

# VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA KORONARNIH BOLNIKOV

***Dragica Resman***

## UVOD

Na nastanek in potek koronarne bolezni poleg bioloških dejavnikov vplivajo tudi psihične motnje, osebnostne poteze in vedenjski vzorci (1). Glede na to, da je vedenjsko kognitivna terapija učinkovita pri zdravljenju čustvenih, vedenjskih, stresnih in osebnostnih motenj, upravičeno pričakujemo, da bo uspešna tudi pri preprečevanju in zdravljenju koronarne bolezni (2).

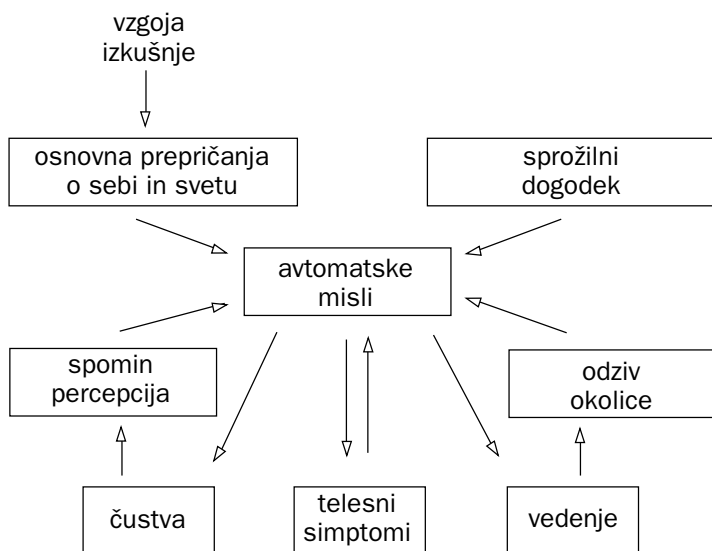
Smiselno bi bilo motivirati ljudi, da spremenijo škodljivi življenjski slog še preden zbolijo. To ni vedno lahko.

Kako živimo mi? Vemo, kaj je to zdrava prehrana, da je fizična aktivnost koristna, vemo, da nas pretirano pehanje za čim višjim družbenim položajem vodi v škodljiv stres. Vendar sedaj ni časa misliti na to, pred seboj imamo bolj pomembno delo. Zdravo bomo živeli kasneje, kasneje si bomo vzeli čas za družino, prijatelje in hobije. Tudi ob znakih preobremenjenosti ne izprežemo, raje si pomagamo s tableto ali alkoholom in se v želji, da bi dosegli visoko postavljene cilje, še bolj zakopljemo v delo. Bomo vztrajali, dokler nas ne bo ustavil razdrt zakon, izgorelost na delovnem mestu, psihična ali telesna bolezen, na primer infarkt? Se bomo šele takrat vprašali, zakaj se nam je to zgodilo, ali bi bilo morda pametno kaj spremeniti v našem življenju? Težko si priznamo, da tudi pri sebi prepoznamo škodljive vedenjske vzorce.

Vedenjsko kognitivna terapija je zgrajena na kognitivnem modelu, ki pravi, da naša čustva in vedenje niso neposredno odvisni od zunanjih dogodkov, pač pa je pomembno, kakšen pomen imajo ti dogodki za nas, kako dojemamo sebe v neki situaciji, torej, kakšne so naše misli. Misli, ki se nam sprožijo ob nekem dogodku, so vedno v skladu z našimi osnovnimi

