

Bożena Gulla, Piotr Słowik, Agnieszka Trąbka

Sprawozdanie z 18. Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej, Kraków, 23-24 października 2009

Instytut Psychologii Stosowanej
Uniwersytet Jagielloński

Zgodnie z wieloletnią tradycją już po raz osiemnasty odbyło się w Krakowie w dniach 23-24 października 2009 roku Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej. Jest to sympozjum naukowe poświęcone szeroko rozumianej tematyce psychosomatycznej, którego zadaniem jest m.in. łączenie różnych środowisk naukowych, zwłaszcza psychologów, lekarzy różnych specjalności, a także socjologów, filozofów, duchownych, pielęgniarek, czyli tych wszystkich, którym bliska jest idea służenia pomocą człowiekowi choremu, a także promocji zdrowego stylu życia. Tym razem po raz pierwszy Sympozjum odbyło się w Audytorium Maximum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Organizatorami Sympozjum był Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej. Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego była prof. dr hab. Dorota Jasiocka, a członkami dr Bożena

Gulla, mgr Marcin Majowski, mgr Agnieszka Trąbka, mgr Beata Zadumińska. W skład Komitetu Naukowego weszli: Przewodniczący prof. dr hab. Jan Łazowski, wiczewodniczący prof. dr hab. Dorota Kubacka-Jasiocka, prof. dr hab. Józef Kocur, prof. dr hab. Leszek Szewczyk, prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud, prof. dr hab. Bożena Grochmal-Bach, prof. dr hab. Helena Wrona-Polańska, dr hab. Tadeusz Ostrowski, dr Barbara Będkowska-Korpała, dr Bożena Gulla, dr Piotr Słowik.

W trakcie Sympozjum odbyły się dwa wykłady plenarne oraz 6 sesji tematycznych, na których wygłoszono 32 referaty. Wykłady plenarne wygłoszili: prof. dr hab. Jan Łazowski oraz prof. dr hab. Leszek Szewczyk. Z powodów organizacyjno-technicznych Komitet Naukowy postanowił zaprosić wybranych specjalistów w dziedzinie somatoterapii i psychosomatyki do prowadzenia poszczególnych sesji i zobowiązał ich do wyboru referentów.

Sesje tematyczne miały następujące tytuły:

Sesja I, część I: Z problematyki odporności i czynników ryzyka chorób somatycznych, Sesja I, część II: Wokół terapii chorych somatycznie; sesję poprowadziła prof. dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka;

Sesja II: Starość i nowe problemy, prowadząca sesję: prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud;

Sesja III: Psycholog kliniczny wobec cierpienia ciężko chorego somatycznie, prowadzący sesję: prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski i dr Barbara Bętkowska-Korpała;

Sesja IV: Problemy etyczne i egzystencjalne w zdrowiu i chorobie somatycznej, prowadzący sesję: dr hab. Tadeusz Ostrowski;

Sesja V: Zastosowanie psychologii klinicznej w procesie leczenia chorób somatycznych, prowadząca sesję: prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud;

Sesja VI: Psychologiczne aspekty utraty oraz przeszczepienia narządu, prowadzący sesję: prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski i dr Barbara Bętkowska-Korpała.

Po każdej sesji odbywała się dyskusja, gdzie była okazja do wymiany poglądów naukowych.

Dzień pierwszy

Pan Profesor Jan Łazowski otworzył konferencję i powitał uczestników w imieniu Komitetu Organizacyjnego. Obrady rozpoczęły się od dwóch wykładów plenarnych: Pana Profesora Jana Łazowskiego reprezentującego Towarzystwo Edukacji

Psychosomatycznej i Pana Profesora Leszka Szewczyka, reprezentującego Klinikę Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej UM w Lublinie. Pierwszy z prelegentów wygłosił referat zatytułowany „Nowe horyzonty psychosomatyki”, w którym podjął próbę powiązania zagadnień psychosomatyki z szybko rozwijającą się biologią i psychologią ewolucyjną. Prof. Łazowski przytoczył badania świadczące o ewolucyjnym ukształtowaniu i dziedziczeniu wielu procesów psychicznych, powiązanych z fizjologią. Wiele wskazuje na to, że owocne byłoby uwzględnienie owej ewolucyjnej perspektywy w badaniach poświęconych nie tylko etiologii, ale i leczeniu chorób cywilizacyjnych, będących obecnie najczęstszymi przyczynami zgonów. W kolejnym referacie, zatytułowanym „Funkcjonowanie psychiczne dzieci z zaburzeniami endokrynnymi” Pan Prof. Leszek Szewczyk omówił możliwy wpływ czynności dokrewnych na ośrodkowy układ nerwowy i sferę emocjonalną człowieka. Ów wzajemny wpływ jest szczególnie widoczny w przypadku takich hormonów jak tyroksyna, insulina, hydrokortyzon, katecholaminy i hormony płciowe. Pan Prof. Szewczyk zwrócił także uwagę na problemy w zakresie procesów poznawczych i emocjonalnych związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem tarczycy. Omówione również zostały problemy psychiczne wynikające z nadmiernym wydzielaniem hormonów nadnerczy oraz hormonów płciowych. Referat zakończono refleksją na temat problemów psychologicznych w cukrzycy, szczególnie poważnych wtedy, gdy ta choroba jest źle kontrolowana.

