

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Psychologia w naukach medycznych

II

pod redakcją

Wojciecha Strzeleckiego,
Marty Czarneckiej-Iwańczuk,
Marcina Cybulskiego

Poznań 2012

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Poznań 2012

Recenzent

Prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Skład komputerowy

Beata Łakomiak

Korekta

Janina S. Rogalińska

Projekt okładki

Tomasz Szymański „COKEDESIGN”

Marcin Cybulski, Wojciech Strzelecki

ISBN 978-83-7597-182-8

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 13,2. Ark. druk. 18,1. Płyty CD.
Wydanie I. Format B5. Zam. nr 42/12.

Spis treści

<i>Wojciech Strzelecki, Marcin Cybulski, Marta Czarnecka-Iwańczuk</i> Przedmowa	5
<i>Agnieszka Nowogrodzka, Bartosz Piasecki</i> Poznanie społeczne w psychopatologii	11
<i>Maja Strzelecka, Wojciech Strzelecki</i> Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych	21
<i>Jędrzej Dobaczewski</i> Starzenie się a potrzeba opieki	34
<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Maria Skommer, Ewa Mojs</i> Obraz ciała u dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1 i wskazania do terapii	43
<i>Anna Klatkiewicz</i> Wsparcie psychologiczne osób ze zdiagnozowaną cukrzycą	53
<i>Włodzimierz Plotek, Marcin Cybulski</i> Czego uczy nas przypadek Michaela Jacksona? Czyli rzecz o bezpieczeństwie drogowym po znieczuleniach do zabiegów chirurgicznych, stomatologicznych, kosmetycznych i diagnostycznych	68
<i>Marcin Cybulski, Maria Grzymisławska-Cybulska, Piotr Joachimiak</i> Psychiatra – psycholog – kierowca leczenia psychiatrycznie. Diabelskie trio, czy zagubieni w przestrzeni?	77
<i>Joanna Mydlarska</i> Wsparcie psychologiczne w praktyce medycznej w kontekście medycyny ratunkowej	86
<i>Izabela Przybek-Czuchrowska</i> Hipnoza w medycynie	100
<i>Natalia Pieczyńska, Joanna Nawrocka-Rohnka</i> Dogoterapia – motywująca rola psa w procesie terapeutycznym	109
<i>Maja Strzelecka</i> Terapia Lowenowska – pomost między ciałem i emocjami	131
<i>Wojciech Strzelecki</i> Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii	140
<i>Anna Bukowska, Marta Czarnecka-Iwańczuk</i> Analiza sytuacji psychologicznej kobiet z rozpoznaniem wad letalnych płodu w obliczu decyzji o kontynuacji lub terminacji ciąży	156

<i>Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Marta Czarnecka-Iwańczuk, Anna Bukowska</i> Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia	164
<i>Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak</i> Psychologia w ginekologii i położnictwie	173
<i>Michał Mandecki, Marcin Cybulski</i> Stres i wypalenie zawodowe a praca w sektorze publicznej opieki zdrowotnej – autorskich refleksji kilka	182
<i>Monika Matecka</i> Komunikowanie się w relacji z pacjentem w podeszłym wieku	191
<i>Bogusław Stelcer</i> Komunikowanie się z chorym umierającym i prawo pacjenta do prawdy ...	203

Przedmowa

Z prawdziwą przyjemnością oddajemy w Państwa ręce drugą część monografii „Psychologia w naukach medycznych”. Powstała ona dzięki Wam – ogromne zainteresowanie studentów oraz pracowników naukowych zarówno cyklem konferencyjnym poświęconym humanistyce w medycynie, jak i pierwszą częścią monografii spowodowało, iż zdecydowaliśmy się podjąć trud dalszego działania i szerzenia idei człowieczeństwa w naukach medycznych. Kontynuując dzieło z 2008 roku staraliśmy się odnaleźć kolejne punkty styeczne psychologii i medycyny, ujmując je w słowa o charakterze popularno-naukowym, a często i publicystycznym. Adresatami publikacji są przede wszystkim studenci kierunków medycznych oraz pracownicy opieki zdrowotnej, jednak wieloaspektowość przekazu pozwala żywić nadzieję, że zainteresuje ona również i osoby niezwiązane z medycyną.

W myśl założeń holistycznych koncepcji zdrowia, jednocześnie odchodząc od kartezjańskiego dualizmu, który przez wieki był dominującym poglądem w naukach medycznych, przyjąć należy, że istota ludzka jest całością; zatem jej psychika i cielesność jako nierozdzielne byty, siłą rzeczy, wpływają na siebie wzajemnie, dając finalnie jakość bardziej synergiczną aniżeli tylko sumaryczną. Postrzeganie człowieka jako całości pociąga za sobą również szerokie rozumienie pojęcia zdrowia, przez które rozumiemy dziś już nie tylko brak choroby, ale przede wszystkim zasób rozpatrywany na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej, społecznej, ale też i duchowej. Ta ostatnia bywa współcześnie „rozrywana” pokusami ponowoczesności, hedonizmem, ale też i równoważona eudajmonizmem, poszukiwaniem szczęścia i „dobrego życia”.

Celem naszej monografii było – prócz przedstawienia roli czynników psychologicznych dla kształtowania zarówno zdrowia jak i choroby, funkcjonowania pacjenta w sytuacji specyficznych trudności zdrowotnych oraz omówienia form terapeutycznych, wspierających proces zdrowienia – wskazanie praktycznych wskazówek, przydatnych w pracy przyszłych i obecnych przedstawicieli zawodów medycznych.

Monografię otwiera rozdział Agnieszki Nowogrodzkiej i Bartosza Piaseckiego pt. „Poznanie społeczne w psychopatologii”. Autorzy opisują neuropsychologiczne mechanizmy poznania społecznego oraz dokonują charakterystyki jego zaburzeń.

W rozdziale pt. „Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych” – Maja Strzelecka i Wojciech Strzelecki dokonują opisu emocjonalnego rozwoju człowieka w rodzinie dysfunkcyjnej, charakteryzują wpływ zaburzeń regulacji emocjonalnej na zdrowie somatyczne oraz wskazują formy pomocy terapeutycznej.

Jędrzej Dobaczewski, w rozdziale pt. „Starzenie się a potrzeba pomocy”, dokonując charakterystyki okresu późnej dorosłości opisuje rolę opieki instytucjonalnej oraz nieinstytucjonalnej udzielanej osobom starszym oraz konsekwencje niesienia tej pomocy dla opiekunów.

Dwa kolejne rozdziały poświęcone zostały funkcjonowaniu społecznemu i emocjonalnemu osób z cukrzycą.

Maja Stanisławska-Kubiak, Maria Skommer oraz Ewa Mojs w rozdziale pt. „Obraz ciała u dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1 (spostrzeżenia, myśli i uczucia dziecka na temat jego ciała) i wskazania do terapii” dokonują analizy wypowiedzi dzieci i adolescentów z cukrzycą typu I. Autorki podają również praktyczne wskazania dotyczące tego, co powinna uwzględniać w takich sytuacjach terapia.

W rozdziale pt. „Wsparcie psychologiczne osób ze zdiagnozowaną cukrzycą” Anna Klatkiewicz opisuje psychologiczne aspekty funkcjonowania pacjentów z cukrzycą, wskazując na problemy z jakimi ci pacjenci muszą się mierzyć, są to: depresje, stres, lęk, zaburzenia odżywiania i zaburzenia seksualne. Autorka wskazuje również kognitywne i behawioralne czynniki kształtujące współpracę z zespołem medycznym oraz formy motywowania pacjenta.

Włodzimierz Płotek i Marcin Cybulski, w rozdziale pod prowokacyjnym tytułem „Czego uczy nas przypadek Michaela Jacksona? Czyli rzecz o bezpieczeństwie drogowym po znieczuleniu do zabiegów chirurgicznych, stomatologicznych, kosmetycznych i diagnostycznych”, podejmują tematykę bezpieczeństwa pacjenta znieczulanego do zabiegów diagnostycznych. Bezpieczeństwo to ujmowane jest przez autorów jako realne zjawisko występujące po opuszczeniu ośrodka medycznego – głównie ze względu na problem powrotu pacjenta do tzw. „*street fitness*”, czyli pełnej sprawności poznawczej i psychomotorycznej.

Funkcje te odgrywają ogromną rolę w bezpieczeństwie partycypantów życia publicznego, a trendy obecne we współczesnej „jednodniowej” medycynie diagnostycznej i chirurgicznej zdają się pomijać sprawę zabezpieczenia pacjenta opuszczającego ośrodek medyczny.

Kolejny rozdział, autorstwa Marcina Cybulskiego, Marii Grzymisławskiej-Cybulskiej oraz Piotra Joachimiaka, pt. „Psychiatra – psycholog – kierownik leczony psychiatrycznie. Diabelskie trio, czy zagubieni w przestrzeni?” dotyczy problemu relacji między pacjentem psychiatrycznym, psychologiem transportu a psychiatrą i stanowi obszar zainteresowań praktyków z dwóch ostatnich dziedzin wskazując na wątpliwości obecne w środowiskach specjalistów z zakresu psychiatrii i psychologii transportu; jest jednocześnie manifestem przedstawicieli środowisk medycznych i psychologicznych.

Tekst autorstwa Joanny Mydlarskiej pt. „Wsparcie psychologiczne w praktyce medycznej w kontekście medycyny ratunkowej” dotyczy charakterystyki reakcji kryzysowych oraz form niesienia wsparcia w kryzysie, w tym wsparcia psychologicznego w praktyce medycznej. Ponadto Autorka wskazuje na strategię oraz rolę radzenia sobie ze stresem u przedstawicieli zawodów medycznych.

Kolejne cztery rozdziały poświęcone są charakterystyce form terapeutycznych, ze szczególnym naciskiem na możliwości ich zastosowania w praktyce medycznej.

Pierwszy z nich to rozdział autorstwa Izabeli Przybek-Czuchrowskiej pt. „Hipnoza w medycynie”. Autorka dokonuje charakterystyki typów hipnozy ze wskazaniem ich cech charakterystycznych. Wskazuje ponadto obszary zastosowania hipnozy w medycynie, w tym opisuje specyfikę oddziaływania hipnoterapeutycznego w pracy z dziećmi.

Autorki rozdziału pt. „Dogoterapia – motywująca rola psa w procesie terapeutycznym” – Natalia Pieczyńska oraz Joanna Nawrocka-Rohnka – opisują podział dogoterapii, przegląd definicji oraz wybrane obszary oddziaływań. Charakteryzują również odbiorców dogoterapii oraz sposoby jej wykorzystania w rehabilitacji i terapii. Autorki przytaczając opisy przypadków dokumentują użyteczność tej formy terapeutycznej w pracy z dziećmi z autyzmem oraz mózgowym porażeniem dziecięcym.

Kolejny rozdział z zakresu form terapeutycznych, autorstwa Mai Strzeleckiej pt. „Terapia Lowenowska – pomost między ciałem i emocjami”, przybliży specyfikę terapii Lowenowskiej, opartej na założeniach przywrócenia integralności ciała i umysłu, rozumianych jako końce jednego kontinuum, wpływających na siebie nawzajem oraz współtworzących system, jakim jest ludzki organizm. Autorka opisuje podstawowe terminy istotne dla tej terapii oraz jej założenia. Na końcu dokonuje charakterystyki typologii charakterologicznej według twórcy koncepcji.

Wojciech Strzelecki w rozdziale pt. „Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii” wskazuje rolę muzykoterapii jako terapii wspierającej, skupiając się na jej

zastosowaniu w leczeniu psychiatrycznym. Autor przedstawia specyfikę oddziaływań muzykoterapeutycznych w zaburzeniach nerwicowych, w schizofrenii oraz w zaburzeniach okresu dziecięcego. Opisane są również specyficzne metody i techniki muzykoterapeutyczne stosowane w psychiatrii, takie jak: metoda portretu muzycznego, dialogu instrumentalnego oraz kulturocentryczna koncepcja wspólnotowej muzykoterapii improwizacyjnej.

Trzy kolejne rozdziały koncentrują się na zagadnieniach dotyczących ginekologii i położnictwa.

Anna Bukowska i Marta Czarnecka-Iwańczuk, w rozdziale pt. „Analiza sytuacji psychologicznej kobiet z rozpoznaniem wad letalnych płodu w obliczu decyzji o kontynuacji lub terminacji ciąży”, opisują przeżycia kobiet, stojących w obliczu decyzji o kontynuowaniu versus przedwczesnym ukończeniu ciąży ze względu na nieodwracalne wady u płodu. Autorki poruszają wieloaspektowość tych decyzji, a także omawiają proces radzenia sobie z nimi w kontekście przeżywania żałoby po stracie ciąży/dziecka.

W rozdziale autorstwa Jadwigi Łuczak-Wawrzyniak pt. Marty Czarneckiej-Iwańczuk oraz Anny Bukowskiej pt. „Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia” mówi się o utraty dzieci w okresie pre- i perinatalnym. Dokonano w nim psychologicznej analizy przeżywania tego doświadczenia zarówno przez kobietę i jej partnera – ojca dziecka oraz lekarza, który prowadził ciążę. Ponadto poruszony został także społeczny kontekst utraty dziecka w perinatalnym okresie jego rozwoju.

Kolejny rozdział, autorstwa Jadwigi Łuczak-Wawrzyniak zatytułowany „Psychologia w ginekologii i położnictwie”, koncentruje się na czynnikach psychosomatycznych i somatopsychicznych w ginekologii i położnictwie. Autorka, zaczynając od koncepcji psychosomatycznej i somatopsychicznej chorób, omawia następnie tak istotne zagadnienia, jak: relacja lekarza ginekologa-położnika z pacjentką, rola właściwej komunikacji, badanie ginekologiczne z perspektywy pacjentki oraz modele działania lekarza-położnika.

W rozdziale autorstwa Michała Mandeckiego i Marcina Cybulskiego pt. „Stres i wypalenie zawodowe a praca w sektorze publicznej opieki zdrowotnej – autorskich refleksji kilka” charakteryzowane jest zjawisko wypalenia zawodowego. Autorzy wskazują też przyczyny szczególnej podatności na zjawisko wypalenia pracowników służby zdrowia oraz przedstawicieli wszelkich innych profesji, których praca wiąże się z niesieniem pomocy innym. Tekst kończy się wskazaniem dotyczącymi metod zaradczych wobec zjawiska wypalenia.

Rozdział autorstwa Moniki Mateckiej pt. „Komunikowanie się w relacji z pacjentem w podeszłym wieku” porusza bardzo istotne wątki dotyczące specyfiki komunikacji z pacjentami w okresie późnej dorosłości. Autorka opisuje proces kształtowania relacji z pacjentem, dokonuje charakterystyki pacjenta w tym właśnie okresie rozwojowym oraz omawia specyficzne bariery komunikacyjne.

Monografię zamyka rozdział autorstwa Bogusława Stelcer apt. „Komunikowanie się z chorym umierającym i prawo pacjenta do prawdy”. Autor przedstawia szereg zagadnień dotyczących pracy z pacjentem umierającym, takich jak rozmowa z rodziną pacjenta oraz niezwykle trudny temat jakim jest właściwe przekazywanie niepomyślnych informacji. Opisuje również rolę właściwej relacji lekarza z pacjentem oraz rozumienie tej relacji przez Michaela Balinta.

Mamy nadzieję, że nasza monografia może być pomocnym materiałem dydaktycznym dla studentów oraz przedstawicieli zawodów medycznych. Jej wieloaspektowość podkreśla szerokie ujęcie zagadnień medyczno-psychologicznych. Nie należy zapominać, że współczesna psychologia, jako dziedzina naukowa i praktyczna, wywodzi się w linii prostej z nauk medycznych. Celem jest więc również podkreślenie roli czynników medycznych dla funkcjonowania psychicznego i emocjonalnego jednostki oraz wskazanie jak istotne są zagadnienia natury psychologicznej dla zdrowia i jakości życia człowieka.

Wojciech Strzelecki, Marcin Cybulski, Marta Czarnecka-Iwańczuk

*Agnieszka Nowogrodzka
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

*Bartosz Piasecki
Katedra Nauk o Zdrowiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Poznanie społeczne w psychopatologii

Wprowadzenie

Życie w grupie z perspektywy ewolucyjnej stało się dla wielu gatunków, w tym homo sapiens, znacznie bardziej korzystne i przystosowawcze niż życie w pojedynkę. Funkcjonowanie wśród innych, ale jednocześnie podobnych genetycznie osobników ułatwia dostęp do jedzenia, zapewnia większe bezpieczeństwo przed drapieżnikami oraz pozwala na łatwiejszy dostęp do osobników przeciwnej płci, co umożliwia zwiększanie się puli osobników, ich zdolność do ekspansji i zajmowania nowych terenów. Życie w zgromadzeniu niesie ze sobą jednak też negatywne konsekwencje, a najpoważniejszą z nich jest współzawodnictwo pomiędzy osobnikami, konieczność dostosowania się do panujących reguł. Te nowe okoliczności spowodowały, że jednostki, mające większą świadomość od innych osobników, lepiej wyczuwające zachowania innych i przewidujące konsekwencje ich i swoich zachowań, miały większe szanse na przetrwanie. To wszystko wymusiło znaczny rozwój układu nerwowego, tak by był on w stanie na bieżąco przetwarzać i analizować stale napływające skomplikowane dane ze świata społecznego.

Mózgowy system, zawierający i magazynujący reprezentacje/schematy relacji pomiędzy organizmem a otoczeniem wraz z funkcjonującymi w jego obrębie innymi osobnikami, nazwany został w neuronaukach poznaniem społecznym. Magazyn ów zawiera zarówno abstrakcyjną wiedzę, jak i specyficzne egzemplarze społecznych obiektów, które pozwalają osobnikowi nadawać sens, przewidywać efekt i uzyskiwać kontrolę w społecznym świecie [1]. Inaczej też pisze się o nim jako zdolności do tworzenia reprezentacji relacji między sobą oraz innymi ludźmi, a następnie umiejętności stosowania owych reprezentacji w zachowaniu o charakterze społecznym [2]. Poznanie społeczne można określić zatem jako zastosowanie szerokiego spektrum umiejętności do interpretacji sygnałów społecznych i emocjonalnych oraz regulacji własnego zachowania w kontekście złożonego funkcjonowania społecznego [3]. Wszystkie gatunki musiały stworzyć

umiejętność szybkiego przetwarzania i reagowania na sytuacje w zmieniającym się otoczeniu, jednak w porównaniu do innych środowisko społeczne jest bardziej kompleksowe (oddziałuje na więcej sfer życia), mniej przewidywalne i silniej reaguje na zmiany pojawiające się u jednostki [4], co powoduje konieczność przetwarzania znacznie większej ilości danych.

Neuropsychologiczne mechanizmy poznania społecznego

Badania skupiające się nad mózgową organizacją systemu regulującego zachowania społeczne wskazują, że poznanie społeczne zależy od wysoce wyspecjalizowanego systemu, w skład którego wchodzi kora przedczołowa (część przypodstawna), ciało migdałowe, kora sensomotoryczna prawej półkuli oraz wyspa [4, 5]. Poszczególnymi funkcjami zajmują się osobne, połączone w sieć neuronową regiony [5, 6]:

- zakręt wrzecionowaty zaangażowany jest w rozpoznawanie ludzkich twarzy w nagłych sytuacjach występujących w środowisku
- bruzda skroniowa górna uczestniczy w dynamicznej ekspresji emocji oraz interpretacji zachowań i intencji innych ludzi
- ciało migdałowe wraz z przednią częścią obszarów limbicznych odpowiada za rozpoznawanie stanów emocjonalnych innych ludzi poprzez analizę ekspresji twarzy
- ciało prążkowane zaangażowane jest we wzrokową percepcję ludzkiego ciała
- obszary kory ciemieniowej (zakręt górny i środkowy płata ciemieniowego, bruzda międzyciemieniowa) oraz zakręt środkowy płata czołowego – zbiór regionów zwany „systemem lustrzanym” aktywowany przy wykonywaniu i obserwowaniu zachowań
- kora okołoczołowa, która bierze udział w procesie nagrody i społecznego wzmocnienia
- część środkowa okolicy przedczołowej odpowiedzialna za tworzenie założeń dotyczących intencji i stanów umysłu innych osób, jak i wnioskowania o przyczynowości emocji swoich i innych osób

Cały system zawiaduje zarówno zautomatyzowanymi jak i wolicjonalnymi zachowaniami poprzez różnorodne procesy, które modulują odpowiedź behawioralną: pamięć, podejmowanie decyzji, uwaga, procesy motywacyjne i emocjonalne [4].

Poznanie społeczne jest konstruktem złożonym. Składa się na nie kilka mechanizmów neuropsychologicznych. Do tych podstawowych procesów ułatwiających społeczne funkcjonowanie zalicza się antropomorfizację, imitację, symulację i teorię umysłu [3]. Pierwszy z tych procesów polega na nadawaniu obiektom nieożywionym cech istot żywych i ludzkich. Antropomorfizacja jest

procesem dość pierwotnym i miała duże znaczenie ewolucyjne, gdyż pozwalała na szybsze zauważenie w środowisku obiektów potencjalnie niebezpiecznych i reagowanie na nie. Obecnie pomaga on w szybszym rozpoznawaniu bodźców społecznie istotnych, co znacznie ułatwia ich emocjonalne i poznawcze opracowywanie. W konsekwencji działania opisywanego mechanizmu uaktywnione zostają własne emocje adekwatne do spostrzeganego bodźca oraz ułatwione zostaje wyłanianie wiedzy deklaratywnej oraz schematów w niej zawartych.

Kolejny mechanizm poznania społecznego – imitacja – jest łatwy do zaobserwowania już u małych dzieci. Polega on na zdolności do naśladowania, powtarzania ruchów, gestów, ekspresji mimicznych czy bardziej złożonych zachowań [7]. Proces ten pozwala na przyswajanie i wypróbowywanie nowych zachowań, ale jego główną funkcją jest osiągnięcie określonego celu zachowania motorycznego [3]. Zachowanie imitacyjne jest zazwyczaj generowane przez bodziec wizualny i zwłaszcza u dzieci pozwala na uzyskanie proprioceptywnej informacji zwrotnej (czucie własnego ciała, własnych ruchów), która następnie jest porównywana z wizualnym wyobrażeniem obiektów. Imitacja jest procesem charakterystycznym tylko dla ludzi. Wyższe gatunki małp, pomimo prezentowania złożonych relacji społecznych, nie wykorzystują procesów imitacyjnych. Opisywane procesy naśladownictwa pojawiają się wcześniej w rozwoju niż mentalizacja (mentalization) i teoria umysłu (theory of mind). Jej behawioralne przejawy oraz podłoże w układzie nerwowym pozwalają na rozwój mechanizmów prowadzących do pojawienia się empatii i teorii umysłu u ludzi [7, 8].

W ostatnim czasie wzrasta zainteresowanie i ilość dostępnej literatury opisującej symulację jako kolejny bardzo ważny proces pozwalający na rozumienie zachowań innych ludzi [9]. Jest to forma procesów imitacyjnych, którym nie towarzyszy zachowanie behawioralne [3]. W wyniku obserwacji reakcji innej osoby, mimo niewykonywania własnych ruchów, pojawia się aktywacja kory sensomotorycznej [10]. U ludzi i małp odkryto tzw. neurony lustrzane. Neurony te aktywują się zarówno kiedy podmiot wykonuje jakieś działanie, jak i kiedy obserwuje osobę wykonującą tę samą czynność [11]. System ten, zdaniem badaczy, stanowić może podstawę rozpoznawania stanów emocjonalnych, intencji, prawdopodobnych reakcji innych ludzi. Najprawdopodobniej proces ten przebiega w sposób automatyczny, utajony, jednak według obecnego poziomu wiedzy istnieją duże różnice indywidualne w przebiegu i stopniu wykorzystania tego mechanizmu. Różnice te przejawiają się w poziomie empatii, świadomości emocjonalnej i społecznej poszczególnych jednostek [10].

Ostatni ze zidentyfikowanych mechanizmów poznania społecznego, to zdolność zwana teorią umysłu (Theory of Mind – ToM) [3, 12]. Jest to umiejętność pozwalająca na interpretowanie i rozpoznawanie zachowań, intencji oraz stanów umysłu innej osoby dzięki wykorzystaniu złożonych schematów poznawczych opartych na indywidualnej wiedzy o zachowaniach i stanach psychicznych in-

nych osób [10, 13]. Umożliwia on rozumienie fałszywych przekonań, aluzji, metafor oraz ironii, rozpoznawanie oszustwa czy podstępu [14]. Jest to proces czysto poznawczy wykorzystujący procesy abstrahowania i logicznego wnioskowania. Posługiwanie się ToM wiąże się z aktywnością płatów czołowych ze szczególnym uwzględnieniem okolic przedczołowych, które regulują m.in. [3]:

- umiejętność rozróżnienia własnego nastawienia od nastawień innych ludzi
- procesy wybiórczego hamowania, czyli chwilowego wyłączenia własnych intencji, nastawień w celu zrozumienia zachowań innej osoby
- wykorzystywanie metareprezentacji typu „Wiem, że wiem”, „Wiem, że nie wiem”.

Zaburzenia poznania społecznego

Wiedza dotycząca poznania społecznego i jego roli w naszym codziennym funkcjonowaniu rozwija się stale od ponad 10 lat. Powstają liczne teorie psychologiczne i pojawiają się nowe doniesienia z badań dotyczące pracy ludzkiego mózgu podczas kontaktów i innych zadań związanych ze społecznymi sytuacjami [15]. Innym ważnym źródłem wiedzy koncentrującej się na mechanizmach poznania społecznego są badania skupiające się na procesach psychopatologicznych. W związku z tą kwestią szczególnie interesujące wydają się takie zaburzenia jak schizofrenia czy autyzm [16]. Pomimo różnych symptomów, np. wieku w którym pojawiają się objawy czy wreszcie dalszego ich rozwoju, upośledzenie funkcjonowania społecznego jest charakterystyczne dla obu tych zaburzeń. Zgodnie z doniesieniami obniżenie tych zdolności jest związane z nieprawidłowym przebiegiem funkcjonowania procesów poznania społecznego [17, 18]. Obserwacje, szczególnie behawioralnych przejawów zachowania w obu grupach zaburzeń, wskazują na podobne deficyty w poznaniu społecznym, zwłaszcza wymagających wykorzystania jego wyższych poziomów (np. kompleksowej oceny społecznej) [16].

Badania nad deficytami w poznaniu społecznym u osób ze zdiagnozowaną schizofrenią wykazują istnienie u nich istotnych zaburzeń w trzech głównych obszarach: percepcji emocji, teorii umysłu i stylu atrybucyjnego [14, 19, 20]. Deficyty w percepcji emocji wykazano porównując uzyskane wyniki z grupą kontrolną osób zdrowych. W porównaniu do niej schizofrenicy gorzej rozpoznają emocje wyrażane na twarzy. Zdolność ta jest szczególnie obniżona w zakresie rozpoznawania emocji negatywnych [21], a zwłaszcza strachu [22]. Zebrane dane wskazują, że osoby ze schizofrenią stosują znacznie ograniczone wizualne monitorowanie twarzy oraz poświęcają mniejszą ilość czasu na badanie wyrażonych, charakterystycznych cech twarzy w zadaniach na percepcję emocji [23]. Dysfunkcja ta jest stabilna w czasie, co oznacza, że nawet w czasie remisji cho-

roby zdolność rozpoznawania emocji na podstawie mimiki twarzy jest obniżona, choć nieco wyższa niż w aktywnej fazie choroby [14]. Trwają badania mające wyjaśnić, czy omawiany deficyt dotyczy jedynie percepcji emocji odczytywanych z twarzy, czy też ma charakter bardziej uogólnionego zaburzenia poznawczego [24].

Styl atrybucyjny odnosi się do sposobu wyjaśniania przez ludzi różnych zdarzeń, sytuacji (zarówno pozytywnych jak i negatywnych), które spotykają ich w życiu. Większość ludzi spontanicznie przypisuje odpowiedzialność za pozytywne wydarzenia samym sobie, natomiast wydarzenia negatywne otoczeniu, innym osobom [25]. Większość badań odnoszących się do stylu atrybucji w schizofrenii skupiała się na osobach prezentujących objawy paranoiczne i urojenia prześladowcze. Jednostki te mają tendencję do obwiniania za negatywne wydarzenia innych ludzi raczej niż sytuację [14]. Ponadto osoby, u których stwierdzono istnienie halucynacji mają tendencję do przypisywania otoczeniu swoich własnych wewnętrznych przeżyć [26].

Ostatni obszar dotyczący deficytów w poznaniu społecznym u osób chorych na schizofrenię dotyczy teorii umysłu. Grupa ta wykazuje obniżenie funkcji w zakresie ToM w porównaniu zarówno do grupy kontrolnej osób zdrowych, jak i osób z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi [27, 28]. Brune twierdzi, że deficyty w obrębie teorii umysłu mogą najlepiej tłumaczyć takie objawy schizofrenii, jak: urojenia wpływu, owładnięcia, prześladowcze, zaburzenia myślenia i dezorganizacja zdolności językowych [27]. Autor wskazuje szczególnie na wpływ zaburzonej zdolności do łączenia własnych intencji z zachowaniami i monitorowaniem intencji innych osób.

Obserwowane u pacjentów ze schizofrenią zaburzenia w postrzeganiu emocji, rozumieniu stanów umysłu innych osób czy odmiennego stylu atrybucji mają swoje odniesienie w pracy mózgu [19]. Według dotychczasowych badań u opisywanej grupy chorych stwierdza się obniżoną aktywność komórek nerwowych lewej półkuli, szczególnie w regionie środkowego i górnego zakrętu płata czołowego, sąsiadujących z wyspą [29, 30]. Z kolei techniki obrazowania mózgu wykazały takie nieprawidłowości w budowie mózgowia, jak: powiększenie komór mózgu, nieprawidłowości dotyczące zwłaszcza budowy płatów skroniowych czy obniżoną całkowitą objętość mózgowia [31]. Wreszcie część badań wykazała pomniejszenie ciała migdałowatego – bezpośrednio związanego z czytaniem ekspresji twarzy i rozumieniem stanu umysłu innych ludzi [32, 33].

Poważne zaburzenia w poznaniu społecznym, takie jak obniżona zdolność percepcji emocji z twarzy, interpretowania zachowań i rozumienia stanów umysłów innych ludzi, wymienia się również jako główne deficyty w autyzmie [10, 34, 35]. Dysfunkcje w obszarze funkcjonowania społecznego obserwowane są bardzo wcześnie, bo już w pierwszym roku życia dziecka [36], utrzymują się w dorosłości [37] i stanowią jedno z głównych kryteriów diagnostycznych tego

zespołu. Zaobserwowano także, iż rodzice dzieci z objawami ze spektrum zaburzeń autystycznych mają pewne deficyty w tej funkcji. Otóż wykazano u nich obniżenie zdolności do odczytywania stanów umysłu, kiedy dostępny jest tylko obszar oczu [36].

Osoby ze zdiagnozowanym autyzmem wykazują znaczne zaburzenia związane z monitorowaniem twarzy i rozumieniem na podstawie tak uzyskanych informacji procesów emocjonalnych [34]. Wyniki badań wskazują, że w przeciwieństwie do swoich zdrowych rówieśników osoby z autyzmem podczas obserwacji ludzkiej twarzy nie skupiają się na jej najważniejszych częściach, czyli oczach, nosie i ustach. Zamiast tego skanują twarz raczej chaotycznie, bez skupiania uwagi na poszczególnych elementach, co wskazuje na brak rozumienia znaczenia tej części ciała dla kontaktu społecznego [5].

Zgodnie z początkowymi doniesieniami z badań nad poznaniem społecznym w autyzmie, deficyty teorii umysłu miały stanowić główną przyczynę obserwowanych behawioralnych symptomów choroby [38]. Dogłębne badania nad tym deficytem i pozytywne wyniki uzyskiwane przez osoby chore (z wyższym poziomem IQ) przy wykonywaniu zadań związanych z tym obszarem spowodowały, że obecnie zaburzenia w ToM opisuje się raczej jako element znacznie bardziej globalnych zaburzeń funkcji poznawczych [34, 37]. Deficyt ten musi mieć jednak znaczenie dla kontaktów społecznych, zgodnie bowiem z wynikami neuroobrazowania nawet osoby dobrze wykonujące zadania związane z teorią umysłu, do ich zrozumienia wykorzystują innego, odpowiedzialnego za bardziej logiczne operacje systemu mózgowego, a rozumienie emocji nie stanowi dla nich wskaźnika [37]. Zaburzenie to ma też wyjaśniać dlaczego, pomimo sprawnego funkcjonowania w innych dziedzinach życia, osoby z autyzmem prezentują duże problemy z funkcjonowaniem społecznym [35].

Deficyty neuropsychologiczne w zakresie poznania społecznego zostały potwierdzone w badaniach wykorzystujących neuroobrazowanie. Wykazano niższy przepływ krwi w zakręcie wrzecionowatym i korze mózgowej w tym obszarze [22], czyli w obszarach związanych z percepcją i rozpoznawaniem twarzy. Pierce wraz ze współpracownikami wykazali natomiast, że percepcja twarzy u osób z autyzmem odbywa się przy aktywacji konkretnych, izolowanych regionów mózgu w korze przedczołowej i pierwotnej korze wzrokowej [39]. Wreszcie wskazano na ciało migdałowe, jako region szczególnie związany z deficytami społecznego funkcjonowania w autyzmie. U chorych, w porównaniu do grupy kontrolnej zaobserwowano niższą aktywację tego obszaru, szczególnie jego lewej części [39, 40]. U osób zdrowych aktywność ciała migdałowego zależy od trudności, złożoności prezentowanego zadania związanego z poznaniem społecznym, natomiast u osób z autyzmem poziom aktywacji jest raczej stały [40].

Deficyty w poznaniu społecznym mogą dotyczyć chorych z zaburzeniami odżywiania, do których zalicza się takie jednostki diagnostyczne, jak: jadłowstręt

psychiczny (anorexia nervosa), bulimię (bulimia nervosa) oraz kompulsywne objadanie się (binge-eating disorder). To kategoria chorób charakteryzująca się zakłóceniami w prezentowanych zachowaniach żywieniowych (tj. nadmierną redukcją przyjmowanych pokarmów lub przejadaniem się), powodującymi dystres i zamartwianie się o wygląd sylwetki [41]. Objawy tych zaburzeń mogą powodować różne trudności w funkcjonowaniu społecznym. Zaburzenia w sposobie postrzegania ciała czy też odmienności w wyglądzie zewnętrznym mogą stanowić ważny element trudności w doświadczeniach społecznych. Również pewne odstępstwa od zwykle przyjętych w społeczeństwie zachowań społecznych mogą być objawem lub stanowić przyczynę odsuwania się chorujących jednostek na margines życia społecznego.

Na możliwość występowania deficytów w poznaniu społecznym zwracają uwagę badania empiryczne i dane z obserwacji w tej grupie chorych. Wskazuje się na gorsze funkcjonowanie społeczne oraz obniżenie jakości związków społecznych szczególnie u chorych na anoreksję [42]. Z prezentowanych badań również odnoszących się do sfery społecznej u anorektyków i bulimików wynika, że ich umiejętności komunikacyjne, prezentowania zachowań asertywnych czy percepcji emocji są niższe niż w grupie zdrowej [43]. Dane z obserwacji klinicznych anorektyków wskazują, że stale odczuwają oni strach, unikają intensywnych emocji i utrzymują niski wskaźnik wagi, właśnie po to, aby nie doświadczać społecznych uczuć [44]. Deficyty rozpoznawania i klasyfikacji emocji w tej grupie chorych są porównywalne z zaburzeniami istniejącymi u pacjentów ze schizofrenią czy z autyzmem [43, 44]. Również wyniki neuroobrazowania podczas wykonywania zadań związanych z wykorzystaniem umiejętności społecznych ujawniły nieprawidłowości i odstępstwa w przebiegu tych funkcji w porównaniu do pracy mózgow u osób zdrowych [45]. Sugeruje się nawet, że deficyty w opisywanej funkcji mogą stanowić główną przyczynę prezentowanych w zaburzeniach odżywiania objawów [46].

Podsumowanie

W ostatnich latach obserwuje się wyraźne tendencje do interdyscyplinarnego rozpatrywania zaburzeń, łączącego odkrycia psychologii, psychiatrii, neurologii czy kognitywistyki. Przykładem takiego kierunku badań są prace nad poznaniem społecznym i teorią umysłu, które są mechanizmami leżącymi u podstaw społecznego funkcjonowania ludzi. Dotychczas stwierdzono występowanie deficytów w tych obszarach w takich chorobach, jak schizofrenia czy autyzm. Pod tym względem zaczyna się również rozpatrywać choroby ze spektrum zaburzeń odżywiania, co wydaje się szczególnie zasadne ze względu na fakt, że dysfunkcje te stanowią stale narastający problem społeczny. Badanie funkcji związanych z poznaniem społecznym i teorią umysłu pozwala na pełniejsze poznanie etiolo-

gii i dynamiki zaburzeń, a także zrozumienie trudności w relacjach społecznych, które są immanentną częścią przedstawionych (jak i wielu innych) dysfunkcji. Wiedza z tego zakresu pozwala na opracowanie i wprowadzenie specyficznych treningów umiejętności społecznych i oddziaływań neuropsychologicznych w tych grupach chorych.

Bibliografia

1. Hewstone, M., Fincham, F.D., Foster, J.: Psychology. BPS Blackwell, Oxford 2005.
2. Gur, R.E., McGrath, C., Chan, R.M., Schroeder, L., Turner, T., Turetsky, B. I., Alsop, D., Maldjian, J., Gur, R.E.: An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2002, 159 (12): 1992-1999.
3. Analiza neuropsychologiczna zaburzeń emocji i osobowości u pacjentów z dysfunkcjami mózgu. Herzyk A., Krukow P., [W]: Podstawy neuropsychologii klinicznej. Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.). Wydawnictwo UMCS, Lublin 2009.
4. Adolphs, R.: The Neurobiology of Social Cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 2001, 11: 231-239.
5. Pelphrey, K.A., Carter, E.J.: Brain Mechanism of Social Perception. Lessons from Autism to Typical Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008, 1145: 283-299.
6. Pelphrey, K.A., Sasson, N.J., Reznick, J.S., Paul, G., Goldman, B., Piven, J.: Visual scanning offaces in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2002, 32(4): 249-261.
7. Meltzoff, A.N., Decety, J.: What imitation tells us about social cognition: a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 2003, 358: 491-500.
8. Allison, T., Puce, A., McCarthy, G.: Social perception from visual cues: role of the STS region. *Trends in Cognitive Science*, 2000, 4: 267-278.
9. Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V.: Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2001, 2: 661-670.
10. Adolphs, R.: Cognitive neuroscience of human social behavior. *Nature Reviews*, 2003, 4: 165-178.
11. Rizzolatti, G., Destro, M.F.: Focus: Brain and Mind Understanding Actions and the Intentions of Others: The Basic Neural Mechanism. *European Review*, 2007, 2 (15): 209-222.
12. Siegal, M., Varley, R.: Neural systems involved in 'theory of mind'. *Nature Reviews Neuroscience*, 2002, 3: 463-471.
13. Vogeley K., Bussfeld P., Newen, A., Herrmann, S., Happe, F., Falkai, P., Maier P., Shah, N.J., Fink, G.R., Zilles, K.: Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-Perspective. *Neuroimage*, 2001, 14: 170-181.

14. Penn, D.L., Sanna, L.J., Roberts, D.L.: Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, 34 (3): 408-411.
15. Brunet-Gouet, E., Decey, J.: Social brain dysfunctions in schizophrenia: A review of neuroimaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2006, 148: 75-92.
16. Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A., Piven, J., Penn, D.L.: Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 2008, 99: 164-175.
17. Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F., Cohen, D.: Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Archival of General Psychiatry*, 2002, 59: 809-816.
18. Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., Lieberman, J.: Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160: 815-824.
19. Spychalska, K., Kucharska-Piechura, K., Kielan, K.: Neurobiologia społecznego poznania w schizofrenii. *Psychiatria*, 2004, 1 (1): 9-15.
20. Green, M.F., Olivier, B., Crawleys, J.N., Penn, D.L., Silverstein, S.: Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 2005, 31 (4): 882-887.
21. Whittaker J.F.: Face processing in schizophrenia: defining the deficit. *Journal of Clinical Psychology in Medicine*, 2001, 31: 499-507.
22. Hall, J., Whalley, H.C., McKirdy, J.W., Romaniuk, L., McGonigle, D., McIntosh, A.M., Baig, B.J., Gountouna, V.E., Job, D.E., Donaldson, D.I., Sprengelmeyer, R., Young, A.W., Johnstone, E.C., Lawrie, S.M.: Overactivation of fear systems to neutral faces in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2008, 64: 70-73.
23. Williams, L.M., Loughland, C.M., Gordon, E., Davidson, D.: Visual scanpaths in schizophrenia. Is there a deficit in face recognition? *Schizophrenia Research*, 1999, 40: 189-199.
24. Jaracz, J.: Neurobiologia percepcji ekspresji emocji twarzy. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2010, 5: 109-121.
25. Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M.: Psychologia społeczna. Serce i umysł. Zysk i Spółka, Poznań 2003.
26. Bentall R.P.: The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 1990, 107: 82-95.
27. Brune, M.: "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 2005, 31(1): 21-42.
28. Badgaiyan, R.D.: Theory of mind and schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 2009, 18" 320-322.
29. Deakin J.F.W.: Neuropsychological Implications of Brain Changes in Schizophrenia. *Psychopatology*, 1994, 27: 251-254.
30. Weinberger D., Aloia M., Goldberg T., Berman K.: The frontal lobes and schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry*, 1994, 6: 260-273.
31. Keshavan, M.S., Dick, E., Mankowski, I., Harenski, K., Montrose, D.M., Diwadkar, V., DeBellis, M.: Decreased left amygdale and hippocampal volumes in young offspring at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2002, 58: 173-185.

32. Seidman, L.J., Faraone, S.V., Goldstein, J.M., Goodman, J.M., Kremen, W.S., Toomey, R., Tourville, J., Kennedy, D., Makris, N., Caviness, V.S., Tsuang, M.T.: Thalamic and amygdala-hippocampal volume reductions in first-degree relatives of patients with schizophrenia: an MRI-based morphometric analysis. *Biological Psychiatry*, 1999, 46: 941-954.
33. Chance, S., Esiri, M., Crow, T.: Amygdala volume in schizophrenia: post-mortem study and review of magnetic resonance imaging findings. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 180: 331-338.
34. Abdi, Z.: Social Cognition and Its Neural Correlates in Schizophrenia and Autism. *CNS Spectrums*, 2004, 9(5): 335-343.
35. Sheinkopf, S.J.: Hot topics in Autism: Cognitive Deficits, Cognitive Style and Joint Attention Dysfunction. *Medicine and Health*, 2005, 88(5): 152-158.
36. Baron-Cohen, S.: Theory of Mind in Autism: a review. *Special Issue of the International Review of Mental Retardation*, 2001, 23 (169): 137-142.
37. Tager-Flusberg, H.: Evaluating the Theory-of-Mind Hypothesis in Autism. *Current Directions in Psychological Science*, 2007, 16: 311-316.
38. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U.: Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognitive*, 1985, 21: 37-46.
39. Pierce, K., Muller, R.A., Ambrose, J., Allen, G., Courchesne, G.: Face processing occurs outside the fusiform 'face area' in autism: evidence from functional MRI. *Brain*, 2001, 124: 2059-2070.
40. Wang, A.T., Dapretto, M., Hariri, A.R., Sigman, R., Bookheimer, S.Y.: Neural correlates of facial affect processing in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43: 481-490.
41. Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L.: Psychopatologia. Zysk i Spółka, Poznań 2003.
42. Rothschild-Yakar, L., Eviatar, Z., Shamia, A., Gur, E.: Social Cognition in Eating Disorders: Encoding and Representational Process in Binging and Purging Patients. *European Eating Disorders Review*, 2010, 19: 75-84.
43. Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H.C., von Wietersheim, J.: Alexithymia and Facial Emotion Recognition in Patients with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2006, 39 (3): 245-251.
44. Russell, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young V., Tchanturia K.: Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive Theory of Mind. *Psychiatry Research*, 2009, 168: 181-185.
45. Connan, F., Campbell, I.C., Katzman, M., Lightman, S.L., Treasure, J.: A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 2003, 79: 13-24.
46. Zucker, N.L., Losh, M., Bulik, C.M., LaBar, K.S., Piven, J., Pelphey, K.: Anorexia and autism spectrum disorders: Guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 2007; 133: 976-1006.

*Maja Strzelecka
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

*Wojciech Strzelecki
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych

Wstęp

Rodzina zaspokaja biologiczne i psychiczne potrzeby dziecka, jest źródłem podstawowej wiedzy o sobie i otaczającym świecie, jednocześnie jest czynnikiem bazalnym, kształtującym osobowość dziecka poprzez dostarczanie pierwszych pozytywnych i negatywnych doświadczeń interpersonalnych. Wpływ na emocjonalne, psychiczne i zdrowotne potrzeby dziecka mają postawy rodziców wobec dziecka i siebie nawzajem, sposoby oddziaływania poprzez werbalne i niewerbalne przekazy, kształtujące własny wizerunek jednostki. Na przykład stygmatyzacja dziecka, nadanie mu w rodzinie określonej roli, wprowadza na całe życie wewnętrzny przymus działania w określony, tożsamy z ową rolą sposób, wzorec tłumienia określonych uczuć i symboliczne przejawianie się tych pozostających poza obrębem świadomości emocji, np. poprzez zaburzenie psychosomatyczne [1]. Badania prowadzone w nurcie teorii więzi emocjonalnej, Johna Bowlby'ego, poszukują odpowiedzi na pytanie – jakie znaczenie ma pierwotna więź z drugą osobą dla postrzegania siebie, innych ludzi i otaczającego świata u dzieci. Najmłodszy członkowie rodziny są zależni od dorosłych opiekunów – poczucie bezpieczeństwa, uzyskiwane w wyniku więzi opartej na bliskości i akceptacji, wpływa na utrzymanie emocjonalnej homeostazy, także w sytuacji dyskomfortu. Wewnętrzne, stabilne poczucie bezpieczeństwa ma ogromny wpływ na to, jak dziecko będzie w przyszłości regulować swoje stany emocjonalne [2].

Rodzina dysfunkcyjna charakteryzuje się zamknięciem na poprawne formy komunikacji, fasadowością (utrzymywanie, że wszystko jest w porządku, nakaz tajemnicy dotyczącej dysfunkcji), pomieszaniem ról, sztywnością zachowań – w celu utrzymania systemu rodzinnego w takiej postaci, w jakiej istnieje.

Dysfunkcja może przyjmować różne formy:

- uzależnienie, jednego lub obojga rodziców

- choroba psychiczna rodzica
- przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna wobec dziecka, lub stosowana przez jednego rodzica wobec drugiego
- chłód emocjonalny w powiązaniu z psychicznym odrzuceniem lub opuszczeniem dziecka
- uczynienie z potomka przedmiotu do zaspokojenia własnych, niedojrzałych potrzeb emocjonalnych
- stawianie przez rodzica niedostosowanych do etapu rozwoju wymagań – infantylizacja lub nadmierne oczekiwania
- nadmierna kontrola i opiekuńczość, stawiane ponad okazywaniem miłości i akceptacji [3].

Dziecko, wychowujące się w tego rodzaju rodzinie, doświadcza – ciągłego napięcia, bez nabywania umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem, koncentracji myśli wokół członków rodziny i ich potrzeb z pomijaniem zaspokajania własnych, ciągłej presji zaprzeczania sytuacji rodzinnej, izolacji i poczucia wyobcowania, przyjęcia ról nieadekwatnych dla swojego etapu rozwojowego, trudnych emocji (wstyd, bezradność, gniew, lęk, strach, poczucie winy, żal) – bez umiejętności i przyzwolenia na ich ekspresję [4].

Dzieci są zależne od rodziców, zatem jedynym sposobem na przetrwanie w rodzinie dysfunkcyjnej jest dla dziecka zwrócenie się przeciwko sobie, identyfikacja z obrazem, jaki narzucili inni członkowie rodziny, przetrwanie kosztem zaspokajania własnych potrzeb [5].

Rodzice, z jednej strony traumatyzują życie dziecka, z drugiej, sami nie radząc sobie z trudną sytuacją oraz, powtarzając własne wzorce z rodziny pokoleniowej, poddają dziecko perswazji destrukcyjnych przekazów. „Do niczego się nie nadajesz”, „wszyscy mężczyźni to dranie”, „z tobą tak zawsze”, „z tobą zawsze są kłopoty”, „powinieneś się bardziej starać” – to tylko przykłady przekazów determinujących światopogląd dziecka. Werbalne bądź pozawerbalne treści, przekazywane przez znaczących dorosłych, kształtują nasz rdzeń psychologiczny, podświadomą matrycę obrazu siebie i rzeczywistości. Trudne rodzinne doświadczenia, wadliwa struktura oraz destrukcyjne przekazy stanowią poznawczy i emocjonalny grunt dla kształtu całego życia jednostki, jej wyborów, reakcji, cierpienia [6].

Mellody wyróżnia pięć cech charakterystycznych dla rodzącego się dziecka: bezcenność, niedoskonałość, bezradność, zależność i niedojrzałość. W rodzinie dobrze funkcjonującej każda z tych cech jest akceptowana, akcentowana i staje się pożywką dla harmonijnego rozwoju osobowości. W wadliwie funkcjonującym systemie rodzinnym potomstwu nie okazuje się jego drogocенności, postawy akceptacji za to, że jest, jakiegokolwiek jest, wręcz przeciwnie, może ono czuć się niepotrzebne i niekochane; naturalna bezbronność dziecka jest cynicznie wykorzystywana, nikt nie opiekuje się najmłodszym członkiem rodziny z właściwą

troską; nie mogąc ufać rodzicom – dziecko nie nabywa instynktu, może być więc w przyszłości wykorzystywane przez innych. W rodzinie dysfunkcyjnej nie daje się prawa do bycia niedoskonałym (kim, z natury swojej, każdy z nas jest), dziecko styka się z sygnałami, że jest „inne”, nabywa przymusu porównywania się z resztą ludzi, których uznaje za lepszych, doskonalszych. Nieprawidłowo funkcjonujący system rodzinny często atakuje dziecko za chęć zaspokajania swoich potrzeb, za sygnały kierowane do osób dorosłych, żeby w owym zaspokajaniu aktywnie uczestniczyli. Również niedojrzałość dziecka spotyka się na płaszczyźnie tego typu rodziny z negacją – od potomka wymaga się postaw i zachowań przekraczających ich normy rozwojowe [7].

Dzieci, godząc się z rolami pełnionymi w rodzinie, nieświadomie wspierają w ten sposób pozycję ojca i matki. Pobierają od nich swoiste wzorce zachowań oparte na pewnych, generalnych zasadach [6].

Pierwszą z nich jest zasada kontroli siebie i otoczenia – jest mechanizmem chroniącym przed przeżywaniem wstydu, który pojawia się zawsze, gdy dostajemy sygnał od naszego otoczenia, że nie jesteśmy akceptowani tacy, jacy jesteśmy. Kontrola przeżywania wstydu ciągnie za sobą niedostrzeganie także innych własnych uczuć. Kontrola, szczególnie w dobie chaosu, tworzy iluzję przewidywalności wydarzeń, pozornego wpływu na uczucia i działania innych osób poprzez zachowywanie się w określony sposób, daleki od spontaniczności i wyrażania siebie. Inaczej mówiąc dziecko uczy się zawsze biernie reagować na działania innych, tak żeby nie zostać zawstydzonym i odrzuconym, niezależnie od tego, że w ten sposób prawdziwe potrzeby nigdy nie zostaną ujawnione. Konsekwencją nadmiernej kontroli jest strach przed nowymi sytuacjami, nieprzewidywalnością życia – zwiększa to patologiczne więzi między członkami systemu [8].

Druga zasada to perfekcjonizm, mechanizm blokujący ekspresję siebie i dający poczucie bycia lepszym niż w rzeczywistości się na swój temat myśli. Żyje się w oparciu o zewnętrzne informacje dotyczące tego, jak powinno być. Dziecko traci umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji w oparciu o własne zdanie i potrzeby; istotniejsze jest to, co ludzie pomyślą, jak ktoś mnie odbierze, co zrobiliby inni. Zniekształcenie obrazu siebie i świata nie pozwala spojrzeć na siebie jako na jednostkę niedoskonałą, z postawą auto-sympatii i akceptacji [8].

Trzecią zasadą jest oskarżanie – narzędzie wykorzystywane wtedy, gdy zawodzi kontrola. Służy wypieraniu wstydu i lęku poprzez przerzucenie tych uczuć na innych. Polega na usprawiedliwianiu się, szukaniu innych winnych, dyskontowaniu innych ludzi [8].

Następną zasadą jest zaprzeczanie – mechanizm obronny, chroniący jednostkę przed odbieraniem rzeczywistości takiej jaką jest. Jednostka zaprzecza więc własnym obserwacjom, myślom, pragnieniom, uczuciom. Uczy się tłumaczyć fakty i ludzi (np. „mój ojciec nie jest alkoholikiem, on tylko czasem pije, gdy ma zły dzień...zresztą nie przeszkadza mi to”).

Piąta, to zasada milczenia, oparta na rodzinnym tabu. Służy podtrzymywaniu struktury rodziny takiej jaką jest, izolacji problemu od możliwości ingerencji społeczeństwa.

Iluzja – służy tworzeniu swoistej mitologii rodzinnej w miejsce nazywania przemocy, dysfunkcji, traumy po imieniu.

Zasada niedokończenia spraw, trzymania decyzji „w zawieszeniu”, przerywania realizacji zamierzeń, relacji z innymi w połowie – to automatyzm w dzieciństwie służący cementowaniu rodziny. Pozwala podtrzymywać stan niepokoju, doprowadza do odczuwania chronicznego chaosu i zagrożenia, bez próby znalezienia radykalnego rozwiązania, zmieniającego sytuację jednostki. Solidaryzacja członków rodziny w unikaniu rozwiązania poprzez wspólne odczuwanie napięcia i wchodzenie członków rodziny w role ofiar i agresorów [8].

Ostatnia – to zasada braku zaufania. Dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej szybko uczy się, że nastawiając się nieufnie wobec innych, spodziewając się interesowności, szukając w relacjach z innymi drugiego dna – przynajmniej uniknie zranienia. Uczy się żyć w przeświadczeniu, że jest samowystarczalne, a nieumiejętność budowania bliskości i lęk przed odrzuceniem maskuje izolacją emocjonalną od innych [8].

Życie w rodzinie dysfunkcyjnej – silnie nasycone emocjonalnie, cechujące się występowaniem traumatycznych i nieprzewidywalnych sytuacji, chaos, brak poczucia stałości i pozawerbalne zakazy ekspresji i odczuwania niektórych lub wszystkich emocji („nie czuj”) – doprowadzić może w konsekwencji do wytworzenia się stałego, uogólnionego wzorca zachowań (pozostawanie w roli) oraz symbolicznego manifestowania zalegających emocji w postaci objawu chorobowego (somatyzacja) [8].

Dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej doświadcza wielu traumatycznych sytuacji związanych z destrukcją ról rodzicielskich, zaniedbaniem, przemocą słowną lub fizyczną. Podstawowym źródłem zagrożeń dla dziecka jest stan chronicznego napięcia i stresu. Trwanie w ciągłej niepewności i nieprzewidywalność wydarzeń wywołują u dziecka poczucie braku stabilności, porządku życiowego, a co za tym idzie brak kontroli nad swoim życiem. Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych bardzo często przeżywają wstyd za rodzica, poczucie winy, strach przed rodzicem, osamotnienie, poczucie bycia obcym, innym, drastycznie zaniżone poczucie własnej wartości, złość lub nienawiść do rodzica [9].

Najczęstszym problemem relacyjnym i komunikacyjnym w rodzinach dysfunkcyjnych jest przemoc. Dynamika systemu przesunięta jest zazwyczaj w stronę opieki lub zainteresowania jednym z rodziców (egocentrycznym, narcystycznym, labilnym lub/i nie radzącym sobie z własnymi emocjami) [10]. Dzieci w takich rodzinach muszą dostosować się do warunków, w których ich potrzeby nie są w należyty sposób zaspokajane, im samym zaś przypada rola osoby zaspokajającej neurotyczne potrzeby rodzica, ergo dzieci przejmują pod pewny-

mi względami funkcję dorosłych opiekunów, nie mając jednocześnie podstaw – w postaci zaspokojonych, bazalnych dla rozwoju osobowości własnych potrzeb. Frustracja narastająca w niedojrzałym emocjonalnie i społecznie rodzicu kierowana jest zazwyczaj i rozładowywana na własnym potomstwie. Przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna często jest dla dziecka czynnikiem oczywistym i nieprzewidywalnym [9].

Przemoc w wychowaniu przejawia się poprzez fizyczne i psychiczne krzywdzenie dziecka. Przemoc fizyczna dotyczy zachowań czynnych, obejmujących bicie dziecka oraz wszelkie zachowania wywołujące u dziecka ból, który wcale nie musi skutkować obrażeniami cielesnymi. Z kolei przemoc psychiczna wiąże się z różnego rodzaju degradacją werbalną. Susan Forward ten rodzaj przemocy określa jako obraźliwe słowa, poniżające uwagi i upokarzający krytycyzm, które mogą odnosić się do wyglądu dziecka, jego inteligencji, umiejętności, a także jego wartości – jako istoty ludzkiej [11]. Do najczęstszych form przemocy psychicznej stosowanych wobec dziecka zalicza: groźby, ostrzeżenia, krzyczenie na dziecko, ośmieszanie, wrzeszczenie, przekleństwa, wyszydzanie, wyzywanie, groźby wyrzucenia z mieszkania lub wysłania do poprawczaka.

„Zachowania, które ze względu na swoje konsekwencje są maltretowaniem psychicznym, bardzo często są społecznie akceptowane, wkomponowywane w niewłaściwie pojętą rolę rodzica, opiekuna dziecka. Są także trudne do zdefiniowania, czasami bardzo subtelne i nieczytelne dla osób z zewnątrz. Opiekunowie dziecka często nie uznają ich za nadużycie i nie uświadamiają sobie cierpienia dziecka” [12].

Przemoc wewnątrzrodzinna jest najczęściej stosowaną formą agresji interpersonalnej. 34% mężczyzn i 24% kobiet stosuje lub jednorazowo zastosowało jakąś formę przemocy fizycznej. Sprawcą agresji słownej jest średnio 50% kobiet i 40% mężczyzn. Między 20% a 60% sprawców przemocy dokonuje aktów agresji pod wpływem środków odurzających. W rodzinach o wyższym statusie materialnym częściej stosowana jest przemoc psychiczna, fizyczna częściej w rodzinach wielodzietnych, o niższym statusie materialnym. Około 87% rodziców deklaruje stosowanie kar cielesnych wobec dzieci. U 3% do 7% rodzin dochodzi do maltretowania potomstwa; przejawy maltretowania w rodzinach dotkniętych patologią wzrastają do 41%. Ryzyko pojawienia się w rodzinie przemocy wzrasta, gdy jest ona niepełna, pojawiają się zaburzenia psychiczne bądź emocjonalne, uzależnienie lub szkodliwe zażywanie ze strony któregoś z rodziców używek, biograficzne doświadczenia ze znęcaniem się rodziców w ich własnym dzieciństwie, młody wiek rodziców, upośledzenie fizyczne lub umysłowe dziecka [13].

Wśród rodzin dysfunkcyjnych w naszym społeczeństwie znaczący odsetek stanowią rodziny z problemem alkoholowym. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podaje, że w Polsce żyje około 1,5–2 mln dzieci alkoholików, z czego 500–600 tysięcy znajduje się w dramatycznej sytuacji zagraża-

jącej ich zdrowiu i życiu. Dane szacunkowe wskazują na liczbę około 800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu oraz około 2–2,5 mln osób pijących szkodliwie. Dwie trzecie dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadczą przemocy w domu [13].

Każdy członek systemu rodzinnego odpowiada za jego funkcjonowanie, przekazy dotyczące powinności i ról często przekazywane są podświadomie, jednostce narzucona zostaje pewna funkcja, ona zaś bezrefleksyjnie podporządkowuje się takim regułom. Funkcjonowanie dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym opiera się na trzech głównych regułach. „Nie ufaj” – to zasada wyrastająca z niekonsekwencji i nieprzewidywalności dorosłych opiekunów, rozczarowania i stałego niezaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka. „Nie mów” – wynika z chęci chronienia opinii uzależnionego rodzica oraz wyidealizowanego wizerunku rodziny, z drugiej strony dziecko obarczone jest wstydem i poczuciem odpowiedzialności za dorosłych, co umacnia mechanizm zaprzeczania prawdziwemu obrazowi rodziny. „Nie czuj” – na etapie dorastania w wadliwie funkcjonującym systemie rodzinnym, bezpieczniej dla własnego ustroju jest odciąć się od własnych uczuć, zminimalizować odczuwanie w sytuacjach traumatycznych [14].

