

Poznawcze i emocjonalne aspekty choroby nowotworowej – model terapeutycznej interwencji w kryzysie emocjonalnym, duchowym i egzystencjalnym.

Mariusz Wirga, Iwona Nawara, Aurelia Malec, Aleksandra Wirga, Agnieszka Działo

“Musimy zaakceptować prawdę, nawet jeżeli zmienia to nasz punkt widzenia”

George Sand

Wstęp

W tym artykule przedstawiamy skuteczny model interwencji poznawczo-behawioralnej w kryzysie emocjonalnym i duchowym lub egzystencjalnym. Nasze podejście terapeutyczne ilustrujemy przykładem pracy z „oporną” pacjentką w kryzysie w przebiegu choroby zagrażającej życiu (zaawansowany nowotwór złośliwy). Przytaczamy też rzeczywiste dialogi z pacjentką oraz rozważania teoretyczne z psychoneurofizjologii emocji, z których wynikają przedstawione interwencje terapeutyczne.

Pacjentka

Maria zapisała się na pięciodniową sesję terapeutyczną i szkoleniową jako terapeutka szkoląca się w programie Simontona. Była psychologiem z przeszło dwudziestoletnim doświadczeniem akademickim. Ukrywała przed nami fakt, iż u niej rozpoznano u niej zaawansowany nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego. Ze względu na zaawansowanie choroby, leczona była chemioterapią.

Dobrej jakości peruka skutecznie zasłaniała uboczne działanie chemioterapii i utracone włosy. W wieku 44 lat jej szczupła wyprostowana sylwetka, płynność ruchów oraz pozornie asertywna postawa mogły wzbudzać zazdrość i podziw wielu młodszych osób. Jednak podkrążone, wilgotne oczy, blada cera, zaciśnięte usta i rozdrażnienie zdradzały ustawiczne napięcie i wycieńczenie stresem. Podczas sesji wstępnej sama wyznała swoje rozpoznanie i przeszła z grupy szkolących się do grupy interwencji terapeutycznej. Nowotwór rozpoznano cztery miesiące wcześniej i ze względu na zaawansowanie choroby, leczona była chemioterapią. Maria wyznała, że główną przyczyną zgłoszenia się na sesję w innej roli, był brak osoby wspierającej (później wyjawiała też inne powody). Po 23 latach małżeństwa, z trójką dzieci (najstarsza dwójka dzieci dorosła) nie podzieliła się swoją diagnozą z nikim z rodziny. Tłumaczyła też, że chciała uczestniczyć w szkoleniu nie tyle

jako chora, ale jako obserwator swej choroby – stąd jej początkowy wybór.

Psychoneurofizjologia

Przedstawione w tym artykule rozważania psychoneurofizjologiczne wypływają z badań warunkowania strachu, obserwacji po uszkodzeniach różnych części układu nerwowego, stymulacji elektrycznej obszarów nieuszkodzonych oraz obrazowania czynności mózgu człowieka (funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, tomografii emisji pozytronowej itp).

Maria opowiedziała nam o swoich doświadczeniach od momentu ustalenia diagnozy. Przechodziła przez różne etapy diagnostyki z bardzo praktycznym nastawieniem. Myślała, że zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji. Jednak gdy lekarz powiedział jej “To jest rak,” jakby dreszcz, wstrząs ogarnął jej całe ciało. Zaniemówiła, serce jej zamarło – prawie przestało bić. Przez chwilę siedziała “jak zamurowana.” Poczwała jak włosy się jej “zjeżyły na całym ciele,” zlał ją zimny pot i pojawiła się gęsia skórka. Po chwili myślała, że już powraca do swych zmysłów, ale serce zaczęło “walić tak, jakby miało wyrwać się z jej piersi.” Starła się słuchać lekarza, ale w jej głowie tylko brzmiały słowa: “nowotwór złośliwy,” “jest zaawansowany,” “odległe przerzuty,” “chemioterapia,” “rokowanie,” “statystyka.” Wybiegła z gabinetu zapominając recepty i skierowania. Przyjrzyjmy się, co się wtedy mogło dzieć w jej umyśle i ciele.

Zwróćmy uwagę na reakcję Marii na słowa “To jest rak.” Kolejność wystąpienia takich zjawisk jak wstrząs czy dreszcz, bezruch, bradykardia, gęsia skórka, wzrost ciśnienia, tachykardia (palpitacje) i wystąpienie zimnego potu stanowi stereotypową sekwencję reakcji strachu. Niezależnie od kultury, rasy, wychowania, wyznania i poglądów politycznych wszyscy ludzie z nieuszkodzonymi biologicznie mózgami przeżywają strach w ten sam stereotypowy sposób. Podstawą takiej stereotypowej reakcji na sytuacje zagrażające naszemu życiu, są procesy neurofizjologiczne, zachodzące właśnie w takiej kolejności. Jak przedstawiono na diagramie pierwszym (diagram 1), pobudzenie odpowiednich obszarów ośrodkowego układu nerwowego odpowiedzialne jest za tak konsekwentne i stereotypowe reakcje fizjologiczne. Jak widać na diagramie 1, pobudzenie to wywodzi się z jądra ośrodkowego ciała migdałowatego (jścm) (2, 3, 6-11). Widzimy, że reakcje te wywierają też wpływ na działanie układu odpornościowego zarówno poprzez autonomiczny układ nerwowy (współczulny u.n. i przywspółczulny u.n.), poprzez układ hormonalny i bezpośredni wpływ na układ limbiczno-podwzgórzowy wydzielający immunomodulujące neuropeptydy (25). Takie same reakcje fizjologiczne zachodzą nie tylko w sytuacjach oczywistego fizycznego zagrożenia życia, ale też miałyby taką samą sekwencję i

intensywność nawet w przypadkach, gdy obiektywnie życie nasze nie jest zagrożone, na przykład u niektórych osób przed wystąpieniami publicznymi.

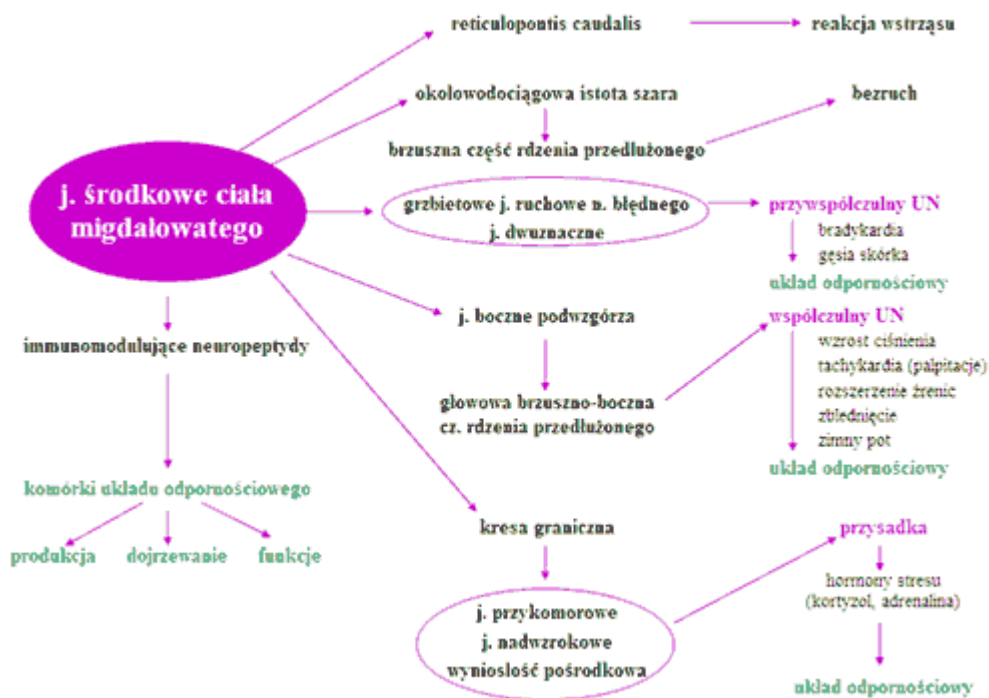


diagram 1. Kaskada reakcji strachu (od wstrząsu poprzez gęsią skórę, zimny pot, zwolnienie i następnie przyspieszenie pracy serca itd) wywodzą się z jednego źródła – jądra środkowego ciała migdałowatego. Wiele z tych reakcji ma udokumentowany wpływ na działanie układu odpornościowego. [diagram zmodyfikowany za zgodą MIT Press; LeDoux JE (1995)]

