżniamy teorię Junga (typy ekstrawertywny i introwertywny), teorię Kretschmera (typy temperamentu schizotypicznego, cyklotypicznego i wiskozyjnego; z kolei w każdym temperamencie wyróżnia jeszcze Kretschmer osobne grupy zwane charakterami, np.: typ charakteru życiowego realisty i praktyka, typ chłodnego arystokraty, typ obcego świata idealisty i (Hall-Lindzey, 1965, 59—76; Nuttin, 1968, 176—214), teorię temperamentów Heymansa (Nuttin, 1968, 121—143).

Podobna różnorodność występuje przy poszukiwaniu podsta-

wy teoretycznej dla interpretacji informacji o funkcjonowaniu osobowości i procesach przystosowania. Przykładowo wymienię teorie psychoanalityczne, jak Freuda, czy neopsychodynamiczne, jak Sullivana, teorię logoterapii i analizy egzystencjalnej Frankla, teorię hierarchii potrzeb psychicznych Masłowa, Teorię Karen Horney, teorię Dollarda i Millera (Lindzey, Hall, 1965; Blum 1964; Masłow, Mittelman, 1941; Marx, Hillix, 1963). Każda z wymienionych tu teorii struktury i teorii funkcjonowania osobowości może być przyjęta za podstawę do interpretacji informacji o osobowości dla celów rehabilitacji kardiologicznej. Każda też ma swoje zalety i wady. I tak teorie czynnikowe, zwłaszcza teoria Cattella, nadaje się dobrze do diagnostyki grupowej, a mniejszą wartość posiada jako narzędzie diagnostyki jednostki. Dzieje się tak dlatego, że operuje ona dużymi syndromami cech, a nie pojedynczymi cechami, czy małymi zespołami objawów. Jej zaletą jest empiryczna podstawa konstrukcji i stosunkowo dobra metoda diagnostyczna, jaką jest test Cattella.

Podobną trudność napotykamy przy posługiwaniu się w diagnostyce pojęciem typu. Typ przybliża do siebie grupę ludzi pod kątem pewnym cech, ale nie odgranicza ich od siebie jednoznacznie. Jest to grube narzędzie diagnostyczne, bardzo przydatne w grupie ale mające mniejszą wartość przy diagnostyce jednostki. Sytuację dodatkowo utrudnia fakt, że nie ma typów czystych, a struktura osobowości przeciętnego człowieka jest zwykle mieszaniną cech kilku typów.

Również klasyczna psychoanaliza jest, jako teoria struktury osobowości, mało precyzyjnym narzędziem scalenia informacji o osobowości. Na przykład, pojęcie id jest wieloznaczne; jest zbiorem cech nieaprobowanych przez określone grupy społeczne, rezerwuarem energii i ośrodkiem takich tendencji, jak bierność, empatia, indolencja (Blum, 1964, 30—32; Murray, 1953, 135—141).

Wydaje się, że najodpowiedniejszym narzędziem służącym za podstawę scalania informacji o strukturze osobowości, które można zastosować dla celów rehabilitacji, jest jakaś eklekty-

czna teoria struktury osobowości, która przyjmuje sprawdzone praktyką oraz badaniami naukowymi hipotezy i rozwiązania różnych systemów psychologicznych. Istnieją 3 takie teorie, które często służą do badań eksperymentalnych o charakterze bardziej ogólnym, jak i badań klinicznych mających cele praktyczne. Są to teorie Allporta, Murphy, Murraya (Lindzey, Hall, 1965, 229—249, 513—520; Murray, 1953).

Teoria Murraya wydaje się być najlepszą podstawą dla interpretacji wyników badań w rehabilitacji kardiologicznej. Przyjmuje ona, mające sprawdzoną wartość praktyczną i heurystyczną, niektóre rozwiązania systemów psychoanalitycznych, koncepcje intro- i ekstrawersji, koncepcję trójczłonowego podziału struktury osobowości na 3 czynniki, ujmuje osobowości jako produkt interakcji zachodzącej w ciągu życia jednostki między determinantami biologicznymi i społecznymi, poświęca wiele uwagi fizjologii układu nerwowego, grze hormonalnej, naciskom społecznym.

Teoria Murraya nawiązuje do tradycyjnych, przyjętych pojęć w psychologii, jak — potrzeba psychiczna, mechanizm obronny, postawa, nie tworząc neologizmów jak, np.: teoria Cattella (erg, surgencja, desurgencja). Nawiązuje do systemów behaviorystycznych i do niektórych koncepcji psychologii pola Lewina (pojęcie nacisku psychicznego). Jest dobrym narzędziem dla badań klinicznych, ponieważ daje obraz struktury osobowości w postaci 44 elementów, które są jasno przedstawione w grupach objawów zewnętrznego zachowania jako reakcje motoryczne, słowne i emocjonalne. Elementy struktury osobowości według teorii Murraya można badać szeregiem metod o dobrej wartości diagnostycznej i funkcjonalnej jak, np.: kwestionariusz E. Edwardsa, kwestionariusz Steina, test Gougha, TAT (Murray, 1953, 36—242; Horrocks, 1965, 537—544).

Wydaje się, że najwłaściwsza droga diagnostyczna dla celów rehabilitacji kardiologicznej polega na zbliżeniu środków diagnostyki psychologa do środków diagnostyki lekarza. A więc, diagnostykę emocji oprzeć o znajomość korelatów fizjologicz-

nych. Wiadomo, że np. w stanach stressu wzrasta poziom cholesterolu we krwi. [Friedman, 1959, 1960]. Korzystnym byłoby wprowadzenie do diagnostyki prostych przyrządów, które pozwolą reakcje psychiczne nie tylko ocenić, ale i zmierzyć. Mam tu na myśli pletysmografy, urządzenia do badania refleksu psychogalwanometrycznego. Droga taka polega także na stosowaniu obserwacji systematycznej w określonych odcinkach czasu oraz przy różnych zabiegach w szpitalu, obserwacji za pomocą telewizji, czy kamery filmowej. Zasadą w diagnostyce osobowości dla celów rehabilitacji kardiologicznej powinno być łącznie kilka sposobów podejścia. Idealem byłoby, aby każda cecha osobowości była oceniana za pomocą testów projekcyjnych, za pomocą obiektywnej obserwacji lub wskazań przyrządów i wreszcie, za pomocą wypytywania zarówno w postaci wywiadów jak i wystandaryzowanych kwestionariuszy oraz skal ocen, np.: kwestionariusze Steina, Edwardsa, skala przystosowania do chorób serca Raumbaugh'a i wiele innych. Ilość i jakość cech osobowości, które mają być poddane ocenie, zależy od celów normatywnych, jakie sobie stawia rehabilitacja kardiologiczna i od przyjętych koncepcji funkcjonowania osobowości i przystosowania.