Niezależnie od rodzaju dysfunkcji obecnej w rodzinie dziecko wzrasta w niej ze zniekształconym obrazem siebie i otaczającego świata, zaznacza się brak prawidłowych wzorców do kształtowania własnej tożsamości. W życiu dorosłym sztywne role i pozwalające funkcjonować w dzieciństwie mechanizmy obronne powodować mogą szereg społecznych, psychologicznych czy zdrowotnych zaburzeń. Dorosłe dzieci z rodzin dysfunkcyjnych mają tendencje do powielania wzorców rodzinnych: wchodzenia w nacechowane przemocą fizyczną, werbalną lub seksualną – relacje, w związku oparte na współzależnieniu; ucieczki w uzależnienie. Wiąże się to z podświadomą skłonnością do odtwarzania relacji, potrzebą utrzymania ról, w życiu dorosłym zachowana zostaje wyimaginowana równowaga rodziny z dzieciństwa [15].

Zaburzenia regulacji emocjonalnej (mechanizm i aleksytymia) a stres i choroby

DSM-IV – definiuje zaburzenia psychosomatyczne jako takie, „w których czynniki psychologiczne wpływają na kondycję fizyczną” [16].

Podłoża zaburzeń psychosomatycznych dopatruje się w kształtowaniu się specyficznych cech osobowości, które współwystępują z zaburzeniami somatycznymi. Według szkoły francuskiej: jednostki cierpiące na choroby psychosomatyczne cechuje sztywny sposób myślenia oraz odczuwania, oparty na dostosowywaniu się do drugiej osoby, unikaniu bliskości emocjonalnej, uruchamianiu wadliwych mechanizmów obronnych [17, 18]. Badacze amerykańscy wprowadzili termin – aleksytymia; jest to zaburzenie werbalnego i pozawerbalnego roz-

poznawania własnych emocji. Sifneos – twórca pojęcia – definiuje aleksytymię jako „...niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do opisu uczuć, niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi, ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji” [15]. Aleksytymia jest w znacznym stopniu wyuczona z relacji we własnej rodzinie. Dziecko mające przynajmniej jednego aleksytymicznego rodzica, na zasadzie „lustra psychologicznego” nie ma szansy nauczyć się rozpoznawania we własnym ciele sygnałów charakterystycznych dla emocji. Otoczenie rodzinne daje dziecku sprzeczne przekazy oparte głównie na kodzie intelektualnym, myśleniu czynności opiekuńczych lub litości – z miłością i bliskością. Częstym zjawiskiem jest nieumiejętność werbalnego i niewerbalnego przekazywania jakiejś określonej emocji – złości, smutku czy radości. W takim przypadku dziecko może nauczyć się, że tego typu emocja jest „zła”, „zakazana”, a więc odbierając sygnały płynące z ciała odpowiadające tym emocjom, odczuwać może ono lęk przed odrzuceniem i zaczyna tłumić impulsy energetyczne odpowiadające danemu uczuciu, wypierając je poza obręb świadomości [1]. Stłumione uczucia pozostają w podświadomości w niezmienionej formie, nie mając ujścia w postaci werbalnej lub pozawerbalnej [1]. Zaleganie emocji na płaszczyźnie podświadomej prowadzi do dezintegracji osobowości [19], odcinania się od odczuć w ciele, problemów w relacjach interpersonalnych oraz skłonności do nieadekwatnego reagowania afektywnego w sytuacjach społecznych [1].

Zdaniem Joyce McDougall, niektóre reakcje somatyczne mogą być wyrazem próby ochrony podmiotu przed napływem pragnień odczuwanych jako zagrażające dla życia. Pod ich naporem psychika wysyła omijający drogę werbalną sygnał ostrzegawczy, podobnie jak w okresie wczesnego niemowlęstwa. Prymitywny, pozasłowny typ przekazu sygnału jest podobny do działania impulsów ucieczki w sytuacji zagrożenia i prowadzi do dezorganizacji na poziomie fizycznym. Dezorganizacja nosi miano symptomu psychosomatycznego [2]. McDougall twierdzi, iż: „manifestacje psychotyczne i psychosomatyczne, podobnie jak nerwice, zaburzenia charakteru i perwersje, są także próbami auto-leczenia. Te konstrukcje są wyrazem pracy psychicznej małego dziecka, skonfrontowanego z bólem psychicznym, który został spowodowany przez czynniki zewnętrzne, będące poza jego kontrolą” [18].

W ujęciu systemowym rodzinę traktuje się jako dynamiczną całość. Choroba członka rodziny wskazuje na zaburzenie funkcjonowania całego systemu. Jednostkową odporność na stres i choroby można w tym ujęciu rozumieć jako wynik interakcji procesów psychicznych, rodzinnych i społecznych [1]: przewlekły stres, nierozwiązane kryzysy przełożyć mogą się na dysfunkcję indywidualną bądź odczytywaną na płaszczyźnie relacyjnej; różnorodne procesy zachodzące w rodzinie mogą wzmacniać potencjał jednostki, mogą także zwiększać podatność na zranienia – pośredniczą w definiowaniu tego, czym dla członka rodziny

jest stres; rodzina posiada pozytywny potencjał zmiany, pozwalający na zwalczenie każdego kryzysu [16].

Traumatyczne wydarzenia życiowe, szczególnie z okresu dzieciństwa, mogą wywoływać lub zaostrzać zaburzenia psychiczne. W badaniach retrospektywnych pacjentów z chorobami psychicznymi, takimi jak schizofrenia czy choroby afektywne, zauważono zdecydowanie częstsze występowanie traumatycznych wydarzeń w porównaniu z osobami zdrowymi. „Okolo 50–60% pacjentów oddziałów stacjonarnych i 40–60% pacjentów oddziałów dziennych relacjonuje fizyczną lub seksualną przemoc w dzieciństwie. Do najpowszechniejszych traumatycznych wydarzeń będących doświadczeniem człowieka należą urazy powstające w wyniku przemocy domowej. (...) Według różnych autorów rozpowszechnienie tej patologii w tej populacji osób wynosi 45–92%. W badaniach Lipschitza i wsp. 61% pacjentów psychiatrycznych było w dzieciństwie zaniedbywanych emocjonalnie, 37% wykorzystywanych seksualnie, w stosunku do 44% stosowano przemoc fizyczną, a u 52% można było stwierdzić nadużycia emocjonalne” [20].

Rodzaj doznanej krzywdy wpływa na późniejszy sposób utrzymywania się w roli ofiary i funkcjonowanie w sytuacjach stresowych. Przemoc fizyczna wywoływać może w przyszłości zachowania agresywne jako formę reakcji wyuczonej w relacji ze znaczącymi dorosłymi. Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie zwiększa tendencję do zaburzeń lękowych [20].

W rodzinach, w których występuje przemoc domowa dzieci doświadczają silnego, niezwerbalizowanego poczucia odrzucenia – często doświadczając fizycznej lub emocjonalnej rozłąki z matką. Dziecko może zostać sądownie odebrane rodzinie; mimo fizycznej obecności matka w tego typu rodzinie często okazuje brak akceptacji, nakaz zaspokajania potrzeb dorosłych. Czynniki te wpłyną na kształtowanie się mechanizmów powiązanych z pojawieniem się choroby jako mechanizmu obronnego. Zysk z choroby:

- model troski rodzinnej, niezwiązany z autentycznością i szczerością – lecz następuje mylenie opieki i litości z miłością i bliskością [11, 21], czynności opiekuńcze w trakcie choroby stanowią podstawę wzajemnych kontaktów
- choroba staje się potrzebna jako płaszczyzna porozumienia do podtrzymania istnienia rodziny
- zachowania członków rodziny wobec chorego i jego problemów stanowią iluzję wzajemnego wsparcia i wspólnoty
- w rodzinach, w których panują surowe zasady opanowywania i nieokazywania żadnych uczuć choroba może stanowić przyzwolenie na pewną bliskość.

W dorosłym życiu obraz otaczającego świata i własnej osoby wytworzony w dzieciństwie wpływa na podejmowane decyzje, wybór zawodu, partnera życiowego oraz stan zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki [5, 21]. Odrzucanie

prawdy o sobie, brak edukacji emocjonalnej, trzymanie się sztywno narzuconej w dzieciństwie roli, model reakcji na stres oparty na tendencjach do zamrażania, ucieczki i somatyzacji doprowadzić może do chronicznego stresu, chorób psychosomatycznych, takich jak: anoreksja, bulimia, wrzody żołądka lub dwunastnicy, zaburzenia krążenia, astma oskrzelowa czy uzależnienie [9, 21].

W literaturze przedmiotu autorzy często wskazują na zestawy cech wspólnych dla grupy dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Kinney i Leaton [5, 21] wymienili następujące cechy: nieumiejętność konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, lęk przed utratą kontroli, nieumiejętność wyrażania emocji, lęk przed jawną ekspresją emocji, potrzeb, postaw, nadmiernie rozwinięte poczucie odpowiedzialności (często przy braku odpowiedzialności w niewłaściwych, konfliktowych sytuacjach), dominujące poczucie winy – szczególnie przy wyrażaniu postawy asertywnej, ciągle napięcie, nadmierny samokrytycyzm, nieumiejętność odczuwania przyjemności, perfekcjonizm, tendencja do zaprzeczania, trudność w budowaniu relacji bliskości, mylenie litości z miłością, widzenie świata w kategoriach czarno-białych – siebie zaś w kategorii ofiary, cierpienie psychiczne wywołane spóźnionym żalem, skłonność do biernego reagowania w miejsce aktywnego działania, umiejętność przetrwania lub odnalezienia się w trudnych, chaotycznych sytuacjach.

Widera-Wysoczyńska zbadła wpływ urazów traumatycznych w okresie dzieciństwa na problemy zdrowotne kobiet. Wystąpienie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie wpływa na pojawienie się takich objawów, jak: przewlekłe zmęczenie w okresie adolescencji i dorosłości, napięcia mięśni i bóle głowy w młodości, biegunki, zaparcia i bóle brzucha – w ciągu życia, moczenie nocne w dzieciństwie, zespół przedmiesiączkowy, częste przeziębienia i kaszel. Przemoc fizyczna – według badań autorki – pozostawia stosunkowo niewielkie konsekwencje w sferze somatycznej (moczenie nocne, napięcia mięśniowe – w ciągu życia, zmęczenie i brudzenie kałem w okresie dzieciństwa, problemy z nadwagą). Najbardziej skorelowane z alkoholizmem ojca, są takie objawy, jak: swędzenie skóry, niedowaga – w ciągu życia, w literaturze pojawiają się także: przeziębienia, anginy, astma i anemia oraz choroba wieńcowa [21 za: Robinson, Rhoden, 1998]. Kobiety wychowane przez matki alkoholiczki zgłaszają problemy z samookaleczaniem, stanami ostrego niepokoju, ostre bóle żołądka, tendencje do anoreksji, niedowagę, bulimię, nadwagę, dysfunkcje seksualne i problemy ginekologiczne, zaburzenia akcji serca, wysokie ciśnienie, bóle napięciowe głowy, bruksizm. Najwięcej problemów zdrowotnych zgłaszały osoby, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy seksualnej z dotykiem. Skarżyły się zwłaszcza na stany ostrego niepokoju, zaburzenia snu, swędzenie i pieczenie skóry skutkujące drapaniem. Pojawiała się skłonność do samouszkodzeń. Skargi na zaburzenia pracy układu pokarmowego, z których część związana jest z problemami z oddawaniem stolca, biegunką lub zaparciem, brudzeniem kałem i krwawieniem z kiszki stolcowej;

druga grupa problemów dotyczy problemów z żołądkiem: ból, rozstrój i nudności. Osoby badane w okresie dzieciństwa sygnalizowały niedowagę i problemy z apetytem, w okresie dorosłości nadwagę lub skłonność do bulimii. Badania Cameron (2000) wskazują, że 82% kobiet po przemocy seksualnej skarży się na zaburzenia jedzenia, a 52% na kompulsywne jedzenie. Kobiety z tej grupy jako jedyne zgłaszają występowanie w młodym wieku operacji ginekologicznych oraz aborcji, bólu i dyskomfortu genitaliów oraz ostrych i chronicznych zmian w obrębie odbytnicy. Często występował u nich problem uczucia zamrożenia w obrębie sfer erogennych, zespół przedmiesiączkowy (choć rzadziej niż u badanych deklarujących przejście traumy przemocy emocjonalnej). Osoby badane po przejściu zdarzeń traumatycznych związanych z wystąpieniem przemocy seksualnej uskarżały się także na moczenie nocne występujące w dzieciństwie oraz powtarzające się zakażenia dróg moczowych. Częściej występowały u nich problemy układu krążenia: nagłe skoki ciśnienia w dzieciństwie i młodości, choroby serca w młodości i dorosłości. Problemy napięciowe w obrębie szczęk, migrenowe bóle głowy. 47% kobiet po przemocy seksualnej, badanych przez Cameron, skarżyło się na długotrwałe, napadowe bóle głowy, natomiast 88% mówiło o napięciu szczęki i bólach gardła. W dzieciństwie i młodości cierpią na astmę (układ oddechowy) a w młodości i dorosłości na anemię (immunologiczny). Oba te problemy łączą się także z alkoholizmem matki [21].

Wszystkie grupy przebadanych przez Widerę-Wysoczańską kobiet zgłaszały problemy ze snem – głównie czujny, nerwowy i płytki sen.

Formy pomocy terapeutycznej

Praca terapeutyczna indywidualna i grupowa dla Dorosłych Dzieci z Rodzin Dysfunkcyjnych i Dorosłych Dzieci Alkoholików opiera się w dużej mierze na zmianie schematów działania: wychodzeniu ze sztywnych ról wyznaczonych przez rodzinę; uczeniu się nazywania i odnajdywania w sygnałach płynących z ciała – wypieranych wcześniej emocji; zauważaniu i przeciwdziałaniu wytworzonym w dzieciństwie mechanizmom obronnym. Działania takie nakierowane są na proces zdrowienia jednostki zarówno na płaszczyźnie psychospołecznej, jak i fizycznej [1]. Program terapeutyczny obejmuje terapię indywidualną i grupową. Terapia ma na celu podzielenie się swoją indywidualną historią, uzyskanie poczucia przynależności i zrozumienia dla przeżywanych i prezentowanych emocji dotyczących przeszłych przeżyć. Jej zadaniem jest także zwiększanie samooceny i nabywanie umiejętności wprowadzania w swoje życie zmian. Osoba uczy się oceniać wydarzenia z perspektywy osoby dorosłej, korzystać z własnych potencjałów. Uświadamia sobie, jakie role pełniła w pokoleniowym systemie rodzinnym, jakie destrukcyjne wzorce i przekazy wpływają na jej życie – jak im przeciwdziałać.

Za skuteczne, wspierające formy pomocy terapeutycznej dla osób, które w dzieciństwie przechodziły traumatyczne urazy uważa się (oprócz tradycyjnej psychoterapii) wszelkie sposoby budowania płaszczyzn porozumienia między psychiką a ciałem. Wychodząc z założenia, iż jednostka w dzieciństwie doznała szeregu urazów ze strony znaczących osób dorosłych, zablokowała swoje negatywne emocje w postaci bloków mięśniowych, żeby nie czuć tego, co zagrażające w relacji z opiekunem [22], odcięła się od swoich przeżyć [10], pozostała w stanie chronicznego stresu, napięcia i stanu zagrożenia.

Wśród skutecznych technik wyróżnia się bioenergetykę Lowenowską, techniki radzenia sobie ze stresem proponowane przez Kabat-Zinna, medytacje, jogę.

Terapia zaproponowana przez Alexandra Lowena opiera się na diagnozie bloków energetycznych występujących w ciele w postaci „zbroi mięśniowej”, otwieraniu zasklepiionych blokad emocjonalnych za pomocą masażu złożeń mięśniowych, nauki prawidłowego, głębokiego oddychania, ćwiczeń; terapii werbalnej nakierowanej na odniesienia z okresu dzieciństwa – wobec zablokowanych emocji; zwiększenia „ugruntowania” jednostki (czyli umiejętności stania na własnych nogach oraz zrównoważonego kontaktu z rzeczywistością). Terapia bioenergetyczna pozwala nawiązać kontakt z własnymi, głęboko skrywanymi uczuciami, rozbija mechanizmy obronne budowane w relacji z dysfunkcyjnym rodzicem, które w życiu dorosłym ograniczają znacząco możliwości jednostki w walce ze stresem, często doprowadzając do powtarzalności związków z innymi ludźmi, podobnych do tych, które mieliśmy w dzieciństwie. Najprościej mówiąc – praca z ciałem buduje pomost, dialog między zapisanymi w ciele traumami a psychiką jednostki pomagając zrozumieć, zaakceptować własne trudne przeżycia i uczucia z nimi związane i w konsekwencji dać sobie szansę na zmianę podejścia do siebie i otaczającego świata [22, 23].

Opracowany przez Jona Kabat – Zinna Program Redukcji Stresu i Relaksacji mieści się w nurcie medycyny behawioralnej. PRSiR opiera się na szkoleniu w zakresie uważności (mindfulness), formy medytacji rozwiniętej w kulturze buddyjskiej. Uważność to umiejętność bycia tu i teraz, odnalezienia się w rzeczywistości takiej, jaka ona jest w danej chwili, skupienia się na przedmiocie, smaku, czynności, którą w danym momencie wykonujemy, poza skupianiem się na swoich myślach, marzeniach, uczuciach – z dystansem. Oprócz umiejętności uważności, osoby korzystające z PRSiR, którą opanowują ucząc się medytacji opanowują technikę odpowiedniego oddychania, wczuwania się w sygnały płynące z ciała oraz praktyki jogi. Klienci uczą się w ten sposób słuchać swego ciała, otrzymują narzędzia do redukcji stresu i budowania pewności siebie w sytuacjach stresowych [24].

Bibliografia

1. Maruszewski, T., Ściagała E.: *Emocje – Aleksytymia – Poznanie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998.
2. Schier K., Zalewska M.: *Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców*. Scholar, Warszawa 2002.
3. *Psychologiczne źródła dysfunkcji w małżeństwie i rodzinie*, Ryś M. [W:] *Rodzina polska u progu trzeciego tysiąclecia*, W. Majkowski (red.), Wyd. UKSW, Warszawa 2003.
4. Forward S.: *Toksyczni Rodzice*. PZWN, Lublin 1996.
5. *Problemy w rodzinie dysfunkcyjnej*, Ryś M. [W:] *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla nauczycieli, rodziców i wychowawców*. K. Ostrowska i M. Ryś (red.), CPP MEN, Warszawa 1999.
6. Cermak T.I., Rutzky J.: *Czas uzdrowić swoje życie*. PARPA, Warszawa 1998.
7. Melody B.: *Koniec współzależnienia*. Media Rodzina of Poznań, Poznań 2003.
8. Bradshaw J.: *Zrozumieć rodzinę*. PTP, Warszawa 1994.
9. Skrzypczak W.: *Dzieci alkoholików – zdarzenia traumatyczne*. Fundacja Wspierania Rozwoju Pełnego Zdrowia, Łódź 2000.
10. Schier K.: *Piękne brzydactwo*. Scholar, Warszawa 2009.
11. Piekarska A.: *Przemoc w rodzinie: agresja rodziców wobec dzieci, przejawy i psychologiczne uwarunkowania*. PTP, Warszawa 1991.
12. Fenik K.: *Diagnoza maltretowania psychicznego dziecka. Definiowanie maltretowania psychicznego dziecka i jego przyczyn*. Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje, 2007.
13. www.parpa.pl, 25.10.2010.
14. Filipiak M., Waszyńska K.: *Aktywność seksualna osób z rodzin alkoholowych* www.seksuologia.med.pl 10.09.2010.
15. Mcdougall J.: *Theatres of the body*. Free Association Books, Londyn 1989.
16. *Psychofizjologiczne mechanizmy i symptomatologia zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży* Szewczyk L. [w:] *Zaburzenia psychosomatyczne i dzieci i młodzieży*. Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), EMU, Warszawa 2003: 7–19.
17. Schier K.: *Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. GWP, Gdańsk 2005.
18. *System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne*, Namysłowska I. [w:] *Zaburzenia psychosomatyczne i dzieci i młodzieży*, Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), EMU, Warszawa 2003: 35–49.
19. Mausch K.: *Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego*, Rozprawa habilitacyjna. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 2000.
20. Dąbkowska M.: *Psychiatryczne następstwa przemocy domowej*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, Warszawa 2005.
21. Widera-Wysoczańska A.: *Wpływ urazów chronicznych doznanych w dzieciństwie na problemy zdrowotne kobiety*. ATUT, Wrocław 2006.

22. Lowen A.: Wstęp do bioenergetyki. Santorski i spółka, Warszawa 1992.
23. Santorski J.: Organizm i orgazm. Santorski i spółka, Warszawa 1992.
24. Kabat-Zinn J.: Życie – piękna katastrofa. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.

Starzenie się a potrzeba opieki

Czytając literaturę dotyczącą starzenia się i starości często spotykamy się ze sprzecznymi opiniami. Z jednej strony dowiadujemy się o starzeniu się społeczeństw i coraz większej liczbie osób starszych, z drugiej zaś, że starość w ogóle nie istnieje, że jest zaledwie „późną dorosłością”, bardzo aktywnym i pozytywnym etapem ludzkiego życia. Jak więc jest naprawdę ze starością? Czy faktycznie istnieje ona tylko w naszych umysłach i możemy ją zlekceważyć i udawać, że jesteśmy wiecznie młodzi i aktywni? Tak bardzo boimy się starości, że ukrywamy starszków pod eufemizmem „seniorów”, starość nazywamy „jesienią życia” czy „wiekiem podeszłym”. Jako demonstrację lęku przed starością możemy też odczytywać częste przywoływanie statystyk związanych z przyrostem osób starszych w populacji i straszenie skutkami społeczno-ekonomicznymi związanymi ze starzeniem się społeczeństw. Przecież zmiany zachodzące z upływem lat w ludzkim organizmie są niezaprzeczalnym faktem. Starość czeka nas wszystkich, należy więc oswoić się z lękiem przed starzeniem się przez zrozumienie starości i przygotowanie się do niej. Jeśli poznamy i zrozumiemy starość za młodu, mamy szansę na nabranie dystansu do siebie, gdy już się zestarzejemy. Szanse na zaakceptowanie starczych niesprawności, które nas dotkną i świadomość, że trzeba zwracać uwagę na walory którymi jeszcze władamy, miast koncentrować się na wartościach utraconych. Poczucie jakości życia zależy w dużej mierze od oczekiwań [1]. Jeśli je zawczasu skonfrontujemy z wiedzą na temat procesu starzenia się możemy na starość być bardziej zadowoleni z życia.

Zmiana struktury wiekowej społeczeństw krajów rozwijających się jest faktem. Średnia wieku populacji oraz średnia długość życia rośnie. Dotyczy to również Polski. Główny Urząd Statystyczny w prognozach z 2009 roku przewidywał, że po 2010 roku znacznie przyspieszy się tempo starzenia się ludności Polski. Według tych prognoz w 2035 roku co drugi Polak będzie miał ponad 50 lat [2], a liczba osób powyżej 80. roku życia zwiększy się do 2 574 000 [3]. Jeśli te prognozy okażą się trafne, system sprawowania opieki nad osobami starszymi będzie wystawiony na ciężką próbę. Trzeba będzie zwiększyć wydajność opieki instytucjonalnej, a także silniej wspomóc opiekę rodzinną. Trzeba jednak pamiętać, że statystyka to tylko liczby, które wynikają z pewnych przesłanek i wcale nie muszą się sprawdzić. Dziś dość często spotykamy się w mediach z wiadomościami o osobach, które ukończyły 100, 103 czy 106 lat i całkiem dobrze funkcjonują. Wydaje się jednak wątpliwe, że pokolenie dzisiejszych osiemdziesięciolatków równie często będzie świętować takie jubileusze i czy będą one obchodzone

we w miarę dobrym zdrowiu. Dzisiejsi stulatkowie urodzili się na początku XX wieku, czyli w czasie, gdy cywilizacja była znacznie słabiej rozwinięta. Mogło to wpłynąć w okresie rozwoju na jakość ich organizmów, a w trakcie życia na tempo degradacji. Ich organizmy rozwijały się w czystszyim środowisku, niezanieczyszczonym jeszcze przez rozwijający się przemysł, motoryzację czy chemię wspomagającą rolnictwo. Oddychali czystszyim powietrzem, spożywali mniej przetworzone pokarmy, wolne od wszechobecnej dziś chemii, a przede wszystkim żyli w wolniejszym tempie, w cichszym, spokojniejszym otoczeniu. Byli wystawieni na dużo mniejszą ilość bodźców. Nie należy zapominać o znacznie niższej w ówczesnych czasach przeżywalności noworodków i wyższej śmiertelności wśród dzieci, czyli naturalnej selekcji silniejszych jednostek. W świetle powyższych rozważań można się spodziewać, że średnia wieku populacji może się nieznacznie obniżyć, jednak od rozwoju medycyny, farmakoterapii, rehabilitacji i innych środków wspomagających zależeć będzie na ile samodzielna będzie osoba starsza w przyszłości i jaka będzie jakość jej życia.

Kiedy zaczynamy się starzeć? Procesy degradacyjne zaczynają się w ludzkim organizmie już po trzydziestym roku życia. Można nazwać to pierwszym krokiem ku starości. Wydajność narządów jest jednak na tyle duża, że nawet spory ubytek ich wydajności pozwala naszemu ciału sprawnie funkcjonować. Zwykło się uważać, że granicą starości jest 60–65 rok życia. Można też wiązać granicę starości z pojawieniem się zewnętrznych objawów starzenia się, takich jak siwiejące włosy czy wiotczejąca, pomarszczona skóra. Kolejnym kryterium może być przejście na emeryturę i związana z tym zmiana trybu życia i statusu społecznego czy ekonomicznego. Przyjęcie takiej granicy może budzić kontrowersje, a siwowłosy sześćdziesięciolatek może poczuć się urażony, gdy zostanie zaliczony w poczet ludzi starych. Przy dzisiejszym poziomie rozwoju medycyny, farmakologii i rehabilitacji osoby w tym, jak i znacznie późniejszym wieku często są zupełnie sprawne, aktywne zawodowo lub społecznie. Przyjmując taką definicję starości możemy faktycznie dojść do wniosku, że starość nie istnieje. Cóż jednak wtedy powiedzieć osobom po osiemdziesiątym, dziewięćdziesiątym roku życia, które ze względu na starcze zmiany w organizmie nie mogą samodzielnie funkcjonować? Co powiedzieć ich opiekunom? Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) proponuje jako granicę starości 65. rok życia, lecz dzieli ją na dwa etapy. Do 79. roku życia nazywa ją wiekiem podeszłym, a powyżej 80. starością zaawansowaną. W literaturze można też znaleźć podział ze względu na wiek: na młodych starych (60–75 lat) i starych starych (75 – ... lat). Choć trudno traktować przytoczone podziały oparte na granicy wieku inaczej niż zaledwie orientacyjnie, to wyodrębnienie okresu zaawansowanej starości jest z pewnością krokiem we właściwym kierunku. Tempo rozwoju i tym samym starzenia się człowieka jest sprawą indywidualną i zależy od wielu czynników, począwszy od uwarunkowań genetycznych, przez wykształcenie, kulturę fizyczną i intelektual-

ną, po przebyte choroby i inne. Nie jest rzadkością, że osoba siedemdziesięcioletnia jest całkowicie zależna od innych, a dziewięćdziesięcioletnia żyje aktywnie i samodzielnie. Dlatego najsluszniejszą ideą wydaje się być podział oparty na zakresie pomocy, jakiej dana osoba potrzebuje by funkcjonować. Według niego osoby w podeszłym wieku mogące cieszyć się aktywnym życiem i samodzielnością są nazywane osobami trzeciego wieku, natomiast te, które potrzebują pomocy innych – osobami czwartego wieku [4].

Starość jest nieodłącznie związana ze zmianami inwolucyjnymi zachodzącymi w organizmie. Obniżenie wydajności narządów, zmniejszenie zdolności regeneracyjnych i ubytek komórek w tkankach sprzyjają rozwijaniu się chorób przewlekłych i nieuleczalnych, jak i ogólnemu nasileniu niesprawności i obniżeniu poziomu funkcjonowania. Zmiany te mogą zachodzić równocześnie w różnych układach organizmu, co oznacza, że osoby starsze często zmagają się jednocześnie z wieloma chorobami, dolegliwościami czy niesprawnościami [5, 6]. Z tego powodu osoby starsze przestają radzić sobie z codziennym funkcjonowaniem i potrzebują opieki. Zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego i bycia niezależnym w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych określa się jako sprawność funkcjonalną. Utrata sprawności funkcjonalnej przebiega zwykle w określonej kolejności. Początkowo pojawiają się trudności w wykonywaniu czynności złożonych i planowaniu koniecznych prac domowych. Problemem zaczyna być zrobienie prania bądź odpowiednich zakupów. W późniejszej fazie dochodzi do upośledzenia funkcjonowania w zakresie podstawowych codziennych czynności, a ostatecznie utraty zdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych [6].

Potrzeba opieki może pojawić się z różnorodnych powodów. Jednym z nich jest niepełnosprawność fizyczna. Charakterystyczne dla wieku starczego zmiany zwyrodnieniowe stawów powodują bolesność podczas poruszania się i zmniejszają zakres ruchomości kończyn. Często występująca osteoporoza sprzyja powstawaniu urazów, zwłaszcza gdy współwystępuje z zaburzeniami równowagi. Złamania szyjki kości udowej czy miednicy, a także uszkodzenia stawu biodrowego są częstym powodem utraty samodzielności przez osobę starszą. Zmiany zwyrodnieniowe i reumatyczne w stawach kończyn górnych mogą przyczynić się do utraty sprawności manualnej i zdecydowanie utrudnić samodzielne funkcjonowanie dotkniętej nimi osobie. Innym powodem konieczności sprawowania opieki nad osobą starszą jest nieporadność w samodzielnym prowadzeniu gospodarstwa domowego. Najczęściej pojawia się ona jako konsekwencja powstających w mózgu zmian demencyjnych. Początkowe trudności w codziennym funkcjonowaniu mogą rozwinąć się w coraz silniejszą dezorganizację funkcjonalną. Mogą pojawić się zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak pamięć, koncentracja czy orientacja. Wzmoczonej opieki wymagają osoby z bardziej zaawansowaną demencją. Częstymi objawami są tu zaburzenia orientacji allopsychicznej i pa-

mięci, które w połączeniu z objawem zwanym „wędrowaniem” powodują, że osoba chora może opuścić miejsce zamieszkania i zgubić się. Zaburzenia pamięci manifestują się też jako natrętne zadawanie tych samych pytań. Dalszy rozwój choroby skutkuje różnorodnymi zaburzeniami wynikającymi ze stopniowej degradacji mózgu, takich jak afazja, apraksja, labilność emocjonalna czy zaburzenia neuropsychiatryczne. Te ostatnie to omamy, halucynacje bądź urojenia. Treść urojeń to najczęściej oskarżanie otoczenia o kradzież rzeczy, których osoba chora nie może znaleźć, typowe są też oskarżenia o niepodawanie posiłków czy zdradę lub opuszczenie przez partnera. Towarzyszyć im może lęk, przerażenie bądź agresja, zarówno słowna jak i fizyczna. Tak chora osoba nie może funkcjonować samodzielnie [7]. Opieka może być i w wielu przypadkach jest sprawowana przez rodzinę osoby starszej, może być jednak wspierana bądź zastąpiona opieką instytucjonalną. Pomoc instytucjonalną świadczoną przez instytucje pomocy społecznej można zróżnicować na część kierowaną do osób trzeciego wieku i część dotyczącą osób czwartego wieku.

Pomoc instytucjonalna dla osób trzeciego wieku wiąże się głównie ze zmianą wizerunku i samooceny osoby starszej, z podniesieniem poczucia jej własnej wartości, aktywizacją intelektualną oraz fizyczną. Oferta ta jest przeznaczona dla osób chcących się rozwijać, znaleźć swoje miejsce w nowej roli społecznej, a realizowana jest przede wszystkim przez Uniwersytety Trzeciego Wieku. Podobne cele realizują ośrodki wsparcia w postaci Klubów Seniora, Domów Seniora, Klubów Samopomocy czy Dziennych Domów Pomocy. Są to placówki dziennego pobytu aktywizujące osoby starsze, pomagające nawiązać im znajomości, urozmaicające spędzanie wolnego czasu, rozwijające umiejętność samopomocy. Mogą być też w nich świadczone usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, a także pomoc w postaci posiłku.

Pomoc instytucjonalna dla osób czwartego wieku jest świadczona w wielu formach, zależnych od potrzeb osoby zainteresowanej. Pierwsza forma to usługi opiekuńcze, obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, a także opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Drugą formą są specjalistyczne usługi opiekuńcze, czyli usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Pomoc ta przysługuje osobom, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione z powodu samotności bądź braku możliwości świadczenia jej przez rodzinę. Usługi te są świadczone w miejscu zamieszkania osoby objętej opieką i mogą być uzupełnione o świadczenie w postaci posiłku.

W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, ustawodawca przewiduje kolejną formę pomocy. Osoba wymagająca z powodu wieku pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych

i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy. Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę w jej miejscu zamieszkania dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu osób wymagających z powodu wieku wsparcia w tej formie. Czwarta forma świadczenia opieki osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych to dom pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej jest placówką stałego pobytu, gdzie świadczone są usługi bytowe, opiekuńcze, terapeutyczne i socjalne. Osoby wymagające wzmożonej opieki medycznej mogą zostać skierowane do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej [8].

Opieka nad schorowaną, niepełnosprawną osobą to zajęcie obarczone dużą odpowiedzialnością, a także obciążeniem fizycznym i psychicznym. Mimo wszystko wielu opiekunów rodzinnych godzi się na opiekę nad starszą bliską osobą. Jest to często podyktowane szczerą chęcią pomocy, przywiązaniem i więzią rodzinną. Bywa jednak, że decyzja o opiece jest podejmowana z innych przyczyn. Jedną z nich może być poczucie obowiązku moralnego. Rodzina podejmuje się opieki nad swoim starszym, ponieważ tak należy, ponieważ obowiązkiem jest udzielić tej osobie pomocy. Opieka jest w tym przypadku ofiarowana z głębokiego poczucia, że takie postępowanie jest właściwe. Innym powodem podjęcia się opieki przez rodzinę mogą być złe konotacje społeczne „pozbycia” się z domu osoby starszej i niesprawnej. Osoby podejmujące decyzję na tej podstawie obawiają się, że otoczenie negatywnie oceni decyzję o oddaniu potrzebującej opieki osoby do placówki. Społeczeństwo odbiera często takie działania jako odrzucenie osoby, która przestała być pożyteczna, a stała się kłopotem. Kolejnym powodem podjęcia opieki nad osobą starszą przez rodzinę może być zależność socjalna bądź ekonomiczna. Podejmującym się opieki przyświeca myśl, że muszą sprawować opiekę, gdyż mieszkanie w którym mieszkają należy do członka rodziny wymagającego opieki lub dochody tej osoby znacznie zasilają domowy budżet.

Nie zawsze istnieje możliwość, by rodzina pojęła się opieki nad starszą osobą. W takich przypadkach ludzie starają się umieścić swoich podopiecznych w placówkach zajmujących się opieką. Wśród powodów często wymieniany jest brak miejsca w mieszkaniu. Gdy starsza osoba ze względu na stan zdrowia potrzebuje całodobowej opieki, zachodzi potrzeba wspólnego zamieszkania z opiekunem. Jedni nie decydują się na zabranie chorego do swojego mieszkania z powodu realnego braku odpowiednich warunków, inni natomiast mogą traktować to jako wymówkę, gdy nie chcą pogarszać swoich warunków bytowych. Innym częstym powodem, dla którego rodziny nie podejmują się opieki jest praca zawodowa. Nie zawsze da się pogodzić opiekę z pracą zawodową, a nie każdego stać na porzucenie pracy czy to z powodów finansowych, czy ambicji zawodowych. Kolejnym

powodem niepodjęcia decyzji o opiece jest silna potrzeba niezależności. Osoba, która kieruje się tym powodem nie potrafi funkcjonować w sytuacji zależności czy też ograniczenia swobody, które ze sobą niesie opieka nad starszym niepełnosprawnym członkiem rodziny. Nie potrafi podjąć decyzji, która na dłuższy odcinek czasu pozbawi ją niezależności czy swobody stanowienia o swoim życiu. Są też rodziny, które nie chcą zajmować się chorym z powodu niewystarczająco silnej więzi rodzinnej lub jej braku. Wydaje się być zrozumiałe, że ktoś nie chce zajmować się osobą od której zaznał krzywd bądź osobą spokrewnioną, ale nie pozostającą w bliskich kontaktach rodzinnych. Podstawą do podjęcia negatywnej decyzji o opiece może też być poczucie braku kompetencji. Nie każdy czuje się na siłach, by podjąć się sprawowania opieki nad schorowaną osobą. Osoba nie podejmująca się opieki z tego powodu ma poczucie, że nie potrafi zabezpieczyć potrzeb osoby chorej czy też odpowiednio zareagować w kryzysowej sytuacji. Może też sama mieć problemy z funkcjonowaniem i dodatkowy obowiązek mógłby zbyt mocno zakłócić jej życie bądź pogorszyć jej sytuację. Pomimo istnienia mniej lub bardziej uzasadnionych sytuacji, w których rodziny nie podejmują się opieki nad swoimi bliskimi starszymi i nieprawnymi osobami, wielu starszych znajduje pomoc wśród bliskich. Przebywanie w rodzinnym gronie i domowym środowisku ma dobry wpływ na samopoczucie osoby starszej. Jeśli opieka domowa jest wolna od znaczących błędów, korzystnie wpływa na funkcjonowanie podopiecznego.

Podjęcie opieki nad schorowaną osobą starszą niesie ze sobą wiele konsekwencji. Można je podzielić na pierwotne, czyli związane bezpośrednio z chorobą podopiecznego i realizowaniem opieki, oraz wtórne, związane ze sferą psychiczną i społeczną opiekuna. Do pierwotnych konsekwencji świadczenia opieki możemy zaliczyć obciążenie fizyczne związane z wykonywaniem czynności higienicznych czy pielęgnacyjnych, zależność i niewystarczająca ilość wolnego czasu, który można by poświęcić na relaks i odpoczynek, jak też zmiany w stanie zdrowia i zachowania osoby chorej i konieczność podejmowania związanych z tym decyzji dotyczących opieki i leczenia. Pozytywnym aspektem sprawowania opieki może być poczucie spełnienia i głębokiej satysfakcji z bycia potrzebnym, choć wpływ na to może mieć zachęcający bądź zniechęcający sposób reagowania podopiecznego na opiekę. Do wtórnych konsekwencji świadczenia opieki możemy zaliczyć długotrwały stres, depresję i podwyższony poziom lęku, które spowodowane są życiem w stałym napięciu, jak i obserwowaniem pogarszającego się stanu zdrowia czy coraz głębszych zaburzeń zachowania bliskiej osoby. Depresja i podwyższony poziom lęku sprawiają, że opiekun staje się drażliwy, a jego reakcje mogą być nieadekwatne, zarówno w odniesieniu do chorego, jak rodziny czy szerszego środowiska społecznego. Nie pozostaje to też bez wpływu na relacje rodzinne czy społeczne, które się pogarszają. Opiekunowie, którzy pracują zawodowo mogą przenosić problemy na grunt pracy i być źródłem konflik-

tów lub pracować mniej wydajnie. Obciążony stresem opiekun może też doznać wrażenia, że brak mu sił, zdolności czy umiejętności, by należycie sprawować opiekę. Wszystko to składa się na odczucie zdecydowanego pogorszenia jakości życia opiekuna [9].

Najbardziej obciążające dla opiekuna wydają się być zmiany neuropsychiatryczne i zaburzenia behawioralne podopiecznych. Opiekunowie chorych na chorobę Alzheimera często w stadium pojawienia się tych objawów decydują się na oddanie podopiecznego do instytucji opiekuńczej [7]. W społeczeństwie istnieje głęboko zakorzeniony lęk przed zachowaniami psychotycznymi czy innymi nieadekwatnymi reakcjami. Szttywność toku myślenia, urojenia i brak zrozumienia przez podopiecznych racjonalnej argumentacji wywołują silną reakcję stresową wśród członków otoczenia chorego. Częstym błędem opiekunów jest zbyt późna decyzja o podjęciu leczenia neuropsychiatrycznego swoich podopiecznych. Wynika to z tego, że w Polsce wizyta u psychiatry wciąż jest odbierana negatywnie. Jest pojmowana jako naznaczenie chorobą psychiczną, a nie jako podjęcie leczenia czy zapobiegania pogorszeniu stanu zdrowia. Nawet gdy leczenie psychiatryczne zostanie podjęte, często nie zawiera ono znamion konsekwencji. Zaniebdywane są wizyty kontrolne, a raz zaordynowane leki stosowane są przez całe miesiące bez korekty, mimo zmian stanu zdrowia psychicznego osoby objętej opieką. Równie często występującym błędem jest brak konsekwencji w leczeniu farmakologicznym zaburzeń neuropsychiatrycznych. Leki psychotropowe stosowane są nieregularnie bądź opiekunowie odstawiają je po zbyt silnej według nich reakcji w pierwszych dniach przyjmowania lub braku reakcji na leczenie w pierwszych dniach przyjmowania leku. Problem ten może wynikać ze zbyt skąpych informacji na temat leczenia i działania leków udzielanych przez lekarzy przepisujących leki.

Opiekunowie popełniają też błąd zwlekając zbyt długo z poszukiwaniem pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej dla siebie. Brak umiejętności relaksacji i stosowania higieny psychicznej wpływa niekorzystnie na stan psychiczny opiekunów. Wsparcie psychologiczne czy stosowanie leków antydepresyjnych mogłoby zdecydowanie poprawić jakość życia osoby sprawującej opiekę i zmniejszyć obciążenie związane z pełnieniem funkcji opiekuna.

Starość jest trudna zarówno dla osoby ją przeżywającej jak i dla jej otoczenia. Dzieje się tak zwłaszcza, gdy w obrazie wielochorobowości pojawią się zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Należy pamiętać, że to nie tylko choroba Alzheimera o której często słyszymy. AD jest najczęstszą formą otępienia, ale dla opiekuna nie ma znaczenia z jakich przyczyn etiologicznych ich podopieczni mają zaburzenia psychiczne. Niezależnie, czy za otępienie odpowiada miażdżycy naczyń mózgowych, wylew, choroba Alzheimera, inne choroby, czy naturalny proces starzenia się mózgu opieka nad cierpiącą na nie osobą jest niezwykle obciążająca i stresogenna. Chcąc ulżyć opiekunom należy rozwijać systemy

wsparcia opieki domowej upowszechniając dostęp do grup wsparcia oraz opieki i poradnictwa psychologicznego. Ważne jest też upowszechnienie wiedzy na temat procesu starzenia i problematyki starczych chorób i ich współwystępowania. Rozwiązywanie problemu pomocy osobom starszym w przyszłości możemy zacząć od pracy nad sobą. Aby ulżyć przyszłemu pokoleniu powinniśmy dbać o dobrą kondycję fizyczną i umysłową, by zachować sprawność jak najdłużej. Wiedza na temat starości i jej ograniczeń pomoże nam zweryfikować i obniżyć nasze oczekiwania dotyczące życia w wieku podeszłym i tym samym przyczyni się do poprawy odczuwanej jakości życia. Pojawiający się na starość nie zawsze świadomy proces oszczędzania energii ma znaczenie nie tylko dla sfery fizycznej, ale i psychicznej [5]. Wiele energii tracimy bowiem na nieświadome kontrolowanie naszych wewnętrznych konfliktów czy mechanizmy obronne. Gdy organizm zaczyna oszczędzać energię, często pojawiają się zachowania, które w zdrowiu kontrolowalibyśmy choćby ze względu na ich złe konotacje społeczne. Nie byłaby więc złym pomysłem wizyta u psychoterapeuty, który pomógłby nad nimi pracować póki mamy na to siłę.

Bibliografia

1. Co to jest starość?, Kropińska S., Zasadzka E., Wieczorowska-Tobis K. [W]: Pozytywna Starość. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2010, s. 25-27.
2. Brzezińska A.I., Lazar M., Matynia A., Werbińska A., Wojciechowska M., Wójcik S.: Jak myślisz, tak działasz. Wizerunek osoby starszej u przyszłych i aktualnych opiekunów. MEDI – Forum Opieki Długoterminowej, 2009, nr 4.
3. Ostrzyżek A., Marcinkowski T.J.: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90 (4), 465.
4. Stuart-Hamilton I.: Psychologia starzenia się. Wprowadzenie. Zysk i s-ka, 2006, s.20.
5. Wpływ procesów starzenia się na aktywność osób starszych. Dobaczewski J. [W]: Psychologia w naukach Medycznych. Cybulski M., Strzelecki W. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2010, s. 151-159.
6. Analiza wybranych czynników wpływających na stopień samodzielności osób w wieku podeszłym w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. Strugała M., Talarska D., Stachowska M. [W]: Pozytywna Starość. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2010, s. 97-99.
7. Formy wsparcia dla rodzinnych opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Warchoł K. [W]: Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Teoria i praktyka, Bartkowiak G. (red.) Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2008, s. 120-128.

8. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593.
9. Psychologiczne problemy rodzinnych opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Warchoł K. [W]: Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie, Głowacka M.D. (red.), Wydawnictwo Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006, s. 195-198.

*Maia Stanisławska-Kubiak, Maria Skommer, Ewa Mojs
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Obraz ciała u dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1 i wskazania do terapii

Obraz ciała jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym. Jak wynika z badań, postawy wobec własnego ciała kształtują określone wzorce zachowań pro- i antyzdrowotne, co można zaobserwować u dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę typu 1. W naszej pracy opieramy się na definicji obrazu ciała prezentowanej przez Sarah Grogan, zdaniem której na obraz ciała składają się myśli i uczucia odnoszące się do własnej cielesności. Ciało pełni ważne funkcje w życiu dziecka, a stosunek do niego ma istotny wpływ na funkcjonowanie psychiczne.

Cukrzyca, jako choroba przewlekła, wiąże się z koniecznością dostarczania organizmowi za pomocą iniekcji insuliny i stałej kontroli poziomu cukru. W sytuacji niewyrównanej glikemii często pojawia się poczucie utraty kontroli, subiektywne przekonanie o bezradności wobec własnego ciała, to również istotne powody odczuwania własnej odmienności w stosunku do rówieśników.

Zrozumienie, w jakim stopniu choroba wpływa na obraz ciała dziecka może być szansą na wzbogacenie procesu leczenia o działania zmierzające do poprawy funkcjonowania dziecka w chorobie przewlekłej, jaką jest cukrzyca, zarówno w kontekście funkcjonowania cielesnego, jak i psychospołecznego.

Ten rozdział prezentuje wyniki doświadczeń w relacji i terapii z dziećmi i młodzieżą chorującymi na cukrzycę typu 1.

Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoagresywną, w której układ immunologiczny niszczy komórki beta w trzustce, w konsekwencji insulina nie może być wytwarzana. Najczęściej pojawia się nagle, a diagnozie towarzyszy zaskoczenie i lęk. W przypadku dzieci, u których stwierdzono cukrzycę często słyszy się, że życie już nigdy nie wróci do normalności, bo myśli, uczucia i organizacja domu są podporządkowane cukrzycy. Choroba jest dla nich ogromnym stresem, który jest powiększony o intensywność zadań wymaganych dla dobrego jej prowadzenia. To jak sobie z nią radzą zależy od wielu czynników, np. od dotychczasowych doświadczeń, sytuacji rodziny, wieku dziecka, wiedzy na temat cukrzycy, subiektywnej oceny radzenia sobie ze stresem i wielu innych. Motywacja do stałej kontroli glikemii w organizmie dla młodych ludzi jest bardzo trudna, bo cukrzyca nie boli, ale systematycznie i „po cichu” niszczy organizm. Dlatego po otrzymaniu diagnozy, ważna jest wiedza o tym, jak wyrównywać poziom glukozy we krwi

w różnych sytuacjach i nauczenie dziecka tego, jak dokładnie rozpoznawać reakcje ciała na dietę, wysiłek fizyczny, stres, itp., co wymaga dużej systematyczności i samodyscypliny.

W naszym badaniu interesuje nas przede wszystkim stosunek emocjonalny osób chorych na cukrzycę do własnego ciała. Pytania zadawane podczas badania dotyczą troski i umiejętności kontroli ciała, w jaki sposób młodzi ludzie pracują nad swoją świadomością odczuwania własnego ciała, tak by kształtować szybką umiejętność rozpoznawania stanów hipo- i hiperglikemii. Cukrzyca w sposób specyficzny łączy umysł, emocje i ciało. Celem badania jest opracowanie działań terapeutycznych, które wspomagałyby tworzenie pozytywnego obrazu samego siebie i własnego ciała i, mimo choroby, sprzyjałyby obniżeniu poczucia winy i lęku za niestaranne lub nieudane prowadzenie cukrzycy.

Obraz ciała to nie tylko złożony proces doświadczania siebie w sposób cielesny, bowiem to jak dziecko myśli o sobie i jaki w związku z tym tworzy subiektywny obraz siebie jest często bardziej istotne niż obiektywne spojrzenie z zewnątrz. Temat obrazu ciała jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym, jest też coraz częściej poruszany na gruncie akademickim i terapeutycznym. Postawy wobec własnego ciała kształtują określone wzorce zachowań. Według Sarah Grogan obraz ciała można definiować jako: „sposób myślenia i uczucia danej osoby na temat jej ciała” [1]. Dotyczy kształtowania się obrazu ciała w aspekcie indywidualnym oraz kulturowym, wpływa on na stan psychiczny cierpiącego, a więc na jego emocje, świadomość i zachowanie się, najczęściej zmienione w sytuacji choroby na skutek działania całego zespołu czynników: zarówno biologiczno-somatycznych, jak biograficzno-psychologicznych. Nawet dla zdrowego nastolatka wymagania społeczno-kulturowe mogą nie sprzyjać spostrzeganiu ciała jako „wzorcowe”. Medialne przekazy i społeczne oczekiwania sprawiają, że akceptacja własnego wyglądu i akceptacja własnego ciała nie jest łatwa. W przypadku dzieci chorujących na cukrzycę skutkuje to tym, że insulina służy nie wyrównaniu poziomu cukru, a raczej służy regulacji BMI.

Ciało i psychika są nierozdzielne. Według Davida W. Krueger „ciało i jego rozwijająca się reprezentacja umysłowa stanowią podwaliny poczucia siebie”. Kształtowanie „ja cielesnego” jest budowane na wszelkich doświadczeniach cielesnych na powierzchni ciała i w jego wnętrzu z włączeniem także funkcji ciała. Stąd ja cielesne to: psychiczne doświadczenia wrażeń cielesnych, doświadczenie funkcji ciała oraz obraz ciała (Krueger 2002 [za:] Shier s. 11).

W sytuacji pojawiającej się choroby przewlekłej w ciele owe psychiczne doświadczenia wrażeń cielesnych stają się podstawą do tworzenia obrazu siebie w chorobie; własne ciało i doświadczany lęk i ból stają się niezaprzeczalnym faktem. Czym staje się choroba w ciele uzależnione jest od wieku, w którym się pojawia, Krueger opisuje trzy stadia rozwoju „ja cielesnego”:

1. Wczesne doświadczenia własnego ciała – budowane jest przez relacją z matką, która poniekąd kształtuje je i określa. Jest podstawą do tworzenia połączenia pomiędzy umysłem i ciałem. Wiąże się głównie z potrzebą poczucia bezpieczeństwa w pierwszych kontaktach z matką; jej głos, dotyk, skóra, sposób patrzenia sprawiają, że dziecko dowiaduje się czy jest ważne, akceptowane i bezpieczne. Na bazie Ja cielesnego może rozwijać się Ja psychiczne, łączące umysł i ciało. Dopiero rozwój Ja cielesnego z psychicznym może integrować oba Ja.

Według psychoanalityków ciało jest miejscem do zapisywania śladów wczesnych doświadczeń interpersonalnych. Wszelkie doświadczenia niemowlęcia zaczynają się od doznań sensorycznych, które ciało pamięta, choć nie jest w stanie nazwać tego co się z nim dzieje. Potwierdzają to liczne badania nad więzią, pierwotnym kontaktem fizycznym, który kształtuje późniejsze poczucie bezpieczeństwa, stosunku do siebie i relacji z innymi.

2. Wczesna świadomość obrazu ciała, połączona z integracją doświadczenia wewnętrznego i zewnętrznego, jest drugą fazą rozwoju Ja cielesnego, która zaczyna się w pierwszych miesiącach życia i trwa do ok. 2. roku życia. Według Krueger dziecko odkrywa granice własnego ciała i różnicuje doświadczenia wewnętrzne i zewnętrzne. W konsekwencji rozpoczyna się proces separacji i indywidualizacji dziecka. Separacja powoduje różnicowanie, dystansowanie się, tworzenie granic i zmniejszenie zaangażowania w relacje z matką. Indywidualizacja z kolei to rozwój wewnętrznej autonomii, rozwój spostrzegania, pamięci, myślenia oraz testowania rzeczywistości zewnętrznej. Rozwojowe jest zintegrowanie obu stanów w relacji z ważnym obiektem, gdy ten potrafi odczytywać potrzeby dziecka.

3. Integracja Ja cielesnego jako kontenera dla Ja psychicznego aż do momentu, gdy połączą się one w spójnym poczuciu tożsamości. Ta faza rozwoju rozpoczyna się od 15. do 18. miesiąca życia, gdy pojawia się faza zaprzeczania, a dziecko rozpoznaje siebie w lustrze. Wtedy też zaczynają się formować podstawowe elementy charakteru. Według Greenspan „najważniejszym architektem umysłu nie jest stymulacja poznawcza, ale emocje” [6], na ich podstawie rodzą się wyobrażenia dziecka o sobie w relacji ja–świat.

Dziecko, przeglądając się w oczach najbliższych, uczy się swojego ciała poprzez własną aktywność i relacje z innymi. Możemy tylko przypuszczać, że jeżeli dziecko zachoruje we wczesnym dzieciństwie, a dla matki diagnoza stanie się traumą i powodem do depresji, tym samym będzie dla dziecka. Obraz własnego ciała ewoluuje wraz z rozwojem i doświadczeniami. Nastolatek potrafi połączyć w jedno różne częściowe wyobrażenia, które ma na temat samego siebie i które dotyczą przeszłości, teraźniejszości i przyszłości [6]. Dziecko, obserwując siebie w świecie, tworzy narracje na swój temat.

Według Schier ciało może stać się dla dziecka:

- niewidzialne – w całości lub w częściach odseparowane od świadomego czucia

- obce – część, która nie przynależy do Ja
- złe – pojemnik na złe emocje do samego siebie; ma to szczególnie znaczenie w sytuacji, gdy dziecko blokuje ekspresję impulsów agresywnych na zewnątrz i lokalizuje wszelkie źródła frustracji w samym sobie [1].

Takie spostrzeżenie ciała może prowadzić do ukształtowania się fałszywego Ja cielesnego [7], to co dzieje się z ciałem może być formą wołania o pomoc, instrumentalnego wymuszania ustępstw, karania siebie lub innych, kontroli, władzy, utrzymania pozycji w rodzinie, obniżania albo podnoszenia swojej atrakcyjności pojętej w sposób bardzo subiektywny. Przykładem może być sytuacja, gdy dziecko z wysoką glikemią pójdzie z rówieśnikami na pizzę, aby się nie wyróżniać w grupie, a jednocześnie aby ukarać matkę za jej nadmierną kontrolę oraz aby zobaczyć jak bardzo jest kochane, gdy rodzice rozpaczają, że znowu ma zbyt wysokie cukry i jeszcze dlatego, że nie chce mieć cukrzycy.

W praktyce terapeutycznej uderza nas stosunek do ciała, który koreluje z postawą wobec choroby. W sytuacji niewyrównanej glikemii najczęściej zmagają się subiektywne przekonanie o bezradności wobec własnego ciała i braku nad nim kontroli, natomiast gdy glikemia jest w normie, sprzyja to poczuciu zaradności i sensowności działań profilaktycznych. Zarówno pierwszy jak i drugi stan nie są stałe, często występują naprzemiennie, z tym że z czasem jeden z nich staje się dominujący. Spotykamy pacjentów, którzy mają dużą świadomość, orientację zmian zachodzących wewnątrz ciała, szybko rozpoznają stany wysokich i niskich glikemii, adekwatnie i zgodnie z zaleceniami prowadzą swoją cukrzycę, ale są też i tacy, którzy nie prowadzą dziennika, nie mierzą cukrów lub nie jedzą lub jedzą pokarmy w sposób dla nich destrukcyjny. Jeden z pacjentów dokonuje swego rodzaju doświadczeń na własnym ciele, prowokując wysokie lub niskie glikemie, po czym pisze teksty piosenek i komponuje. Inny chłopiec wstrzykuje sobie insulinę w ubrania w taki sposób, aby się nie ukłuć, a jednocześnie żeby mama widziała, że podaje insulinę. Często dzieci mówią, że nie chcą pamiętać o swojej chorobie, dlatego systematycznie zapominają, że powinny zbadać poziom cukru. Pewna dziewczynka całymi dniami nic nie jadła, aby tylko nie musieć się kłuć, choruje na cukrzycę już pięć lat i nadal boi się igły, strach zamiast maleć rośnie. Wiele dzieci nie chce rozmawiać o tym co myślą i przeżywają, bo uruchamia to w nich silne emocje i boją się że nie będą w stanie ich kontrolować. Brak poczucia kontroli paradoksalnie jest powiększany przez silne mechanizmy obronne, które w zachowaniu przybierają formę zachowań autodestrukcyjnych.

Poniżej przedstawiamy najczęściej występujące przykłady zachowań młodych pacjentów na podstawie przeprowadzonych badań:

- nie prowadzą dziennika, nie wiedzą co się dzieje z ciałem
- nie mierzą cukrów, nie jedzą lub jedzą pokarmy w sposób dla nich destrukcyjny
- nie chcą rozpoznawać stanów wysokich i/lub niskich glikemii

- dokonują doświadczeń na własnym ciele prowokując wysokie lub niskie glikemie
- wstrzykuje sobie insulinę w ubrania w taki sposób, aby się nie ukłuć, lub oszukują, że przed chwilą ją sobie podali
- podają insulinę w nieprawidłowy sposób, tak aby nie było jasne ile jej wstrzyknęli
- zapominają, że powinni zbadać poziom cukru i podać insulinę, bo nie chcą pamiętać o swojej chorobie.

Zachowania owe pełnią rozmaite funkcje: obronne, polegające na redukcji cierpienia, zmniejszeniu bólu, napięcia, złości, gniewu czy lęku oraz instrumentalne, ukierunkowane przeważnie na osiągnięcie zamierzonego celu, np. współczucie rodziny, karanie siebie lub bliskich, zwracanie na siebie uwagi itp. Sytuacja pojawienia się cukrzycy u dziecka zmienia obraz wiedzy o samym sobie. Przeformułowaniu ulega poczucie bezpieczeństwa i dotychczasowej bez troski, często spotykamy się w wypowiedziach młodych ludzi, że jakaś część nich zniknęła lub sami chcą zniknąć. Dziecko przeżywa różne emocje, takie jak strach, złość, nadzieja czy zdziwienie, jednak z czasem dominującym uczuciem staje się lęk. Gdy dziecko spostrzega świat przez pryzmat lęku, który gromadzi się w ciele pod wpływem różnych doświadczeń z cukrzycą, nie jest on wtedy uzewnętrzniony, a jego miejsce zajmuje obrona i bunt. Bunt ten często skierowany jest przeciwko własnemu ciału.

Dziewczyna 16 lat, chora na cukrzycę od 9. roku życia w tej chwili ma bardzo wysokie cukry, hemoglobinę glikowaną powyżej 14: „na początku nie wiedziałam co to dla mnie oznacza, o moją cukrzycę dbała mama. Przez 3 lata miałam dobre wyniki, nawet nie wiem kiedy sama zaczęłam obliczać wymienniki i podawać sobie insulinę, teraz coraz bardziej mi się nie chce. Chciałabym, żeby ta cukrzyca się skończyła, jestem nią zmęczona, nie chce się kłuć, nie mierzę glikemii żeby nie musiała podawać insuliny, chyba że zaczynam się źle czuć, ale cukrzyca nie boli. Boli mnie natomiast każde wkłucie coraz bardziej, na rękach mam zrosty, tam bolało najmniej. Na brzuchu robią mi się siniaki. Nic mi się w życiu nie udaje. Czasami udaję, że mnie nie ma.”

Chłopak 17 lat: „w szkole nikt z rówieśników nie wie że mam cukrzycę, nie chcę się wyróżniać. Jestem w pierwszej klasie liceum, nauczyciele traktują nas jak masę. Boję się mierzyć cukry w szkole i podawać insulinę, bo ktoś może to zobaczyć, zacząć dopytywać, zrobi się okropne zamieszanie, wszyscy będą na mnie patrzeć. Ja tego nie chcę.”