Pierwszej sesji tematycznej przewodniczyła dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ. Rozpoczęła swoim własnym referatem zatytułowanym „Psychologiczne czynniki ryzyka choroby nowotworowej – rozważania i badania z perspektywy wzoru zachowania C (WZC). Wokół hipotezy dziecięcej traumy”. Przeanalizowała w nim nowe badania na temat psychologicznych czynników ryzyka choroby nowotworowych porównując ich wyniki z intuicjami prekursorów psychosomatyki. W etiologii schorzeń onkologicznych zwracano uwagę na znaczenie takich czynników natury emocjonalnej, jak stres, depresja, lęk, bezradność i rozczarowania. Omówiła koncepcje silnie akcentujące rolę czynników psychologicznych, które zyskały największą popularność, takie jak koncepcje Le Shana, Bahnsona i współautorów, Baltruscha, a ostatnio – koncepcja wzoru zachowania C (Morris, Greer, Pettingale 1981, Zakrzewska 1981). Wspólne dla większości wymienionych koncepcji jest przekonanie o znaczeniu wczesnodziecięcej traumy i dynamiki zależności w znaczących więzach emocjonalnych, których zagrożenie i/lub utrata prowadzi do załamania równowagi emocjonalnej torującego drogę procesom nowotworowym. Przetawiła także wyniki badań własnych odnoszące się do tej hipotezy. Kolejny referat, także odnoszący się do problematyki czynników ryzyka chorób somatycznych wygłosiła dr hab. Barbara Pilecka, prof. UJ z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ. Nosił on tytuł „Depresja w kontekście choroby somatycznej”. Następne wystąpienie zatytułowane „Rola psychologii zdrowia w me-

dycynie i edukacji” wygłosiła dr hab. Helena Wrona-Polańska, prof. UP, reprezentująca Zakład Psychologii Zdrowia Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Pokreśliła ona, że psychologia zdrowia, a w szczególności promocja zdrowia jest obszarem schodzenia się medycyny i edukacji, by następnie przedstawić model holistyczno-funkcjonalny własnego autorstwa. W jego świetle zdrowie jest funkcją twórczego, a zarazem skutecznego radzenia sobie ze stresem i funkcją zasobów. Natomiast nieskuteczne radzenie sobie ze stresem i deficyty w zasobach prowadzą do choroby. Ważne zatem wydaje się nie tylko leczenie chorób ale przeciwdziałanie im poprzez edukację, a więc uczenie skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem i rozwijanie zasobów podmiotowych u dzieci od najmłodszych lat przez rodziców i nauczycieli jako pierwszych animatorów zdrowia dziecka. Istotne jest także nowoczesne kształcenie w tym zakresie nauczycieli i lekarzy. Problematyki psychologii zdrowia dzieci i młodzieży dotyczył również następny referat, zatytułowany „Bufory stresu- jak rozumieć zjawisko *resilience* w wieku rozwojowym”. Autorka, dr Iwona Sikorska z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ, wychodząc od paradygmatu salutogenetycznego, akcentującego znaczenie siły wewnętrznej, zasobów wspierających i ułatwiających radzenie sobie ze stresem, zarysowała sylwetkę dziecka prężnego psychicznie (*resilient child*). Dzieci takie charakteryzują się wysoką sprawnością procesów poznawczych, autonomią, wewnętrznym poczuciem kontroli, kompetencjami społecznymi oraz androgynicznością. Wnioski z badań nad znaczeniem czynników ochronnych znajdu-

jących się w otoczeniu dziecka pozwalają na świadome organizowanie przyjaznych i pomocnych jego rozwojowi warunków lokalnych. Znaczące uczestnictwo w ciekawych działaniach z innymi oraz uzyskiwanie od nich wsparcia zapewnia dziecku poczucie stabilności, spójności, jedności, poczucie koherencji oraz poczucie sensu, co z kolei ma korzystny wpływ na jego stan zdrowia. Pierwsza część porannej sesji została zakończona referatem mgr Agnieszki Trąbki pt. „Kulturowa psychologia zdrowia – odpowiedź na wyzwania współczesności?”, w którym autorka analizowała rolę coraz częściej akcentowanych wątków kulturowych we współczesnej psychologii zdrowia. Wydaje się, że istnieje coraz bardziej pilna potrzeba uwzględniania tych czynników we współczesnych, wielokulturowych społeczeństwach, w których zderzają się różne sposoby rozumienia zdrowia i choroby, różne postawy, wartości oraz różne praktyki zdrowotne. W kontekście coraz większej mobilności i fali migracji, w których znaczący jest też udział Polski, autorka próbowała przeanalizować proces akulturacji z punktu widzenia zdrowia, także somatycznego i odpowiedzieć na pytanie czy stres akulturacyjny może być traktowany jako czynnik ryzyka, a także zastanowić się nad problemami, jakie mogą powstawać w kontakcie migrantów z systemem opieki zdrowotnej za granicą.