Oznacza to, że uaktywnienie jścm uruchamia całą kaskadę odpowiedzi neurofizjologicznej, stanowiącej stereotypową reakcję strachu. Oznacza to też, że te elementy układu nerwowego są połączone na sztywno (hardwired) (8) i dlatego odczuwamy strach podobnie (tzn stereotypowo) niezależnie od rasy, bo mamy takie same mózgi, w które są wbudowane połączenia determinujące taką reakcję. Czy z tego wynika, że Maria nie miała żadnej innej możliwości reakcji na diagnozę, jak strach? Nie, ale o tym dalej.

Żeby lepiej zrozumieć alternatywy emocjonalne Marii zastanówmy się, jak pobudzane jest jścm i “skąd ono wie,” że reakcja strachu jest właściwą dla danej sytuacji? Jak przedstawiono w diagramie 2, pobudzenie jścm jest zdeterminowane przez procesy zachodzące w korze mózgowej i innych częściach ciała migdałowatego.



diagram 2. Każdy silny i niespodziewany bodziec może wywołać natychmiastową reakcję wstrząsu (ang. startle response). Bodziec, któremu kora nada znaczenie zagrożenia, powoduje pobudzenie jścm i następujące uruchomienie całej kaskady reakcji strachu. Nadanie innego znaczenia nawet silnemu i niespodziewanemu bodźcowi, po oczekiwanej reakcji wstrząsu spowoduje, że kora i boczne części ciała migdałowate skierują pobudzenie nerwowe w inne struktury niż jądro środkowe i reakcję strachu zastąpi inna emocja. [(diagram zmodyfikowany za zgodą MIT Press; LeDoux JE (1995))]

Z wielu badań ujętych na tym diagramie wynika, że reakcja na bodziec (w przypadku Marii słowa lekarza “to jest rak”) zdeterminowana jest procesami kojarzeniowymi (jej myślami, przekonaniami i postawami) zachodzącymi w korze (5, 6, 8, 9). Jak wykazują badania laboratoryjne, jedynie reakcja wstrząsu/dreszczu może zachodzić bez tej obróbki interpretacyjnej (5,8). Wiemy to też z naszego codziennego doświadczenia, że możemy mieć reakcję wstrząsu pod wpływem jakiegokolwiek silnego, nieoczekiwanego bodźca dostarczonego często przez naszych bliskich. Jak tylko podskoczmy (wstrząs i dreszcz) i zobaczymy, że to nasze dziecko, dla draki, dostarczyło nam tych wrażeń, natychmiast się uspakajamy. Mówimy wtedy “Ale mnie przestraszyłeś,” nie wiedząc, że to tylko niewielki element reakcji strachu. Mamy czas, żeby “pomyśleć” o tym bodźcu i stwierdzić, że tak na prawdę nie ma się czego bać – to tylko nasze dziecko. Mamy czas na opracowanie bodźca w korze mózgowej i stwierdzenie, że reakcja strachu jest nieadekwatna w stosunku do bodźca (25). Wówczas nie odczuwamy pozostałych elementów stereotypowej reakcji strachu jak bezruch, bradykardia, gęsia skórka, wzrost ciśnienia, tachykardia i wystąpienie zimnego potu, bo jądro środkowe ciała migdałowate przestaje być pobudzane. Nadajemy

temu bodźcowi inne znaczenie niż zagrożenie naszego życia (8, 25).

Dlaczego reakcja Marii na rozpoznanie nie ograniczyła się do wstrząsu i dreszczu? Jej negatywne skojarzenia w korze były rozległe i zawierały stwierdzenia jak: “na pewno wkrótce umrę w cierpieniu,” “osierocę dzieci,” “jak umrę, to rodzina się rozpadnie i dzieci nie dadzą sobie rady,” “chemioterapia mi tylko zaszkodzi” oraz przekonania duchowe i egzystencjalne jak: “wyląduję w czyśćcu, bo grzechy nie zostały mi odpuszczone.”

Jak wiemy z psychoneuroimmunologii, organizm każdego z nas jest wyposażony w mechanizmy zdrowienia. Te mechanizmy zawiadywane są przez system wymiany informacji wypływającej z kory mózgowej, przetwarzającej nasze myśli i przekonania. Wynikiem tego są emocje (13, 25). Siedlisko emocji, jakim jest układ limbiczno-podwzgórzowy (w skład którego też wchodzi ciało migdałowate) poza innymi funkcjami zawiaduje również czynnością autonomicznego układu nerwowego, układu hormonalnego i wydzielania immunomodulujących neuropeptydów (1, 25). W dodatku, układ limbiczno-podwzgórzowy odbiera też informacje o stanie układu odpornościowego między innymi poprzez wydzielane przez komórki immunologiczne cytokiny (diagram 3). Zatem układ immunologiczny i mózg tworzą sieć wzajemnie powiązanych procesów oddziałujących w dwóch kierunkach i oba te układy nawzajem regulują swoje funkcje. Procesy psychiczne mogą oddziaływać na tę sieć i jednocześnie same zmieniają się pod jej wpływem. Proces uczenia się może wpływać na procesy immunologiczne (1, 25).

Wiedząc, że komunikacja między psychiką a ciałem to rzeczywiście istniejące procesy, które można obserwować i mierzyć, stajemy przed pytaniem jak nauczyć osobę chorą wykorzystania tych naturalnych procesów w celu polepszenia stanu emocjonalnego i fizycznego (23). Odpowiedzią na to pytanie może być przeprowadzona i opisana tu interwencja psychologiczna oparta na pracy pacjentki. To nie siła stresującego bodźca, lecz reakcja na niego, sposób radzenia sobie z danym stresem ma istotny wpływ na nasze samopoczucie i zdrowie.