Dziewczyna 17 lat: „Miałam ochotę wiele razy się zakwasić, czy dać sobie o trochę za dużo insuliny, czy nie dać insuliny, czy podjeść, czy jak wkłucie mi się wyrwało to nie zakładać nowego tylko iść spać bez pompy, czy jak miałam niedocukrzenie to nic nie wypić i zemdleć i takie tam. Ale że nie zrobiłam, to dziękuję i zawdzięczam sobie.”

Dziewczynka 12 lat: „robię zdjęcie każdemu posiłkowi i wieczorem pokazuję mamie co zjadłam. Mama oblicza mi nawet łyżeczkę keczupu, bardzo się stara żebym była zdrowa, nie mogę jej zawieść, strasznie się boję gdy mam wysokie cukry, mama jest wtedy taka smutna”.

Dziewczynka 14 lat: „jak zacznę jeść to nie mogę przestać, po prostu muszę. Jak obiorę jedną marchewkę to zjadam wszystkie w domu. Rodzice chowają jedzenie albo jest tak, że nic w domu nie ma, wtedy pożyczam pieniądze od koleżanek i kupuję słodycze, nie zależy mi na tym co się potem będzie ze mną działo, nie mogę tego wytrzymać. Rodzice krzyczą, mama płacze, grożą mi, że jak będę tak robić to stracę kiedyś nogi, to wszystko nie ma sensu, wymieniałabym się z każdym na ciało bez cukrzycy”.

Chłopiec 11 lat: „Specjalnie omijam niektóre dawki insuliny, cały czas myślę, że może nie mam cukrzycy, nie wiem dlaczego, nie chcę o niej rozmawiać”

Dziewczyna 17 lat: „koleżanka namówiła mnie żebym prowokowała wymioty gdy zjem za dużo, na początku wydawało mi się, że to całkiem rozsądny sposób, miałam wrażenie że dbam o siebie, zrobiłam się strasznie agresywna, non stop wrzeszczę, biję młodsze rodzeństwo, czasami nawet biję się z matką, w domu mnie nienawidzą, ja też się nienawidzę.”

Chłopiec 12 lat: „wszystko jest dobrze, świetnie sobie radzę, nie potrzebuję niczyjej pomocy, nie wiem dlaczego mam hemoglobinę glikowaną powyżej 13.”

Dziewczyna 15 lat: „próbowałam się już np. odchudzać nie podawaniem sobie insuliny... albo odstawiałam ją na tydzień właśnie z powodu owego czystego buntu, że ją mam”.

Chłopiec 11 lat: „bardzo boję się, że koledzy dowiedzą się, że mam cukrzyce. Ostatnio mam coraz więcej tych chwil załamania, nie potrafię już sobie poradzić...”

Wypowiedzi z forum: dziewczyna 18 lat „Nagłe skoki i spadki cukrów (wyniki same w sobie nie są straszne, ale jak nagle z 180 w pół godziny robi się 40... fatalne uczucie), pojawienie się polineuropatii (ból nie do opisanego i nieprzespane noce) powodują u mnie takiego doła, że nie wiem czy ktoś da radę go zakopać. Na dodatek widzę jak moja mama ciągle się zamartwia, stara się tego nie pokazywać, ale nie jestem głupia. Mam przez to jeszcze większe wyrzuty sumienia. Problemy w szkole, ostatnio wciąż opuszczam lekcje, prawdopodobnie nie będę przystępować do matury w tym roku raczej nie dam rady – nie jest to kwestia braku chęci, ale raczej braku możliwości. Nie wiem już co mam ze sobą robić. Mnie samej trudno czasem uwierzyć, że to właśnie ja już mam powikłania, wiem, że wiele błędów popełniałam, ale żeby aż tak... Zawsze myślałam, że mnie to nie dotyczy, że jeszcze nie teraz. Byłam w błędzie.”

„I przyznam najszczerzej jak mogę – jestem nieodpowiedzialna co do swojej choroby. Uważam, że choroba trafiła na nieodpowiednią osobę”.

Dziewczynka 12: „nie mogę spać, ciągle się budzę w nocy i sprawdzam cukier, kiedyś miałam w nocy niedocukrzenie, nie mogłam nic zrobić, cała się trzęsłam, nie mogłam zwołać mamy, myślałam że umrę”.

Diagnoza objawów wysokiego poziomu lęku jest utrudniona, ponieważ objawy mogą być podobne do objawów hipoglikemii. W konsekwencji najważniejsza w terapii okazuje się wiedza o sobie samym i umiejętność odczuwania ciała, np. co się dzieje z ciałem w sytuacji niskich i wysokich glikemii. Uczymy skupiania się na sobie, obserwowania i czujności, opisywania odczuć obserwowanych we własnym ciele. W sytuacji, gdy u dziecka z cukrzycą pojawia się chęć zniknięcia i poczucie niskiej wartości, praca terapeutyczna koncentrować powinna się na budowaniu własnej tożsamości i uczeniu się nowych umiejętności, niezbędnych w radzeniu sobie z chorobą.

Podstawowym źródłem wiedzy o samym sobie, dostarczającym materiału do formowania się obrazu siebie, jest również porównywanie siebie i swojej sytuacji z innymi.

Często zachorowanie na cukrzycę buduje kształtowanie się nowej tożsamości, w którą wpisana jest choroba przewlekła. Może zmieniać wygląd zewnętrzny, dla dzieci szczególnie bolesne są zmiany na skórze, widoczne rany, bielactwo, zrosty po częstych wkłuciach. Poprzez pryzmat tych zmian dzieci tworzą określone schematy poznawcze, które z kolei przekładają się na zachowania i emocje. Skóra u osób chorych na cukrzycę jest bardziej delikatna i wrażliwa, ma skłonność do maceracji oraz tworzenia się wysięków. Jednym z pierwszych objawów choroby jest świąd skóry, dalej dochodzi zmniejszone wydzielanie potu, nadmierna suchość, rumieniec cukrzycowy, złuszczenie, skłonność do zmian wypryskowych oraz grzybiczy i drożdżyc. Osoby z cukrzycą najczęściej jednak skarżą się na zrosty powstałe wskutek ciągłych iniekcji, wtedy na skórze tworzą się zgrubienia, szczególnie w ulubionych do wkłucia częściach ciała, w wyniku których insulina gorzej się wchłania. Kolejnym bolesnym problemem są sińce powstałe w wyniku podawania insuliny.

Budowany obraz ciała często ma charakter nieświadomy. Może mieć dwojaką formę: niezwerbalizowane poczucie własnego „ja” oraz „ja” świadome [1, 2, 3]. Jednostka ocenia siebie i swoje możliwości z tego punktu widzenia, jakie są jej szanse aby osiągnąć określony cel – zaspokojenie własnych potrzeb lub spełnienie wymagań otoczenia. Rezultatem tego ciągłego oceniania jest pewien wzór własnych cech. Ocenianie dokonuje się poprzez porównywanie swoich właściwości z jakimś wzorcem. Takie wzorce to z jednej strony ideał samego siebie, a z drugiej inni ludzie, grupy społeczne. Można więc mówić o zewnętrznym i wewnętrznym kryterium zbioru samooceny – poczuciu własnej wartości [1, 2, 3]. Poziom samooceny jest wyznaczony przez stopień rozbieżności między elementem oceniającym (jednostka) a wzorcem [1, 2, 3]. Idealny obraz samego siebie, podobnie jak samoocena, ma pochodzenie wewnętrzne (cele, aspiracje), zewnętrzne i społeczne (opinie innych ludzi) [1, 2].

Na formowanie obrazu siebie wpływ mają bodźce działające z własnego ciała (chodzi tu o stan zdrowia i wygląd zewnętrzny), oddziaływania z zewnątrz (lekarz i pielęgniarka edukacyjna uczy dziecko określonych umiejętności prowadzenia cukrzycy, a rodzice wzmacniają u dziecka zachowania adekwatne do choroby i w tych warunkach dające obydwójgu poczucie bezpieczeństwa). Badania pokazują, że niewyrównana glikemia u dzieci z cukrzycą obniża wiarę we własną skuteczność i wytrwałość, może także wywoływać poczucie winy. Obraz negatywny współwystępuje z niepokojem, lękiem i różnymi zaburzeniami przystosowawczymi do rzeczywistości [4]. Obraz pozytywny daje pewność siebie, równowagę emocjonalną, przychylny stosunek do innych, lepsze kontakty z ludźmi, dobre przystosowanie, zadowolenie z życia, warunkuje sprawne i efektywne działanie [1]. Ocena własnej sytuacji, dokonywana w procesie porównań społecznych i budowana na tych doświadczeniach, znajduje swoje odzwierciedlenie w spostrzeganiu własnej osoby, a obraz siebie determinuje stawiane sobie przez jednostkę cele i zadania.

Choć obraz siebie jest względnie stałym zespołem cech, istnieje jednak możliwość dokonywania w nim zmian. Zmiana w obrazie siebie, a co za tym idzie w zachowaniu i funkcjonowaniu osoby może dokonać się poprzez wchodzenie w satysfakcjonującą relację z innymi ludźmi. Sprzyja to obniżeniu zahamowań, większej otwartości i wyrażaniem siebie w działaniu. Osoby chore na cukrzycę mogą stać się bardziej pewne siebie, bardziej zadowolone z efektów swojej pracy, mają wyższy poziom samooceny.

Rozwój umiejętności komunikowania obniża nastawienia obronne, sprzyja formułowaniu własnych pragnień, co daje szansę budowania asertywnych zachowań, ważnych w komunikacji interpersonalnej [1].

Podsumowanie

Prowadzenie cukrzycy wymaga od dziecka i jego opiekunów dużej wiedzy, ciągłego nabywania doświadczenia i umiejętności w podejmowaniu decyzji. Ciało w leczeniu cukrzycy musi być szczególnego rodzaju obiektem uwagi i troski o zdrowie. Często poprzez ciało dzieci i młodzież wyrażają swoje stany psychiczne i napięcia, czasami i to czego nie są w stanie wyrazić słowami. To ciało ujawnia związek między istnieniem konfliktu wewnętrznego a jego somatyczną ekspresją, co daje szansę uważnemu terapeutce na jego zrozumienie. Mamy nadzieje, że pokazaliśmy, iż zachowania trudne u dzieci chorujących na cukrzycę są skutkiem złożonych problemów psychicznych osób znajdujących się w stanie ciągłego napięcia. Opisywane trudności nie leżą tylko w sferze pojawiającej się choroby, ale również ukazują to jak kształtowana jest tożsamość młodego człowieka w kontekście kulturowym, w którym ciało ma pełnić określone zadania a jednym z nich jest umiejętność dobrego prowadzenia cukrzycy. Stąd wiele za-

chowań jak i przekonań, podobnie jak leżące u ich podłoża napięcie, może przebiegać przy udziale świadomości jednostki lub bez jej udziału. Wsparcie, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, może oddziaływać na ocenę doświadczanego stresu i wybór strategii radzenia sobie z codziennymi trudnościami.

Nowoczesna edukacja obejmuje 5-stopniowy proces szkolenia:

- Wstępna ocena potrzeb, poprzez efektywne słuchanie młodego pacjenta.
- Wyznaczenie celów indywidualnych pacjenta z uwzględnieniem m.in. wieku, wiedzy, najczęstszych problemów itp.
- Plan edukacji, począwszy od ustalenia co jest dla danego pacjenta najważniejsze i najtrudniejsze w realizacji zachowań prozdrowotnych.
- Prowadzenie szkoleń, które powinny składać się z trzech elementów: edukacji ogólnej, edukacji wstępnej w początkowym okresie od rozpoznania choroby i ciągłej reedukacji, powtarzających zdobytą wiedzę i zwiększanie jej. Reedukacja powinna trwać przez całe życie pacjenta.
- Analiza uzyskanych wyników/ocena skuteczności szkolenia. Ciągła weryfikacja zdobytych umiejętności z faktycznym biologicznym funkcjonowaniem jednostki [5].

Zmiana zachowań pacjenta nie następuje nagle, lecz stopniowo. Zadaniem zespołu diabetologicznego jest zatem rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą.

Co powinna uwzględniać terapia dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1:

- Budowanie świadomości ciała: (relaksacja, wizualizacja, choreoterapia);
- Podejście poznawcze:
 - Edukacja w zakresie choroby, reakcji na chorobę, uruchamianych mechanizmów obronnych, stosowana zarówno wobec dziecka jak i rodziców.
- Podejście wspierające:
 - Radzenie sobie z chorobą.
 - Radzenie sobie ze stresem.
 - Budowanie motywacji do leczenia.
- Podejście systemowe:
 - Praca z relacjami rodzinnymi.
 - Praca z relacjami z rówieśnikami.
 - Ochrona dziecka w szkole.
- Uwzględnienie emocjonalnego funkcjonowania osoby chorej na cukrzycę:
 - Lęk.
 - Zachowania agresywne bądź autoagresywne.
 - Depresja.
 - Trudności adaptacyjne.
 - Zaburzenia odżywiania.

Bibliografia

1. Schier K.: Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009.
2. Brzezinska, A.: Społeczna psychologia rozwoju. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
3. Osobowość a trwały stres, Reykowski J. [W:]: Osobowość a trwały stres, Larkowa H. (red.), Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów, PZWL, Warszawa 1974.
4. Kliniczna psychologia zdrowia, Heszen I. [W:]: Psychologia kliniczna. Sęk H. (red.), PWN, Warszawa 2008.
5. Edukacja zdrowotna w cukrzycy, Tracz M. [W:]: Cukrzyca. Sieradzki J., Via Medica, Gdańsk 2007.
6. Greenspan S.: Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji. Rebis, Poznań 2000.
7. Krueger D.W.: Integration Body Self and Psychological Self. Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy. Brunner-Routledge, New York, London 2002.

*Anna Klatkiewicz
Zakład Edukacji
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wsparcie psychologiczne osób ze zdiagnozowaną cukrzycą

Wprowadzenie

Współcześnie coraz częściej wspomina się o rozwoju, a nawet epidemii zachorowań na cukrzycę. W Stanach Zjednoczonych jest ona uznana obecnie za szóstą główną przyczynę zgonów ludzi tam mieszkających, a 13 milionów Amerykanów ma zdiagnozowaną cukrzycę. Dodatkowo 5,2 miliona jest predysponowana do zachorowania, mimo że jeszcze nie mają formalnie stwierdzonej cukrzycy [1]. Jest to choroba, która wymaga od chorego podporządkowania wielu swoich nawyków do zaleceń lekarskich. Najczęściej dotyczy to sposobu żywienia, aktywności fizycznej, wypoczynku, niejednokrotnie dostosowania swojej pracy zawodowej. Towarzyszy ona pacjentowi od momentu zdiagnozowania w każdej minucie jego życia, aż do śmierci. Nie można wziąć od niej wolnego, nie myśleć, gdy idzie się na imprezę ze znajomymi czy na uroczystość rodzinną. Dodatkowo wiąże się z ryzykiem powikłań w przyszłości, spośród których wyróżnia się przede wszystkim mikroangiopatię, której przyczyną jest uszkodzenie małych naczyń krwionośnych oraz makroangiopatię – uszkodzenie naczyń o większym kalibrze. Mikroangiopatia dotyczy m.in.: oczu (retinopatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie siatkówki oraz zaćma, czyli zmiany w soczewce prowadzące do jej zmętnienia; w skrajnej postaci powikłania oczne mogą prowadzić do ślepoty.); nerek (nefropatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie funkcji nerek prowadzące do ich niewydolności i konieczności leczenia dializami lub przeszczepem nerki); włókien nerwowych (neuropatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie układu nerwowego prowadzące do wielu bardzo różnorodnych objawów. Jedną z najczęstszych postaci neuropatii jest tak zwana polineuropatia cukrzycowa z bardzo charakterystycznymi objawami pod postacią zaburzeń czucia, uczuciem drętwienia, bólu lub parzenia dystalnych części rąk i nóg. Innym rodzajem neuropatii cukrzycowej jest neuropatia autonomicznego układu nerwowego. Objawy neuropatii autonomicznej są bardzo różnorodne i zależą od lokalizacji zmian neuropatycznych. Do najczęstszych należą: zaburzenia pracy serca, nieprawidłowości ciśnienia tętniczego, zaburzenia pracy przewodu pokarmowego, głównie pod postacią uporczywych biegunek, zaburzenia w oddawaniu moczu. Neuropatia jest także jedną z przyczyn impotencji u mężczyzn chorujących na cukrzycę). Natomiast do zmian makroangiopatycznych zaliczamy przede wszystkim

kim: chorobę wieńcową – u chorych na cukrzycę występuje w młodszym wieku, ma znacznie cięższy przebieg, wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia zawału mięśnia sercowego i śmierci sercowej; zespół stopy cukrzycowej – zespół zaburzeń ukrwienia i unerwienia stopy mogący doprowadzić do rozwoju owrzodzeń, deformacji stopy, infekcji, a w konsekwencji do martwicy i konieczności mniejszych lub większych amputacji. Cukrzyca jest najczęstszą przyczyną nieurazowych amputacji stóp; choroba niedokrwienna ośrodkowego układu nerwowego – prowadząca do różnego stopnia uszkodzenia mózgu. Wyróżnia się cukrzycę typu 1, która najczęściej rozwija się we wczesnym okresie życia (choć może wystąpić też później), na skutek zniszczenia przez organizm i jego system odpornościowy własnych komórek beta trzustki, które są odpowiedzialne za wytwarzanie insuliny, hormonu regulującego poziom glukozy we krwi. Ten typ cukrzycy stanowi 5–10% wszystkich zdiagnozowanych przypadków [2]. Bardziej rozpowszechnioną formą cukrzycy wśród osób dorosłych jest cukrzyca typu 2, która występuje wtedy, gdy insulina jest wytwarzana przez komórki beta, ale komórki nie są w stanie właściwie jej wykorzystać (tzw. odporność na insulinę). W rezultacie zapotrzebowanie na insulinę wzrasta i trzustka nie jest w stanie zapewnić jej odpowiedniej ilości. Ten typ jest rozpoznawany u 90–95% wszystkich przypadków diagnozowania cukrzycy. Bardzo rzadko ten typ cukrzycy jest diagnozowany u młodych osób [2]. Obecnie nie ma żadnych metod medycznych zapobiegających bądź leczących cukrzycę typu 2, poza zdrowym stylem życia, dietą, regularnymi ćwiczeniami fizycznymi i w przypadku zachorowania – podawania insuliny. Jednocześnie dane statystyczne pokazują, że w Stanach Zjednoczonych również już u dzieci stwierdza się problemy i podwyższone ryzyko cukrzycy typu 2, najczęściej na skutek znacznej otyłości i braku ruchu. Myśląc o tej chorobie, z uwzględnieniem wszystkich jej aspektów, należy zatem zastanowić się nad sytuacją psychologiczną osób ze zdiagnozowaną cukrzycą i ich stanem emocjonalnym. Jak radzą są diabetycy na co dzień? Jakie emocje im towarzyszą? Czy fakt posiadania cukrzycy wpływa na jakość ich relacji z innymi ludźmi? Czy potrzebują profesjonalnego wsparcia psychologicznego? Jeśli tak, to w jakim zakresie i czego takie wsparcie powinno dotyczyć? Czy udzielenie profesjonalnej pomocy psychologicznej bądź terapeutycznej osobom z cukrzycą może mieć wpływ na ich stan zdrowia i wyniki laboratoryjne?

Psychologiczne aspekty funkcjonowania pacjentów z cukrzycą

W ostatnich latach lekarze diabetolodzy coraz częściej uznają znaczenie wsparcia psychologicznego dla osób z cukrzycą i ich rodzin, a wielu zaleca włączenie zintegrowanych konsultacji i poradnictwa psychologicznego w rutynowe postępowanie względem tej grupy pacjentów. Lekarze w uzasadnieniach takich decyzji powołują się na to, iż problemy psychologiczne mogą wywierać istotny

wpływ na kontrolę glikemii u chorych na cukrzycę, przykładem może być wpływ czynników psychologicznych na niedostateczną kontrolę glikemii i cukrzycowej kwasicy ketonowej [3]. Model wsparcia psychologicznego w rozwoju umiejętności samodzielnego zarządzania w chorobie i percepcji jakości życia jest proponowany pacjentom i ich rodzinom od czasu ogłoszenia wyników badań, w których wzięło udział 5000 osób chorych na cukrzycę, przeprowadzonych w 13 krajach, w których okazało się, że osoby te zgłaszają gorsze samopoczucie, wyższy poziom lęku i stresu niż osoby zdrowe [4], częściej stwierdza się również u nich depresję, problemy seksualne, zaburzenia odżywiania, zachowania autodestrukcyjne, konflikty interpersonalne i rodzinne [5, 6].

Depresja u osób chorych na cukrzycę

Depresja jest diagnozowana znacząco częściej u osób chorych na cukrzycę niż u osób zdrowych [4]; średnio u jednej na pięć osób z cukrzycą występuje również depresja [7, 8, 9]. Jednocześnie w badaniach okazuje się, że u osób z cukrzycą depresja z reguły przyjmuje formę bardziej chroniczną i cięższą [10]. Jednak, niestety, etiologia depresji w przebiegu cukrzycy nadal pozostaje mało zrozumiana, podobnie jak mało poznane jest zwiększone prawdopodobieństwo występowania depresji w przebiegu innych jednostek chorobowych, np. reumatoidalnego zapalenia stawów czy chorób kardiologicznych [11]. Depresja u osób z cukrzycą jest skorelowana ze zbyt niskimi umiejętnościami postępowania z cukrzycą, hiperglikemią i ze wzrostem ryzyka wystąpienia powikłań cukrzycowych, szczególnie powikłań sercowo-naczyniowych i retinopatii [12, 13, 14].

Niektóre badania sugerują, że około 40% osób z cukrzycą wykazuje znacząco wyższy poziom symptomatologii depresji, choć nie wszystkie z nich mają zdiagnozowaną depresję [15]. W badaniu z udziałem 634 diabetyków stwierdzono znacząco wyższy odsetek depresji u kobiet, które były niezamężne, z niższym poziomem wykształcenia oraz z trzema lub więcej powikłaniami cukrzycowymi. Natomiast w badaniu tym nie wykazano korelacji pomiędzy wiekiem, typem cukrzycy i długością chorowania a występowaniem depresji. Również korelacja pomiędzy poziomem HbA1c a depresją nie została udowodniona statystycznie, choć zaobserwowano wyższy poziom depresji u osób z wysokim poziomem HbA1c [15]¹. Na podstawie badań szacuje się również, iż występowanie depresji u osób z cukrzycą jest trzykrotnie wyższe niż u pozostałych osób w populacji [18]. Równocześnie niektóre wyniki z badań donoszą, iż skuteczne leczenie depresji u osób z cukrzycą może prowadzić do zmniejszenia ryzyka rozwoju powikłań mikro- i makronaczyniowych [19, 20, 21, 22, 23].

¹ Pojawiają się jednak doniesienia z badań, które wykazują znacząco wyższy poziom HbA1c u osób, które mają zdiagnozowaną depresję niż u osób bez depresji [16; 17; 18].

Pomocnym rozwiązaniem może być – w przypadku leczenia depresji u osób chorych na cukrzycę – terapia interpersonalna i terapia poznawczo-behawioralna, gdyż obie pomagają pacjentom radzić sobie ze stresem (również tym związanym z chorobą), rozwijać i udoskonalać umiejętności w zakresie komunikacji i interakcji społecznej, co jest szczególnie przydatne dla diabetyków, którzy podczas leczenia zmuszeni są do nawiązywania wielu interakcji społecznych. Dodatkowo terapia poznawczo-behawioralna pomaga zastępować tendencje do negatywnego myślenia, bardziej konstruktywnymi myślami i zachowaniami [24]. Ta forma pomocy przebiega w grupie 6–8-osobowej, która spotyka się 6–8 razy w ciągu paru tygodni i jest prowadzona przez psychologa bądź psychologa i edukatora diabetycznego. Takie spotkania mają zazwyczaj stałą strukturę: na początku omawia się zadanie domowe, wprowadza się nowy temat i dyskutuje, zadawane jest nowe zadanie domowe.

Stres i lęk u osób chorych na cukrzycę

Cukrzyca jest chorobą złożoną i wiele wymagającą od pacjenta, przez co przyczynia się do zwiększenia odczuwanego poziomu stresu psychologicznego, szczególnie w trudnych sytuacjach życiowych [24]. Zależność ta jest dwukierunkowa, gdyż stres może mieć również wpływ na poziom glukozy we krwi. Z przyczyn tych przeprowadzono badania mające na celu sprawdzenie, czy treningi radzenia sobie ze stresem dla chorych na cukrzycę wpłyną korzystnie na poziom glukozy. Badaniem zostało objętych 60 osób, które wzięły udział w zintegrowanym programie edukacji zdrowotnej na temat cukrzycy i treningach radzenia sobie ze stresem. Po roku okazało się, iż osoby te wykazywały lepsze poziomy glukozy we krwi i określono u nich niższe ryzyko rozwoju powikłań mikronaczyniowych [25].

W odniesieniu do odczuwanego przez diabetyków poziomu lęku okazuje się natomiast, że jest on znacznie podwyższony u osób, które jednocześnie mają zdiagnozowaną depresję, oraz iż jest on również wyższy niż u osób nie mających cukrzycy. Poziom lęku jest niezależny od typu cukrzycy, długości życia z cukrzycą czy poziomu hemoglobiny glikozylowanej [9]. Jednocześnie wydaje się uzasadnione, iż poziom lęku odczuwanego przez diabetyków jest wyższy niż u osób zdrowych, gdyż osoby te żyją na co dzień w strachu przed hipoglikemią lub powikłaniami cukrzycowymi w przyszłości.

Problemy seksualne

Pacjenci z cukrzycą, doświadczający jednocześnie chronicznych problemów naczyniowych, mogą mieć zaburzenia erekcji, ejakulacji wstecznej i dysfunkcje pęcherza u mężczyzn, natomiast u kobiet mogą wystąpić trudności z podnieceniem, zwilżeniem środowiska pochwy i zaburzenia orgazmu [26, 27].

Ponadto pacjenci z cukrzycą boją się często, iż mimo dobrego wyjściowego poziomu cukru we krwi, w sytuacji podejmowania zachowań seksualnych, dojdzie do stanu hipoglikemii, gdyż może nie być wystarczającej ilości dodatkowych kalorii w żołądku w rezerwie.

Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania wydają się występować wśród osób chorych na cukrzycę częściej (1 do 1,5) niż w populacji ogólnej [9]. Wśród występujących u osób z cukrzycą zaburzeń odżywiania wymienić można anoreksję nervosę i bulimię. Jest to bardzo istotny problem, gdyż zaburzenia odżywiania mają szczególnie niszczące konsekwencje dla osoby z cukrzycą. Dlatego u osób tych należy koniecznie stosować psychoterapię.

Zachowania autodestrukcyjne

Określenie „zachowania autodestrukcyjne” dotyczą, w tym kontekście, zachowań prowadzących do chronicznego lub periodycznego złego kontrolowania cukrzycy, wysokich wyników HbA1c, okresowych kwasic ketonowych oraz nawracających stanów hipoglikemii [24]. Zachowania te są szczególnie destrukcyjne dla stanu zdrowia, gdyż ponad 99% opieki diabetologicznej stanowi samoopieka, a wizyty lekarskie mają miejsce średnio 2–4 razy w roku. W związku z powyższym, aby wspomóc osoby chore na cukrzycę i zapobiegać rozwojowi zachowań autodestrukcyjnych można zaproponować tej grupie pacjentów indywidualną terapię poznawczo-analityczną lub poznawczo-behawioralne szkolenia grupowe. Badania donoszą, iż w konsekwencji uczestniczenia pacjenta w indywidualnej terapii poznawczo-analitycznej obserwować można znaczny spadek HbA1c, nawet o 2,4%. Natomiast w rezultacie uczestniczenia pacjenta w czterech poznawczo-behawioralnych sesjach grupowych szkoleniowych, stwierdzono spadek HbA1c o 0,8% w ciągu 6 miesięcy od linii bazowej [28, 29].

Proces doradztwa psychologicznego dla pacjentów z cukrzycą powinien obejmować zawsze pomoc w zidentyfikowaniu problematycznych kwestii związanych z cukrzycą, identyfikację myśli i uczuć związanych z tymi kwestiami, identyfikację postaw i przekonań leżących u podstaw problemu i wsparcie w ustanowieniu indywidualnych celów dotyczących samoopieki oraz opracowanie planu osiągnięcia tych celów, wraz ze zmotywowaniem pacjenta do zobowiązania się do pracy na rzecz wypełnienia tych założeń. Ten sposób pracy ma na celu pomoc pacjentowi w uzyskaniu samoświadomości dotyczącej oddziaływania poznawczych, emocjonalnych, społecznych i duchowych czynników na swoje życie oraz na codzienne decyzje dotyczące własnej samoopieki związanej z cukrzycą [9].

Konflikty interpersonalne

Wiele wyników badań wskazuje na to, iż lepsze funkcjonowanie rodziny (m.in. odznaczające się większą spójnością rodziny i mniejszą ilością konfliktów) jest skorelowane z mniejszym ryzykiem pogorszenia się kontroli glikemii i rozwoju ciężkich ostrych powikłań oraz ciężkich stanów hipoglikemicznych [30]. Zależność ta jest dwustronna, gdyż jak pokazują badania diabetycy (szczególnie kobiety), u których występuje w sposób nawracający kwasica ketonowa, mają więcej problemów behawioralnych i niższe kompetencje społeczne, wyższy poziom konfliktów rodzinnych, słabszą spójność rodziny, gorszą organizację niż osoby z grupy kontrolnej. Dlatego istotne jest wsparcie rodziny w radzeniu sobie przez osobę chorą z codziennymi wymaganiami związanymi z cukrzycą.

Radzenie sobie ze stresem choroby przewlekłej – cukrzyca

Diagnoza jakiegokolwiek choroby przewlekłej wymaga od człowieka wprowadzenia poważnych zmian w swoje życie. Cukrzyca może mieć wpływ na zmiany w wielu podstawowych obszarach życia pacjenta, m.in. na życie emocjonalne oraz na psychiczne i fizyczne poczucie dobrostanu. Nowe zachowania, będące efektem dostosowania swojego funkcjonowania do choroby, mogą przyczynić się do lepszego samopoczucia osoby, dostosowania się do zaleceń lekarzy i adekwatnego kontrolowania choroby, a mogą także przybrać formę nieefektywnych i nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie. Badania pokazują, że stosowanie adaptacyjnych mechanizmów zaradczych w efekcie przynosi lepsze wyniki w badaniach laboratoryjnych, brak zaburzeń psychicznych, niższy poziom doświadczania emocji trudnych, poprawę ogólnego poziomu funkcjonowania oraz wyższą ocenę dobrostanu na różnych płaszczyznach życia [31]. Jednak osoby z chorobami przewlekłymi różnią się od siebie znacznie w sposobach radzenia sobie, co jest spowodowane różnicami w dokonywanych ocenach poznawczych sytuacji związanej z chorobą, np. oceny czynników stresujących, dostępnych zasobów, atrybutów sytuacji itp. [32].

Radzenie sobie można zdefiniować jako poznawcze lub/i behawioralne próby skontrolowania i tolerowania sytuacji, która jest oceniana jako trudna i stresująca. Jakość wybranych strategii jest uzależniona od procesów oceny, uzależnionych również od indywidualności danej osoby. Lazarus i Folkman wyodrębnili dwie podstawowe kategorie radzenia sobie: skoncentrowane na emocjach (na które składają się przede wszystkim indywidualne strategie związane z poszukiwaniem wsparcia) oraz skoncentrowane na problemie (do których zaliczają się przede wszystkim strategie związane z planowaniem i wprowadzaniem działania i prób modyfikacji sytuacji). Kategorie te są używane w celu radzenia sobie skierowanego na łagodzenie stresu indywidualnego, wywołanego przez stresora

lub zmianę źródeł stresu w środowisku. Uruchamianie strategii skoncentrowanej na problemie jest związane z lepszą kontrolą metaboliczną, lepszym stanem emocjonalnym i lepszym ogólnym przystosowaniem i nastawieniem pacjentów z cukrzycą [33]. Natomiast użycie strategii skoncentrowanej na emocjach jest w efekcie związane z gorszym przystosowaniem i nastawieniem pacjenta oraz z niższym poziomem przestrzegania zaleceń lekarskich związanych z chorobą przewlekłą [34].

Dodatkowymi czynnikami wpływającymi na jakość radzenia sobie z chorobą przewlekłą, poza kategoriami skoncentrowanymi na problemie lub na emocjach, są dymensje czujność–brak czujności [35] lub inaczej nazywana dymensja czujność–unikanie [36], uważność–brak uważności [37] lub ingerencja–zaprzeczanie [38]. Jak pokazują badania, najbardziej skuteczne w odniesieniu do przystosowania się do choroby przewlekłej jest stosowanie łączne strategii skoncentrowanej na zadaniu z aktywnym monitorowaniem sytuacji i poszukiwaniem informacji [39], natomiast strategię skoncentrowaną na emocjach połączone z unikaniem skutkuje gorszym przystosowaniem do życia z chorobą przewlekłą [34]. Także w odniesieniu do radzenia sobie w momencie diagnozy cukrzycy, kiedy to najczęściej u pacjentów w reakcji na diagnozę występuje wysoki poziom depresji i niepokoju, uruchomienie strategii skoncentrowanej na problemie i uważności jest w efekcie związane z lepszym poziomem kontroli glikemii (niższy poziom cukru we krwi według badań laboratoryjnych, oznaczający lepszy poziom dostosowania się pacjenta do wymagań choroby) i negatywnie związane z poziomem niepokoju i depresją [40]. Natomiast stosowanie strategii skoncentrowanej na emocjach w połączeniu z unikaniem w sytuacji diagnozy cukrzycy skutkuje zwiększonym poziomem niepokoju i depresji, oraz wyższym stężeniem glukozy we krwi.

Ponieważ oczywiste jest, iż wszelkie odchylenia od normalnego trybu życia lub zakłócenia w stanie zdrowia stanowią źródło stresu, który prowadzi do niezdolności bądź upośledzenia funkcji sprawowania wobec siebie samej opieki, dlatego tak istotne jest prawidłowe radzenie sobie ze stresem, co ma kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

Kognitywne i behawioralne czynniki kształtujące współpracę z zespołem medycznym

Głównym problemem w leczeniu chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, jest zapewnienie pacjentom zgodnej ze standardami medycznymi opieki zdrowotnej. Liczne badania wskazują jednak, iż wskaźnik zgodności zachowania pacjentów i wskazań opieki zdrowotnej jest alarmująco niski: około połowa wszystkich pacjentów z chorobą przewlekłą nie stosuje się do poleceń pracowników służby zdrowia [41]. Takie postępowanie może przyczyniać się do znacznych

szkód i ubytków w stanie zdrowia pacjentów. Tym bardziej istotne jest poszukiwanie sposobów poprawy współpracy personelu medycznego i pacjentów, aby zwiększyć zgodność zachowania pacjentów i wskazań medycznych. W leczeniu cukrzycy współpraca ta jest szczególnie utrudniona, gdyż pacjenci nie dostosowujący się do wskazówek lekarskich są narażeni na krytykę ze strony zespołu leczącego, który próbuje za pomocą gróźb wymóc na pacjencie przestrzeganie zasad postępowania w cukrzycy. Niestety w efekcie często źle wynegocjowane sposoby postępowania pacjenta zaostrzają konflikt między nim a personelem, co tym bardziej przyczynia się do dyskutowania przez pacjenta wskazówek terapeutycznych. W związku z tym postuluje się istnienie związku między zdolnością zespołu leczącego do komunikacji z pacjentem przy pomocy otwartej dyskusji o możliwościach leczenia i zdolnością pacjenta do przyłączenia się do programu postępowania w cukrzycy [42]. Ponadto należy uwzględnić, iż stres związany z chorobą i niecodziennością sytuacji, w której pacjent szczególnie w okresie po diagnozie cukrzycy się znajduje, może wpływać w sposób ograniczający na jego zdolność do korzystania i uruchamiania odpowiednich umiejętności społecznych i zachowań asertywnych (rozumianych jako zdolność do wyrażania własnych myśli, uczuć i przekonań w sposób bezpośredni, szczery i właściwy, tak aby nie naruszać praw innych osób) oraz zaburzać jego poczucie własnej wartości, co zwrótnie może wpływać na obniżenie zdolności do otwartej komunikacji. Przy tych wszystkich czynnikach uwidacznia się trudność pacjenta w zachowaniu spokojnych i racjonalnych reakcji, które są tak potrzebne, aby pacjent mógł dobrze współpracować z zespołem terapeutycznym.

Jako czynniki najbardziej wpływające na zwiększenie zgodności postępowania pacjenta z zaleceniami terapeutycznymi, przyjmuje się: brak myśli deprecjonujących u pacjenta, nieobecność zachowań unikających, sprzyjająca podtrzymaniu ciągłości relacji między pacjentem a konkretnym lekarzem go prowadzącym, co również jest ważnym wskaźnikiem omawianej zgodności [43]. Dodatkowymi czynnikami kształtującymi konstruktywną relację między pacjentem a zespołem leczącym są: ze strony personelu umiejętność proponowania różnych rozwiązań problemu, a po stronie pacjenta zdolność do asertywnego przyjmowania krytyki (zamiast uruchamiania reakcji agresywnych lub zachowań unikających) ze strony zespołu. Tak ukształtowana relacja sprzyja wykształceniu przez pacjenta zdolności do samoopieki w cukrzycy oraz zmniejszeniu poczucia winy odczuwanego przez pacjenta, w miejsce którego rozwija się realne poczucie odpowiedzialności za samego siebie i stan swojego zdrowia.

Praca nad motywacją pacjenta

Jednym ze sposobów pracy z pacjentem diabetologicznym nad jego motywacją może być wywiad motywujący, opracowany przez Millera. Metoda ta opiera się

na wiedzy związanej z psychologią społeczną, funkcjonowaniem procesów poznawczych, dysonansie poznawczym Festingera i poczuciu własnej skuteczności Bandury. Jednocześnie w swoich założeniach wykorzystuje transteoretyczny model zmiany zachowania, w którym gotowość do zmiany jest postrzegana jako stopień, w którym osoba rozważa potrzebę zmiany i wynik bilansu zysków i strat związanych z korzyściami i stratami związanymi ze zmianą. Natomiast wywiad ten różni się od terapii poznawczo-behawioralnej tym, iż w pracy według terapii poznawczo-behawioralnej zakłada się, że klient jest gotowy (w fazie działań) na zmiany, natomiast w wywiadzie motywującym uwaga jest skupiona na ustaleniu gotowości klienta do zmiany i gdy jest ona zbyt mała, na jej zwiększeniu. Wywiad ten jest definiowany jako: dyrektywny, skoncentrowany na kliencie styl doradztwa, ukierunkowany na wywołanie i rozwiązanie ambiwalencji w stosunku do zmiany zachowania przez klienta [44]. Podejście to zostało początkowo stworzone przez Millera do pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu. Podstawowe założenie, na którym opiera się wywiad motywujący, podkreśla, iż gotowość do zmiany nie jest cechą klienta, tylko kształtuje się ona w toku jego interakcji interpersonalnych, dlatego też motywacja do zmiany jest wywoływana w człowieku. Zadaniem terapeuty, w takim ujęciu, jest pracując z pacjentem być przygotowanym na pojawienie się w nim ambiwalencji wobec zmiany i rozpoznać ją, a następnie w sposób dyrektywny pomagać klientowi w zanalizowaniu jego ambiwalencji i rozwiązać ją. W pracy tej terapeuta musi odznaczać się empatią, która pomaga mu widzieć ambiwalencję jako zjawisko naturalne i powszechne, a nie jako opór konkretnego pacjenta. W trakcie procesu analizy ambiwalencji klienta, terapeuta powinien zauważać i podkreślać wszelkie niezgodności pomiędzy zachowaniem klienta a celami, które podaje jako ważne dla siebie, aby wytworzyć u niego dysonans poznawczy [45, 46], który ma pomóc mu podjąć decyzję dotyczącą zmiany zachowania. Jeśli terapeuta napotka opór, to powinien go potraktować jako sygnał do zmiany strategii i należy przy tym unikać argumentowania, bezpośredniej perswazji, gdyż uważane są one w tym przypadku za nieefektywne, ponieważ mogą wywołać bierność u klienta lub w efekcie nasilić jego opór [47]. Celem jest tu raczej wywołanie u klienta zmiany postrzegania swojej sytuacji, oraz wzmacnianie jego poczucia własnej skuteczności. Jednocześnie zastrzega się, iż to klient jest odpowiedzialny za wybór i wprowadzenie zmiany osobistej, dlatego tak istotne jest, aby wykształcić lub wzmocnić w nim przekonanie o słuszności zmiany i własnej zdolności do jej przeprowadzenia. Bez wiary klienta w możliwość zmiany, utrzymanie nowego zachowania jest mało prawdopodobne. Terapeuta może stosować wspomagająco takie metody, jak: aktywne słuchanie, relaksację z wizualizacją, wyrażanie akceptacji i używać afirmacji, potwierdzać wolność wyboru klienta i jego samostanowienia.

Podczas spotkania z klientem terapeuta powinien się skupiać kolejno na wstępnym ustaleniu celu i problemu klienta, poznać problematyczne zachowania

klienta, w celu dokonania oceny ich szkodliwości, a następnie zbadać cele klienta. Kolejnym etapem jest wywołanie dysonansu poznawczego u klienta, poprzez podkreślenie niezgodności bądź nawet sprzeczności w podejmowanych działaniach w odniesieniu do deklarowanych celów. Po uzyskaniu dysonansu, należy jak najszybciej zasugerować zmianę zachowania na bardziej prozdrowotne i zgodne z deklarowanymi celami klienta i uzyskać od niego decyzję i zobowiązanie do wprowadzenia działań na rzecz zmiany zachowania.

W odniesieniu do skuteczności oddziaływania tej metody w pracy z pacjentami diabetologicznymi przeprowadzono badania, w których wzięły udział 22 kobiety z cukrzycą typu 2, a każda w nich uczestniczyła w 3 sesjach motywacyjnych w trakcie 16-tygodniowego programu mającego na celu redukcję wagi i przestrzeganie reguł kontroli glukozy we krwi. W rezultacie tych badań okazało się, że w grupie tej w porównaniu z grupą kontrolną (uczestniczącą w tym samym programie, lecz bez udziału w sesjach motywujących) kobiety lepiej regulowały poziom glukozy we krwi i więcej straciły na wadze [48].

Przykład interwencji w postępowaniu względem chorego na cukrzycę

Samozarządzanie w cukrzycy jest jednym z podstawowych i krytycznych czynników w efektywnym radzeniu sobie osób z cukrzycą [49, 50]. Różne badania potwierdzają, iż wprowadzanie w interwencje edukacyjne treningu umiejętności samozarządzania w cukrzycy jest istotnym czynnikiem przyczyniającym się do redukcji przez pacjentów poziomu glukozy we krwi, a w dalszej konsekwencji zmniejszającym ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycowych [51].

Przykładem takiego oddziaływania może być kurs interwencyjny „BITES”, stosowany w cukrzycy typu 1 – Edukacja dla samoskuteczności – BITES, który był opracowany przez zespół specjalistów składający się z konsultantów diabetologicznych, pielęgniarek diabetologicznych, specjalistów dietetyków zajmujących się żywieniem w cukrzycy, psychologów klinicznych i psychologów zdrowia [52]. Kurs ten był prezentowany pacjentom jako 2,5-dniowy kurs w okresie sześciu tygodni. Dodatkowo były przewidziane zadania praktyczne oraz zadania do przemyślenia pomiędzy sesjami.

Kurs ten zawiera użycie poznawczo-behawioralnych technik, w których eksplorowane są strategie radzenia sobie i kontroli. Promowane w tym kursie są takie zachowania, jak: zasady używania insuliny, obliczanie wymienników węglowodanowych, monitorowanie indeksu glikemicznego przed i po posiłkach. Uczestnicy są zachęceni do samodzielnego dostosowywania dawek insuliny w zależności od ich spożycia węglowodanów i poziomu aktywności. Promowana jest także zmiana nastawienia, przede wszystkim w zakresie zmiany negatywnych myśli na pozytywne. Każdy uczestnik otrzymuje także do opieki fikcyjnego pacjenta z cukrzycą, któremu ma pomagać i z którym ma dyskutować (wy-

stępując w roli mentora) nad wprowadzaniem zmian w trybie życia, w związku z zachorowaniem. Zawartość kursu w rozplanowaniu tygodniowym kształtuje się następująco [52]:

DZIEŃ 1. W TYGODNIU 1.

1. Wprowadzenie.
2. Wolność i kontrola diabetyka dzień po dniu.
3. Zasady zdrowego żywienia.
4. Analiza zawartości pożywienia i wskaźnika węglowodanowego.
5. Ćwiczenia grupowe – analiza zawartości pożywienia.

Zeszyt ćwiczeń:

Analiza pożywienia – ćwiczenia praktyczne i komentarze.
Możliwość skorzystania ze wsparcia telefonicznego.

DZIEŃ 2. W TYGODNIU 2.

1. Powtórzenie i informacje zwrotne z poprzedniej sesji i zeszytu ćwiczeń.
2. Użycie insuliny.
3. Zrozumienie regulacji za pomocą insuliny.
4. Monitorowanie poziomu glukozy we krwi (zawierające kontrolę przed i po posiłku).
5. Ćwiczenia w „dziecie wolnej” – analiza łącząca spożywane jedzenie z korzystaniem z insuliny.

Zeszyt ćwiczeń:

Analiza pożywienia i stosowanie insuliny – komentarze.
Możliwość skorzystania ze wsparcia telefonicznego.

DZIEŃ 3. W TYGODNIU 3.

1. Powtórzenie i informacje zwrotne z poprzedniej sesji i zeszytu ćwiczeń.
2. Działania związane z przyjemnościami – aktywność, jedzenie a choroba.
3. Film motywujący: „Going for Gold”
4. Utrzymanie zmian.

Badania potwierdzają dużą skuteczność opisanej interwencji, szczególnie efekt terapeutyczny jest osiągnięty u osób z cukrzycą typu 1 [52].

Podsumowanie

Reasumując, powyższy przegląd doniesień z literatury i badań dowodzi, iż cukrzyca jest chorobą obciążającą nie tylko organizm od strony fizycznej, ale przede wszystkim obciążającą osoby chore na poziomie psychicznym. Diabetycy od momentu zachorowania powinni regularnie każdego dnia badać poziom glikemii we krwi, przy każdym posiłku zastanowić się nad ilością i rodzajem możliwych do spożycia pokarmów oraz ich zawartością obliczaną w wymiennikach węglowodanowych i dostosowywać do tego ilość jednostek insuliny. Dodatkowym obciążeniem jest świadomość możliwości wystąpienia powikłań w przyszłości. Tym bardziej istotne jest zatem, aby w opiekę medyczną proponowaną pacjentom z cukrzycą włączyć opiekę psychologów klinicznych oraz trenerów pomagających kształtować bądź rozwijać umiejętności samoopieki i samozarządzania w chorobie przewlekłej. Należy bowiem zawsze pamiętać, iż człowiek jest jednostką psychofizyczną i w związku z tym zadbanie o jego stan emocjonalny wpływa korzystnie na przebieg cukrzycy, oraz właściwe dostosowanie się pacjenta do wskazań lekarzy diabetologów ogranicza obciążenie emocjonalne, którego źródłem może być cukrzyca.

Bibliografia

1. Duangdao K.M., Roesch S.C.: Doping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *J. Behav. Med.*, 2008, 31, 291-300.
2. American Diabetes Association, 2002, Fact sheet: Diabetes [Online]. Dostępne: at:www.diabetes.org
3. Adili F., Larijani B., Haghghatpanah M.: Diabetic Patients. Psychological Aspects. *Annals New York Academy of Sciences*, 2006, 1084, 329-349.
4. Alberti G.: The DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs). *Study. Pract. Diabet. Internat.*, 2002, 19, 22a-24a.
5. Meyer T.J., Mark M.M.: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol.*, 1995, 14, 101-108.
6. Linden W., Stossel C., Marice J.: Psychological interventions for patients with coronary artery disease. A meta-analysis. *Arch. Intern. Med.*, 1996, 156, 745-752.
7. Kovacs M.; Obrosky D.S., Goldston D., i in.: Major depressive disorder in youth with IDDM: a controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care*, 1997, 20, 45-51.
8. Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., i in.: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care*, 2001, 24, 1069-1078.
9. Psychotherapy and counseling in diabetes mellitus, Rubin R.R., [W:] Psychology in Diabetes Care. Snoek F.J., Skinder T.C., (red.), John Wiley & Sons. Baltimore, 2000, 235-263.

10. Peyrot M., Rubin R.R.: Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care*, 1999, 22, 448–452.
11. Appels A., Bar J., Ruggeman C., i in.: Inflammation, depressive symptomatology, and coronary artery disease. *Psychom. Med.*, 2000, 62, 601–605.
12. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E., i.in.: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 2000, 23, 934–942.
13. Kovacs M., Mekerji P., Drash A., i.in.: Biomedical and psychiatric risk factors for retinopathy among children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 1995, 18, 1592–1599.
14. Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E.: Depression and diabetes. Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch. Intern. Med.*, 2000, 160, 3278–3285.
15. Peyrot M., Rubin R.R.: Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 1997, 20, 585–590.
16. Recognizing and managing depression in patients with diabetes, Lustman P.J., Griffith L.S., Clouse R.E. [W:] *Practical Psychology for Diabetes Clinicians: How to Deal with the Key Behavioral Issues Faced by Patients and Health Care Teams*, Anderson B.J., Rubin R.R., American Diabetes Association, Alexandria, 1996, 143–154.
17. Lustman P.J., Griffith L.S., Clouse R.E.: Depression in adults with diabetes. *Semin. Clin. Neuropsychiatry*, 1997, 2, 15–23.
18. Lustman P.J., Clouse R.E., Alrakawi A. i.in.: Treatment of major depression in adults with diabetes: a primary care perspective. *Clin. Diabet.*, 1997, 15, 122–126.
19. Snoek F.J., Ballegoie E.M.V.: Psycho-social care for people with diabetes: what the guidelines say. *Diabetes Voice*, 2004, 49, 28–30.
20. Vileikyte L., The psycho-social impact of diabetes foot damage. *Diabetes Voice*, 2005, 50, 11–13.
21. Lernmark B., Persson B., Fishert L., i.in.: Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. *British Diabetic Association. Diabet. Med.*, 1999, 16, 14–22.
22. Kanner S., Hamrin V., Grey M.: Depression in adolescents with diabetes. *J. Child Adolesc. Psychiat. Nurs.*, 2003, 16, 15–24.
23. Berry, D., Whittemore R., Urban A., i in.: Management of depression in children and adolescents with type 1 diabetes [abstract]. *Clin. Excell. Nurse Pract.*, 2003, 7, 60–70.
24. Snoek F.J., Skinner T.C.: Psychological counseling in problematic diabetes: does it help? Diabetes UK. *Diabet. Med.*, 2002, 19, 265–273.
25. Surwit R.: Type 2 diabetes and stress. *Diabetes Voice*, 2002, 47, 38–40.
26. Fedele D.: Therapy Insight: sexual and bladder dysfunction associated with diabetes mellitus [abstract]. *Nat. Clin. Pract. Urol.*, 2005, 2, 282–290.
27. Jackson G.: Sexual dysfunction and diabetes [abstract]. *Int. J. Clin. Pract.*, 2004, 58, 358–362.
28. Fosbury J.A., Bosley C.M., Ryle A., i in.: A trial of cognitive analytic therapy in poorly controlled type 1 patients. *Diabetes Care*, 1997, 20, 959–964.

29. Snoek F.J., Ven N.C.W., Lubach C.H.C., i in.: Effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulindependent (Type 1) diabetes: a pilot study. *Patient Educ. Counsel.*, 2001, 45, 143–148.
30. Diabetes during adolescence, Skinner T.C., Channon S., Howells L., i in. [W:] *Psychology in Diabetes Care*, Snoek F.J., Skinner T.C. (red.), Wiley& Sons, Chichester, 2000, 25-59.
31. Adjustment to chronic illness: Theory and research, Stanton A.L, Collins C.A., Sworowski L.A. [W:] *Handbook of health psychology*, Baum A., Revenon T.A., Singer J.S. (red.), Mahway, NJ: Erlaum, 2001, 387-403.
32. Lazarus R.S., Folkman S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York, 1984, NY: Springer Publishing.
33. Lundman B., Norberg A.: Coping strategies in people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetic Education*, 1993, 19, 198–204.
34. Bombardier C.H., D'Amico C., Jordan J.S.: The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavioral and Research Therapy*, 1990, 28, 297–304.
35. Averill J.R., Rosenn M.: Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reaction during anticipation of electric shock. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1972, 23, 128–141.
36. Cohen F., Lazarus R.S.: Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 1973, 35, 375–389.
37. Kahnemann D.: *Attention and effort*. Princeton, NJ: Prentice Hall, 1973.
38. Horowitz M.: *Stress response syndrome*. New York, Aronson, 1973.
39. Karlsen B., Bru E.: Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Health and Medicine*, 2002, 7, 245–259.
40. Maes S., Leventhal H., DeRidder D.T.D.: *Coping with chronic diseases*. Handbook of coping. New York, Wiley, 1996.
41. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (red.): *Compliance in health care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979.
42. Inui T., Yourtee E., Williamson J.: Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Annals of Internal Medicine*, 1976, 84, 646-651.
43. Amir, Shoshana, Rabin, Claire, Galatzer, Avinoam: Cognitive and behavioral determinants of compliance in diabetics, *Health & Social Work*, 1990, 15, 2, 10-23.
44. Rollnick S.R., Miller, W.R.: What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 1995, 23, 325-334.
45. Draycott S., Dabbs A.: Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37, 355-364.
46. Festinger, L.: *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1957.
47. Britt E., Blampied N.M., Hudson S.M.: Motivational Interviewing: *A Review*. *Australia Psychologist*, 2003, 38, 3, 193-201.
48. Smith D.E., Heckemeyer C.M., Kratt P.P., Mason D.A.: Motivational interviewing to improve adherence to a behavioural weight-control program for older obese women with NIDDM. *Diabetes Care*, 1997, 1, 52-54.

49. Mensing C., Boucher J., Cypress M., Weinger K., Mulcahy K., Barta P., Hosey G., Kopher W., Lasichak A., Lamb B., Mangan M., Norman J., Tanja J., Yauk L., Wisdom K., Adams C.: National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 2007, 30, 96-103.
50. National Institute of Clinical Excellence: Technology appraisal guidance 60. Guidance on the use of patient education models for diabetes. London 2003.
51. Lasker R.D.: The diabetes control and complications trial – Implications for policy and practice. *N. Engl. J. Med.* 1993, 329, 1035-1036.
52. George J.T., Valdovinos A.P., Thow J.C., Russell I., Dromgoole P., Lomax S., Torgerson D.J., Wells T.: Brief Intervention in Type 1 diabetes – Education for Self-efficacy (BITES): Protocol for a randomised control trial to assess biophysical and psychological effectiveness, *BMC Endocrine Disorders* 2007, 7, 6.

*Włodzimierz Płotek
Zakład Dydaktyki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Klinika Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu
Wydział Lekarski I
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

*Marcin Cybulski
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Czego uczy nas przypadek Michaela Jacksona? Czyli rzecz o bezpieczeństwie drogowym po znieczuleniach do zabiegów chirurgicznych, stomatologicznych, kosmetycznych i diagnostycznych

Posłużenie się w tytule nazwiskiem znanego artysty z naszej strony jest oczywiście ewidentnie chytrym zabiegiem marketingowym, niemniej jednak wspólnym mianownikiem obydwu zjawisk – zamieszania wokół śmierci idola i niniejszej pracy – jest propofol – jeden z preparatów szeroko stosowanych w dzisiejszym leczeniu i diagnostyce.

Współczesna medycyna składa się z coraz większej liczby zabiegów chirurgicznych i procedur diagnostycznych. Większość z nich wykonywana jest w szpitalach, jednak część, określana mianem „chirurgii jednego dnia” nie wymaga specjalistycznego sprzętu i monitorowania, co rozszerza zakres możliwości działania. Środki znieczulające stosowane w anestezjologii mogą jednak prowadzić do obniżenia sprawności poznawczej, mogącej trwać kilka godzin po zakończonej procedurze, utrudniając lub uniemożliwiając pacjentowi sprawne funkcjonowanie.

Zaburzenia sprawności przejawiają się przede wszystkim zawrotami głowy, obniżeniem sprawności psychomotorycznej czy też sennością. Mimo założenia, że właściwości farmakologiczne współczesnych środków znieczulających minimalizują wystąpienie takich objawów u człowieka wciąż istnieje ryzyko wystąpienia nieoczekiwanych drobnych deficytów poznawczych utrudniających wykonywanie złożonych czynności, takich jak prowadzenie pojazdów mechanicznych. Kiedy pacjent odzyskuje więc pełną sprawność poznawczą i psychomotoryczną pozwalającą na bezpieczną jazdę?

Zwiększająca się liczba znieczuleń wykonywanych w trybie „chirurgii jednego dnia” staje się rosnącym wyzwaniem dla wielu dyscyplin nauki, gdyż zbyt

wczesne próby prowadzenia pojazdów mechanicznych lub uczestnictwa niechronionego w ruchu drogowym (piesi, rowerzyści) mogą się skończyć poważnym zdarzeniem drogowym, zagrażając życiu lub zdrowiu jego uczestników. W świecie medycyny pracy i transportu ogólnie przyjętą zasadą jest unikanie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 2 godziny po podaniu znieczulenia miejscowego i 24 godziny po znieczuleniu ogólnym. Canadian Anesthesiologists' Society, Association of Anaesthetists of Great Britain, Australian Day Surgery Council zalecają unikać samodzielnej jazdy samochodem przez 24 godziny od znieczulenia. Z drugiej strony American Society of Anesthesiologists nie podejmuje tej tematyki. Warto się przyjrzeć, w jaki sposób osoby bezpośrednio zainteresowane – znieczulani chorzy – dostosowują się do wyżej wymienionych zaleceń. Ogg (1972) przebadał 100 chorych po krótkotrwałych znieczuleniach ogólnych i stwierdził, że 73% z nich jeździło samochodem w ciągu 24 godzin od znieczulenia [1]. W badaniach przeprowadzonych blisko 30 lat później Correa (2001) w testach przeprowadzonych wśród 750 chorych wskazał, że 4% chorych siadało za kierownicą w ciągu 24 godzin od znieczulenia [2]. Widać zatem, że z czasem wzrosła świadomość problemu zagrożeń płynących z zaburzeń funkcjonowania psychomotorycznego po procedurach anestetycznych.

Współczesne środki wprowadzające do znieczulenia ogólnego (zwane popularnie anestetykami) są dobrze przetestowanymi i bezpiecznymi medykamentami. Te najczęściej współcześnie stosowane (m.in. propofol) prawie natychmiast powodują przyjemny sen, mają krótki okres działania (zaledwie kilka minut), a wybudzenie jest szybkie i powiązane z niewielkimi tylko działaniami resztkowymi zaburzającymi funkcje psychoruchowe, mogącymi jednakowoż utrzymywać się jeszcze przez kilka godzin po zakończeniu zabiegu i wygaśnięciu znieczulenia [3]. Kwestia zaburzeń psychoruchowych może być związana nie tylko z bezpośrednim wpływem zastosowanego anestetyku, ale także z ogólnym wpływem reakcji zapalnej pojawiającej się podczas lub w bezpośrednim następstwie zabiegu chirurgicznego. Każda zewnętrzna ingerencja w nasz organizm powoduje uszkodzenie tkanek, które wiąże się z odczynem ze strony układu odpornościowego, dążącego do przywrócenia ogólnego stanu homeostazy organizmu. Reakcja ta jest niezbędna w procesie gojenia się rany, zatem mimo paradoksalnych strat pierwotnych pożądana. Jej przejawem jest np. zaczerwienienie brzegów rany czy też stan podgorączkowy w pierwszej dobie po zabiegu. Reakcja zapalna ma swoje działania uboczne, ponieważ sprawia, że ośrodkowy układ nerwowy (OUN) funkcjonuje w odmienny sposób – stajemy się mniej reaktywni na bodźce zewnętrzne – organizm broni się tworząc stan endogennej sedacji (uspokojenia). Ostatnim elementem do rozważenia jest wyjściowy stan chorego. Należy pamiętać, że wiele czynników może powodować zaburzenia funkcji poznawczych: zaawansowany wiek chorego (powyżej 60. roku życia), niski poziom wykształcenia, przebyte incydenty niedokrwienia OUN, współistniejący deficyt poznawczy,

niedostateczne leczenie bólu czy też nadużywanie alkoholu są powszechnie rozpoznawalnymi czynnikami ryzyka. Nie bez znaczenia jest również rodzaj zabiegu operacyjnego; operacje kardiochirurgiczne i niektóre operacje ortopedyczne są specyficznymi interwencjami zabiegowymi obciążonymi wysokim odsetkiem pooperacyjnych zaburzeń poznawczych. Drobne zabiegi w krótkotrwałych znieczuleniach nie są obciążone aż tak wysokim ryzykiem [4]. Zatem oceniając stan ogólny chorego, należy wziąć pod uwagę szerokie spektrum problemów dotyczących osób przez nas badanych.

