

TERAPIA KOMPLEMENTARNA NA ODDZIALE DZIENNYM PALIATYWNYM

Ewelina Kalczyńska-Wrzeszcz

Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej – Dom Sue Ryder
Bydgoszcz

COMPLEMENTARY THERAPY AT PALLIATIVE DAILY WARD

Summary. In this article we present a novel therapeutic program for palliative care patients admitted to the Palliative Daily Ward in the Hospice of Lady Sue Ryder in Bydgoszcz, Poland. This program called “the Complementary Therapy Program”, is an intervention that has several components (therapy species) including psychotherapy, music therapy, aromatherapy, art therapy, and other therapeutic activities. Each of these components supplements the others.

As the research is still in-progress this paper focuses on the description of this unique program.

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa różni się od innych chorób przede wszystkim tym, że często już samo myślenie o niej, u większości osób, wywołuje intensywne, negatywne emocje. Wielu chorym kojarzy się z nieuchronnością śmierci, poprzedzonej cierpieniem fizycznym i psychicznym. Mimo znacznego postępu medycyny w zakresie zwiększenia szans przeżycia pacjentów z chorobą nowotworową, nadal nie ma gwarancji całkowitego ich wyleczenia. Dzisiaj korzystamy z możliwości przedłużenia życia osobie chorej na raka.

Odkąd, pod koniec XX w. nauki psychologiczne, traktujące o emocjach i ludzkim zachowaniu, ponownie powróciły do badań nad pacjentem nowotworowym, sytuacja psychospołeczna tych chorych stopniowo się polepsza (Lambley, 1995). Analizy struktury potrzeb pacjentów (głównie tych w stanie terminalnym raka) intensyfikują poszukiwania optymalnych oddziaływań terapeutycznych. Reakcje te są różne, tak jak różny jest przebieg choroby nowotworowej. Wśród najczęstszych przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych wymienia się m.in. brak wsparcia społecznego, złą

Adres do korespondencji: Ewelina Kalczyńska-Wrzeszcz, ul. Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz, e-mail: e.wrzeszcz@domsueryder.org.pl

komunikację z personelem medycznym, cechy osobowości, skłonność do pesymizmu, ciężkie przeżycia współistniejące z chorobą, bądź bezpośrednio ją poprzedzające, oraz przeżywane w przeszłości zaburzenia psychiczne, głównie nerwicowe (Walden-Gałuszko, 2005). Zarówno obraz choroby, jak i własnej sytuacji chorego zależy istotnie od jego stanu emocjonalnego. Pacjenci często dokonują tzw. poznawczego przepracowania choroby, które stanowi podstawę do tego, by przystosować się do niej. Nie ulega wątpliwości, że adaptacja jest procesem. Polega on na zmniejszeniu dyskomfortu emocjonalnego i osiągnięciu tym samym samopoczucia psychicznego określanego jako dobre. Pacjent podejmuje próbę poradzenia sobie ze zmianami w życiu wywołanymi przez chorobę na płaszczyznach poznawczej i emocjonalnej. Tak więc koncepcja przystosowania jest niejako pochodną dziewiętnastowiecznej koncepcji choroby, rozumianej jako efekt zaburzenia homeostazy i polega na przywróceniu u siebie przez chorego stanu równowagi psychicznej (Terelak, 2001). Istotną rolę w tej ochronie zdrowia psychicznego odgrywają grupy wzajemnej pomocy (samopomocy). Ich celem zasadniczym jest „wzajemna pomoc w rozwiązywaniu wspólnych problemów osobistych i społecznych; zrzeszają – na zasadzie dobrowolności – osoby o podobnych doświadczeniach życiowych lub trudnościach” (Czabała, Sęk, 2000, s. 618).

Jednym z typów takich grup są grupy osób żyjących pod działaniem przewlekłego stresu, jak pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową. Celem takiej grupy jest m.in. stworzenie warunków wsparcia emocjonalnego, wymiany doświadczeń oraz rozładowania emocji, ukazanie możliwości radzenia sobie z trudnościami (Kądziewska, 2000).

