

Grupowa interwencja psychologiczna w rehabilitacji szumów usznych

Group psychological intervention in the rehabilitation of tinnitus

Izabela Sarnicka^{1ABDF}, Karina Karendys-Łuszcz^{1BD}, Karolina Kuklińska^{2B},
Małgorzata Fludra^{3BD}, Danuta Raj-Koziak^{1ADF}, Lucyna Karpiesz^{1D},
Iwona Niedziątek^{1DF}

Wkład autorów:

A Projekt badania
B Gromadzenie danych
C Analiza danych
D Interpretacja danych
E Przygotowanie pracy
F Przegląd literatury
G Gromadzenie funduszy

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Zakład Szumów Usznych, Warszawa/Kajetany

² Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Międzynarodowe Centrum Rehabilitacji, Łeba

³ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Światowe Centrum Słuchu, Klinika Rehabilitacji, Warszawa/Kajetany

Streszczenie

W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) od 13 lat prowadzona jest przez zespół psychologów stacjonarna grupowa interwencja, podczas której pacjenci uczą się radzić sobie z emocjonalnymi skutkami szumów usznych. Proponowana forma zajęć psychologicznych stanowi autorski projekt składający się z trzech bloków tematycznych: (1) oddziaływań psychologicznych opartych na pracy w grupie, (2) technik relaksacyjnych z wykorzystaniem muzykoterapii i pracy z ciałem oraz (3) zajęć usprawniających koncentrację uwagi. W pracy opisano zasady kwalifikacji do terapii oraz formę prowadzonych zajęć. Różnorodność zajęć umożliwia nabywanie umiejętności radzenia sobie z dolegliwością na wielu poziomach: poznawczym, emocjonalnym oraz behawioralnym. Program interwencji psychologicznej przez lata była modyfikowany i dostosowywany do potrzeb pacjentów.

Słowa kluczowe: szumy uszne • interwencja psychologiczna • terapia poznawczo-behawioralna

Abstract

At the Institute of Physiology and Pathology of Hearing, for 13 years, a team of psychologists has conducted a stationary group intervention, during which patients learn to deal with the emotional effects of tinnitus. The proposed form of psychological intervention is a unique project consisting of three thematic blocks: (1) psychological intervention based on group work, (2) relaxation techniques using music therapy and body work, and (3) activities to improve concentration. The work describes the principles of qualification for therapy and the form of activities. The variety of activities during the therapy allows to acquire the ability to cope with tinnitus on many levels: cognitive, emotional, and behavioral. The psychological intervention program has been modified over the years and adapted to the needs of patients.

Key words: tinnitus • psychological intervention • cognitive-behavioral therapy

Wstęp

Szumy uszne to wrażenia dźwiękowe odczuwane w jednym, obojgu uszach lub w głowie przy braku bodźca akustycznego w otoczeniu. Jest to najbardziej popularna definicja, którą zaproponował Mc Fadden [1]. Jednocześnie definicja ta wydaje się mało precyzyjna, ponieważ obejmuje również na przykład halucynacje słuchowe występujące

w przebiegu chorób psychicznych. Bardziej precyzyjną definicją jest opis zaproponowany przez Jastreboffa, który podaje, że szumy uszne subiektywne są odczuciem dźwięku, które wynika wyłącznie z aktywności w obrębie układu nerwowego, bez jakiegokolwiek odpowiadającej aktywności wibracyjnej, mechanicznej w obrębie ślimaka [2]. Szumy oceniane są bardzo różnie pod względem dokuczliwości – mogą w ogóle nie stanowić problemu, mogą

Adres autora: Izabela Sarnicka, Światowe Centrum Słuchu, ul. Mokra 17, Kajetany, 05-830 Nadarzyn,
e-mail: i.sarnicka@ifps.org.pl