W dobie komercjalizacji usług medycznych i polityki oszczędności w polskim systemie publicznej służby zdrowia niewiele uwagi przywiązuje się do kwestii zagrożeń pozaszpitalnych po znieczuleniach powiązanych np. z odpowiedzialnością cywilną, karną czy też z uczestnictwem pacjentów w ruchu drogowym (również w charakterze pasażera środków komunikacji zbiorowej i pieszego) w okresie bezpośrednio po znieczuleniu. Tematyka ta nie jest jednak szeroko rozpowszechniona, zatem skąd też można czerpać podstawowe informacje na temat sprawności intelektualnej, poznawczej i psychofizycznej pacjentów – uczestników ruchu drogowego [5, 6].

Krótkotrwały pobyt w jednostkach udzielających świadczeń zdrowotnych jest korzystny dla wszystkich podmiotów: zarówno odbiorców, jak i udzielających świadczeń. Koszty funkcjonowania chirurgii i znieczuleń w trybie „jednego dnia” są o 25–75% niższe niż w przypadku długotrwałych hospitalizacji. Wydajność pracy, dopasowanie się do potrzeb chorego, jego komfort, a także szybsza rekonwalescencja to tylko podstawowe korzyści wymieniane w piśmiennictwie. Wymagane są natomiast: staranna kwalifikacja chorego do zabiegu, odpowiednie przygotowanie i przeprowadzenie zabiegu i znieczulenia, jak również spełnienie kryteriów bezpiecznego wypisu do domu.

Do tych kryteriów należą:

- obecność stabilnych parametrów życiowych przez 30 min.
- brak nowych objawów po zabiegu
- brak krwawienia
- tylko nieznaczne nudności i wymioty trwające co najwyżej 30 min.
- brak obrzęku lub zaburzeń przepływu krwi w operowanej kończynie
- przejrzysty mocz po cystoskopii
- dobra orientacja allopsychiczna (co do czasu i miejsca) i autopsychiczna (orientacji co do własnej osoby)
- tylko nieznaczne oszołomienie przy ubieraniu się i siedzeniu przez co najmniej 10 min.
- możliwość spacerowania bez zawrotów głowy
- dobra kontrola bólu przy pomocy doustnych leków przeciwbólowych
- asysta odpowiedzialnej i godnej zaufania osoby postronnej opiekującej się chorym po znieczuleniu.

Najczęstszymi czynnikami opóźniającymi wypis chorego do domu są: ból, nudności i wymioty oraz upośledzona sprawność psychofizyczna [3].

Przejęciowe zaburzenia funkcji psychomotorycznych po krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym mogą być potencjalnie niebezpieczne dla osób znieczulanych, ponieważ subiektywna ocena swoich możliwości reagowania ulega zakłóceniu. Rhiphaus przeprowadził w 2006 roku badanie wśród 100 chorych skierowanych na zabiegi endoskopii. Wśród badanych znieczulanych różnymi środkami anestetycznymi – propofolem lub midazolamem z petydyną – zespół przeprowadził wnioskowanie testem łączenia liczb (NCT) i badanie na symulatorze jazdy w sesjach: wyjściowej i 2 godziny po znieczuleniu. Wyniki uzyskiwane w testach po zastosowaniu propofolu nie różniły się od wyjściowych. Po zastosowaniu drugiego z zestawów lekowych stwierdzono trudności z utrzymaniem linii jazdy, przekraczanie prędkości, brak reakcji na światła oraz wolniejszy czas reakcji [7]. Zatem wybór środka znieczulenia ma ogromne znaczenie i wskazuje na zasadniczy wpływ anestezjologa na psychomotoryczne funkcjonowanie chorego w bezpośrednim okresie po zabiegu operacyjnym.

System diagnostyczny „BluBerd”

Głównym założeniem projektu badawczego „BluBerd” było opracowanie, zaprojektowanie i wdrożenie prototypowego systemu diagnostycznego. Urządzenie, stworzone przy współpracy zespołu lekarzy anestezjologów Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Lekarskiego I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, psychologa z Zakładu Psychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMP, a także pracowników naukowych i studentów Wydziału Informatyki i Zarządzania Politechniki Poznańskiej, zapewnić ma w przyszłości bezpieczeństwo i komfort pracy wszystkim specjalistom pracującym z pacjentem z wykorzystaniem krótkoterminowych procedur anestetycznych, a także samym pacjentom. Uzyskane wyniki pozwolą na oszacowanie bezpiecznego czasu do kierowania pojazdami po znieczuleniu ogólnym oraz weryfikację przydatności percepcji odcinków czasowych w psychologii transportu.

„BluBerd” w założeniu ma być urządzeniem umożliwiającym analizę chwilowego stanu sprawności funkcjonalnej procesów przetwarzania informacji (procesów poznawczych), polegających na odbieraniu informacji z otoczenia, ich przechowywaniu, aktywnym przekształcaniu oraz wyprowadzaniu ich ponownie do otoczenia w postaci reakcji (bezpośredniego zachowania). Łączy on w sobie elementy zarówno oceny anestezjologicznej, jak i psychologicznej z zastosowaniem wystandaryzowanych, jak również eksperymentalnych metod oceny chorego.

Podstawowa wersja systemu diagnostycznego „BluBerd” składa się z 3 niezależnych narzędzi:

- testu sprawności psychomotorycznej
- testu percepcji czasu w ujęciu wzrokowym i słuchowym
- testu percepcji wzrokowej i fonologicznego aspektu procesu czytania.

Badania o charakterze psychofizycznym prowadzone są za pomocą systemu diagnostycznego pochodzącego z wystandardyzowanego aparatu pomiarowego – aparatu Piórkowskiego polskiej produkcji (firma ATB). System ten jest systemem znanym i stosowanym w Polsce [8].

Aparat Piórkowskiego w swojej podstawowej formie służy do badania szybkości reakcji psychomotorycznej na proste bodźce świetlne emitowane w tempie narzuconym, głównie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz koncentracji uwagi. Urządzenie testujące (płyta czołowa) składa się z 10 podświetlanych przycisków, emitujących bodźce świetlne. W każdym z przycisków zamontowana jest żarówka, która po zapaleniu podświetla czerwony klawisz przycisku. Weiskając klawisze poszczególnych przycisków badany reaguje na prezentowane bodźce świetlne. Do oceny liczy się ilość odebranych impulsów. Opuszczenie impulsu lub naciśnięcie przycisku po zgaśnięciu światła jest rejestrowane jako błąd. Podczas badania aparat rejestruje ilość błędnych wskazań.

W podstawowym zestawie dostępne są różne częstotliwości prezentacji bodźców: badanie może być przeprowadzane w jednej z sześciu szybkości prezentacji bodźców: 60, 75, 93, 107, 125 lub 150 bodźców na minutę. Dostępne są też różne czasy badania: badanie może odbywać się w jednym z czterech czasów: 30, 60, 90, 120 sekund (0,5; 1; 1,5; 2 minuty).

Urządzenie posiada panel kontrolny w postaci wyświetlacza umożliwiającego odczyt i rejestrację wyników dla każdej z osób badanych. Aparat krzyżowy jest urządzeniem przenośnym, lekkim i poręcznym, co gwarantuje komfort badania pacjenta nawet w pozycji leżącej.

Na potrzeby systemu „BluBerd” liczba przycisków zredukowana została w naszym systemie do 7 elementów. Liczba ta będzie wartością w zupełności wystarczającą do diagnostyki osób z amatorskim prawem jazdy, umożliwiając również pracę z pacjentami mniej sprawnymi psychomotorycznie. Obecnie stosowany system 10-bodźcowy wykorzystywany jest do badań kierowców zawodowych.

W systemie wykorzystana zostanie częstotliwość impulsów o tempie 107 impulsów na minutę i czasie badania 1 minuty, głównie ze względu na istniejące normy tymczasowe producenta ($n = 1000$).

Po fazie testowej wprowadzone zostaną nowe wartości, w oparciu o dane pozyskane w trakcie badań pretestowych. Założyć należy, iż tempo 107 impulsów na minutę może stwarzać problemy osobom po przebytych zabiegach, zwiększając dodatkowo napięcie towarzyszące procedurom medycznym, należy więc szybkość prezentacji bodźców zmniejszyć do wartości bliższych neutralnym, co zostanie przeprowadzone tuż po zakończeniu badań wstępnych.

System diagnostyczny oparty na zasadzie funkcjonowania aparatu Piórkowskiego został zaprojektowany zgodnie z wytycznymi „Metodyki psychologicznych badań kierowców” pod redakcją Stanisława Masłowskiego, wydanej w 2000 r. przez Instytut Transportu Samochodowego. Urządzenia pozostają też zgodne z „Metodyką psychologicznych badań kierowców – wersją znowelizowaną” wydaną w 2003 r. pod redakcją doc. dr. hab. T. Rottera przez Instytut Transportu Samochodowego – Zakład Psychologii Transportu Drogowego [9].

Drugą z metod diagnostycznych systemu „BluBerd” ocenia tworzenie i odtwarzanie odcinków czasowych z zaangażowaniem dwóch różnych zmysłów: wzroku i słuchu i ocenia umiejętność percepcji czasu w zakresie: 1, 2, 5, 7 i 60 sekund. Czas, jako zagadnienie ciekawe i zarazem tajemnicze, był i jest tematem rozważań filozofów, fizyków, psychologów, a teraz także i lekarzy. Nasze poczucie czasu pozwala na doświadczenie trwania danego wydarzenia i rozróżnianie przeszłości, teraźniejszości i przyszłości; umiejętność ta stanowi też jedną z najważniejszych zdolności umysłowych, które odróżniają człowieka od pozostałych żywych stworzeń. Odczuwanie jego upływu związane jest z kulturą i warunkami, w jakich się wychowaliśmy i w jakich obecnie żyjemy, zależne od stopnia koncentracji uwagi na aktualnie wykonywanych czynnościach, współistnienia bodźców negatywnych bądź pozytywnych, ale też i od stanu naszej aktualnej kondycji fizycznej. Może być ono zniekształcone oddziaływaniem substancji psychoaktywnych (narkotyków czy też leków), długotrwałym przebywaniem w ciemności bez zegarka, zniszczeniem odpowiednich struktur mózgowia czy też ich dysfunkcją związaną z zaburzeniami neuroprzekaźnictwa lub wiekiem. Zmienia się także z upływem naszego życia. W proces percepcji czasu, zaliczanej do zdolności myślenia abstrakcyjnego, zaangażowane są, w zależności od zadania, różne mechanizmy oraz różne regiony naszego mózgowia: mózdzek („system automatyczny”), kora przedczołowa mózgu, dolna część płatów ciemieniowych („system kognitywny”), a także jądra podstawne (głównie prążkowie), wzgórze oraz przedni zakręt obręczy. Struktury te związane są również z innymi funkcjami poznawczymi, takimi jak: uwaga, pamięć, koordynacja wzrokowo-przestrzenna czy zdolności językowe. Przedstawione systemy pracują równolegle [10].

Koncepcja badania i metoda pomiaru opracowane zostały przez zespół naukowców z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Politechniki Poznańskiej specjalnie na potrzeby projektu i w tym ujęciu jest narzędziem autorskim [11].

Trzecie narzędzie to Test „Łatysz” służący do oceny dekodowania pseudo-słów, opracowany przez Martę Bogdanowicz [12]. Pierwotnie był on stosowany w diagnozowaniu zaburzeń dysleksyjnych w trakcie badań bilansowych uczniów III klas szkół podstawowych, niemniej jednak jego prostota i skuteczność umożliwia wykorzystanie go poza obszarem pierwotnego zastosowania. Takie ujęcie Testu „Łatysz” jest nowatorską koncepcją twórców systemu „BluBerd”. Test za-

wiera listę sztucznych wyrazów, przy czym niektóre z nich są zbliżone formą graficzną i fonetyczną do wyrazów istniejących w języku polskim, tzn. możliwe jest ich odczytanie, natomiast wyrazy pozbawione są sensu. Tempo i poprawność czytania pseudowyrazów określa się podając liczbę poprawnie dekodowanych wyrazów w ciągu 1 minuty (wskaźnik tempa) oraz wskazując proporcję poprawnie przeczytanych wyrazów do wszystkich przeczytanych w ciągu minuty (wskaźnik poprawności). Test odwołuje się do sfery percepcji wzrokowej i fonologicznego aspektu procesu czytania. Ze względu na przypadkowy charakter dekodowanych słów test jest odporny na pojawiające się efekty pamięciowe. Kwestionariusz jest oficjalnym narzędziem diagnostycznym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i jest rozpowszechniany wyłącznie przez Pracownię Testów PTP [12].

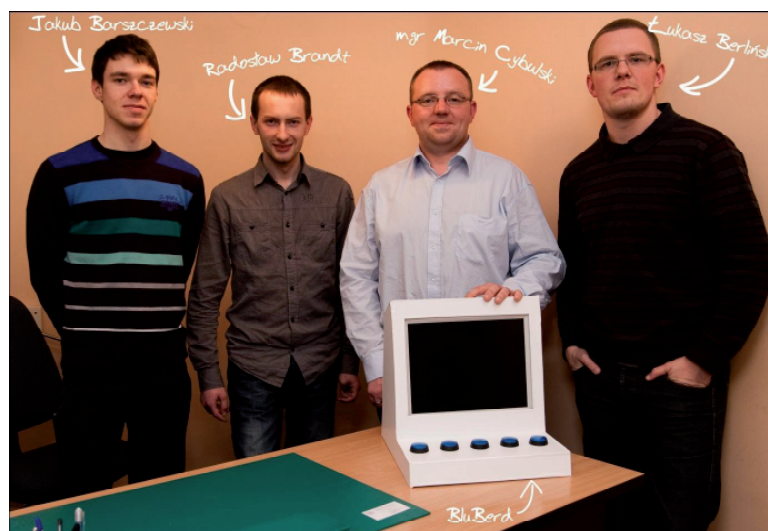
System umożliwił ma zbieranie i rejestrowanie anonimowych danych z poszczególnych pomiarów. Gromadzenie informacji w pamięci wewnętrznej urządzenia umożliwi analizę statystyczną i stworzenie jeszcze bardziej szczegółowych norm dla danej populacji – przy odpowiednio dużej liczbie rekordów możliwe będzie stworzenie baz danych z normami nawet dla pojedynczego miasta czy nawet szpitala lub poradni. Pozwoli to na jeszcze bardziej trafną diagnostykę. W przypadku wykorzystania sieci wewnętrznej jednostki z możliwością kontaktu z siecią zewnętrzną pobieranie danych będzie się odbywało automatycznie, w przypadku braku kontaktu urządzenia z ogólnosięciowym systemem Internet – za pomocą portu USB, w który wyposażone jest urządzenie. Przesyłanie danych i aktualizacja będą się odbywały zwrótnie z wykorzystaniem tych samych systemów.

Tak skonfigurowany System „BluBerd” jest więc systemem samodoskonalącym się i z powodzeniem będzie mógł być stosowany w szpitalach, poradniach, klinikach, gabinetach stomatologicznych i kosmetycznych, wykonujących zabiegi i badania diagnostyczne w znieczuleniu. Im więcej osób będzie z niego korzystało, tym wyniki stawać się będą bardziej wymierne, a system bardziej doskonały.

Bibliografia

1. Ogg T.W.: An assessment of postoperative outpatient cases. *British Medical Journal* 1972; 4:573-766.
2. Correa R., Menezes R.B., Wong J., Yogendran S., Jenkins K., Chung F.: Compliance with postoperative instructions: a telephone survey of 750 day surgery patients. *Anesthesia* 2001; 56(5):481-484.
3. Larsen R.: Anestezjologia. Elsevier Urban&Partner; Wrocław 2003; rozdział 35: „Znieczulenie ambulatoryjne”, s. 953.

4. Sauer A.M., Kalkman C., van Dijk D.: Postoperative cognitive decline. *Journal of Anesthesia* 2009; 23:256-259.
5. Vargo J. J.: Doc, Can I Drive Home? *American Journal of Gastroenterology* 2009; 104:1656-1657.
6. Chung F., Assmann N.: Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort. *Anesthesia & Analgesia* 2008;106:817-20.
7. Riphhaus A., Gstettenbauer T., Frenz M.B, Wehrmann T.: Quality of psychomotor recovery after propofol sedation for routine endoscopy: a randomized and control study. *Endoscopy* 2006; 38 (7): 677-683.
8. Łuczak A., Najmiec A.: Badania sprawności psychofizycznej kierowców wypadkowych i bezwypadkowych w aspekcie prewencji wypadkowej i zwiększania kultury bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009.
9. Metodyka psychologicznych badań kierowców. Wersja znowelizowana. Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa 2003.
10. Buhusi C.V., Meck W.H.: Functional and neural mechanisms of interval timing. *Nature Reviews Neuroscience* 2005; 6(10):755-65.
11. Płotek W., Cybulski M., Kluzik A., Grześkowiak M., Drobnik L.: Psychomotor function and interval timing in patients receiving intravenous anesthesia for diagnostic procedures. Poznań 2011.
12. Łatysz (Czytanie sztucznych wyrazów), Bogdanowicz M. [W:] Diagnostyka dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej, Marta Bogdanowicz M, Jaworowska A., Krasowicz-Kupis G., Matczak A., Pelc-Pękala O., Pietras I., Stańczak J., Szczerbiński M. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009, 55-67.



Rycina 1. BluBerd, Zespół Krejzi Dżepetto Team wraz z Marcinem Cybulskim.



Rycina 2. Dr Włodzimierz Płotek przy urządzeniu „BluBerd”.

*Marcin Cybulski
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

*Maria Grzymińska-Cybulska
Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu
Wyższa Szkoła Umiejętności Społecznych w Poznaniu*

*Piotr Joachimiak
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Psychiatra – psycholog – kierowca leczony psychiatrycznie. Diabelskie trio, czy zagubieni w przestrzeni?

Trudno jest oczywiście udzielić jednoznacznej odpowiedzi na tak postawione pytanie, na pewno jednak żaden z tytułowych bohaterów nie znajduje się w sytuacji klarownej i jednoznacznej. Z jednej strony wymaga się od lekarzy i psychologów pracujących z pacjentami psychiatrycznymi udzielania jednoznacznych odpowiedzi na pytanie „Czy pacjent może prowadzić pojazd?”, czyli de facto ferowania wyroków dotyczących bezpieczeństwa drogowego pacjenta i jego otoczenia, z drugiej strony – niespójność przepisów i brak porozumienia między środowiskami rozważań na ten temat nie ułatwiają, prowadząc tym samym do tytułowego zagubienia w gąszczu aktów prawnych i nieprecyzyjnych wytycznych. Z jednej strony więc dylemat bezpieczeństwa ogółu – z drugiej obawa przed niesłusznym „karaniem”. Pacjent, umieszczony zaś gdzieś między młotem a kowadłem, nie chce być wyrzucany poza nawias społeczeństwa i poddawany ostracyzmowi poprzez uniemożliwianie mu uczestnictwa w ruchu drogowym.

Historia określania predyspozycji psychicznych i psychofizycznych pracowników przydatnych przy wykonywaniu czynności zawodowych jest historią XX wieku. Już w pierwszej dekadzie stulecia z nurtu psychotechnicznego wyłoniły się pierwsze unormowania prawne dotyczące kierowców, jednak dopiero lata 60. przyniosły regulacje skutkujące cofnięciem uprawnień do prowadzenia pojazdów z uwagi na stan psychiczny lub fizyczny kierowcy [1]. Konieczność ochrony interesu społecznego, polegająca na podejmowaniu działań zmierzających do znacznego ograniczenia zagrożeń dla bezpieczeństwa obywateli, już wtedy skłoniła ustawodawcę do podjęcia działań na rzecz ograniczenia – w pewnych, ściśle określonych przez prawo wypadkach – prawa jednostki do prowadzenia pojazdów. Jak zauważa się w literaturze przedmiotu, źródłem błędów w prowadzeniu

pojazdów może być psychika kierującego [2], jego osobowość, szybkość reakcji, umiejętność właściwej oceny sytuacji, a także skłonność do zachowań ryzykownych i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Bezsprzecznie, z tego powodu, ustawodawca nałożył na pewne podmioty obowiązek poddania się badaniom psychologicznym, prowadzonym według ogólnego zarysu metodycznego [3, 4]. Cel badania psychologicznego pozostał dotąd przez ustawodawcę wyraźnie wskazany, jak wynikało bowiem z brzmienia przepisu art. 124 ust. 1. Prawa o ruchu drogowym było nim orzeczenie o istnieniu lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem. Skierowanie na badania niekiedy uzasadnione było uporczywością naruszania przepisów ruchu drogowego, co postrzegano jako okoliczność potencjalnie wskazująca na istnienie przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, wynikająca z nieprzystosowania, polegającego na braku szacunku dla drugiego człowieka i dla prawa¹.

Na mocy art. 125 pkt 10 lit. j ustawy z dnia 05 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami², z dniem 11 lutego 2012 roku uchylony został Rozdział 4. Działu IV ustawy z dnia z 20 czerwca 1997 roku Prawo o ruchu drogowym³, zatytułowany „Sprawdzanie stanu zdrowia i predyspozycji psychicznych do kierowania pojazdami”. Obowiązujące od lutego 2012 roku zasady prowadzenia działalności w zakresie uzyskiwania uprawnień i badań psychologicznych, związanych z kierowaniem pojazdami, określone zostały przepisami ustawy o kierujących pojazdami. Wprowadzenie nowej regulacji stanowi doskonały moment, aby w sposób ogólny omówić dotychczasowe uregulowania prawne dotyczące przeprowadzania badań psychologicznych z zakresu psychologii transportu, które ujęte były w ustawie oraz w wydanym w drodze delegacji ustawowej, zawartej w art. 125 Prawa o ruchu drogowym, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 01 kwietnia 2005 roku w sprawie badań psychologicznych kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami oraz wykonujących pracę na stanowisku kierowcy⁴. Zwrócić, bowiem należy uwagę, że jakkolwiek ustawodawca zdecydował o zmianie przepisów, to w obrocie prawnym pozostaną orzeczenia psychologów transportu wydane na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem wejścia w życie przepisów ustawy o kierujących pojazdami.

Skupiając się na kategorii podmiotów prawa uwagę zwrócić należało na fakt, iż w myśl art. 124 ust. 1 pkt. 2, 3 i 4 Prawa o ruchu drogowym, badaniom psychologicznym podlegali „kierujący”, jeżeli: kierowali pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu⁵; przekroczyli

¹ Komentarz do art. 124 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U.05.108.908), [w:] R.A. Stefański, Prawo o ruchu drogowym. Komentarz, LEX, 2008, wyd. III.

² Dz.U. Nr 30, poz. 151 – dalej jako: ustawa o kierujących pojazdami.

³ Dz.U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 ze zm. - dalej jako: Prawo o ruchu drogowym.

⁴ Dz.U. Nr 69, poz. 622 ze zm.

⁵ Art. 124 ust. 1 pkt 2 lit. a).

liczbę 24 punktów otrzymanych za naruszenie przepisów ruchu drogowego⁶ oraz „kierujący” będący sprawcami wypadku drogowego, w którym jest zabity lub ranny⁷, jak również „kierujący” skierowani przez lekarza, jeżeli w wyniku badania lekarskiego stwierdzona zostanie konieczność przeprowadzenia badania psychologicznego⁸.

Z woli ustawodawcy, dotąd, kierowcą była osoba uprawniona do kierowania pojazdem silnikowym⁹. Skoro zatem racjonalny ustawodawca, posłużył się w treści przepisu art. 124 Prawa o ruchu drogowym pojęciem kierującego, literalna wykładnia tego przepisu prowadziła do wniosku, że podmiotem, który we wskazanych powyżej przypadkach podlegał badaniom psychologicznym, była osoba, która kierowała pojazdem lub zespołem pojazdów, a także osoba, która prowadziła kolumnę pieszych, jechała wierzchem albo pędziła zwierzęta pojedynczo lub w stadzie. Taką bowiem definicję legalną kierującego sformułowano w art. 2 ust. 20. Prawa o ruchu drogowym. Przyjęte przez ustawodawcę brzmienie przepisu rodziło wątpliwości również w praktyce, co znalazło odzwierciedlenie w orzecznictwie sądów administracyjnych. Literalne odczytywanie treści omawianego przepisu prowadzić mogło bowiem do wniosku, że badaniu należało poddać te osoby, które kierowały pojazdem silnikowym nie posiadając uprawnień, czy to z tej przyczyny, że nigdy nie ubiegały się o ich uzyskanie, czy je utraciły. Posłużenie się jednak regułami wykładni systemowej oraz celowościowej prowadziło do wniosku o niefortunnym użyciu przez ustawodawcę pojęcia „kierujący”¹⁰ oraz konstatacji, iż w istocie rzeczy chodziło o możliwość wezwania kierującego, posiadającego uprawnienia do prowadzenia pojazdów, do poddania się badaniom psychologicznym.

W praktyce psychologa transportu szczególne wątpliwości rodziła dopuszczalność przeprowadzenia badania u kierowcy z problemami psychiatrycznymi w sytuacji, gdy lekarz psychiatra nie wydał skierowania, o którym mowa w art. 124 ust. 1 pkt 4. Prawa o ruchu drogowym. Związani tajemnicą lekarską psychiatrzy postrzegali bowiem wynikające z treści wskazanego przepisu skierowanie jako sprzeczne z wymogiem dochowania tajemnicy zawodowej.

⁶ Art. 124 ust. 1 pkt 2 lit. b).

⁷ Art. 124 ust. 1 pkt 3.

⁸ Art. 124 ust. 1 pkt 4.

⁹ Art. 2 pkt 21 Prawa o ruchu drogowym.

¹⁰ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 07.03.2007 r., sygn. II SA/Go 780/06, www.nsa.gov.pl. Wyrok został wydany w okolicznościach sprawy dotyczących skierowania na badania lekarskie, na podstawie art. 122 ust. 1 pkt 4 Prawa o ruchu drogowym. Jednak zawarte w treści jego uzasadnienia motywy rozstrzygnięcia znajdują zastosowanie w odniesieniu do stanów faktycznych, o których mowa w art. 124 ust. 1 pkt 2–4 Prawa o ruchu drogowym.

Jest faktem oczywistym, że mogą istnieć przeciwwskazania do prowadzenia pojazdów mechanicznych związane z samą chorobą. Niezależnie od tego istnieją także względy farmakoterapeutyczne, mogące w istotny sposób ograniczać możliwości pracy i użytkowania pojazdów przez chorego. Część leków wykorzystywana w psychiatrii może powodować objawy uboczne w postaci pogorszenia sprawności psychofizycznej w trakcie ich stosowania, szczególnie na początku terapii. Czasami nie da się uniknąć działań niepożądanych, aby uzyskać efekt terapeutyczny u chorego. Wystąpienie i nasilenie objawów ubocznych zależy od wielu czynników, m.in. rodzaju zastosowanego leku, dawki, a także od indywidualnych cech organizmu chorego oraz rosnącej stopniowo jego tolerancji na stosowany lek. Lekarz psychiatra, którego podstawowym celem jest leczenie objawów choroby psychicznej u chorego, stoi przed nie lada problemem, gdy jego pacjent zgłasza chęć prowadzenia pojazdów podczas stosowania farmakoterapii lekami psychotropowymi. Nie dysponuje bowiem, w ramach swojego gabinetu czy oddziału, żadnymi testami, za pomocą których mógłby stwierdzić brak przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów mechanicznych, a zdaje sobie sprawę ze społecznych konsekwencji odebrania pacjentowi możliwości uczestniczenia w życiu publicznym. Są oczywiście przypadki chorych, którzy z uwagi na konieczne duże dawki przyjmowanych leków w celu opanowania choroby prezentują w sposób ewidentny objawy uboczne terapii, np. w postaci senności, dyskwalifikujące ich jako kierowców. Inna jednak sytuacja jest z pacjentami, którzy stosując leki nie ujawniają ich działań niepożądanych – co jest oczywiście korzystne z punktu widzenia terapii, lecz sprawia, że nie można u nich do końca wykluczyć występowania dyskretnych zaburzeń sprawności poznawczej i psychomotorycznej, mogących utrudnić bezpieczne prowadzenie pojazdów mechanicznych. W takich przypadkach ujawnia się konieczność zastosowania odpowiednich badań psychologicznych dla kierowców. Jest jeszcze pewna grupa chorych, która stosując leki psychotropowe, o których wiadomo, że zaburzają zdolności poznawcze i sprawność psychofizyczną, świadomie ignoruje zalecenie nieprowadzenia pojazdów, stwarzając zagrożenie w ruchu drogowym dla siebie, pasażerów i innych użytkowników drogi. Takie sytuacje wymagają od lekarza psychiatry zwrócenia uwagi chorego na problem bezpieczeństwa związany z siadaniem za kierownicą w trakcie terapii lekami koniecznymi dla utrzymania stabilnego stanu psychicznego. W dzisiejszym świecie człowiekowi trudno pogodzić się z decyzją o zaprzestaniu – czasowym lub całkowitym – prowadzenia pojazdu i nie każdy chory jest też przekonany, co do konieczności poddania się odpowiedniemu badaniu w celu potwierdzenia swojej sprawności drogowej. Nasuwa się pytanie: jak lekarz ma reagować, kiedy pacjent jest czynnym kierowcą z uprawnieniami amatorskimi, lecz ignoruje jego zalecenia, nie dostrzega potrzeby poddania się psychologicznym badaniom kierowców i chce prowadzić pojazd w trakcie farmakoterapii silnymi lekami psychotropowymi? Czy powiadomienie określonych

instytucji (np. starostwa powiatowego lub wydziału komunikacji) w takim przypadku jest obowiązkiem lekarza, czy też złamaniem tajemnicy lekarskiej? Czy działanie, tak naprawdę dla dobra chorego, może być jednocześnie działaniem krzywdzącym go?

Na te pytania powinny jednoznacznie odpowiadać przepisy prawne. Obecne regulacje ustawowe wzbudzają jednak kontrowersje zarówno w środowisku medycznym, jak i prawniczym. W szczególności spór dotyczy tego, czy art. 50 ust. 2. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zawiera zamknięty katalog sytuacji, kiedy następuje zwolnienie lekarza psychiatry z tajemnicy lekarskiej¹¹. W niejasnym stanie prawnym ujawnianie wbrew woli chorego jakichkolwiek informacji o jego leczeniu może spowodować oskarżenie lekarza o złamanie tajemnicy lekarskiej i dlatego też lekarze skupiają się głównie na próbach przekonania chorych do dobrowolnego przestrzegania ich zaleceń.

W praktyce pacjenci niekiedy sami zgłaszali się na badania psychologiczne, natomiast psycholog transportu, nie dysponując skierowaniem od lekarza, nie miał prawa w treści orzeczenia psychologicznego wskazać, że badanie zostało przeprowadzone na podstawie art. 124 ust. 1. pkt 4. ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2003 roku, Nr 58, poz. 515, z późn. zm.). Brak było podstaw do wskazania któregośkolwiek z innych przepisów, jako podstawy przeprowadzenia badania, a jednocześnie wskazanie podstawy prawnej wymuszała konstrukcja druku stanowiącego załącznik nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 01 kwietnia 2005 r. w sprawie badań psychologicznych kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami oraz wykonujących pracę na stanowisku kierowcy. W praktyce badania takie uzyskiwały status konsultacji psychologicznej kierowcy, kończącej się wypracowaniem wspólnego (lekarsko-psychologicznego) stanowiska dotyczącego warunków prowadzenia pojazdu przez osobę konsultowaną. Opis takiego przypadku wraz z objaśnieniami lekarskimi i psychologicznymi znajduje się w końcowej części niniejszego rozdziału.

Z dniem 11 lutego 2012 r., na mocy przepisów ustawy o kierujących pojazdami, badaniu psychologicznemu przeprowadzanemu w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, zwanemu „badaniem psychologicznym w zakresie psychologii transportu”, podlegać będzie osoba posiadająca prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem, jeżeli w wyniku badania lekarskiego tej osoby została stwierdzona możliwość istnienia poważnych przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem¹². Jak zatem się wydaje, problem ten przestanie być aktualny, bowiem

¹¹ por. szerzej J. Duda, Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Warszawa 2009, s. 242-243.

¹² Art. 82 ust. 1 pkt 5 ustawy o kierujących pojazdami.

ustawodawca nie wskazuje, iż podstawą przeprowadzenia badania psychologicznego jest skierowanie lekarskie. Wątpliwości budzić jednak może, czy jest to rozwiązanie wystarczające, bowiem w tym przypadku brak również formalnego impulsu inicjującego wykonanie badania psychologicznego. Związany tajemnicą lekarską psychiatra nie będzie miał bowiem prawa ujawnić zaistnienia, w danym przypadku, poważnych przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem. Stąd też obowiązek poddania się badaniom psychologicznym przez takie osoby nie będzie możliwy do wyegzekwowania.

W dalszej części przedstawimy przypadek Pana Tomasza, który ze względu na postawioną diagnozę i sugestie psychiatry zdecydował się na konsultację psychologiczną, więc zarówno opisywane wydarzenia, jak i procesy diagnostyczne miały miejsce. Głównym celem prezentacji przypadku Pana Tomasza jest ułatwienie zrozumienia modelu postępowania z pacjentem psychiatrycznym. Jednocześnie zastrzegamy sobie prawo do popełniania błędów – niniejszy schemat postępowania został wypracowany na podstawie doświadczeń, nie ma zaś umocowania naukowego ani prawnego. Wciąż nierozwiązaną zdaje się być kwestia statutu konsultacji psychologicznej po diagnozie psychiatrycznej, stąd też – również subiektywnie oceniane – rozwiązanie, polegające na opracowaniu trójstronnego kontraktu pomiędzy kierowcą, lekarzem i psychologiem, w myśl którego pacjent podlega procesom terapeutycznym, co warunkuje utrzymanie statusu kierowcy, lekarz prowadzący pacjenta jest jednocześnie ciałem nadzorczym, natomiast psycholog podejmuje ostateczną decyzję o poinformowaniu właściwych organów w przypadku przerwania leczenia. Racjonalnym zdaje się być zaangażowanie w tę procedurę również lekarza z uprawnieniami do badania kierowców. Zarówno sposób przekazywania tej informacji organowi, jak i jej podstawa (a w zasadzie brak – nie konsultujemy wszak pacjenta powtórnie po przerwaniu leczenia psychiatrycznego) wzbudzają wiele kontrowersji, nie tylko w środowisku psychologów transportu, ale również i lekarskim. Ustawodawca nie dookreśla jednak precyzyjnie, w jaki sposób informacja ma zostać przekazana organom nadzorującym wydawanie, zatrzymywanie i odbieranie uprawnień do prowadzenia pojazdów, celem nadrzędnym staje się zaś w tym momencie bezpieczeństwo ogółu użytkowników dróg.

W przytoczonym poniżej przypadku pana Tomasza B. mieliśmy klarowną sytuację, gdy pacjent rozumiał powagę swojej sytuacji, tj. leczenia lekami psychotropowymi i sam poddał się badaniom psychologicznym, aby sprawdzić swoje zdolności do kierowania pojazdem, będąc jednocześnie pod działaniem leków psychotropowych. Nie zmienia to, niestety, faktu, że istnieje problem braku konkretnych procedur, które mogłyby być użytecznym narzędziem dla lekarza i jednocześnie odpowiedzią na przytoczone wyżej pytania. Takie procedury mogłyby scalić działania pacjenta, leczącego go psychiatry, psychologa transportu, a także – w razie konieczności – innego uprawnionego lekarza, w celu weryfi-

kowania zdolności pacjenta do prowadzenia pojazdów. Jest to dość trudne zadanie legislacyjne z uwagi na ogrom przepisów rozproszonych po wielu ustawach. Jednocześnie jest to tylko część szerszego problemu, obejmującego wiele innych sytuacji klinicznych (objawy otępienia, urazy czaszkowo-mózgowe z padaczkami de novo, poważne dysfunkcje serca, itp.), w których powstaje pytanie, czy pacjent może niezarobkowo prowadzić pojazdy mechaniczne. Problem ten nie nowy, ale wciąż nie do końca rozwiązany.

Opisywany pacjent to pan Tomasz B.*, lat 35, przyjęty do szpitalnego leczenia psychiatrycznego z powodu znacznego pobudzenia psychofizycznego, dziwaczności zachowań oraz hiperaktywności, narastających w przeciągu kilku tygodni. Chory wcześniej nigdy nie był ani diagnozowany ani leczony psychiatrycznie. W badaniu zwracał uwagę podwyższony nastrój pacjenta i jego poczucie dużych możliwości twórczych, wypowiedzi o charakterze urojeń wielkościowych oraz podwyższony napęd psychofizyczny. W toku diagnostyki rozpoznano u pacjenta epizod maniackalny w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Zastosowano farmakoterapię w postaci kwasu walproinowego i olanzapinum. Pacjent początkowo reagował na leki nieco wzmożoną sennością w ciągu dnia i wydłużonym snem w trakcie spoczynku nocnego. W trakcie terapii na oddziale obserwowano jednak stopniowo rosnącą tolerancję na uboczne objawy zastosowanych leków. Możliwości adaptacyjne pacjenta zostały potwierdzone później badaniami psychologicznymi kierowców. Pacjent opuścił szpital we względnie wyrównanym stanie z zaleceniem dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym. Zalecono także pacjentowi nieprowadzenie pojazdów mechanicznych z powodu zażywanych leków (olanzapinum i kwas walproinowy). Z uwagi na zgłaszaną przez pacjenta konieczność korzystania z samochodu w celu dojazdu do pracy, zalecono konsultację u psychologa transportu i poddanie się badaniom psychologicznym dla kierowców w celu określenia poziomu sprawności psychomotorycznej i poznawczej niezbędnej do prowadzenia pojazdów. Pacjent jest kierowcą z uprawnieniami amatorskimi, posiada prawo jazdy kategorii B. Przekazane zalecenie zrozumiał i zgłosił się na wskazaną konsultację.

Dnia 12 września 2011 roku Pan Tomasz B., zam. w Poznaniu, w oparciu o sugestie lekarskie został poddany psychologicznym badaniom kierowców. Badanie rozpoczęło się o godz. 11.00.

W dniu badania psychologicznego pacjent uzyskał wyniki pozwalające na dopuszczenie go do ruchu drogowego. Po przyjęciu porannej dawki walproiny badany uzyskał ponadprzeciętne wyniki w Teście Matryc Ravena (wersja Standard). Zauważalny był jednak spadek wydajności procesów uwagowych osoby badanej w trakcie wykonywania ostatniej serii testu (tj. po ok. 30 minutach od rozpoczęcia badania narzędziem). Badania funkcji Testem Tablic Poppelreutera nie wykazały deficytów uwagi i zaburzeń pamięci operacyjnej w standardowym czasie badania (3 minuty) – kierowca uzyskał wynik wysoki (WS=32, WP 10

sten). Nie wzbudzały wątpliwości również wyniki pozostałych procedur diagnostycznych – m.in. badań miernikiem czasu reakcji, aparatem krzyżowym, wirometrem, a także stereometrem, noktometrem i pierścieniem Landoldta. W trakcie rozmowy pacjent wypowiadał się rzeczowo, z dystansem i powagą podchodził do badania i choroby; w trakcie badania rozumiał instrukcje i niezwłocznie przystępował do realizacji założeń, pracował w tempie umiarkowanie szybkim i ze sporą precyzją.

Na podstawie zastosowanych narzędzi i procedur diagnostycznych wyciągnięto następujące wnioski:

- prowadzenie pojazdów mechanicznych możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku kontynuowania terapii dotyczącej choroby podstawowej
- podstawowa diagnostyka sprawności intelektualnej, sprawności procesów poznawczych oraz sprawności psychomotorycznej nie wykazała zaburzeń i deficytów w tych obszarach (wyniki w obrębie normy lub powyżej)

oraz zaproponowano osobie badanej następujące wskazania odnośnie do funkcjonowania w ruchu drogowym:

- przy aktualnym schemacie farmakoterapii dopuszczalne aktywne uczestnictwo w ruchu drogowym, z pominięciem przejazdów nocnych (po przyjęciu olanzapinum)
- unikanie tras długich, trudnych, wymagających pod względem technicznym; sugerowane trasy krótkie, miejskie, o charakterze dojazdowym i czasie przejazdu nie przekraczającym 20–30 minut; trasy dłuższe dopuszczalne pod nadzorem innego doświadczonego kierowcy
- zalecana daleko posunięta ostrożność w przypadku manewrów wymagających dużej sprawności psychomotorycznej i wykorzystania zasobów uwagi oraz przy dużym natężeniu ruchu
- unikanie prowadzenia pojazdów mechanicznych w sytuacjach o charakterze stresogennym, w stanie zmęczenia, subiektywnie ocenianym gorszym samopoczuciu oraz w przypadku wystąpienia jakichkolwiek innych niepokojących objawów
- w przypadku wystąpienia zdarzeń o charakterze stresogennym w sytuacji kierowania pojazdem (popelnione błędy, sytuacje zagrożenia) zalecana jest przerwa w prowadzeniu pojazdu o długości niezbędnej do wygaszenia negatywnego pobudzenia
- unikanie nadmiaru bodźców rozpraszających uwagę w trakcie prowadzenia pojazdu (absorbujące rozmowy z pasażerami, książki w wersji audio, CB radio, rozmowy telefoniczne, nawet z wykorzystaniem zestawu głośnomówiącego, palenie tytoniu, picie napojów i spożywanie posiłków)

- zalecana daleko posunięta dbałość o higienę psychiczną, a także ogólną sprawność fizyczną

* dane pacjenta i okoliczności konsultacji zostały zmienione przez autorów.

Bibliografia

1. Bąk-Gajda D., Bąk J.: Psychologia transportu i bezpieczeństwa ruchu drogowego. Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa 2010.
2. Kotowski W.: Prawo o ruchu drogowym. Komentarz, Wolters Kluwer Warszawa 2011, s. 1115.
3. Metodyka psychologicznych badań kierowców. Wersja znowelizowana. Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa 2003.
4. Mitas A.W., Bugdol M., Ryguła A.: The psychophysiological determinants of professional driving skills in relation to traffic safety. *Transport Problems* 2009; 4 (1): 87-94.

Wsparcie psychologiczne w praktyce medycznej w kontekście medycyny ratunkowej

Dopasowanie odpowiedniej interwencji medycznej, psychologicznej i pomocy społecznej osobom poszkodowanym w różnego rodzaju wypadkach i katastrofach wydaje się być zadaniem trudnym ze względu na różnorodne potrzeby i stan tych osób. Mimo to można wskazać kilka podstawowych zasad odnośnie do kontaktu z poszkodowanymi, które pomagają zmniejszyć obciążenie psychiczne poszkodowanych, a służbom medycznym zachować spokój lub szybciej wrócić do równowagi, także po wyjątkowo trudnych sytuacjach. Zasady wsparcia u poszkodowanych po trudnych wydarzeniach służyć mają nie tylko dobru poszkodowanych, ale także ułatwiać pracę służbom medycznym. Dobrze przeprowadzona interwencja wspierająca ułatwia kontakt z poszkodowanym i zwiększa szansę na efektywną współpracę. Ale także zmniejsza poczucie bezradności u służb medycznych, które, będąc świadkami silnych emocji u poszkodowanych i ich rodzin, nie potrafią czasem znaleźć adekwatnych sposobów rozmowy i postępowania.

Prezentowana praca podsumowuje zagadnienia wsparcia psychologicznego wobec poszkodowanych, szczególnie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i krótko po niej, a także zwraca uwagę na sposoby zmniejszenia obciążenia psychologicznego służb medycznych w takich sytuacjach.

Reakcje kryzysowe

Zachowanie ludzi w trudnych i nowych sytuacjach uzależnione jest w dużej mierze od tego, jak dobrze potrafią radzić sobie ze stresem. Autorzy badań nad istotą stresu podkreślają, że tym lepiej funkcjonujemy w stresie, im więcej mamy zasobów fizycznych (np. zdrowie), materialnych (np. pieniądze), społecznych (np. rodzina, przyjaciele) i psychicznych (np. optymizm, poczucie humoru) [1]. Te zasoby są bardzo istotne dla zachowania równowagi psychicznej. Jeśli zasoby te zostaną uszczuplone, np. w wypadku tracimy nagle i niespodziewanie zdrowie, z czasem także przestajemy wierzyć w nasze szczęście (spadek optymizmu) i uszczuplają się zasoby materialne, zachowanie równowagi psychicznej będzie nie lada wyzwaniem. Utrata tej równowagi wiąże się z poczuciem bezradności i zagubienia w tej nowej, trudnej sytuacji. Osoba w tym stanie nie wie, jak ma

dalej postępować i często działa „na oślep”. Przeżywa przy tym duże nasilenie emocji – łatwiej niż wcześniej popada w złość, szybciej się poddaje lub częściej chce się jej płakać. Konieczne staje się wprowadzenie zmian funkcjonowania lub podjęcie ważących w skutkach decyzji o niewiadomym rozwiązaniu.

Powyższy stan wskazuje na przeżywanie kryzysu. Kryzys psychologiczny jest stanem zachwiania równowagi psychicznej, w odpowiedzi na bodźce ocenione jako zbyt trudne do poradzenia sobie z nimi. Kryzys często jest momentem, kiedy zawodzą znane i skuteczne dotychczas sposoby funkcjonowania. Stąd bardzo często, by przezwyciężyć kryzys potrzebna jest pomoc z zewnątrz pod postacią wsparcia innych osób [2].

Stan kryzysu może być skutkiem doświadczenia bardzo stresującej sytuacji, np. wypadku. W efekcie mogą pojawić się różnorodne reakcje: ludzie mogą być oszołomieni, zdezorientowani, w stanie szoku. Często w ich przeżywaniu obecne są elementy rozszczepienne, związane z działaniem mechanizmów obronnych psychiki, takie jak derealizacja – wrażenie, że „to nie dzieje się naprawdę, to musi być sen”, depersonalizacja – „to nie mi się przytrafia, oglądam to z boku”, czy odrętwienie emocjonalne – „widzę, co się dzieje, ale nic nie czuję” [3]. Należy dołożyć starań, by osoby pogrążone w rozpacz lub panice nie zostawały w takich momentach same.

Reakcje, które mogą pojawić się w wyniku przeżycia wypadku lub innego trudnego doświadczenia związanego z lękiem o własne życie lub życie najbliższych to:

- zjawiska rozszczepienne: depersonalizacja, derealizacja, amnezja, odrętwienie emocjonalne
- wtępy myślowe (intruzje) – intensywne, wyraziste wspomnienia, sny koszmarne, natrętne odtwarzanie wydarzeń
- unikanie ludzi, izolowanie się
- pobudzenie – nieopanowana złość, zachowania agresywne i auto-agresywne, pobudliwość
- niepokój – obezwładniające poczucie zagrożenia, poczucie bezbronności, bezsilności
- reakcje depresyjne – utrata sensu życia, utrata zainteresowania czymkolwiek, stałe zmęczenie, zanik aktywności
- nadużywanie leków, alkoholu
- ostre zaburzenia stresowe (ASD)
- zaburzenia psychotyczne – halucynacje, dziwaczne interpretacje, wyobrażenia, katatonia
- nasilone reakcje żałoby
- zły stan fizyczny
- zaburzenia funkcjonalne
- u dzieci: zatrzymania i regresje rozwojowe.

Wsparcie w kryzysie

Wsparcie psychologiczne to działania wobec osób potrzebujących, ułatwiające im przezwyciężenie stanu kryzysu poprzez dostarczenie – w miarę możliwości – potrzebnych przedmiotów lub zachowań (wsparcie rzeczowe i instrumentalne), informacji (wsparcie informacyjne) oraz empatycznego zwrócenia się ku potrzebującym i dodania otuchy przed nadchodzącą przyszłością (wsparcie emocjonalne i duchowe). Wszystkie te rodzaje wsparcia przekładają się na zwiększenie komfortu osoby potrzebującej poprzez zwiększenie orientacji w sytuacji i zmniejszenie napięcia emocjonalnego, a także subiektywnego poczucia zagrożenia.

Osoby potrzebujące wsparcia psychologicznego to najczęściej osoby w dłuższej lub krócej istniejącym kryzysie psychologicznym. Są to więc takie osoby, których słowa lub zachowania wskazują na psychiczną dezorganizację, poczucie zagubienia i bezradności. Kryzys może być wynikiem przeżycia jakiegoś trudnego doświadczenia, ale także przeżywania przełomowego momentu w życiu, w którym podjęcie słusznej decyzji wydaje się być kwestią bardzo istotną. Niezależnie od tego, czy kryzys trwa krótko a jego przejawy są mało nasilone, czy też jest długotrwały i potężnie dezorganizuje normalne funkcjonowanie nie tylko osoby go doświadczającej, ale także całej jego rodziny, wsparcie społeczne osób bliskich lub profesjonalistów opisywane jest jako najskuteczniejsze narzędzie w pokonaniu kryzysu [1, 3, 4].

Wbrew powszechnej, choć może nie do końca uświadomionej opinii, głównym celem wsparcia wcale nie jest wyłączenie poszkodowanego. Dobre wsparcie uczy osobę potrzebującą, jak można radzić sobie w tego typu sytuacjach. Osoba wspierająca dostosowuje skalę świadczonej pomocy do stanu psychofizycznego poszkodowanego, ale stara się go nie wyręczać we wszystkim. Przeciwnie – może podpowiadać, motywować i dopingować do podjęcia samodzielnych działań, gdyż tylko one pomogą osobie w kryzysie odzyskać poczucie kontroli nad własnym życiem i poczuć satysfakcję z samego siebie. Wyręczając można szybko zażegnać problem, jednak to doświadczenie niczego nie uczy i nijak nie wzmacnia. A kryzys to stan opisywany jako szansa rozwojowa, jako moment przełomowy, który może wynieść człowieka na wyższy lepszy poziom życia lub też stać się przyczyną coraz gorszego funkcjonowania [2].

Kolejnym niesamowicie obciążającym przekonaniem, zniechęcającym do podjęcia prób udzielania wsparcia, jest poczucie, że jako osoba wspierająca jesteśmy odpowiedzialni za zniwelowanie trudnego stanu osoby w kryzysie i poprawę jej samopoczucia. To błędne przekonanie czyniłoby wsparcie dla osób w żałobie niemalże niewykonalnym. Jak bowiem zmienić sytuację osoby, która kogoś straciła? Jak poprawić jej samopoczucie? Smutek, żal i wycofanie, ale także gniew i pobudzenie są normalnym i naturalnym reagowaniem w tego typu sytuacjach. Stłumienie ich poprzez źle pojęte wsparcie („Nie płacz, weź się w garść”), spo-

wodowałyby zaburzenie przebiegu żałoby. Celem wsparcia w żałobie nie jest krótkotrwała poprawa samopoczucia, ale pozwolenie osobie na przeżycie tych wszystkich trudnych emocji, które się wtedy pojawiają [5].

Zamiast tłumienia emocji, za główną cechę wsparcia przyjmuje się przyzwolenie na to, by osoba wspierana zachowywała się tak jak chce, o ile jest to dla niej w tych warunkach bezpieczne i korzystne. Nie można zatem przyzwalać na zachowania krzywdzące siebie lub innych. Nie warto także zachęcać do mówienia o przykrych emocjach w miejscu, które nie zapewnia prywatności lub w takich warunkach, które wiązać się mogą z późniejszym dyskomfortem wspieranego, np. przy podwładnych lub tuż przed koniecznością podjęcia ważnej decyzji. W pozostałych sytuacjach wyrażania emocji przez osobę wspieraną uważa się za korzystne.

Warunkiem koniecznym do zaistnienia wymiany emocjonalnej jest stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i empatii, gdzie osoby są ze sobą w kontakcie. Kontakt zakłada skupienie się na partnerze relacji. Zazwyczaj warunkuje go kontakt wzrokowy oraz otwarta postawa ciała, wyrażająca chęć podtrzymywania relacji.

Oprócz strefy emocjonalnej bardzo ważną kwestią podczas udzielania wsparcia jest dawanie informacji. Często wsparcie informacyjne jest najważniejszym elementem, pozwalającym wspieranemu wrócić do względnej równowagi. Jest ono niezwykle istotne podczas pomocy poszkodowanym w wypadkach, a także dla tych, którzy nagle znaleźli się w nieoczekiwanej dla siebie sytuacji, np. rodzina wobec informacji o śmierci bliskiego lub bolesna diagnoza dla pacjenta [6].

Wsparcie informacyjne pozwala wspieranemu rozeznąć się w sytuacji i uzyskać kontakt z otoczeniem. Dopiero po zapoznaniu się z rodzajem zagrożenia i powagą sytuacji, w jakiej się znalazł, człowiek jest w stanie sprawdzać, czy zdoła sobie z nią poradzić. Bez informacji o rodzaju zagrożenia, nie jesteśmy w stanie bronić się przed nim i dominującym uczuciem staje się strach i bezradność.

Wsparcie nie opiera się jednak na pouczeniach i dawaniu rad, a raczej na dawaniu informacji, przyzwoleniu na wypowiedzenie się, wyrażenie bólu, złości, smutku oraz zrelacjonowaniu swoich kłopotów. Pociuszając i dając rady idziemy na ogół na skróty – udajemy, że wiemy, które rozwiązanie będzie najlepsze dla naszego rozmówcy. A prawda jest taka, że ani on, ani my często takiego idealnego rozwiązania nie znamy [7].

Wsparcie psychologiczne w praktyce medycznej

Przekazywanie niepomysłnych informacji jest dla lekarza jedną z trudniejszych rzeczy w jego praktyce. Młodzi lekarze stażyści często mają poczucie niewystarczającego przygotowania praktycznego do udzielania takich informacji pacjentom i ich rodzinom. Paradoksalnie – jak wnioskować można z zasłyszanych komentarzy – to im zlecają czasem to przykre zadanie lekarze z dłuższym stażem pracy, sami nie chcąc się tego podejmować.

Poniżej kilka zasad, według których takie przekazywanie niepomysłnych informacji, np. o śmierci, może przebiegać:

1. Przygotuj rodzinę na smutną informację miną i postawą ciała.
2. Uprzedź, że to nie będą miłe informacje: „Niestety, mam dla Państwa przykłą informację”; „Bardzo mi przykro, ale muszę Państwu przekazać...”.
3. Podaj w jednym krótkim zdaniu komunikat o śmierci. Używaj jasnych sformułowań (np. zmarł, nie żyje; nie mów np. już nie wróci, odszedł). Nie podawaj na ten moment zbyt wielu szczegółów. Osoba będąca w szoku i tak nie będzie ich w stanie w tym momencie zrozumieć – podasz je za kilka minut. Pamiętaj o poważnym i współczującym tonie głosu: „Pani ojciec nie żyje.”; „Niestety odnaleźliśmy Pana żonę – już nie żyła”.
4. Wyraż po raz kolejny współczucie! „Bardzo mi przykro”.
5. Zrób kilka sekund przerwy, by osoba zrozumiała, co właśnie usłyszała. Daj czas i miejsce na reakcje emocjonalne.
6. Osoba może zacząć pytać jak to się stało. Wyjaśnij krótko, w jednym-dwóch zdaniach, unikając zbędnych drastycznych szczegółów.
7. Powiedz (jeśli jest to prawda), że rodzina ani ratownicy i lekarze nic nie mogli już zrobić / że zrobili wszystko co mogli / że był to nieszczęśliwy wypadek / że osoba nie cierpiała.
8. Gdy osoba będzie w stanie słuchać cię dalej, nawet niepytany zacznij wyjaśniać, co się teraz stanie – podaj wszelkie informacje, które powinna teraz dostać rodzina: „W tej chwili otrzyma Pani od lekarza akt zgonu. Z tym dokumentem...”.
9. Poinformuj o konieczności wybrania zakładu pogrzebowego w celu zorganizowania pochówku – nie podawaj konkretnych nazwisk ani numerów telefonu.
10. Na jakiegokolwiek zarzuty odpowiadaj tym samym współczującym tonem głosu, mówiąc „Bardzo mi przykro”; „Zrobiliśmy wszystko co było konieczne / co w naszej mocy”; „Postępujemy ściśle według procedur”. Nie wdawaj się w kłótnie w odpowiedzi na zaczepne pytania. Nie odpowiadają agresywnie.
11. Spytaj, czy osoba chce poinformować rodzinę. Zaproponuj, by zapewniła sobie wsparcie kogoś bliskiego, jeśli jest obecnie sama.
12. Powiedz, że jeśli tego potrzebuje, może pożegnać się z mężem/ojcem itp. Nie proponuj, jeśli wygląd poszkodowanego znacznie różni się od tego za życia.
13. Spytaj, czy ma jakieś pytania i czy możesz coś dla niej zrobić.
14. Spytaj, czy potrzebuje środka na uspokojenie jeśli widzisz, że nie może sobie poradzić z emocjami (nie podawaj sam żadnych leków, jeśli nie jesteś osobą uprawnioną do podawania tych leków).
15. Poinformuj gdzie można cię znaleźć w razie, gdyby cię potrzebowała [8].

Mary Boes i Virginia McDermott [9] przeprowadziły badanie dotyczące wsparcia psychicznego koniecznego dla rodzin poszkodowanych, przewiezionych na ostry dyżur do szpitala. Wymieniają one następujące rodzaje zachowań wobec rodziny poszkodowanego, podejmowane przez personel oddziału:

- Głównym zadaniem jest zapewnienie rodzinie informacji i uspokojenie. Należy zapewnić rodzinie wszelką możliwą informację o stanie medycznym pacjenta (nawet jeśli będzie to stwierdzenie „Wykonujemy konieczne badania”). Poinformuj ich, że lekarz lub pielęgniarka porozmawia z nimi, jak tylko będzie to możliwe.
- Zachęcaj do rozmowy, by zmniejszyć lęk. Spytaj, kim są, co ich łączy z poszkodowanym, czy wiedzą, co się wydarzyło, skąd się o tym dowiedzieli, czy są inni członkowie rodziny lub znajomi, z którymi trzeba by się skontaktować.
- Jeśli brak jest rodziny pacjenta, a pacjent jest niezidentyfikowany, podejmij wszelkie możliwe środki, by go zidentyfikować i poinformować rodzinę o wydarzeniu.

Bardzo ważne i często pomijane, gdy mowa jest o wsparciu, jest postępowanie w sytuacji gdy pacjent zmarł. Boes i McDermott wymieniają następujące istotne zachowania pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego w ramach interwencji kryzysowej wobec rodziny poszkodowanego:

- Zapewnij rodzinie wsparcie emocjonalne.
- Daj możliwość bezpłatnego skorzystania z telefonu. Bądź przy nich w momencie dzwonienia do pozostałych członków rodziny.
- Jeśli rodzina życzy sobie widzieć ciało – bądź przy nich, by zapewnić wsparcie. Pomocne jest przygotować ich na to, co mogą zobaczyć, a także zapewnienie chusteczek, krzeseł lub innych przedmiotów mogących zwiększyć ich komfort.
- Wyjaśnij czekające ich formalności związane z pochówkiem.
- Upewnij się, że przedmioty osobiste pacjenta zostały przekazane odpowiedniej osobie.
- Jeśli to możliwe, postaraj się zatroszczyć, by współmałżonek lub najbliższy członek rodziny zmarłego nie wracał sam do pustego domu.

Osobną kwestią jest dostarczenie wsparcia psychologicznego poszkodowanemu na miejscu zdarzenia. Musi być ono z jednej strony odpowiednie do zapotrzebowania poszkodowanego, z drugiej zaś do możliwości służb ratunkowych, dla których najbardziej istotne będzie szybkie opanowanie stanu zagrożenia życia i zdrowia.

Jest sporo takich sytuacji z zakresu działań medycyny ratunkowej, w których nie ma miejsca na wsparcie psychologiczne. Są to głównie sytuacje nagłego zagrożenia życia oraz wypadki masowe i katastrofy. Wsparcie w bardzo ograniczonym zakresie stosowane jest wobec osób, z którymi jest ograniczony kontakt,

tj. nieprzytomnymi, z zaburzeniami psychicznymi czy po spożyciu środków psychoaktywnych. W wielu pozostałych sytuacjach można zastosować wsparcie psychologiczne w zakresie dostosowanym do zastanych warunków. Najważniejsza dla poszkodowanego tuż po wypadku jest informacja:

- kim są osoby, które się nim zajmują
- co się wydarzyło
- jakie czynności i zabiegi będą teraz podejmowane
- jakie mogą spowodować efekty.

Informacje te powinny być podawane spokojnym i pewnym tonem głosu, wzbudzającym u poszkodowanego poczucie bezpieczeństwa. Informacja nie musi być bardzo dokładna, a jedynie dająca orientację co do sytuacji („Jestem ratownikiem, zaraz Panu pomogę. Muszę Pana zbadać.”). Czasem warto poszkodowanym uświadomić, że dyskomfort wynikający z obrażeń lub zabiegów medycznych jest zjawiskiem normalnym – łatwiej będą go wówczas tolerować. Warto też dać podstawowe informacje obecnym na miejscu zdarzenia członkom rodziny.