Program terapii komplementarnej

W dużym stopniu kwalifikującą się do powyższej typologii jest grupa stworzona z pacjentów hospicyjnych na Oddziale Dziennym Paliatywnym Domu Sue Ryder. Oprócz działalności samopomocowej, na chorych oddziałuje starannie skompletowany zespół terapeutyczny, który tworzą: terapeuta zajęciowy, arteterapeuta, psycholog, aromaterapeuta i muzykoterapeuta. Opracowali oni w grudniu 2005 roku autorski program terapii komplementarnej. Cel tej formy pomocy terapeutycznej jest jednoznacznie ukierunkowany na dobro osób i obejmuje zachowania prospołeczne, nastawione na rozwój potencjałów zdrowotnych, umysłowych, artystycznych, sprawnościowych, a także interwencję w kryzysie czy poradę (Czabała, Sęk, 2000).

Programem oddziaływań objęci zostali pacjenci ze zdiagnozowaną, postępującą i przewlekłą chorobą, werbowani (na zasadzie dobrowolności) z domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej.

Proponowane zajęcia terapeutyczne odbywają się pięć dni w tygodniu. Każda forma terapii, będąca składową terapii komplementarnej została, w sposób nieprzypadkowy, przyporządkowana innemu dniowi. Poniżej przedstawiono aktualny harmonogram tygodnia Oddziału Dziennego Paliatywnego Domu Sue Ryder w Bydgoszczy, ze szczególnym uwzględnieniem składowych terapii komplementarnej.

Tabela 1. Harmonogram tygodnia z uwzględnieniem składowych terapii komplementarnej

Dzień tygodnia	Forma terapii
Poniedziałek	psychoterapia grupowa, terapia zajęciowa
Wtorek	muzykoterapia, terapia zajęciowa (agrotterapia)
Środa	aromatapia z technikami relaksacyjnymi, terapia reminiscencyjna
Czwartek	arteterapia, ludoterapia
Piątek	poezjoterapia, terapia zajęciowa (zajęcia kulinarne)

Elementy składowe i procedura terapii komplementarnej

Omawiane powyżej samopomocowe oddziaływanie grupy znajduje swoje największe odzwierciedlenie podczas spotkań pacjentów z psychologiem. Psychoterapia grupowa, na omawianym oddziale, to forma terapii psychologicznej, która mimo tego, że prowadzona jest grupowo, koncentruje się na indywidualnym pacjencie. Cechą charakterystyczną grupy terapeutycznej utworzonej na oddziale jest to, że każdy z uczestników może formułować, realizować i ewentualnie modyfikować swoje własne, indywidualne cele (www.fizjoterapia.com). Terapeuta, korzystając z publikacji m.in. takich autorów, jak: Phil Bosmans, Anselm Grun, Bruno Ferrero czy Mieczysław Maliński, w odpowiedzi na potrzeby pacjentów, porusza zagadnienia pozwalające na realizację głównych celów terapeutycznych. Należą do nich: akceptacja przez pacjenta swojej choroby i ograniczeń z niej wynikających, obniżenie napięcia psychicznego i niepokoju, poprawa komunikacji z otoczeniem, przeżywanie choroby bez „zapadania się w cierpienie”, dawanie i branie wsparcia i zachęty, pomoc w dostrzeganiu uzdolnień i możliwości swoich i innych, zwiększenie, uzyskanie lub odzyskanie zaufania do siebie i innych. Do głównych celów terapeutycznych należą także: uczenie się otwartości i szczerości wobec otoczenia, lepsze radzenie sobie w sytuacjach stresowych, wzrost samooceny, budowanie niezależności osobistej przy jednoczesnym uświadomieniu współzależności od innych osób, rozszerzenie możliwości działania, uczenie się przeżywania uczuć bez konieczności poddawania się im, poprawa wglądu w treść i siłę własnych emocji i inne (www.laboratoriumpsychoedukacji.pl). Pacjenci korzystający z tej formy terapii mają do dyspozycji nie tylko psychologa-terapeutę, lecz także pozostałych uczestników grupy, razem z ich doś-