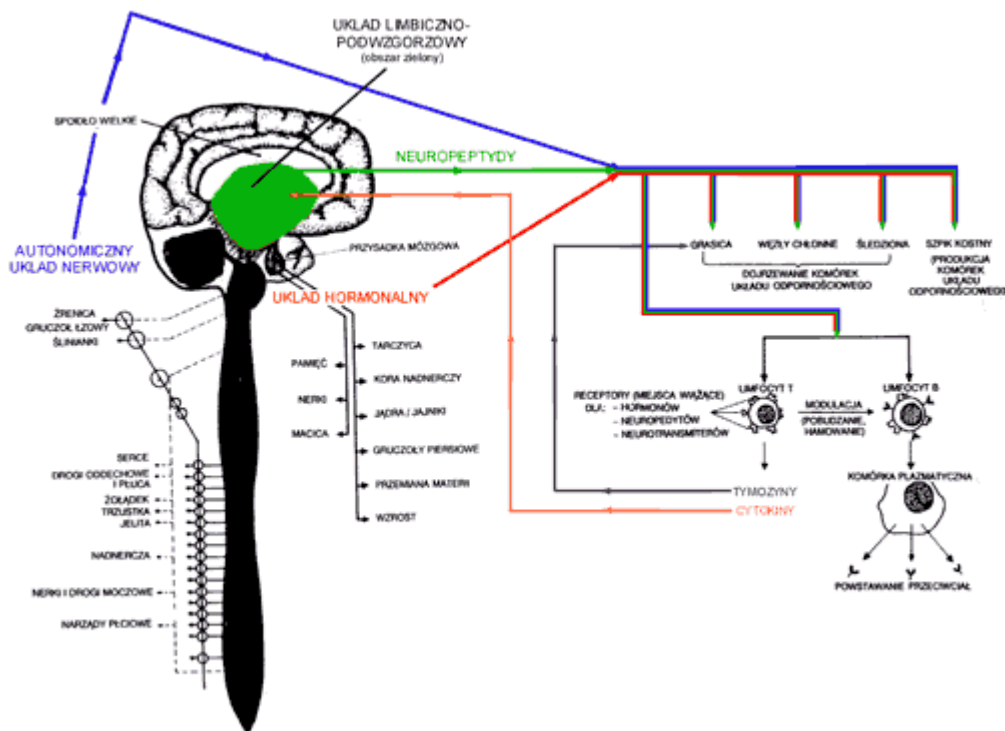


diagram 3. Trzy główne drogi wpływu procesów umysłowych na układ odpornościowy: układ hormonalny, autonomiczny układ nerwowy, układ neuropeptydów. W uproszczeniu dla przykładu użyto tylko limfocytów T i B jako komórek immunologicznych. Komórki immunologiczne wpływają na mózg m.in poprzez przedstawione tutaj wydzielanie cytokin. [diagram uaktualniony (Wirga M 1992)]

Wnioski wypływające z psychoneurofizjologii emocji i psychoneuroimmunologii (25):

1. Reakcje emocjonalne są na trwałe wbudowane w mózg - "hard-wired"
2. Edukacja emocjonalna to nauka znaczenia bodźca, a nie uczenie reakcji
3. Nasze myśli, poprzez emocje, wpływają na nasze zdrowie na poziomie układowym, komórkowym i genowym
4. Możemy nauczyć się skutecznych sposobów kształtowania naszych myśli, przekonań i emocji, by wspierać mechanizmy zdrowienia

Mówiąc o emocjach pozytywnych, negatywnych czy neutralnych nie osądzamy, że te odczucia są "dobre," "złe" lub "byle jakie," ale stwierdzamy ich wartość motywującą. Emocje pozytywne motywują nas do zbliżania się do źródła bodźca lub jego utrzymania, negatywne do unikania lub niszczenia (reakcje walki i ucieczki), neutralne zaś do zachowania harmonii (spokój, relaks, błogostan).

Żeby wspomóc układ odpornościowy w walce z chorobą, Maria najpierw musiałaby się emocjonalnie poczuć lepiej. Jej emocje były wynikiem mimo woli wyuczonych postaw i przekonań, ukształtowanych poprzez kulturę, doświadczenia i powtarzane w mediach historie. By poczuć się lepiej emocjonalnie, Maria musiałaby oduczyć się niezdrowych postaw i przekonań, poprzez zastąpienie ich zdrowszymi. Neutralne bodźce, jak na przykład dzwoniący telefon, interpretowane były przez Marię jako zagrożenie (“Znowu ktoś wścibski się dopytuje. Tylko czekają, kiedy umrę”). Kłótnia w rodzinie, ból fizyczny, czy czyjeś spojrzenie lub niewinne pozdrowienie, a przede wszystkim jej ciągle niezdrowe wyobrażenia, były kolejnymi częstymi bodźcami do wielu negatywnych skojarzeń, które z kolei wywoływały nie sprzyjające zdrowieniu negatywne emocje i ustawiczny stan napięcia.

Przegląd

źródła

Przyjrzyjmy się dokumentacji źródłowej potwierdzającej znaczenie stanu umysłu w procesie zdrowienia. Od starożytności do współczesności, filozofowie, mędrzy i lekarze jak Sokrates, Hipokrates, Arystoteles, Galen, Darwin i Osler mimo, że nie dysponowali przytoczonymi powyżej badaniami, wiedzieli, że umysł, stan ducha i emocje odgrywają istotną rolę w zdrowiu. Uważali, że interwencje lecznicze, by być skutecznymi, powinny w odpowiedni sposób wpływać na umysł, ducha i emocje. Osler nawet stwierdził, że dla lekarza ważniejsze jest nie tyle skupianie się na tym, jaką chorobę ma dana osoba, ale przede wszystkim, jaka osoba ma daną chorobę. W bliższym nam czasie, w latach pięćdziesiątych, West, Blumberg i Ellis (22) wykazali, że szybkość wzrostu nowotworu ma większy związek z czynnikami psychicznymi niż z stwierdzanym w badaniu histopatologicznym stopniem zróżnicowania nowotworu potocznie nazywanego stopniem złośliwości. Wydawało by się, że ta praca spowoduje przełom w leczeniu osób z chorobami nowotworowymi. Tak się jednak nie stało.

Ograniczmy się tylko do wybranych doniesień dotyczących zastosowania psychoterapii w leczeniu nowotworów. W 1971 roku O. Carl Simonton, amerykański lekarz, onkolog radioterapeuta, rozpoczął i przez ponad ostatnich 30 lat rozwijał systematyczne stosowanie interwencji psychoterapeutycznych, jako wynikające z powyższych obserwacji i potrzeb pacjentów niezbędne uzupełnienie konwencjonalnego leczenia onkologicznego (13, 17, 18). Krytyka jego doniesień o osiągniętych pozytywnych wynikach terapeutycznych takiego podejścia zainicjowała standaryzowane badania kliniczne. David Spiegel (21) potwierdził skuteczność takiego podejścia. Pacjentki z przerzutami odległymi zaawansowanego nowotworu gruczołu piersiowego, zostały podzielone na dwie grupy. U pacjentek które dodatkowo uczestniczyły w programie terapii poznawczo-behawioralnej jako

uzupełnienia standardowej terapii onkologicznej, zaobserwowano znacząco lepsze wyniki, w porównaniu z pacjentkami w grupie kontrolnej, które tylko były leczone zgodnie z obowiązującymi standardami. Fawzy (4) doszedł do podobnych wniosków dotyczących interwencji psychoterapeutycznej w leczeniu pacjentów z rozpoznaniem czerniaka złośliwego.

Wyniki tych i innych badań pokrywają się z wynikami osiągniętymi przez Simontona już w latach 1970-tych. Osoby z nowotworem złośliwym, które uczestniczą w odpowiedniej psychoterapii, osiągnęły w porównaniu z grupami kontrolnymi, następujące wyniki:

1. ich przeciętny okres przeżycia był statystycznie średnio dwukrotnie dłuższy
2. wśród pacjentów, którzy przeżyli, był istotny procent osób bez lub ze znikomymi objawami choroby nowotworowej nawet po wielu latach od rozpoznania
3. ich jakość życia uległa znacznej poprawie
4. wśród tych, którzy zmarli w okresie obserwacji, jakość umierania była znacznie poprawiona (jeżeli była poddana ocenie)

W związku z tymi wnioskami, Fawzy (4) w konkluzji swoich doniesień napisał, że interwencje psychiatryczne, mające na celu zwiększenie skuteczności radzenia sobie z sytuacją i zmniejszenie przeżywanego stresu, mają korzystny wpływ na przeżycie. Prowadzi to do oczywistego wniosku, że standardy lecznicze powinny zawierać odpowiednie interwencje psychoterapeutyczne. Niestety od publikacji Fawzy'ego z 1993 roku nie przeznaczają się żadnych istotnych funduszy na badania skuteczności takiego podejścia.