drażnić i skupiać uwagę wyłącznie w ciszy, mogą również w znaczący sposób wpływać na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie, zakłócając sen, odpoczynek, pracę zawodową, wywołując negatywne emocje. Stopień, w jakim współwystępują ze sobą problemy natury psychologicznej oraz obecność szumów usznych, prezentują liczne badania. Obserwuje się częste występowanie u osób z szumami usznymi tendencji do reagowania lękiem i depresją na odczuwaną dolegliwość [3–5]. Negatywne emocje i odczucia psychiczne, takie jak rozdrażnienie, napięcie, frustracja, złość, niepokój, zgłasza ok. 70% badanych osób z szumami usznymi [6,7]. Najczęstsze problemy zgłaszane przez osoby z szumami usznymi to trudności ze snem i odpoczynkiem. W badaniach ok. 60–80% osób badanych zgłaszało problemy ze snem [6–8]. Często współwystępują również problemy z koncentracją uwagi w postaci wydłużonego czasu reakcji czy trudności z podzielnością i utrzymaniem uwagi [6,9,10]. Podczas konsultacji psychologicznej pacjenci zgłaszają liczne obawy związane z utratą ciszy, utratą komfortu odpoczynku oraz odczuwaniem szumów przez cały czas, bez możliwości ich wyciszenia. Pacjenci często konfrontują się z informacją o braku możliwości medycznego wyleczenia objawu. Narażeni są na codzienny dyskomfort, który przez otoczenie nierzadko jest niezrozumiany. Szumy uszne mogą być przyczyną stresu, ale również często nasilają się na skutek narażenia na stres spowodowany różnorodnymi czynnikami. Zmniejszenie objawów stresu nabiera zatem podwójnego znaczenia – jest to likwidowanie negatywnych skutków obecności szumów usznych, a zarazem zapobieganie nasileniom szumów z powodu utrzymujących się objawów stresu w organizmie [11].

W leczeniu szumów usznych istotny jest proces habituacji objawu w centralnym układzie nerwowym, co powoduje zmniejszenie poziomu odczuwania dźwięku i zmniejszenie czasu skupiania się na nim. Podejście psychologiczne oparte na modelu kognitywno-behawioralnym zostało zapoczątkowane przez prof. Hallama w 1984 r. [12], który uważa, że szumy uszne jako drażniący bodziec są wynikiem dyshabituacji, czyli zaburzenia procesu naturalnej habituacji. Naturalny proces habituacji może być przerwany przez nadanie szumom negatywnego znaczenia emocjonalnego oraz pobudzenie autonomicznego układu nerwowego na skutek pojawienia się szumów lub na skutek innego źródła stresu. Dążenie do ponownej habituacji ma polegać na pracy nad zmianą reakcji poznawczej (zlikwidowanie negatywnych skojarzeń) i emocjonalnej na odczuwane szumy oraz pracy nad objawami stresu. Wiodącą formą interwencji psychologicznej uznawaną w świecie za skuteczną metodę pracy z pacjentami z szumami usznymi jest terapia poznawczo-behawioralna [13–15]. Istotną formą oddziaływania w terapii poznawczo-behawioralnej jest odczytywanie i zrozumienie zależności pomiędzy myślami, emocjami, reakcjami organizmu, zachowaniami i reakcjami otoczenia. Negatywne myślenie, negatywne emocje i reakcje organizmu wzajemnie na siebie oddziałują, tworząc błędne koło, które nasila cierpienie. Terapia kładzie szczególny nacisk na rozpoznawanie i zmianę negatywnych, dysfunkcyjnych myśli oraz dokonywanie zmian w zachowaniu [16–18]. W kontekście szumów usznych terapia ma celu identyfikację negatywnych myśli i skojarzeń na temat szumów, np. „przez szumy zwariuję”, „nie potrafię szumów kontrolować” itp., oraz stopniową ich

zmianę w myśli bardziej konstruktywne, np. „dźwięk nie jest w stanie mnie zranić”, „szumy natychmiast nie znikną, ale mogę je kontrolować” itp. Proces zmiany przekonań często jest podparty różnymi ćwiczeniami behawioralnymi, dzięki którym pacjenci odkrywają, że ich tok myślenia nie zawsze zgadza się z rzeczywistym stanem rzeczy. Dodatkowo terapia wsparta jest ćwiczeniami usprawniającymi kontrolę nad uwagą oraz ćwiczeniami relaksacyjnymi i wizualizacyjnymi. Szczegółowy program terapii poznawczo-behawioralnej w rehabilitacji szumów usznych opisują m.in. Henry i Wilson [14].

Cel

Celem pracy jest zaprezentowanie autorskiej metody grupowej interwencji psychologicznej pomocnej w rehabilitacji szumów usznych, stosowanej przez psychologów w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu. Zasadność wprowadzenia określonego typu zajęć jest podyktowana specyficznymi problemami natury psychologicznej pacjentów z szumami usznymi. Dlatego praca ma na celu również przybliżenie psychologicznych konsekwencji szumów usznych, które w znaczący sposób wpływają na funkcjonowanie w życiu codziennym i w związku z tym wymagają odpowiedniej interwencji psychologicznej.