wiadczeniami życiowymi i wszystkim, co niesie ze sobą obecność nowo poznanych osób, którzy z biegiem czasu mogą stać się przyjaciółmi. Grupa terapeutyczna Oddziału Dziennego Paliatywnego daje pacjentom możliwość dogłębnego zajęcia się samym sobą, podczas intensywnego doświadczenia grupowego, pogłębia wiedzę o nich samych: ich cechach, typowych zachowaniach, możliwościach ekspresji i komunikowania się z ludźmi, daje możliwość eksperymentowania nad zmianami typowych dla nich reakcji, kontaktowania się z innymi, wyrażania uczuć, pozwala lepiej zrozumieć innych ludzi oraz uczy, że inni mają podobne problemy, przez co pomaga spojrzeć na siebie z dystansu (Gawkowska, Szczęsna, Tuszewska, 2004). Wszystko to sprawia, że doświadczają oni psychicznego i duchowego zdrowienia w sytuacji, kiedy ciało nieodwracalnie niszczy choroba.

Formą terapii kreatywnej, stanowiącą uzupełnienie psychoterapeutycznych oddziaływań na omawianym oddziale, jest muzykoterapia z technikami relaksacyjnymi i aromaterapią. Prowadzona przez muzyka z przygotowaniem terapeutycznym, w asyście psychologa, uaktywnia muzycznie inspirowane, kontrolowane wyobrażenia, w celu pobudzenia wzrostu samopoznania i wzrostu osobowego chorych (O'Callaghan, 2005). Terapeuta asystuje pacjentom w słuchaniu muzyki relaksacyjnej (*musica sedativa*) (uprzednio przez nich wybranej i zaakceptowanej), stwarzając warunki do głębokiego relaksu. Zachęcając do odprężenia, zobojętnienia na bodźce zewnętrzne utrudniające wyciszenie, uczy panowania nad ciałem, celem zmniejszenia nasilenia przykrych objawów. Jednocześnie uruchamia pozytywną wyobraźnię wizualną, oddziałując przy tym odpowiednio dobranym zapachem. Właściwe zastosowanie olejków aromaterapeutycznych (naturalnych olejków eterycznych) pobudza układ immunologiczny, poprawia krążenie krwi, działa analgetycznie. Jednak równie ważnym obszarem ich zastosowania jest sfera psychiki. Badania udowodniły, że zastosowanie niektórych esencji zapachowych wywołuje w mózgu człowieka fale alfa, pojawiające się w czasie pełnej relaksacji lub medytacji (www.aromaterapia.pl, www.firmakatia.neostrada.pl). Pobudzając w ten sposób pacjentów do wyobrażeń przyjmuje się, że są one powiązane z ich głębokimi pokładami świadomości (Marr, 1998-1999). Po sesji, chorzy mają możliwość omówienia z terapeutą swoich odczuć i przeżywanych stanów.

Każdy człowiek posiada zdolność projekcji swoich stanów psychicznych, konfliktów wewnętrznych, towarzyszących im myśli, uczuć (Senger, 2006). Korzystając z tej wiedzy, zaproponowano pacjentom oddziału – jako szczególnym beneficjentom tej praktyki – terapię sztuką. Arteterapeuta z przygotowaniem artystycznym, korzystając z dorobku takich dyscyplin, jak: sztuki wizualne, psychoterapia, psychiatria i psychologia, poprzez biblioterapię (w tym poezjoterapię), chromoterapię, a także różnorodne techniki plastyczne (jak malarstwo, rzeźba, collage), daje chorym szansę na spontaniczną, grupową twórczość, wypełniając przy tym określone funkcje terapeutyczne (Szulc, 2003). Sztuka pomaga chorym odzyskać równowagę psychiczną, rozładować frustracje, zmniejszyć przeżywany lęk i przygnębienie, łagodzi lub niweluje agresywne zachowania; wzbogacając wewnętrzne życie człowieka kształci

jego intelekt i pogłębia emocjonalną treść życia, ponadto służy zabawie, umożliwiając swobodną ekspresję osobowości. Spełnia zatem trzy rodzaje funkcji: korekcyjną, edukacyjną i rekreacyjną (Samela, 2003, s. 33). Pacjent uczy się postrzegać życie jako wartość samą w sobie, bez względu na stopień jego zewnętrznej efektywności; doznaje zachęty, by wolność rozumieć jako formę istnienia osobowego. Dzięki takiej postawie zyskuje szansę, by odkryć, że sens życia jest zawarty w jego indywidualnej biografii (Walden-Gałuszko, 2005). Dla terapeutów arteterapia stanowi kolejne dodatkowe, niezwykle cenne, źródło wiedzy o pacjencie.