Na jedną rzecz należy, jednak, zwrócić uwagę, mianowicie na zagadnienie wydolności psychicznej chorego, na funkcjonowanie jego osobowości podczas wykonywania intensywnego wysiłku psychicznego. Powinny być badane co najmniej 3 rodzaje wysiłku: prosty wysiłek przy wykonywaniu dłuższej trwającej pracy, jak np.: przy rozwiązywaniu tekstu Kraepelina, wysiłek w pracy o charakterze półtwórczej, problemowej taki, jak przy badaniu testami inteligencji oraz wysiłek przy rozwiązywaniu zagadnień zupełnie nowych. Jest to ważne i dotychczas za mało doceniane zagadnienie — podkreśla się w etiologii zawału niesprzyjające działanie czynników psychicznych (Friedman, Roseman, 1960; Fisher, 1963; Askanas i in., 1966), a nikt dotychczas nie próbował metodycznie ocenić zachowania chorego na zawał serca w czasie „obciążenia” wysiłkiem psychicznym.

II. Psychoterapia i cele normatywne w rehabilitacji kardiologicznej

Psychoterapię można najogólniej określić jako celowe i świadome stosowanie środków psychologicznych w celu wywołania w życiu psychicznym jednostki określonych zmian. Jakże to mają być zmiany, określają cele normatywne psychologii klinicznej.

Celami normatywnymi zajmują się teorie przystosowania, teorie zdrowia psychicznego, teorie polityczne, teorie filozoficzne (np.: egzystencjalizm, stoicyzm), religie i ruchy społeczno kulturalne. Wśród licznych teorii przystosowania, teorii zdrowia psychicznego, teorii sprawnie funkcjonującej osobowości, można wyróżnić 3 grupy celów normatywnych: 1. usunięcie psychicznych struktur i reakcji o charakterze regresyjnym, 2. zapewnienie optymalnego, z punktu zużycia energii psychicznej i uzyskiwanych efektów, funkcjonowania osobowości, 3. maksymalny rozwój potencjalnych możliwości osobowości jednostki.

Poszczególne teorie przystosowania mogą brać za punkt wyjścia jeden, dwa lub trzy z wymienionych celów. Przykładem teorii, w których dominuje pierwszy z wymienionych celów, są teorie psychoanalityczne i neopsychanalytyczne. Zdaniem Freuda, Abrahama, Ferencziego, Sullivana struktura osobowości każdego człowieka przechodzi przez określone fazy rozwojowe, tworząc określone typy charakterów: oralny, analny, faliczny, genitalny. Jeżeli cechy jakiegoś typu charakteru, za wyjątkiem genitalnego, utrwały się nadmiernie i determinują zachowanie, można mówić o zahamowaniach rozwojowych i, regresji struktur osobowości. I tak, regresje charakteru oralnego przejawiają się jako wzmożona potrzeba opieki, oparcia, bierność, zależność, pragnienie akceptacji, sympatii, przyjmowanie postaw człowieka nastawionego tylko na branie. Regresje charakteru analnego przejawiają się jako nadmierna oszczędność, sknerstwo, upór, pedanteria, drażliwość, przesadna drobiazgowość i agresywność. Regresje charakteru falicznego

nego mogą przejawiać się jako wzmożona i niekrytyczna ambicja, przesadne dążenie do współzawodnictwa, skłonności ekshibicjonistyczne, impulsywność (Blum, 1964, 37—42, 69—75, 85—90).

W przypadku, kiedy diagnoza wykaże istnienie w osobowości człowieka dorosłego cech o charakterze regresyjnym, celem normatywnym oddziaływania psychoterapeutycznego jest tzw. charakter genitalny, który stanowi zespół wszystkich cech charakterów poprzednich faz rozwojowych, ale stonowanych, realistycznie i twórczo przejawiających się zgodnie z zasadą realistycznego poczucia rzeczywistości.

Przykładem normatywnej teorii osobowości, która wychodzi z zasady optymalności funkcjonowania, jest teoria Masłowa. Masłow wylicza szereg cech osobowości samoaktualizującej się i sprawnie funkcjonującej. Należą do nich, między innymi, naturalność i spontaniczność zachowania, poczucie bezpieczeństwa i poczucie przynależności do określonej grupy społecznej, adekwatne samopoznanie, proporcjonalne do bodźca reakcje emocjonalne, realne poczucie rzeczywistości, aktywny kontakt z rzeczywistością, adekwatna integracja i stałość cech osobowości, adekwatna emancypacja spod nacisków i kontroli grupy społecznej, w której żyje, adekwatne potrzeby cielesne i umiejętność ich zaspokajania bez popadania w zależność i poczucie winy (Masłow, 1941, 38—43). Teoria Masłowa jest również oparta o normatywną zasadę maksymalnego rozwoju potencjalnych możliwości jednostki. Jednak lepszym przykładem systemu, w którym ta zasada dominuje, jest teoria C. Rogersa.

Rogers utrzymuje, że organizm posiada naturalną, wrodzoną tendencję do utrzymania, aktualizowania potencjalnych możliwości tkwiących w osobowości i do rozwoju osobowości. Tendencja ta napotyka na walki, opory wewnętrzne, które pomaga przezwyciężyć owo silne parcie do rozwoju.

Aby rozwój osobowości mógł się aktualizować, człowiek musi uzyskać względnie jasny obraz siebie, musi zdawać sobie sprawę z silnych i słabych stron osobowości, musi umieć odróżnić siły sprzyjające rozwojowi i hamujące — regresywne.

Siły te wpływają na obraz samego siebie — na koncepcję samego siebie. Każdy człowiek zmierza do zachowania zbieżnego z obrazem samego siebie. Wpływa on zarówno na jego sposób widzenia świata, jak i na jego działanie. Człowiek, który ma poczucie mniejszej wartości, będzie „uczulony”, będzie dostrzegał to wszystko, co potwierdza poczucie jego mniejszej wartości. Człowiek, który ma obraz siebie jako osoby aktywnej i energicznej, będzie starał się zachowywać jako osoba aktywna i energiczna. Koncepcja siebie jako kogoś nieudanego, kto przynosi sobie pecha, prowadzi do działania nieskutecznego, „pechowego”. Zatem, aby pchnąć człowieka na drogę samoaktualizacji i rozwoju, wystarczy odblokować potencjalne, skierowane na rozwój własny, siły tkwiące w osobowości. Dokonuje się to poprzez zmianę obrazu siebie, a zmiana obrazu siebie dokonuje się w procesie psychoterapeutycznym (tzw. psychoterapia skoncentrowana na pacjencie), gdzie pacjent ma okazję do innego niż dotychczas spojrzenia na siebie, ma okazję do dostrzeżenia niebezpiecznych stref dla rozwoju własnej osobowości i jej stron twórczych sprzyjających samorealizacji potencjalnych możliwości (Lindzey, Hall, 1965, 469—483).