Zasady kwalifikacji i opis psychologicznej interwencji grupowej

Stacjonarna grupowa interwencja psychologiczna dla pacjentów z szumami usznymi prowadzona jest od 13 lat przez zespół psychologów w Międzynarodowym Centrum Rehabilitacji w Łebie, filii IFPS. Rocznie uczestniczy w terapii około 250 pacjentów. Grupa liczy średnio 14 osób. Zajęcia prowadzone są w trakcie hospitalizacji trwającej 7 dni. Wiek osób uczestniczących wynosi od 25 do 80 lat. Kwalifikacja odbywa się przy ścisłej współpracy lekarza i psychologa [19]. Zasady kwalifikacji przedstawione są w tabeli (tabela 1).

Nie wszyscy pacjenci z szumami usznymi wymagają pomocy psychologicznej. Doświadczony lekarz współpracujący z psychologiem ocenia taką potrzebę już na wstępnym etapie przeprowadzanej diagnostyki, czyli w trakcie wywiadu oceniającego wpływ szumów usznych na codzienne funkcjonowanie [20]. W ocenie stopnia negatywnego wpływu szumów usznych na funkcjonowanie i kondycję pacjenta pomocne są również kwestionariusze zaadaptowane do warunków polskich: *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) [21], *Tinnitus and Hearing Survey* (THS-POL) [22]. Część pacjentów zgłaszających się na diagnostykę prezentuje objawy depresyjne, lękowe lub mieszane i wymaga dodatkowo interwencji lekarza psychiatry. Pozostała część osób kierowanych do psychologa wymaga przede wszystkim dodatkowego wsparcia w radzeniu sobie z szumami usznymi w życiu codziennym. Interwencja psychologiczna może być formą wspomagającą w pracy z pacjentem lub równoległą do leczenia medycznego czy rehabilitacji szumów za pomocą metody *Tinnitus Retraining Therapy* (TRT) [19].

Prezentowana metoda interwencji psychologicznej stanowi autorski projekt składający się z trzech bloków tematycznych: (1) oddziaływań psychologicznych opartych

Tabela 1. Wskazania oraz przeciwwskazania do kwalifikacji pacjentów do grupowej interwencji psychologicznej
Table 1. Indications and contraindications for patients' qualification for group psychological intervention

Wskazania do kwalifikacji na grupową interwencję psychologiczną	Przeciwwskazania do kwalifikacji na grupową interwencję psychologiczną
Szumy uszne w znaczący sposób zakłócają koncentrację uwagi, zasypianie, odpoczynek	Ciężkie stany depresyjne lub podejrzenie choroby psychicznej
Nasilenie szumów usznych w stresie	Aspołeczna postawa pacjenta – niechęć do pracy w grupie, przebywania z ludźmi (wskazana jest wówczas praca indywidualna)
Obecność czynników stresogennych, które wpływają na kondycję psychofizyczną i nasilenie szumów usznych	Upośledzenie umysłowe
Pogorszenie nastroju i rozdrażnienie spowodowane obecnością szumów usznych	Niedosłuch uniemożliwiający komunikację (jeżeli pacjent nie posiada sprawnych aparatów słuchowych)
	Przeciwwskazania zdrowotne (ocena lekarza prowadzącego)

na pracy w grupie, (2) technik relaksacyjnych z wykorzystaniem muzykoterapii i pracy z ciałem oraz (3) zajęć usprawniających koncentrację uwagi. Prezentowane zajęcia były stopniowo modyfikowane i rozwijane na podstawie informacji zwrotnych od pacjentów oraz zgłaszanych przez nich potrzeb.