Prezentując powyższe terapie, skupiono się na tych formach kreatywnej pracy z pacjentem, które w zamierzeniu mają tworzyć procedurę, wzajemnie uzupełniającą się całość.

Terapeuci, omawiając problemy i potrzeby pacjentów, ustalają kierunek oddziaływań na kolejne dni. Procedura terapii komplementarnej ma swój początek w wyborze tematu rozważań (psychoterapia grupowa). Następnego dnia poprzez treść wizualizacji, zapach i muzykę relaksacyjną – model *GIM*, tj. sterowanie wyobraźnią przy pomocy muzyki (Marr, 1998-1999) wiąże się z aromaterapią. Pacjenci dzięki temu mają szansę kontynuacji rozmyślań, w następstwie pobudzenia wyobrażeń, które umożliwiają odkrycie sensu tożsamości i wartości, pogłębienie wglądu w siebie oraz przynależności kulturowej (Forrest, 2000). Ostatnim elementem składowym komplementarnego charakteru oddziaływań jest kontynuowanie pracy w formach symbolicznych, poprzez kreatywne malarstwo (arteterapia). W ten sposób autorzy programu, dzięki życzliwej cierpliwości i umiejętności wchodzenia w ciepły, oparty na całkowitym zaufaniu związek z podopiecznymi, skrupulatnie realizują cel pomocy choremu w przywróceniu go samemu sobie. Ścisła współpraca terapeutów i ich zażyła relacja z pacjentami i pozwoliła ustalić, że proponowana procedura cieszy się uznaniem pacjentów.

Inne formy terapii na Oddziale Dziennym Paliatywnym

Kolejną, stosowaną na oddziale, formą terapii jest „klasyczna” muzykoterapia, rozumiana jako kombinacja sztuki i nauki. Pozytywny wpływ muzykoterapii i słuchania muzyki na ból i stres związany z chorobą został udowodniony już ponad dwadzieścia lat temu (Hanser, 2006). Jedną z form muzykoterapeutycznych oddziaływań proponowanych na omawianym oddziale (oprócz wspomnianego powyżej modelu *GIM*) jest odtwarzanie lub/i śpiewanie muzyki życia. Piosenki z życia często głęboko dotykają istoty naszego bytu. Pacjenci, którzy za sprawą muzyki wracają do wcześniejszych lat, mogą powrócić do tych wszystkich doświadczeń z historii życia, które niejako odszyfrowują ich teraźniejszą tożsamość. Osoba słuchająca lub/i śpiewająca ma możliwość doświadczyć na nowo kim jest, przemyśleć raz jeszcze to, o czym wtedy myślała i odkryć kim była, a dokonać tego może zarówno na werbalnym, jak i niewerbalnym poziomie świadomości. Muzyka umożliwia chorym czuć, doświadczać i wyrażać ich całe – usytuowane w historii – „ja” (O’Callaghan, 2005, s. 1042).