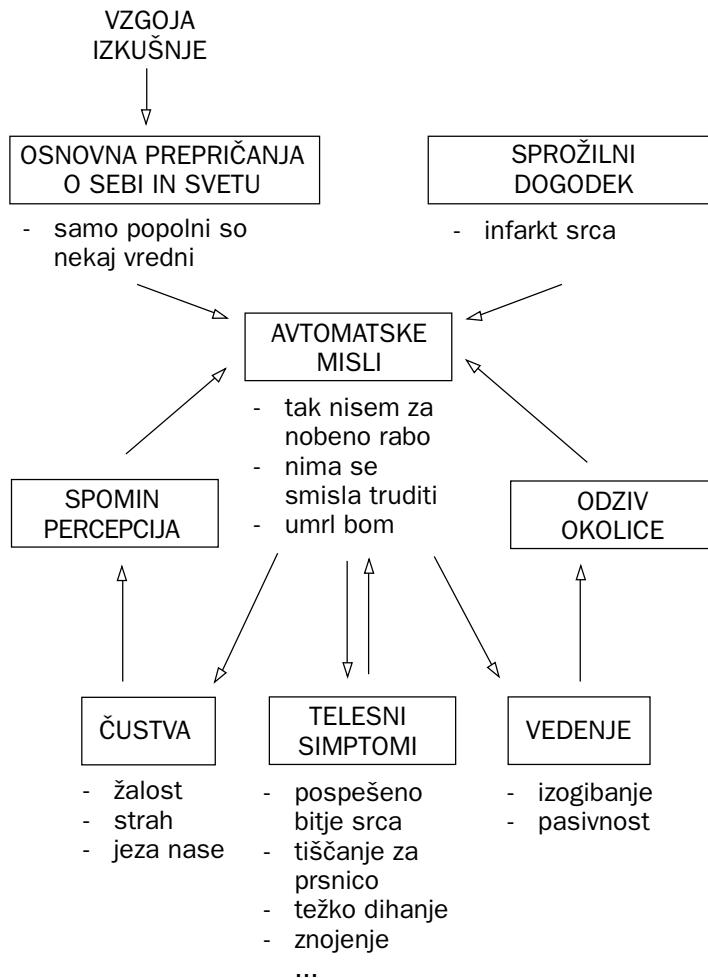
prepričanju o sebi in svetu. Prepričanja se običajno izoblikujejo že v otroštvu na podlagi vzgoje in izkušenj. Lahko so realna ali ne, vendar jih pogosto sploh ne preverjamo. Ponavadi se vedemo tako, da jih znova in znova potrjujemo (3,4,5,6).

**Slika 1:** Kognitivni model



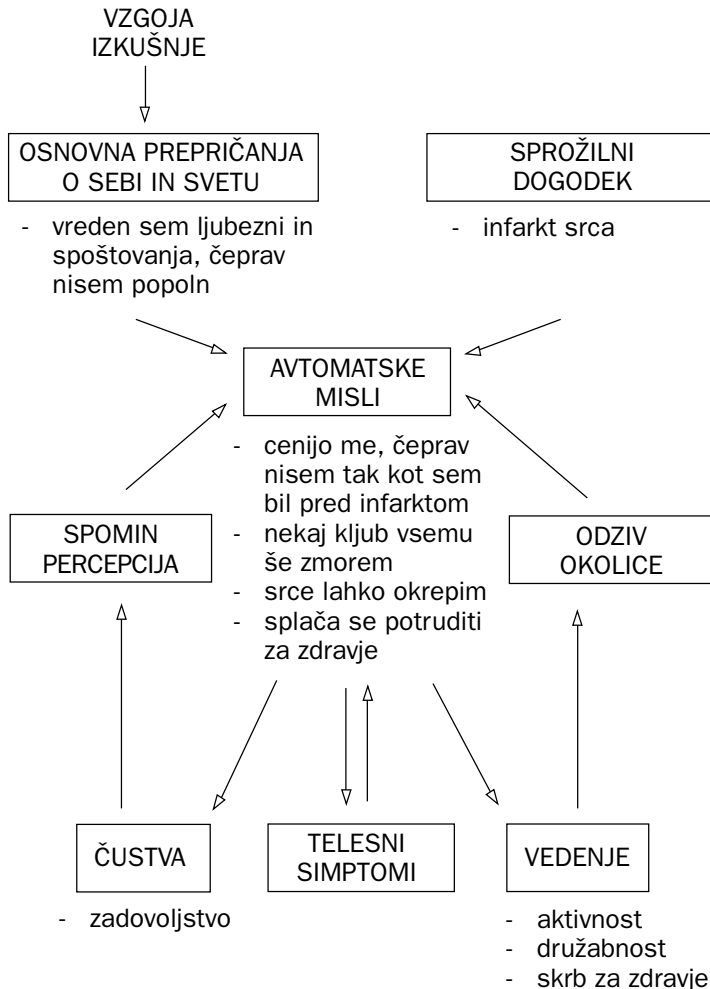
Normalno je, da je človek, ki se ob infarktu srca sooči s svojo ranljivostjo, zaskrbljen in potr ter ima izražene telesne simptome tesnobe. Vendar se bo tisti, ki se je že v otroštvu naučil, da mora biti vedno močan in popoln, težje prilagodil novim okoliščinam kot nekdo, ki ne izgubi samospoštovanja in upanja ob vsakem neuspehu.