W rehabilitacji kardiologicznej cele normatywne implikuje pojęcie rehabilitacji kardiologicznej. Zdaniem De la Chapelle „rehabilitacja chorego z chorobą układu krążenia jest sztuką zapewnienia pacjentowi największej aktywności psychicznej i fizycznej w ramach czynnościowych możliwości jego serca”; według Scotta w modyfikacji Schweizera: „zrehabilitowany jest ten chory z chorobą układu krążenia, który zaakceptował narzucone mu przez chorobę ograniczenia i który w ramach tych ograniczeń bez strachu i obawy wraca na swoje miejsce w społeczeństwie i wykonuje według własnego przekonania i w ocenie ogółu pożyteczną pracę” (Askanas i in., 1964).

Cele czynności psychoterapeutycznych psychologa klinicznego w ramach rehabilitacji kardiologicznej różnią się w zależności od etapu choroby, czasu i miejsca leczenia. Co innego akcentuje się w czasie rehabilitacji szpitalnej w ostrym okre-

sie choroby, co innego w etapie sanatoryjnym czy w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej.

Celem pierwszych zabiegów psychoterapeutycznych jest pomoc choremu aby znosił chorobę bez niepotrzebnych psychicznych obciążeń. Obciążenia te to towarzyszące chorobie, zwłaszcza w pierwszych tygodniach, lęki, psychiczne napięcie, poczucie winy i poczucie mniejszej wartości. W następnych etapach celem psychoterapii jest zabezpieczenie chorego przed powstaniem względnie trwałych, ujemnych zmian w jego osobowości i mechanizmach przystosowania, np.: aby z aktywnego nie stał się bierny i zależny, a z odważnego — lękliwy. Cele te realizuje się poprzez: 1. umożliwienie choremu lepszej orientacji we własnych możliwościach, lepszego poznania siebie, swoich silnych i słabych stron w stosunku do czekających go zadań życiowych; 2. wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa chorego; 3. dostarczenie poczucia opieki i oparcia; 4. uwolnienie od psychicznego napięcia; 5. rozbudzenie wewnętrznej aktywności.

W dalszych etapach postępowania psychoterapeutycznego, psycholog kliniczny czy lekarz może zmierzać do uzyskania bardziej rozległych i szerszych zmian życia psychicznego chorego: 1. eliminacji sposobów reagowania o charakterze regresyjnym; 2. uczenia optymalnego, z punktu widzenia zużycia energii psychicznej i uzyskiwanych efektów, funkcjonowania osobowości; 3. maksymalnego rozwoju potencjalnych możliwości w ramach ograniczeń spowodowanych chorobą.

Ten etap postępowania rehabilitacyjnego wymaga bardzo indywidualnego podejścia, dużego nakładu czasu, wyspecjalizowanego w działalności psychoterapeutycznej personelu, wreszcie selekcji pacjentów podatnych na psychoterapię, mających silną motywację do pracy nad zmianą własnych sposobów reagowania i umiejących się „uczyć”.

Odnosnie stosowania psychoterapii w ramach rehabilitacji ludzi z chorobą układu krążenia można zająć dwa stanowiska: stosować psychoterapię dla uzyskania doraźnych celów, aby pacjent jak najszybciej i w jak najlepszej formie opuścił

zakład leczniczy (klinikę czy sanatorium) — troskę o dalsze sprawne funkcjonowanie osobowości pacjenta przejmuje wtedy inny specjalista spoza danego kręgu rehabilitacyjnego; drugie stanowisko — objąć opiekę psychologiczną chorego kardiologicznie na stałe i stale z nim pracować. Obydwa modele działalności psychoterapeutycznej są stosowane pierwszy np. w klinice psychosomatycznej Kinzigtal w NRF (Wittich, 1967), zaś przykładem drugiego modelu jest działalność rehabilitacyjna w Instytucie Kardiologii AM w Warszawie (Askanas i in., 1966).

Dobry psycholog kliniczny czy lekarz z wykształceniem psychologicznym nie napotyka na większe trudności w czynnościach diagnostycznych, a nawet w ustalaniu celów i taktyki psychoterapii. Trudności zaczynają się dopiero, kiedy przychodzi odpowiedzieć na pytanie: „jak to zrobić”? Psychoterapia dla jednych jest „nauką” leczenia zaburzeń osobowości środkami psychologicznymi, dla innych jest „sztuką” manipulowania życiem psychicznym pacjenta. Moim zdaniem psychoterapia jest po prostu rzemiosłem, które, u wyjątkowo uzdolnionych terapeutów, może zawierać elementy twórczego działania, a sposób wykonywania, uczenia się i kontrolowania działalności psychoterapeutycznej może zawierać elementy „nauki”.

Uczenie się psychoterapii porównuje Freud do wyuczenia się pierwszych ruchów figur w grze szachowej. Następne ruchy trudno ściśle opisać, stąd trzeba studiować partie rozgrywane przez mistrzów (Hilgard, 1967, 799). Nic więc dziwnego, że obok znajomości technik interpretacji objawów zachowania, znajomości teorii osobowości i teorii przystosowania służących do wyjaśniania wzajemnych związków i zależności elementów życia psychicznego oraz jego społeczno-biologicznych determinant — ogromną rolę odgrywa tu osobowość psychoterapeuty. Podkreśla to Rogers, Frankl, Bilikiewicz, który pisze: „Nie można zaprzeczyć, że niektórzy lekarze istotnie posiadają warunki i zdolności psychoterapeutyczne — i pod urokiem tego to lekarza stoi chory, ufając mu i czując się bezpiecznym na jego widok. Lekarz winien odpowiadać tym cechom: być od-

ważnym, energicznym, wzbudzającym zaufanie, imponującym, pełnym inicjatywy, zdobywczym, odpowiedzialnym” (Bilikiewicz, 1966, 82—85).

Aby pacjent wyzbył się lęków i napięć utrudniających kontakt, lekarz winien być wyrozumiały i tolerancyjny w podejściu do każdego pacjenta. Zwraca na to uwagę już klasyczna psychoanaliza upatrująca rolę psychoterapeuty w wysłuchaniu wypowiedzi pacjenta, by odnaleźć z nich przyczyny nerwicy, a następnie uświadomić pacjenta o jego stłumionych przeżyciach. Tolerancyjna i wyrozumiała postawa szczególnie cenna jest i konieczna w podejściu lekarza opierającego się w swej pracy na teorii uczenia się.