Obecnie oddział nie dysponuje (popularnymi na zachodzie) bibliotekami z ulubionymi płytami pacjentów, korzysta natomiast ze śpiewników, w których pacjenci wskazują ulubione, ważne dla ich wspomnień utwory, by następnie je odśpiewać. Wybierając muzykę, którą chcą sobie słuchać czy śpiewać, sprawują pewną kontrolę nad wspomnieniem osób, miejsc i doświadczanych wówczas emocji. Badania donoszą, że dopóki pacjent ma poczucie kontroli nad doświadczaniem muzyki podczas sesji terapeutycznej, efekty niepożądane muzykoterapii są rzadkie (O'Callaghan, 2005, s. 1045). Skuteczność muzykoterapii zależy jednak nie tylko od reakcji pacjenta na muzykę, ale także od interakcji z muzykoterapeutą. Traktowany jest on jako odbijający niczym lustro (w sensie psychoanalityka Winnicotta) aspekty dotyczące wewnętrznego życia pacjenta (Winnicott, 1971). Proces muzykoterapeutyczny nie pozwala na ujednoczone oddziaływanie, bowiem muzykoterapeuta dopasowuje swoje podejście do potrzeb pacjentów. Z tego też względu na Oddziale Dziennym Paliatywnym bydgoskiego Domu Sue Ryder tylko niektóre z możliwych metod znajdują swoje zastosowanie. Spełniają jednak swoje zasadnicze funkcje: są pozytywnymi, emocjonalnymi doświadczeniami, które mogą wydobywać społeczne interakcje, inspirować wzrost dobrego samopoczucia i mechanizmów radzenia sobie oraz duchowej refleksji i wspomnień (Hogan, 1999).

Kolejną metodą, wykorzystywaną w pracy z pacjentem omawianego oddziału, jest szeroko rozumiana terapia zajęciowa (w tym: agrotterapia, ergoterapia, zajęcia kulinarne). Pierwsze wzmianki wskazujące na lecznicze działanie różnego rodzaju zajęć pochodzą już ze starożytności. Leczenie pracą traktowane jest nie tylko jako środek leczniczy, mający na celu usprawnienie narządu ruchu, czy zwiększenia sprawności manualnej. Twórczy, i rekreacyjny zarazem, charakter czynności wykonywanych przez pacjentów podczas terapii zajęciowej, stwarza im możliwość bezsłownej ekspresji przeżyć oraz unikalnego, pośredniego kontaktu z terapeutą (*Przewodnik po Oddziale Dziennym Paliatywnym*, 2006). Chory odkrywa w sobie poczucie przynależności do grupy; odrywając się w ten sposób od samotnych zmagani z chorobą. W terapii zajęciowej sam rezultat wykonywanej przez pacjenta czynności nie jest najważniejszym celem zajęć. Ważna jest podejmowana przez niego inicjatywa i samo wykonywanie danej czynności. Terapeuta zajęciowy, nastawiony na wpływanie na procesy psychiczne pacjenta i uaktywnianie go, realizuje podstawowe funkcje terapii zajęciowej, tzw. wychowawczej. Główne cele tej formy terapii realizowane na Oddziale Dziennym Paliatywnym, skoncentrowane są zatem na dwóch aspektach: psychicznym i terapeutycznym i polegają na: pomocy pacjentowi w wyprowadzeniu go z depresji spowodowanej chorobą, rozbudzeniu wiary chorego w jego społeczną przydatność, zwiększeniu zakresu ruchu i siły mięśniowej, poprawie koordynacji ruchowej, podniesieniu ogólnej jego sprawności. Dostarczając choremu wrażeń estetycznych, zapobiega skutkom ograniczenia aktywności i bezczynności, odwraca jego uwagę od myśli nad swoimi dolegliwościami, swoim schorzeniem (Samela, 2003).

Pacjenci Oddziału Dziennego Paliatywnego równie chętnie jak z wyżej wymienionych form terapii, korzystają z zabawy prowadzonej przez terapeutę zajęciowego zgodnie z założeniami ludoterapii. Głównym jej celem jest wyprowadzenie pacjenta ze stanu apatii i izolacji, przywracając u niego aktywną postawę życiową (Samela, 2003).

Zakończenie

Terapia komplementarna, wchodząc w zakres opieki paliatywnej, jest opieką szanującą podmiotowość i autonomię chorego, ułatwia pacjentowi wzrastanie ku dojrzałości psychicznej i duchowej. Oparta na filozofii życiowej, traktującej proces umierania jako kolejny z wielu etapów życia, ukazuje, że etap ten spełnia swoje określone zadania. Poprzez pogłębienie integracji osobowościowej pozwala osiągnąć zdolność całkowitego otwarcia się na życie, dzięki pogodzeniu się z przeszłością, ze sobą i z innymi. Perspektywa konieczności odejścia z tego świata nie musi być pozbawiona pogodnych aspektów, jakimi są radość z pogłębionej więzi międzyosobowej, cieszenie się urodą świata czy drobnymi przyjemnościami dnia codziennego (Walden-Gałuszko, 2005a).