Nie należy poszkodowanemu robić wyrzutów, oskarżać go ani co gorsza na niego krzyżeć – wyrokami i karami zajmują się sądy, rodzice i własne sumienie poszkodowanych. Istotny jest taki dobór słów, by nie wystraszyć poszkodowanego i nie formułować pochopnych diagnoz i wyroków [10, 11]. Głównym celem wsparcia na miejscu zdarzenia jest zakończenie postrzegania sytuacji jako stresogennej i rozpoczęcie etapu ocalenia.

Radzenie sobie ze stresem u przedstawicieli zawodów medycznych

Wydarzenia kryzysowe charakteryzują się wprowadzeniem dysharmonii w funkcjonowanie psychologiczne. Przejawia się to w zmianach w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym, stąd w relacjach międzyludzkich i wykonywaniu zadań mogą pojawić się procesy utrudniające ich realizację na dotychczasowym poziomie. Dotyczyć to będzie zarówno osób poszkodowanych, ich rodzin, a także przedstawicieli służb medycznych, u których kontakt z poszkodowanym może także wywołać silne emocje [12].

Co może zrobić ratownik medyczny, lekarz, pielęgniarka lub inny przedstawiciel służb medycznych po zdarzeniu kryzysowym, aby zachować spokój i dbać o swoją równowagę psychiczną? Poniżej kilka zasad ułatwiających osiągnięcie tego celu:

- zaakceptuj, że na pewne rzeczy nie masz wpływu – na strukturę organizacji, na niedostatki sprzętowe, na ograniczenia czasowe lub finansowe
- rozmawiaj z innymi współpracownikami o swoich doświadczeniach, jeśli masz na to ochotę – często to pomaga
- skorzystaj z profesjonalnego wsparcia, jeśli twój pracodawca daje ci taką możliwość

- pozwól sobie czuć się źle – przeżyłeś coś trudnego, to normalne że nie będziesz mógł przez jakiś czas działać tak samo efektywnie i że to przykre wydarzenie będzie przez jakiś czas o sobie przypominać
- daj sobie czas na powrót do normalności i pamiętaj, że okresy poprawienia mogą przeplatać się z gorszymi chwilami
- bądź świadomy, że możesz się przez jakiś czas czuć nadmiernie zaniepokojony o bezpieczeństwo swojej rodziny lub własne – to zupełnie normalne
- proś o pomoc i korzystaj z oferowanego wsparcia osób z twojego otoczenia
- nie podejmuj ważnych życiowych decyzji dopóki nie poczujesz się lepiej
- zwracaj uwagę na codzienne decyzje, które podejmujesz – to da ci poczucie że znów kontrolujesz bieg swojego życia
- daj sobie czas na robienie rzeczy, które lubisz robić
- pamiętaj o przerwach w pracy i odpoczynku
- zachowaj jak najmniej zmieniony rozkład dnia – najważniejsze jest regularne sypianie i jedzenie
- jedz zdrowo i pij dużo płynów
- tak często jak to możliwe opuszczaj teren, który jest źródłem twojego stresu
- unikaj nadużywania leków lub alkoholu – nie potrzebujesz dodatkowych problemów, jakie mogą z tego wyniknąć
- docień poczucie humoru i korzystaj z niego
- pamiętaj, że twoja rodzina przeżywa to razem z tobą – rozmawiajcie i wspierajcie się wzajemnie [13].

Wbrew pozorom powyższe zasady skupiają się w większej mierze na zwykłym codziennym funkcjonowaniu w pracy i w domu, mniej zaś na specyficznym postępowaniu z silnymi emocjami. Zakłada się bowiem, że kryzys jest stanem normalnym i przejściowym. Rzadko wymaga profesjonalnej interwencji, częściej zaś zwiększonej troski otoczenia i samego zainteresowanego, dotyczącej stworzenia bezpiecznych warunków do powrotu do równowagi.

Badanie częstości stosowania wsparcia przez ratowników medycznych wobec dzieci po wypadkach

Przeprowadzono badanie wśród ratowników medycznych dotyczące częstości i ważności stosowania wsparcia psychologicznego wobec dzieci poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Opiswane badanie było jednym z elementów badań prowadzonych w ramach rozprawy doktorskiej [14].

Autorskie kwestionariusze dla ratowników medycznych dostarczane były osobiście podczas zajęć dydaktycznych dla studentów oraz w miejscu pracy ratowników. Badani samodzielnie wypełniali jednostronicowy kwestionariusz.

Badaniem objęto 70 ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego pierwszego i drugiego roku, z czego 83% stanowili studenci na kierunku ratownictwo medyczne (58), a 17% ratownicy nie będący studentami. Wszyscy badani pracowali w zawodzie ratownika medycznego w zespołach wyjazdowych. Najkrótszy stażem pracy badany pracował 3 miesiące, najdłuższy zaś 144 miesiące (12 lat).

Większość badanej grupy to osoby, które jako członkowie zespołów ratunkowych były obecne przy wypadku drogowym z udziałem dzieci lub młodzieży do 10 razy (52%). 37% było obecnych przy takim zdarzeniu ponad 10 razy, zaś 11% nigdy nie uczestniczyło w takim zdarzeniu.

W ocenie częstości stosowania poszczególnych interwencji wobec dzieci po wypadku przez zespół ratowniczy, najwyższa ocena „zawsze lub prawie zawsze” jako wartość modalna przypadała na następujące rodzaje interwencji: „Dbałość o uczynienie całej akcji zrozumiałej dla dziecka i rodziców”; „Próba odstresowania i nawiązania emocjonalnego kontaktu z dzieckiem gdy brak jest opiekunów na miejscu zdarzenia”; „Czynności zmierzające do oszczędzenia dziecku nieprzyjemnych obrazów związanych z wypadkiem”; „Odwracanie uwagi dziecka od wypadku”.

Jako „często” stosowane interwencje ratownicy medyczni wymieniali: „Próba odstresowania i nawiązania emocjonalnego kontaktu z dzieckiem, gdy opiekunowie są obecni na miejscu zdarzenia” oraz „Poinformowanie rodziców o sposobach postępowania z dzieckiem po wypadku w celu zmniejszenia stresu”.

Najwięcej odpowiedzi „rzadko” przypadało na interwencje: „Poinformowanie rodziców o możliwych psychicznych konsekwencjach wypadku” oraz „Zostawianie uspokojenia dziecka rodzicom / opiekunom”. Zaś najwięcej ratowników medycznych oceniło jako stosowane „nigdy lub prawie nigdy” wręczenie dziecku Misia-Ratownika.

Wartości modalne inaczej rozkładały się w przypadku oceny subiektywnego poczucia istotności kolejnych interwencji. Podczas gdy te, wskazywane jako stosowane „zawsze lub prawie zawsze” oceniane były najwyżej jako „bardzo istotne”, a stosowane „często” jako „dość istotne”, to interwencje stosowane „rzadko” i „nigdy lub prawie nigdy” także zostały ocenione jako „dość istotne”. Oznacza to, że pomimo bardzo rzadkiego używania np. Misia-Ratownika ratownicy oceniają ten rodzaj interwencji jako równie ważny jak pozostałe, nawet te częściej stosowane w praktyce. Pojawia się więc pytanie dotyczące przyczyn tak małej częstości stosowania tej interwencji, ocenionej przez ratowników jako dość istotną.

Statystyka z badań prowadzonych równoległe wśród rodzin, gdzie dzieci zostały uszkodzone w wypadkach komunikacyjnych wskazuje, że tylko 9%

dzieci otrzymuje ten rodzaj interwencji psychologicznej. Potwierdzają to wyniki zebrane od ratowników medycznych, wśród których Miś-Ratownik był także najrzadziej stosowaną interwencją. Rzadkość jej stosowania nie wynika jednak – jak wskazują analizy odpowiedzi ratowników – z braku poczucia skuteczności tego rodzaju interwencji. Pojawia się więc pytanie – z czego?

Dwie spośród badanych osób wskazały w pytaniu otwartym na wykorzystywanie maskotek zdobytych we własnym zakresie. Może świadczyć to, pomimo akcji medialnej, o niedostatecznym dostępie do maskotki Misia-Ratownika.

Idea Misia-Ratownika nie zamyka się w samym akcie podarowania dziecku maskotki. Ta maskotka jest jedynie dla ratownika pretekstem, by poszkodowanemu w wypadku dziecku dać coś więcej – ciepło, kontakt emocjonalny, zrozumienie. Nie ma teoretycznych podstaw ku temu, by wnioskować, że samo ofiarowanie Misia-Ratownika jest wystarczające, aby zmniejszyć stres wiążący się z wypadkiem. Ten rodzaj interwencji może być skuteczny tylko wówczas, gdy danie maskotki jest pretekstem do dania wsparcia emocjonalnego i nawiązania kontaktu. Bez tego elementu Miś-Ratownik jest tylko miłym dla oka miękkim przedmiotem, i wtedy rzeczywiście może mieć niewiele wspólnego z interwencją kryzysową. Jest oczywiste, że takiego misia można dziecku dać na wiele sposobów: można go bez słowa wcisnąć dziecku do ręki lub położyć na kolanach; można powiedzieć dziecku, by sobie wzięło misia i pokazać palcem skąd [11].

Istotną kwestią w dawaniu Misia-Ratownika jest to, czy daje się misia, czy daje się kontakt. Stąd samo stosowanie przez ratowników tego misia byłoby już dobrym krokiem, ale nie jest jednoznaczne z udzielaniem wsparcia emocjonalnego. Ponadto tego typu maskotka może spełniać inne pomocne dla ratownika medycznego funkcje, poza samym zmniejszeniem dystansu między obcym dorosłym a przestraszonym i obolałym dzieckiem. Miś-Ratownik lub inna maskotka doskonale pełni funkcję odwrócenia uwagi dziecka od przykrych i strasznych obrazów, których mogło ono przed chwilą doświadczyć. Może być także pomocna w uzyskaniu informacji wówczas, gdy zamknięte w sobie dziecko nie chce np. powiedzieć co je boli. Możemy z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że gdy dziecko wskaże „co boli Misia” będzie to adekwatne z jego własnym stanem.

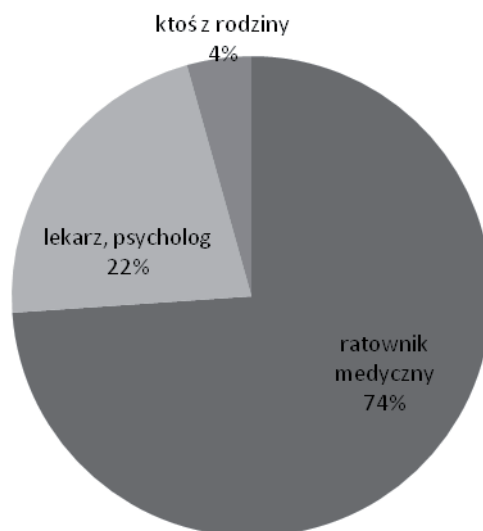
Analiza statystyczna wskazała, że długość stażu pracy nie wpływa na istotną zmianę częstości lub odczucie ważności poszczególnych interwencji. Ratownicy, którzy byli przy ponad 10 wypadkach drogowych z udziałem dzieci nie różnili się także w swych odpowiedziach dotyczących częstości stosowania i istotności poszczególnych interwencji od ratowników uczestniczących w mniej niż 10 wypadkach oraz tych nie biorących jeszcze udziału w takim zdarzeniu.

Tabela 1. Podsumowanie wartości modalnych częstości stosowania i ważności wybranych metod wczesnej interwencji kryzysowej wśród ratowników medycznych

Rodzaj interwencji	Wartość modalna częstości stosowania	Wartość modalna ważności
Dbłość o uczynienie całej akcji zrozumiałej dla dziecka i rodziców (np. informowanie o tym, co będziesz robić)	zawsze lub prawie zawsze	bardzo istotne
Próba odstresowania i nawiązania emocjonalnego kontaktu z dzieckiem, gdy brak jest opiekunów na miejscu zdarzenia	zawsze lub prawie zawsze	bardzo istotne
Próba odstresowania i nawiązania emocjonalnego kontaktu z dzieckiem, gdy opiekunowie są obecni na miejscu zdarzenia	często	dość istotne
Wręczenie Misia-Ratownika	nigdy lub prawie nigdy	dość istotne
Poinformowanie rodziców o możliwych psychicznych konsekwencjach wypadku	rzadko	dość istotne
Zostawianie uspokojenia dziecka rodzicom/opiekunom	rzadko	dość istotne
Poinformowanie rodziców o sposobach postępowania z dzieckiem po wypadku w celu zmniejszenia stresu	często	dość istotne
Czynności zmierzające do oszczędzenia dziecku nieprzyjemnych obrazów związanych z wypadkiem	zawsze lub prawie zawsze	bardzo istotne
Odwracanie uwagi dziecka od wypadku (zagadywanie, rozśmieszanie) np. w celu wykonania czynności medycznych	zawsze lub prawie zawsze	bardzo istotne

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań własnych

Kolejną badaną kwestią była opinia ratowników medycznych dotycząca tego, kto powinien podejmować działania zmierzające do łagodzenia skutków stresu na miejscu zdarzenia, a także czym zadaniem jest poinformowanie uczestników wypadku o możliwych psychologicznych następstwach i sposobach zapobiegania im. 74% badanych ratowników wskazało, że spostrzega te czynności jako zadania ratownika medycznego. 22% stwierdziło, że powinna to robić osoba pracująca na oddziale szpitalnym: lekarz lub psycholog, zaś 4% uważa, że uspokajanie i podawanie informacji należą do gość z rodziny.



Rysunek 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie, kto powinien łagodzić stres i informować o możliwych konsekwencjach. Opracowanie na podstawie badań własnych.

To kolejna kwestia, nad którą warto się przez chwilę zastanowić – dlaczego ratownicy uważając, że poinformowanie o możliwych psychicznych konsekwencjach wypadku należy do ich obowiązków, ocenia częstość stosowania tej interwencji jako „rzadko” (por. Tabela 1)? Jest to kwestia, którą warto byłoby zbadać. Na ten moment można postawić hipotezę, że badani ratownicy medyczni nie czuli się kompetentni w udzielaniu tego rodzaju informacji. Ponieważ większość z nich była studentami I i II roku ratownictwa medycznego, mogli nie zdobyć oni jeszcze w procesie kształcenia wystarczającej wiedzy z zakresu psychotraumatologii, by udzielać informacji odnośnie do reakcji psychologicznych.

Podsumowanie

Jacek Bomba napisał kiedyś słowa, które są dla mnie często punktem odniesienia: „Wydaje się, że współczesna medycyna uwzględniła już znaczenie, jakie ma doświadczenie traumatyczne dla stanu zdrowia. Autor przypuszcza tak na podstawie faktu rozwoju nowej dziedziny – medycyny ratunkowej, która zajmuje się między innymi zapobieganiem niekorzystnym następstwom nagłych wydarzeń o dużym ładunku traumatycznym” [15]. Napisał to prawie dziesięć lat temu. Można z tego wnioskować, że obszar wsparcia psychologicznego dla poszkodowanych w silnym stresie powinien być obecnie już bardzo dobrze poznany dla osób związanych z działaniami z zakresu medycyny ratunkowej.

Jednak z moich doświadczeń jako nauczyciela akademickiego wynika, że wciąż na tym polu jest sporo do zrobienia. Osoby pracujące i studiuje jednocześnie zdają się czasem traktować kwestie wsparcia psychologicznego jako niepotrzebne podążanie za „modą” na wszystko, co psychologiczne. Uczenie ich nowych sposobów rozmowy z pacjentem i poszanowania dla jego silnych emocji – naturalnych w takich okolicznościach, w jakich się znalazł, jest czasem niemałym wyzwaniem. Zdaję sobie jednak sprawę, że nauczony nowych poprawnych sposobów rozmowy z poszkodowanym student musi jeszcze chcieć je zastosować w praktyce i – co trudniejsze – robić to, mimo iż jego dłużej pracujący koledzy tak nie robią i uważają to za stratę czasu. W tym kontekście szczególnie istotne staje się nie tyle nauczanie studentów kierunków medycznych nowych odruchów, ale także, a może przede wszystkim, nowego humanistycznego myślenia o człowieku i roli medyka w ułatwieniu mu powrotu do równowagi w znaczeniu holistycznym.

Bibliografia

1. Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa, 2001.
2. Interwencja kryzysowa, Leśniak E. [W:] Wybrane zagadnienie interwencji kryzysowej, Badura-Madej W. (red.), Kraków, 1996, 55-71.
3. Dudek B.: Zaburzenie po stresie traumatycznym. Cena strachu. Gdańsk, 2003.
4. Dudek B.: Stres traumatyczny związany z pracą – skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie. Bezpieczeństwo Pracy, 2002, 11.
5. Dodziuk A.: Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby. Warszawa, 2001.
6. Myerscough Ph., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk, 2002.
7. Jedliński K., Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję. Warszawa, 1997.
8. Konieczny J., Wawrzynowicz H., Mydlarska J.: Psychologia bezpieczeństwa. Kompendium. Poznań, 2011.
9. Crisis intervention in the hospital emergency room, Boes M., McDermott V. [W:] Crisis Intervention Handbook. Assessment, treatment and research, Roberts. A.R. (red.), New York, 2005, 543-565.
10. Wawrzynowicz H., Romańczukiewicz J.: Pierwsza pomoc psychologiczna w następstwie wypadków i katastrof. Zeszyty Interwencji Kryzysowej, 2007, 77-84.
11. Wytyczne dla ratowników medycznych do udzielania wsparcia psychicznego dzieciom po wypadku drogowym, Mydlarska J. [W:] Bezpieczeństwo dzieci w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego. Ratownictwo medyczne, pomoc psychologiczna i pedagogiczna, Konieczny J. (red.), Inowrocław-Poznań, 2009, 284-292.
12. Hetherington A.: Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych. Gdańsk, 2004.

13. Traumatic Incident Stress: Information for Emergency Response Workers, CDC Workplace: Safety and Health, NIOSH, 2002, 107.
14. Mydlarska J.: Wypadki drogowe z udziałem dzieci. Ocena jakości wczesnej interwencji kryzysowej. Rozprawa doktorska, Poznań, 2009.
15. Bomba J.: Trauma i stres – znaczenie dla medycyny. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej, 2002, 4.

Hipnoza w medycynie

Hipnoza od zarania dziejów do dziś kojarzona jest ze zjawiskiem nadzwyczajnym, tajemniczym, czasem wręcz niebezpiecznym, związanym z nadużyciem. Dla jednych to popisy szarlatanów na scenie, dla innych – praktyki podejrzanych uzdrowicieli. Tymczasem w stanie hipnozy nie ma nic nadnaturalnego. Każdy z nas w stanie hipnozy znajdował się tysiące razy nie zdając sobie z tego sprawy. Nie zauważamy tego, bowiem jest to naturalny stan naszego umysłu. Wiele wykonywanych przez nas czynności ma charakter automatyczny, a kiedy działa się w sposób automatyczny łatwo jest przejść ze stanu czuwania na inny poziom świadomości: lekkiego, umiarkowanego czy nawet głębokiego transu.

Według J. Hadley'a i C. Staudachera [1] poziomy ludzkiej świadomości rozciągają się od stanu czuwania do stanu snu i jednocześnie nie istnieją sztywne granice oddzielające jeden poziom od drugiego. Autorzy przedstawiają to w postaci następującego diagramu:

Tabela 1. Poziomy świadomości jednostki a jej cechy psychiczne i fizyczne

POZIOM ŚWIADOMOŚCI	CECHY UMYSŁOWE I FIZYCZNE
Czuwanie	Normalna aktywność umysłowa Normalne odruchy i reakcje motoryczne
Fantazjowanie – lekki trans	Odprężenie ciała Zwolniony oddech i puls Wycofanie uwagi do wewnątrz Skoncentrowanie na wyobrażonej czynności, która może, ale nie musi wystąpić w rzeczywistości
Umiarkowany trans	Ograniczenie odbierania bodźców zewnętrznych Zamknięte oczy Zwiększona percepcja funkcji wewnętrznych (wegetatywnych) Zwiększona liczba bodźców odbieranych przez zmysły Aktywizacja fantazjowania Dosłowne rozumienie słów i sugestii
Głęboki trans	Dalsze zmniejszenie aktywności i energii Zwiótczenie lub zeszywnienie kończyn Zawężenie uwagi Zwiększenie podatności na sugestię Możliwość wystąpienia halucynacji Brak reakcji na bodźce słuchowe i inne bodźce zewnętrzne Aktywizacja procesów twórczych
Sen	Zawieszenie działania z własnej woli Znaczna redukcja lub nieobecność świadomego myślenia

Źródło: opracowanie własne

Trzy środkowe poziomy to te, w których zwykle następuje modyfikacja zachowania zwana indukcją hipnotyczną.

Tak więc hipnoza to inaczej stan psychiczny częściowego wyłączenia świadomości, pomiędzy snem a jawą, charakteryzujący się wzmożoną podatnością na sugestie. Termin hipnoza pochodzi od greckiego słowa *hypnos*, czyli sen.

Uzupełniając definicję hipnozy o rozmaite konteksty należy stwierdzić, że z punktu widzenia badacza: hipnoza to metoda komunikacji z nieświadomą częścią umysłu i osobowości pacjenta, polegająca na wprowadzeniu go w trans hipnotyczny i podaniu mu sugestii hipnotycznych i posthipnotycznych; z punktu widzenia hipnotyzera: hipnoza jest relacją między nim a pacjentem, w której hipnotyzer przekazuje sugestie do wykonania przez osobę hipnotyzowaną; a ostatecznie z punktu widzenia pacjenta: hipnoza to stan psychofizyczny charakteryzujący się zawężeniem koncentracji na zjawiskach wewnętrznych (wizualizacja, odczucia) lub zewnętrznych (odbieranych przez zmysły) i podwyższoną podatnością na sugestie.

Historycznie rzecz ujmując, każda kultura w tej czy innej formie korzystała ze zjawiska hipnozy. Najwcześniejsze dowody jej stosowania odnaleziono wśród szamanów (inaczej zwanych czarownikami); w prymitywnych plemionach żyjących współcześnie rola szamana uzdrowiciela jest nie do przecenienia, a ważnym elementem leczniczego działania jest trans hipnotyczny, w który wprowadza się równocześnie zarówno „lekarz”, jak i jego „pacjent”. Kolejne wieki na rozmaite sposoby spożytkowywały zjawisko transu hipnotycznego, a jego lecznicze działanie było jedną z możliwości.

W XVIII wieku lekarz Franz Mesmer odkrył przypadkowo zjawisko magnetyzmu zwierzęcego, a mesmeryzm stał się zwiastunem sugestii hipnotycznej. Mesmeryzm to teoria stwierdzająca, że świat istot żywych wypełnia tajemniczy fluid magnetyczny, który oddziałuje na wszystkie organizmy żywe. Choroby miały być spowodowane zaburzeniami w rozprzestrzenianiu się fluidu, a związki emocjonalne budowane w ramach oddziaływania fluidu jednego organizmu na drugi. Teoria Mesmera nigdy nie została zaakceptowana przez środowiska naukowe, ale stała się znaczącą podwaliną dla medycyny alternatywnej i leczenia energią, dotykiem, kamieniami i magnesami. Współcześnie Mesmer okazuje się wciąż żywy i to nie tylko w ramach terapii bioenergoterapeutycznych, ale również wśród osób, dla których parapsychologia stanowi realne i istniejące obiektywnie zjawiska. Środowiska naukowe – psychologowie, psychiatry, fizycy – nie wierzą w istnienie tajemniczego fluidu, ale przecież nadal nie mamy sensownych, jednoznacznych odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie się w sobie zakochują.

Kontynuując dociekania Mesmera markiz de Puysegur zauważył, że w rezultacie mesmeryzacji pacjenci w głębokim śnie mogą się między sobą porozumiewać (w transie hipnotycznym). Z kolei neurolog Jean-Martin Charcot (1825–1893) opisał hipnozę jako stan hysterii i zakwalifikował ją jako nienormalną aktywność neurologiczną (formę psychopatologii).

Działalność Zygmunta Freuda to przełom w dziejach hipnozy, stosowanej przez niego regularnie, z nastawieniem na osiągnięcie jasno określonych celów – usuwanie objawów nękających pacjenta. Obserwacje pacjentów w stanie hipnotycznym pozwoliły odkryć istnienie nieświadomości uważanej przez niego za główne źródło psychopatologii. W stanie indukcji hipnotycznej mógł kontaktować się z nieświadomą warstwą osobowości pacjenta odpowiedzialną za objawy chorobowe i z biegiem czasu osiągać sukces. Wkrótce jednak odrzucił hipnozę jako narzędzie odblokowywania stłumionych wspomnień, decydując się w zamian na technikę wolnych skojarzeń i interpretacje snów. Wraz z rozwojem psychoanalizy hipnoza straciła na popularności. Z biegiem lat stan ten jednak uległ zmianie.

Od początków lat pięćdziesiątych XX wieku hipnozę uważa się za wysoce efektywne narzędzie modyfikacji zachowania, a także leczenia (zalicza się ją do objawowych technik psychoterapeutycznych) [1].

Prekursorem zastosowań hipnozy w psychologii klinicznej i hipnoterapii był Milton Hyland Erickson. Na podstawie jego warsztatu pracy amerykański psycholog Richard Bandler i lingwista John Grinder opracowali Model Milтона, który stał się podstawą odkrytego przez nich programowania neurolingwistycznego (NLP).

Erickson uznany został przez terapeutów za czołowego eksperta w dziedzinie współczesnej hipnozy medycznej. Napisał ponad sto prac z dziedziny hipnozy; nauczał hipnozy oraz praktykował w latach 1920–1980. Badając hipnozę, Erickson próbował odnaleźć w niej systematycznie występujące wzorce. Erickson respektował nieświadome aspekty funkcjonowania pacjenta. Przyjmował, że nawet za najdziwaczniejszymi zachowaniami kryją się pozytywne intencje i że jednostki podejmują najlepsze, dostępne im w danym momencie, wybory. Celem jego pracy było dostarczenie ludziom większej liczby możliwych wyborów. Przyjmował również, że na pewnym poziomie każdy posiada zasoby potrzebne do dokonania zmian. Znaczenie działalności Milтона jest ogromne. Wywarł wpływ na postać dzisiejszej hipnozy medycznej. Fantastyczne użycie głosu, umiejętności obserwacyjne połączone z wiarą w pacjenta i jego podświadome zasoby – to wszystko czyni z Ericksona jednego z najbardziej wpływowych hipnotyzerów w historii [2].

W przeciwieństwie do innych form hipnozy ericksonowska różni się od pozostałych wieloma parametrami, które czynią ją niepowtarzalnie skuteczną.

Tabela 2. Typy hipnozy i ich cechy charakterystyczne

HIPNOZA	ERICKSONOWSKA	INNE RODZAJE
ROLA TERAPEUTY	Proponuje, przypuszcza, daje możliwość wyboru, wydobywa doświadczenia i zasoby pacjenta, spożytkowuje je w procesie terapii	Kieruje sytuacją; wie czego pacjent doświadcza, mówi o tym, naucza, sugeruje „z zewnątrz”
PODEJŚCIE	Twórczy proces zależny od indywidualności pacjenta i terapeuty – współdziałanie z pacjentem (wszystko, co się dzieje, może być włączone do indukcji)	Statyczne i standardowe
STOSUNEK DO PACJENTA	Każdy może wejść w trans w odpowiedni dla niego sposób	Różne stopnie podatności poszczególnych osób
JĘZYK INDUKCJI	Przyzwalający, niedyrektywny (np. możesz zamknąć oczy)	Dyrektywny, predyktywny (np. twoje oczy się zamkną)
FORMA	Naturalna – rozmowa, bazująca na przekonaniu, że wchodzenie w trans jest własnością organizmu	Zrytualizowana, sformalizowana, zawierająca standardowy zestaw sugestii hipnotycznych

Źródło: opracowanie własne

Kolejną formą hipnozy klinicznej jest hipnoza zwana biohipnoterapią. Metoda biohipnozy dotyczy głównie leczenia uzależnień. To złożona forma oddziaływań na świadome oraz nieświadome struktury psychiki, ciało oraz wolę pacjenta, mająca na celu zablokowanie objawów i zachowań nałogowych, z jednoczesnym wyeliminowaniem objawów abstynencyjnych, co praktycznie zapobiega nawrotom choroby.

Przyznać należy, iż coraz więcej lekarzy i psychologów wprowadza do swojego warsztatu oryginalne metody oddziaływania na ciało i podświadomość, których celem jest zmiana nawyków, postaw, myślenia i emocji odbywających się w odmiennych stanach świadomości.

W ramach wzrastającej popularności naturalnych metod leczenia hipnoza ze względu na coraz szersze zastosowanie w medycynie i psychoterapii zajmuje szczególne miejsce.

Działa na większość chorób o podłożu psychosomatycznym, emocjonalnym oraz typowo somatycznym. Pozwala skutecznie redukować stres, zwiększać poczucie własnej wartości, ujarzmić nerwice, zaburzenia koncentracji i uwagi, stany depresyjne i bólowe, a także podjąć walkę z nałogami (także z zaburzeniami jedzenia). Dobrze sprawdza się również w przypadku problemów laryngologicznych, położniczych, chirurgicznych czy stomatologicznych.

Wyróżnia się następujące obszary pracy z pacjentem w hipnozie:

- Psychiatria:
 - zaburzenia depresyjne
 - zaburzenia zachowania (np. zachowania autodestrukcyjne)
 - zaburzenia nerwicowe: lęk, reakcja na stres, natręctwa, fobie, zaburzenia adaptacyjne
 - zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, neurastenia, zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
 - zaburzenia nawyków i popędów: kleptomania, piromania, wyrywanie włosów
 - trichotillomania, patologiczny hazard
 - uzależnienia (nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu)
 - zaburzenia odżywiania się
 - dysfunkcje seksualne
 - nieorganiczne zaburzenia snu (lęki nocne i koszmary senne)
 - zaniżone poczucie własnej wartości
 - problemy występujące w związkach międzyludzkich: rodzinach, małżeństwach, w relacjach zawodowych.
- Stomatologia (redukcja lęku przed zabiegiem, znieczulenie)
- Medycyna:
 - kontrola bólu
 - astma
 - zaburzenia gastryczne
 - schorzenia dermatologiczne (np. zanikowe zapalenie skóry)
 - psychoneuroimmunologia
 - choroby przewlekłe
 - ginekologia i położnictwo
 - chirurgia (przygotowanie do zabiegów chirurgicznych, znieczulenie, zmniejszenie krwawienia, szybsze ustępowanie obrzęków, zmniejszenie powikłań pooperacyjnych)
 - rehabilitacja
 - obciążające procedury medyczne (np. chemioterapia)
 - uczulenia (np. katar sienny)
- Hipnoza w pracy z dziećmi (dzieci szczególnie łatwo wchodzą w trans)
 - kontrola bólu
 - lęki, fobie szkolne
 - reakcje psychosomatyczne
 - onkologia (ból, lęk, nudności, wymioty)
 - zaburzenia zachowania i emocji, takie jak: moczenie mimowolne nieorganiczne (enuresis)

- zanieczyszczenie się kałem (encopresis) obgryzanie paznokci, ssanie kciuka, jąkanie, tiki
- zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)
- zaburzenia zachowania
- zaburzenia emocjonalne
- zaburzenia funkcjonowania społecznego [2].

W trakcie leczenia hipnozą osiągamy jasno określone korzyści. Poniżej wymienione są tylko niektóre z podstawowych zysków związanych z używaniem hipnoterapii.

Tabela 3. Przykłady zastosowań hipnozy w medycynie

Korzyści	Zastosowanie funkcji
Znieczuła	Pacjent stomatologiczny, chirurgiczny, neurologiczny – może znieczulić część ciała, by znacznie zredukować lub wyeliminować ból
Poprawia sen, redukuje stres, kontroluje przykre objawy	Pacjent redukuje stres lub eliminuje go, prze-programowuje nieświadomość, by przedłożyć i pogłębić sen
Kontroluje funkcje organiczne (np. krążenie krwi, bicie serca, oddychanie)	Pacjent zmienia parametry funkcji organicznych np. spowalnia puls
Poprawia sprawność procesów poznawczych – rozwija zdolność koncentracji, zwiększa umiejętność przyswajania wiedzy i dokładnego zapamiętywania	Pacjent zapobiega kryzysom spowodowanym skłonnością do dezorganizacji zachowania pod wpływem stresu
Wspiera naturalny poród	Pacjentka wywołuje akcję porodową w ciąży przenoszonej, panuje nad bólem, może z łatwością porozumiewać się z dzieckiem i ułatwia sobie pozytywny przebieg fazy poporodowej
Łagodzi objawy i zmniejsza efekty chronicznych dolegliwości somatycznych	Pacjent kontroluje stany zapalne narządów, skurcze mięśni, owrzodzenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M.E. Hunter, Hipnoterapia, Twórcze podejście, GWP, Gdańsk 2000, s. 71-84, 89-109, 155-175 [3].

Odrębną metodę hipnozy stanowi autohipnoza. Hipnoterapeuta naucza, w paru etapach przygotowujących pacjenta do samodzielnej pracy nad objawami, jak wchodzić w trans i skutecznie eliminować dyskomfort związany z różnymi objawami. Jako niezależna metoda hipnotyczna autohipnoza jest wykonywana i osiągana w stanie umysłu opartym na zjawiskach transowych.

Autohipnotyzer samodzielnie osiąga stan hipnotyczny i sam się sugestywnie prowadzi w transie hipnotycznym, po czym doprowadza się do stanu świadomości (może to odbywać się za pomocą uprzednio nagranych na nośnik własnego głosu wg odpowiedniego stenogramu).

W trakcie każdej indukcji hipnotycznej zachodzą w pacjencie zjawiska zwane przez Zeiga i Geary konstelacją hipnotyczną, co oznacza, że każdy pacjent przeżywa trans na swój własny, niepowtarzalny sposób. Do zestawu indywidualnych konstelacji hipnotycznych należą m. in.:

- oszczędność ruchu, reakcji i ekspresji
- zmiany w sposobie myślenia, logika transowa, dosłowność
- opóźnienie czasu reakcji, jej spowolnienie
- zmiana w przelicytaniu
- zmiana oddychania (zwolnienie, przyspieszenie, pogłębienie, spłylenie)
- zmiana tętna (widoczna na tętnicy szyjnej)
- zmiany w zachowaniu oka (żrenicowe, ostrości widzenia, mruganie, łzawienie, trzepotanie powiek, zamykanie oczu, szybkie ruchy gałek ocznych)
- powtarzanie (np. ruchów głową)
- dysocjacje (np. asymetria – prawo/lewo lub góra/dół)
- zmiany w krążeniu obwodowym
- wzmożona zdolność reagowania i porozumienia
- katalepsja (bezruch)
- maskowatość twarzy
- zmiany w orientacji w czasie (czas subiektywny płynie szybciej lub wolniej niż zegarowy)
- wzmożona aktywność ideomotoryczna i ideosensoryczna
- rozluźnienie mięśni (np. twarzy, opadanie żuchwy) [4].

Istnieją różne sposoby używania konstelacji hipnotycznych: wywołanie indywidualnej dla danego pacjenta konstelacji hipnotycznej przez odpowiednie prowadzenie indukcji, przygotowanie gruntu pod interwencję terapeutyczną: gdy pacjent demonstruje swą konstelację hipnotyczną (tzn. sygnalizuje gotowość rozpoczęcia procesu spożytkowania) terapeuta kończy indukcję i przystępuje do dalszego etapu – interwencji terapeutycznej bądź używanie pewnych aspektów konstelacji hipnotycznej w celu potwierdzenia transu.

W czasie transu hipnotycznego pacjent jest prowadzony przez terapeutę przez kolejne etapy terapeutycznego procesu, na który składają się:

1. Zasiewanie idei – kierowanie uwagi w jakąś stronę zanim jeszcze zacznie się nad nią pracować (np. krótka historia, która przygotowuje grunt pod zmianę).
2. Indukcja:
 - zaabsorbowanie uwagi pacjenta (obszary słuchowy, wzrokowy, kinestetyczny, fantazji, przeszłości, wyobrażenie o przyszłości)
 - potwierdzenie tego (tak, dobrze)
 - pogłębienie
3. Praca (interwencja terapeutyczna).
4. Wyprowadzenie.

5. Dostrojenie do przyszłości (pomost pomiędzy doświadczeniem w transie a rzeczywistością pacjenta).

Ważnym elementem hipnozy jest również dawanie wsparcia pacjentowi; można przekazać je spożytkowując sugestie hipnotyczne, zjawiska transowe, tworzone dla potrzeb pacjenta opowieści, albo bajki, wskazując mu zadania do wykonania czy sugerując powstawanie nowych rytuałów. Przykładowe idee, które można przekazywać w hipnozie pacjentowi, by dać mu wsparcie, to np. myśl, że:

- „Masz przyszłość”,
- „Masz nieświadomą część”,
- „Masz zasoby”,
- „Twoje ciało należy do ciebie”,
- „Twoje emocje są twoimi sprzymierzeńcami”,
- „Możesz być zdrowszy”,
- „Możesz cieszyć się zmysłowością i seksualnością”,
- „Możesz uwolnić się od poczucia winy (nałogu, bólu)”,
- „Jesteś w stanie przeżywać pozytywne emocje”,
- „Masz wewnętrzną mądrość”,
- „Twoje granice są twoją tarczą”,
- „Możesz być częścią społeczności”[4].

Jak wynika z wyżej podanych faktów, hipnoza jest stosowana w pracy mającej na celu redukcję czy ustąpienie objawu (np. lęku, drżenia, napięcia, bezsenności itp.), ale również w szerszym obszarze zmian w zakresie złożonych jednostek nozologicznych.

Jej zastosowanie pokrywa się z obszarem innych technik psychoterapeutycznych. Hipnoza może również zwiększyć zaufanie do terapeuty, wzmocnić poczucie bezpieczeństwa, poprawić relację terapeutyczną dzięki skuteczniejszej komunikacji i ułatwić nawiązanie oraz podtrzymywanie terapeutycznego przymierza.

Zastosowanie hipnozy może mieć swoje uzasadnienie w rozmaitych formach terapii, zaczynając od indywidualnej, poprzez małżeńską, rodzinną (wówczas terapeuta pracuje z całą rodziną lub tylko z jedną osobą – ale w tym przypadku zaczyna hipnozę od innej osoby niż VIP), kończąc na grupowej (praca z całą grupą lub indywidualnie na tle grupy).

Ponieważ psychoterapia jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną nauki, bez zdziwienia przyjmujemy informację o tym, że kontrowersyjna praktyka wywoływania stanu transu przy użyciu sugestii doczekała się współczesnej przerobki w wykonaniu naukowców uzbrojonych w najnowocześniejsze narzędzia i techniki neuroobrazowania. Badacze skrzętnie zbierają dowody na to, że w sferze neurologicznej hipnoza naprawdę istnieje i działa.

Bibliografia

1. Handley J., Staudacher C.: Hipnoza. Sprawdzone techniki. GWP, Gdańsk 2002, s. 10-13.
2. Klajs K.: Możliwości i ograniczenia stosowania hipnozy w psychoterapii, <http://www.instytytericksonowski.home.pl/materiały>
3. Hunter M.E.: Hipnoterapia. Twórcze podejście. GWP, Gdańsk 2000, s. 71-84, 89-109, 155-175.
4. Polski Instytut Ericksonowski: Konstelacje hipnotyczne [za:] J.K. Zeig, B.B. Geary, materiały szkoleniowe.

Natalia Pieczyńska

Pedagog, prezes zarządu Fundacji na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi”

Joanna Nawrocka-Rohnka

Fizjoterapeuta, członek zarządu Fundacji na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi”

Dogoterapia – motywująca rola psa w procesie terapeutycznym

Dogoterapia – definicja, podział, obszar oddziaływań (Natalia Pieczyńska)

Definicja dogoterapii

Dogoterapia w Polsce nadal jest stosunkowo młodą metodą wspomaganie rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych. Co prawda samo pojęcie dogoterapii wprowadzone zostało już blisko 25 lat temu, jednak faktyczny wzrost zainteresowania terapią kontaktową z udziałem psów obserwowany jest na przestrzeni ostatnich 10 lat. W tym czasie powstały dwie organizacje, stawiające sobie za cel wyznaczenie ogólnopolskich standardów pracy w zakresie dogoterapii: Polski Związek Dogoterapii oraz jako alternatywa Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne. Żadnej z ww. organizacji nie udało się jednak zrealizować zamierzonego celu. Przyczyn tego zjawiska upatrywać należy prawdopodobnie w braku konsultacji ze środowiskiem osób pracujących w zakresie proponowanych norm i zasad, a w konsekwencji braku akceptacji środowiska względem próby narzucenia standardów, co do których miało ono znaczące wątpliwości.

Co prawda w miarę upływającego czasu zaczynają pojawiać się aspekty pracy, w których praktycy zbliżają się do siebie, jednak na dzień dzisiejszy uznać należy, iż w dalszym ciągu nie ma obowiązujących standardów i jednakowych zasad pracy. Owocuje to dużym zróżnicowaniem wśród organizacji zajmujących się dogoterapią zarówno w zakresie stosowanych metod i form, jak i wymagań stawianych osobom, które tego rodzaju oddziaływaniem miałyby się zająć.

Ową różnorodność dostrzec można choćby w zakresie definiowania samego pojęcia dogoterapii. Niemal każda z większych organizacji działających w zakresie terapii kontaktowej z udziałem psów określa własną definicję pojęcia w oparciu o posiadaną wiedzę, doświadczenie oraz sposób podejmowania działań w stosunku do podopiecznych.

Fundacja „Przyjaciel” na przykład za obowiązującą definicję uznaje: „jest to terapia kontaktowa z udziałem psa polegająca na wieloprofilowym usprawnianiu dzieci i dorosłych. Dogoterapia jest rodzajem pracy uzupełniającym szeroko rozumianą rehabilitację i nie może pozostać jedyną formą terapii a stanowi uzupełnienie całości oddziaływań terapeutycznych. Spotkania z psami (a także z innymi zwierzętami) mogą przyjmować różne formy. Mogą to być spotkania jednorazowe lub ciągłe, mające na celu dostarczenie pozytywnych emocji lub na przykład kształtujące funkcje poznawcze” [1].

Fundacja „Dogtor” z kolei terapię kontaktową z udziałem zwierząt tłumaczy tak: „Dogoterapia to jedna z form wspomaganie rozwoju, terapii, rehabilitacji, przy udziale odpowiednio przygotowanego psa. Spotkania z psem w żadnym przypadku nie mogą być jedynym rodzajem oddziaływań terapeutycznych, mogą jedynie stanowić uzupełnienie kompleksowej rehabilitacji (fizycznej, psychicznej, społecznej) pacjenta” [2], natomiast Fundacja „Właśnie Tak” z Bydgoszczy posługuje się taką definicją: „Kynoterapia jest to metoda wzmacniająca efektywność rehabilitacji, w której motywatorem jest odpowiednio wyselekcjonowany i wyszkolony pies, prowadzona jest przez wykwalifikowanego terapeutę” [3].

Fundacja na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi” z Poznania w swej pracy korzysta z wypracowanej przez siebie definicji, która brzmi: „Dogoterapia to metoda wspomaganie procesu rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie, motorycznie, emocjonalnie i społecznie, w której wykorzystywane są wyselekcjonowane i specjalistycznie wyszkolone psy. Nad całością czuwa zespół terapeutyczny” [4].

Porównując choćby powyżej przytoczone definicje zauważyć można, iż wszystkie traktują dogoterapię/ kynoterapię jako obszar wspomagający działania podstawowe, którym podopieczny poddany jest na co dzień i wskazują na obecność psa. Jednocześnie sposób definiowania samego zjawiska oraz poszczególne elementy definicji znacząco różnią się od siebie.

Dla precyzyjnego zdefiniowania danego pojęcia należy dookreślić jego dwie główne składowe: definiendum – zwrot określany, definiowany; to, czego nie wiemy oraz definiens – zwrot określający; to, przy użyciu czego definiujemy [5].

W przypadku dogoterapii, rozumianej jako zorganizowane działanie podejmowane w stosunku do konkretnej grupy adresatów, czynnik definiens powinien zawierać dodatkowo informacje dotyczące odbiorcy, czynnika wyróżniającego oraz sposobu prowadzenia (przez kogo?) ww. działań. Biorąc pod uwagę powyższe wytyczne można stwierdzić, iż w przytoczonych powyżej definicjach:

- definiendum nie jest jednakowe – mamy do czynienia z dogoterapią i kynoterapią (określenia stosowane wymiennie)
- definiens jest różne – terapia kontaktowa, forma pracy, forma animaloterapii, metoda wzmacniająca, wspomaganie

- jedynie definicja Fundacji „Mały Piesek Zuzi” precyzuje odbiorców działań
- wszystkie definicje podają czynnik wyróżniający – pies, jednak Fundacja „Przyjaciel” w żaden sposób go nie precyzuje
- jedynie definicje Fundacji „Właśnie Tak!” i „Małego Pieska Zuzi” podają sposób prowadzenia działań – wykwalifikowany terapeuta vs. zespół terapeutyczny.

W wyniku przeprowadzonej wyżej analizy przytoczonych definicji, za najbardziej precyzyjną uznać można wersję opracowaną przez Fundację „Mały Piesek Zuzi” z Poznania, bowiem zawiera ona wszystkie elementy, które wyliczone zostały jako determinujące poprawność definiowanego pojęcia.

Zatem, na potrzeby tej publikacji, za Fundacją „Mały Piesek Zuzi”, dogoterapię rozumieć należy jako metodę wspomagania procesu rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie, motorycznie, emocjonalnie i społecznie, w której wykorzystywane są wyselekcjonowane i specjalistycznie wyszkolone psy. Nad całością czuwa zespół terapeutyczny.

Biorąc pod uwagę wysoki poziom merytoryczny tej Fundacji w dalszej części rozdziału powoływać się będą na wypracowane przez nią standardy.

Wspomaganie rehabilitacji i terapii

Przyjęta powyżej za obowiązującą definicja zakłada, iż dogoterapia jest metodą wspomagania procesu rehabilitacji i terapii. W różnych opracowaniach i publikacjach spotkać można jednak takie określenia, jak: forma terapii, rehabilitacja, sposób leczenia [1]. Wszystkie wymienione powyżej są jednak z punktu widzenia merytorycznego niepoprawne.

Aspekt medyczny, związany z „leczeniem” i elementami farmakologii, jest absolutnie oderwany od działań mieszczących się w zakresie terapii kontowej z udziałem psa, która związana jest bardziej z takimi dziedzinami, jak fizjoterapia, psychologia czy pedagogika niż medycyna sama w sobie.

Co więcej, do dziś nie przeprowadzono żadnych badań, które dowodziłyby, iż działania podejmowane w ramach dogoterapii, stosowane odpowiednio w oderwaniu od pozostałych oddziaływań terapeutycznych, doprowadziłyby do wieloprofilowego usprawnienia podopiecznego, stąd nie ma podstaw do nazywania jej metodą rehabilitacji czy formą terapii. Ponadto, w dużej mierze bazuje ona na metodach już obowiązujących, wprowadzając do systemu ćwiczeń naturalny czynnik motywujący w postaci psa.

W obliczu wyżej przytoczonych argumentów należy stwierdzić, iż dogoterapia może być jedynie metodą wspomagającą proces rehabilitacji i terapii, którego celem jest wzmacnianie efektywności działań podstawowych podejmowanych w celu usprawnienia podopiecznego.

Odbiorcy dogoterapii

Za Fundacją „Mały Piesek Zuzi” przyjmujemy, że odbiorcą działań dogoterapeutycznych mogą być osoby niepełnosprawne, innymi słowy, według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, może być nim każda osoba, która tego rodzaju metody wspomagania potrzebuje.

W każdej z 4 podstawowych sfer osobowości człowieka, tj. intelektualnej, emocjonalnej, społecznej i motorycznej, wyliczyć można cały szereg dysfunkcji tworzących katalog schorzeń. Tak np. dla dysfunkcji narządu ruchu, przynależącej do sfery motorycznej, będzie to mózgowie porażenie dziecięce, przepuklina oponowo-rdzeniowa, porażenie splotu barkowego itd. Wyliczenie zatem wszystkich sklasyfikowanych jednostek, w których dogoterapia znajdzie swoje zastosowanie wydaje się być niemożliwe, stąd określenie grupy adresatów działań dogoterapeutycznych przy użyciu pojęcia niepełnosprawność pozwala na uwzględnienie wszelkiego rodzaju schorzeń, w których realizacja zajęć z zakresu terapii kontaktowej z udziałem psa jest uzasadniona. Oznacza to bowiem, iż za osobę niepełnosprawną uznawać będziemy każdego, kto choćby w niewielkim stopniu odbiega od społecznie wyznaczonej normy.

Zespół terapeutyczny

Fundacja „Mały Piesek Zuzi” określa, iż nad całością procesu dogoterapii czuwa zespół terapeutyczny. Wynika to z faktu, iż poszczególne zajęcia z dogoterapii zakładają każdorazową pracę z dwoma, żywymi organizmami – dzieckiem i psem. Każda z tych jednostek potrzebuje osobnego „opiekuna”, który czuwać będzie nad prawidłowością wykonywanych przez nią ćwiczeń. W przypadku psa, będzie to przewodnik, natomiast dzieckiem zajmie się terapeuta prowadzący je na co dzień. Zbudowana w ten sposób triada dogoterapeutyczna zakłada, iż każdorazowo na zajęciach współpracuje m.in. dwóch specjalistów jednocześnie:

Tabela 1. Zespół terapeutyczny (opracowanie własne)

dogoterapeuta	←	przewodnik psa
↓		↓
dziecko		pies

W rozrysowanym wyżej zespole każdy pełni inną, ściśle określoną rolę.

Dogoterapeuta – to osoba, która posiada wyższe wykształcenie kierunkowe, uprawniające do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym oraz szeroką wiedzę dotyczącą sposobu funkcjonowania psa i jego możliwości w pracy z podopiecznym. Istota profesjonalizmu dogoterapeuty polega na tym, iż pracuje on jedynie

ze schorzeniami, na temat których posiada bogatą wiedzę. Dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym powinno zatem trafić do osoby, która jest z zawodu fizjoterapeutą i w ramach zajęć z dogoterapii podejmuje działania, które realizowane są również przez pozostałych specjalistów na co dzień pracujących z danym podopiecznym, wplatając w nie dodatkowy czynnik motywujący w postaci psa. Jedyne taki model pozwala na pełną współpracę między specjalistami, czego efektem jest zasadnicza rola dogoterapii polegająca na wzmacnianiu efektywności prowadzonych działań podstawowych, a w konsekwencji osiąganie celów terapeutycznych wyznaczanych dla konkretnego podopiecznego w toku pracy.

W trakcie pojedynczych zajęć dogoterapeuta pracuje z dzieckiem, skupiając stu procentową uwagę na realizowanych przez nie zadaniach.

Przewodnik psa – to osoba, która posiada bogatą wiedzę z zakresu podstaw psiej psychiki oraz umiejętność pracy metodą wzmocnień pozytywnych. Powala to przewodnikowi skutecznie i bezpiecznie współpracować z psem w trakcie zajęć z podopiecznym. Opiekun czworonoga w trakcie pracy skupia 100% swojej uwagi na pracy i obserwacji zwierzęcia. Jest wówczas w stanie wyłapać wszelkie sygnały uspakajające wysyłane przez psa w momentach niekomfortowych i zmodyfikować sytuację tak, aby nie powodowała ona lęku u zwierzęcia, a tym samym była jak najbardziej bezpieczna zarówno dla niego jak i dziecka. Ponadto, przewodnik psa odpowiedzialny jest za organizację środowiska wokół psa tak, aby umożliwiała ono efektywną pracę czworonoga – motywacja podopiecznego oparta jest na sukcesie, toteż aby osiągnąć wyznaczony cel zwierzę musi wykonać komendę zawsze.

Przedstawiony powyżej model zakładający jednoczesną pracę dwóch osób jest gwarancją bezpieczeństwa zarówno dziecka, jak i psa w trakcie zajęć. Ponadto umożliwia on profesjonalną realizację działań mających na celu podniesienie poziomu funkcjonowania podopiecznego, bowiem nakłada konieczność posiadania odpowiednich kompetencji przez poszczególnych członków zespołu.

Opisana wyżej sytuacja nie może zaistnieć, gdy dogoterapeuta próbuje osiągnąć cele terapeutyczne w pojedynkę podejmując działania włączające psa i dziecko jednocześnie [6].

Podział działań dogoterapeutycznych

Dogoterapia to metoda wspomagania procesu rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych umysłowo, motorycznie, emocjonalnie i społecznie. Biorąc pod uwagę ten fragment definicji, możemy zauważyć, iż praca rehabilitacyjna nad sferą motoryczną będzie w znaczący sposób różnić się od pracy edukacyjnej nad sferą umysłową czy społeczną. Stąd, wspomniana wcześniej wiodąca amerykańska organizacja Delta Society wprowadza podział działań dogoterapeutycznych na:

- AAA – Animal Assisted Activity
- AAT – Animal Assisted Therapy, w tym AAE (Animal Assisted Education) [7].

Podział ten pozwala na dostosowanie formy pracy do potrzeb podopiecznego. Na podstawie amerykańskich standardów, organizacje polskie dostosowały ramy poszczególnych gałęzi do swoich potrzeb. I tak za Fundacją „Mały Piesek Zuzi”:

AAA – Zabawa z udziałem psa.

Prowadzone działania w tym zakresie nie mają żadnego z góry określonego celu rehabilitacyjno-terapeutycznego. Nie są prowadzone w trybie cyklicznym, toteż nie wymagają prowadzenia dokumentacji rejestrującej postępy podopiecznych. Nie ma także obowiązku prowadzenia jej przez osoby posiadające wyższe wykształcenie kierunkowe. To pole do popisu dla przewodników psów, animatorów zabaw z dziećmi. Jedynym celem bowiem zajęć z AAA jest dostarczenie podopiecznym pozytywnego ładunku emocjonalnego, nawiązanie bezpiecznej i przyjaznej relacji z psem oraz przełamanie niewielkich oporów, jakie rodzą się w stosunku do dużych czworonogów. Zajęcia typu AAA są często wykorzystywane przez dogoterapeutów w trakcie realizacji planów pracy rehabilitacyjno-terapeutycznej jako tzw. wprowadzenie. Oznacza to, iż rozpoczynając zajęcia z danym podopiecznym realizują najpierw pakiet zabaw z tego obszaru w celu integracji dziecka z psem i odwrotnie, a także poznania bliżej podopiecznego i warunków do jakich będą musieli przystosować zwierzę.

AAT – Terapia z udziałem zwierząt.

To dział poświęcony typowej pracy rehabilitacyjno-terapeutycznej. Praca w tym obszarze obejmuje podopiecznych posiadających konkretne, zdiagnozowane schorzenia. Wyznaczane są tutaj konkretne cele, które w toku zajęć są skutecznie realizowane. Praca zorganizowana jest wokół programu, dostosowanego do planu pracy podstawowej podopiecznego. Każdorazowe zajęcia muszą być zaplanowane w formie scenariusza zajęć. Cały przebieg pracy monitorowany jest za pomocą specjalnych arkuszy ewaluacyjnych. AAT prowadzone jest w trybie indywidualnym, z udziałem zespołu terapeutycznego.

AAE – Edukacja z udziałem psa.

Jest to obszar dogoterapii, który zakłada pracę o charakterze edukacyjnym z podopiecznymi, wykazujący specjalne potrzeby w tym zakresie. Prowadzący zajęcia kładą tutaj największy nacisk na usprawnianie sfery umysłowej i społecznej, przy jednoczesnym oddziaływaniu na sferę emocjonalną. AAE wymaga podobnej obudowy papierowej jak AAT, z tym jednym wyjątkiem, iż może być realizowana w trybie grupowym: 3–5 podopiecznych jednorazowo. Plan pracy układany jest w oparciu o podstawę programową oraz ramowy plan pracy grupy przedszkolnej czy klasy szkolnej [6].

Podział źródłowy, zaczerpnięty z organizacji „Delta Society”, nie zakładał wyodrębnienia AAE jako osobnego działu pracy, jednak praktyka w pracy Fundacji „Mały Piesek Zuzi” dowiodła, iż jest to gałąź działalności wymagająca separacji od AAT. Głównym argumentem przemawiającym za takim działaniem jest specyfika pracy w zakresie edukacyjnym z jaką zapoznać się można jedynie w trakcie studiów pedagogicznych. Brak znajomości metod i technik pracy powoduje, iż poziom efektywności zajęć spada jedynie do efektów emocjonalnych, jakie osiągnąć można również dobrze na poziomie zajęć AAA, nie wymagających żadnych nakładów w zakresie profesjonalnie przygotowanej kadry. Osiągnięcie pożądanego celu jest zatem możliwe jedynie w odpowiednio zorganizowanym środowisku, jakie stanowi obudowa AAE.

Pies w dogoterapii (Natalia Pieczyńska)

Rasa psa

Elementem definicji dogoterapii, bez którego absolutnie nie może ona mieć miejsca jest zastosowanie psa. Nie może być to jednak przypadkowe czworonożne zwierzę, które mamy pod ręką. Aby skutecznie spełniał on swoje zadanie, musi posiadać predyspozycje do pracy, cały bagaż umiejętności niezbędnych w trakcie zajęć z dziećmi oraz, co najważniejsze, odpowiedniego przewodnika. Stąd definicja mówi o tym, iż musi on być wyselekcjonowany i specjalistycznie przeszkolony.

Na pytanie, jakie psy nie nadają się do pracy w dogoterapii, Fundacja „Dogtor” odpowiada:

- Psy z listy ras niebezpiecznych: Amerykański pit bull terier, Buldog amerykański, Perro de Persa Mallorquin, Dog argentyński, Perro de Persa Canario, Tosa inu, Rottweiler, Akbash dog, Anatolian Karabach, Moskiewski stróżujący, Owczarek Kaukaski
- Psy następujących ras według Międzynarodowej Federacji Kynologicznej:
 - Grupa II, sekcja 2.1 – Mastiff (z wyłączeniem boksera)
 - Grupa III, sekcja 3 – Terier w typie bull
 - Grupa V – szpice i rasy pierwotne (z wyłączeniem ras: Pomerania, Samojed, Siberian Husky, Alaskan Malamute)
- Mieszzańce ras wymienionych w punkcie 1 i 2.
- Psy innych ras, których przeznaczeniem jest stróżowanie lub obrona [2].

Na uwagę zasługuje fakt, iż wśród 11 ras wskazanych jako niebezpieczne, 8 w ogóle nie ma w Polsce. Ponadto rasy wymienione w dalszej części wskazane zostały ze względu na cechy genetyczne lub wygląd zewnętrzny. Nie są to jednak jedynie psy, które w procesie selekcji do pracy zostałyby odrzucone.

Podążając za materiałami Fundacji „Mały Piesek Zuzi”, dowiemy się, że dyskwalifikacji w pracy dogoterapeutycznej ulegają psy, których pierwotna użyteczność nie pozwala na prezentowanie cech pożądaných w terapii kontaktowej z udziałem psów. Będą to zatem psy, których wygląd zewnętrzny budzi niepokój podopiecznych oraz osobniczo przedstawiciele ras, którzy wykazują cechy niepożądane z punktu widzenia pracy w dogoterapii.

Pies do dogoterapii nie musi być psem rodowodowym, jednak dobrze, aby był rasowy. Wynika to z faktu, iż przy psach rasowych łatwiej jest prześwieltić przeszłość szczeniaka, w celu wyeliminowania prawdopodobieństwa wystąpienia w przyszłości niepożądanych i niespodziewanych reakcji na bodźce środowiska zewnętrznego. Od początku życia psa wszelkie doświadczenia zarówno pozytywne jak i negatywne zapisują się w jego podświadomości. Stąd, jeżeli w początkowym okresie życia szczeniak miał do czynienia z negatywnym bodźcem, np. przestraszył się parasola, zareagował prezentując sygnały grożące i parasol zniknął, to jest spora szansa, że w przyszłości mając kontakt z tym samym bodźcem (parasol) zareaguje agresywnie. Stąd Fundacja „Mały Piesek Zuzi” dyskwalifikuje w pracy psy schroniskowe oraz wszelkie inne, których przeszłość jest nieznana co może zaowocować brakiem przewidywalności zachowań osobnika. Taka sytuacja nie jest dopuszczalna, ponieważ obniża poziom bezpieczeństwa dziecka na zajęciach z dogoterapii, które w pracy jest priorytetem.

Kolejne pytanie, które nasuwa się samo brzmi: Jakie rasy nadają się do dogoterapii? Różne organizacje działające w tym zakresie wskazują poszczególne rasy jako przydatne do dogoterapii. I tak na przykład ponownie Fundacja „Dogtor” wskazuje między innymi na:

- Labrador Retriever
- Golden Retriever
- Berneński Pies Pasterski
- Cavalier King Charles Spaniel [2].

Nie są to jednak jedne rasy stosowane w pracy. Wskazuje się na nie z trzech powodów:

1. Wśród miotów tych psów największa liczba szceniaków wykazuje predyspozycje do przyszłej pracy.
2. Są one łatwo wyuczalne, tzn. charakteryzują się szybkim tempem nabywania nowych umiejętności, co z punktu widzenia dogoterapii jest sporym atutem.
3. Wygląd tych psów jest przyjazny, dzięki czemu są bardziej akceptowane przez podopiecznych.