Model interwencji psychologicznej

Pierwszy opisany we współczesnej literaturze przypadek chorego na raka leczonego przy zastosowaniu tych zasad był pacjent Simontona wyobrażający sobie pożądany wynik leczenia (19). Nie tylko wyzdrowienie z zaawansowanego nowotworu złośliwego było imponujące, ale brak jakichkolwiek objawów ubocznych w początkowym zamiarze leczenia paliatywnego promieniowaniem jonizującym dotychczas wzbudza zdziwienie onkologów. Zastosowanie wyobrażeń pożądanego rezultatu stanowi przykład użycia w medycynie interwencji psychologii motywacyjnej od lat znanych w świecie biznesu (Dale Carnegie, Napoleon Hill i inni). Jak się też okazuje, systematyczne wykorzystywanie wyobrażeń w procesie zdrowienia stanowi najstarszy udokumentowany sposób interwencji leczniczych. Wskazują na to już malowidła naskalne naszych przaprzodków sprzed ponad 20 tysięcy lat,

stosowanie Qi Gong – formy medytacji znanej medycynie chińskiej od co najmniej 10 tysięcy lat oraz modlitwy i rytuały zdrowienia do dzisiaj stosowane przez wiele kultur.

Od tego pierwszego przypadku, w przeciągu trzech dekad, program Simontona ulegał dalszemu rozwojowi i ulepszeniom. Między innymi zarzucono stosowanie słowa wizualizacja, jako odnoszące się tylko do zmysłu wzroku, bo tylko część ludzi umie skutecznie stosować zmysł wzroku w wyobrażeniach. W dodatku zarzucono zalecenia, by pacjenci ćwiczyli wyobrażenia pożądanego wyniku trzy razy dziennie po dwadzieścia minut. Okazało się ważniejszym to, co i jak myśleli większość czasu. Nawet stosowane 60 minut dziennie wyobrażenia, nie mogły zapobiegać nawykowym negatywnym przekonaniom i postawom dominującym przez większość czasu, wywołującym szkodliwy dla zdrowia dystres. Ponadto, różne osoby miały odmienne wyobrażenia, które wspierały ich zdrowienie. Nie było takich wyobrażeń, które można by było skutecznie zastosować u wszystkich pacjentów lub przewidzieć, co będzie u nich działało. Łatwo ulegali pułapce pozytywnego myślenia i ulegali frustracji zwiększającej stres, gdy to im się nie udawało. Wmawianie sobie gotowych recept na myślenie, nie pomagało, a raczej utrudniało zmianę.

Jako onkolog, Simonton chciał przede wszystkim stosować najskuteczniejsze podejścia. Nie był przywiązany do żadnej szkoły terapii, a mając pewien status zawodowy przyciągał różnych prominentnych terapeutów z różnych szkół (od analizy freudowskiej i jungowskiej, poprzez Gestalt, analizę transakcyjną, po programowanie neurolingwistyczne). Jak sam w końcu stwierdził, największym przełomem w jego pracy było zastosowanie racjonalnej terapii zachowania (rtz), sformułowanej przez znanego psychiatrę amerykańskiego, Maxie C. Maultsby'ego, Jr terapii poznawczo-behawioralnej (13). Podejście to pozwala skutecznie rozwiązywać nie tylko ból fizyczny i emocjonalny, ale też cierpienie związane z zagadnieniami duchowymi i egzystencjalnymi. Terapia Maultsby'ego pomogła uwolnić się od dylematów związanych z często nieskutecznym wymogiem pozytywnego myślenia.

Zdrowe mózgi nie zapewniają zdrowego myślenia i dobrego samopoczucia

Dla większości terapeutów jest oczywiste, że przeważająca grupa cierpiących emocjonalnie ludzi, w tym chorych na nowotwory złośliwe, ma normalnie funkcjonujące mózgi. Jednak nawet zdrowe mózgi nie sprzyjają zdrowiu, jeżeli nie są zdrowo wykorzystywane. W skrócie, poznawczo-behawioralna terapia Maultsby'ego polega na uczeniu pacjentów samopomocy emocjonalnej – zdrowszego używania własnych mózgów. Wobec braku powszechnie akceptowanych kryteriów, co jest myśleniem właściwym, przyjmujemy

następująco zdefiniowane kryteria myślenia zdrowego (12,19, 25). Zdrowe myśli:

1. Są oparte na oczywistych faktach
2. Chronią nasze życie i zdrowie
3. Pomagają osiągać bliższe i dalsze cele
4. Pomagają unikać najbardziej niepożądanych konfliktów z innymi lub je rozwiązać
5. Pomagają nam się czuć tak, jak chcemy się czuć bez nadużywania leków, alkoholu, czy innych substancji

Za Maultsbym:

1. Zdrowe myślenie winno spełniać co najmniej trzy z tych pięciu zasad.
2. Zdrowe myślenie jednej osoby nie musi być zdrowe dla innej.
3. To co jest zdrowe teraz, nie musi być zdrowe w innym czasie.
4. Wszystkie z pięciu zasad zdrowego myślenia są jednakowo ważne.
5. Niektóre z zasad nie znajdują zastosowania w pewnych sytuacjach.

Terapia polega na tym, żeby większość czasu nasze myśli, przekonania, postawy i wyobrażenia spełniały co najmniej trzy z tych pięciu zasad. Spełniając te warunki okazuje się, że możemy czuć się emocjonalnie lepiej, wspierać zdrowie bez myślenia pozytywnego. Metoda Maultby'ego została tu uproszczona (19) – zaadaptowana do potrzeb szybkiej interwencji w kryzysie emocjonalnym. Pominięto kilka elementów na rzecz rdzenia techniki czyli sformułowania zdrowych przekonań.

Interwencja terapeutyczna zaczyna się pomocą pacjentowi w rozpoznaniu, jakie niezdrowe procesy poznawcze (nie spełniające co najmniej trzech z powyższych pięciu zasad) zachodzą w jego zdrowym mózgu. Następnym krokiem w terapii jest praca nad zmianą tych przekonań na zdrowsze. Maria przyjęła tych pięć zasad bez większego oporu. Jednak mimo, że się z nimi zgadzała, stosowanie ich na co dzień nie przyszło automatycznie.

Opór

Przy zmianie jakichkolwiek nawyków (w tym poznawczych jak przekonania i postawy) występuje opór. Łatwo nam zaakceptować konieczność intensywnego i konsekwentnego ćwiczenia, gdy staramy się oduczyć nieskutecznych nawyków ruchowych. Na przykład dobrze wiemy, że mocno się natrudzimy chcąc prowadzić samochód w ruchu lewostronnym w Anglii, zanim nasze utrwalone w Polsce nawyki prowadzenia samochodu w ruchu prawostronnym przestaną nam przeszkadzać i zaczniemy się swobodnie poruszać.

Ponadto wiemy, że jak tylko zaczniemy prowadzić samochód po lewej stronie drogi, natychmiast będzie nam się to wydawało „dziwaczne” i będzie nam „nie pasować,” mimo że będzie to przecież najbardziej właściwym i bezpiecznym sposobem jazdy. Ten opór szarych komórek nazywany jest dysonansem poznawczo-emocjonalnym. Dysonans poznawczo-emocjonalny występuje zawsze, gdy zachowujemy się w nowy sposób w starych sytuacjach - gdy nasze nowe myśli, kierujące nowymi zachowaniami, są sprzeczne z naszymi nawykami (5, 12).

W sytuacji prowadzenia samochodu w Anglii wiesz, że lepiej zignorować to poczucie „nie pasuje” i trzymać się lewej strony drogi, bo zjazd na prawą stronę, chociaż ci może „pasować,” będzie śmiertelnie niebezpieczny. Z tej perspektywy jest też łatwiej zrozumieć osoby, które nie chcą tolerować dyskomfortu związanego z dysonansem poznawczo-emocjonalnym, stwierdzają: „to nie dla mnie,” „jest to niezgodne z moją naturą,” i wybierają transport publiczny lub taksówki, a za kierownicę samochodu w Anglii nie siadają. Wiemy też, że gdyby poćwiczyły jazdę w ruchu lewostronnym, po pewnym czasie zaczęły by im to „pasować” i stało się nowym nawykiem, - ich „drugą naturą” i przychodziło bez większego wysiłku. Niestety w odniesieniu do naszych niezdrowych nawyków poznawczych i emocjonalnych ulegamy złudzeniu, że samo ich rozpoznanie (często nazywane wglądem), magicznie spowoduje ich ustąpienie.