Mimo że badania światowe nie dostarczają jednoznacznych wniosków dotyczących wpływu terapii komplementarnej na efektywność opieki paliatywnej (Davies, Higginson, 2004), to zaobserwowany (w trakcie półrocznych oddziaływań) wzrost zażyłości członków grupy, ich wzajemnej serdeczności, troski, empatii i szczerości w relacjach, a także werbalne i niewerbalne przejawy sympatii i zaufania okazywane terapeutom, pozwalają wierzyć, że obrany kierunek działań jest prawidłowy, choć badania pod tym kątem są niezbędne.

Literatura cytowana

- Aromaterapia*. [Online] <http://www.firmakattja.neostrada.pl>
- Czabała, Cz., Sęk, H. (2000). Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.) *Psychologia – podręcznik akademicki* (tom 3, s. 618). Gdańsk: GWP.
- Davies, E., Higginson, I. J. (red.) (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Milan: World Health Organization.
- Forrest, L. C. (2000). Addressing issues of ethnicity and identity in palliative care through music therapy. W: D. Warrel, T. M. Cox, J. D. Firth, E. J. Benz Jr. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*. Oxford: OUP.
- Gawkowska, A., Szczęsna, K., Tuszewska, M. (2004). *Czym jest psychoterapia grupowa?* [Online] <http://www.synapsis.pl/sps/>
- Hanser, S. B. (2006). *Music Therapy as Complementary Medicine*. [Online] <http://www.musictherapyworld.de>
- Hogan, B. (1999). A phenomenological research project. W: D. Warrel, T. M. Cox, J. D. Firth, E. J. Benz Jr. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*. Oxford: OUP.
- Kądziaława, D. (2000). Zastosowania neuropsychologii w praktyce społecznej. W: J. Strelau (red.) *Psychologia – podręcznik akademicki* (tom 3). Gdańsk: GWP.
- Lambley, P. (1995). *Psychologia raka*. Warszawa: Książka i Wiedza.

- Marr, J. (1998-1999). GIM at the end of life: case studies in palliative care. *Journal of the Association for Music and Imagery* 6, 37-54.
- O'Callaghan, C. (2005). The contribution of music therapy to palliative medicine. W: D. Warrel, T. M. Cox, J. D. Firth, E. J. Benz Jr. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*. Oxford: OUP.
- Psychoterapia grupowa*. [Online] <http://www.laboratoriumpsychoedukacji.pl>
- Psychoterapia grupowa*. [Online] <http://www.fizjoterapia.com>
- Przewodnik po Oddziale Dziennym Paliatywnym*. Dokumentacja wewnętrzna Domu Sue Ryder w Bydgoszczy.
- Samela, K. (2003). Terapia zajęciowa, ergoterapia, ludoterapia, arteterapia. Formy i metody wykorzystywane w pracy z pacjentem geriatrycznym. *Ibis*, 3-4, 32-34.
- Senger, Z. (2006). *Opieka przez sztukę, czyli arteterapia na Oddziale Dziennym Paliatywnym*. Konferencja „Wyzwania dla opieki paliatywnej w XXI wieku”, Bydgoszcz.
- Szulc, W. (2003). *Początki arteterapii jako dyscypliny paramedycznej w Europie*. Konferencja „Sztuka i Terapia”, Zielona Góra.
- Terelak, J. F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Branta.
- Walden-Gałuszko, K. (red.) (2005). *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa: PZWL.
- Walden-Gałuszko, K. (2005a). O opiece paliatywnej można mówić pogodnie. *Medycyna Paliatywna*, 2.
- Winnicott, D. W. (1971). Playing and Reality. W: D. Warrel, T. M. Cox, J. D. Firth, E. J. Benz Jr. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine Fourth Edition*. Oxford: OUP.
- Zapachy zdrowia*. [Online] <http://www.aromaterapia.pl>