Wybór psa do pracy w ramach terapii z udziałem zwierząt powinien być uzależniony bardziej od cech osobniczych niż konkretnej rasy. Nie każdy Labrador Retriever bowiem będzie nadawał się do pracy w dogoterapii, mimo iż jest to rasa wykorzystywana stosunkowo często i w społecznym postrzeganiu uzyskuje odbiór „psa dobrego

dla dzieci”. Na to, czy dany szczeniak będzie sprawdzał się w tak ciężkiej pracy jaką jest dogoterapia wpływ ma wiele czynników. Jednym z podstawowych jest dobór szczeniaka, który zdaniem szkoleniowca wykazuje największe predyspozycje.

Selekcja szczeniaka

Selekcję szczeniaka przeprowadza się w celu wyboru osobnika, który spośród całego miotu wykazuje najlepsze predyspozycje do przyszłej pracy w dogoterapii. Oczywiście wielu rzeczy można zwyczajnie psa nauczyć, jednak cech charakteru zwierzęcia zmienić nie jesteśmy w stanie. Pies, który ma pracować z człowiekiem zabierany jest z hodowli w wieku 8 tygodni. Z punktu widzenia jego rozwoju jako psa jest to stosunkowo wcześnie, bowiem uniemożliwia pełne wykształcenie wszystkich umiejętności jakie szczeniak nabywa w gnieździe od matki i innych starszych psów. Rozwój psa w jego naturalnym środowisku zostaje zatem niejako zatrzymany na rzecz wykształcenia więzi z człowiekiem, z którym przyjdzie mu żyć i pracować. Wykorzystywanie psów w dogoterapii jest zatem swoistym podpisaniem na nie wyroku, bowiem wiąże się z pewnym, niestety koniecznym, wynaturzeniem.

Selekcja nie może być prowadzona przez każdego, kto zaledwie przeczytał książkę i być może uczestniczył jako obserwator w tym procesie. Istnieją co prawda źródła, na których bazują specjaliści dobierając psy do pracy, jednak, jak sami twierdzą, wyniki testu podlegają dodatkowo indywidualnej interpretacji.

Agnieszka Orłowska, były prezes Fundacji Alteri, organizacji, której przedmiotem działalności było szkolenie psów asystujących osobom niepełnosprawnym oraz szkolenie instruktorów w tym zakresie, poleca test Volhardów, przy pomocy którego sprawdza się takie elementy, jak: współpraca z człowiekiem (zainteresowanie), podążanie, stopień dominacji/uległości, społeczna dominacja, stopień spolegliwości/zaufania, pasja do aportu, wrażliwość na dotyk, dźwięki, bodźce wzrokowe, stabilizacja psychiczna, anatomia [8].

Na uwagę zasługuje fakt, iż w zależności od rodzaju pracy, którą przyjdzie wykonywać psu, pożądane będą inne parametry uzyskanych wyników. Ważne zatem, aby prowadzący testy posiadał bogate doświadczenie w selekcjonowaniu szczeniaków do pracy, bowiem testy mogą wypaść niejednoznacznie. Ponadto, należy brać pod uwagę fakt, iż osobowość szczeniaka w trakcie etapu dorastania również może ulec zmianom.

Szkolenie

Zasadniczą funkcją szkolenia jest możliwie najlepsze przygotowanie psa do sytuacji, które towarzyszyć mu będą w czasie pracy. Jest to cały obszar ciężkiej pracy, którą podejmuje przede wszystkim przewodnik psa. Aby w sposób pro-

fesjonalny i bezpieczny współpracować z psem w trakcie zajęć, należy posiadać bogatą wiedzę z zakresu podstaw psychiki czworonoga, a także sposobu jego funkcjonowania i komunikacji. Nauka komend przydatnych w trakcie pracy to dopiero końcowy etap przygotowywania psa. Cristina Muro, przedstawicielka AEPA Euskadi (Hiszpania), metaforycznie obrazuje tę prawidłowość porównując proces przygotowania psa do budowania domu, gdzie fundamenty stanowi dobrostan psa determinowany wiedzą przewodnika na temat jego natury, funkcjonowania i potrzeb, a malowanie ścian to nauka sztuczek, które mogą okazać się przydatne [9].

Proces szkolenia psa do dogoterapii zaczyna się już od momentu zabrania szczeniaka z hodowli, czyli ok. 8. tygodnia. Pierwszy etap w tym zakresie, trwający do ok. 12. tygodnia to tak zwana socjalizacja. Polega on na zapoznaniu młodego psiaka z możliwie największą liczbą miejsc, osób, zjawisk, bodźców oraz sytuacji, z którymi prawdopodobnie spotka się on w życiu dorosłym. Znajomość ich zwiększa poziom bezpieczeństwa w kontekście zajęć z dogoterapii, bowiem poznane w tym okresie bodźce pies uznaje za bezpieczne i neutralne. Nie będą one zatem budzić poczucia zagrożenia, lęku, a w konsekwencji zachowań agresywnych. Często stosowanym narzędziem jest tzw. „Złota Dwunastka” opracowana przez Margaret Hughes. Składa się ona z opisu 12 komponentów (sytuacji), w każdym wyróżnionych jest 12 różnych bodźców którym poddaje się szczenię [8].

Odpowiednio przeprowadzona socjalizacja zaowocuje pozytywnie w przyszłości zarówno w sytuacji pracy psa, jak i życia codziennego, jednak warto przeprowadzić ją pod okiem specjalisty-szkoleniowca, bowiem istnieje niebezpieczeństwo popełnienia w tym procesie szeregu błędów, jak choćby przebodźcowanie, które nie wpłyną na psiaka pozytywnie w okresie późniejszego rozwoju.

Samo szkolenie nie może być przypadkowe. Ważne jest to, aby odbywało się w sposób nieawersyjny, każde bowiem nachalne, natarczywe i mechaniczne oddziaływanie na zwierzę może zaburzać poczucie bezpieczeństwa u psiaka, prowadzić do długotrwałego dyskomfortu psa, a tym samym wystąpienia tragicznych konsekwencji, takich jak podupadanie na zdrowiu, zachowania samoszkodzące czy też znane nam najbardziej zachowania agresywne.

Agresja jest cechą, którą posiada każde zwierzę, w tym pies każdej rasy. Uaktywnia się ona w sytuacjach dla psa niebezpiecznych, budzących niepokój i lęk. Zanim jednak pies użyje zębów powiadomi nas o swoich odczuciach używając mowy niewerbalnej. Proces ten nazwany jest systemem hamowania agresji [8]. Składa się on z trzech elementów: sygnałów uspokajających, sygnałów groźących i układu hierarchicznego. Pierwsza grupa sygnałów tzw. uspokajających została szeroko zbadana i opisana przez Turid Rugaas w pozycji „Sygnały uspokajające – jak psy unikają konfliktów” [10]. Autorka przedstawia ponad 30 sygnałów, które wysyłają psy w sytuacjach które są dla nich niekomfortowe i stresujące. Usunięcie bodźca budzącego niepokój powoduje, iż pies się uspokaja

ja. Próbę określenia znaczenia mowy zwierząt podjął również i opisał S. Coren w książce zatytułowanej „Jak rozmawiać z psem” [11].

Do najbardziej popularnych znaków zalicza się: oblizywanie językiem, odwracanie głowy i ciała, wachanie podłoża, zwalnianie ruchów, mrużenie oczu czy ziewanie. Brak reakcji przewodnika na odpowiednią sygnalizację czworonoga i pozostawienie go w sytuacji trudnej powoduje nasilenie i kumulację czynników wywołujących stres, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia sygnałów groźących. Zalicza się do nich warczenie, marszczenie nosa, szczekanie czy kłapanie zębami. Jest to ostatnia podjęta przez psa próba pokojowego rozwiązania konfliktu. Dalsze sumowanie odczuć negatywnych spowoduje uaktywnienie zachowań agresywnych.

Znając układ hierarchiczny oraz system hamowania agresji wiemy, iż szkolenie psa nie może być w najmniejszym stopniu zabarwione awersyjnie. Zwierzaki wykorzystywane w dogoterapii są zatem bardzo często prowadzone metodą wzmocnień pozytywnych. Jest to sposób szkolenia oparty na behawiorze. W dużym skrócie polega on na nagradzaniu zachowań pożądanых przy jednoczesnym ignorowaniu tych niepożądanych. W tym systemie jedyną karą dla psa jest brak nagrody [12].

Taki sposób pracy umożliwia nawiązanie pozytywnej więzi między przewodnikiem a psem, nie powodując jednocześnie sytuacji stresowych, co z punktu widzenia przygotowania psa do dogoterapii jest kluczowe. Ponadto, przygotowanie psa do dogoterapii to również nauczenie psa odpoczynku i umiejętna organizacja środowiska tak, aby mu go umożliwić.

Pies w pracy

Praca w zakresie dogoterapii jest dla psa działaniem bardzo trudnym i przede wszystkim obciążającym psychicznie. Wymaga bowiem sporego poziomu koncentracji uwagi i odporności na czynniki stresujące, których pies nieustannie doświadcza. Istotna jest zatem z punktu widzenia higieny pracy psa dbałość o jego dobrostan. Jest to wg Cz. Klocka, pracownika Wydziału Hodowli i Biologii Zwierząt Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie, stan w którym zwierzę potrafi dać sobie radę z okolicznościami występującymi w jego otoczeniu. Główne wyznaczniki dobrostanu określone zostały w opublikowanym w 1983 roku Kodeksie Dobrostanu Zwierząt Gospodarskich. Oparte zostały na koncepcji 5 wolności:

- 1) od głodu i pragnienia
- 2) od dyskomfortu
- 3) od bólu, urazów i chorób
- 4) od strachu i stresu
- 5) zdolne do wyrażania normalnego behawioru [13].

Przedstawione wyżej wyznaczniki znajdują również swoje zastosowanie w kontekście dobrostanu psów pracujących w dogoterapii. Brak doświadczenia ze strony przewodnika psa i wiedzy dogoterapeuty dotyczącej funkcjonowania i potrzeb psa mogą doprowadzić do nieustannego łamania dobrostanu psa, którego efektem, obok pojawienia się zachowań agresywnych, mogą być liczne choroby czy też zachowania samouszkodzające, takie jak np. obsesyjne wylizywanie łap tworzące rany.

Ważne zatem aby być świadomym ciężaru pracy psa oraz potrzeb, które determinują jego funkcjonowanie, bowiem pozwala to na organizację otoczenia psa tak, aby nie było dla niego w pełni destrukcyjne. Istotnymi czynnikami, które mogą poprawić dobrostan psa w dogoterapii będą między innymi ograniczony czas pracy rozumiany nie tylko pod kątem intensywności, np. 3 razy w tygodniu po 2 godziny, ale również tego, że poza salą do zajęć pies bezwarunkowo pozostaje psem. Nie jest to bowiem maszyna do pracy, ale żywe stworzenie, które czuje i ma swoje potrzeby. Zatem jeśli podczas pracy w sali do zajęć nie możemy pozwolić na to by podrapał się za uchem w trakcie gdy głaszcze go dziecko, to poza nią, w czasie odpoczynku, wszelkiego rodzaju zabiegi pielęgnacyjne, takie jak drapanie, lizanie sierści czy tarzanie się, powinny spotykać się z naszą akceptacją.

Zastosowanie dogoterapii w pracy z dzieckiem z autyzmem (Natalia Pieczyńska)

Autyzm – definicja, podział

Autyzm wczesnodziecięcy, za Hanną Jaklewicz, rozumieć należy jako zaburzenie rozwojowe, które ujawnia się w ciągu trzech pierwszych lat życia; objawy składające się na obraz tego zespołu występują głównie w zakresie funkcjonowania społecznego. Głównym i charakterystycznym objawem autyzmu jest wycofanie się z życia i kontaktów społecznych, co determinuje powstawanie kolejnych zaburzeń. Charakterystyczne są również: zaburzenia rozwoju mowy, brak kontaktu wzrokowego, manieryzmy i stereotypie ruchowe, stymulacje wzrokowe, słuchowe czy werbalne.

Zaburzenie to diagnozowane jest po 3. roku życia dziecka, jednak nie oznacza to, iż dopiero wówczas jest ono widoczne. Zachowania autystyczne lub pojedyncze symptomy bywają zauważalne już między 1. a 3. rokiem życia dziecka.

Opis przypadku

Kuba został zgłoszony do uczestnictwa w zajęciach z dogoterapii w kwietniu 2010 roku. W wieku 36 miesięcy postawiono mu diagnozę: autyzm wczesnodzie-

cięcy. Chłopiec rozpoczął realizację programu cyklicznych, cotygodniowych zajęć z dogoterapii mając nieco ponad 3,5 roku. Jednocześnie cały czas uczęszczał do przedszkola integracyjnego i na zajęcia logopedyczne.

Główne nieprawidłowości rozwojowe dotyczyły:

- umiejętności porozumiewania się – zaburzenia mowy czynnej, Kuba wymawiał jedynie pojedyncze litery, głównie samogłoski
- umiejętności społecznych – początkowo brak kontaktu wzrokowego z terapeutą i brak zainteresowania innymi osobami znajdującymi się w pomieszczeniu oraz psem
- wrażliwość dotykowa – Kuba reagował nadwrażliwością przy takich czynnościach jak karmienie psa czy dotykanie wody w misce psa, jednocześnie zaciskając pięści w trakcie głaskania czworonoga
- autostymulacje wzrokowe – Kuba intensywnie wpatrywał się przez dłuższy czas w określone miejsce lub na konkretny przedmiot, mrużąc przy tym oczy
- silne reakcje emocjonalne, wyrażane gwałtownymi napięciami mięśni w obrębie kończyn dolnych.

Wstępny etap pracy z Kubą polegał na nawiązywaniu kontaktu wzrokowego z terapeutą i emocjonalnego z psem. Jednocześnie podejmowano działania mające na celu redukcję autostymulacji wzrokowych. Celem prowadzonych oddziaływań było to, aby chłopiec zaczął dostrzegać osoby znajdujące się w sali i poczuł się bezpiecznie zarówno w nowym otoczeniu, jak i w obecności psa. Stosowano elementy terapii behawioralnej w zakresie nagradzania pokarmowego zachowań pożądanых. Po zakończeniu tego etapu, trwającego 2 miesiące, Kuba siedział spokojnie na materacu, poproszony patrzył na terapeutę i asekurowany chętnie wykonywał ćwiczenia z psem.

Przez kolejne 3 miesiące doskonalono wypracowane już umiejętności, wprowadzając jednocześnie zadania mające na celu odwrażliwienie dłoni. Ze względu na nadwrażliwość stosowano takie ćwiczenia, jak: karmienie psa z ręki, wycieranie pyska po picciu, wyławianie karmy z miski pełnej wody czy malowanie farbami bez używania pędzelka. Dodatkowo stymulowano dłonie poprzez głaskanie psa z włosem i pod włos, przybijanie piątki czy lepienie z ciastoliny. W tym czasie udało się odejść od nagród pokarmowych na rzecz zewnętrznych – bańki.

Trzecim etapem w pracy z Kubą było położenie nacisku na doskonalenie mowy czynnej i pracę nad sferą poznawczą podopiecznego. Przez kolejne 5 miesięcy wykonywano ćwiczenia logopedyczne i artykulacyjne. Doskonalono umiejętność wymowy poprzez np. wydawanie komend psu, które ten wykonywał jedynie wtedy, kiedy Kuba wypowiedział je wyraźnie. Jednocześnie doskonalono umiejętność naśladownictwa i wprowadzano pojęcia typu: ulóż (układankę z psem), dopasuj (smaki na kostce), daj (3 smaczki) itd. Istotne z punktu widzenia dogoterapii jest to, że na tym etapie zastąpiono wszelkie nagrody, takie jak bańki

czy ciastolina kontaktem z psem. Kuba zaczął pracować na etykietach zawierających lubiane przez niego aktywności z psem. Po każdym dobrze wykonanym zadaniu losuje etykietę z nagrodą i może daną aktywność wykonać z psem. Wśród najbardziej nagradzających pojawiły się takie ćwiczenia, jak: robię tunel (pies przechodzi pod nogami dziecka), idę pod psem (dziecko przechodzi pod czworonogiem), rzucam piłkę.

Ostatnie 2 miesiące zostały poświęcone na rozpoznawanie i kontrolowanie własnych stanów emocjonalnych.

Po blisko rocznej pracy z Kubą widoczne są zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu chłopca. Zaburzenia mowy czynnej, aktualnie stanowią bardziej wadę wymowy. Kuba ładnie wymawia przepracowane słowa, nazywa przedmioty, zadaje spontaniczne pytania, opowiada historyjki w oparciu o prezentowane rysunki.

Znacząca poprawa widoczna jest również w zakresie umiejętności społecznych – Kuba nawiązuje kontakt wzrokowy z terapeutą i dostrzega, a nawet w znacznym stopniu interesuje się psem. Opowiada o czynnościach, które ten w danej chwili wykonuje, np. pies śpi, pije, jest głodny.

Praca nad wrażliwością dotykową – zaczyna powoli przynosić efekty. Kuba spokojnie karmi psa z ręki i wyciera ją o sierść psa. Sporadycznie w trakcie głaskania czworonoga zdarza mu się jeszcze zacisnąć dłoń, jednak intensywność pojawiania się tego zjawiska jest dużo mniejsza niż w momencie rozpoczynania pracy.

W dalszym ciągu podejmowane są działania zmierzające do osłabienia reakcji emocjonalnych wyrażanych gwałtownymi napięciami mięśni w obrębie kończyn dolnych. W sytuacjach już przepracowanych, jak np. karmienie psa, Kuba potrafi siedzieć spokojnie i wykonać poleconą czynność, jednak w sytuacji spontanicznej zabawy kopanie i silne wymachy jeszcze powracają.

Podsumowując tę niespełną roczną pracę z Kubą w toku zajęć uznać należy, iż postępy poczynione przez podopiecznego w tym czasie są bardzo zadowalające. Nie można jednak jednoznacznie i kategorycznie stwierdzić, iż owa poprawa jest wynikiem działań podejmowanych w zakresie dogoterapii. Kuba bowiem w tym samym czasie poddawany był innym formom oddziaływań, jak np. praca indywidualna w placówce kształcenia integracyjnego czy zajęcia logopedyczne. Można jednak zwrócić uwagę na postępy podopiecznego poczynione ściśle w kontakcie z psem oraz na to jak zmieniał się system nagradzania podopiecznego, gdy w konsekwencji realizowanych zajęć największą nagrodą stał się kontakt z psem.

Bibliografia

1. Przyjaciół i terapeuta, Bartkiewicz W. [w:] Czy zwierzęta potrafią leczyć Nina Bekasiewicz (red.), Fundacja Przyjaciół, Warszawa 2006.
2. Fundacja Dogtor <http://www.fundacjadogtor.org/art.php?dz=19> data wejścia: 12.03.2010
3. Fundacja „Właśnie tak!” <http://www.kynoterapia.eu/standardy.html> data wejścia: 11.02.2011
4. Fundacja „Mały Piesek Zuzi” http://www.psiaterapia.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=53 data wejścia: 14.04.2011
5. Bańka M.: Wielki Słownik Wyrazów Obcych, PWN, Warszawa 2003.
6. Fundacja na rzecz wspomaganie rehabilitacji i szerzenia wiedzy kynologicznej „Mały Piesek Zuzi: Materiały szkoleniowe, Warsztaty z podstaw dogoterapii, Poznań, 2010.
7. Delata Society <http://www.deltasociety.org/> data wejścia: 12.03.2011
8. Orłowska A.: Materiały szkoleniowe projektu Podaj łapę – Podam dalej – szkolenie dla wolontariuszy dogoterapii, Ciechocinek, 2007.
9. Muro C.: Materiały szkoleniowe: Nie tylko dogoterapia, Kraków 2010.
10. Coren S.: Jak rozmawiać z psem, Galaktyka, Łódź, 2000.
11. Rugaas T.: Sygnały uspakajające – jak psy unikają konfliktów, Galaktyka, Łódź, 2006.
12. Sjösten I.: Posłuszeństwo na co dzień, Galaktyka, Łódź 2006.
13. Kłoczek Cz.: Dobrostan w chowie zwierząt – koncepcja pięciu wolności [w:] Materiały szkoleniowe, (Dogo)terapia czy pseudoterapia, Kraków 2010.
14. Jaklewicz H.: Autyzm wczesnodziecięcy, diagnoza, przebieg, leczenie. GWP, Gdańsk, 1993.

Dogoterapia w mózgowym porażeniu dziecięcym (Joanna Nawrocka-Rohnka)

Mózgowe porażenie dziecięce – definicja, podział, sposoby wspomaganie rozwoju

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest niejednorodną grupą zaburzeń z zakresu pracy aparatu ruchu. Przez lata nie było jednej powszechnie obowiązującej definicji, jednak od 2004 roku obowiązuje jedna, powszechnie uznana definicja: mózgowe porażenie dziecięce opisuje grupę trwałych zaburzeń rozwoju ruchu i postawy, powodujących ograniczenie czynności, które przypisuje się niepostępującym zakłóceniom, pojawiającym się w rozwoju mózgu płodu lub niemowlęcia. Zaburzeniom motoryki w mózgowym porażeniu dziecięcym często towarzyszą zaburzenia czucia, percepcji, poznania, porozumiewania się i zachowania, epilepsja oraz wtórne problemy mięśniowo-szkieletowe [1].

Zgodnie z podziałem Ingrama wyróżniamy następujące rodzaje mózgowego porażenia dziecięcego:

- obustronne porażenie kurczowe
- obustronne porażenie połowicze
- porażenie połowicze
- zespół mózdkowy
- zespół pozapiramidowy (dystoniczny, atetotyczny, płasawiczny z drżeniem, ze zmianami napięcia mięśniowego)
- postaci mieszane [2].

Z uwagi na złożoność zaburzenia oraz bardzo dużą niejednorodność postaci MPD, niezmiernie ważne jest bardzo indywidualne podejście do każdego podopiecznego. Dodatkowo istotne jest oddziaływanie wieloprofilowe. Aby osiągnąć najlepsze efekty rehabilitacyjno-terapeutyczne wymaga się współpracy specjalistów z różnych dziedzin nauki, takich jak pediatra, ortopeda, neurolog, fizjoterapeuta, pedagog, psycholog, logopeda i inni, w zależności od indywidualnego zapotrzebowania.

Niewątpliwie najważniejsze jest jak najwcześniejsze wdrożenie odpowiedniej metody rehabilitacji – najczęściej stosowane metody to metoda Wojty lub NDT-Bobath [3], ale również stosowanie metod wspomagających terapię podstawową. Metodami często wykorzystywanymi we wspomaganiu rehabilitacji dzieci z MPD są:

- metoda Peto
- metoda Glenna Domana
- kinezyterapia psychoruchowa
- hipoterapia [4]
- metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborn
- Integracja Sensoryczna
- metoda Dobrego Startu
- dogoterapia

Rola psa na zajęciach z dzieckiem z MPD

Terapia kontaktowa z udziałem psa w znacznym stopniu bazuje na poruszaniu sfery emocjonalnej dziecka, dzięki czemu możliwe staje się wytworzenie pozytywnych więzi między podopiecznym i psem, a co za tym idzie, również terapeutą. Wykwalifikowany fizjoterapeuta posiadający wsparcie w przewodniku psa może w znacznym stopniu podnieść efektywność prowadzonej rehabilitacji. W trakcie zajęć istnieje możliwość wykonywania tych samych ćwiczeń, ale tak zaadaptowanych, aby ich uczestnikiem był pies [5].

Zwierzę staje się doskonałą formą motywacji podopiecznego do podejmowania aktywności. Dzieci lubiące psy będą odczuwały radość w trakcie zajęć, natomiast u podopiecznych, którzy odczuwają lęk przed zwierzętami jest

to świetna forma przełamywania barier i osvajania z nowymi sytuacjami, które mogą pojawić się w późniejszym życiu. W trakcie zajęć poruszane są różne sfery funkcjonowania, dlatego niezmiernie istotne jest dostosowanie ćwiczeń do danego schorzenia. Na przykład fizjoterapeuta powinien skupić się na sferze motorycznej u podopiecznych z MPD [5].

Podstawową zaletą dogoterapii, która gwarantuje tak duży sukces i skuteczność jest pobudzenie wewnętrznej motywacji do działania. Dzieci odczuwające ból, niechętnie nastawione do współpracy, w obecności psa zaczynają współpracować. Dzięki bezwarunkowej akceptacji ze strony czworonoga, dziecko czuje się docenione, bezpieczne oraz ma poczucie odniesionego sukcesu [6]. Zmienia się też jego podejście do ludzi, staje się bardziej otwarte i lepiej reaguje na kontakt z nowymi osobami w obecności psa, co w wymierny sposób podnosi efektywność wykonywanych ćwiczeń.

Dodatkowo, podczas zajęć dziecko jest nieustannie stymulowane przez odpowiednie bodźce wzrokowe, słuchowe, czuciowe, co powoduje wspieranie rozwoju [7]. Wspomaganie rehabilitacji osób z MPD poprzez dogoterapię powoduje rozkwit i usprawnianie małej i dużej motoryki, pozytywne wzmocnienie funkcji poznawczych oraz poprawę orientacji w schemacie własnego ciała.

Opis przypadku

Podopieczny to 12-letni chłopiec z rozpoznanym mózgowym porażeniem dziecięcym w postaci porażenia obustronnego kurczowego, nieuczęszczający do żadnej placówki kształcenia.

Zajęcia prowadzone były w systemie cotygodniowych spotkań przez okres od listopada 2007 do kwietnia 2008 roku i trwały każdorazowo 45 min. Osobą prowadzącą zajęcia była autorka rozdziału, w zajęciach uczestniczyła jeszcze jedna osoba posiadająca przygotowanie do pracy z psem. Pies uczestniczący w zajęciach to 8-letnia suczka rasy Labrador retriever o imieniu Zafra.

W części wstępnej zajęć chłopiec witał się z prowadzącymi oraz psem poprzez przybicie „piątki”, siedząc na wózku. Następnie był przesadzany do pozycji leżenia tyłem. Miało to na celu wyrobienie rytuału powitania oraz uświadomienie, iż od tego momentu zaczynają się zajęcia. Chłopiec zawsze witał się z uśmiechem na twarzy. Część ta trwała około pięciu minut.

W części drugiej – głównej przeprowadzane były wszelkie ćwiczenia mające na celu realizację głównego zadania – usprawnienie czynności dnia codziennego, a także nawiązanie pozytywnego kontaktu z psem. Ćwiczenia wykonywane przez pacjenta były zawsze takie same, lecz realizowane w różnym stopniu i z różną ilością powtórzeń. Część ta trwała około 30 minut.

Początkowym ćwiczeniem było karmienie psa. Chłopiec dostawał od terapeuty karmę w postaci małych kostek i kładł ją w różnych miejscach, ćwicząc w ten sposób chwyt pensetkowy.

Kolejnym ćwiczeniem było nauczenie i usprawnienie korzystania z łyżki i widelca. Chłopiec przy pomocy sztuczków nabierał różnego rodzaju pokarm i karmił psa (głównie warzywa, mając na celu dobrostan zwierzęcia).

Następnie ćwiczone zmiany pozycji z leżenia tyłem na leżenie przodem, na odwrót oraz na boki. Realizowano to poprzez zainteresowanie chłopca tym, czym aktualnie zajmuje się pies. Wykonywanie przez psa interesujących czynności wymuszało zmianę pozycji.

Czwartym elementem części głównej było podciąganie się chłopca za podane ręce terapeuty. W tym momencie pies znajdował się w okolicy kończyn dolnych chłopca.

Po wykonaniu podciągania się chłopiec zawsze czesał psa leżąc na jednym z boków.

Na zakończenie części głównej terapeuta dokonywał biernego pionizowania chłopca w celu usprawnienia funkcji organizmu oraz możliwości jeszcze lepszego obejrzenia psa.

W części końcowej, która trwała około 10 minut, chłopiec dawał psu miskę z wodą, przyniesioną przed zajęciami. Następnie żegnał się z prowadzącymi i psem poprzez przybicie „piątki”.

Poprzez wykonywanie przez chłopca czynności związanych z pielęgnacją i karmieniem psa realizowano ćwiczenia, które poprawiały zakres ruchu w stawach, zwiększały siłę mięśniową, obniżały napięcie mięśniowe (subiektywna ocena mamy), a także oddziaływały na koordynację wzrokowo-ruchową.

Przybory, które były wykorzystywane na zajęciach to łyżka, widelec, szczotka do czesania oraz psia karma. Taki dobór przyborów gwarantuje, iż nauczone z ich wykorzystaniem ćwiczenia będą wykonywane także poza zajęciami, a to z kolei poprawi sprawność pacjenta z zakresu samoobsługi.

Każdorazowo przed zajęciami pies miał możliwość załatwienia potrzeb fizjologicznych. W części końcowej dostawał wodę do picia, a po zajęciach miał możliwość odpoczęcia i zregenerowania sił.

Tabela 2. Karta umiejętności podopiecznego – grudzień 2007; źródło: opracowanie własne

Czynność	Opis czynności
Karmienie psa z ręki – ćwiczenie chwytu pęsetowego	Chłopiec daje psu karmę obiema rękami po wcześniejszym otrzymaniu jej od terapeuty. Karma może być podawana przez terapeutę z różnych miejsc, zarówno z prawej, jak i z lewej strony ciała, w różnych odległościach, najchętniej niezbyt wysoko nad głową. Następnie chłopiec umieszcza ją na swoim brzuchu, niechętnie daje psu karmę bezpośrednio do pyska.
Karmienie psa łyżką/widelcem – ćwiczenie chwytu dłoniowego	Chłopiec bardzo niepewnie trzyma łyżkę, nie potrafi przy jej pomocy nabrać karmy z pojemnika, musi pomagać sobie drugą ręką nakładając po kilka sztuk. Nie jest w stanie utrzymać łyżki odpowiednio długo, aby pies mógł zjeść, a karma się nie rozsypała. Nie używa widelca.
Zmiana pozycji z leżenia tyłem na leżenie przodem – w tym czasie obok chłopca znajduje się pies	Zmiana pozycji następuje dosyć powoli przy bardzo dużym udziale rąk, nogi ustawiają się w pozycji skrzyżnej, chłopiec jest w stanie czynnie ustawić kończyny dolne w pozycji prawidłowej. Zmiana pozycji na leżenie bokiem dużo łatwiejsza, ruch generowany z tułowia, na skutek zaciekawienia tym, co w danym momencie robi pies. Nie jest w stanie samodzielnie zmienić pozycji z leżenia przodem na leżenie tyłem.
Podciąganie się za ręce przy pomocy osoby dorosłej, pies leży w okolicy stawów kolanowych	Chłopiec bardzo chętnie podciąga się za ręce, jednak sprawia mu to wyraźną trudność. W siadzie puszcza jedną rękę i daje karmę psu, pomimo że ma znaczne problemy z utrzymaniem równowagi i stabilizacją głowy. Bez pomocy osoby dorosłej nie jest w stanie sam przejść do siadu, po puszczeniu chwytu najprawdopodobniej upadłby.
Czesanie psa	Chłopiec czesze psa w leżeniu na boku, ruchy są mało płynne i zbyt mocne, bez świadomości, że może zrobić psu krzywdę.
Zachowanie po spionizowaniu	Chłopiec spionizowany przez terapeutę wytrzymuje ok. 10 sekund i sygnalizuje, że chce usiąść, nie jest w stanie sam się utrzymać nawet przy pomocy sprzętów zewnętrznych. Nie jest zainteresowany w tym momencie psem.
Wypowiadanie imienia psa	Chłopiec nie wypowiada imienia psa, nawet zapytany o to jak pies ma na imię. Jednak w momencie przyjscia na zajęcia okazuje mu bardzo duże zainteresowanie i wyraźnie cieszy się jego obecnością.

Tabela 3. Karta umiejętności podopiecznego – marzec 2008; źródło: opracowanie własne

Czynność	Opis czynności
Karmienie psa z ręki – ćwiczenie chwytu pęsetowego	Chłopiec, tak jak w styczniu, karmi psa obiema rękami, robi to jednak sprawniej, a karmę kładzie nie tylko na brzuch, także na klatkę piersiową i szyję, aby pies go lizał.
Karmienie psa łyżką/widelcem – ćwiczenie chwytu dłoniowego	Chłopiec używa łyżkę i widelec do karmienia psa. Terapeuta przynosi na zajęcia gotowane i świeże warzywa, aby chłopiec uczył się używać łyżki i widelca. Pomimo, iż chwyt jest nadal mało dokładny jest on w stanie utrzymać go na tyle długo, aby nakarmić psa.
Zmiana pozycji z leżenia tyłem na leżenie przodem – w tym czasie obok chłopca znajduje się pies	Tak jak w styczniu zmiana pozycji sprawia problem; fakt, że pies pozostaje w ruchu, a chłopiec tego nie widzi motywuje go do przekręcania się. Z pomocą terapeuty udaje mu się zmienić pozycję z leżenia przodem na tyłem, lecz sam nie jest w stanie tego zrobić.
Podciąganie się za ręce przy pomocy osoby dorosłej, w okolicy stawów kolanowych znajduje się pies	W dalszym ciągu chłopiec ma duże problemy z podciąganiem się, bez większych zmian w porównaniu do zajęć styczniowych. Chłopiec nauczył się po każdym podciągnięciu wykonać ćwiczenie oddechowe.
Czesanie psa	Chłopiec wykonuje dłuższe, bardziej płynne ruchy z mniejszą siłą. Nie wykonuje jednak tej czynności spontanicznie, ale poproszony o to. Głównym zainteresowaniem chłopca jest sierść, która zostaje na szczotce po czesaniu psa.
Zachowanie po spionizowaniu	Po spionizowaniu przez terapeutę wytrzymuje ok. 10 sekund, po czym sygnalizuje, że chce usiąść, mało zainteresowany psem w tym momencie.
Wypowiadanie imienia psa	Pomimo niewyraźnej mowy chłopca można usłyszeć jak wypowiada imię „Zafra” w momencie, gdy pies przychodzi na zajęcia lub gdy zjada karmę w nieodpowiednim momencie.

Chłopiec nawiązał pozytywny kontakt z psem. Każdorazowe przyście psa do mieszkania wywoływało radość chłopca. Pomimo niewyraźnej mowy chłopca w końcowym etapie prowadzenia zajęć można było usłyszeć wyraźnie wypowiedziane imię psa – Zafra. Z karty badań wynika, iż w marcu chłopiec sam inicjował sytuacje, w których pies musiałby leżeć w pobliżu chłopca lub lizać go.

Czynności samoobsługowe, takie jak jedzenie, czesanie się, zmiany pozycji, podciąganie się, zostały tylko w części opanowane. Największym sukcesem, w odczuciach osób prowadzących zajęcia, jest opanowanie przez chłopca umiejętności samodzielnego spożywania posiłków przy pomocy łyżki i widelca. Zapewnia to niezależność chłopcu w zakresie spożywania posiłków, a dodatkowo odciąża opiekunów chłopca. Nastąpiła także znacząca poprawa umiejętności

czesania psa. Pomimo, iż nie jest to spontaniczna czynność, nie sprawia ona trudności chłopcu. Niestety nie można zauważyć znaczącej poprawy w podciąganiu się na rękach oraz obracaniu się na boku oraz w zachowaniu po postawieniu. Możliwe, iż umiejętności te nie zostały opanowane, gdyż ilość czasu na nie poświęcona nie była wystarczająca.

Wnioski płynące z analizy kart obserwacji są następujące: dzięki odpowiednio prowadzonym zajęciom udało się osiągnąć podstawowe cele, postawione na początku pracy dogoterapeutycznej. Celami tymi było wypracowanie pozytywnego kontaktu z psem oraz nauka nowych czynności samoobsługowych.

Pozytywny kontakt z psem był budowany przez 6 miesięcy pracy dogoterapeutycznej. Manifestowała się ona poprzez wołanie psa po imieniu, głaskanie psa, przytulanie się. Pacjent odczuwał wyraźną przyjemność z pobytu psa w jego domu.

Największym sukcesem, w oczach osób prowadzących, okazało się nauczenie chłopca karmienia psa sztuccami. Opanowanie umiejętności karmienia psa zapewnia równocześnie zdolność do samodzielnego spożywania posiłków. Umiejętność sprawnego karmienia psa z ręki gwarantuje nie tylko poprawę koordynacji wzrokowo-ruchowej, ale także stymulację nowymi bodźcami wzrokowymi i dotykowymi.

Niestety podniesienie umiejętności samodzielnego podciągania się na rękach oraz zmiany pozycji z leżenia tyłem na leżenie przodem nie do zostały w pełni osiągnięte. Wynika to najprawdopodobniej ze zbyt małej ilości poświęconego czasu lub konstytucjonalnych ograniczeń pacjenta.

Wnioski końcowe (Joanna Nawrocka-Rohnka)

Konkluzją płynącą z prezentowanej pracy jest obserwacja, iż istnieje konieczność tworzenia planów pracy oraz scenariuszy zajęć dogoterapeutycznych przez fizjoterapeutów oraz pedagogów. Baza materiałów dydaktycznych do pracy z dziećmi z MPD i autyzmem jest mało urozmaicona.

Zauważalna jest konieczność włączenia większej grupy fizjoterapeutów i pedagogów do struktury organizacji dogoterapeutycznych.

Instytucje zajmujące się dogoterapią, pomimo dużego zapалу i możliwości, często nie posiadają niezbędnych podstaw merytorycznych do prowadzenia zajęć dogoterapeutycznych dla osób z MPD i autyzmem. Aby zapewnić im możliwie najwyższy poziom rehabilitacji i terapii warto pamiętać, aby w program podstawowych działań wpisać cykliczne zajęcia z dogoterapii. Idealną sytuacją byłaby obustronna wymiana informacji pomiędzy organizacjami dogoterapeutycznymi a specjalistami pracującymi z dziećmi posiadającymi zaburzenia rozwoju psychomotorycznego.

Dogoterapia stwarza duże możliwości podniesienia wyników podstawowej rehabilitacji i terapii, pomimo iż wymaga pracy na dwóch żywych organizmach

– dziecku i psie. Jest ciekawym urozmaiceniem, pozwalającym w niekonwencjonalny sposób zrealizować cele terapeutyczne. Więż, która tworzy się pomiędzy dzieckiem i zwierzęciem bardziej motywuje dziecko do pracy, a tym samym daje satysfakcję nie tylko pacjentowi, ale także terapeutom prowadzącemu.

Reasumując, warto by było choć częściowo włączyć zakres wiedzy z dziedziny dogoterapii do programu studiów fizjoterapeutycznych i pedagogicznych.

Bibliografia

1. Gajewska E.: Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym, *Neurol. Dziec.* Nr 35 Vol. 18/2009 67-72.
2. Ingram T.: The Neurology of Cerebral Palsy. *Arch. Dis. Child.*, 1966, 41, 337-357.
3. Nowotny J., Czupryna K., Domagalska M.: Aktualne podejście do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, *Neurol. Dziec. Vol 18/2009* 53-60.
4. Borkowska M.: Dziecko niepełnosprawne ruchowo, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997, 83-115, 230-237.
5. Dogoterapia jako metoda wspomagania rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju, J. Nawrocka [w:] Dziecko niepełnosprawne – narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne, W. Samborski E. Gajewska (red.) Wydawnictwo p to q, Poznań 2010.
6. Bartkiewicz W., Jówko M., Popławska A.: Wpływ zajęć dogoterapii na funkcjonowanie i rozwój dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie i ruchowo. Wyniki obserwacji. Publikacje Fundacji Przyjaciel <http://przyjaciel.pl/dogo/publikacje/dogoterapia-rozwoj.php>, data wejścia 08.07.2010
7. Pawlik-Popielarska B.: Pies w roli terapeuty. [Rozdz w:] Terapia z udziałem psa. Gdańsk 2005 23-29.

*Maja Strzelecka
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Terapia Lowenowska – pomost między ciałem i emocjami

Alexander Lowen urodził się 23 grudnia 1910 roku w Nowym Jorku, zmarł 28 października 2008 roku – był prawnikiem, ekonomistą; w poszukiwaniu własnych efektywnych, holistycznych form pomocy został lekarzem, psychiatrą i psychoterapeutą, kreatorem analizy bioenergetycznej. Twórca Międzynarodowego Instytutu Analizy Bioenergetycznej, założonego w 1956 roku i mieszczącego się w Nowym Jorku oraz Ośrodka Serca w New England, powołanego do życia ze Stephenem Sinatrą. W wieku 32 lat – poszukując odpowiedzi na nurtujące go pytania (o równowagę wewnętrzną, połączenie ciała z psychiką, pamięć ciała) – trafił pod opiekę terapeutyczną oraz merytoryczną Wilhelma Reicha, który jako jedyny wówczas psychoterapeuta: wyjaśniał zależności między tzw. pancerzem charakteru i osobowością neurotyczną, oraz stosował techniki terapeutyczne skoncentrowane na ciele [1].

Bioenergetyka Lowenowska ma na celu przywrócenie integralności ciała i umysłu, rozumianych jako końce jednego kontinuum, wpływające na siebie nawzajem oraz współtworzące system, jakim jest ludzki organizm [2]. „Bioenergetyka jest techniką terapeutyczną, która pomaga jednostce (...) czerpać możliwie największą satysfakcję z życia ciała. Mówiąc tu o znaczeniu ciała, mam na myśli seksualność (...) oddychanie, poruszanie się, odczuwanie i autoekspresję [2]”.

Konsekwencją przywrócenia naturalnej ekspresji, zmniejszenia wewnętrznych ograniczeń jest powrót do radości życia, spontaniczności i otwartości w relacjach ze sobą i otaczającym światem; stan nazywany przez Lowena – gracją [3].

Pierwszym krokiem na drodze przywrócenia wewnętrznej zgodności, harmonii z procesami przebiegającymi w ciele jest zlokalizowanie blokad mięśniowych powstałych w dzieciństwie i rozwijających się wraz z nabywaniem doświadczeń. Następnie stopniowo „rozpuszcza się” je poprzez ćwiczenia oraz masaże, jednocześnie pracując z pacjentem na poziomie werbalnym. Usunięcie napięcia z mięśni oznacza prawie zawsze pojawienie się specyficznych emocji odzwzorowanych w ciele w postaci tego właśnie napięcia; emocje owe często są bardzo silne [2]. Energia życiowa, wcześniej zatrzymywana nieświadomie na blokadach mięśniowych, może teraz swobodnie krążyć po całym ciele ożywiając je i integrując w granicach definicji „ja” zapomniane lub wyparte do tej pory elementy. Sygnałem powrotu do zdrowia jest zdolność do odczuwania każdej części ciała.

Kolejnym etapem terapii bioenergetycznej jest praca z przywróconymi do świadomości emocjami i umieszczenie ich w kontekście historii życia jednostki [2, 3].

Ćwiczenia bioenergetyczne można podzielić na kilka kategorii. Należą do nich: ćwiczenia pogłębiające ekspresję emocji, zwiększające świadomość istnienia napięć, a przez to świadomość własnego ciała, praca z różnymi segmentami ciała mająca na celu rozluźnienie mięśni i przywrócenie zakresu ruchu, zwiększające ekspresję seksualności, ugruntowujące, przywracające naturalną swobodę i głębokość oddechu, zwiększające poziom wibracji ciała.

Bioenergetyka zapożyczyła terminologię, fazy i rozumienie procesów psychicznych z psychoanalizy, z której – choćby poprzez kontakt Lowena z Reichem – terapia ta się wywodzi. Geneza powstawania konfliktów jest jednak w analizie bioenergetycznej precyzyjnie wyjaśniona i oparta na pamięci ciała. Wracając do terminologii: zachowane są freudowskie fazy rozwoju psychoseksualnego i ich zależności z poszczególnymi konfliktami, zachowane są pojęcia id, ego i superego. Istnieją również przeniesienie i przeciwprzeniesienie, które zachodzą na poziomie ciała, np. poprzez dotyk. Natomiast powstanie bloku mięśniowego nie jest równoznaczne z freudowskim wyparciem reakcji emocjonalnej, ale z jej stłumieniem [2, 3]. Koncepcja blokad energetycznych (mięśniowych) mówi, że w ciele odkładają się zepchnięte ze świadomości, stłumione emocje. Fizis kształtowane jest przez hamowanie impulsów energetycznych, kurczenie się i chroniczne sztywnienie pewnych partii mięśni. Takie blokady, złogi mięśniowe są powstałymi we wczesnych fazach rozwoju mechanizmami wspierającymi, obronnymi, pomagają nam przetrwać traumy, dostosować się do przekazów rodzicielskich, jednocześnie z czasem przyczyniają się do coraz większego ograniczenia żywotności ciała, determinując dorosłe życie w sensie zdrowotnym i emocjonalnym, a także czysto fizycznym [4].

Oddychanie

Proces oddychania jest jednym z fundamentalnych, o ile nie najważniejszym, spośród odpowiadających za łatwość korzystania z własnego bogactwa emocjonalnego w spontaniczny sposób [2]. Większość z nas, szczególnie osadzonych w kulturze europejskiej, oddycha zbyt płytko, bez pełnego zaangażowania przepony, klatką piersiową bądź tylko brzusznie. Dużo osób, w trudnych dla siebie sytuacjach, ma skłonność do wstrzymywania oddechu. Prawidłowy oddech w myśl zasad bioenergetyki Lowenowskiej winien angażować całe ciało, jak u małych dzieci i niemowląt. Oczywiście powietrze nie dociera poza przeponę – jednak fale pobudzenia wyzwalane przez prawidłowe oddychanie powinny docierać aż do stóp [5]. Płytkie oddychanie jest niebezpieczne dla serca, jeśli oddech nie obejmuje powłok brzusznych, tracimy kontakt z emocjami – żalu, gniewu i smutku.

Kiedy zablokowana i usztywniona jest miednica, fala pobudzenia przy wdechu nie dociera w te okolice, lecz zostaje zatrzymana – wówczas mamy nikły kontakt z odczuciami seksualnymi [5].

Gracja

Pojęcie „gracji” zostało wprowadzone do psychoterapii przez Alexandra Lowena w celu zobrazowania stanu pełnego kontaktu z własnym ciałem. Grację posiadają zwierzęta. Także dzieci rodzą się pełne gracji. Jest to elastyczność ciała, spontaniczność i bezpośredniość ujawniania się impulsów, którą wszyscy tracimy dochodząc do dorosłości. Staje się tak w dzieciństwie, gdy jesteśmy zmuszeni słuchać zewnętrznych nakazów i zakazów – pochodzących głównie do rodziców – kosztem spontanicznych impulsów płynących z ciała. Utrata gracji jest dostrzegalnym zjawiskiem fizycznym – np. chłopiec, który w dzieciństwie dostał komunikat „mężczyźni nie płaczą” może zacząć tłumić odruch szlochu, co przejawia się napięciem mięśni w okolicach ust, szczęk, szyi i gardła oraz przepony. Chroniczne zaciski owych partii mięśni doprowadzić mogą do częstych infekcji górnych dróg oddechowych, tendencji do astmy [6, 7], nieumiejętności podnoszenia głosu czy w konsekwencji trudności w werbalizowaniu uczuć [5].

Energia

To następny ważny termin w analizie bioenergetycznej. Poziom energetyczny uzależniony jest od jakości życia emocjonalnego człowieka, zależnego od ruchomości i elastyczności ciała, co z kolei jest skutkiem przechodzącego przez nie pobudzenia. Obniżenie ruchomości jakiejś partii mięśni, sprzyjające tworzeniu się blokad lub złogów mięśniowych, zmniejsza skuteczność przewodzenia energetycznego, obniżając w konsekwencji ogólny poziom funkcjonowania organizmu oraz doprowadzając do stanów zapalnych, zaburzeń krążenia oraz przewlekłych skurczów mięśniowych w objętych blokadami partiach [2, 4].

Ugruntowanie (grounding)

„Ugruntowanie” to kolejne ważne pojęcie analizy bioenergetycznej. Opisuje ono jakość połączenia jednostki z ziemią. Chodzi tutaj ściśle o poczucie tożsamości, określenie siebie w otaczającym świecie, stosunku do rzeczywistości. Pewne, pełne stanie na własnych nogach, niezależnie od okoliczności, daje możliwość kontaktu ze swoimi uczuciami, obiektywnymi realiami, innymi ludźmi. Mocne ugruntowanie to także umiejętność opierania się naciskom z zewnątrz. Jednostka dobrze ugruntowana jest elastyczna i sprężysta w ruchach, również elastyczna

i potrafiąca reagować w dojrzały sposób, z głęboką znajomością siebie i swoich potrzeb [2].

Brak należytego ugruntowania wiąże się z bazalnym zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa, pierwotnie w relacji z osobą znaczącą (matką). Fizycznie odczuwane jest wtedy zmniejszenie czucia w stopach i łydkach (zaburzenie krążenia, męczliwość), blokowanie i usztywnianie kolan. Brak poczucia bezpieczeństwa może być maskowany – rozwija się wtedy nadmierna muskulatura, kolana są lekko ugięte – jak w pozycji ataku u boksera. Stres, zgodnie z zasadami dostosowania ciała do grawitacji, przenosi się wtedy na dolne partie kręgosłupa, doprowadzając do bólu tej okolicy. Ugruntowanie przyrównywane jest przez Lowena do ukorzenia drzewa lub uziemienia przewodu elektrycznego [4].

Depresja

To najczęstsza przypadłość, z którą borykają się obecnie ludzie kultury Zachodu. Wśród jej objawów wymienić można: obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, apatię, niski poziom energii, zaburzenia oddychania. Analiza bioenergetyczna poszukuje wytłumaczenia depresji w niezaspokojeniu przez matkę potrzeb dziecka, we wczesnym dzieciństwie, co dziecko odebrać może jako utratę jej miłości. Matka interpretuje potrzeby dziecka, zamiast patrzeć i słuchać, reaguje automatycznie, standardowo. Skomplikowanie tej znaczącej więzi wynika z tego, że matka nie chce bądź nie potrafi widzieć dziecka jako odrębnej osoby, traktuje je przedmiotowo dla zaspokojenia własnych potrzeb. Dziecko zależne emocjonalnie od matki traci poczucie bezpieczeństwa także wtedy, gdy reaguje ona nieadekwatnie na jego komunikaty. Odczucie utraty miłości znaczącego dorosłego manifestuje się jako chroniczny ucisk w piersi, skurczenie się i „opancerzenie” klatki piersiowej (sztywnienie mięśni, zmniejszenie elastyczności przepony). W dorosłym życiu próby uzyskania miłości, władzy, sukcesu czy uznania (jako rekompensaty za utratę znaczącego obiektu) wiążą się ze zwiększeniem aktywności, nagłą euforią, staraniem się – przy błędnym założeniu, że na miłość trzeba zasłużyć. Lowen widział powiązanie między takim zwiększeniem aktywności i nadmiarem starań a wzorem zachowania typu A [5].

Schizoidalna struktura charakteru



Struktura schizoidalna kształtuje się, jeśli w okresie prenatalnym dziecko odrzucone zostaje psychicznie i emocjonalnie przez matkę, przychodzi na świat z komunikatem otoczenia „nie jesteś chciany, nie masz prawa żyć, świat jest Ci niechętny”. Struktura buduje się poprzez odczulanie, odcinanie się od emocji i otaczającego świata. Osoba taka w niedostatecznym stopniu odczuwa swą tożsamość, poprzez zubożenie identyfikacji z ciałem. Jednostka funkcjonująca w ten sposób jest niespójna i niezintegrowana. Tendencja do dysocjacji, reprezentowana na cielesnym poziomie przez brak energetycznego połączenia głowy z resztą ciała, wywołuje rozszczepienie osobowości, ujawniające się w sprzecznych postawach. Ta biegunowość odzwierciedla rozszczepienie ciała na dwie połowy — górną i dolną.

Osoba o charakterze schizoidalnym jest nieufna, spięta i nienaturalna w kontakcie, cechuje ją nadwrażliwość. Słabe granice ego i niestabilnie ukształtowana tożsamość zmniejszają odporność na naciski zewnętrzne, nieumiejętność zaznaczania i bronięcia własnych granic, zmuszają jednostkę do ciągłego stawiania na pozycji obronnej. Jednostka schizoidalna unika bliskich kontaktów emocjonalnych, ma trudności z budowaniem więzi i stałości w kontakcie z innymi.

Osoba taka nie używa emocji jako motoru do działania, jej dążenia opierają się na sile woli, co obserwować można jako sztywność i nienaturalność w zachowaniu, taki schemat działania nazywany jest osobowością „jak gdyby”.

Fizyczna charakterystyka osobowości schizoidalnej wynika z jej odcięcia na płaszczyźnie mięśniowej i emocjonalnej od własnego ciała i od otoczenia. Osoba taka jest drobna, mała, szczupła, wizualnie sprawia wrażenie niedojrzałej (napięta cienka szyja, częste przechylanie głowy, jak „u wisielca”).

Jest to typ osoby charakteryzującej się postawą wobec siebie i otaczającego świata: „ja jestem nie OK – ty jesteś nie OK” – zgodnie z nomenklaturą Erica Berne’a, przejętą później dla zobrazowania postaw komunikacyjnych wobec siebie i świata, przez inne, oprócz bazalnej dla tej koncepcji – analizy transakcyjnej, nurty psychoterapeutyczne. Jednostka taka ma drastycznie zaniżoną samoocenę, podświadomie nie daje sobie sama prawa do życia, szczęścia czy dobrostanu i równowagi [9]. Jednocześnie nosi w sobie negatywne emocje wobec otoczenia i zniekształcone, destrukcyjno-negatywistyczne wyobrażenia na temat świata. Unika wchodzenia w interakcje, izolując się bądź modelując zachowania społeczne na zasadzie obserwacji i wzorowania. Podstawą tworzenia się takiej

orientacji jest brak poczucia bezpieczeństwa. Dużą zaletą jest natomiast ogromna skala twórczego myślenia i ekspresji [10].

Oralna struktura charakteru



Struktura oralna kształtuje się w pierwszym roku życia dziecka, w okresie tym dominującą potrzebą w relacji ze znaczącym dorosłym jest potrzeba bezpieczeństwa, poczucie stałości w zaspokajaniu potrzeb i niwelowaniu dyskomfortu. Zaburzenie relacji z matką, na tym etapie, buduje charakter oparty na zależności od innych. Osoba o oralnej strukturze charakteru ma trudności ze staniem na własnych nogach dosłownie i w przenośni. Ma skłonność do tego, by opierać się na innych lub przywierać do nich. Tendencja ta może być maskowana przez postawę niezależności. Owo kurczowe trzymanie się innych ma swój wyraz w niezdolności do przebywania samemu. Zauważalne są dwa typy interakcji z otoczeniem: pierwszy, to osoby otwarcie zabiegające o pomoc i wsparcie, zależne i uległe; drugi, to osoby pozornie niezależne, w bliższych relacjach jednak podporządkowujące się innym i łatwo wchodzące w symbiozę z otoczeniem.

Struktury fizyczne u tego typu osobowości Lowen opisuje podobnie, jak wcześniejsi badacze określali typ o temperamencie melancholicznym. Osoba oralna jest wysoka, smukła, szczupła, o wąskiej klatce piersiowej, długich, słabo umięśnionych kończynach. Pobudzenie energetyczne rozchodzi się w obrębie tułowia, nie odżywiając rąk i nóg. Charakterystyczne jest słabe ugruntowanie jednostki, niedokrwienie stóp, słaby kontakt z podłożem. Skłonność do nałogu nikotynowego, picia z butelki, obgryzania paznokci – wiążą się z zafiksowaniem na okresie oralnym, niezaspokojonym w dzieciństwie odruchu ssania. Częste są migreny, bóle w obrębie kręgosłupa szyjnego, bruksizm – jako efekt nienależytego wyćwiczenia mięśni szyi i szczęk odpowiadających za ssanie.

Postawa wobec siebie i otaczającego świata komunikuje: „ja jestem nie OK – ty jesteś OK”, czyli jednostka oralna ma zaniżone poczucie własnej wartości, uważa, że nie da sobie rady sama, może mieć tendencję do idealizowania otoczenia, uległości wobec innych [9]. Motywem jednostki jest zaspokajanie potrzeb, poszukuje w swoim otoczeniu osób, które jej w tym zaspokajaniu pomogą. Siłą tego typu są umiejętności społeczne, rozwinięte na drodze obserwacji i wyczuwania potrzeb innych, na zasadzie „ja zrobię coś dla ciebie, to ty zrobisz coś dla mnie” [10].

Psychopatyczna struktura osobowości



Kształtuje się w okresie 1–3 lat. Jest to okres, w którym następuje eksploracja świata, pojawiają się tendencje twórcze, komunikacja z otoczeniem – na zasadzie budowania świadomości, że definicja „ja” kończy się na powierzchni skóry, zaś rodzice i otoczenie podlegają wpływom „ja” i odwrotnie – działania otoczenia kształtują dziecko jako osobę. Znaczący dorosły, który manipuluje zaspokajaniem potrzeb dziecka w tym okresie, ciesząc się jego zależnością, wciągając potomka w grę psychologiczną, na zasadzie dominacji władzy lub uwodzenia – buduje u dziecka potrzebę obrony granic; chcąc bronić swojej tożsamości i równowagi w relacji z dorosłym, dziecko stosuje te same zabiegi, którym jest poddawane. Człowiek o psychotycznej strukturze osobowości wyrasta albo na kogoś, kto za najwyższą wartość i możliwość zdobycia miłości otoczenia uważa zdobycie władzy, albo na osobę uwodzącą otoczenie, żeby zyskać nad nim panowanie. Jednostka psychotyczna zaprzecza uczuciu, inwestując energię w rozwój ego i umysłu. Lokuje swoje siły w rozwój obrazu własnego (wizerunku), przy jednoczesnej potrzebie dominowania i kontroli otoczenia.

Typ psychotyczny, skłonny do zdobywania władzy, ma rozbudowaną górną część ciała (szerokie ramiona, duży brzuch, silne ręce). W dolnej partii ciała widać dysharmonię sylwetki, nogi są słabe, szczupłe. Typ uwodzący ma bardziej harmonijną sylwetkę, widoczne są usztywnienia w okolicy kolan, napięcia mięśni wokół miednicy, które w konsekwencji prowadzić mogą do bólów lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa.

Psychotyk działa w myśl zasady: „ja jestem OK – ty jesteś nie OK”. Widzenie siebie jako najlepszego, wyjątkowego, pozytywnie różniącego się od innych – jest znamienne dla tej osobowości. Jednocześnie dla kontrastu – reszta ludzi jest gorsza, mierna, ich uczucia i dążenia się nie liczą [9]. Dominujący dla jednostki jest lęk przed podporządkowaniem się lub wykorzystaniem przez innych. Mocną stroną typu jest nieuleganie emocjom i radzenie sobie w sytuacjach trudnych [10].

Masochistyczna struktura osobowości

Ta struktura kształtuje się po 3. roku życia. Dziecko uczone nadmiernego posłuszeństwa, którego ekspansywne dążenia są zawsze hamowane i ograniczane działaniami sprawcze – zaczyna tłumić gniew i agresywne (czyli wg Lowena – związane z radością życia) skłonności. Blokowanie gniewu powoduje w konsekwencji nieumiejętność bronięcia swoich praw. W dorosłym życiu osoba taka



dużo narzeka, jest cyniczna, sarkastyczna, co jest pośrednim sposobem na rozładowanie tłumionej agresji. W relacjach z innymi masochista ma skłonność do zachowań prowokacyjnych, wywołanie konfliktu daje bowiem szansę na usprawiedliwienie własnej agresji, jako odpowiedzi na zachowanie innych. Dominuje postawa uległa, ingracyjna wobec otoczenia. Poczucie braku energii, marazmu – wynika z zatrzymywania negatywnych emocji w środku, prowadzi może do depresji.

Sylwetka zwalista, z pochyloną głową, może wystąpić charakterystyczny „wdowi kark”, otłuszczone zgrubienie na karku, związane z blokadami mięśniowymi służącymi do tłumienia impulsów agresywnych. Skulone plecy, spięte pośladki, miednica wysunięta do przodu.

Typ masochistyczny będzie podpadać pod postawę: „ja jestem nie OK – ty jesteś OK” [9].

Mocną stroną masochisty jest jego ogromna wytrzymałość i umiejętność przetrwania w najtrudniejszych warunkach [10].

Sztywna struktura osobowości



Kształtowanie się sztywnej struktury osobowości wynika, zgodnie z koncepcją Lowena, z poczucia zaniedbania lub odrzucenia ze strony rodzica płci przeciwnej na tym etapie rozwoju, kiedy jego zainteresowanie jest konieczne, po to żeby przetrenować swoją płciowość oraz ustalić role kobiety i mężczyzny, ojca i matki. Jednostka doznająca braku zainteresowania ze strony rodzica płci przeciwnej uczy się zdobywać zainteresowanie manifestacjami, np. jak dostanę złą ocenę albo stłukę kubek to rodzic krzyczy, więc mnie zauważa. Sztywna struktura wiąże się z dużą niezależnością, niepozwalaniem sobie na porażki, tendencją do rywalizacji. Uległość uznana zostaje jako rezygnacja z własnej wolności. Jednostka taka jest uparta, nieustępliwa, asertywnie, czasem zaś agresywnie broni swoich granic. Jest otwarta na ludzi i otaczający świat, w związkach partnerskich może mieć problem z zaufaniem i zaakceptowaniem drugiej osoby takiej, jaką ona jest.