Psycholog może stosować w ramach działalności rehabilitacyjnej dziesiątki różnych „technik” i „sposobów”. Maurice Lewine opisuje w swojej książce poświęconej psychoterapii w praktyce ogólnolekarskiej 30 różnych technik i sposobów, którymi może posługiwać się lekarz bez specjalistycznego wykształcenia psychologicznego oraz 10 technik i sposobów dla przeszkolenia specjalistów. Oto niektóre z pierwszej grupy: badanie lekarskie jako psychoterapia, podawanie leków, upewnianie i wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa, uczenie umiejętności odprężenia i korzystania z rozrywek, rozwój hobbies, ustalenie codziennej rutyny czynności, autorytatywne zapewnienia, stosowanie bezpośredniej i pośredniej sugestii, hospitalizowanie jako sposób wytwarzania u pacjenta wrażenia, że poddaje się go specjalnej opiece, udzielanie informacji o chorobie, izolacja od codziennych stressów i męczących czynności, dostarczanie dających się przyjąć ujęć dla agresywności, kompensacji, strachu i poczucia niższości, przyjmowanie życzliwej, aprobującej postawy, ignorowanie pewnych postaw i lęków, dostarczanie „zdrowych” i twórczych wzorów do naśladowania i identyfikacji obrazu siebie, biblioterapia, wysłuchiwanie wyznań i zwierzeń, wspólne rozważanie faktów z historii życia chorego, perswazja.

Jako metody polecane dla specjalistów wymienia Lewine

psychoterapię skojarzoną z wywołanymi sztucznie szokami, hipnozę, psychoanalizę, psychoterapię grupową, psychoterapię skojarzoną z zabawą i innymi formami twórczej ekspresji (Levine, 1948).

Bilikiewicz omawiając metody psychoterapii w praktyce ogólnolekarskiej wylicza: sugestię ukrytą (pośrednią), trening autogeny jako metodę sugestii jawnej, psychagogikę — rozmową psychoterapię na jawie, hipnoterapię indywidualną i grupową, narkoterapię, metodę psychokataryczną, stosowanie sztucznego snu jako psychoterapię, metody psychoanalityczne (psychoanaliza Freuda, psychologia indywidualna Adlera, psychoterapia według psychologii analitycznej Junga, psychoterapia aktywna Stekla, technika analizy marzeń sennych), techniki psychoterapii grupowej (Bilikiewicz, 1964, 80—188).

Obok wymienionych technik i sposobów psychoterapii można stosować w ramach rehabilitacji psychicznej osób z chorobą układu krążenia różne formy psychoterapii typu psychodramatu, gdzie chory przedstawia w zespole psychoterapeutycznym swoje problemy i konflikty, „odgrywa” na nowo te sceny uwalniając się w ten sposób od części napięcia emocjonalnego związanego z tymi przeżyciami (Czapów, 1969).

Z korzyścią można także zastosować techniki należące do grupy tzw. terapii zachowania. Techniki te polegają na manipulowaniu zachowaniem pacjenta. Łączy się tu bodziec lękowy z sytuacją przyjemną dla osobnika (na przykład: dziecku jeżdżącemu czekoladę pokazywano z daleka zwierzę wywołujące lęk), albo stosuje się trening negatywny, gdzie poleca się uporczywie wykonywać wadliwą nawykową czynność z pełnym skupieniem na niej uwagi (na przykład: palenie papierosów, ogryzanie paznokci) (Lewicki, 1969, 123—130).

Ujemną stroną stosowania psychoterapii w ramach rehabilitacji kardiologicznej jest trudność oceny skuteczności oddziaływania psychoterapeutycznego. Próby praktycznego przeżyczenia tej trudności jak i opis praktycznego stosowania psychoterapii w ramach rehabilitacji kardiologicznej zostaną przedstawione w następnych akapitach.

III. Przykłady praktycznego zastosowania diagnostyki psychologicznej i psychoterapii do rehabilitacji kardiologicznej

Praktyczne zastosowanie elementów psychologii klinicznej w ramach rehabilitacji kardiologicznej omówię w oparciu o prace dokonane w tej dziedzinie przez Instytut Kardiologii AM w Warszawie.

Działalność diagnostyczną i terapeutyczną rozpoczęto na terenie dzisiejszego Instytutu Kardiologii AM w 1962 roku. W ramach działalności diagnostycznej wykonano szereg badań poświęconych ocenie struktury osobowości chorego ze świeżym zawałem serca, ocenie reakcji przystosowania do warunków szpitalnych i do faktu choroby, a także próbowano szukać związków między chorobą a czynnikami społecznymi oraz strukturę i genezę osobowości i przystosowania chorego (Askanas i in., 1965; Askanas i in., 1966). Oto przykład jednej z prac tego typu. Jej celem była próba oceny sylwetki psychicznej chorym ze świeżym zawałem serca. Zbadano 70 chorych leczonych w IV klinice AM. Przedmiot badania stanowiły 3 obszary cech i reakcji osobowości: 1. reakcje emocjonalne; 2. dynamizmy osobowości i motywacja; 3. aktualny stan przystosowania.

Do oceny tych grup zjawisk psychicznych zastosowano metody: 1. ustrukturalizowany arkusz obserwacyjny; 2. wywiad kliniczny dostarczający informacji o genezie osobowości chorego i o aktualnych determinantach przystosowania; 3. testy projekcyjne TAT i Wartegga; 4. kwestionariusz Le Senne'a.

Podstawę interpretacji informacji o strukturze osobowości i przystosowaniu stanowiła teoria osobowości Murray'a (Murray, 1953) i teoria przystosowania Masłowa (Maslow, Mittelman, 1941).

Sposób badań był następujący: po nawiązaniu kontaktu z chorym, psycholog dokonuje serii obserwacji, zwracając uwagę na nastrój chorego, stabilizację i dojrzałość emocjonalną, napięcie psychiczne, przejawy potrzeb i dążeń, zachowa-

nie w sytuacjach frustracyjnych, przystosowanie do życia w szpitalu.

Stosowano 5 do 10 kilkunastominutowych obserwacji, których wyniki gromadzono w teczce chorego. Następnie przeprowadzano rozmowy o charakterze terapeutyczno-diagnostycznym (zwykle ponad 10 rozmów). Rozmowy te dawały pewien obraz cech osobowości chorego. Innym źródłem informacji był wywiad z członkami rodziny.

Zarówno obserwacje jak i rozmowy z chorym odbywały się w salach, przeważnie w obecności innych chorych. W takich warunkach nie zawsze udaje się uzyskać dobry kontakt i wartościowe informacje.

Z chwilą, kiedy chory opuszcza łóżko i może chodzić następowały indywidualne badania testami projekcyjnymi — Wartegga, TAT oraz wywiad i kwestionariusz charakterologiczny Le Senne'a. Testami i kwestionariuszem badano jeden raz.