**Slika 2:** Nefunkcionalne misli in vedenje koronarnega bolnika



Cilj vedenjsko kognitivne terapije je poiskati nerealne misli in prepričanja in jih nadomestiti z bolj realnimi ter spremeniti nefunkcionalno vedenje v bolj učinkovito in s tem izboljšati počutje pacientov in njihovo funkcioniranje.

**Slika 3:** Funkcionalne misli in vedenje koronarnega bolnika



S predstavitvijo pacienta, ki se je zdravil na našem oddelku za vedenjsko kognitivno terapijo, bom prikazala, kako je mogoče koronarnim bolnikom lajšati psihične težave, jih motivirati za spremembo škodljivih življenjskih vzorcev in jim pomagati, da se ponovno vključijo v življenje.

Bolnik je povedal, da je star 55 let, poročen, ima odraščajočega sina. Že vrsto let ima hudo angino pectoris, zato je bil pred letom in pol operiran. Nekaj tednov po operaciji ni imel hujših težav, nato pa so se napadi bolečin za prsnico spet začeli pojavljati. Kardiolog je rekel, da je srce zdaj v redu, sam pa je prepričan, da operacija ni uspela. Zdravnik mu hoče zaključiti bolniški stalež. Sam meni, da za delo ni sposoben. Največ napadov je imel prav na delovnem mestu, zato je prepričan, da je služba kriva za njegovo bolezen. Služba mu je veliko pomenila. Bil je zelo delaven in natančen, vendar ga šefi pogosto niso dovolj upoštevali.

Dokončal je gimnazijo. Zaradi podobnih težav s srcem, kot jih ima sedaj, je moral pustiti fakulteto. K psihiatru ga je napotila splošna zdravnica. Res je živčen, utrujen, ne spi, kar pa je po njegovem mnenju normalna posledica hude srčne bolezni in nerazumevanja zdravnikov za njegove težave, ne pa znak psihične bolezni. V zadnjem obdobju pogosteje pije alkohol, zdravil proti visokemu pritisku in povišanim maščobam v krvi ne jemlje redno, saj nič ne pomagajo. Izogiba se vsem psihičnim in fizičnim naporom, ker se boji, da bi mu arterijski pritisk lahko tako narastel, da bi mu srce počilo. Med napadi bolečin za prsnico vedno misli, da umira. Ve, da se mu življenje izteka.

Glede na internistične izvide in anamnestične podatke sem ocenila, da so pri pacientu v ospredju depresivno in tesnobno čustvovanje, telesni simptomi anksioznosti, hipohondrične bojazni in izogibajoče vedenje. Predlagala sem zdravljenje na oddelku za vedenjsko kognitivno terapijo v obliki dnevne bolnice in uvedla antidepresivno medikamentozno terapijo. Pacient je to sprejel, češ da tako nima druge izbire, saj bi mu drugače zaključili bolniški stalež. Kot cilj terapije si je postavil blažitev ali odpravo bolečin za prsnico. Bil je prepričan, da bi brez napadov in bolečin lahko normalno živel.