Podsumujmy (25):

1. Ćwiczenie nowych zachowań sprzecznych z naszymi nawykami nam „nie pasuje” – natychmiast powoduje dysonans poznawczo-emocjonalny
2. Gdy nowe przekonania i zachowania „nie pasują,” wtedy najwięcej osób zaprzestaje wszelkich wysiłków zmiany i porzuca terapię
3. By zapobiec terapeutycznym niepowodzeniom, należy rozwiązać złudzenie, że sam wgląd rozwiąże problem. Należy też wyjaśnić pacjentom, że trzeba będzie ćwiczyć nowe przekonania i zachowania oraz że to początkowo nie będzie im „pasować.” Jednak z praktyką, nowe przekonania zaczną pasować - staną się ich naturą
4. Ćwiczenie w wyobraźni, jest najskuteczniejszym i najłatwiejszym sposobem praktykowania nowych przekonań i zachowań mimo odczuwanego dysonansu-poznawczo emocjonalnego

Oczekiwanie, że stan emocjonalny Marii się poprawi tylko dzięki dostrzeżeniu swych niezdrowych myśli oraz szczerzej woli, by czuć się lepiej, byłoby sprzeczne z teorią uczenia

się. Dopiero systematyczne ćwiczenie nowych, zdrowych myśli poprzez pracę z wyobraźnią, mogłoby doprowadzić do trwalszych korzystnych zmian.

Poza naturalnym i powszechnym zjawiskiem dysonansu poznawczo-emocjonalnego, Maria okazywała nie tak często obserwowane, przejawy dodatkowego oporu zanim nawet zaczęła ćwiczyć nowe przekonania. Opór ten zaistniał już na początku indywidualnej sesji i utrudniał postęp w terapii, a objawiał się następująco:

1. Mimo, że prosiła o pomoc, nie stosowała się do zalecanego procesu
2. Mimo wyraźnego i intensywnego bólu emocjonalnego, nie wypowiadała swoich przekonań, stwierdzając, że nic nie myśli i ma „pustkę w głowie”
3. Gdy udało się terapeutce wyłowić niezdrowe przekonania z wypowiedzi Marii, podczas formułowania zdrowych przeciwstawnych przekonań, pacjentka stwierdzała „tak, ale...” i wypowiadała następną lawinę niezdrowych przekonań
4. Gdy ewentualnie sformułowała i zaakceptowała zdrowe przeciwstawne przekonanie, przeskakiwała na zupełnie inny temat i związane z nim inne problemy
5. Doświadczony terapeuta mimo intensywnej pracy podczas sesji pomógł osiągnąć pacjentce tylko znikomą poprawę
6. W świetle tych trudności także jej początkowa chęć uczestnictwa jako szkolący się terapeuta, też może być uważana za pierwszy przejaw oporu

Rozpoznanie

różnicowe

To może zabrzmieć jak truizm, ale zawsze warto zastanowić się nad innymi przyczynami depresji, szczególnie u pacjentów, którzy nie odpowiadają na profesjonalną interwencję terapeutyczną zgodną z naszym programem. Czasami depresja (jak w raku trzustki) może być pierwszym, poprzedzającym wszelkie inne, objawem nowotworu. Podobnie mogą objawiać się przerzuty do mózgu. Niektóre nowotwory mogą być hormonalnie czynne i poprzez hormony wpływać na nastrój. Trzeba też zwrócić uwagę na działanie uboczne leczenia – wiele leków może wywoływać zmiany nastroju i depresję.

Depresja Marii wydawała się być przede wszystkim wynikiem wyuczonych niezdrowych myśli i przekonań, a nie wynikiem innych czynników biologicznych (jak wcześniej udowodnialiśmy, myśl jest też czynnikiem biologicznym). Na jakiej podstawie wykluczaliśmy inne niż poznawcze przyczyny depresji Marii?:

1. Depresja pojawiła się wraz z oznajmieniem rozpoznania (zanim włączone zostało leczenie chemioterapeutyczne)

2. Maria nie miała żadnych objawów neurologicznych
3. Maria nie miała historii epizodu depresji dużej oraz nie miała ani w przeszłości ani obecnie objawów psychiatrycznych
4. Nikt z jej rodziny nie cierpiał na depresję lub inne choroby umysłowe
5. Depresja, w opinii doświadczonego terapeuty, była logicznym wynikiem niezdrowych przekonań, a brak poprawy skutkiem ich utrzymywania
6. Mimo depresji funkcjonowała jak dotąd względnie dobrze
7. Leki przeciwdepresyjne nie zaczęłyby działać przez następne 4 tygodnie
8. Czas ten warto było wykorzystać na próbę kliniczną podejścia poznawczo-behawioralnego

W innej sytuacji pewnie byśmy skierowali Marię na dodatkowe badania, ale nie mieściło się to w naszym pięciodniowym programie i w wywiadzie lekarskim nie było niczego uzasadniającego pośpiech w diagnostyce.

Typowa praca z przekonaniem

Pacjentom często początkowo trudno jest nazwać dominującą negatywną emocję jak lęk, złość, czy depresja i w kryzysie nie warto na to tracić czasu. Dlatego typowa praca z osobą w bólu emocjonalnym rozpoczyna się od oceny intensywności tego bólu w dziesięciostopniowej skali SUD (subjective units of distress), gdzie 0 oznacza brak jakiegokolwiek dyskomfortu emocjonalnego a 10 najintensywniejszy ból emocjonalny dotychczas doświadczony przez tą osobę. Najskuteczniejsza praca zachodzi w dystresie ocenionym na 8 lub więcej (15, 16, 20, 25). Następnie należy zapisać co najmniej pięć myśli i przekonań, związanych z tym bólem. Dalej, każdą z tych myśli i przekonań sprawdzamy zgodnie z Pięcioma Zasadami Zdrowego Myślenia – z reguły wszystkie są niezdrowe. Wtedy dla każdego niezdrowego przekonania formułujemy i zapisujemy zdrową, spełniającą co najmniej 3 z Pięciu Zasad, przeciwstawną myśl. Jeżeli nowe myśli są do zaakceptowania, to stanowią podstawę przyszłych ćwiczeń w wyobraźni.

Pacjent może powyższe zadanie wykonać samodzielnie, dzieląc stroną pionową linią na pół i zapisując po lewej stronie przekonania wywołujące ból, a następnie ich zdrowe przeciwstawienia po prawej. Podczas pracy terapeuci prowadzą podobny zapis, który jest przekazywany później pacjentowi. Sesje są też w miarę możliwości nagrywane i wtedy taśma jest dawana pacjentowi, do zebrania notatek i przyszłej pracy. Typowa praca z przekonaniem jest szczegółowo, z przykładami, opisana gdzie indziej (12, 19). Skupimy się tutaj głównie na pracy z opornym pacjentem, jednak przedstawiony proces ma uniwersalne

zastosowanie u osób w dystresie emocjonalnym w w jakimkolwiek innym kontekście terapeutycznym.

Po właściwie i skutecznie wykonanej pracy z przekonaniem w kryzysie emocjonalnym oczekujemy minimum spadku SUD o 6 punktów. Jeżeli, jak w przypadku Marii, tak się nie dzieje, jest to powód do dalszej interwencji, superwizji i/lub konsultacji. Doświadczony terapeuta, mimo stosowania interwencji zgodnych z metodą, pomógł pacjentce osiągnąć tylko znikomą poprawę i, zgodnie z metodą, zwrócił się po konsultację. Pierwsza sesja rozpoznała w jakich zagadnieniach będziemy się poruszali oraz pomogła nam zidentyfikować styl oporu Marii. Poniżej opisana sesja była prowadzona przez konsultanta z aktywnym uczestnictwem głównego terapeuty. Dalszy zapis jest relacją z tej sesji odtworzonej z nagrań i notatek terapeutów.