Reakcje emocjonalne chorych z zawałem serca oceniano według kryteriów jakościowych: uczuciowej stabilizacji, uczuciowej dojrzałości, przeważającego nastroju, psychicznego napięcia.

Objawami uczuciowej stabilizacji była dość mała amplituda reakcji — spokój, reakcja proporcjonalna do bodźca. Brak emocjonalnej stabilizacji wyrażał się pobudliwością, dużą amplitudą reakcji, reakcjami nieproporcjonalnymi do bodźca.

Uczuciową dojrzałość chorego cechowała kontrola emocji, brak reakcji eksplozywnych. Przy ocenie przeważającego nastroju zwracano uwagę na objawy podwyższenia i obniżenia nastroju. Objawami obniżonego nastroju była apatia, zmęczenie, przygnębienie, niepokoje i lęki.

Napięcie psychiczne chorych znajdowało swój wyraz w napięciu mięśni twarzy, stężeniu reakcji mimicznych, drżenia, tikach, zmianach artykulacji słów, modulacji głosu, nadmiernej ruchliwości, wzmożeniu lub zahamowaniu gestykulacji.

U 70 chorych z zawałem serca poszczególne grupy reakcji występowały w pewnych proporcjach: brak emocjonalnej sta-

bilizacji stwierdziliśmy u 56% badanych, postawę niedojrzałej emocjonalności (infantylnizm uczuć) u 71% badanych, nastroje obniżone u 47% osób badanych, objawy napięcia emocjonalnego — u 78% badanych.

Drugą grupą zmiennych osobowości poddanych psychologicznej ocenie u chorych z zawałem serca była sfera dynamizmów, oceniane na podstawie aktywności i motywacji. Oceniano chorego jako aktywnego, jeżeli z historii jego życia, obserwacji zachowania i badań testowych wynikało, że chory sam stawiał przed sobą zadania, starał się je wykonać, objawiał ruchliwość motoryczną, miewał co najmniej kilkudniowe okresy zainicjowanego przez siebie działania.

W ocenie motywacji chorego badano głównie źródła napędu działania: psychiczne potrzeby dominowania, bezpieczeństwa.

Potrzeby psychiczne mogą być zaspokajane różnymi kanałami, przez różne formy aktywności. Potrzeba dominowania przejawia się jako działanie zmierzające do osiągnięcia pozycji społecznej, zdobywania wykształcenia, większego stanu posiadania, dążenia do władzy, prestiżu, uznania, kontrolowania innych, do zwracania na siebie uwagi, akcentowania własnej osobowości.

Potrzeba bezpieczeństwa przejawia się w unikaniu sytuacji obiektywnie niebezpiecznych lub odczuwanych jako niebezpieczne; przez unikanie hałasu, tłumu, lękami przed: ciemnością, wysokością, głębią, ogniem. Potrzeba bezpieczeństwa wyraża się w przesadnej trosce o zdrowie, oszczędzania wysiłków, zabezpieczeniu się na starość.

Obok objawów potrzeb zwracano także uwagę na najczęściej występujące motywacje działania: czy mają one charakter hedonistyczny, egoistyczny, czy altruistyczny. Czy chory miał świadomość celowości i sensowności życia i ile miejsca taka problematyka zajmowała w jego świadomości?

Przy odsetkowej ocenie okazało się, że w badanej grupie chorych na zawał przeważają ludzie o dużej aktywności i nie-

dojrzałej motywacji. Objawy wzmożonej potrzeby dominowania wystąpiły u 36% badanych, niedojrzałą motywacją charakteryzowało się 66% chorych.

Trzecią grupą badanych zmiennych były mechanizmy przystosowania i wśród nich reakcje na stany frustracyjne. W tej grupie zmiennych uwzględniono rolę społeczną chorego, postawę wobec choroby i aktualny stan przystosowania.

Okazało się, że trudności w przystosowaniu wystąpiły w sposób wyraźny u 52% osób badanych (słabiej zaznaczone u 27% badanych). Aktualnie dobry stan przystosowania stwierdziliśmy tylko u 21% badanych chorych. Objawy nadmiernego lęku, niecelowego działania, konfliktów stwierdzono u 70% zbadanych (dojrzała postawa wystąpiła wyraźnie tylko u 9% badanych).

Reakcje frustracyjne oceniano według takich jakości, jak tolerancja lub brak tolerancji stanów frustracyjnych, racjonalne lub nieracjonalne wyjścia ze stanów stressu i frustracji.

Wyrazem tolerancji stanów frustracyjnych są dość spokojne reakcje na nacisk, przeszkodę, udaremnienie oraz przeciwstawianie się trudnościom i utrzymywanie stanu gotowości do działania. Racjonalne wyjścia ze stanów frustracyjnych cechuje trzeźwa ocena sytuacji, celowe działanie w sytuacjach nacisku. Wyjście nieracjonalne cechuje postawa lekceważenia lub przesadzania stopnia trudności, niewiara w siebie, obronna percepcja przy nieskutecznym działaniu, obwinianie innych lub sytuacji.

Wyrazem odporności psychicznej i integracji osobowości jest akceptacja siebie, swego stylu życia, nastawienie na rozwój własnej osobowości, poczucie autonomii działania. Brak psychicznej równowagi objawia się niepokojem, konfliktami, ambiwalencjami, kurczowym trzymaniem się schematu działania, mimo jego nieskuteczności.

W zbadanej grupie chorych cechy małej odporności psychicznej stwierdzono u 83%. Tolerancję stanów frustracyjnych

zauważono tylko u 4% osób. Nieracjonalne wyjście ze stanów frustracyjnych u 81% chorych (tylko 6% ujawniło racjonalne wyjście ze stanów frustracyjnych).

Współdziałanie cech i reakcji osobowości kształtowało się bardzo różnorodnie — u tego samego chorego obok pozytywnych cech i reakcji jednego obszaru, występowały negatywne cechy i reakcje innego obszaru. (Askanas i in., 1965).

W Instytucie Kardiologii AM w Warszawie opracowano określone formy oddziaływania psychoterapeutycznego. Oto przykład rehabilitacji psychicznej w warunkach szpitalnych.

Praca nad rozładowaniem pacjenta z silnych stanów stressowych i frustracyjnych rozpoczynała się od pierwszych dni pobytu w szpitalu. Po zapoznaniu się z historią choroby i pierwszymi obserwacjami — lekarz i psycholog rozpoczynają działanie psychoterapeutyczne. Jest ono indywidualne w zależności od jakości i siły reakcji psychicznych, niemniej zespół rehabilitacyjny stara się o: a) wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa chorego; b) czynne zaangażowanie go w postępowaniu leczniczym; c) izolację psychiczną od dotychczasowych spraw, zajęć, konfliktów, trosk i kłopotów.