Vključili smo ga v skupinsko in individualno vedenjsko kognitivno obravnavo. V začetku zdravljenja smo se osredotočili na bolnikove simptome anksioznosti in depresivnosti. Pacienta smo poučili, kaj je to depresija, tesnoba, kako nastanejo telesni znaki tesnobe. Seznanili smo ga s kognitivnim modelom in z načinom zdravljenja.

Začel je z učenjem sprostitvenih tehnik (dihalne vaje, progresivna mišična relaksacija...).

Da bi se pacientovo počutje čimprej izboljšalo, smo ga spodbujali, da je načrtoval aktivnosti, ki mu prinašajo zadovoljstvo (poslušanje glasbe, sprehod, druženje s prijatelji, obdelovanje vrta ...).

Pisal je dnevnik. Beležil je, v katerih okoliščinah so se napadi pojavljali, kaj je takrat mislil, katera čustva je občutil. Ugotovil je, da vedno, kadar se razjezi, občuti pritisk v glavi. Pomisli, da mu je narasel pritisk in da mu srce lahko počí. Postane ga strah, nato pa se pojavijo še bolečine za prsnico, takrat pa je prepričan, da umira.

**Slika 4:** Beleženje okoliščin, v katerih se pojavijo simptomi, ter spremljajočih misli in čustev

DOGODEK	MISLI	ČUSTVA	TELESNI SIMPTOMI
čakanje v vrsti	→ Kaj tako mečkajo!	→ jeza	→ pritisk v glavi
občutek pritiska	→ Zaradi povečanega arterijskega pritiska mi lahko počí srce.	→ strah	→ bolečina za prsnico
občutek bolečine za prsnico	→ To je infarkt. Umrl bom.	→ groza	→ - palpitacije - bolečine v prsih - težko dihanje - znojenje

Pacient v tem trenutku še ni bil motiviran preverjati, ali so misli, ki mu sprožijo jezo, realne ali ne. Naučil pa se je vprašati samega sebe: »Bom z jezo rešil problem?« Čeprav je bil prepričan, da je jeza povsem upravičena, je ugotovil, da z jezo pogosto problema ne more rešiti, dobi pa bolečine za prsnico. Zato narediva načrt za obvladovanje jeze. Ob prvem znaku jeze uporabi eno izmed sprostitvenih tehnik ali preusmeri pozornost z miselno operacijo ali fizično aktivnostjo.

Pozornost smo namenili tudi pacientovemu nerealnemu prepričanju, da lahko srce počí, če mu arterijski pritisk narase. Z meritvami se je prepričal, da mu ob razburjenju sistolični pritisk res naraste na 180 mm Hg, kar življenjsko ni ogrožujoče, in da ga z relaksacijskimi tehnikami lahko zniža. Ko je ugotovil, da ne more vedno kontrolirati zunanjega sveta, lahko pa kontrolira jezo in telesno reakcijo, se je počutil mnogo bolj močnega in varnega.

Postopno se je pričel izpostavljeti telesni aktivnosti. Ugotovil je, da se pri rekreaciji kljub simptomom, kot so pospešeno bitje srca ali občutek pritiska v glavi, lahko dobro počuti. Prepričal se je, da njegovo srce še veliko zmore. Dobil je upanje, da z redno vadbo srce lahko še okrepi. Bolj redno je jemal medikamentozno terapijo, redkeje je posegal po alkoholu.

Ponosen je bil nase, ker je začel skrbeti za svoje zdravje. V terapijo smo vključili tudi pacientovo ženo, saj je zaradi svojih pretiranih bojzani zavirala možovo aktivnost.

Pacient je bil vedno bolj samozavesten, na skupini je prevzemal glavno vlogo, sam si je postavljaj vedno višje cilje, dokler se ni kar naenkrat spet zaprl vase in se pričel izogibati terapiji. Kaj se je zgodilo? Mislil je, da je že zdrav, pa je spet dobil napad, ko ga je pri teku nekdo prehitel. To ga je povsem podrlo. Pred skupino in terapevti je hotel prikriti svoje težave in ohraniti vtis, da je najbolj uspešen pacient. Do tistih, ki so drezali vanj z vprašanji, je postal sovražen in napadalen.

