

## **List do Redakcji. Czy pielęgniarka jest w stanie i powinna realizować niektóre formy psychoterapii?**

### **Letter to Editor. Is the nurse able to and should implement some forms of psychotherapy?**

Andrzej Brodziak<sup>1,2</sup>, Alicja Różyk-Myrta<sup>2</sup>, Agnieszka Wolińska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

<sup>2</sup> Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie

Spośród wszystkich zawodów medycznych pielęgniarki mają najbardziej intensywny kontakt z pacjentami. W porównaniu z lekarzami mogą pacjentom poświęcić więcej czasu. Istota ich zawodu sprawia, że kontakty z pacjentami mają charakter nie tylko werbalny, ponieważ opiekują się one także ciałem pacjenta. Jednocześnie wykształcenie współczesnych pielęgniarek, które ukończyły szkoły przestrzegające standardów UE, gdzie program nauczania obejmuje ok. 4800 godzin, jest rozległe i kompletne. Na studiach I stopnia program ten przewiduje nauczanie przedmiotu „Psychologia” w wymiarze 60 godzin oraz przedmiotu „Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne” w wymiarze 195 godzin. Ponadto nauczane są przedmioty „Socjologia” (30 godzin), „Promocja zdrowia” (65 godzin) oraz „Filozofia i etyka zawodu” (90 godzin). Zagadnieniom tym poświęca się zatem znacznie więcej czasu na studiach pielęgniarstwach niż na studiach medycznych.

Pielęgniarki pełnią oczywiście bardzo różne funkcje w strukturze placówek służby zdrowia. Niektóre z nich, jak np. pielęgniarki POZ, zwłaszcza pielęgniarki środowiskowe, pracownice różnych zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów lecznictwa psychiatrycznego, położne, pielęgniarki zatrudnione w sanatoriach – stoją wobec wyzwania, jakimi są skargi pacjentów na ich sytuację bytową, rodzinną i kondycję psychiczną. Powstaje więc uzasadnione pytanie, czy pielęgniarka powinna podejmować niektóre formy psychoterapii i czy jest do tego przygotowana. Nie opublikowano wielu sprawozdań naukowych z podejmowania takich czynności. Nasze własne rozmowy z pracującymi pielęgniarkami, realizującymi tzw. studia pomostowe bądź studia magisterskie, nie wskazują na ich znaczne zainteresowanie teorią i stosowaniem różnych form psychoterapii. Pożądane byłoby opublikowanie wypowiedzi pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego organizowane przez ośrodki kształcenia podyplomowego. Brak jednak takich danych.

Próba odpowiedzi na postawione pytanie musi się zatem opierać głównie na przeglądzie nielicznych publikacji zagranicznych dotyczących tych form psychoterapii, które są zbieżne z najczęstszymi wyzwaniami, na jakie napotykają pielęgniarki [1–3]. Wynika z nich, że pielęgniarki mają w istocie wstępne przygotowanie, aby podejmować takie działania, co byłoby korzystne dla wielu pacjentów. Brakującym ogniwem jest jedynie brak przekazywania w czasie studiów konkretnych, praktycznych procedur postępowania. Niniejszy tekst jest próbą wywołania dyskusji na ten temat.

### **Psychoterapia wspierająca**

Większość ludzi, jeśli pojawi się taka potrzeba, potrafi podjąć rozmowę z osobą, która znalazła się w trudnej czy kryzysowej sytuacji życiowej. Należy ją wtedy nakłonić, by opowiedziała, na czym polega jej problem i nazwała przeżywane trudności. Osoba wspierająca w warunkach szpitalnych i innych powinna pomóc pacjentowi zrozumieć jego sytuację i zaplanować sposoby rozwiązania lub złagodzenia problemu, bądź też zaadaptowania się do nowych warunków. Psychoterapię wspierającą można utożsamiać z przyjacielską, bezstronną poradą.

### **Psychoterapia reminiscencyjna**

Już przed około 25 laty opublikowano pierwsze prace dotyczące prostej formy psychoterapii grupowej, która może być realizowana przez pielęgniarki [4, 5]. Polega ona na organizowaniu sesji grupowych, w trakcie których uczestnicy opowiadają o swoim życiu. Autorzy propagujący i rozwijający tę formę terapii podkreślają, że jest ona szczególnie użyteczna dla osób starszych [6–8]. Stosowano ją przede wszystkim w różnych zakładach opiekuńczo-leczniczych przeznaczonych dla pacjentów w zaawansowanym wieku. Czynnikiem terapeutycznym jest już sama możliwość podjęcia opowieści na swój temat, grupa zaś słucha, czasem komentuje. Pielęgniarka odgrywa tu głównie rolę moderatora, który organizuje i porządkuje przebieg rozmów. Nie jest konieczne, aby dokonywała interpretacji wypowiedzi. Czasami takie spotkania mają charakter tematyczny [7], można też korzystać z pomocy w postaci starych fotografii czy zapisów pamiętnikarskich.