Druga część pierwszej sesji, zatytułowana została „Wokół terapii chorych somatycznie”. Pierwszy referat w jej ramach, wygłoszony przez dra Krzysztofa Gerca z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ, nosił tytuł „Muzykoterapia aktywna

w wieloaspektowej rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością ruchową” i zawierał wnioski z badań jakościowych dotyczących skuteczności i zasadności stosowania muzykoterapii aktywnej wobec dzieci niepełnosprawnych ruchowo, rehabilitowanych w warunkach szpitalnych. W oparciu o swoje praktyczne doświadczenia muzykoterapeutyczne realizowane w konwencji terapeutów szkoły Nordoff-Robbins oraz badania autor stwierdził, że najistotniejszą rolę w tak pojmowanej muzykoterapii aktywnej pełnią: ogólne warunki terapeutyczne „współimprowizacji muzycznej” oraz strategia rehabilitacyjna bezpośrednio związana z aktywnością muzyczną dziecka. Sama kategoryzacja „klinicznej improwizacji”, dokonywana w aspekcie struktury strategii i techniki okazuje się natomiast przydatna, ale nie znacząca. Drugie wystąpienie, autorstwa dr Bogusławy Piaseckiej z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ, zatytułowane było „Somatoterapia w szkołach psychoterapii”. Autorka przedstawiła wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród praktykujących psychoterapeutów na temat ich znajomości i stosowalności technik somatoterapii i zastanawiała się nad przyczyną wciąż panującego sceptycyzmu w podejściu do technik i metod terapii ciała. Jedną z nich jest bez wątpienia brak naukowych dowodów na ich skuteczność. Często metody stosowane przez terapeutów są intuicyjne, choć w praktyce przynoszą uspokojenie, ulgę, uwolnienie od napięcia, bólu, lęku.

Druga sesja, której przewodniczyła prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-

Barud z Zakładu Psychologii Klinicznej, Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, została poświęcona ważkiemu problemowi starości i nowym problemom w tej sferze. Prof. Nasiłowska-Barud wprowadziła do problematyki swoim wystąpieniem zatytułowanym „Przyjrzyjmy się bliżej starości”. Zwracała w nim uwagę na skutki wydłużającej się średniej długości życia, wyższego poziomu życia związanego z uprzemysłowieniem i rozwojem nauki, a z drugiej strony, na pojawienie się chorób cywilizacyjnych. W państwach wysoko rozwiniętych ludzie starzy stanowią połowę społeczeństwa. Starość może być przyczyną pojawienia się licznych schorzeń, jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, miażdżyca kończyn dolnych, zmiany zwyrodnieniowe w układzie kostnym, choroby zaburzające prawidłowe funkcjonowanie narządów zmysłów, sprawność intelektualną oraz psychiczną. Prof. Nasiłowska-Barud zwracała uwagę na psychologiczne nastawienie do starości i towarzyszące jej emocje. Okazuje się, że najczęściej ludzie boją się starości. Niechętnie o niej mówią, chcąc jakby oddalić ją od siebie. Co szczególnie niepokojące, ludzie rzadko kiedy planują jak ma wyglądać ich życie w okresie starości i w związku z tym okres ten budzi lęk i poczucie zagrożenia. Pani dr Małgorzata Pluta reprezentująca Zakład Psychologii Klinicznej UM Lublinie w swoim referacie zatytułowanym „Zachowanie się osób starszych w sytuacji konieczności korzystania z pomocy stomatologicznej” poruszyła kwestię skutków, jakie zmiany fizyczne i psychiczne związane z procesem starzenia się mogą mieć dla korzystania z służby zdrowia. Badania

pokazują, że osoby starsze są przerażone perspektywą czekania w kolejce. Do emocji związanych ze stresem dołącza się zagubienie i zniecierpliwienie przed wejściem do gabinetu lekarza. Autorka skoncentrowała się na problemach związanych z wizytą u stomatologa i przedstawiła różne formy zachowań starszych pacjentów w stosunku do proponowanego im leczenia stomatologicznego. Okazuje się, że najczęstszą przyczyną, która zmusza pacjenta w podeszłym wieku do skorzystania z pomocy dentystycznej jest ból. Wielokrotnie osoby te przychodzą nie po to, żeby leczyć „chorego” zęba, ale zlikwidować całkowicie przyczynę swojego cierpienia, czyli go usunąć. Z obserwacji wynika też, że potrzeby osób starszych często ograniczają się tylko do bezpłatnych usług stomatologicznych. Nowoczesne techniki leczenia są w większości przypadków zbyt kosztowne dla tych pacjentów. Kolejna referentka, dr Aleksandra Maciejuk z Zakładu Psychologii Klinicznej UM, poświęciła swoje wystąpienie problemom chorych z otępieniem. Jej referat pt. „Wsparcie rodzinne udzielane chorym z otępieniem” powstał w oparciu o badania przeprowadzone w grupie 35 osób z otępieniem i ich rodzin. Zebrane dane potwierdzają, iż najczęstszymi opiekunami chorych z demencją są osoby z ich rodziny. Chorzy otrzymują od nich wsparcie zarówno emocjonalne, jak i rzeczowe, co oznacza, że członkowie rodziny sprawują dyżury przy chorym, pomagają chorym w zakupach, w utrzymywaniu porządku, kontrolują przyjmowanie leków przez chorego, stosują środki ułatwiające codzienne funkcjonowanie chorego w domu, współuczestniczą z chorym w kontrolach lekar-