V nadaljevanju terapije smo spodbujali pacienta, da poišče prednosti in škodo perfekcionizma in pretirane tekmovalnosti. Je res povsem neuspešen in nemočen, če ni najboljši ali prvi? Je zdravljenje res neuspešno, če mu je velikokrat uspelo napad tesnobe obvladati, enkrat pa ne? Res obstaja samo vse ali nič? Je res bolje, da se dela sploh ne loti, če ve, da ga ne bo opravil popolno? Je res dobro zanj, če zdaj prekine z zdravljenjem? Pacient se je v nadaljevanju zdravljenja učil prepoznavati pri sebi in pri drugih tudi dobro, ni iskal le napak. Učil se je dajati in sprejemati pohvale, laže si je priznal, da vsega ne zmore, in poiskal pomoč, manj je bil občutljiv na kritike. Postavljaj si je bolj realne cilje. Do sedaj je vedel le, da mora biti prvi in najboljši, ni pa se vprašaj, ali je to sploh mogoče doseči, oziroma zakaj potrebuje zmago. Zakaj mora prvi speljati pri semaforju? Je dobro za njegovo zdravje, če je stalno napet, kot da bi se boril za svoje življenje?

Pacient je nove ugotovitve preveril v vsakdanjem življenju. Upočasnil je vožnjo. Ni prišel dosti kasneje na cilj, ostaj pa je bolj spočity in sproščen. Čakanje v vrsti je izkoristil za izvajanje sprostivnih tehnik. Med tekom ni gledal na uro, saj je njegov cilj, da se sprosti in tako skrbi za zdravje, ne pa da se jezi nase, če ne postavi rekorda.

Ugotavlja, da je njegov perfekcionizem posledica prestroge vzgoje. Če je kot otrok naredil kaj narobe, je moral klečati, dokler se ni opravičil in obljubil, da se bo poboljšal. Ugotavlja, da je taka vzgoja škodljiva. Do svojega sina zdaj skuša biti manj zahteven in kritičen. Večkrat ga pohvali, ne išče le njegovih napak. Več časa preživi z družino. Odnosi doma so se izboljšali. Tudi žena je bolj zadovoljna.

Po štirih mesecih terapije se je pacient začel pripravljati na vrnitev na delovno mesto. Že sama misel na službo ga je spravljala v hudo stisko. Najprej sva skušala bolj natančno opredeliti probleme na delovnem mestu. Vedno je skušal narediti vse, kar so mu naložili, da ga ne bi imeli za nesposobnega. Jezil se je na podrejene, ker niso bili dovolj natančni in hitri. Ker se ni mogel zanesti nanje, je najraje naredil kar vse sam. Zadnja leta je imel več konfliktov tudi z novim šefom. Jezil se je: »Šef je komaj prišel, pojma nima, pa misli, da lahko samo zato, ker ima več šol, drugim pamet soli!« Pacienta je skrbelo tudi to, kako ga bodo sodelavci sprejeli po dveh letih odsotnosti in kaj si bodo mislili o njem, ker se je zdravil v psihiatrični bolnišnici.

Dobil je nalogo, da naveže stike s sodelavci in obišče šefa ter se pozanima, kakšno delo ga čaka in jasno pove svoje želje. Narediva načrt, kako bi lahko obvladoval stres na delovnem mestu. Najprej mora prepoznati znake stresa in poiskati vzroke. Če je preobremenjen, se vpraša, ali je delo, ki ga opravlja, res njegova obveznost. Poišče prednostne naloge. Delo opravlja v miru, po vrsti, izogiba se perfekcionizmu. Pozornost smo namenili tudi učenju socialnih veščin. Za dobre odnose s sodelavci je pomembno, da zna jasno in na primeren način izražati svoje mnenje, odreči in prositi pomoč ter dajati in sprejemati kritike in pohvale. Na delovnem mestu si lahko pomaga tudi z relaksacijskimi tehnikami.