Oddziaływania psychologiczne oparte na pracy w grupie

to codzienne spotkania w grupie, które mają na celu wymianę informacji odnośnie czynników pomocnych w radzeniu sobie z szumami usznymi oraz radzeniu sobie ze stresem. Duże znaczenie ma tutaj praca w grupie, która umożliwia uczenie się przez obserwację reakcji innych osób oraz dzielenie się przeżyciami, doświadczeniami, wiedzą, wzajemnym zrozumieniem. Psycholog wprowadza elementy motywujące do wymiany doświadczeń, np. osoby w grupie przed dyskusją mogą umieścić siebie na widocznej dla wszystkich skali, która pokazuje stopień dokuczliwości szumów usznych albo stopień radzenia sobie z szumami w określonych obszarach funkcjonowania, np. w pracy, w trakcie odpoczynku, w trakcie zasypiania. Następnie w naturalny sposób rodzą się pytania dotyczące widocznych różnic między poszczególnymi osobami. Pan X odpowiada, dlaczego umieścił się na skali wyżej od pozostałych. Pani Y zastanawia się, co może wprowadzić do swojego życia z doświadczeń Pana X, żeby na skali zbliżyć się do jego stopnia radzenia sobie z dolegliwością itp. Psycholog wprowadza więc pewne czytelną dla wszystkich formy dyskusji ułatwiające wzajemną obserwację i dzielenie się doświadczeniami. Praca psychologiczna opiera się na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej. Ma na celu redukcję wpływu negatywnych myśli i błędnych przekonań na temat szumów usznych na ich odczuwanie. Negatywne myślenie wzmacnia reakcję emocjonalną, a emocje wzmacniają reakcję behawioralną (kierowanie uwagi). Z kolei nadmierne emocje i skupienie na objawie nasilają odczucie szumu oraz negatywne myślenie. W trakcie spotkań grupowych pacjenci odczytują swoje negatywne myśli i przekonania w stosunku do objawu, następnie modyfikują je na bardziej konstruktywne. Modyfikacja jest możliwa dzięki uczeniu się od siebie nawzajem, aktywnemu poszukiwaniu konstruktywnych myśli podczas współpracy w podgrupach, zadaniom, podczas których pacjenci zdają sobie sprawę z zależności pomiędzy sposobem myślenia a samopoczuciem. Kolejnym etapem oddziaływań psychologicznych jest psychoedukacja związana z radzeniem sobie ze stresem: omówienie źródeł stresu, objawów stresu oraz sposobów ich redukcji.

Techniki relaksacyjne obejmują ćwiczenia ruchowo-oddechowe oraz treningi relaksacyjne. Ćwiczenia oddechowe z elementami ruchu uczą prawidłowego toru oddechowego, mobilizują do głębszego, wolniejszego oddechu. Odbywają się codziennie, regularnie, ze stopniowym wprowadzaniem nowych elementów. Ćwiczenia ruchowe wspomagają uwagę, powodują większą świadomość własnego ciała, uczą regulowania napięcia i rozluźnienia. Treningi relaksacyjne pomagają w wyciszeniu, rozwijają umiejętność wprowadzania ciała w stan odpoczynku, odprężenia.

Zajęcia usprawniające koncentrację uwagi to ćwiczenia grupowe, które wymagają czujności i obserwacji. Należy zapamiętać określone w ćwiczeniu informacje, jednocześnie odrzucając bodźce nieistotne. W ćwiczeniach często dana osoba ma za zadanie zareagować na pewne bodźce w określony sposób i w określonym czasie, przy czym prawidłowe wykonanie zadania zależy od każdego uczestnika – trzeba zatem utrzymać uwagę i odpowiednio śledzić to, co się dzieje w grupie. Dzięki ćwiczeniom pacjenci nabywają umiejętność oddzielania bodźców istotnych od nieistotnych, umiejętność sterowania uwagą, własnym zaangażowaniem oraz umiejętność skupienia „tu i teraz”. Uczą się, że zintensyfikowanie uwagi na zewnątrz i zaangażowanie w różnorodne aktywności zmniejsza odczuwanie szumów usznych i jednocześnie intensyfikuje doznania i przyjemność z różnorodnych aktywności. Ćwiczenia często przybierają formę zabawy, dodatkowo wprowadzając elementy odprężenia, możliwość odreagowania. Również w bardzo szybki, naturalny sposób integrują grupę. Zadania do wykonania podczas treningu uwagi są najczęściej dynamiczne, zmienne, angażujące mocno uwagę, pobudzające do aktywności.

Podsumowanie

Wieloletnie doświadczenie w psychologicznej pracy z pacjentami z szumami usznymi pokazuje, jak ważne jest połączenie ze sobą równolegle kilku form oddziaływania. Psychologiczna praca w grupie, połączenie zajęć edukacyjnych, ćwiczeń usprawniających koncentrację uwagi, ćwiczeń aktywizujących i relaksacyjnych umożliwia nabywanie umiejętności radzenia sobie z konsekwencjami szumów usznych w szerokim zakresie. Oddziaływanie w tak różnorodny sposób zwiększa skuteczność w przerywaniu mechanizmu błędnego koła, w którym różne elementy, takie jak błędne przekonania, negatywne emocje,

nadmierne skupienie uwagi czy objawy psychosomatyczne, wzajemnie na siebie oddziałują, wpływając na nasilone dolegliwości. Pacjent dodatkowo nabywa wiele praktycznych umiejętności dzięki aktywnym ćwiczeniom oraz zwiększa swoją motywację do aktywnego radzenia sobie z problemem. Efektywność interwencji psychologicznej została poddana ocenie pacjentów w niej uczestniczących. Oceny dokonywano za pomocą ankiety na wizualnej skali analogowej, bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji rehabilitacyjnej. Dotyczyła ona istotności zajęć