szych, pomagają choremu w samoobsłudze. Osoby z otępieniem w porównaniu z osobami starszymi z grupy kontrolnej poznawczo funkcjonują gorzej, nie uzyskują jednak gorszych wyników w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Okazuje się więc, że objawy depresyjne osób starszych nie zawsze występują łącznie z zaburzeniami poznawczymi o typie otępienia. Z kolei dr Elżbieta Gleba z Zakładu Psychologii Klinicznej UM w Lublinie wygłosiła referat zatytułowany „Postawy religijne i duchowość osób w podeszłym wieku”. Wyniki wielu różnych badań zgodnie wskazują, że w okresie po 70. roku życia wzrasta ilość osób głęboko wierzących w stosunku do osób wierzących. U większości osób religijność ma jednak charakter bardziej tradycyjny niż przeżyciowy, gdy chodzi np. o motywację udziału w nabożeństwach. Przez dużą część osób podkreślany jest centralny charakter motywacji religijnej. Postawa religijna wyraża się również w częstym udziale we mszy i tradycyjnych nabożeństwach (choć ogranicza to brak sprawności fizycznej), modlitwie indywidualnej, zamawianiu intencji mszalnych, poczuciu przynależności do parafii i niekiedy włączaniu do ruchów religijnych, czytaniu książek i czasopism religijnych, oglądaniu i słuchaniu religijnych programów telewizyjnych i radiowych. W stosunku do pokoleń młodszych mniejszy bywa natomiast poziom wiedzy religijnej i zaangażowanie w działalność charytatywną. Duchowość osób starszych posiada silny związek z zadaniami rozwojowymi tego okresu - dokonaniem bilansu własnego życia i zmierzenia się z perspektywą zbliżającej się śmierci. Autorka odniosła się do koncepcji Erika Eriksona, zgodnie z którą

człowiek w tym okresie osiąga stan integracji ego lub popada w rozpacz. Postawa religijna otwiera perspektywę eschatologiczną, pozwalającą przekroczyć ramy własnego życia i doświadczanych w nim ograniczeń, co umacnia nadzieję i gotowość do spotkania ze śmiercią.

Ostatni referat drugiej sesji, zatytułowany „Anti-Ageing Psychology – psychologiczne metody spowalniania, kompensowania i modyfikacji procesów starzenia się” wygłosił dr Andrzej Mirski z Instytutu Kultury UJ. Na wstępie zwrócił uwagę na różnice w założeniach tej nowej gałęzi medycyny i tradycyjnej geriatry. Anti-ageing Medicine zajmuje się samym procesem starzenia, próbując go spowalniać, kompensować, modyfikować, a nadrzędną metodą jest aktywna profilaktyka. W wystąpieniu zawarte zostały wstępne propozycje powołania dziedziny psychologii, która – w przeciwieństwie do tradycyjnej psychogerontologii – aktywnie zajmowałaby się samym procesem starzenia, możliwościami wpływania na niego. Zdaniem autora jest to możliwe, gdyż starzenie się nie jest procesem wyłącznie biologicznym, ale także psychologicznym i społecznym i w związku z tym psycholog może aktywnie wpływać na te dwa pozostałe aspekty procesu starzenia się. Co więcej, czynniki psychologiczne (a także w pewnym zakresie społeczne) w istotny sposób wpływają na czynniki biologiczne. Na przykład, poprzez odpowiednie zabiegi można na pewno wpłynąć na zwolnienie procesów starzenia się mózgu, a przez to także na przebieg innych procesów fizjologicznych.

Kolejna, trzecia sesja, prowadzona przez dr Barbarę Bętkowską-Korpałę oraz dr Barbarę Zawadzką została zatytułowana „Psycholog kliniczny wobec cierpienia ciężko chorego somatycznie”. Pierwszy referat w jej ramach przedstawiła mgr Monika Stachowiak-Andrysiak, reprezentująca Uniwersytet im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Klinikę Intensywnej Opieki Medycznej i Leczenia Bólu. Jej wystąpienie „Psychologiczne aspekty Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej: rola psychologa, jego miejsce w zespole” poświęcone zostało omówieniu najważniejszych problemów psychologicznych z jakimi zmagają się pacjenci OIOMu i jego rodzina oraz roli psychologa w łagodzeniu negatywnych emocji. Bez wątplenia znalezienie się na oddziale intensywnej terapii stanowi wstrząs psychiczny dla pacjenta i jego rodziny (bezpośrednie zagrożenie życia, ograniczenie autonomii, podporządkowanie się, kwestie intymności, stereotypy związane z oddziałem intensywnej terapii). Autorka zauważa, że u większości rodzin pacjentów leczonych na oddziale intensywnej terapii, stwierdza się reakcje identyczne, jak u pacjentów w stanach krytycznych. Rodziny reagują w ten sposób na zagrożenie życia bliskiej osoby i niezadowolenie z opieki (np. brak informacji, za mało czasu poświęconego rodzinie). Cechuje je wysoki poziom pobudzenia, lęku, depresja. Efektywna pomoc psychologiczna musi być dostosowana indywidualnie do każdego pacjenta, jego potrzeb, aktualnego stanu. Podobna zasada obowiązuje wobec rodzin pacjentów. Na jakość udzielanej pomocy psychologicznej ma także wpływ jakość współpracy między wszystkimi członkami