Podstawą oddziaływania są rozmowy wzbudzając w chorym wiarę w możliwość i skuteczność wyleczenia oraz rozmowy skojarzone z zabiegami i stosowaniem leków, ćwiczeniami rehabilitacji fizycznej, wreszcie odpowiednie nastawienie rodziny, która z kolei w czasie odwiedzin winna korzystnie oddziaływać na chorego. W pierwszych dniach psychoterapia jest właściwie monologiem, później chory włącza się do rozmowy coraz bardziej aktywnie. Ważne jest, aby w tych pierwszych dniach lekarz i psycholog pozwolili „zaabsorbować się” kłopotami i przeżyciami chorego. Pacjent, który ma przed kim wypowiedzieć się, uwolni się w znacznym stopniu od emocjonalnego napięcia swoich przeżyć, szczególnie tych, które stale „przeżywa”.

Drugi etap rehabilitacji psychicznej obejmuje pracę nad wyrobieniem u chorego przekonania, że musi prowadzić prawidłowy tryb życia. Następuje to po 1—3-tygodniowym po-

bycie w szpitalu. W tym czasie przeprowadza się badania testami projekcyjnymi i krótkie informujące rozmowy. Zwraca się uwagę chorego na ewentualną konieczność zmian schematów reagowania, postaw, sposobów zaspokojenia potrzeb, stylu życia. Przestrzega się przed zbyt silnym napięciem potrzeby dominowania, nadmierną pracą, przesadną samodyscypliną, zbyt dużym poziomem aspiracji, lękami przed przyszlnością. Sugeruje się, natomiast, konieczność reagowania w sposób emocjonalnie dojrzały, racjonalne wyjście z aktualnych i przyszlonych stanów konfliktowych, dostosowania własnej roli społecznej do aktualnych możliwości. Jest to praca nad wyrabianiem przekonania, że sugerowane zmiany są pożyteczne, korzystne, ułatwią powrót do zdrowia oraz zmniejszą możliwość nawrotu choroby.

Trzecia faza, to uławienie przystosowania się po opuszczeniu kliniki. W tej dziedzinie działalność lekarza i psychologa jest ograniczona, ponieważ rzadko mają oni wpływ na zmianę warunków życia chorego. Mimo to wykorzystuje się następujące możliwości działania: 1) udzielenie wskazań co do zachowania się w sytuacjach, które mogą niekorzystnie oddziaływać na stan zdrowia (wskazania te dotyczą pracy zawodowej, reakcji w sytuacjach konfliktowych, życia seksualnego, umiejętności psychicznego odprężenia się i wypoczynku); 2) pouczenia i wskazania dla rodziny chorego (dotyczące przede wszystkim trybu życia i odpoczynku); 3) doraźne interwencje w miejscu pracy, wnioski dla władz i urzędów itp.

Interwencje i wnioski dotyczą zmiany stanowiska pracy lub zajęcia (wyjątkowo zawodu) na bardziej wskazane ze względu na przebyty zawał, zmiany warunków mieszkaniowych itp. Ogólną zasadą jest zmniejszenie możliwości narażenia chorego na sytuacje konfliktowe i niebezpieczne dla zdrowia (np.: mieszkanie na wysokim piętrze bez windy, wyczerpująca, odpowiedzialna praca) lub wywołujące dodatkowe napięcie emocjonalne. Te ostatnie problemy wymagają czynnego udziału pracownika socjalnego i prawnika dla ustalenia form (i pomocy w ich realizacji) oraz osiągnięcia pełnej rehabilitacji (a więc

również prawno-socjalnej). Rehabilitacja psychiczna napotyka szczególne trudności u chorych po 60 roku życia, u mało wrażliwych i mało obserwujących się oraz u ludzi, których styl życia przed chorobą nosił znamiona działań kompensacyjnych. Ludzie starzy mają stereotypowe nawyki działania i skale wartości. Struktury psychiczne ludzi starych są odporne na zmiany i psychoterapię.

Z chorymi mało wrażliwymi lub mało inteligentnymi nie można nawiązać głębszego kontaktu psychicznego, bez którego działanie rehabilitacyjne jest utrudnione, a niekiedy niemożliwe. Osoby te są niekrytyczne wobec siebie, a ich nawyki są silnie zintegrowane.

Wreszcie chorzy o kompensacyjnym stylu działania przeżywają duże opory psychiczne przy próbach przedstawienia ich na inne schematy reagowania, gdyż uważają za celowy jedynie dotychczasowy sposób działania. [Askanas i in., 1966].

Ważnym problemem praktycznym w zastosowaniu psychologii klinicznej do rehabilitacji kardiologicznej jest ocena skuteczności oddziaływania psychoterapeutycznego. Główna trudność polega tu na wyborze cech psychicznych, których zmiana ma być przedmiotem oceny.

Przy wyborze cech psychicznych, których zmiana jest przedmiotem oceny w procesie rehabilitacji, można zastosować różne kryteria i punkty wyjścia. Takim punktem wyjścia może być hipotetyczna osobowość chorego dotkniętego zawałem. Od 25 lat są publikowane prace psychiatrów i psychologów wyliczające różne cechy charakterystyczne dla osobowości człowieka chorego na zawał serca. I tak, Dunbar, Aresin, Friedman, publikacje Instytutu Kardiologii wymieniają jako specyficzne silną potrzebę dominowania, agresywność, wewnętrzne konflikty, intensywne działanie mechanizmów obronnych, nadmierną wewnętrzną dyscyplinę (Dunbar, 1943; Aresin, 1960; Friedman, Roseman, 1959; Friedman, Roseman, 1960; Askanas i in., 1965; Askanas i in., 1966).

Schemat połączenia diagnostyki i psychoterapii stosowany
w Instytucie Kardiologii AM

Okres I

Część diagnostyczna	Część psychoterapeutyczna
<p>Cel działania:</p> <p>Ocena: energii psychicznej, koncentracji uwagi, aktualnych nastrojów, kontroli emocji, postawy wobec choroby (negatywistycznej, lękowej, akceptującej), postaw lękowych, potrzeby agresywności.</p> <p>Metoda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tapping test (ocena energii psychicznej). 2. Test Couve'ego (ocena koncentracji uwagi). 3. Wypytywanie (zestaw pytań wg Murray'a (ocena pozostałych cech). 4. Obserwacja wg arkusza (ocena wszystkich wymienionych cech psychicznych). 	<p>Cel działania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nawiązanie kontaktu psychicznego. 2. Zmniejszenie napięcia psychicznego. 3. Wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa. <p>Metoda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zachęcenie do mówienia o sobie. 2. Wysłuchiwanie zwierzeń. 3. Wskazywanie na pozytywne momenty w sytuacji chorego. 4. Znalezienie „kozła ofiarnego” — przyczyny choroby.
<p>Cel działania:</p> <p>Ocena cech psychicznych — patrz okres I</p>	<p style="text-align: right;">Okres II</p> <p>Cel działania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prace nad postawą wobec choroby wolnej od lekceważenia i nadmiernych lęków. 2. Prace nad akceptacją choroby i jej ograniczeń. 3. Pomoc w lepszym rozumieniu siebie.