psychologicznych w procesie leczenia szumów usznych, przydatności poszczególnych bloków tematycznych. Zdecydowana większość pacjentów (78%) uważa, że program oparty na grupowej interwencji psychologicznej jest istotny w procesie leczenia szumów usznych. Wszystkie trzy bloki zajęciowe zostały przez pacjentów ocenione jako bardzo przydatne w rehabilitacji szumów usznych [23]. Interwencja psychologiczna z powodu korzystnego oddziaływania powinna stanowić stały element rehabilitacji szumów usznych.

Piśmiennictwo:

1. Mc Fadden D. Tinnitus: facts, theories and treatment. Washington D.C.: National Academy Press; 1982.
2. Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res*, 1990; 8: 221–54.
3. Halford JBS, Anderson SD. Anxiety and depression in tinnitus sufferers. *J Psychosom Res*, 1991; 35 (4/5): 383–90.
4. Andersson G, Vretblad P. Anxiety sensitivity in patients with chronic tinnitus. *Scand J Behav Ther*, 2000; 29(2): 57–64.
5. Langguth B, Landgrebe M, Kleinjung T, Sand GP, Hajak G. Tinnitus and depression. *World J Biol Psychiatry*, 2011; 12: 489–500.
6. Tyler RS, Baker LJ. Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *J Speech Hear Disord*, 1983; 48: 150–54.
7. Kotyło P, Merez D, Niebudek-Bogusz E, Śliwińska-Kowalska M. Program oceny i interwencji psychologicznej u pacjentów z szumami usznymi. *Otolaryngologia-Prz.Klin*, 2006; 5(4): 189–94.
8. Andersson G, Lyttkens L, Larsen HC. Distinguishing levels of tinnitus distress. *Clin Otolaryngol*, 1999; 24: 404–10.
9. Andersson G, Ericsson J, Lundh L, Lyttkens L. Tinnitus and cognitive interference: a Stroop Paradigm study. *J Speech Lang Hear Res*, 2000; 43: 1168–73.
10. Rossiter S, Stevens C, Walker G. Tinnitus and its effect on working memory and attention. *J Speech Lang Hear Res*, 2006; 49: 150–60.
11. Mazurek B, Szczepiek A J, Herbert S. Stress and tinnitus. *HNO*, 2015; 63: 258–65.
12. Hallam RS, Rachman S, Hinchcliffe R. Psychological aspects of tinnitus. W: Rachman S Ed. *Contribution to medical Psychology*. Oxford: Pergamon Press, 1984; 3: 31–34.
13. Lindberg P, Scott B, Melin L, Lyttkens L. Behavioral therapy in the clinical management of tinnitus. *Br J Audiol*, 1988; 22: 265–72.
14. Henry JL, Wilson PH. *The Psychological Management of Chronic Tinnitus. A Cognitive-Behavioral Approach*. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
15. Andersson G. Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clin Psychol Rev*, 2002; 22: 977–99.
16. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
17. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
18. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
19. Karpiesz L, Latkowska E, Sarnicka I, Bartnik G. Znaczenie współpracy lekarza i psychologa w rehabilitacji pacjenta z szumem usznym. *Now Audiofonol*, 2012, 1(1): 112–15.
20. Fabijańska A, Bartnik G, Jastreboff PJ, Rogowski M, Skarżyński H. Wstępny wywiad z pacjentem cierpiącym na szumy uszne. *Audiofonologia*, 1997;11: 205–209.
21. Raj-Koziak D, Gos E, Rajchel J, Piłka A, Skarżyński H, Rostkowska J i wsp. Tinnitus and hearing survey: A Polish study of validity and reliability in a clinical population. *Audiol Neurotol*, 2017; 22: 197–204.
22. Skarzynski PH, Raj-Koziak D, J Rajchel J, Piłka A, Włodarczyk A., Skarzynski H. Adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory into Polish and its testing on a clinical population of tinnitus sufferers. *Int J Audiol*, 2017; 56(10): 711–15.
23. Fludra M, Karendys-Łuszcz K, Sarnicka I. Hospitalizacje psychologiczne pacjentów z szumami usznymi – subiektywna ocena dokonywana przez uczestników. *Now Audiofonol*, 2017; 6(4): 23–27.