tego zespołu leczącego, w tym psychologa. Pani mgr Monika Stachowiak-Andrysiak wygłosiła w ramach tej sesji także drugi referat zatytułowany „Praca psychologa z osobami cierpiącymi ból przewlekły”. Na wstępie autorka zwróciła uwagę na dwojaką rolę bólu w życiu człowieka: pozytywną, gdy pełni funkcję ostrzegawczą oraz negatywną, gdy traci to biologiczne uzasadnienie i staje się cierpieniem. Tak dzieje się wówczas, gdy ból ostry przechodzi w przewlekły, a więc np. w przypadkach bólu fantomowego, bólu towarzyszącego chorobom przewlekłym, w schyłkowym stadium choroby nowotworowej. Z czasem dochodzi do zmian w sferze emocjonalnej, psychicznej, duchowej i społecznej. Pojawia się lęk, depresja, problemy w życiu rodzinnym, zawodowym. W wyniku dolegliwości bólowych, długiego czasu ich trwania, pacjenci „wypadają” ze swoich obowiązków zawodowych. Nie muszą wykonywać obowiązków domowych i rodzinnych. Dostają troskliwą opiekę, czułość i zainteresowanie innych. Taka sytuacja może wzmacniać zachowania bólowe pacjenta. Mówimy wówczas o wtórnych korzyściach z choroby czy bólu. Autorka zwróciła też uwagę na negatywne skutki obciążenia rodziny i bliskich pacjenta – nie tylko spoczywa na nich obowiązków opieki nad nim, ale też często muszą przejąć jego zadania. Ból przewlekły trudno poddaje się tradycyjnym metodom leczenia. Rzadko też istnieje jedna przyczyna takich dolegliwości. Dlatego typowe metody leczenia, oparte na działaniach fizykalnych, mogą być nieskuteczne. Najskuteczniejsze podejście do leczenia bólu przewlekłego zakłada interdyscyplinarność oraz aktywną postawę pacjenta, który zamiast postawy „bycia le-

czonym”, jest skłaniany do czynnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym. W kolejnym wystąpieniu, pod tytułem „Refleksje na temat pracy psychologa w opiece paliatywnej” pani mgr Iwona Pieniążek z Krakowskiej Poradni Opieki Paliatywnej zarysowała najważniejsze problemy przed którymi staje psycholog w pracy z chorymi terminalnie i ich rodzinami. Autorka rozpoczęła od scharakteryzowania głównych założeń i celu opieki paliatywnej, jakim jest uzyskanie najwyższej, możliwej do osiągnięcia, jakości życia chorych. Zwróciła uwagę na kolejne etapy sprawowania opieki wyznaczane przez stan somatyczny pacjenta – od opieki w domu, po opiekę w warunkach oddziału i specyfikę pracy psychologa na każdym z tych etapów. Generalnie obszar pracy psychologa z chorym skupia się wokół jego potrzeb, problemów, przeżyć i uczuć, co ma na celu zapobieganie reakcjom dezadaptacyjnym, łagodzenie lęku i przygnębienia, pomoc w radzeniu sobie z dokuczliwymi objawami postępującej choroby, niesienie wsparcia i budowanie nadziei. Psycholog towarzyszy pacjentowi w przebiegu okresu terminalnego, a jeśli to możliwe, czuwa również przy chorym w chwili śmierci. Nieodłącznym elementem pracy psychologa z chorymi terminalnie jest praca z rodziną, w trakcie której psycholog dostarcza wsparcia emocjonalnego i informacyjnego rodzinie oraz przygotowuje jej członków na rozstanie z chorym i na przeżycie żałoby. Opiekę nad rodziną zamyka pomoc psychologiczna w przebiegu procesu osierocenia. Trzecią sesję zamykał referat dr Barbary Zawadzkiej z Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ zatytułowany „Pragnienie u osób dializowanych to po-

żądanie czy potrzeba biologiczna? - praca terapeutyczna psychologa klinicznego”. Autorka omówiła wyniki badań własnych przeprowadzonych na grupie 60-ciu pacjentów w przedziale wiekowym od 22 do 81 lat leczonych w programie przewlekłych dializ. W tego typu leczeniu warunkiem utrzymania równowagi metabolicznej organizmu jest stosowanie się chorych dializowanych do ścisłego reżimu płynowego. Wiąże się to z dużym cierpieniem pacjentów, ponieważ często występuje u nich paradoksalnie duże pragnienie wynikające z zaburzenia mechanizmu regulacji homeostatycznej. Badanie polegało na przeprowadzeniu z pacjentami pięciu indywidualnych spotkań w celu modyfikacji ich zachowań związanych z restrykcjami płynowymi. Oddziaływania prowadzone były w nurcie poznawczo-behawioralnym. Wyniki badania potwierdziły skuteczność oddziaływań psychologicznych, gdyż zaszły znaczące zmiany w zachowaniach pacjentów mierzonych obiektywnie ilością wypijanych płynów.