Ponieważ wcześniej nie pojawiły się tendencje do tłumienia energii, blokad mięśniowych, wpływających na rozwój organizmu – sylwetka jest harmonijna, symetryczna i proporcjonalna.

Jednostka taka najbliższa jest ideologii: „ja jestem OK – ty jesteś OK”. Ma skłonność do akceptowania siebie i innych. Jest demokratyczna w relacjach, nie zamartwia się niepotrzebnie, świat jest dla niej niezagrażającym miejscem, godnym eksploracji [9]. Mocną stroną typu sztywnego jest aktywność, umiejętność rozwiązywania problemów i dość otwarta interakcja z otoczeniem [10].

Typologia charakterologiczna Lowena – zarówno, gdy chodzi o cechy, jak i wygląd zewnętrzny – jest bardzo użyteczna w pobieżnej diagnozie wstępnej, także dla profesjonalistów medycznych, nie tylko dla psychologów i psychoterapeutów.

Terapia bioenergetyczna jest skuteczną i wyjątkowo holistyczną metodą pomocy, obejmującą zarówno pracę werbalną nad problemem jednostki, jak i pracę z pamięcią ciała oraz nad poprawą jej funkcjonowania. Dlatego dziwi to, że w Polsce nie jest to rozpowszechniona forma terapeutyczna (ośrodki tylko w Koszalinie i Warszawie).

Bibliografia

1. http://pl.wikipedia.org/wiki/Alexander_Lowen
2. Lowen A.: Wstęp do bioenergetyki. Energia, język ciała, terapia. Santorski i Co., Warszawa 1992.
3. Santorski J.: Organizm i orgazm. Santorski i Co., Warszawa 1992.
4. Lowen A.: Duchowość ciała (Spirituality of the Body). Santorski i Co., Warszawa 2006.
5. Lowen A.: Miłość, seks i serce. Pusty obłok, Warszawa 2007.
6. Schier K.: Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. GWP, Gdańsk 2005.
7. Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kroger, F., Wasilewski, B.: Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL. Warszawa 1996.
8. Bioenergetyczna analiza charakterów, Kawalerowicz A., [w:] J. Santorski (red.), Ciało i charakter. Diagnoza i strategie w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej. Santorski i Co., Warszawa 1998.
9. Berne E.: W co grają ludzie? Psychologia stosunków międzyludzkich. PWN, Warszawa 2011.
10. Siems M.: Ciało zna odpowiedź. Podręcznik focusingu. Santorski i Co., Warszawa 1992.

Wojciech Strzelecki
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

*Muzyka poprzez swoją harmonię i rytmy
powinna przywrócić duszy porządek i zgodę*
Platon „Protagoras”

Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii

Wprowadzenie

Muzykoterapia zajmuje się wpływem muzyki na zdrowie człowieka. Lecnicze oddziaływanie muzyki zostało zauważone już w Starożytności, jednak jako dziedzina naukowa muzykoterapia wyodrębniła się stosunkowo niedawno. Uważana jest obecnie za jedną z form arteterapii bądź kulturoterapii [1, 2]. Aktualnie rozwija się dynamicznie, co może wiązać się z poszukiwaniami pozafarmakologicznych metod leczniczych [3]. Postępujący rozwój społeczny stał się przyczyną umasowienia i powszechności leczenia, i doprowadził do zinstytucjonalizowania opieki zdrowotnej. Jednakże, przy oczywistych zaletach takiego stanu rzeczy, pojawiło się zbiurokratyzowanie działań i niebezpieczeństwo bezosobowego traktowania pacjenta. Specjalizacja stała się przyczyną zmniejszenia zainteresowania chorym jako istotą społeczną i braku zainteresowania dla zaspokojenia jego potrzeb psychicznych. Stan ten spowodował opinię o dehumanizacji medycyny, a w następstwie tego opinię o potrzebie dokonania procesu diagnozy na płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i socjologicznej, a także oparcia współczesnych metod leczenia, poza leczeniem zabiegowym i farmakologicznym, także o socjoterapię i psychoterapię [4]. Pojawiła się w tym miejscu szansa dla muzykoterapii, która mogła być remedium na dehumanizację procesu leczenia.

Jednak pomimo wzrostu popularności muzykoterapii oraz licznych jej zalet, wciąż jeszcze jest to dziedzina stosunkowo mało poznana, a bywa, że traktowana jest jako dziedzina nienaukowa. Wśród podstawowych zalet muzykoterapii wymienić można: wszechobecność muzyki w otaczającej rzeczywistości (co ściśle wiąże się z licznymi funkcjami jakie pełni ona w rozwoju jednostki¹), co po-

¹ Wśród funkcji sztuki muzycznej wymienić można: funkcje: rozwojową (wspomaga rozwijanie potencjałów oraz stymuluje rozwój osobniczy), wychowawczą (rozwija inteligencję, dostarcza wiedzy), poznawczo-stymulacyjną (dostarcza informacji, stymuluje aktywność poznawczą), emocjonalno-estetyczną (dostarcza pozytywnych przeżyć, pobudza estetycznie), rekreacyjno-ludzyczną

woduje naturalność w jej odbiorze; łatwość odbioru komunikatu muzycznego, który nie wymaga tłumaczenia, jest komunikatywny i działa bezpośrednio [4]; większą odporność języka muzycznego na uszkodzenia mózgu, jako że jest on bardziej archaiczny i wcześniejszy rozwojowo od języka werbalnego² [7, 8]; możliwość pozbycia się przez terapeutę wszelkich wypracowanych zawodowych odruchów obronnych i przygotowanych z góry interpretacji [9]; łatwość wyobrażeniowego przenoszenia się w sferę przeżyć drugiego człowieka [10] oraz łatwość aktywizowania emocji poprzez unikanie kontroli intelektualnej [11, 12, 13]. Wpływ muzyki na emocje człowieka wiąże się ze stymulacją sekrecji endorfin, z bezpośrednim pobudzeniem układu limbicznego (właśnie bez racjonalnej kontroli) i oddziaływaniem na ośrodki i drogi nerwowe tworzącego siatkowatego i rdzenia przedłużonego [14]. Ponadto struktura dzieła muzycznego przypomina przebieg napięć i odprężeń, które leżą u podłoża wszelkich procesów życiowych [7, 8, 9]. Jak pisze M. Bristiger: „Muzyka jest analogią życia emocjonalnego” [15]. Muzyka może więc spełniać rolę symbolu życia, uczuć, energii; podobnie jak słowa o różnym zabarwieniu emocjonalnym mogą łatwo odnaleźć swoje odzwierciedlenie emocjonalne w muzyce [16]. Podobnie osobowość jednostki porównują niektórzy autorzy do wielogłosowej kompozycji, stąd pewne elementy siebie pacjenci odnaleźć mogą w utworach muzycznych [6]. Dodatkowo, zgodnie z zasadą *prima non nocere*, na uwagę zasługuje to, że muzykoterapia, nawet jeśli nie pomoże, to z całą pewnością nie zaszkodzi, co sprawia, że istnieje niewiele przeciwwskazań dla jej stosowania i ograniczają się one właściwie jedynie do ostrych stanów psychoz, padaczki muzykogennej (tzw. muzykolepsji) i głębokich stanów depresyjnych [17, 18, 19]. Jednak wciąż istnieje szereg czynników, które stawiają muzykoterapię niejako na drugim planie. Trudność w określeniu materiału muzycznego nadającego się do terapii sprawia, że nie przez wszystkich jest ona uznawana za dziedzinę naukową. Dodatkowo niezwykle trudno jest dobrać materiał terapeutyczny, jako że przy jego ustalaniu należy wziąć pod uwagę szereg czynników związanych z cechami odbiorcy, takich jak: cechy osobowości [11, 20, 21], typ odbioru muzycznego [11, 22, 23], preferencje muzyczne [24, 25, 26, 27, 28, 29], poziom muzykalności [10, 30] czy wiek [11]. Największą jednak trudnością w muzykoterapii jest to, że oddziaływanie muzykoterapeutyczne nie jest uważane za konieczne, zatem schodzi na dalszy plan. Pozostaje faktem, że muzykoterapia jest metodą wspierającą³, a traktowanie jej jako głównej for-

(daje odpoczynek i zabawę), ekspresyjną (daje możliwość wyrażenia siebie), komunikacyjną (włącza jednostkę w życie zbiorowości), kulturową (zapoznaje jednostkę z dorobkiem kulturowym), terapeutyczną (wywołuje uspokojenie, rozluźnia bądź aktywizuje i mobilizuje) [5].

² W niektórych podejściach uważa się nawet, że pojawienie się kodu werbalnego przerywa ciągłość dźwiękową i oddala funkcje czysto akustyczne na korzyść semantycznych [6].

³ Takie podejście do muzykoterapii wprowadziła Szkoła Amerykańska. Szkoła Amerykańska charakteryzuje się orientacją empiryczno-kliniczną. Największe zasługi dla powstania tego kierunku

my terapii to pogląd, którego obecnie nikt już właściwie nie wyznaje⁴ [11, 30, 31]. Jednak sprawia to, że decyzja o podjęciu muzykoterapii schodzi na dalszy plan wobec głównych metod leczniczych uważanych z naturalnych względów za istotniejsze i pilniejsze. Innym problemem jest niewielka ilość specjalistów – muzykoterapeutów, którzy ponadto zazwyczaj związani są z lecznictwem zamkniętym, a ich działalność koncentruje się przeważnie wokół szpitali psychiatrycznych, pediatrycznych i sanatoriów rehabilitacyjnych [30]. Ponadto aktualnie nie jest do końca jasne kto jest, a kto nie jest muzykoterapeutą. Zawód ten niejednokrotnie wykonują osoby, które de facto muzykoterapeutami nie są, stosują jednak metody wypracowane przez muzykoterapię. Trwają prace nad ustawą o zawodzie muzykoterapeuty [32], jednak na obecnym etapie regulacji prawnych jako takich, dotyczących wykonywania tego zawodu, jeszcze nie ma. Większość teraz pracujących w zawodzie muzykoterapeutów kształciła się w trybie dyplomowym, co wiąże się z tym, że środowisko muzykoterapeutów polskich nie jest jednorodne i zintegrowane, jako że specjalność podstawowa: muzyka, lekarza, psychologa, pedagoga muzycznego czy muzykologa w naturalny sposób determinuje podejście do pacjenta i muzykoterapii [30]. Ta różnorodność praktyk muzykoterapeutycznych rodzić może pewne zamieszanie, mające swoje źródło również w z jednej strony cennym, z drugiej jednak bardzo problematycznym stosowaniu muzykoterapii w różnych kontekstach: terapeutycznym (szpitale i inne ośrodki lecznicze), psychopedagogicznym (szkoły, instytucje społeczno-wychowawcze), rehabilitacyjnym (zabiegi lecznicze) i psychospołecznym (stowarzyszenia, zakłady penitencjarne) [6]. To, że muzykoterapia używana jest

muzykoterapii przypisuje się J. Altschulerowi ze szpitala Heloizy w Detroit. Szkoła ta zajmuje się głównie obserwacją działań i reakcji przy zastosowaniu bardzo różnych stylów muzyki z uwzględnieniem jazzu i współczesnej muzyki popularno-rozrywkowej. Elston określa tę orientację mianem farmakologii muzycznej. Według Szkoły Amerykańskiej muzykoterapia jest psychoterapeutyczną formą pomocniczą, charakteryzującą się dużą różnorodnością koncepcji. Częściowe zebranie koncepcji amerykańskich muzykoterapeutów znaleźć można w książce „Music in therapy” pod redakcją E.T. Gastona, wydanej w 1968 roku. Praca ta była efektem mającej miejsce w Lawrence (Kansas) w 1964 roku konferencji, której uczestnikami było jedenastu amerykańskich nauczycieli muzykoterapii. Zwrócono się tam z prośbą do specjalistów o dostarczenie materiałów opisujących ich działalność, osiągane wyniki oraz poglądy [11].

⁴ Muzykoterapia była uznawana za centralną funkcję leczenia w tzw. Szkole Szwedzkiej. Szkoła ta opiera się głównie na psychoterapii wynikającej z osiągnięć psychologii głębi. Za twórcę Szkoły Szwedzkiej uchodzi Pontvik. Uznawał on muzykę za zjawisko „uniwersalnego pochodzenia”. Jego teoria przepojona jest psychologią Junga i teorią szwajcarskiego filozofa Kaysera. Pontvik wykluczał emocjonalne przeżywanie muzyki w muzykoterapii. Wykluczał też ciało z procesu leczenia, a zatem wpływ przeżycia muzycznego na cały układ psychofizyczny. Rolą muzyki miało być przywrócenie człowiekowi równowagi i pobudzenie go intelektualnie. Aktualnie koncepcja ta ma znaczenie raczej historyczne, a przyznawanie muzykoterapii roli centralnej w leczeniu to pogląd odosobniony. Obecnie nie można mówić o liczącej się działalności terapeutycznej opartej o Szkołę Szwedzką [11].

właściwie wyłącznie jako wspierająca forma terapeutyczna powoduje również, że jej efekty są często niewidoczne przez to, że wplecione są w skutki innych oddziaływań leczniczych [30].

Według Światowej Federacji Muzykoterapii muzykoterapia „jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla i/lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” [33]. Inaczej mówiąc, muzykoterapia jest to „systematyczne, metodyczne, oparte na podstawach naukowych zastosowanie kliniczne muzyki” [34].

W związku z tym, że jak wspomniano muzykoterapia wkracza w coraz większą liczbę obszarów medycyny staje się ona istotną metodą wspomagającą w przywracaniu zdrowia oraz podnoszenia jakości życia. Szczególna rola przypada muzykoterapii w rehabilitacji [35, 36, 37], neurologii [19, 38], zaburzeniach psychosomatycznych [39], w ginekologii i położnictwie [30] oraz w pracy z dziećmi [8, 40, 41, 42]. Wspomniane obszary to tylko część dziedzin, w których obecnie pojawia się muzykoterapia.

Uogólniając, obecnie mówić można o różnych spojrzeniach, jeżeli chodzi o obszary oddziaływań muzykoterapeutycznych, które jako liczne zresztą koncepcje ująć można w trzy główne grupy: „1. oddziaływania na psychikę człowieka w celu jej leczenia lub korygowania, 2. oddziaływania ‘ogólnoustrojowe’, czyli całość ustroju psychosomatycznego człowieka [oraz 3.] oddziaływania „fizjologiczne”, czyli ukierunkowane na fizjologiczne reagowanie człowieka, na bodźce akustyczne lub muzyczne” [7].

Muzykoterapia w psychiatrii

Pomimo szerokiego zastosowania muzykoterapii w kompleksowym leczeniu chorób różnych specjalności, to wciąż najczęściej jest ona stosowana w leczeniu psychiatrycznym. Przyczyn takiego stanu rzeczy szukać należy w specyfice zaburzeń psychicznych, ich etiopatogenezy, obszaru klinicznego, przebiegu oraz następstw społecznych [43].

Dodatkowo to właśnie na gruncie lecznictwa psychiatrycznego muzykoterapia rozwijała się i kształtowała na samym początku swego istnienia jako nauki. W Polsce, gdzie początki zaistnienia muzykoterapii jako odrębnej dziedziny naukowej można datować na rok 1970, wyłaniać się ona zaczęła właśnie na gruncie psychiatrii, kiedy to pojawiły się pierwsze założenia teoretyczne i koncepcje metodyczne [44].

Również pierwsze eksperymenty związane z metodami muzykoterapeutycznymi wprowadzone zostały na gruncie psychiatrii. Pierwsze próby zastosowania francuskiej metody J. Josta wprowadziła w Szpitalu Psychiatrycznym w Drewnicy A. Lubońska [44]. W latach 70. działają m.in.: M. Murkowa w szpitalu w Bronicach (1974), gdzie stosuje różne formy elementarnego muzykowania i śpiewu oparte na zabawach dziecięcych, pracując z chorymi na schizofrenię; W. Szelenberger w Klinice Psychiatrycznej AM w Warszawie, gdzie stosuje muzykoterapię receptywną opartą – dla zwiększenia koncentracji uwagi pacjenta na muzyce – na zasadzie kontrastowo zestawionych utworów oraz A. Janicki w szpitalu w Stroniu Śląskim, który przy leczeniu zespołów nerwicowych w goścu wykorzystuje zestaw dwóch utworów: pierwszy ma charakter pobudzający, drugi – uspokajający [43, 44]. Działa również E. Galińska w Klinice Nerwic i w I Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie, która stosuje muzykoterapię receptywną, obejmującą program dla pacjentów nerwicowych, złożony z trzech lub czterech utworów, skonstruowany na zasadzie stopniowania trudności w odbiorze [44].

Należy więc przyjąć, że z uwagi na to, iż muzykoterapia wyrosła w zasadzie na gruncie lecznictwa psychiatrycznego, to właśnie w tej dziedzinie jej metodyka, mając najdłuższą tradycję, jest najbardziej różnorodna, rozwinięta i dopracowana.

Jedną z definicji zaliczają nawet do technik psychiatryczno-psychologicznych, i ujmuje muzykoterapię jako „szczególną formę psychoterapii a jej efekty psychotropowe (katharsis, odreagowanie, relaksacja, uwrażliwienie, integracja, zmiana zachowań, korekta postawy, wad wymowy) skłaniają do tego, aby zaliczyć ją do technik psychiatryczno-psychologicznych” [30]. Inna z kolei definicja zawęża wręcz jej zasięg oddziaływania wyłącznie do zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Według tej definicji muzykoterapia jest „jedną z metod stosowanych w odniesieniu do chorób psychicznych i nerwic [45].

Uogólniając można powiedzieć, że oddziaływanie muzykoterapeutyczne w psychiatrii przebiega w dwóch zasadniczych trybach: przyczynowym – w tym przypadku celem jest uzyskanie rozwoju osobowości poprzez jej rekonstrukcję i restrukturalizację lub objawowym – wówczas celem jest jedynie osłabienie czy też usunięcie poszczególnych objawów chorobowych. Zasadniczym elementem muzykoterapii w lecznictwie psychiatrycznym jest aktywizacja emocji związanych konfliktowymi i patogennymi przeżyciami, które za pośrednictwem dźwięku mogą zostać łatwiej wyrażone i uświadomione, co z kolei ułatwia ich przepracowanie. W dalszej konsekwencji zmianie ulegają społeczno-komunikatywne zaburzenia zachowania [43].

Ponadto muzyka może być symbolem ładu i porządku, przez co pozwala uzyskać harmonię u pacjenta psychiatrycznego. Istotny jest też element rytmu jako czynnika stabilizującego i uspokajającego poprzez proces dostrojenia i synchronizacji [6]. Słuchanie muzyki przez osoby z zaburzeniami psychicznymi zmniejsza-

sza napięcia lękowe oraz tendencje do izolacji. Może również pobudzać uczucia uśpione lub rozwijać nowe [22].

Muzykoterapia w leczeniu nerwic

Muzykoterapia jest często stosowaną formą oddziaływania terapeutycznego w nerwicach. Pomijając w tym miejscu klasyfikację zaburzeń nerwicowych przyjmujemy, że nerwica jest to: „psychopodobne czynnościowe zaburzenie w sferze psychicznej, dotyczące zwłaszcza czynności emocjonalnych” [46].

W zaburzeniach nerwicowych muzykoterapia stosowana jest jako jedna z metod terapii kompleksowej, której założeniem jest dążenie do zmiany postaw i zachowań pacjentów na takie, które ułatwią im lepsze, nieneurotyczne funkcjonowanie również po zakończeniu terapii. W pracy z osobami z nerwicami, poprzez muzykoterapię oddziałuje się przede wszystkim na sferę emocjonalną [47, 48].

W muzykoterapii nerwic pracuje się etapami: etap pierwszy służy oswojeniu się z muzyką, a zadaniem pacjentów/klientów jest nauczenie się słuchania muzyki oraz odczuwania i nazywania emocji przez nią wywołanych. W drugim etapie mają okazję poznać siebie przez pryzmat muzyki. Trzeci etap opiera się na tych samych zasadach co drugi, jednak w tym miejscu poznawane są bardziej ukryte obszary ego. Następują tutaj wizualizacje przy muzyce na zadane tematy, a pacjenci/ klienci projektują swoje charakterystyczne reakcje i zachowania, do których świadomie nie chcieliby się przyznać. Ostatni etap to prezentacja portretów muzycznych [49].

Technika ta dotyczy pracy z pojedynczym pacjentem na tle i przy pomocy grupy. Technika ta ma charakter syntezy, podsumowania. Stanowi ona rodzaj lustra dźwiękowego (obraz pacjenta grany na instrumentach przez grupę) i muzycznego (montaż trzech utworów charakteryzujących pacjenta, przygotowany przez terapeutę). Po zagraniu obrazu pacjenta przez grupę, rozwija się dyskusja psychoterapeutyczna, w której zarysowują się główne problemy pacjenta [44]. W końcowej części „portretu muzycznego” prezentowany jest wspomniany montaż trzech utworów, ukazujący w sposób symboliczny strukturę „ja” pacjenta. Chodzi o pokazanie pacjentowi elementów sprzecznych i niespójnych. Tak więc pierwszy i drugi utwór dobierane są na zasadzie opozycji. Trzeci utwór ukierunkowany jest na przyszłość. Pokazuje możliwości pacjenta i to, jaki mógłby on być i co byłoby dla niego korzystne. Celem tej techniki jest przywrócenie zakłóconej równowagi w obrębie „ja” pacjenta [44].

Całość często uzupełniana jest improwizacjami na instrumentach z zestawu Orffa. Pacjenci/klienci przedstawiają się za pomocą instrumentów z instrumentarium Orffa na tej samej zasadzie, na jakiej w psychoterapii przedstawiają się

werbalnie. Dla muzykoterapeutycznej diagnozy istotna jest obserwacja, tak więc terapeuta powinien zwrócić uwagę na: dobór instrumentu, kontakt z instrumentem i sposób gry na nim, a także na głośność i długość improwizacji. Ważną grupą tematyczną jest uświadomienie sobie pełnionych w życiu ról. Zajęcia z muzyką mają na celu wychwycenie tych ról, do których pacjenci mają szczególne przekonanie, które najbardziej im odpowiadają i które najchętniej wypełniają. Na przykład: jedno ze spotkań w tym temacie nosi tytuł „Jaka rola w rodzinie najbardziej mi odpowiada?” Za pomocą instrumentarium Orffa pacjent przedstawia charakter wybranej postaci. I tak np. określenie „dziadek” dopiero w połączeniu z improwizacją muzyczną daje pełny obraz – czy jest to energiczny staruszek, czy zmęczony, stary człowiek [49].

W końcowym etapie terapii podsumowuje się dobrany materiał, mając na uwadze to, aby dostarczyć wszystkim uczestnikom jak największej ilości zdań będących konstruktywną krytyką ich zachowań, a gdzie trzeba – pozytywnym wzmocnieniem [49]. Również w nerwicach dziecięcych stosuje się muzykoterapię. Znajduje ona zastosowanie przy rozpoznaniu nerwicy lękowej, ruchowej oraz przy jankaniu się [50, 51].

Muzykoterapia w schizofrenii

Zastosowaniu technik muzykoterapeutycznych w schizofrenii poświęcono szczególnie dużo opracowań [43, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61]. Pomijając w tym miejscu klasyfikację schizofrenii przyjmiemy, że schizofrenia jest to: „zaburzenie którego podstawową cechą jest rozpad lub rozszczepienie struktury osobowości”. Współcześnie schizofrenia jest również terminem zbiorczym, który obejmuje niehomogenną grupę psychoz (hebefrenicznych, katatonicznych i paranoidalnych [46].

W schizofrenii muzykoterapię stosuje się w dalszej fazie leczenia już po usunięciu objawów niepokoju, napięcia i autyzmu na drodze farmakoterapii [43].

Założenia dotyczące stosowania muzykoterapii w schizofrenii opierają się o założenia psychoanalityczne, według których patogeny charakter schizofrenii bierze się z zaburzeń wczesnych relacji dziecka z matką. Sama choroba jest według tych założeń regresją do wcześniejszego poziomu komunikacji [56]. Sygnały odbierane w okresie prenatalnym są zbliżone do tego, co niesie ze sobą muzyka (dźwięk, wibracja). Założenia związane z psychoanalizą wiążą się z jednym z głównych nurtów w muzykoterapii – nurtem analitycznym. Kierunek analityczny reprezentowany jest m.in. przez R. Benenzona. Jego założenia wiążą się głównie z oddziaływaniem na emocje słuchacza za pośrednictwem muzyki oraz na docieraniu poprzez dźwięk do podświadomości pacjenta/klienta. Poprzez nawiązanie niewerbalnego kontaktu muzykoterapeuta dociera do traumatycznych treści pacjenta/klienta, które uległy wyparciu; to umożliwia ich przepracowanie

i odreagowanie [62, 63, 64]. Według psychoanalityków na bazie „archaicznej dźwiękowości” można dotrzeć do chorego na schizofrenię i odbudować, a także ustrukturalizować jego wczesny kontakt z matką. Stosowane tu techniki muzykoterapii określa się jako „techniki mediacyjne”. Celem terapii jest stopniowe kształtowanie poczucia tożsamości u pacjenta i umacnianie jego ego. Proces ten ma charakter kilkufazowy. Uogólniając można powiedzieć, że proces przebiega od chaosu w kierunku harmonii. Zaczyna się od pracy z pojedynczym dźwiękiem w kierunku złożoności materiału dźwiękowego. Celem jest stopniowe poznanie cech osobowości pacjenta, jego potrzeb emocjonalnych, dążeń, poziomu aspiracji itd. [56]. Na dalszych etapach stymuluje się pacjenta do pogłębiania kontaktu z terapeutą i z grupą w kierunku ujawnienia siebie nie tylko poprzez metafory, ale również do odkrywania znaczeń symboli i do odnoszenia ich do aktualnych problemów życiowych. Pogłębianie kontaktu polega na prowokowaniu pacjenta do wyrażania emocji (także negatywnych) poprzez ukierunkowanie na problem zadania, takiego jak wyobrażenie sobie przy muzyce złej postaci, np. potwora czy czarnoksiężnika. Zadaniem pacjenta jest zrozumieć motywy postępowania, a także podjąć próby znalezienia w nich jakichś cech dodatnich. Ułatwia to zaakceptowanie własnej agresji [56]. Muzykoterapia poprzez wykorzystywanie swoich technik diagnozuje pacjenta, ponieważ dysponuje nowymi, nieznanymi mu środkami wyrazu, wywołującymi reakcje emocjonalne, których pacjent nie jest w stanie w pełni kontrolować, przez co jego wypowiedzi i zachowania są prawdziwe i niezafałszowane [55]. W dalszych etapach stymuluje się pacjenta do samodzielnej pracy terapeutycznej, skłania się go do wychodzenia z inicjatywą, do stawiania i realizacji celów. Pacjenci grają na instrumentach siebie w rolach społecznych, poczynając od ról aktualnych, a skończywszy na perspektywicznych. Sprawdzając swoje funkcjonowanie w różnych rolach, pacjenci mogą modelować swoje zachowania, podczas gdy wzorów dostarcza im muzyka. Ostatni etap (prospektywny) ma na celu przygotowanie pacjenta do samodzielnego funkcjonowania poza szpitalem [56].

Muzykoterapia w pracy z osobami chorymi na schizofrenię ma również na celu wyzwolić i wzbogacić ich uczucia, podwyższając ich życie uczuciowe. Przeżycia estetyczne wywołane muzyką wpływają na proces integracji wewnętrznej, a także na umocnienie kontaktów z innymi osobami z grupy terapeutycznej [65].

Wykorzystuje się również muzykoterapię w formie śpiewoterapii. Celem jest tu umożliwienie emocjonalnego wypowiedzania się w sposób elementarny i spontaniczny oraz nawiązywanie kontaktów interpersonalnych poprzez śpiewanie w grupie. Przy zastosowaniu tej formy terapeutycznej stwierdzono zmniejszenie nasilenia objawów psychotycznych, wystąpiło ożywienie ruchowe, zwiększyła się koordynacja psychoruchowa i zmniejszyła nieśmiałość chorych. Poprawił się również kontakt werbalny i pozawerbalny oraz zwiększyła się ilość wypowiedzi o zabarwieniu afektywnym [66].

Wykorzystuje się również muzykę jako inspirację do tworzenia obrazu plastycznego przez chorych na schizofrenię [53].

Muzykoterapia jest również użyteczną metodą w zmniejszaniu zaburzeń spostrzegania. Zaburzenia te są jednym z objawów klinicznych schizofrenii. Podstawowym zaburzeniem spostrzegania w schizofrenii jest brak zdolności do habituacji i osłabiania zewnętrznych bodźców lub wewnętrznych procesów myślowych [67]. Tymczasem wykazano, że chorzy, poza okresem ostrych objawów psychotycznych i głębokich stanów apatyczno-abulicznych, przeżywają muzykę w sposób adekwatny, zbliżony do przeżywania jej przez osoby zdrowe. Kontakt z muzyką ma cechy komunikacji międzyludzkiej i ma dla chorych na schizofrenię wartość terapeutyczną jako przestrzeń komunikowania się z terapeutą oraz źródło przeżyć o znaczeniu estetycznym i społecznym [57].

Możliwość komunikowania się za pośrednictwem dźwięku jest niezwykle istotnym elementem muzykoterapii w schizofrenii. Na szczególną uwagę zasługuje tu technika dialogu instrumentalnego, w której stosuje się dźwięk instrumentów perkusyjnych w miejsce słów, których wypowiedzianie może stanowić dla chorego trudność, jako że nierzadko jego język werbalny jest bardzo osobisty, a poczucie niezrozumienia zniechęca do otwartego wypowiedziania się za pomocą słów [55, 68]. Technika ta nawiązuje do nurtu komunikacyjnego w muzykoterapii. W kierunku komunikacyjnym muzyka traktowana jest jako środek komunikacji niewerbalnej z pacjentem, szczególnie w sferze emocjonalnej. Muzyka jest tu systemem znaków i sygnałów, zbudowanym według praw muzycznych, przekazującym określone informacje semantyczne i estetyczne [62, 63, 64]. Dźwięk instrumentu jest abstrakcyjny, zatem nie niesie ze sobą znaczeń jakie niosą słowa. Zwiększa to poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Za pomocą dźwięku instrumentu w bezpieczny i niezagrażający dla pacjenta sposób można swobodnie wyrazić emocje. Można zatem posłużyć się dźwiękiem instrumentu w budowaniu dialogów z osobą, z którą kontakt werbalny jest z różnych powodów utrudniony. W pierwszym etapie z pacjentem pracuje się w trybie indywidualnym. Zadaniem terapeuty jest nawiązanie muzycznego kontaktu z chorym. Wzmacnianie spontanicznej gry chorego zachęca go do dalszej aktywności. Szczególnie istotna jest na tym etapie wnikliwa obserwacja improwizacji muzycznej pacjenta. Jednak indywidualna terapia nie powinna trwać zbyt długo, jako że może pojawić się uzależnienie się chorego od terapeuty. Zatem w drugim etapie, kiedy chory już czuje się bezpiecznie może zostać wprowadzony do grupy. W grupie swobodny dialog instrumentalny zastąpiony zostaje przez kierowany. Następuje przenoszenie zachowań z życia codziennego na płaszczyznę zachowań muzycznych. Odbywa się to poprzez odgrywanie ról oraz wyrażanie uczuć poprzez grę na instrumentach. W grupie pacjent ma okazję zobaczyć siebie w relacji z innymi [68].

Muzykoterapia może być również użyteczna w regulacji zaburzeń napedu. Naped psychomotoryczny jest to siła wewnętrzna skłaniająca człowieka do pod-

jęcia, zapoczątkowania i podtrzymania czynności. Napęd stanowi cechę temperamentu determinującą tempo procesów psychicznych (szczególnie myślenia), tempo czynności ruchowych i tempo aktywności złożonej (zaplanowanie i wykonanie) [46]. Zaburzenia napędu wiążą się nie tylko ze schizofrenią katatoniczną. Mogą występować też w innych postaciach tej choroby [59]. Muzykoterapię w zaburzeniach napędu stosuje się w postaci teatru instrumentalnego. Celem jest wywołanie ekspresyjnych sposobów zachowania się u pacjentów, w ich sferze uczuciowej, psychomotorycznej oraz twórczej. W zaburzeniach napędu na szczególną uwagę zasługuje muzyka rockowa, ponieważ bezpośrednim czynnikiem oddziaływania muzyki rockowej jest silnie akcentowany motoryczny rytm oraz zazwyczaj stałe metrum, które wpływają na zaburzoną psychomotorykę [54]. Na poprawę zaburzonej motoryki wpłynąć też można przez wspólne muzykowanie na instrumentach perkusyjnych.

Muzyka wpływa również na omamy słuchowe. Badania donoszą, że pod wpływem niektórych gatunków muzycznych ulegają one złagodzeniu [58].

Warto w tym miejscu wspomnieć również o koncepcji kulturocentrycznej wspólnotowej muzykoterapii improwizacyjnej, autorstwa E. Masiak [69]. Koncepcja ta opiera się na: muzykoterapii wspólnotowej⁵, muzykoterapii kreacyjnej⁶ oraz logoterapii⁷. Pacjentami poddawany tej technice są głównie osoby z diagnozą schizofrenii, ale również pacjenci z innymi rozpoznaniem. Terapia, w myśl omawianej koncepcji, przebiega w trzech etapach. Etap 1 – określony przez autorkę jako „Od chaosu ku strukturom – od ekspresji autystycznej ku spotkaniu w muzyce”, polega na, opartym na strategii modelowania, uzyskaniu rezonansu przez pacjentów. Sposób gry muzykoterapeuty jest na tym etapie ustrukturalizowany, uporządkowany i przewidywalny, przez co wytwarza się poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Etap 2 – „Muzyczny dialog sokratejski”⁸ – polega na prowokowaniu pacjentów do poszukiwania własnych znaczeń muzycznych. Pojawianie się w grze terapeuty elementów bardziej zaskakujących stanowi wyzwanie dla pacjentów i stymuluje ich do odnalezienia odpowiedzi we własnym języku muzycznym. Podczas etapu 3 – „Muzyczna autotranscendencja” – realizowany jest ostateczny cel terapii – aktywizowana jest indywidualna

⁵ Muzykoterapia wspólnotowa opiera się na muzykoterapeutycznej pracy z grupami odwołującej się do kontekstu kulturowego danej wspólnoty, poprzez kreatywne muzykowanie [69, 70].

⁶ W muzykoterapii kreacyjnej istotą kontaktu terapeutycznego jest doświadczenie muzyczne. Jakość osobistej aktywności muzycznej pacjenta oraz jakość relacji muzycznej z muzykoterapeutą są natomiast czynnikami ukazującymi kliniczny progres [69, 71].

⁷ Logoterapia to kierunek psychoterapii egzystencjalnej wprowadzony przez V. Frankla. Celem logoterapii jest przesunięcie uwagi pacjenta/klienta z przeszkód na cele dla niego znaczące, przez co pacjent stara się pokonać trudności, aby te cele osiągnąć [69, 72].

⁸ Nazwa pochodzi z logoterapii Frankla, gdzie Dialog Sokratejski wiązał się ze stymulowaniem twórczej refleksji poprzez stawianie wyzwań oraz stosowanie otwartych pytań [69].

ekspresja kreatywności pacjentów. Gdy cel ten zostanie osiągnięty, gra na instrumentach przebiega na dwa sposoby: przewidywalny (stanowiący bazę dla prowadzenia muzycznych dialogów) oraz swobodna improwizacja. Terapeutyczna współimprowizacja pozwala pacjentowi doświadczyć własnej kreatywności oraz poprawić społeczne interakcje [69].

Muzykoterapia w autyzmie

Jako czynnik pomocny w nawiązywaniu kontaktu z pacjentem muzykoterapia ma duże zastosowanie w pracy z dziećmi autystycznymi [8, 19]. Ogólnie muzykoterapia dziecięca przebiega nieco inaczej niż w pracy z dorosłymi. Pod pewnymi względami jest nawet istotnie łatwiejsza. Dzieci charakteryzuje naturalna wrażliwość na muzykę, która może się rozwijać dzięki odpowiednim zabiegom edukacyjno-wychowawczym. Stany emocjonalne pojawiające się u dzieci mają związek z dźwiękami, które otaczały je w okresie prenatalnym oraz we wczesnym dzieciństwie [2]. Użyteczność muzykoterapii w pracy z dziećmi jest szczególnie, a to z uwagi na to, że dzieci wyjątkowo chętnie się jej poddają, mając znacznie mniejsze opory przed np. improwizacjami na instrumentach. Szczególnie często stosuje się ją w neuropsychiatrii dziecięcej. Użyteczność terapii muzyką stwierdzono w przypadku deficytów rozwojowych, uszkodzeniach mózgu [8]; w leczeniu dzieci sparaliżowanych, niedosłyszających, niewidomych i niedowidzących [40], a także ogólnie w pediatrii dla celów profilaktycznych. Terapia muzyką znajduje również zastosowanie w rehabilitacji dzieci z porażeniami i niedowładami znacznego stopnia oraz w terapii zaburzeń mowy [8]. Przez brak udziału czynnika poznawczego muzykoterapia może być skuteczna w przypadkach dziecięcego mutyzmu czy niepełnosprawności umysłowej w stopniu głębokim, jako że dzieci te mogą posiadać przeciętne lub nawet wyższe zdolności muzyczne [19].

Zadania muzykoterapeuty w pracy z dzieckiem to przede wszystkim: wzmacnianie poczucia własnej wartości dziecka poprzez stworzenie atmosfery akceptacji i serdeczności; upewnienie dziecka w jego wewnętrznym i zewnętrznym środowisku poprzez pomoc w rozwiązywaniu trudności w życiu szkolnym i domowym w bezpiecznych warunkach terapeutycznych oraz zmniejszenie napięcia psychoruchowego przy jednoczesnym wyrabianiu sprawności dziecka [45].

W pracy z dzieckiem autystycznym szczególnego znaczenia nabiera zasada ISO odwołująca się do zgodności materiału muzycznego z aktualnym stanem psychosomatycznym pacjenta. Pacjent uwalnia energię swojej tożsamości dźwiękowej dzięki pomocy terapeuty, który również uwalnia pozawerbalne wyrażanie swojej osobowości, nawiązuje kontakt z pacjentem w sposób dla niego bezpieczny i niezagrażający [6].

Zasada ISO jest jedną z podstawowych w pracy terapeutycznej. Termin ISO nawiązuje do greckiego terminu *isos* (to co podobne, takie samo). Jest to zwią-

zane z jednej strony z dopasowaniem terapeuty do pacjenta, z drugiej strony celem jest wzbudzenie zainteresowania pacjenta poprzez bodziec muzyczny pozostający w zgodności z jego nastrojem, a więc poprzez uzyskanie współbrzmienia. Zainteresowanie owo ma przyczynić się do wzrostu efektywności skutków terapeutycznych w dalszym funkcjonowaniu społecznym jednostki poza terapią [73].

Zasada ISO dotyczy relacji muzycznej z tożsamością podmiotu. Jako że kontakt przebiega za pośrednictwem muzyki, musi być ona zgodna z aktualnym stanem pacjenta. Brak tej zgodności przypomina sytuację, kiedy próbujemy porozmawiać z obcokrajowcem, nie znając ani słowa w języku, którym się on porozumiewa [6]. Przeprowadzone w roku 1921 badania doprowadziły do wniosku, że stopniowanie zgodnie z zasadą ISO zmiany nastroju w muzyce może wpływać na modelowanie nastroju pacjenta [74].

W pracy z dzieckiem autystycznym R. Benenson proponuje model muzykopsychoterapii. Celem oddziaływań muzykoterapeutycznych, opartych na tym modelu, jest aktywizacja pacjenta za pomocą technik muzykoterapii aktywnej. Praca z pacjentem ma charakter indywidualny i przebiega na poziomie ściśle niewerbalnym. Według założeń modelu muzykopsychoterapii najistotniejsza jest poprawa zdrowia pacjenta poprzez stworzenie nowych kanałów komunikacji oraz przełamanie jego bierności w kontakcie [6].

Cele zajęć w pracy z dziećmi autystycznymi to: nauka różnicowania pojęć związanych z orientacją w przestrzeni, rozwój funkcji percepcyjno-motorycznych i koordynacji słuchowo-ruchowej, nauka dostrzegania zależności przyczynowo-skutkowych, nauka celowości działań, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, poprawa funkcjonowania społecznego, diagnoza potrzeb oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka, możliwość odreagowywania napięcia poprzez improwizowaną grę na instrumentach, modelowanie nastroju dziecka przez indywidualny program muzyczny, nawiązanie kontaktu przez zabawy z wykorzystaniem instrumentów muzycznych oraz kształtowanie poczucia przynależności do grupy [75].

Zakończenie

To, że muzykoterapia jest obecna w coraz liczniejszych obszarach leczenia świadczy o tym, że istnieje zapotrzebowanie na tę formę terapeutyczną. Pozwala to przypuszczać, że zapotrzebowanie przyniesie ze sobą zmiany w jej postrzeganiu oraz przyczyni się do rozwoju podstaw teoretycznych terapii muzyką. Dotąd bowiem, pomimo dynamicznego rozwoju praktyki muzykoterapeutycznej, wciąż dziedziną ta cierpi na nierównomierność rozwoju praktyki i teorii. Nie znaczy to, że teoria muzykoterapii się nie rozwija, jednak w wielu przypadkach muzykoterapeuci muszą zdać się niewątpliwie na cenną, ale jednak niekiedy zawodną intuicję.

To właśnie na gruncie psychiatrii rozwój ten – i to zarówno w odniesieniu do praktyki jak i do teorii – postępuje najszybciej, jak również to właśnie psychiatria

wyzaczyła w dużej mierze kierunki rozwoju współczesnych koncepcji i metod muzykoterapeutycznych.

Specyfika oddziaływania muzycznego pozwala osobom chorym i zaburzoną znacząco poprawić funkcjonowanie, stan zdrowia i jakość życia. Zatem pozostaje liczyć na to, że wkrótce – przynajmniej na gruncie psychiatrii – popularność muzykoterapii wzrośnie na tyle, że poszukiwanie pomocy u muzykoterapeuty stanie się czymś naturalnym jak wizyta u lekarza.

Bibliografia

1. Konieczna E.J.: Arteterapia w teorii i praktyce. IMPULS, Kraków 2004.
2. Szulc W.: Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1994.
3. Arteterapia w Polsce, Hanek L. [w:] Arteterapia. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1990, 5-13.
4. Janicki A.: O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do lecznictwa. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1989, (48): 85-94.
5. Tyflomuzykoterapia metodą usprawniania dzieci z wadą wzroku, Cylulko P. [w:] Muzykoterapia służbą dla człowieka, Pośpiech W. (red.), Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2009, 15-42.
6. Lecourt E.: Muzykoterapia, czyli jak wykorzystać siłę dźwięku. VIDEOGRAF II, Chorzów 2008.
7. Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania, Galińska E. [w:] Człowiek – muzyka – psychologia, Jankowski W., Kamińska B., Miśkiewicz A. (red.), Akademia Muzyczna im. F. Chopina, Warszawa 2000, 473-486.
8. Lewandowska K.: Muzykoterapia dziecięca. OPTIMA, Gdańsk 2001, 43-96.
9. Schanilcova-Vodnanska J.: Możliwości i granice muzykoterapii. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1984, (38B): 49-52.
10. Natanson T.: Dzieło muzyczne jako niewerbalny komunikat. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1978, 17: 119-133.
11. Natanson T.: Wstęp do nauki o muzykoterapii. Ossolineum, Wrocław 1979.
12. Galińska E.: Podstawy teoretyczne muzykoterapii. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1978, (17): 81-98.
13. Elementy demoniczne w muzyce rockowej na podstawie literatury polskiej i zagranicznej, Piasta K.P. [w:] Satanizm, rock, narkomania, seks, Nowak A.J. (red.), Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999, 83-216.
14. Muzyka poważna – królowa muzykoterapii?, *Wspólne Tematy* 2001, 11-12: 35-43.
15. Bristiger M.: Związki muzyki ze słowem. PWN, Warszawa 1986.
16. Cesarz H.: O muzyce i muzykoterapii. *Muzykoterapia Polska*, 2003, 1 (5): 7-13.

17. Natanson T.: Perspektywy leczniczego oddziaływania muzyką. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1974, 13.
18. Poskanzer D.C., Brown A.E., Miller H.: Musicogenic epilepsy caused only by a discrete frequency band of church bells. *Brain*, 1962, (85): 77-92.
19. Sacks O.: Muzykofilia. Opowieści o muzyce i mózgu. Zysk i S-ka, Poznań 2008.
20. Temperamentalny i osobowościowy wymiar percepcji muzyki, Strzałcki A., Furmański J. [w:] Człowiek – muzyka – psychologia, Jankowski W., Kamińska B., Miśkiewicz A. (red.), Akademia Muzyczna im. F. Chopina, Warszawa 2000, 143-156.
21. Kobierzycki T.: Osobowość: Muzyka i dźwięk, Albo albo – inspiracje jungowskie, 1992, (1): 58-63.
22. Cesarz H.: Znaczenie przeżyć muzycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi. *Muzykoterapia Polska*, 2002, (1/2): 11-17.
23. Cesarz H.: Psychoterapeutyczna wartość referencjalnego znaczenia muzyki. *Muzykoterapia Polska*, 2003, 7/8 (3/4): 7-12.
24. Metera A.: Muzykoterapia w muzyce i w edukacji. Metronom, Leszno 2006.
25. LeBlanc A.: Outline of Proposed Model of Sources of Variation in Musical Taste. *Bulletin of Council for Research in Music Education*, 1980, 61: 29-34.
26. Finnas L.: A Comparison Between Young People's Privately and Publicly Expressed Musical Preferences. *Psychology of Music*, 1989, 17 (2): 132-145.
27. Klimas-Kuchtowa E.: Muzyczne preferencje a profilaktyka muzyczna. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 2000, 76: Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu. 44-49.
28. Rawlings D., Hodge M., Sherr D., Dempsey A.: Toughmindedness and preference for musical excerpts, categories and triads. *Psychology of Music*, 1995, 23: 63-80.
29. Wierszyłowski J.: Zarys psychologii muzyki. PWN, Warszawa 1968.
30. Kierył M.: Muzyczna apteczka, czyli profilaktyka i terapia muzyczna na co dzień. Maciej Kierył, Warszawa 1996.
31. Natanson T.: Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych. Akademia Muzyczna we Wrocławiu, Wrocław 1990.
32. Cylulko P.: (red.) Projekt ustawy o zawodzie muzykoterapeuty. Materiały do konsultacji środowiskowej, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich. Zarząd Główny, Wrocław 2011.
33. Szulc W.: Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
34. Muzykoterapia, Galińska E. [w:] Arteterapia. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Wrocław 1990, 25-32.
35. Janiszewski M.: Muzykoterapia aktywna. PWN, Warszawa-Lódź 1993.
36. Zalewski M.: Muzyczna zabawa. Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2008.
37. Zostak-Gąsienica A.: Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce. PZWL, Warszawa 2003.
38. Brust J.C.: Music and the neurologist: An historical perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001, (930): 143-152.

39. Janicki A.G.: Przesłanki dla muzykoterapii chorób psychosomatycznych. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1983, (34): 69-81.
40. Cylulko P.: Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Wrocław 2004.
41. Cylulko P.: Znaczenie wczesnej muzykoterapeutycznej interwencji dla rozwoju małego niepełnosprawnego dziecka. *Muzykoterapia Polska*, 2003, 7/8 (3/4): 13-18.
42. Jaklewicz H.: Muzykoterapia u dzieci. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1975, (9): 161-166.
43. Janicki A.: Muzykoterapia w lecznictwie psychiatrycznym. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1983, (34): 7-27.
44. Galińska E.: Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1988, (45): 155-178.
45. Piotrowska B.: Muzykoterapia. Wydawnictwo Nauczycielskie, Jelenia Góra 1998.
46. Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1998.
47. Galińska E.: Informacje o muzykoterapii stosowanej w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1974, (7): 67-72.
48. Galińska E.: Muzykoterapia grupowa w psychiatrii, [w:] MUZYKOTERAPIA – biuletyn grupy roboczej „Muzykoterapia”, nr 2/2/1992.
49. Pietkiewicz G.: Muzykoterapia w terapii kompleksowej ośrodka leczenia nerwic dla dorosłych. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson (73): 64-68.
50. Domosławska B., Gromska J.: Wpływ muzykoterapii na nerwicowe zaburzenia mowy. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1974, (13): 69-78.
51. Domosławska B., Gromska J., Koczurowska J., Muzyka czynnikiem terapeutycznym w procesie leczenia nerwicy ruchowej i lękowej u dzieci. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1976, (9): 5-16.
52. Janicki A.: Wykorzystanie muzyki jako dodatkowego czynnika leczniczo-rehabilitacyjnego w lecznictwie psychiatrycznym i ogólnym. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1973, (6): 30-44.
53. Cesarz H.: Muzyka jako inspiracja do tworzenia obrazu plastycznego u chorych na schizofrenię. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1983, (31).
54. Cesarz H.: Przydatność muzyki rockowej w muzykoterapii schizofreników. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1983, (34): 53-60.
55. Cesarz H.: Dialog w muzykoterapii chorych psychicznie. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1998, Moc muzyki – pro memoria Tadeusz Natanson (73).
56. Galińska E.: Muzykoterapia w schizofrenii. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1990, Arteterapia III (57): 45-61.
57. Janicki A.: Percypowanie muzyki przez chorych na schizofrenię. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1978, (17): 151-168.
58. Janicki A.: Wpływ muzyki na omamy słuchowe. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1978, (17).

59. Janicki A.: Zaburzenia napaędu a muzykoterapia. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1976, (9): 42-51.
60. Janicki A.: Muzyka w życiu chorej na schizofrenię Izabeli C. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1980, (24): 198-208.
61. Zastosowanie muzykoterapii u chorych na schizofrenię, Strzelecki W., Dobaczewski J. [w:] *Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych*, Mojs E. (red.), Jeżeli P to Q, Poznań, 2009, 133-153.
62. Galińska E.: Podstawowe kierunki teoretyczne muzykoterapii. *Zeszyty Naukowe AM im. K. Lipińskiego we Wrocławiu*, 1990, (52): 32-44.
63. Stachyra K.: Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
64. Opieka muzykoterapeutyczna, Strzelecki W., Cybulski M., [w:] *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*, Skrzypczak J., Żołądź-Strzelczyk D., Cylkowska-Nowak M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2009, 199-210.
65. Cesarz H.: Spostrzeżenia nad percepcją muzyki u chorych na schizofrenię. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*, 1981, 29.
66. Drażyński J.: Grupowe leczenie śpiewem chorych na przewlekłą schizofrenię. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu* 16.
67. Scully J.H.: *Psychiatria*. Urban & Partner Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 1998.
68. Cesarz H.: Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu. *Muzykoterapia Polska*, 2003, 2 (6): 7-12.
69. Kulturocentryczna muzykoterapia improwizacyjna, Masiak E. [w:] *Arteterapia w medycynie i edukacji*, Karolak W., Kaczorowska B. (red.), Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2008, 133-136.
70. Community Music Therapy and the Wind of Change – A Discussion Paper, Ansdell G. [w:] *Contemporary Voices of Music Therapy: Communication, Culture and Community*, Kenny C., Stige B. (red.), Unipup Forlag, Oslo 2002, 109-142.
71. Nordoff P., Robbins C.: *Creative Music Therapy*. Harper and Row Publisher, New York 1977.
72. Frankl V.: *Psychotherapy and Existentialism*. Simon & Szuster, New York 1963.
73. Gertrud i Carl Orff: Muzykoterapia zorientowana na rozwój osoby. *Wspólne Tematy*, 2001, 10: 18-21.
74. Szulc W.: Muzykoterapia na progu i u kresu ludzkiego życia: ból narodzin i lęki starości – z doświadczeń muzykoterapeutów amerykańskich. *Muzykoterapia Polska*, 2002, 3-4: 39-56.
75. Błaszczczyński J. (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, IMPULS, Kraków 2005.
76. Rola muzykoterapii w terapii dziecka z autyzmem [referat], Waliczek G., [w:] *Autyzm – Współczesne metody terapii*. Wydział Psychologii UW 17 listopada 2007.

*Anna Bukowska
Zespół Psychologów GPSK UM w Poznaniu*

*Marta Czarnecka-Iwańczuk
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zespół Psychologów GPSK UM w Poznaniu*

Analiza sytuacji psychologicznej kobiet z rozpoznaniem wad letalnych płodu w obliczu decyzji o kontynuacji lub terminacji ciąży

Wstęp

W sytuacji rozpoznania wad letalnych płodu, kobieta zachowuje prawo do decydowania o kontynuacji lub ukończeniu ciąży ze wskazań medycznych. Zgodnie z Ustawą o planowaniu rodziny, o ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹, ukończenie ciąży może być dokonane w przypadku, gdy:

- Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.
- Badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu – w tym przypadku przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.
- Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego – w tym przypadku przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 12 tygodnia ciąży.
- Kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej (utracił moc z dniem 23 XII 1997 r.).

Do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej zawsze wymagane jest pisemne oświadczenie jej przedstawiciela ustawowego.

W Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, będącym ośrodkiem referencyjnym, diagnozowane są cię-

¹ Ustawa o planowaniu rodziny, o ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7 I 1993; zmiana do ustawy z 4 XII 1996 r., Art. 4a.

zarne, które po rozpoznaniu wad letalnych płodu mogą zdecydować o kontynuacji ciąży lub jej ukończeniu ze wskazań medycznych. Jest to sytuacja budząca wątpliwości etyczne, osobiste, a także wyzwalająca intensywne emocje ze względu na jakość problemu decyzyjnego odnoszącego się do najwyższej wartości, jaką jest „życie”. W procedurach szpitalnych przewiduje się rozmowę kobiety z lekarzem ginekologiem-położnikiem, neonatologiem, a także z psychologiem. Zakłada się bowiem, że taka sytuacja medyczna ma również złożony kontekst psychologiczny – począwszy od stanów emocjonalnych, jakie wywołuje, poprzez mechanizmy radzenia sobie w kryzysie, aż po uwarunkowania procesu decyzyjnego i jego przyszłe konsekwencje. Rozpoznanie sytuacji psychologicznej kobiet z diagnozą wad letalnych płodu może mieć istotne znaczenie dla przygotowania personelu medycznego do właściwej, holistycznej opieki nad nimi oraz dla pełniejszego zrozumienia decyzji, przed którą stoi lub, którą już podjęła pacjentka.

Celem pracy była analiza psychologiczna uwarunkowań decyzji podejmowanych przez kobiety o kontynuacji lub przerwaniu ciąży po rozpoznaniu wad letalnych u płodu oraz analiza sposobu przeżywania straty dziecka.

Badaniem psychologicznym i opieką objęto 13 kobiet hospitalizowanych w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w 2006/2007 roku. Osiem z nich, po rozpoznaniu wad letalnych u płodu, podjęło decyzję o terminacji ciąży, a pięć o jej kontynuacji.

Metodą badania była obserwacja i rozmowa psychologiczna, a zebrane informacje zostały poddane analizie poprzez odwołanie do psychologii podejmowania ważnych życiowo decyzji oraz przeżywania straty dziecka.

Proces decyzyjny – jego uwarunkowania i konsekwencje

W chwili rozpoznania nieuleczalnych wad płodu, kobieta oraz jej partner stają w obliczu decyzji o kontynuacji lub ukończeniu ciąży. Jest to prawdopodobnie najtrudniejszy wybór, przed którym są postawieni rodzice, biorąc pod uwagę losy ciąży – czas oczekiwania, uczucia w związku z jej zaistnieniem, budowane plany i wyobrażenia dotyczące przyszłego życia oraz konflikt związany z koniecznością decydowania. Okazuje się bowiem, że w takiej sytuacji żaden wybór nie może być w pełni zgodny z uczuciami, potrzebami, przekonaniem czy dążeniami rodziców. Zaistniały konflikt intrapersonalny, związany z wewnętrznymi sprzecznościami, wywołuje silny stres psychiczny i lęk. Ponadto, podejmowanie ważnej decyzji, a więc takiej, która jest „kosztowna emocjonalnie”, nieodwracalna oraz może powodować negatywne konsekwencje, wywołuje dysonans poddecyzyjny. Jest to złożona reakcja psychologiczna występująca wtedy, kiedy podjęte działanie jest niezgodne z koncepcją siebie jako osoby rozsądnej, mądrej, uczciwej, moralnej i stanowi zagrożenie naruszenia samooceny. Taki stan powoduje dyskomfort, więc pobudza do podjęcia prób jego zredukowania poprzez

zaprzeczenia, zniekształcenia, usprawiedliwienia (racjonalizacja) utwierdzające przekonanie o dokonaniu właściwego wyboru [1].

Podejmowanie ważnych życiowo decyzji – zgodnie z teorią Janisa i Manna, jest procesem wyboru jakiegoś działania zmierzającego do rozstrzygnięcia problemu. Kolejne etapy zbierania informacji o alternatywach mają prowadzić do realistycznej ewaluacji kosztów i zysków decyzji. W przytoczonej koncepcji wyróżnia się cztery niewłaściwe sposoby radzenia sobie z konfliktem decyzyjnym: lekceważące unikanie – a więc ignorowanie potrzeby podjęcia działania tak długo, jak to jest możliwe, obronne unikanie – unikanie wszelkich rozbieżnych informacji, kiedy decyzja została wstępnie podjęta, odprężająca zmiana – oznacza entuzjastyczne zaangażowanie się w szybkie rozwiązanie bez właściwej analizy sytuacji, panika – kiedy po podjęciu decyzji pojawia się reakcja paniki związana z przekonaniem, że jest to niewłaściwy wybór.

Twórcy tej koncepcji podkreślili w ten sposób, że proces podejmowania decyzji jest obarczony wieloma pułapkami oraz przeszkodami, które mogą mieć wpływ na błędny wybór [2].

Decyzja kobiety może być zależna od szeregu uwarunkowań, związanych z oddziaływaniem zewnętrznych czynników, takich jak: kontekst społeczno-kulturowy, postawa partnera – ojca dziecka, postawa personelu medycznego oraz wewnętrznych czynników dotyczących światopoglądu kobiety: jej cech osobowości, dominujących potrzeb czy jakości więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem. Znaczenie poszczególnych czynników, a także ich stopień udziału w formowaniu ostatecznej decyzji jest zapewne bardzo zindywidualizowany. Każda kobieta ma własny system wartości, hierarchię potrzeb, planów życiowych, ale także kontekst życiowy, w jakim się wychowała i prowadzi dorosłe życie. Ponadto, w sytuacji decydowania o losach ciąży może zaistnieć, jak wspomniano wcześniej, wewnętrzny konflikt uruchamiający także specyficzne, właściwe danej osobie sposoby poradzenia sobie z problemem.

W najszerszej perspektywie kontekst społeczno-kulturowy obejmuje powszechne normy, obyczaje, zasady etyczne, moralne, funkcjonujące w określonym społeczeństwie np. państwie, natomiast w węższym pojęciu odnosi się on do wpływów otoczenia rodzinnego i środowiska pochodzenia. A zatem, kobieta spotyka się z określoną opinią społeczną, stanowiskiem najbliższej rodziny, znajomych, grupy religijnej, z którą się identyfikuje. Istotne znaczenie dla podejmowania decyzji ma też postawa ojca dziecka. Może on czynnie uczestniczyć w tym procesie poprzez wzmocnienie lub potępienie konkretnego wyboru albo może wycofać się z odpowiedzialności za wybór, pozostawić go matce. Nie bez znaczenia jest także postawa personelu medycznego, z którym z racji różnych procedur medycznych/szpitalnych, kobieta jest w określonych relacjach. Mogą one oddziaływać na podjęcie ostatecznej decyzji o kontynuowaniu lub terminowaniu ciąży oraz na sposób przeżywania przez matkę straty dziecka. W kontakcie perso-

nelu medycznego z obojgiem rodziców istotne znaczenie ma zasada neutralności oraz wstrzemięźliwości, to znaczy niewyrażania osobistych opinii i przekonań oraz niepoddawania określonych wyborów jakiegokolwiek ocenie i interpretacji. Pomoc personelu powinna wyrażać się poprzez wsparcie informacyjne oraz emocjonalne tak, aby proces decyzyjny przebiegał w atmosferze życzliwości, szacunku, zrozumienia dla trudnej sytuacji życiowej oraz w świadomości konsekwencji, jakie on za sobą niesie z medycznego i psychologicznego punktu widzenia.