Pomoc w wyrażeniu wywołujących ból przekonań

Przed przystąpieniem do pracy, powtórzone zostały podstawowe elementy każdej sesji terapeutycznej:

1. Terapeuta wyraził zrozumienie dla obecnego stanu emocjonalnego, troskę o pacjenta, ale też alternatywę do przeprowadzenia pracy nad przekonaniem. Nie rozwiązanie tych problemów teraz, będzie wiązało się z dalszym bólem w przyszłości. „Jeżeli chcesz mieć inne wyniki w życiu, trzeba zacząć inaczej myśleć i działać.”
2. Terapeuta podkreślił, że rozwiązanie codziennych problemów jest niezwykle ważne w powrocie do zdrowia. Nie rozwiązanie ich, jest równoznaczne z kontynuowaniem chronicznego, codziennego stresu. Najlepszym czasem na pracę jest teraz. By praca była wydajna, ważne jest odczuwanie bólu emocjonalnego.
3. Pacjentka jeszcze raz wyraziła zgodę na dalszą pracę i odczucie bólu.

Poprosiliśmy pacjentkę o powrót do myśli wywołujących ból. Gdy nie odpowiedziała, poprosiliśmy: „Opowiedz nam, dlaczego jest Ci tak ciężko? Wyobraź sobie jeszcze raz to wszystko, co sprawia ci tyle bólu” Po chwili milczenia, wyraźnie poruszona, rozpoczęła swoją opowieść.

Wobec wyraźnej niechęci lub nieumiejętności wyrażenia przekonań o swoich problemach, Marii wylewność w opowiadaniu o obiektywnie trudnej sytuacji życiowej, jako główny kanał komunikacji, została wzmocniona przez dodatkowe wyrażenie naszego zainteresowania. Dopytywaliśmy się o pewne szczegóły, stawialiśmy hipotezy i je natychmiast testowaliśmy -

sprawdzaliśmy z Marią, czy ją właściwie zrozumieliśmy bez osądu w słowach, gestach czy wyrazie twarzy. Natomiast za każdym razem, kiedy zmieniała temat, jej słowa były bez komentarza zapisane, a pacjentka konsekwentnie zachęcana do powrotu do głównego nurtu opowieści. Chcieliśmy też poznać pewne konkretne informacje jak na przykład imiona dzieci i męża. Imiona stały się dla Marii bodźcem do wyrazistszego wyobrażenia sobie swojej sytuacji. Chodziło nam o to, żeby utrzymać stan bólu emocjonalnego, bo wtedy wyrażane przekonania są tymi, które ten ból wywołują na co dzień. Z teorii i praktyki wynika, że takie empatyczne dopytywanie, wyrażające szczere zainteresowanie jest z reguły dużo lepszym sposobem na nawiązanie komunikacji niż wczuwanie się czy pocieszanie.

Częste błędy w wyrażaniu empatii

Często w obcowaniu z osobą cierpiącą emocjonalnie, mamy chęć natychmiast ten ból usunąć i sytuację „naprawić.” Chociaż pocieszanie może być naszą instynktowną reakcją, przerwałoby stan odczuwania bólu i ekspresję „gorących,” naładowanych emocjonalnie przekonań (15, 16, 20, 25). Z tej samej przyczyny, w przeciwieństwie do innych terapii poznawczych, w naszym podejściu powstrzymujemy się z „dysputą” przekonań, dopóki pacjent ich wszystkich nie wyrazi, a terapeuta ich nie zarejestruje (czy to na piśmie, czy na taśmie).

Rosenberg (14) opisuje sposoby zdrowego i skutecznego wyrażania empatii. Wymienia on też częste błędy, którym można łatwo i nieświadomie ulec. Do najczęstszych należą:

1. *Doradzanie*: „Myślę, że powinnaś...”
2. *Pouczanie*: „Z tego może wyjść coś dobrego. Musisz spojrzeć na to z innej perspektywy.”
3. *Porównywanie*: „To jeszcze nic. Posłuchaj, co mnie się stało...”
4. *Pocieszanie*: „ To wcale nie twoja wina. Każdy by tak zrobił w tej sytuacji.”
5. *Wczuwanie się*: „Och, biedactwo.”
6. *Przesłuchiwanie*: „Kiedy się to zaczęło? Kto zaczął? Jak? Gdzie?...itd”
7. *Opowiadanie historyjek*: „To mi przypomina ...”
8. *Korygowanie*: „To nie tak było...”

Empatyczne dopytywanie bez przesłuchiwania ujawnia więcej przekonań, nad którymi można pracować terapeutycznie. Dlatego dobrze jest powstrzymać się od chęci „naprawiania” samopoczucia pacjenta od razu.

[T] - Czy przekazałaś mu swoją wolę, jeżeli chodzi o odrabianie lekcji i stopnie?

[M] - **Tak.**

[T] - Czy przekazałaś mu to w języku, który rozumie i w rozumiały dla niego sposób, czy po chińsku? [granice absurdu]

[M] - **Ha, ha. Oczywiście, że po polsku tak, żeby zrozumiał.**

[T] - Czy zależy Ci, żeby mu się powiodło w przyszłości?

[M] - **No jasne. Przecież go kocham.**

[T] - Czy byłoby sprawiedliwe, oczekiwanie od niego poprawy, ale komunikowanie oczekiwań i jak należy naprawiać błędy w języku, którego nie rozumie?

[M] - **No nie.**

[T] - Dlatego jak mu tłumaczyłaś czego chcesz, kierowałaś się jego dobrem i chęcią żeby mu się powiodło, bo go kochasz. Dlatego tłumaczyłaś mu, o co ci chodzi tak, żeby to rozumiał. Jak rozumie, co ma robić, to ma większe szanse wypełnienia twojej woli i że mu się w przyszłości powiedzie. Czy ma to sens?

[M] - **Tak, ma. Jest to oczywiste.**

[T] - Czy odpowiada ci i twojemu rozumieniu spraw duchowych, porównanie Boga do rodzica, który jednak kocha nas dużo bardziej, niż my możemy kochać swoje dzieci?

[kolejna analogia]

[M] - **Odpowiada.**

[T] - Czy myślisz, że Bóg ciebie kocha bardziej, niż ty możesz kochać swoje dzieci?

[M] - **Tak myślę.**

[T] - Czy myślisz, że Bogu zależy na tym, by się tobie powiodło w osiągnięciu poprawy?

[M] - **No, tak.**

[T] - To czy myślisz, że będzie ci pomagał, czy utrudniał poprawę? Czy będzie cię wspierał, czy raczej rzucał kłody pod nogi i z radością patrzył, jak się potykasz?

[M] - **No nie. Przecież by pomagał.**

[T] - To znaczy, czy da ci jasno znać, na czym ta poprawa ma polegać?

[M] - **No chyba tak. Ale, ja nie czułam nic, co by mi mówiło, na czym ta poprawa ma polegać.**

[T] - Czy myślisz, że przekaz Boga jest taki, jak ludzka mowa?

[M] - **Nie. Ale nie wiem, co by to było innego.**

[T] - OK. Skąd wiedziałaś, co zrobić, by dokonać poprawy i zadość uczynić za grzechy.

[M] - **No czułam, co należy zrobić. Na początku czułam, ale potem, jak to zrobiłam, to już nie czułam.**

[T] - To znaczy, że Bóg dał ci znać przez odczucie, a jak to wypełniłaś, to już nie miałaś

tego odczucia.

[M] - **No, może.**

[T] - Czy znasz kogoś, do kogo Bóg mówi tak, jak my teraz ze sobą rozmawiamy.