Ostatnia tego dnia, czwarta, sesja, której przewodniczył dr hab. Tadeusz M. Ostrowski z Instytutu Psychologii Stosowanej UJ, poświęcona była problemom etycznym i egzystencjalnym w zdrowiu i chorobie somatycznej. Prowadzący sesję wygłosił artykuł wprowadzający zatytułowany „Poczucie sensu życia w chorobie wieńcowej”. Autor, pozostając w paradygmacie psychologii egzystencjalnej V. Frankla, przeprowadził badanie w grupie 168 osób, nie cierpiących w okresie badania na żadne poważne schorzenie. Zastosowano metody autorskie, przygotowane w celu badania sensu życia,

wolności osobowej oraz wrażliwości wobec wartości, ze szczególnym uwzględnieniem wyróżnionych przez Frankla wartości postawy. Rezultatem badań jest libertalno-waloryczny model poczucia sensu życia. Nazwa oddaje podstawową tezę, wyrażoną w modelu, zgodnie z którą poczucie sensu życia jest uwarunkowane przez dwa niezależne wymiary: poczucie wolności oraz wrażliwość wobec wartości. Im bardziej wrażliwy jest człowiek wobec wartości, tym bardziej doświadcza poczucia sensu swojego życia. Znaczenie istotne, a nawet wiodące w konstytuowaniu sensu życia ma jednak poczucie wolności. Aby wrażliwość wobec wartości przełożyła się na sens własnego życia, człowiek musi czuć się wolny. Poprawność modelu została zweryfikowana w kolejnych badaniach, które objęły grupę 120 osób po świeżym zawale serca, badanych za pomocą wymienionych poprzednio metod. Wyniki niezależnych badań potwierdziły prawidłowość modelu, co sugeruje jego uniwersalny charakter. W tej fazie badań stwierdzono, że subiektywne odczucie zdrowia jest tym większe, im większe jest poczucie sensu życia i jego modelowe uwarunkowania. Zdrowie chorych po zawale serca, badane za pomocą obiektywnych metod medycznych jest również współzależne z poczuciem sensu życia. Im lepsze były wyniki badań lekarskich, tym bardziej pacjenci odczuwali swoje życie jako sensowne. Natomiast wrażliwość wobec wartości wpisuje się raczej w mechanizmy psychosomatyczne, jako jedna z dyspozycji charakterystyczna dla osób, które doznają zawału serca. Równocześnie doświadczenie zawału uwrażliwia na wartości, a szczególnie takie, które Frankl określa

jako wartości postawy, znamionujące osiągnięcie dojrzałości osobowej na takim poziomie, który umożliwia dostrzeżenie wartości nawet w cierpieniu. Kolejny referat tej sesji poświęcony problematyce stresu psychologicznego wygłoszony przez mgr Marzenę Rusanowską i mgr Ewelinę Wątor, absolwentki Instytutu Psychologii Stosowanej UJ zatytułowany był „Dysonans moralny jako specyficzne źródło stresu – badania empiryczne”. Autorki próbowały odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ludzie decydują się na przeżywanie stanu nieprzyjemności i stresu związanego z dysonansem moralnym, jaki powstaje na skutek podejmowania decyzji amoralnych. Dysonans moralny, jaki występuje po podjęciu decyzji amoralnej angażuje obrony ego, takie jak racjonalizacja czy usprawiedliwianie i w swojej istocie i następstwach przypomina konflikt dążenie-unikanie. Badania eksperymentalne przeprowadzone przez mgr Marzenę Rusanowską pokazały, że wbrew przypuszczeniu, iż ludzie będą raczej unikać takich konfliktów, większość ludzi (55%) decyduje się na doświadczenie dysonansu moralnego, nawet jeśli obiecana korzyść jest iluzoryczna. Autorki sądzą, że może to mieć związek z indywidualną tolerancją na dysonans: albo badani dokonują redukcji odczuwania dysonansu moralnego albo są w stanie w ogóle go nie doświadczać, tym samym zmniejszając odczuwany stres. Osoby, które decydowały się na rezygnację z korzyści i oszustwa (45%) są prawdopodobnie osobami wrażliwymi na dyskomfort i stres związany z wyrzutami sumienia. Pierwszy dzień Sympozjum zamykało wystąpienie mgr Gabrieli Lenkiewicz, absolwentki Instytutu

Psychologii Stosowanej UJ zatytułowane „Typy orientacji religijnej a poczucie sensu życia i postawa wobec choroby osób po zawale mięśnia serca”. Autorka przeprowadziła swoje badania w oparciu o teorię V.E. Frankla oraz poglądy G.W. Allporta na temat typów orientacji religijnej. Celem badań było sprawdzenie czy typ religijności osób po zawale mięśnia serca wiąże się z poczuciem sensu życia oraz postawą wobec własnej choroby. W świetle uzyskanych wyników badań stwierdzono, że żaden z typów orientacji religijnej nie wiąże się w istotny sposób z poczuciem sensu życia. Badania pokazały natomiast, że z zewnętrzną, osobistą orientacją religijną w pozytywny sposób wiąże się realizacja wartości twórczych. Okazało się dodatkowo, że zewnętrzna orientacja religijna koreluje pozytywnie z poczuciem zagubienia w wolności bez drogowskazów moralnych, a negatywnie z poczuciem posiadania wpływu oraz z ogólnym poczuciem niezależności. Z kolei poszukująca orientacja religijna koreluje negatywnie z poczuciem wolności. Ponadto wyniki badań wskazują na to, że u osób po zawale mięśnia serca zewnętrzna orientacja religijna pozytywnie koreluje z postrzeganiem przez nich swojej choroby jako zadania, ale także jako kary. Postrzeganie choroby jako kary związane jest także z poszukującą orientacją religijną, w tym przypadku mamy jednak do czynienia z korelacją ujemną.