Część diagnostyczna	Część psychoterapeutyczna
<p>Metoda</p> <p>patrz okres I</p>	<p>Metoda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychoterapia upewniająca. 2. Psychoterapia podtrzymująca. 3. Wyjaśnianie mechanizmów powstawania lęków 4. Odwracanie uwagi przez zaabsorbowanie lekturą, oglądanie ilustrowanych wydawnictw. 5. Psychiczna izolacja od konfliktów.
<p>Cel działania</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ocena cech psychicznych i motywacji. 2. Ocena typu procesu przystosowania. <p>Metoda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wywiad z chorymi (informacje o genezie, ewolucji i aktualnym przystosowaniu). 2. Badanie testami projekcyjnymi: <ul style="list-style-type: none"> — Test Wartegga. — TAT. Badanie Kwestionariuszem Cattella (ocena struktury osobowości). Badanie skalą Roubaugha (ocena przystosowania do chorób serca). 	<p style="text-align: right;">Okres III</p> <p>Cel działania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prace nad akceptacją ograniczeń wywołanych chorobą. 2. Obrona przed lękami i pesymizmem. 3. Próby uruchomienia innych kanałów potrzeb psychicznych (jeśli zachodzi taka konieczność). <p>Metoda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wyjaśnienie mechanizmów działania potrzeb i przystosowania. 2. Psychoterapia podtrzymująca, upewniająca. 3. Przekazanie czegoś w rodzaju instrukcji zachowania się w sytuacjach napięcia, stressu, pracy, konfliktów.

Drugim punktem wyjścia doboru cech psychicznych, może być obserwacja chorego leczonego w czasie zawału serca. Obserwuje się wtedy takie reakcje jak, np.: przygnębienie, lęk, zniechęcenie, zmiany nastroju, wybuchy złości, obojętność, symulację, dysymulację.

Trzecim punktem wyjścia mogą być badania i teorie dotyczące przystosowania, które ustalają zespoły cech składające się na obraz dobrego i złego przystosowania się. Tak, np.: teoria Masłowa wylicza jako cechy dobrego przystosowania: kontrolę reakcji emocjonalnych, wyrównany nastrój, obiektywną samoocenę, proporcjonalne do możliwości ambicje, poczucie siły i radości witalnej (Maslow, Mittelman, 1941).

Wybór cech psychicznych, których zmiany w procesie rehabilitacji są przedmiotem oceny, został dokonany w Instytucie Kardiologii AM w Warszawie w oparciu o wymienione wszyskie 3 kryteria.

Przy wyborze tych cech zastosowano ponadto dodatkowe wymogi: 1) aby były to cechy łatwo dostępne obserwacji i badaniom testowym; 2) aby można je ująć we wskaźniki liczbowe i poddawać opracowaniu statystycznemu; 3) aby były to względnie proste struktury psychiczne, które mógłby oceniać lekarz bez pomocy psychologa.

W wyniku opartej o wyżej wymienione kryteria selekcji ustalono 8 cech psychicznych, które nazwano wskaźnikami przystosowania w procesie rehabilitacji. Są to: 1) poziom energii psychicznej; 2) przeważające nastroje; 3) kontrola reakcji emocjonalnych; 4) reakcje agresywności; 5) reakcje lękowe; 6) koncentracja uwagi; 7) postaw wobec choroby; 8) działanie mechanizmów obronnych.

Technika oceny i mierzenia wskaźników skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych była następująca: w czasie pobytu w szpitalu każdy chory na zawał serca był trzykrotnie badany — pierwszy raz między 5 a 10 dniem pobytu w szpitalu, drugi raz po upływie 20 dni i trzeci raz na 3—4 dni przed opuszczeniem szpitala.

Każda seria badań psychologicznych obejmowała badania testowe, np.: ocenę poziomu energii psychicznej, koncentracji uwagi, reakcji lękowych, systematyczną 3-krotną obserwację zachowania, według specjalnie opracowanego arkusza obserwacji, na którym psycholog podkreślał występujące w czasie 30-minutowych obserwacji reakcje, np.: reakcje agresywności, kontroli emocji, przeważających nastrojów. Ponadto notował spontaniczne wypowiedzi, które dostarczały informacje o postawie wobec choroby, czy działaniu mechanizmów obronnych. Obok testów i obserwacji zastosowano szczegółowy kwestionariusz, w którym wypytywano chorego o jego nastroje, postawę wobec choroby, zdolność koncentracji uwagi, przeżycia lęku, niepokoje i inne reakcje emocjonalne.

Zastosowane techniki badania pozwoliły ujmować każdą z ocenianych cech od strony objawów zewnętrznego zachowania, od strony subiektywnych sądów o sobie i od strony wyników uzyskanych w badaniach testowych. Po przeprowadzeniu wszystkich trzech typów badań można było zliczyć poszczególne reakcje każdej z cech osobowości i w ten sposób nie tylko ocenić wskaźniki skuteczności oddziaływania rehabilitacyjnego, ale także zmierzyć ich „siłę”. A więc, np.: można porównać intensywność reakcji lękowych na początku procesu rehabilitacji i na końcu tego procesu. Można nie tylko stwierdzić obecność obniżonych nastrojów, ale i ich intensywność i persewację w różnych okresach choroby.

Przy ocenie zmian cech psychicznych w przebiegu rehabilitacji natrafiamy na pewne trudności metodologiczne. Zabiegi rehabilitacyjne, np.: ćwiczenia gimnastyczne, oddziaływanie psychoterapeutyczne, traktuje się jako zmienną niezależną, a cechy osobowości, które mogą zmieniać się w procesie rehabilitacji, traktuje się jako zmienną zależną. Jednak w wielu przypadkach związek tych 2-ch zmiennych działa na zasadzie „sprzężenia zwrotnego”. Jeżeli chory czuje się gorzej, to intensywność pewnych zabiegów wzrasta, innych maleje. Na przykład wzrasta intensywność psychoterapii, a maleje intensywność ćwiczeń gimnastycznych. Wniosek stąd jest taki, że postę-

powanie rehabilitacyjne nie zawsze można względnie dokładnie ocenić. Do oceny skuteczności oddziaływania rehabilitacyjnego nie nadają się przypadki, w których występują gwałtowne skoki pogorszenia lub poprawy stanu zdrowia.