### **Psychoterapia narracyjna**

Prostą i intuicyjnie zrozumiałą ideę psychoterapii reminiscencyjnej uogólniono i poszerzono. Wielu autorów podkreśla użyteczność stymulowania opowieści na różne problemowe tematy. Już w roku 2001 Skott kładł nacisk na korzystny wpływ fizycznej obecności pielęgniarek i uważnego wysłuchiwanie skarg pacjentów [9]. O dużym znaczeniu, jakie ma artykułowanie wspomnień dotyczących wydarzeń wyznaczających tożsamość pacjentów, pisali Thorne i wsp. [10] oraz Gaydos [11]. Inni autorzy poszli o krok dalej, dowodząc, że snucie opowieści na swój temat, a także ekspresja artystyczna pacjentów wzmacniają ich pozytywne mniemanie o sobie i poczucie sensu życia [12, 13].

J.A. Aloï wyróżnia wśród technik psychoterapii narracyjnej dekonstrukcję, ekstermalizację i rekonstrukcję [14]. Dekonstrukcja polega na aktywnym słuchaniu przez pielęgniarkę opowieści o problemie pacjenta, tak aby można było ustalić, co „nie zostało wypowiedziane na głos, zwracając uwagę na pominięcia, niejasności i sprzeczności”. Dekonstrukcja pomaga w przeprowadzeniu ekstermalizacji, czyli wyartykułowaniu tajonych dotąd samooskarżeń. Rekonstrukcja natomiast sprowadza się do ponownego omówienia wydarzeń z życia pacjenta w nowy, bardziej optymistyczny sposób.

### **Psychoterapia ukierunkowana na osobę**

O ile teoria i procedury terapii psychodynamicznej i poznawczo-behawioralnej są trudne i muszą być realizowane przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, o tyle zdaniem wielu autorów podejście Carla Rogersa może być wdrażane także przez pielęgniarki [4, 5]. Jak wiadomo, warunkiem powodzenia tej formy pomocy jest umiejętność wytworzenia empatycznej, przyjaznej atmosfery spotkań. Istotny jest też szacunek pielęgniarek dla odrębności i podmiotowości pacjentów, którzy traktowani są jak klienci. Treść rozmów ma pomóc pacjentowi w powrocie do realizowania jego własnego pomysłu na siebie.

### **Psychoterapia „life review”**

Kilku autorów wyróżnia rodzaj terapii przypominającej nieco psychoterapię reminiscencyjną, której prowadzenie jest jednak trudniejsze [4–6]. Procedura tej techniki psychoterapeutycznej przewiduje sesje indywidualne dla osób starszych. W ich trakcie pacjent opowiada o swoim życiu, a celem tych rozmów jest dokonanie takiej rekonstrukcji zapamiętanej ścieżki biograficznej, aby pacjent uznał, że przebieg jego życia był właściwy i aby nie miał do niego większych zastrzeżeń.

O tym, jak istotna jest praca nad własnymi wspomnieniami, tak aby można było uzyskać zrównoważony obraz przebiegu własnego życia, pisaliśmy już poprzednio [15]. Haight i Burnside z kolei próbowali określić, w jaki sposób pielęgniarki prowadzące ten rodzaj psychoterapii miałyby skłaniać pacjentów do przemiany oglądu ich wydarzeń życiorysowych [5]. Zarekomendowali w tym kontekście w pierwszej kolejności technikę terapii ukierunkowanej na osobę, tak jak zalecał to Carl Rogers. Treść rozmów powinna zmierzać do uzyskania całościowego oglądu życia, podobnie jak w psychoterapii Gestalt. Pomocne będą też techniki zaproponowane przez Ericksona.

### **Własne sugestie dotyczące procedury realizowania psychoterapii „life review”**

Zarys procedury terapeutycznej proponowanej powyżej jest przekonywający. Jednak wymaganie, aby stosować techniki wynikające z terapii Eriksonowskiej i terapii Gestalt, jest naszym zdaniem mało konkretne, osiągalne jedynie po długotrwałym wyspecjalizowanym kształceniu. Zapotrzebowanie na działania, które pomogą pacjentom uzyskać zrównoważony obraz własnego życia, jest znaczne, szczególnie

w odniesieniu do pensjonariuszy domów opieki i innych instytucji zajmujących się osobami starszymi. Z tego powodu staramy się określić procedury postępowania, które umożliwią praktyczne wdrażanie psychoterapii „life review”.