Zakończenie pierwszego dnia obrad stanowił bardzo interesujący i ważny ze względów na podjęty temat, panel dyskusyjny „30 lat później - psycholog wobec choroby somatycznej” prowadzony i moderowany

przez Panią dr hab. Dorotę Kubacką-Jasiecką. Dyskusja ta była nawiązaniem do sympozjum zorganizowanego przez Prof. dr hab. Marię Einhorn-Susułowską 35 lat temu w Modlnicy. W panelu wzięli udział zaproszeni goście, wybitni specjaliści z poszczególnych dziedzin, pracujący w różnych ośrodkach akademickich i klinicznych. Byli psychologowie kliniczni, zarówno pracownicy naukowcy, jak i pracujący w różnych szpitalach oraz lekarze różnych specjalności. Przed uczestnikami postawiono dwa zagadnienia: „Czy nowe nurty w psychologii i medycynie sprzyjają leczeniu chorych somatycznie?” oraz: „Oczekiwania lekarzy a oczekiwania psychologów czyli między pragnieniami a rzeczywistością w leczeniu chorych somatycznie”. Dzielono się doświadczeniami, trudnościami jak i sukcesami takiej pracy w różnych ośrodkach klinicznych i akademickich w Polsce. W trakcie dyskusji szukano także rozwiązań różnych problemów, które stoją przed psychologami pracującymi z w szpitalach z pacjentami chorymi somatycznie. W reakcji na postawione pytania zaproponowano także nowe propozycje takiej pracy oraz podkreślono bardzo duże znaczenie udziału psychologów w pracy z pacjentami w oddziałach szpitalnych. Wszyscy zebrani podkreślali, że warto kontynuować takie dyskusje w następnych latach. Pełny zapis dyskusji opublikowano w niniejszym numerze „Sztuki Leczenia”.

Dzień drugi

Obrady w sobotę 24 października 2009 r. rozpoczęła Sesja V: „Zastosowanie psychologii klinicznej w procesie leczenia chorób somatycznych”. Sesji prze-

wodniczyła prof. nadzw. dr hab. n. med. Alicja Nasiłowska-Barud. Wprowadzeniem do drugiego dnia obrad było wystąpienie prof. nadzw., dr hab. n. med. Bohdana W. Wasilewskiego, Dyrektora Naczelnego i Prezesa Zarządu Instytutu Psychosomatycznego w Warszawie. Referat „Standardy moralno-etyczne lekarza. Oczekiwania i możliwości ich realizacji”, poruszył tematy trudne i kontrowersyjne, prowokując do zastanowienia nad normami etycznymi obowiązującymi lekarza, ale także nad konsekwencjami konfliktów moralnych dla samego lekarza. W drugim dniu obrad silnie reprezentowany był zespół Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Mgr Mariola Żuk z Zakładu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, przedstawiła dwa referaty. Pierwszy, „Psychologiczne zasoby chorego w procesie leczenia” dotyczył chorych na stwardnienie rozsiane, a koncentrował się zarówno na zasobach zewnętrznych (takich jak dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, kondycja materialna, warunki mieszkaniowe, posiadanie stałej pracy), jak i wewnętrznych (poczucie koherencji, pesymistyczna lub optymistyczna orientacja życiowa, poczucie wsparcia społecznego). Drugi, zatytułowany „Rola i znaczenie mechanizmów obronnych osobowości w chorobach somatycznych”, został oparty na kazuistyce, ukazał zarówno destrukcyjną, jak i sprzyjającą leczeniu, funkcję mechanizmów obronnych dla przebiegu leczenia. Prof. nadzw. dr hab. n. med. Alicja Nasiłowska-Barud z Zakładu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Katedra i Klinika Kardiologii,