Inna trudność wynika z tego, że praktycznie trudno ustalić co choremu pomogło (w przypadku, gdy stwierdzamy korzystne zmiany psychiczne) — czy farmakoterapia, czy ćwiczenie gimnastyczne, zabiegi psychoterapii, czy odporność psychiczna pacjenta. Nie wiadomo także, czy korzystne zmiany nie są wynikiem korzystnego układu faktów w historii życia chorego — np.: udanego dzieciństwa, uznania społecznego, szczególnie korzystnych warunków ekonomicznych. Zatem, przed oceną skuteczności rehabilitacji, trzeba zawsze ustalić, czy istnieją obciążające i sprzyjające przystosowaniu czynniki w historii życia pacjenta lub w historii życia porównywanych grup.

Należy jeszcze dodać, że wprawdzie możemy podejmować próby oceny skuteczności rehabilitacji, ale nie znamy charakteru związków, połączeń wewnętrznych, jakie zachodzą między niektórymi zabiegami rehabilitacji, a strukturą osobowości chorego. Trudność ta wynika stąd, że psychologia kliniczna nie posiada jednej powszechnie przyjętej i uznanej teorii osobowości, czy teorii przystosowania, ale opiera się o hipotezy i założenia ponad 10 różnych teorii od psychoanalizy do skrajnego behawioryzmu. Poza tym dopiero w ostatnich latach zaczęto bardziej intensywnie takie związki badać i dopiero w miarę postępu prac z tej dziedziny, będziemy lepiej poznawali charakter tych związków.

BIBLIOGRAFIA

1. Aresin L., *Über Korrelationen zwischen Persönlichkeit, Lebensgeschichte und Herzkrankheit*, Jena, 1960.
2. Askanas Z., Siek S., Ostrowska H., *Osobowość chorego a zawał serca. Pol. Tyg. Lek.*, 1965, XX, 35, 1327.

3. Askanas Z., Siek S., Ostrowska H., Die Persönlichkeit des Kranken und der Herzinfarkt. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 1965, XX, 19—21, 881.
4. Askanas Z., Siek S., Ostrowska H., Udział psychologa w rehabilitacji chorego ze świeżym zawałem serca. *Pol. Tyg. Lek.*, 1966, XXI, 34, 1308—1311.
5. Askanas Z., Ostrowska H., Siek S., Ocena sylwetki psychicznej chorych ze świeżym zawałem serca. *Pol. Tyg. Lek.*, 1966, XXI, 33, 1268—1271.
6. Bilikiewicz T., Psychoterapia w Praktyce Ogólnolekarskiej. PZWL, Warszawa, 1964.
7. Blum G. S., Psychoanalytic Theories of Personality. Mc Graw-Hill, B. C. N. Y., 1964.
8. Cattell R. B., The Scientific Analysis of Personality. Penguin Books, Bungay, 1965.
9. Condrau G., Medizinische Psychologie. Walter-Verlag, AG Olten, 1968.
10. Czapów G., Czapów Cz., Psychodrama. PWN, Warszawa 1969.
11. Dąbrowski K., Higienia Psychiczna. PZWS, Warszawa 1962.
12. Dollard J., Miller E., Osobowość i Psychoterapia. Tł. Małewska H., Radzicki J., PWN, Warszawa, 1967.
13. Dunbar F., Psychosomatic Diagnosis. New York, 1943.
14. Fisher S. H., Psychological factor and heart disease. *Circulation*, 1963, 27, 1.
15. Friedman M., Roseman R., Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, 1959, 169, 1286.
16. Friedman M., Roseman R., Overt behaviour pattern in coronary disease. *JAMA*, 1960, 173, 1320.
17. Hilgard E. R., Wprowadzenie do Psychologii. Tł. Radzicki J., PWN, Warszawa, 1967.
18. Horrocks J. E., Assessment of Behavior. Merrill, USA, Columbus, 1965.
19. Kemple C., Rorschach Methods and Psychosomatic Diagnosis: Personality Traits of Patients with Rheumatic Disease, Hypertensive Cardiovascular Disease, Coronary Occlusion and Failure. *Psychosomatic Medicine*, 1945, 85, 7.
20. Lazarus R. S., Adjustment and Personality. Mc Graw-Hill B. C. New York, 1961.
21. Lewicki A., Psychologia Kliniczna. PWN, Warszawa, 1969.
22. Lewine M., Psychoterapy in Medical Practice. Mac Millan, New York, 1948.

23. Lindzey G., Hall C. S., *Theories of Personality*. Wiley, New York, 1965.
24. Marx M. H., Hillix W. A., *Systems and Theories in Psychology*. Mc Graw-Hill, B. C. New York, 1963.
25. Maslow A. H., Mittelman B., *Principles of Abnormal Psychology*, Harper, New York, 1941.
26. Melli R., *Podręcznik Diagnostyki Psychologicznej*. Tł. Horoszowska B., PWN, Warszawa, 1967.
27. Murray H. A., *Explorations in Personality*. Oxford University Press, 1953.
28. Nuttin J., *Struktura Osobowości*. Tł. Kołakowska T., PWN, Warszawa, 1968.
29. Reed I. W., Harvey J. C., *Rehabilitating the Chronically Ill. A Method for Ewaluting the Functional Capacity of Ambulatory Patients*. *Geriatrics*, 1964, 19, 2.
30. Remplein H., *Psychologie der Persönlichkeit*. Reinhard, München, 1956.
31. Stagner R., *Psychology of Personality*. Mc Graw-Hill, B. C. New York, 1948.
32. Thorndike R. L., Hagen E., *Measurement and Evaluation in Psychology and Education*. Wiley, New York, 1955.
33. Wallen R., *Psychologia Kliniczna*. Tł. Kottas A., Turska E., PWN, Warszawa, 1964.
34. Wittich G. H., *Psychosomatische Rehabilitation*. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Arbeitshygiene*, 1967, 2, 73—75.
35. Wolberg L. R., *Psychotherapy and the Behavioral Sciences*. Grune-Stratton, New York, 1966.
36. *Materiały do Seminarium na temat rehabilitacji chorych z chorobami układu krążenia organizowanego przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia*. Warszawa, Ośrodek Wydawniczy AM w Warszawie, 1967.
37. Askanas Z., Rudnicki S., Ślidyński K., *Zasady Rehabilitacji w Chorobach Układu Krążenia*. *Materiały z Konferencji w Trzebnicy, 31.05—1.06. 1963 r.*, Poznań 1964.

Summary

This paper refers any problems of clinical psychology in applying to the rehabilitation of the cardiac patients.

The matter under discussion was problem of the diagnosis in cardiac rehabilitation, aims in psychotherapy in rehabilitation, practical examples of the investigations of cardiac personality and examples of psychotherapy in cardiac hospital rehabilitation.