[M] - **Nie.**

[T] - To znaczy, że odczucie byłoby właściwszym sposobem komunikacji Boga z nami?

[M] - **Tak.**

[T] - Czy w tej sytuacji myślisz, że twoje pierwotne odczucie, co masz zrobić, by się poprawić, mogło być przekazem od Boga?

[M] - **Mogło.**

[T] - Czy zaprzestanie odczuwania tego przekazu mogło oznaczać, że wypełniłaś, co Bóg chciał?

[M] - No tak, ale

1. Powinam być zawsze skuteczna w zażegnaniu konfliktów pomiędzy córką (Ewą) a mężem (Tomaszem).

Chcę, żeby związek między Ewą a Tomaszem był jak najlepszy. Rozwiązywanie konfliktów za nich nie pomaga budować ich związku. Czas dać im szansę na nauczenie się rozwiązywania konfliktów między sobą. Jeśli przejmę odpowiedzialność za rozwiązywanie konfliktów między nimi, to później mogą sobie nie poradzić i nie pozwolą im to utrzymać związku w przyszłości. Jeżeli teraz nauczą się to robić lepiej, będzie to dla nich lepiej.

2. Jest moim obowiązkiem naprawienie tego, co oni między sobą psują.

Nie jest to moim obowiązkiem. Zdrowe pielęgnowanie związków jest wyborem a nie obowiązkiem każdego z nas z osobna. Pielęgnowanie ich związku jest ich wyborem. To czy pozostaną w zgodzie, czy nie, leży poza moją kontrolą, co nie znaczy, że mnie na tym nie zależy.

3. Jeżeli ja nie będę pomagać im w rozwiązywaniu konfliktów, to oni będą się rozmijać i nie będą ze sobą rozmawiać.

Nie wiem jak będzie. Ale zdrowiej i korzystniej dla mnie i dla nich będzie, jeżeli wycofam się z roli mediatora.

4. Jak umrę, Ewa zostanie zupełnie sama, a przecież powinna być z kimś.

Nie wiem, czy Ewa zostanie sama, czy nie. Ma umiejętność nawiązywania kontaktów i utrzymywania znajomości i ma grupę znajomych. Jeżeli by podjęła taką decyzję, to może zostać sama. Ja natomiast, uczę się dbać o siebie i widzieć jak Ewa realizuje te wartości, które jej przekazałam. Jestem przekonana, że przekazałam jej najważniejsze rzeczy, na których mi zależało. *(na razie zagadnienie samej śmierci nie zostało poruszone, bo dotychczas pacjentka nie wyraziła takiego przekonania)*

5. Jak umrę, rodzina przestanie istnieć i każdy pójdzie w swoją stronę.

Niezależnie od tego, czy będę jeszcze długo żyła czy nie, dzieci wyprowadzą się z domu i pójdą w swoje strony. Mają do tego prawo.

6. Nie wypełniłam warunków odpuszczenia grzechów.

Dopełniłam wszystkich warunków odpuszczenia grzechów: wyraziłam żal i skruchę, odpokutowałam, zadość uczyniłam. Przecież niebo jest dla grzeszników więc może dla mnie też jest tam miejsce, bo jestem grzesznikiem.

7. Nie odpokutowałam wystarczająco.

Robię wszystko, co jest do zrobienia, żeby Bóg mi odpuścił. Gdyby Bóg chciał, żebym zrobiła coś więcej, to dałby mi znać. Wystarczy żałować i dopełnić warunków, które już dopełniłam.

8. Będę osądzona, nie pójde do nieba i wyląduję w czyścicu.

Zrobiłam wszystko, co rozumiałam, przy pomocy mojego ludzkiego umysłu, by Bóg odpuścił mi grzechy. Bóg kocha mnie bardziej i troszczy się o mnie bardziej, niż ja o swoje dzieci. Bóg daje nam jasne przekazy, czego od nas chce. Bóg chce

żeby mi się powiodło i pomaga mi w tym.

Zaczęłam ćwiczyć zaufanie do opatrzości.

Po interwencji Maria podała, że poziom bólu emocjonalnego obniżył się do 2 SUD z początkowego 9 SUD, czyli o 7 punktów. Zapisane po prawej stronie zdrowe przekonania nie odzwierciedlają przekonań terapeuty. Są one wynikiem dyskusji i precyzyjniejszego określania znaczeń w odniesieniu do pięciu zasad zdrowego myślenia. Ich ostateczna wersja była sformułowana przez samą Marię i w tej formie były dla niej do zaakceptowania. Pacjentka miała osobisty stosunek do Boga i szczególne jego rozumienie. Tylko poruszając się w obrębie jej rozumienia, można jej pomóc. Pamiętajmy, że to co jest zdrowe dla terapeuty, nie koniecznie jest zdrowe dla pacjenta. Pomagamy pacjentom zmienić tylko te przekonania, które sami uznali za nie zdrowe (nie spełniające co najmniej 3 z 5 zasad).

Zapisane wyżej zdrowe przekonania Marii dlatego wybiegają poza dosłowne znaczenie niezdrowych przekonań. Jednak stanowią zawsze ich zdrową przeciwstawność. Chodzi o to, żeby zdrowe przekonania były pełniejsze i trochę "na wyrost," po to, żeby zabezpieczyć pacjentkę od nawrotu tych niezdrowych przekonań też w ich innych odmianach. Dlatego dobrze jest zaadresować różne ich aspekty. Na przykład to, że pacjentka interweniuje w konfliktach córki z mężem, nie prowadzi do żadnego rozwiązania, gdyż oni nadal się kłóć. Sama zresztą przyznała, jej interwencje najczęściej nie przynoszą nawet doraźnej poprawy. Jej interwencje zapobiegają uczeniu się przez Ewę i Tomasza nowych sposobów komunikowania i wzięcia odpowiedzialności za ich związek. Ważne jest by dała im szansę, ale bez przywiązania do wyniku i z umiejętnością akceptacji, że może im się nie powieść. Akceptacja nie oznacza zgody. Akceptacja jest stwierdzeniem, że nie ma się co zadręczać problemami poza naszą kontrolą, ze świadomością, że niczego się nie traci, a zyskuje spokój i uwolnienie od częstego stresu oraz daje większą szansę na zdrowie po to, by móc towarzyszyć swojej córce w przyszłości.

Bardziej pożądane i bardziej skuteczne byłoby przeprowadzenie sesji również z mężem i córką, ale pacjentka przyjechała bez nich. Podkreślamy potrzebę uczestnictwa osoby wspierającej, bliskiej chorej, bo relacje z nimi mogą być źródłem największego szczęścia, ale też cierpienia i ciągłego stresu. Dlatego w naszym programie przeprowadzamy specjalną sesję dla osób wspierających.

Maria wyjawiała, że zgłoszenie się jako terapeutka było próbą dystansowania się nie tylko od choroby, ale też od interwencji terapeutycznej. Chciała zobaczyć, na czym program polega bez osobistego angażowania się w proces. Podziękowała nam, że jej na to nie

pozwoliliśmy.

Przedstawiona tutaj interwencja była jedną z wielu. Pracowaliśmy z Marią też nad jej przekonaniami dotyczącymi samej choroby, chemioterapii i innych sposobów leczenia onkologicznego, jej samooceny itd. Trwała poprawa może nastąpić tylko jeżeli pacjent będzie ćwiczył nowe, zdrowe przekonania i stosował je na co dzień. Ważne jest też, by za każdym razem kiedy wystąpi ból emocjonalny, wykonał pracę z przekonaniami, najlepiej w formie wyobrażeń w stanie odprężenia. Ponadto, często obserwujemy, jak systematyczne ćwiczenie zdrowych przekonań dotyczących jednego problemu, uogólnia się na inne, często pozornie nie powiązane sfery życia.