w pracy „Choroba niedokrwienności serca – diagnostyka inwazyjna – nowe metody leczenia oraz rehabilitacji – i co dalej?”, wyczerpująco omówiła aktualne zdobycze kardiologii inwazyjnej, podkreślając, że stanowią one szansę dla chorych na odzyskanie zdrowia, jednak przysparzają wielu problemów psychologicznych. W drugim wystąpieniu, „Zmiany w podejściu i interwencji u chorych z chorobami układu krążenia”, wskazała na zmieniającą się rolę psychologa w procesie leczenia choroby wieńcowej, niezbędną na etapie kształtowania się postawy wobec choroby i leczenia, a także wspomagającą współpracę chorego w leczeniu i rehabilitacji. Mgr Aleksandra Maciejuk z Zakładu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Pierwszy Szpital Wojskowy, omówiła sposoby funkcjonowania psychicznego osób cierpiących na przewlekłe bóle głowy. Przy przeżywanym umiarkowanym nasileniu stanu lęku, radzą sobie one z bólem przez używanie strategii katastrofizowania i modlitwę. Wyniki jej badań są zbieżne w zakresie strategii zaradczych z badaniami innej grupy chorych, przedstawionych przez mgr Sebastiana Sojczuka z Zakładu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Badając chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, stwierdził podobnie, że dla większości z nich ból stanowił dojmujące doznanie, a strategiami radzenia sobie z nim było modlenie się, „pokładanie nadziei”, katastrofizowanie, odwracanie uwagi i zwiększona aktywność behawioralna („Ból i radzenie sobie z bólem u z miażdżycą tętnic kończyn dolnych”). Mgr Katarzyna Naumiuk-Sojczuk z Zakładu Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przed-

stawiła referat pt. „Postaci kliniczne stwardnienia rozsianego (SM) a otrzymywane wsparcie społeczne”. Postaci stwardnienia rozsianego nie różnicowały badanej grupy pacjentów pod względem otrzymywanego wsparcia społecznego od członków rodziny, znajomych, pracowników służby zdrowia. Częściej udzielanym wsparciem było jednak wsparcie instrumentalne niż emocjonalne. Prace przedstawione przez lubelski zespół dowiodły doświadczenia klinicznego i owocnej współpracy członków zespołu. W dalszej części obrad dr Piotr Słowik (Instytut Psychologii Stosowanej UJ) i mgr Ilona Jona-Słowik (Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień) omówili badania poświęcone dorosłym dzieciom alkoholików („Skutki stresu u osób z rodzin uzależnionych od alkoholu”). Skutkami przeżytego stresu i odległymi konsekwencjami traumy mogą być objawy PTSD.

Kolejna, VI sesja, pod przewodnictwem prof. dr hab. Józefa K. Gierowskiego i dr Barbary Bętkowskiej-Korpały, nosiła tytuł „Psychologiczne aspekty utraty oraz przeszczepienia narządu”. Mgr Alicja Widera ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, I Klinika Chirurgii Ogólnej, w referacie „Psychologiczne przygotowanie do zabiegu okaleczającego ciała – wyłonienie jelitowej stomii brzusznej”, omówiła psychologiczne konsekwencje zabiegu oraz sposoby pomocy psychologicznej w zmotywowaniu pacjentów do prawidłowej współpracy i pomocy w radzeniu sobie z przeżywanymi negatywnymi emocjami, co w znacznym stopniu ułatwia im adaptację do życia ze stomią. Mgr Barbara Langman ze Stowarzyszenia Wspierania Onkologii UNICORN w Krakowie

zadała w swojej pracy pytanie: „Czy utrata piersi musi oznaczać utratę kobiecości? Kierunki pracy psychologicznej z kobietami po mastektomii”. Wskazała na możliwości pomocy przez przebudowę schematów poznawczych dotyczących kobiecości w wymiarze biologicznym, psychologicznym, społecznym, i behawioralnym. Dr Bożena Gulla (Instytut Psychologii Stosowanej UJ) omówiła zagrożenia związane z zaburzeniami tożsamości osób poddanych transplantacjom. W referacie „Problematyka tożsamości osób żyjących z przeszczepionymi narządami i tkankami” wskazała możliwości pracy psychologicznej nad reintegracją tożsamości naruszonej faktem ciężkiej choroby i transplantacji, związanych ze zmianami w każdej sferze funkcjonowania chorego. „Rozmowy o śmierci i życiu. Pomoc psychologa w kontakcie lekarza z rodziną dawcy narządów do transplantacji” dr Alicji Michalak z Zakładu Psychologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, zamknęły sesję. Autorka wskazała na konieczność doskonalenia komunikacji lekarzy z rodzinami dawców oraz potrzebę wsparcia psychologicznego lekarzy w tych trudnych zadaniach.

Konferencję zakończył krótkim podsumowaniem prof. dr hab. n. med. Jan Łazowski.

Po zakończeniu konferencji odbyła się grupa Balinta dla zainteresowanych uczestników.

W trakcie Sympozjum odbyło się wiele rozmów kularowych, była także okazja do dalszych dyskusji już w sposób mniej formalny a także okazja do bliższego poznania się. Wykłady plenarne oraz wystąpienia referatowe były na wysokim poziomie me-

rytorycznym, dzięki którym można było pogłębić swoją wiedzę z zakresu szeroko rozumianej tematyki psychosomatycznej. Było to jedno z niewielu Sympozjów Naukowych z tego zakresu, które odbywają się w Polsce, a być może jedyne, które odbywa się systematycznie już od prawie 20 lat. 18. Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej było sprawnie i profesjonalnie zorganizowane, wniosło wiele ważnych zagadnień merytorycznych, a jednocześnie odbywało się w miłej i życzliwej atmosferze. Miejmy nadzieję, że tradycja ta będzie nadal przez kolejne lata kontynuowana, rozwijana i wzbogacana o nowe tematy i zagadnienia.