Nasza propozycja to strukturalizowany wywiad dotyczący najważniejszych wydarzeń z życia pacjenta, zaprezentowany już w publikacjach dostępnych on-line [16, 17]. Pozwala on ustalić tzw. ciąg niekorzystnych wydarzeń w biografii pacjenta. W dalszej kolejności pielęgniarka może się posłużyć własnym zasobem „zadań terapeutycznych”, które zachęcą pacjenta do tego, by przemyślał niektóre z tych wydarzeń i dokonał ich reinterpretacji. Przykłady zastosowania techniki tzw. zadań terapeutycznych można znaleźć w naszych wcześniejszych publikacjach [18, 19].

### Piśmiennictwo

1. Sampaio FM, Sequeira CA, Lluch Canut MT. *Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies*. J. Clin. Nurs. 2015; 24(15–16): 2096–2105.
2. Sampaio FM, Sequeira CA, Lluch Canut MT. *Contributes for the development of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A focus group study in Portugal and Spain*. Perspect. Psychiatr. C. 2017. doi: 10.1111/ppc.12211. [Epub. ahead of print].
3. Fredriksson L. *Modes of relating in a caring conversation: A research synthesis on presence, touch and listening*. J. Adv. Nurs. 1999; 30(5): 1167–1176.
4. Burnside I, Haight B. *Reminiscence and life review: Analysing each concept*. J. Adv. Nurs. 1992; 17(7): 855–862.
5. Haight B, Burnside I. *Reminiscence and life review: Explaining the differences*. Arch. Psychiatr. Nurs. 1993; 7(2): 91–98.
6. Burnside I, Haight B. *Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people*. The Nurse Practitioner. 1994; 19(4): 55–61.
7. Kellam-Stinson C. *Structured group reminiscence: An intervention for older adults*. J. Contin. Educ. Nurs. 2009; 40(11): 521–528. <https://sites.temple.edu/jmcccluskey/files/2015/12/Group-reminiscence.pdf>.
8. Thorgrimsdottir SH, Bjornsdottir K. *Reminiscence work with older people: The development of a historical reminiscence tool*. International Journal of Older People Nursing. 2016; 11(1): 70–79.
9. Skott C. *Caring narratives and the strategy of presence: Narrative communication in nursing practice and research*. Nurs. Sci. Quart. 2001; 14(3): 249–254.
10. Thorne A, McLean KC, Lawrence AM. *When remembering is not enough: Reflecting on self-defining memories in late adolescence*. J. Pers. 2004; 72(3): 513–541.
11. Gaydos HL. *Understanding personal narratives: An approach to practice*. J. Adv. Nurs. 2005; 49: 254–259.
12. Carolan M. *The role of stories in understanding life events: Poststructural construction of the ‘self’*. Collegian. 2005; 12(3): 5–8.
13. Romanoff BD, Thompson BE. *Meaning construction in palliative care: The use of narrative, ritual, and the expressive arts*. Am. J. Hosp. Palliat. Care. 2006; 23(4): 309–316.
14. Aloï JA. *The nurse and the use of narrative: An approach to caring*. J. Psychiatr. Ment. Hlt. 2009; 16(8): 711–715.

15. Brodziak A, Różyk-Myrta A, Wolińska A. *How to arrange the remembrance of own life for the benefit of successful aging*. J. Gerontol. Geriatr. Res. 2016; 5: 359. doi: 10.4172/2167-7182.1000359.
16. Brodziak A, Kołat E, Różyk-Myrta A, Kuźmińska A, Wolińska A, Ziółko A. *Structured interview for evaluation of medical and mental risk factors predisposing to early cognitive impairment and dementia*. Medical Science and Technology. 2015; 56: 127–144. <http://www.medsclitechnol.com/abstract/index/idArt/896617>.
17. Brodziak A, Różyk-Myrta A, Kołat E. *Trajectories of symptoms, syndromes, state of health and the overall trajectory of life*. J. Palliat. Care and Nursing. 2016; 1(1): 102. <http://www.elynsgrgroup.com/journal/article/trajectories-of-symptoms-syndromes-state-of-health-and-the-overall-trajectory-of-life>.
18. Brodziak A, Różyk-Myrta A, Wolińska A. *Is it possible to support cognitive behavioral therapy, led remotely, by determining so-called therapeutic tasks?* Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1373–1377. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909409>.
19. Brodziak A, Różyk-Myrta A, Wolińska A. *Fates and furies: Using novels to support the education of nurses and family therapists*. Nurse Educ. Today. 2017; 49: 153–155. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27940409>.

Adres: Andrzej Brodziak  
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego  
41-200 Sosnowiec, ul. Kościelna 13

Otrzymano: 9.04.2017  
Przyjęto do druku: 1.07.2017