Ko je pričel z delom, je načrt za obvladovanje stresa preveril tudi v praksi. Ugotovil je, da kljub umirjenemu delu naredi več, saj je pri delu bolj učinkovit. Postavlja si bolj realne cilje. Sodelavci mu ne zamerijo, če kdaj odreče pomoč. Simptomi se občasno še pojavljajo, vendar se jih ne boji, ne doživlja jih kot poraz, pač pa le kot opozorilo, da je najbrž spet zašel v stare vzorce vedenja in razmišljanja. Sodelavcev ne doživlja več kot svoje tekmece, več časa preživi z njimi, počuti se bolj sprejetega.

## **KRATEK POVZETEK POTEKA ZDRAVLJENJA IN RAZPRAVA**

Pacienta je bilo potrebno najprej motivirati za psihiatrično zdravljenje. Pomembno vlogo pri tem je odigral splošni zdravnik, ki je spoznal, da pacientovo sposobnost za delo bolj ovirajo anksiozne in depresivne motnje kot pa sama koronarna bolezen.



Antidepresivno medikamentozno terapijo smo kombinirali z vedenjsko kognitivno obravnavo. Najprej smo želeli ublažiti moteče simptome. Pacientovo pasivnost in depresivnost smo omilili z načrtovanjem prijetnih aktivnosti. S sprostitvenimi tehnikami se je naučil obvladovati tesnobo in jezo, s kognitivnim restrukturiranjem pa smo zmanjšali njegove hipohondrične bojazni. Ni imel več razloga, da bi se izogibal fizičnim aktivnostim. Napadi bolečin za prsnico so se le redko še pojavljali. V nadaljevanju terapije smo skušali spremeniti njegova nerealne prepričanja o sebi in svetu in tako zmanjšati predvsem njegov perfekcionizem in tekmovalnost. Nazadnje se je naučil obvladovati stres na delovnem mestu. Pacient se je prepričal, da s spremembo svojega vedenja in razmišljanja lahko vpliva na svoje počutje. Meni, da je zdravje največja vrednota, zato se je zanj vredno potruditi.

Vedenjsko kognitivna terapija je trajala leto in pol. Štiri mesece je prihajal vsak dan v dnevno bolnico, nato pa le še enkrat tedensko na ambulantno skupino. Zdaj občasno še pride na individualni pogovor.

Če seštejemo dolgotrajno internistično in psihiatrično zdravljenje ter upoštevamo dveletno odsotnost z dela, ugotovimo, da je obravnava takega bolnika precej draga. Cenejša bi bila preventiva.

Našemu pacientu bi verjetno koristila terapija že v študentskih letih. Če bi se znebil svojega perfekcionizma in paničnih napadov, bi morda lahko dokončal fakulteto in bi bil pri delu uspešnejši, s tem bi si dvignil tudi samospoštovanje.

Lahko bi mu pomagali, še preden je zbolel, ko so se na delovnem mestu pojavili prvi znaki stresa. Zelo verjetno pa je, da takrat še ne bi bil motiviran za zdravljenje.

V tujini skušajo s posebnimi programi, zgrajenimi na principih vedenjsko kognitivne terapije, naučiti zaposlene obvladovati stres in s tem ohraniti psihično in telesno zdravje zaposlenih, izboljšati medosebne odnose in povečati motivacijo za delo. Cilj je seveda dvigniti produktivnost (7).

Hitro se da naučiti z relaksacijskimi tehnikami obvladovati čustveno in telesno reakcijo ter s tehnikami reševanja problemov in organizacijo dela zmanjšati obremenitve na delovnem mestu. Težje pa se je znebiti zahtev, ki si jih postavljamo sami. Programi, s katerimi so dokazali, da se z vedenjsko kognitivno terapijo da spremeniti škodljive osebnostne poteze in vedenjske vzorce in s tem zmanjšati tveganje za nastanek koronarne bolezni, so trajali vsaj eno leto (2,7,8).