Mechanizmy utrzymujące człowieka w zdrowiu, lub sprzyjające zdrowieniu w chorobie odpowiadają na impulsy powstające w mózgu. Jak wcześniej wykazaliśmy, tymi impulsami są nasze zdrowe i niezdrowe myśli, które następnie są przetwarzane na nasze emocje, mające z kolei swoje działanie fizjologiczne. Opisany model interwencji w kryzysie skupia się na pracy z przekonaniami pacjenta, która szybko obniżając silne napięcie emocjonalne wskazuje na skuteczność takiej terapii. Umożliwia pacjentowi szybki wgląd w istotę odczuwanego bólu i uczy prostej i skutecznej samopomocy na przyszłość. Model ten nie skupia się jednak tylko na jednorazowej pracy z przekonaniami. Praca ta jest podstawą do dalszego skutecznego oduczania niezdrowych przekonań. Maria opracowała, przy pomocy terapeutów, pokonując opór, zdrowe przekonania, które następnie są przedmiotem codziennej pracy. Przewyciężenie nawykowego, niezdrowego myślenia wymaga określonego czasu, podczas którego pojawić się może opisany wcześniej dysonans poznawczo-emocjonalny. W pokonywaniu trudności pomaga osoba wspierająca albo też własne zasoby, umiejętności użycia wyobraźni i dostrzegania codziennych przyjemności, robienia tego, co nadaje sens życiu.

Wnioski

Fakt, że pacjent nie wykazuje poprawy podczas interwencji, nie świadczy, że model interwencji jest niewłaściwy. Ważne jest, by wykorzystać silne strony pacjenta (wylewność), a nie skupiać się na tym, co nie jest w porządku (opór). Jako terapeuta, być wytrwałym i nie porzucać nadziei. Pozostawić pacjentowi i terapeutce dosyć czasu na proces. Konsultacja i superwizja mają bezpośredni wpływ na terapię i jej wynik. Zachęcamy czytelników, by stosowali to podejście terapeutyczne i przedstawione techniki na co dzień, wobec siebie i swoich pacjentów, by ustawicznie doskonalić swoje umiejętności i móc skutecznie pomagać osobom w sytuacjach skrajnych. Kryzys jest zarówno dla pacjenta jak i terapeuty okazją do

dokonania istotnych zmian i dokonania przełomu w uczeniu się skutecznych sposobów radzenia sobie w bólu emocjonalnym i duchowym/egzystencjalnym.

Widoczna poprawa samopoczucia pacjentki już podczas pierwszego dnia interwencji wydaje się potwierdzać trafność doboru terapii stwarzając warunki skuteczności po dłuższym czasie jej stosowania. Ocena skuteczności terapii wymaga długiego czasu obserwacji. Ten warunek nie może być spełniony w omówionym w tym artykule przypadku Marii. Zamiarem autorów było wykazanie skuteczności wybranego indywidualnie podejścia psychoterapeutycznego. Spotkaliśmy się z Marią ponad dwa tygodnie później. Wyglądała i czuła się znakomicie, potrafiła wprowadzić do swojego codziennego życia to, co było dla niej zdrowe. Była zainteresowana dalszym szkoleniem się w terapiach poznawczo-behawioralnych. Na ile trwały były te zmiany dowiemy się w przyszłym roku.

Sformułowanie niezdrowych przekonań (wgląd) jest początkiem interwencji i umożliwia opracowanie zdrowych myśli. Zdrowe przekonania są podstawą lepszego samopoczucia i powrotu do zdrowia, lecz samo ich sformułowanie jest niewystarczające. To proces uczenia się stanowi o włączeniu w nawyk zdrowych przekonań, a poprzez to proces zdrowienia. Krótka interwencja psychologiczna pozwala poczuć się lepiej w danym momencie, ale nie jest to krótkotrwała zmiana. Może być to przełom zmieniający schematy myślowe, jeśli zostanie poparty ćwiczeniem, codziennym działaniem. Metoda ta jest cennym źródłem szukania możliwości pomocy samemu sobie w życiu codziennym. Daje konkretną umiejętność i doświadczenie korygujące postawy na przyszłość.

„Prawdziwa siła rozumienia polega na tym, żeby nie dopuścić do skrępowania naszej wiedzy, przez to, czego nie wiemy.” Ralph Waldo Emerson

Dane pacjentki zostały na tyle zmienione, by zapewnić zarówno anonimowość jak i zachować wierność procesowi terapeutycznemu.

1. Ader R, Felten DL, Cohen N (eds) (2001) Psychoneuroimmunology. Academic Press, New York, 3rd edn.
2. Davis M., (1992) The role of the amygdala in fear-potentiated startle: Implications for animal models of anxiety. Trends Pharmacol Sci 13:35-41

3. Davis M, Whalen PJ, (2001) The amygdala: vigilance and emotion. *Molecular Psychiatry* 6:13-34
4. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, Morton D. (1993) Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 50:681-689
5. Fletcher PC, Anderson JM, Shanks DR, et al. (2001) Responses of human frontal cortex to surprising events are predicted by formal associative learning theory. *Nature Neuroscience* 4:1043–1048
6. Hariri AR, Bookheimer SY, Mazziota JC (2000) Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *NeuroReport* 11:43-48
7. Kapp BS, Pascoe JP, Bixler MA. (1984) The amygdala: A neuroanatomical systems approach to its contributions to aversive conditioning. In: Butters N, Squire LR (eds) *Neuropsychology of Memory*. Guilford, New York pp. 473-488
8. LeDoux JE (1995) In search of an emotional system in the brain: Leaping from fear to emotion and consciousness. In: Gazzaniga MS (ed) *The Cognitive Neurosciences*. MIT Press, Cambridge, pp. 1049-1061
9. LeDoux JE (2000) Emotion circuits in the brain. *Annu. Rev. Neurosc* 23:155-184
10. LeDoux JE, Romanski LM, Xagoraris AE (1989) Indelibility of subcortical emotional memories. *J. Cog. Neurosci* 1:238-243.
11. LeDoux JE, Farb CF, Ruggiero DA (1990) Topographic organization of neurons in the acoustic thalamus that project to the amygdala. *J. Neurosci* 10:1043-1054
12. Maultsby MC (1992) *Racjonalna Terapia Zachowania*. Fundacja Alterna, Poznań
13. Maultsby MC, Wirga M, (1998) Behavior Therapy. In: Friedman HS (ed) *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press. San Diego, pp. 221-234
14. Rosenberg MB (1999) *Nonviolent Communication: A Language of Compassion*. PuddleDancer Press, Encinitas
15. Safran JD, Greenberg LS (1982) Eliciting "hot cognitions" in cognitive-behavior therapy: Rationale and procedural guidelines. *Canadian Psychology* 23:83-87
16. Safran JD, Greenberg LS (1986) Hot cognitions and psychotherapy process: An information processing/ecological approach. In: Kendall PC (ed) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Academic Press, New York
17. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Sparks TF (1980) Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics* 21:226-7, 231-3
18. Simonton OC, Matthews-Simonton S (1981) Cancer and stress: counselling the

cancer patient. *Med J Aust* 27:679, 682-3

19. Simonton OC, Henson R, Hampton B (1996) Powrót do zdrowia. Ravi, Łódź
20. Smith CA, Haynes KN, Lazarus RS, Pope LK (1993) In search of the "hot" cognitions: attributions, appraisals, and their relation to emotion. *J Pers Soc Psychol* 65:916-29
21. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2(8668):888-91
22. West PM, Blumberg EM, Ellis F (1952) An observed correlation between psychological factors and growth rates of cancer in men. *Cancer Research* 12:306-307
23. Winnicka A (1998) Zastosowanie terapii według modelu Milтона Ericksona w chorobach psychosomatycznych. *Psychoterapia* 2: 41-49 Wirga M (1992) Zwyciężyć chorobę. Fundacja Alterna, Poznań
24. Wirga M, DeBernardi M (2002) The ABCs of cognition, emotion, and action. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 4:5-16