Težko je reči, koliko z vedenjsko kognitivno terapijo vplivamo na nivo krvnega sladkorja in maščob. Po 25 letih raziskav še vedno ni jasno, ali lahko na ta način zdravimo primarno arterijsko hipertenzijo. V preteklosti so študije to potrjevale, zadnje raziskave pa kažejo, da psihoterapija ublaži le

nihanja sistoličnega tlaka pri tistih, ki jim tlak naraste ob psihičnih obremenitvah. S tem pa ne zmanjša tveganja za nastanek koronarne bolezni (2).

Za našega pacienta bi bilo koristno, če bi prišel na zdravljenje, ko se je pojavila angina pectoris. Študije kažejo, da vedenjsko kognitivna terapija ublaži intenzivnost in pogostost bolečine, zmanjša se potreba po medikamentozni terapiji in kirurškem zdravljenju. Izkazalo se je, da angina pectoris ni odvisna samo od velikosti plakov v koronarkah, pač pa v veliki meri tudi od izraženosti jeze in tesnobe (2).

Verjetno bi bil potek bolezni pri našem pacientu tudi boljši, če bi bil deležen psihoterapevtske obravnave takoj po operaciji. Običajni rehabilitacijski programi poudarjajo pomen dejavnikov tveganja za koronarno bolezen in pomen fizične aktivnosti. Kljub temu večina pacientov in njihovih svojcev zgradi svoja, običajno napačna prepričanja o bolezni. Telesne simptome anksioznosti, ki pogosto spremljajo koronarne bolnike, doživljajo kot ogrožujoče. Prav hipohondrične misli so najpogostejši vzrok, da se izogibajo psihičnim in fizičnim obremenitvam, podaljšujejo bolniški stalež in ostanejo depresivni. Večja je verjetnost, da se jim zgodi prav to, kar se najbolj bojijo. Doživijo ponovni infarkt in umrejo. Z rehabilitacijskimi programi, ki vključujejo tudi elemente vedenjsko kognitivne terapije, skušajo že na samem začetku zdravljenja preprečiti nastanek hipohondričnih bojazni in pripraviti pacienta in njegove svojce na psihične motnje, ki običajno spremljajo koronarne bolnike. Program izvajajo medicinske sestre ob obiskih na pacientovem domu ali pa kar po telefonu. Pacienti dobijo pismeno gradivo, kasete z relaksacijskimi tehnikami in videokasete, na katerih je posnet pogovor med zdravnikom in pacientom o najpogostejših vprašanjih v zvezi z boleznijo (1). Koronarni bolniki, ki so bili deležni vedenjsko kognitivnih intervencij, redkeje doživijo ponovni infarkt, smrtnost je v prvih dveh letih zdravljenja manjša (1,2,8).

Upam, da je bil naš pacient kljub vsemu še pravočasno deležen antidepresivne medikamentozne terapije in psihoterapevtske obravnave. K uspehu zdravljenja je veliko prispeval sam s svojim trudom in vztrajnostjo. Pred njim je lahko še vrsta let kvalitetnega življenja.

## LITERATURA

1. Lewin B. The place of psychological therapies in coronary artery disease. In: House A, Mayou R, Mallinson C. Psychiatric aspects of physical disease. London: Royal college of physicians, 1995: 55-67.

2. Johnston DW. Cardiovascular disease. In: Clark DM, Fairburn CG. Science and practice of cognitive behaviour therapy. New York: Oxford university press, 1999: 341-58.
3. Burns DD. Kako smo lahko srečni in zadovoljni. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1998: 21-41.
4. Biro M. Kognitivna psihoterapija. In: Anić N. Praktikum iz kognitivne i bihavioralne terapije III. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske, 1990: 13-31.
5. Anić N. Kognitivno-bihevioralni pristup emocionalnim teškoćama. In: Anić N. Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske, 1990: 5-11.
6. Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: The Guilford press, 2000: 12-314.
7. Looker T, Gregson O. Obvladajmo stres. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1993: 107-178.
8. Roskies E. Stress management for type A individuals. In: Meichenbaum D, Jaremko ME. Stress reduction and prevention. New York: Plenum press, 1984: 261-85.