Wśród uwarunkowań wewnętrznych, a więc tych bezpośrednio związanych z kobietą ciężarną, istotne znaczenie dla wyrażenia woli co do dalszych losów ciąży może mieć jej światopogląd – czyli zinternalizowane wartości, przekonania, zasady moralne i religijne. Ponadto, należy uwzględnić wpływ cech osobowości oraz dominujących potrzeb, które determinują jej funkcjonowanie w relacjach (postawy i wynikające z nich zachowania, takie jak: dominacja versus uległość, konformizm vs. nonkonformizm, skoncentrowanie na sobie, własnych potrzebach vs. skoncentrowanie na potrzebach innych czy też coping – sposoby radzenia sobie w kryzysowych sytuacjach). Wreszcie w tej złożonej konfiguracji uwarunkowań ważne są potrzeby kobiety związane z macierzyństwem – potrzeby akceptowane/przeżywane świadomie vs. potrzeby nieakceptowane, tłumione vs. brak potrzeb, a także jakość więzi emocjonalnej z dzieckiem (kontakt emocjonalny matki z dzieckiem vs. brak kontaktu).

Analiza psychologiczna przeżycia straty u kobiet kontynuujących lub terminujących ciążę po rozpoznaniu wad letalnych płodu

Analizie psychologicznej poddano doświadczenie straty dziecka 13 kobiet hospitalizowanych w GPSK w Poznaniu. Wśród tej grupy, 8 kobiet po rozpoznaniu wad letalnych płodu zdecydowało się na terminację ciąży, natomiast 5 kobiet podjęło decyzję o kontynuacji ciąży. Psycholog towarzyszył pacjentkom od momentu rozpoznania wad, poprzez proces podejmowania decyzji, a także w sytuacji indukcji poronienia, porodu martwego dziecka, zgonu noworodka. Z obserwacji psychologicznej wynika, że pacjentki, niezależnie od podjętej decyzji, ujawniały poczucie straty – w rozmowie z psychologiem niewerbalnie oraz werbalnie uzewnętrzniały (np. poprzez płacz) i wymieniały takie emocje, jak: żal i smutek, poczucie pustki. Pacjentki terminujące ciążę ujawniały poczucie ulgi w związku z szybkim rozwiązaniem sytuacji, jednocześnie ich przeżycie miało charakter ucieczkowy – tłumiący emocje. Wśród 8 pacjentek – jedna ujawniała przeżycie konfliktowe, które cechowała niespójność emocji i potrzeb. Wszystkie pacjentki, które kontynuowały ciążę, po wewnątrzmacicznym obumarciu dziecka lub jego śmierci po porodzie, ujawniały emocje spójne, intensywne.

W obu analizowanych sytuacjach, tj. po śmierci dziecka/płodu na skutek indukowanego medycznie poronienia lub po stracie dziecka na skutek obumarcia

wewnątrzmacicznego, lub śmierci tuż po narodzeniu wyróżniono trzy typy przeżywania straty, które zawiera tabela poniżej.

Tabela 1. Charakterystyka typów przeżywania straty ciąży/dziecka w zależności od podjętej decyzji o losach ciąży

Okoliczności straty ciąży/dziecka	Typ przeżywania straty	Liczba pacjentek
I. Przeżycie straty po terminacji ciąży	1. Ucieczka od przeżycia straty	7
	2. Konfliktowe przeżycie straty	1
II. Przeżycie straty po obumarcu wewnątrzmacicznym płodu/śmierci noworodka – decyzja o kontynuacji ciąży	3. Spójne przeżycie straty	5

Źródło: opracowanie własne

Każdy z powyższych typów przeżywania straty ciąży/dziecka został wyjaśniony dzięki analizie charakterystycznych reakcji kobiet w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej oraz zobrazowany poprzez opis przypadku.

Typy przeżywania straty – opis przypadków

Typ 1 – Ucieczka od przeżycia straty

Emocje straty o różnym stopniu intensywności i ekspresji, raczej jakościowo ubogie, niechęć nazywania emocji, rozmowy o doświadczeniu.

Mechanizmy obronne jako strategie poznawcze chroniące przed nieprzyjemnymi odczuciami, potwierdzające decyzję o ukończeniu ciąży – wyparcie, tłumienie, izolacja emocji, racjonalizacja, bagatelizacja.

Traktowanie dziecka w kategoriach medycznych bez kontekstu emocjonalnego.

Skoncentrowanie na sobie i własnych potrzebach.

Zachowanie – unikanie kontaktu z dzieckiem po jego śmierci oraz unikanie wspomnień.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 24, ciąża I, 18 t. c., rozpoznany zespół wad letalnych, terminacja ciąży.

Kobieta ujawniająca emocje charakterystyczne dla doświadczenia straty, oplakująca ciążę, ale jednocześnie niechętnie nastawiona do rozmowy o emocjach i doświadczeniu. Wyrażająca przekonanie o słuszności decyzji podjętej wspólnie z partnerem, racjonalizująca – podjęła decyzję, ponieważ dziecko było nieuleczalnie chore, a ona nie była w stanie zmierzyć się z obciążeniem psychicznym.

nym sytuacji oczekiwania na śmierć dziecka w późniejszej ciąży lub po porodzie. Pacjentka nie widziała dziecka, nie pochowała dziecka.

Typ 2 – Konfliktowe przeżycie straty/brak spójności potrzeb i emocji

Intensywne emocje straty – żal, smutek, rozpacz, ekspresja zewnętrzna, werbalizacja.

Mechanizmy obronne potwierdzające decyzję – racjonalizacja.

Skoncentrowanie na sobie i na własnych potrzebach.

Potrzeba godnego traktowania dziecka – pożegnania, pochówku, pielęgnowania wspomnień.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 31, ciąża I, 20 t. c., rozpoznany zespół wad letalnych, terminacja ciąży.

Ciężarna podjęła decyzję o ukończeniu ciąży przy wsparciu męża, który zachował postawę akceptacji dla decyzji małżonki. Kobieta wyrażała przekonanie o właściwym wyborze, przy świadomości kosztów emocjonalnych związanych z poczuciem winy. Po indukcji poronienia przeżywała intensywne emocje, takie jak: żal, smutek. Oplakiwała, nazywała to, co czuła w sposób spontaniczny, chętnie podejmowała rozmowę z psychologiem. Pacjentka wyrażała przekonanie, że strata dziecka w późniejszym czasie (obumarciu płodu, zgon noworodka) byłaby dla niej bardziej dotkliwa, trudniejsza do przeżycia i zaakceptowania (racjonalizacja). W jej odczuciu nie poradziłaby sobie emocjonalnie z sytuacją kontynuacji ciąży – oczekiwania na samoistne zakończenie. Jednocześnie kobieta wraz z mężem wyrażała potrzebę godnego traktowania dziecka, pożegnania podczas pochówku.

Pacjentka w rozmowie z psychologiem 3 miesiące po terminacji, wyrażała przekonanie o właściwej decyzji, jednak przed najbliższą rodziną ukrywała rzeczywisty przebieg sytuacji medycznej, obawiając się dezaprobaty czy potępienia. Codziennie odwiedzała grób dziecka, przeżywała uczucia i emocje związane z żałobą.

Typ 3 – Spójne przeżycie straty

Intensywne emocje straty, przeżycie bogate, werbalizowane, potrzeba rozmowy o emocjach, pytaniach, przemyśleniach, potrzeba poszukiwania sensu doświadczenia.

Potrzeba podmiotowego, godnego traktowania dziecka, potrzeba pożegnania dziecka – fizycznego kontaktu z dzieckiem, pochówku, pielęgnowania wspomnień.

Koncentracja na pozytywnych uczuciach związanych z dzieckiem.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 32, ciąża I, 18 t. c., rozpoznany zespół wad letalnych, decyzja o kontynuacji ciąży, ciąża obumarła w 36 t. c., poród fizjologiczny (indukowany).

Ciężarna podjęła decyzję wspólnie z mężem, zgodnie i jednoznacznie, kierując się przede wszystkim przywiązaniem emocjonalnym do dziecka oraz światopoglądem. Podczas ciąży podejmowała rozmowy z psychologiem o tym co nastąpi, przygotowała się na poród zgodnie z własnymi potrzebami i oczekiwaniami. Po porodzie personel medyczny zadbał o miejsce i czas na pożegnanie się rodziców z dzieckiem. Osierocona matka wyrażała intensywne emocje związane ze stratą potomka, ale także pozytywne wrażenia i uczucia po porodzie, istotnym elementem wspomnienia był dla niej moment fizycznego kontaktu z dzieckiem. Wspólnie z mężem wybrała miejsce pochówku dziecka.

Wnioski i dyskusja

Z dokonanych przez autorki analiz wynika, że kobiety po przerwaniu ciąży z przyczyn medycznych (wad letalnych płodu) także ujawniają emocje straty. Obserwacje te są zgodne z wynikami z prac empirycznych, z których wynika, że 77% kobiet po terminacji ciąży z powodu wad dziecka doświadcza emocji straty [3]. Emocje przypominały te, których doświadczają kobiety po obumarciu wewnątrzmacicznym płodu lub śmierci noworodka. Jedną z ważnych przyczyn pojawienia się takich emocji jest fakt, iż wielokrotnie są to decyzje wobec planowanego i upragnionego dziecka [4].

Kolejnym wnioskiem jest to, że istotną rolę przy podejmowaniu decyzji, która jest zawsze procesem, odgrywają czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Przeświadczenie o słuszności kontynuacji ciąży ma często uzasadnienie w przekonaniach religijnych, w wierze, że o losach człowieka, a przede wszystkim o jego życiu i śmierci, decydują siły boskie. Pozostawienie rozwiązania siłom natury także odbiera rodzicom sprawstwo i niejako zabezpiecza przed obciążeniem emocjonalnym poczucia winy czy wyrzutów sumienia. Takie rozwiązanie ma swoje następstwa psychologiczne w postaci oczekiwania i przygotowania się na wewnątrzmaciczną lub poporodową śmierć dziecka. Decyzja o ukończeniu ciąży może być uwarunkowana nastawieniem na chronienie dziecka przed dalszym cierpieniem oraz chronieniem siebie przed emocjami i napięciem czasu oczekiwania. Wydaje się, że jest ona szczególnie zagrożona dysonansem decyzyjny oraz mechanizmami obronnymi w celu podtrzymywania samooceny. Rozwiązanie, jakim jest przerwanie ciąży, może początkowo wydawać się mniej kosztowne emocjonalnie, natomiast z obserwacji, a także z opublikowanych badań wynika, że sytuacja jest o wiele bardziej skomplikowana. Badania podłużne wykazały, że kobiety po poronieniu samoistnym doświadczały gorszego samopoczucia psychicznego do dziesięciu dni od poronienia w stosunku do kobiet, które terminowały ciążę. Natomiast w analizie długoterminowej: dwu- [4] i pięcioletniej [5] to kobiety, które terminowały ciążę intensywniej doświadczały emocji

takich jak lęk, poczucie ulgi, wstydu oraz poczucia winy. Ponadto, intensywniej unikały one myślenia i mówienia o tym doświadczeniu.

Ostatnim ważnym wnioskiem z dokonanych analiz jest to, iż przeżycie straty ciąży/dziecka u pacjentek, które zdecydowały się na terminację ciąży różni się przede wszystkim pod względem jakościowym od przeżycia pacjentek, które kontynuowały ciążę. Różnice te można zaobserwować na poziomie reagowania emocjonalnego, poznawczego oraz na płaszczyźnie behawioralnej.

Na zakończenie należałoby podkreślić, że autorki, odwołując się do badań zagranicznych, chciały naukowo uzasadnić pewne obserwacje kliniczne, choć miały na uwadze fakt, że badania te były prowadzone w innym kontekście społeczno-kulturowym, w którym dodatkowo obowiązują inne normy prawne odnoszące się do możliwości przerwania ciąży.

Bibliografia

1. Dysonans poznawczy a potrzeba podtrzymywania samooceny, Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M., [W:] Psychologia społeczna. Serce i umysł, Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M., Wydawnictwo „Zysk i S-ka”, Warszawa 1997.
2. Swigar, M., Quinlan, D., Wexler, S.: Abortion Applicants: Characteristics Distinguishing Dropouts Remaining Pregnant and Those having Abortion. *Am. J. Public Health*, 1997, Vol. 67, No.2.
3. Lloyd, J., Laurence, K.: Sequelae and support after termination of pregnancy for fetal malformation. *BMJ*, 1985, Vol. 290.
4. Broen, A., Moum, T., Brodtker, A., Ekeberg, D.: Psychological Impact on Women of Miscarriage versus Induced Abortion: a 2-year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66:265-271.
5. Broen, A., Moum, T., Brodtker, A., Ekeberg, D.: The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 2005, 3:18.

*Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak
Zespół Psychologów GPSK UM w Poznaniu*

*Marta Czarnecka-Iwańczuk
Zakład Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Zespół Psychologów GPSK UM w Poznaniu*

*Anna Bukowska
Zespół Psychologów GPSK UM w Poznaniu*

Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia

Strata dziecka w okresie prenatalnym

Strata dziecka w okresie prenatalnym jest nieporównywalna z innymi stratami poprzez fakt, że płód, bez względu na wiek ciążowy, postrzegany jest przez rodziców jako konkretna osoba. W obliczu takiego podejścia tracą oni równocześnie rolę rodzica, której nie zdążyli podjąć, marzenia, plany, poczucie własnej wartości. Strata dziecka w okresie prenatalnym jest wyjątkowym doświadczeniem, gdyż nie pozostają po nim wspomnienia, pamiątki, a oplakiwanie dotyczy przede wszystkim tego, co się nie zdążyło wydarzyć.

Perspektywa społeczna

We współczesnej kulturze popularnej obserwuje się zmiany w pojmowaniu płciowości. Nastąpiło rozluźnienie oczekiwań co do jasno zdefiniowanego przekazu odnośnie do tożsamości żeńskiej i męskiej. Od dłuższego czasu przekazy społeczno-kulturowe przyzwyczajają nas do zmiany norm dla kobiet i mężczyzn. Zwolennicy orientacji liberalnej pragną postrzegać płeć nie jako byt, kształtowany poprzez cechy biologiczne, ale jako byt, którego tożsamość wyznaczana jest poprzez potrzeby, sytuacje, jednostkowe dążenia przedstawicieli obu płci w celu samookreślenia, osiągnięcia własnej tożsamości i satysfakcji w życiu.

Dopiero niemożność urodzenia zdrowego/żywego dziecka wskazuje, jak silnie w świadomości zarówno kobiety i mężczyzny funkcjonuje orientacja dwóch płci, wyznaczona przez funkcję biologiczną i wynikające z niej role. Kobieta w takim ujęciu jest nieodmiennie postrzegana jako matka, którą już jest albo powinna być, a mężczyzna jako spełniony bądź potencjalny ojciec. Takie po-

strzeżenie płciowości człowieka uzasadnia pytanie o macierzyństwo: czym ono jest – wyborem, koniecznością czy darem?

Macierzyństwo jako wybór

Macierzyństwo nierozzerwalnie związane jest z możliwością przekazania następnemu pokoleniu dziedzictwa indywidualnego i kulturowego. Jest również szansą na wzbogacenie dotychczasowych więzi łączących małżonków w wyniku powołania do życia dziecka, a także sposobem dowartościowania siebie. Świadczy o tym fakt, że status kobiety–matki jest wyższy niż kobiety bezdzietnej. Wobec tego rodzenie dzieci stanowi szansę pozyskania osobistego prestiżu i realizacji społecznie akceptowanych zadań życiowych. Bez względu na dyskusje, jakie toczą się wokół macierzyństwa, kreowany obraz kobiety sukcesu przedstawia ją najczęściej na tle rodziny, dobrobytu i uśmiechniętych dzieci.

Posiadanie potomka może być również dla kobiety sposobem na spełnienie indywidualnych potrzeb psychologicznych, takich jak posiadanie kogoś bardzo bliskiego, zabezpieczeniem swojej przyszłości przed samotnością i pustką [1].

Istnieją także kobiety, które nie chcą mieć dzieci. Organizacje feministyczne poprzez środki masowego przekazu i lansowany w nich styl życia starają się macierzyństwo uczynić przedmiotem wolnego i indywidualnego wyboru, a istotę kobiecości sprowadzić do nieograniczonego korzystania z życia, realizowania potrzeb zawodowych, nawiązywania niezobowiązujących kontaktów z mężczyznami [2]. Skutkiem takiej życiowej filozofii jest najczęściej nadmierna koncentracja na negatywnych aspektach macierzyństwa. Cięża jest traktowana jako brzemię, a pojawienie się potomka jawi się jako trud niemożliwy do pokonania. Dziecko spostrzegane jest jako zagrożenie dla zdrowia, urody, wolności, jako przeszkoda w realizacji osobistych planów związanych z preferowanymi celami życiowymi bądź jako element destabilizujący dotychczasowy status finansowy [3, 4, 5]. Prowadzone są również różne kampanie medialne, które kreują taki sposób postrzegania macierzyństwa, w którym przedstawia się kobiety decydujące się na urodzenie dziecka jako skazane na nieustanne wyrzeczenia, rezygnację z przywilejów, gorsze traktowanie od mężczyzn, doświadczające lęku o swoją przyszłość i relacje z pracodawcą. Te nowe kulturowe przekazy, z jednej strony wskazują na nierówność szans dla reprezentantów obu płci (orientacja liberalna), a z drugiej wskazują jak silną potrzebą kobiety jest urodzenie dziecka (orientacja tradycyjna).

Bardzo ważnym powodem, który jest rzadziej wymieniany przy okazji omawiania motywacji na rzecz posiadania bądź nieposiadania dziecka, jest negatywne wyobrażenie jakie kobieta ma o sobie. Również bolesna i urazowa relacja z własną matką może zablokować potrzebę urodzenia dziecka z obawy przed możliwością powtórzenia się trudnej sytuacji z dzieciństwa. W każdym indy-

widualnym przypadku wyżej wymienione argumenty mogą decydować o całkowitym zaniechaniu prokreacji bądź odłożeniu jej do czasu spełnienia różnych życiowych warunków [6].

Rozważając pozytywne i negatywne aspekty posiadania dzieci nie sposób pominąć tych sytuacji, kiedy kobiety jednocześnie podnoszą argumenty za i przeciw, prezentując tym samym ambiwalentną postawę do własnej płodności. Określa się, że wśród kobiet, które tak traktują ciążę są również te, które szczególnie boleśnie doświadczyły wcześniejszej straty dziecka w okresie prenatalnym i to niezależnie od jego wieku [3].

Historia ciąży

Każda ciąża ma swoją odrębną historię. Może być planowana bądź nieplanowana, wynikiem naturalnej koncepcji bądź zastosowania technik wspomaganego rozrodu, poprzedzona wcześniejszymi utratami ciąż, obciążona ciężką chorobą matki [7, 8]. Fakt powołania do życia dziecka może być wyrazem dojrzałej potrzeby, wołaniem o bliskość, potrzebą dokonania zmiany w życiu bądź chęcią pokonania wcześniejszych przeciwności. Wielokrotnie wartość jaką nadaje się ciąży wynika z wieku matki, diety, statusu społecznego. Zróżnicowanie zdarzeń poprzedzających ciążę, motywów, które doprowadziły do jej pojawienia się oraz konkretnych sytuacji, które towarzyszyły koncepcji, określa stosunek rodziców do poczętego dziecka, do dziecka w ogóle. W niektórych sytuacjach ciążę traktuje się więc jako niezaprzeczalną wartość, w innych jako przeszkodę [9].

Perspektywa kobiety

Rozmyślenia matki o poczętym dziecku toczą się niezwykle dynamicznie wokół następujących procesów. Pierwszym z nich jest proces włączania (wcielania), który polega na tym, że kobieta akceptuje fakt, iż ciąża, a więc poczęte dziecko będą rozwijały się wewnątrz jej ciała. Niektórzy autorzy określają ten proces szukaniem w sobie miejsca na dziecko. Kolejnym etapem jest proces różnicowania, polegający na tym, że kobieta dokonuje odkrycia, iż dziecko nie jest częścią niej samej, a odrębną istotą. Ważnym procesem jest także uświadomienie sobie nieuchronnego zdarzenia – separacji, oznaczającego oddzielenia siebie od dziecka. Większość kobiet zakłada bowiem, że po raz pierwszy oddzielenie się od dziecka nastąpi w czasie porodu, a następnie wielokrotnie w kolejnych, ale przewidywalnych, fazach życia – odstawienie od piersi, przedszkole, grupa rówieśnicza, założenie własnej rodziny [1, 3].

Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy wszystkie dotychczasowe wewnętrzne procesy, których doświadcza matka zostają zahamowane poprzez sygnały świadczące o istnieniu czynników zagrażających losom ciąży, tj. stwierdzenie wykład-

ników zagrożenia poronieniem, porodem przedwczesnym, rozpoznanie nieprawidłowego rozwoju wewnątrzmacicznego płodu. Jeszcze innym, tragicznym dla rodziców zdarzeniem, które zatrzymuje wszelkie procesy związane z rozwojem ciąży jest poronienie, rozpoznanie i leczenie ciąży ekotopowej, śmierć wewnątrzmaciczna płodu w każdym czasie trwania ciąży, skrajne wcześniactwo, śmierć noworodka.

Rodzice tracąc ciążę, doświadczają straty, która ma wiele wymiarów – tracą dziecko lub marzenia o zdrowym dziecku, rolę rodzica, marzenia, które nigdy się nie spełnią.

Percepcja ryzyka

Na percepcję ryzyka, które istnieje w ciąży ma wpływ wiele czynników. Każdy człowiek spodziewający się potomka oczekuje, że będzie on zdrowy, obdarzony wieloma pozytywnymi cechami wewnętrznymi (osobowościowymi) i zewnętrznymi (urodą). Taki obraz dziecka wzmacniany jest we wszystkich przekazach kierowanych do młodych rodziców – w czasopiśmie, poradnikach, a nawet programach o charakterze psychoedukacyjnym (np. szkoły rodzenia). Ciąża, poród i pierwsze chwile z noworodkiem przedstawiane są jako zdarzenia o przewidywalnym i dobrym przebiegu. Natomiast informacje, które ten etap rodzicielstwa przedstawiają z mniej atrakcyjnej strony to te, dotyczące trudności organizacyjnych, osobistych umiejętności rodziców lub przejściowych, ale odwracalnych zaburzeń adaptacyjnych u noworodków. Rzadko formułowane są przekazy, które koncentrowałyby się na czynnikach ryzyka w tym czasie lub konkretnych niepowodzeniach – poronieniu, obumarciu płodu w okresie wewnątrzmacicznym, oczekiwaniu na narodziny lub urodzeniu chorego dziecka.

Każdy człowiek w toku indywidualnego rozwoju buduje obraz samego siebie. Dla umocnienia tej wewnętrznej struktury przyjmuje z otoczenia informacje, które są zgodne z posiadanymi o sobie wyobrażeniami, natomiast odrzuca te, które mogą ją zburzyć. System wartości, które człowiek w życiu uznaje za ważne jest także bardzo silnie związany z systemem potrzeb. Ci rodzice, którzy poszukują nieustannie w otoczeniu aprobaty społecznej i na tej podstawie budują swoją samoocenę, nie są w stanie przyjąć informacji mówiących o istnieniu ryzyka dla przebiegu ciąży lub dla rozwijającego się dziecka.

Osoby optymistycznie nastawione do życia wierzą w szczęście i są przekonane, że to co się im zdarza przynosi korzyści, dlatego wielkość subiektywnego ryzyka szacowana jest jako niska. Uważa się, że osoby, które posiadają niestabilny obraz siebie charakteryzują się mniejszą odpornością na stres i w sytuacji osobistego zagrożenia koncentrują się na przywracaniu równowagi, poprzez odrzucanie informacji niezgodnych z własnymi oczekiwaniami. Optymiści zatem oczekują, iż wszystkie procedury diagnostyczne potwierdzą, że dziecko jest

zdrowe, a ciąża rozwija się prawidłowo, natomiast pesymiści pragną upewnić się, czy dziecko nie jest chore, a w przebiegu ciąży nie stwierdza się wykładników zagrożenia dla jej kontynuowania.

Na interpretację sygnałów o istniejącym zagrożeniu w ciąży ma także wpływ osobista skłonność do ryzyka, którą uznaje się za względnie stałą cechę osobowości. Rodzice z wysoką skłonnością do ryzyka częściej są w stanie poprawnie i adekwatnie przyjąć treści mówiące o wielkości ryzyka. Ci natomiast, którzy charakteryzują się niską skłonnością częściej będą zniekształcali informacje o zagrożeniu tak, aby poziom ryzyka możliwy był do zaakceptowania.

Wszystkie te osobnicze uwarunkowania postrzegania sygnałów zagrożenia w przebiegu i rozwoju ciąży/dziecka modyfikowane są przez indywidualne strategie poszukiwania nadziei, które pozwalają zahamować obniżanie się samooceny, chronią przed skutkami bezradności, rozpacz i lęku, łagodzą wyobrażenia trudnej, bo niezgodnej z oczekiwaniami przyszłości.

Reakcje na stratę dziecka w okresie prenatalnym

Strata dziecka bądź strata wyobrażeń o zdrowym dziecku jest sytuacją dla rodziców nieoczekiwaną, traumatyczną. Siła reakcji psychologicznych na to zdarzenie porównywana jest do reakcji na katastrofę, kwalifikując je do grupy zaburzeń po stresie traumatycznym [10, 11, 12]. Uważa się, że strata dziecka w okresie prenatalnym jest zdarzeniem wykraczającym poza zakres ludzkich doświadczeń (możliwości) i wywołuje znaczny dystres u prawie każdego, kogo to dotyka. Osoby konfrontujące się z takim zdarzeniem doświadczają szeregu reakcji na poziomie poznawczym i intelektualnym. Obserwuje się, że reakcje rodziców na stratę mają taką siłę, jak silne były ich uczucia w stosunku do poczętego dziecka. Mają też swoją określoną dynamikę i przebiegają w kilku dających się rozróżnić fazach.

Pierwszą z nich jest faza szoku i dezorganizacji zachowania, która przejawia się w podejmowaniu desperackich prób odtworzenia wcześniejszych relacji z utraconym dzieckiem jako rzeczywistą osobą lub/i wyobrażeń z nim związanych. Te irracjonalne próby zaprzeczenia faktom pozwalają na krótki czas zdystansować się i odciąć od otrzymanej złej wiadomości. Skutkiem tego są trudności w koncentracji uwagi, skupianiu myśli, ograniczonej możliwości w zapamiętywaniu napływających informacji. Rodzice tracą zainteresowanie sprawami świata zewnętrznego, zamykają się w sobie, wiele czynności wykonują automatycznie, tracą łaknienie, doświadczają kłopotów ze snem, są skrajnie przemęczeni, niezdolni do podjęcia działań.

Kolejną fazą jest faza reakcji emocjonalnych. Najczęstszymi emocjami, których doświadczają osieroceni rodzice w tym okresie są: lęk, gniew, smutek, żal, poczucie winy lub obwinianie lekarza opiekującego się ciążą, za to co, się stało,

poczucie bezradności. Towarzyszy im zwykle duże napięcie, które już w sposób wtórny wzmacnia poczucie nieszczęścia i bezradności. Sposobem, który pozwala zredukować napięcie emocjonalne jest podświadome stosowanie mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie, racjonalizacja, regresja, fiksacja i wyparcie. Działania człowieka, będącego w tej fazie oplakiwania straty, chociaż charakteryzują się dużą intensywnością i irracjonalnością, pozwalają na osvajanie się z tym, co się wydarzyło.

Kolejnymi fazami są faza wychodzenia z kryzysu i nowej orientacji, kiedy to rodzice uczą się żyć z doświadczeniem straty dziecka. Niestety dla części osieroconych rodziców te dwie ostatnie fazy nie zawsze są osiągalne [13].

Reakcje rodziców na stratę są odmienne – inaczej żałobę przeżywają kobiety i mężczyźni. Matki przeżywają ją w sposób intuicyjny, zwracając się w stronę własnych wewnętrznych przeżyć i emocji. Natomiast ojcowie w sposób bardziej instrumentalny, tzn. poprzez wzmoczoną aktywność, zaangażowanie w sprawy związane z rozwiązaniem tych problemów, które się pojawiły, zaangażowanie się w obowiązki zawodowe. Mężczyzna tę samą sytuację straty postrzega znacznie szerzej niż kobieta, gdyż poza stratą dziecka zmaga się także z intensywnymi emocjami żony. Kobiety, nie rozumiejąc różnicy w przeżywaniu żałoby, odnoszą często wrażenie, że gdy tracą dziecko pozostają z pustką, żalem i smutkiem zupełnie same, pozbawione wsparcia i pomocy ze strony męża [14].

Śmierć dziecka, w tak wczesnym okresie jego życia, dotyka również innych osób z otoczenia – dziadków, rodzeństwo, przyjaciół, którzy też muszą konfrontować się z tym doświadczeniem.

Perspektywa ojca dziecka

Mężczyzna przygotowując się do ojcostwa podejmuje szereg decyzji dotyczących własnych planów życiowych, podjęcia roli ojca, angażowania się i podejmowania zadań, które do chwili pojawienia się potomka w jego życiu były niedostępne. Z chwilą gdy traci go w okresie perinatalnym doświadcza podobnych jak kobieta silnych reakcji na poziomie intelektualnym i emocjonalnym [14, 15]. W naszej kulturze przyjęło się, że mężczyzna w takiej sytuacji troszczy się o osieroconą matkę. Oczekuje się, aby w tym czasie otaczał ją opieką i udzielał wsparcia. Innym przypisanym mu zadaniem jest czuwanie nad dopełnieniem wszystkich formalności związanych z pochówkiem dziecka, odebraniem matki dziecka ze szpitala oraz zorganizowaniem dla niej opieki w pierwszych dniach, tygodniach po stracie dziecka. Obserwuje się często, że mężczyźni w takich sytuacjach są opanowani, skoncentrowani na zadaniach. Społeczne przekazy, które określają rolę mężczyzny w takich sytuacjach nakazują im także panować nad ekspresją emocji. Towarzysząc osieroconym rodzicom odnosi się jednak wrażenie, że oboje pragną udzielać sobie wsparcia, martwiąc się wzajemnie o spo-

sób radzenia sobie z tą sytuacją, wzajemne bezpieczeństwo, sposób zaspokajania podstawowych potrzeb. Osieroceni mężczyźni także potrzebują opieki ze strony otoczenia i emocjonalnego wsparcia, pomimo że uwaga skoncentrowana jest głównie na matce utraconego dziecka.

Perspektywa lekarza

Lekarz wielokrotnie z racji wykonywanego zawodu towarzyszy kobiecie w różnych etapach ciąży – gdy rozwija się ona w sposób odpowiedni do czasu jej trwania oraz gdy rozpoznany zostaje nieprawidłowy jej rozwój lub/i przebieg, przedwcześnie kończy się lub stwierdza się wady rozwojowe/choroby u dziecka w tym czasie.

Prowadzenie badania lekarskiego w oparciu o dostępne narzędzia diagnostyczne oraz interpretowanie uzyskanych wyników jest wypadkową przygotowania merytorycznego i doświadczenia zawodowego. Jednak sposób przekazania złych informacji kobiecie, która ich nie oczekuje wymaga dodatkowo empatii, taktu oraz pokory wobec zdobyczy naukowych i życia [16].

Dla lekarza utrata ciąży przez kobietę, którą opiekował się w tym czasie jest również zdarzeniem traumatycznym. W związku z tym co się stało zadaje sobie pytania o to, czy dokonana ocena stanu ciężarnej i rozwoju ciąży była właściwa i odzwierciedlała rzeczywisty stan kliniczny, czy można było podjąć inne decyzje na podstawie uzyskanych danych, w celu zapobieżenia takiego biegu wypadków. Doświadcza również silnych emocji smutku, żalu i bezradności. Podczas przekazywania niepomyślnych informacji, dużą trudność może lekarzowi sprawić posługiwanie się odpowiednim językiem, aby wydarzenie, które postrzega głównie poprzez fakty medyczne przedstawić w sposób rzetelny, uwzględniając przy tym potrzeby psychiczne i duchowe kobiety/rodziców. Współczesny język ubogi jest w słowa, które wyrażają współczucie i żal, tym bardziej trudno się posługiwać nim w sytuacjach, które poza świadomością rodziców nie znalazły swojego społecznego odzwierciedlenia. Dziecko od poczęcia uznawane jest jako członek rodziny, ale jeszcze nie jako członek określonej społeczności [17]. Nie ma też społecznego przyzwolenia, aby pozostawiać bez odpowiedzi pytanie o powód tego zdarzenia. Skutkiem tego jest poszukiwanie przez lekarzy/personel medyczny racjonalnego wyjaśnienia i formułowanie eufemizmów. Zbyt pochopnie wypowiedziane przez personel słowa, których celem jest przywrócenie kontroli nad zdarzeniami, z relacji rodziców wynika, że są bardzo bolesne, pozostawiając dodatkowo żal do osoby, którą obdarowało się bezgranicznym zaufaniem. Każde spotkanie z kobietą/rodzicami tracącymi dziecko w czasie ciąży, bez względu na długość jej trwania, jest niepowtarzalne i wymaga indywidualnego podejścia, gdyż sposoby układania się z tym doświadczeniem dla każdego z nich mogą być odmienne. Rodzice postrzegają w lekarzu eksperta w sprawie bezpieczeństwa

zarówno dla ciąży, rozwijającego się płodu oraz dla kobiety. Po przekazaniu diagnozy potwierdzającej stratę (niepowodzenie położnicze), w następnej kolejności ważne jest przekazanie informacji, które pozwolą zapanować nad sytuacją i doprowadzą do bezpiecznego z punktu widzenia rodziców zakończenia ciąży lub otrzymania holistycznej opieki po stracie [14].

Okoliczności w jakich kobiety/rodzice dowiadują się o nieprawidłowym rozwoju ciąży, płodu mają duży wpływ na postrzeganie tego zjawiska przez rodziców, a także samych lekarzy. Trudne dla każdej ze stron wydają się te sytuacje, które umiejscowione są w warunkach nie gwarantujących spokoju, intymności i czasu. Miejscem, gdzie istnieje duże ryzyko zmedykalizowania problemu utraty jest szpital, w którym wiele zachowań sterowanych jest odpersonalizowanymi, bezdusznymi normami instytucji (brak miejsca do prowadzenia rozmów, nadmierny pośpiech, rutynowe działania, przemęczenie zatrudnionych osób, zależności osobowe, brak poszanowania dla dobrych obyczajów).

W wielu szpitalach/oddziałach położniczych zatrudniani są coraz częściej psychologowie, którzy podejmują interwencje kryzysowe wobec matek doświadczających straty w okresie perinatalnym. Być może wspólne działania wielu osób z racji wykonywanego przez siebie zawodu pozwolą osieroconym rodzicom przeżyć to trudne doświadczenie, w atmosferze poszanowania ich bólu, rozpacz i indywidualnych potrzeb. Wielodyscyplinarna opieka nad osieroconymi rodzicami może pomóc konfrontować im się z intensywnymi reakcjami i uczuciami oraz wzmacniać poczucie bezpieczeństwa i nadzieję – uczucie o ogromnej sile, które pozwala przetrwać to wszystko, co zdarza się w tym czasie.

Bibliografia

1. Psychologiczne aspekty położnictwa, Golańska Ż [W:] Położnictwo, Klimek R. (red.), PZWL, Warszawa 1988, 650-653.
2. Sens kobiecości – walka o kobietę w mediach, Polak-Palkiewicz E. [W:] Kongres „O godność macierzyństwa”, Warszawa 6–7 czerwca 1998: Human Life International, 133-139.
3. The stages of pregnancy, Colman A., Colman L. [W:] Pregnancy: the psychological experience. Seabury Press, New York 1971, 31-59.
4. Latherby G.: Rother than mother and mothers as others: the experience of motherhood and non-motherhood in relation to „infertility” and „involuntary childlessness”. *Women's Studies International Forum*, 1999, 22, 359-372.
5. Women and milieu: innovative views, Williams J. [W:] Psychology of women: behavior in biosocial context, W.W. Norton Company Inc, New York 1997, 63-89.
6. Psychologiczne problemy z ciążą, Kościelska M., [W:] Trudne macierzyństwo, Kościelska M. (red.), Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998, 7-36.

7. Barrett, G., Wellings, K.: What is a "planned" pregnancy? Empirical date from a British study. *Soc. Sci. Med.*, 2002, 55, 545-557.
8. Niemożność donoszenia ciąży: poronienie, Pisarski T., Skrzypczak J., Pawelczyk L., Kądziołka P., Pisarska-Krawczyk M. [W:] *Niepłodność*, Pisarski T., Szamatowicza M. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 251-269
9. Decyzja o urodzeniu dziecka, Kitzinger S. [W:] *Poród po 35. roku życia*, Kitzinger S. (red.), Prószyński i S-ka, Warszawa 1999, 7-21.
10. Bowles S.V., James L.C., Solursh J. i in.: Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am. Fam. Physician.*, 2000, 61:1689-96.
11. Zespół stresu pourazowego, James R.K., Gilliland B.E. [W:] *Strategie interwencji kryzysowej*, James R.K., Gilliland B.E. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006, 175-250.
12. Strata Osobista: Żałoba i smutek po stracie, James R.K., Gilliland B.E. [W:] *Strategie interwencji kryzysowej*, James R.K., Gilliland B.E. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006, 515-568..
13. Psychological Aspects of Stillbirth, Cockburn J. [W:] *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management*, Cockburn J., Pawson M.E. (red.), Springer, London 2007, 173-191.
14. Pregnancy loss and grief process, Kay J. [W:] *Pregnancy Loss. Medical Therapeutics and Practical Considerations*, Woods J.R., Esposito J.L (red.), Williams and Williams, Baltimore 1987.
15. Khan R.A., Drudy L., Sheehan J., Harrison R.F., Geary M., Early pregnancy loss: how do men feel?, *Ir. Med. J.*, 2004, 97: 217-218.
16. Teaching Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Bitzer, J., [W:] *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management*, Cockburn J., Pawson M.E. (red.), Springer, London 2007, 3-14.
17. Pregnancy Loss, Ainsworth – Smith, I. [W:] *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management*, Cockburn J., Pawson M.E. (red.), Springer, London 2007, 247-254.

Psychologia w ginekologii i położnictwie

Paradygmat w medycynie – trochę teorii

Historia medycyny pokazuje, że na przestrzeni wieków obowiązywały różne paradygmaty, które wyznaczały sposób badania, diagnozowania i leczenia pacjenta. Ginekolodzy i położnicy, tak jak większość współczesnych lekarzy innych specjalizacji, wykorzystują w swojej pracy jako podstawowy model biomedyczny.

Współczesna wiedza dostarcza wielu informacji na temat czynników zaburzających funkcjonowanie lub wywołujących choroby narządów płciowych. Umożliwia to przypisanie zespołu symptomów określonym jednostkom chorobowym, poznanie ich etiologii, patofizjologii oraz przeprowadzenie odpowiedniej procedury diagnostyczno-terapeutycznej [1]. Korzystanie z modelu biomedycznego jest niezwykle praktyczne, ale wielokrotnie niewystarczające. Ta sama jednostka chorobowa, na przykład endometrioza, nowotwór narządów płciowych, zaburzenia miesiączkowania, poronienie, zagrożenie porodem przedwczesnym, wywołuje odmienne reakcje emocjonalne i doprowadza do powstania różniących się reprezentacji poznawczych u osoby dotkniętej tym problemem.

Innym razem dolegliwości występujące u pacjentki nie dają się przyporządkować do znanej jednostki chorobowej, a mimo to podjęcie określonej terapii doprowadza do uzyskania poprawy, wyleczenia. Te spostrzeżenia pokazały, że model biomedyczny we współczesnej medycynie jest zbyt wąski. Na rozwój choroby, jej przebieg i leczenie wpływają także takie czynniki, jak indywidualne cechy pacjentki, historia wcześniejszych chorób, otoczenie w jakim żyje, indywidualny sposób radzenia sobie z życiowymi przeciwnościami. Dlatego w wielu sytuacjach model biomedyczny powinien mieć charakter roboczy, który dla zwiększenia swojej funkcjonalności musi dodatkowo uwzględniać czynniki psychologiczne i społeczne.

Już w Starożytności, gdy głównym narzędziem lekarza była obserwacja człowieka, objawów choroby, jej przebiegu oraz dedukcja, zauważono, że emocje i procesy poznawcze są ważnymi czynnikami wpływającymi na proces chorobowy i modyfikującymi leczenie. Przełomu w myśleniu dokonał George Engel, który w 1977 roku wskazywał konieczność traktowania chorób w kontekście psychospołecznym, przy równoczesnym uwzględnieniu zalet modelu biomedycznego [2]. Pomimo tego, że współcześnie można zobiektywizować przeżycia człowieka poprzez znajomość wpływu emocji i wyobrażeń na pracę jego ciała, to w świecie

nauki toczy się dyskurs już nie na temat wykluczania się modelu biomedycznego i psychospołecznego, ale dominacji czynników psychicznych lub biomedycznych w procesie powstawania i leczenia chorób. Wydaje się, że najlepszym sposobem było połączenie obu modeli. Najbardziej odpowiednim, jednocześnie współcześnie forsowanym, jest model biopsychospołeczny. Założeniem takiego podejścia jest ujęcie całościowe, oparte na wzajemnym oddziaływaniu wielu systemów.

Odkrycie zewnętrznych przyczyn i markerów chorób umocniło biomedyczny sposób diagnozowania i terapii pacjenta. Potrzeby pacjentów pokazały jednak, że medycyna musi być traktowana szerzej jako nauka, gdyż jej celem jest rozpoznanie, leczenie i zapobieganie chorobom. Zawężenie perspektywy i traktowanie człowieka w kategoriach mechanistycznych bez uwzględnienia wpływu na jego zdrowie psychiki i warunków w jakich żyje, niesie ze sobą ryzyko przeniesienia odpowiedzialności za jego utratę oraz przebieg i wynik leczenia na lekarza. Brak skuteczności w leczeniu niektórych chorób może też budzić niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej. Inną konsekwencją jest także zdjęcie z człowieka indywidualnej odpowiedzialności za podejmowanie czynności prozdrowotnych, co oznacza odrzucenie profilaktyki jako skutecznego sposobu zapobiegania niektórym chorobom.

Przyjęcie paradygmatu biopsychospołecznego podkreśla podmiotowość pacjenta, jako istotny element dla rozpoznania choroby, planowanej terapii i oczekiwanych efektów. W tym pojęciu zawarty jest subiektywny sposób odczuwania choroby, indywidualny sposób radzenia sobie z jej objawami i skutkami oraz zmiana jaka dokonuje się w obszarze jakości życia. Podmiotowość pacjenta nadaje również ważną rolę relacji jaka powstaje pomiędzy nim i lekarzem, wzajemnej komunikacji i indywidualnej odpowiedzialności za własne życie i zdrowie, między innymi poprzez stosowanie się do zaleceń wynikających z procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Koncepcja psychosomatyczna i somatopsychiczna chorób

Obserwacja osób zmagających się z chorobą, leczeniem i jej skutkami pozwoliła z jednej strony postrzegać chorobę jako skutek wcześniejszych stanów psychicznych, z drugiej jako źródło specyficznych reakcji emocjonalnych i przeżyć będących jej skutkiem.

Ujęcie somatopsychiczne pozwala analizować chorobę w kontekście jej wpływu na psychiczne funkcjonowanie człowieka, jej przebieg, leczenie oraz następstwa i skutki. Udowodniono, że w przypadku chorób przewlekłych, ze względu na reakcje emocjonalne będące ich następstwem, u pacjentów dochodzi często do zmian w obszarze osobowości oraz radzenia sobie w sytuacjach życia codziennego. W ginekologii i położnictwie obserwuje się, że zarówno choroby i zaburzenia w pracy narządów płciowych kobiety, zaburzenia hormonalne, trud-

ności w realizowaniu planów prokreacyjnych, stan niezamierzonej bezdzietności znajdują swoje odzwierciedlenie w doświadczanych reakcjach emocjonalnych w postaci określonych przeżyć. A te z kolei odgrywają istotne znaczenie w procesie kształtowania samooceny, poczucia własnej wartości, zdolności do realizowania zadań zgodnych z posiadaną płcią. W takim ujęciu te reakcje są wtórne, ale nie oznacza to, że mają mniejszą wartość dla procesu diagnozy i leczenia niż stwierdzone objawy.

Są też choroby, w genezie powstawania których znaczącą rolę odgrywiają czynniki psychiczne – osobowość, sposób przeżywania emocji, stresy, środowisko, przeciążenia wynikające z obowiązków, ale też z posiadanych celów i sposobów ich realizowania. W sytuacji zaburzeń odżywiania się, poniżej określonej masy ciała, dziewczęta lub kobiety przestają miesiączkować. Doświadczanie silnego stresu, traumy również jest w stanie zahamować cykl miesięczkowy lub zdeorganizować jego fazy. Sytuacje bądź zdarzenia nieoczekiwane, o sile katastrofy, trwające przez długi czas, bez możliwości przerwania oddziaływania niekorzystnych bodźców na kobietę, w wyniku wzrostu poziomu hormonów stresu i ich wpływu na sekrecje hormonów płciowych, mogą zaburzyć pracę układu rozrodczego.

Relacje lekarza ginekologa-położnika z pacjentką

Tak jak czynniki psychiczne mają wpływ na rozwój niektórych schorzeń, a choroby oddziałują na stan psychiczny osoby nią dotkniętej, to relacje jakie tworzą się pomiędzy lekarzem a pacjentem oddziałują na samopoczucie chorego oraz przebieg i efekty leczenia. Kępiński w dziele „Poznanie chorego” podkreślał, że w każdym stosunku międzyludzkim o silnym ładunku emocjonalnym (a takim jest relacja pomiędzy ginekologiem a osobą chorą) istnieje silne, trudne do uniknięcia wzajemne oddziaływanie [3]. Skutkiem tego jest wymiana pomiędzy lekarzem a pacjentką swojego nastawienia emocjonalnego. Pomimo istniejącej hierarchiczności w tej relacji, ważnym zadaniem lekarza jest zadbanie o równowagę na poziomie dwustronnej wymiany emocji, co pozwoli utrzymać z chorą kontakt, umożliwiającą neutralne kodowanie i odkodowywanie komunikatów (treści) pomiędzy obu osobami. Również w relacji lekarz–pacjentka, ze względu na powstające emocje, na drodze podświadomych mechanizmów, może dojść do obustronnego identyfikowania z kluczową postacią z wcześniejszych okresów życia. W ten sposób może nieświadomie dochodzić do konfrontacji w tej relacji z osobami, które pozostawiły we wspomnieniach ból, frustrację i niepokój lub tęsknotę niezaspokojonych potrzeb. Dlatego ważne jest, aby ginekolog-położnik umiejętnie rozwiązywał problemy wzajemnej komunikacji z chorą, ograniczając wpływ czynników niezwiązanych z problemem podstawowym.

Komunikacja werbalna

Pacjentka zgłaszając się do lekarza-ginekologa najczęściej sama lub przy pomocy pytań uszczegóławiających opisuje swój aktualny stan zdrowia. Ze względu na intymny charakter obszarów ciała, którego mogą dotyczyć skargi, wpływu dolegliwości lub zaburzeń na sposób zaspokajania życiowych potrzeb, komunikowanie ich wymaga nie tylko znajomości pojęć, ale też określonego poziomu kultury języka. Mogą pojawić się jeszcze inne trudności w przekazaniu informacji na ten temat. Źródłem ich może być subiektywizm dominujący w narracji na temat dolegliwości i osobiste znaczenie, które pacjentka nadaje zaburzonym funkcjom lub odczuwanemu cierpieniu. Informacje o tym co konkretnie dolega są kodowane przez kobietę chorą (z dolegliwościami), ale rozkodowywane przez ginekologa. Ze względu na ten skomplikowany proces może dojść do rozbieżności znaczenia, które zostanie nadane przez obie strony [4].

Badanie ginekologiczne – perspektywa i potrzeby pacjentki

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists określiło badanie ginekologiczne, które obejmuje dokładny wywiad i badanie przedmiotowe na fotelu ginekologicznym oraz sutków, jako jedną z najbardziej intymnych procedur medycznych [5]. Sposób jego przeprowadzenia musi spełniać wiele warunków, aby nie było utożsamiane z traumą lub silnym stresem. Większość kobiet akceptuje badanie przezpochwowe, jeśli wykonywane jest w warunkach zapewniających intymność zarówno w trakcie przygotowania się do badania oraz jego przebiegu. Aby uniknąć elementu zaskoczenia, dobrze jest jeżeli w trakcie jego wykonywania lekarz komunikuje konkretne zadania osobie, której to dotyczy, podejmowane czynności, odpowiednio dobiera wielkość i temperaturę narzędzi, z których korzysta. Ważne jest, aby badanie wykonywane było odpowiednio delikatnie, z uwzględnieniem informacji uzyskanych od pacjentki podczas wywiadu, a nie w sposób rutynowy, mechaniczny. Kontakt werbalny i pozawerbalny musi być jednoznaczny w swoim przekazie i powinien cechować go odpowiedni dystans. Pozwala to badanej kobiecie zachować poczucie bezpieczeństwa i godności. Wyjaśnienie istoty i celu badania, jego krótki opis (zwłaszcza w przypadku pierwszej wizyty u ginekologa), uzyskanie zgody na przeprowadzenie całej procedury, a następnie przedstawienie uzyskanych wyników sprawiają, że pacjentka powinna czuć się usatysfakcjonowana. Rozmowa przed i po badaniu na temat jego istoty, celu i potem uzyskanych informacji (wyników) powinna odbywać się w pozycji siedzącej, poza fotelem ginekologicznym, gdy kobieta jest ubrana. Podczas wizyty w gabinecie – czy to jest w szpitalu, czy w praktyce prywatnej, lekarz, a także i pacjentka nie powinni odbierać telefonów, prowadzić rozmów niezwiązanych z przedmiotem wizyty. Ze względu na to, że wizyta u lekarza dla

niektórych pacjentek jest źródłem silnego stresu, może dojść do trudności w przyjmowaniu i zapamiętywaniu informacji. Dlatego na życzenie niektórych z nich w tej części badania, która dotyczy omówienia wyników może uczestniczyć osoba przez nią wskazana, która z jednej strony zredukuje poziom napięcia, z drugiej trwale zakoduje ważne wiadomości i zalecenia [6,7].

Hospitalizacja (leczenie ambulatoryjne) w praktyce ginekologiczno-położniczej

Dla lekarza, położnej i innego personelu medycznego szpital (ambulatorium) jest miejscem pracy. Fakt ten sprawia, że jest on dobrze poznany pod względem topografii, funkcjonowania, zwyczajów, a także hierarchii zależności. Dla pacjentki, która jest w sytuacji utraty zdrowia, diagnostyki, leczenia jest to miejsce nieznane, a wymagające natychmiastowego dostosowania się do obowiązujących regulaminów i przyjętych reguł. Można obserwować pewien dysonans pomiędzy jej możliwościami dostosowania się do nowego otoczenia, zmienionymi przez sytuację, która subiektywnie jest dla niej trudna a potrzebami otoczenia, które oczekuje, że będzie ona funkcjonowała zgodnie z normami określonymi dla tego miejsca. Dodatkowym utrudnieniem dla pacjentki jest fakt utraty części cech, które ją wyróżniały poza tym miejscem. W placówkach służby zdrowia istnieje tendencja do postrzegania pacjenta poprzez pryzmat jednostki chorobowej, która jest przyczyną poddania się badaniu/leczeniu lub/i hospitalizacji. Role pełnione poza gabinetem lekarskim czy oddziałem szpitalnym zostają ograniczone częściowo lub w całości, z jednej strony poprzez chorobę czy zaburzenie, a z drugiej system organizacji służby zdrowia. Frustracja lub niekiedy deprywacja ważnych potrzeb pacjentki jest dodatkowym źródłem stresu, niedocenioną przez pracowników służby zdrowia częścią jej doświadczeń. Relacja diagnostyczna jest sama w sobie niesymetryczna, między innymi ze względu na hierarchiczny charakter kontaktu lekarz–pacjent, istniejącej zależności pomiędzy tymi osobami, kompetencji, a także organizowanie przestrzeni pomiędzy nimi. Często jest tak, że lekarz stoi, a pacjentka leży na łóżku, lekarz siedzi – pacjentka siedzi, ale pomiędzy nimi jest biurko, które wyznacza konkretne granice tej relacji. Lekarz jest w szpitalnym uniformie, który podkreśla pełnioną rolę – pacjentka w szlafroku, piżamie i kapciach, które nie odzwierciedlają jej statusu, odrębności, nie przekazują informacji o pełnionych rolach poza tym miejscem. Ocena problemu zdrowotnego dokonana z perspektywy pacjentki, w której znaczącą rolę odgrywają subiektywny obraz choroby i emocje, będące konsekwencją tego stanu, może różnić się od oceny dokonanej z perspektywy wiedzy medycznej. Lekarz opiera się głównie na wiedzy posiadanej na temat zaburzeń, chorób oraz możliwych sposobów weryfikowania hipotez badawczych i doświadczeniu klinicznym, które inicjują proces diagnostyczny i terapeutyczny. Przy takim podejściu może zdarzyć się,

że indywidualny kontekst, w jakim pojawił się problem zdrowotny, może zostać niedoceniony.

O powodzeniu procesu diagnostycznego i terapeutycznego wielokrotnie decyduje umiejętne wykorzystanie wiedzy medycznej w odniesieniu do wiedzy i sposobu rozumienia sytuacji zdrowotnej przez konkretną pacjentkę.

Zadania lekarza ginekologa-położnika

Lekarz ginekolog towarzyszy kobiecie we wszystkich etapach jej życia – najczęściej od pokwitania do późnej starości. Ginekolog pełni rolę konsultanta, rozwiązuje wraz z pacjentką problemy związane z jej rozwojem płciowym, funkcjonowaniem kobiecego ciała w poszczególnych okresach jej życia. Jest także specjalistą, który powinien podejmować działania edukacyjne i profilaktyczne, w celu nauczania kobiety umiejętnego obserwowania własnego ciała i funkcjonowania organizmu, adekwatnie do wieku. Opiekuje się kobietą od czasu, gdy rozważa ona chęć posiadania dziecka, w czasie ciąży i porodu. Podmiotem troski lekarza staje się także dziecko w fazie wewnątrzmacicznego rozwoju. W kolejnych okresach kobiecego życia ginekolog dokonuje oceny przechodzenia przez kolejne fazy życia, klimakterium, menopauzę, z troską o utrzymanie sprawności organizmu i dobrej jakości życia.

W każdym jednak okresie mogą wystąpić choroby, zaburzenia i powikłania fizjologicznych procesów/przemian, które poza skutkiem zdrowotnym mają dla kobiety charakter poważnego życiowego kryzysu. Jako przykład takich sytuacji można wymienić nieprawidłową budowę narządów płciowych (np. Zespół Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera), niepowodzenia w obszarze prokreacji – niepłodność, strata ciąży/dziecka niezależnie od czasu w którym to się dzieje, chorób w obrębie narządów rodnych, płciowych (np. nowotwór jajnika, gruczołu piersiowego), zaburzenia statyki narządów rodnych kobiety, zaburzenia hormonalne. Utrata zdrowia, dziecka, sprawności seksualnej oraz życiowej, to wydarzenia, które chociaż związane z funkcjonowaniem ciała kobiety, oddziałują na życie w obszarze nie tylko biologicznym. Dla pacjentki każda dysfunkcja jest stresem, który może zdopingować do szukania fachowej pomocy lub być źródłem zagrożenia czy też konkretną stratą. Wielu kobiecym problemom zdrowotnym towarzyszą intensywne reakcje psychiczne. Część z nich może mieć charakter społecznie pożądanym – gdyż przyczyniają się one do podjęcia szeregu działań ku poprawie (odzyskaniu) zdrowia [6, 8]. Inne reakcje mogą odzwierciedlać traumatyczne wydarzenie w wymiarze afektywnym, poznawczym i behawioralnym. A każdy kryzys, który lekarz rozpoznaje u swojej pacjentki jest również dla niego sytuacją trudną, wymagającą podjęcia działania wykraczającego poza model biomedyczny. Celem ma być pomoc pacjentce odzyskać kontrolę nad własnym zachowaniem, jako początek drogi do przywrócenia stanu rów-

nowagi. I chociaż takie działania o charakterze interwencji kryzysowej zwykle się podejmować wobec uczestników kataklizmów, katastrof, to kobiety doświadczające straty: zdrowia własnego lub dziecka, dziecka, roli, marzeń o przyszłości, poczucia wartości, są uczestniczkami wymienionych zdarzeń, którym nadają subiektywne znaczenie [9]. Sposób, w jaki te doświadczenia będą oddziaływały na dalsze życie kobiety zależy od zdolności rozumienia przez nią różnych życiowych zdarzeń, umiejętności poszukiwania ich rozwiązania i nadaniu im sensu lub znaczenia. A więc lekarz ginekolog, aby sprostać potrzebom pacjentki musi wielokrotnie koncentrować się nie tylko na rozwiązaniu problemu medycznego, ale też uświadamiać sobie jakie ona nadaje znaczenie sytuacji, która się zdarzyła oraz czy posiada wystarczające umiejętności, aby sobie z nią poradzić.

Innym problemem kobiety, z którym konfrontuje się lekarz ginekolog-położnik w swojej praktyce jest pomoc w uzyskaniu pełnej satysfakcji w życiu. Dobranie i zastosowanie odpowiedniej hormonalnej antykoncepcji może uwolnić kobietę od lęku przed nieplanowaną ciążą lub/i niechcianą ciążą. Natomiast kobiety w okresie klimakterium, dążąc do redukcji odczuwanych skutków starzenia się, zgłaszają się po odpowiednią hormonalną terapię zastępczą, która zredukuje subiektywnie odbierane jako nieprzyjemne objawy wypadowe i zwolni procesy degeneracyjne.

Modele działania lekarza

Podstawową umiejętnością z jakiej lekarz korzysta w swojej praktyce jest sztuka komunikowania się z pacjentką na każdym etapie diagnozy i terapii. W podręczniku dla lekarzy ginekologów i położników zawarto krótki przewodnik dla uzyskania jak najlepszej efektywności w pracy z pacjentką, który w skrócie brzmi ABCDEFG i odzwierciedla 9 obszarów wymagających poznania (*Affect* – emocje, *Behavior* – zachowanie, *Conflict* – konflikty, *Distress* – stres, *Early life experiences* – wczesne życiowe doświadczenia, *False beliefs* – fałszywe przekonania, *Generalized frustration* – uogólniona frustracja). Natomiast to co powinien wykorzystać w oddziaływaniu terapeutycznym, a nawet psychoterapeutycznym lekarz względem kobiety, która zgłasza się z problemem zdrowotnym jest terapia i wsparcie oparte na zasadzie CCCCIUSH (*Catharsis* – katarsis, *Clarifying conflicts* – klaryfikacja konfliktu, *Conflict resolution* – rozwiązanie konfliktu, *Cognitive reframing* – poznawcze opracowanie problemu, *Insight* – zinternalizowanie, *Understanding* – zrozumienie, *Stress reduction techniques* – techniki obniżające poziom stresu, *Helping in behavioral change* – pomoc w osiągnięciu zmian zachowania) [1].

Pozamedyczne znaczenie rozumienia kobiecości i zdrowia kobiety

Podstawą działania lekarskiego jest rozpoznanie i usunięcie problemu jaki zgłasza pacjentka. Jest to jednak długi proces, który zawiera w sobie etap stawiania hipotez na podstawie wstępnego wywiadu dotyczącego objawów, weryfikowania ich w wyniku przeprowadzenia badania przedmiotowego i leczenia przyczynowego. Obserwacje prowadzone wśród chorych pozwalają stwierdzić, że nie zawsze usunięcie źródła choroby/dysfunkcji powoduje subiektywne odzyskanie zdrowia. Chorobom i zaburzeniom powstałym w narządach rodnych lub/i związanych z możliwością rodzenia dzieci towarzyszą intensywne reakcje emocjonalne, wśród których dominuje lęk, smutek, złość, bezradność, poczucie winy lub/i mniejszej wartości. Czynnikiem determinującym ich powstanie jest znaczenie jakie konkretna osoba nadaje zdrowiu, prokreacji, dolegliwościom bólowym, dobrej jakości życia. Utrata narządów płciowych często traktowana jest jako poważne okaleczenie, nawet wtedy, gdy celem operacji jest ratowanie życia. Panujący w wielu obszarach życia liberalizm, dążenie do uwolnienia się od sztywnych schematów w ujmowaniu kobiecości, nie przyczynił się do łagodniejszego traktowania skutków schorzeń i zaburzeń, adresowanych do ginekologów i położników. Posiadanie narządów płciowych, sprawne ich funkcjonowanie lub możliwość realizowania zadań prokreacyjnych ma nadal w świadomości kobiet, a nawet społecznej, wartość nadrzędną, chociaż z perspektywy nauk medycznych, psychologii, socjologii – symboliczną i magiczną. Brak zdrowia lub zaburzenia związane z funkcjonowaniem kobiecego organizmu konfrontują kobietę ze stratą: zdrowia, narządów rodnych/płciowych, ciąży, dziecka, zdrowia dziecka rozpoznanego w fazie pre- lub perinatalnej, poczucia identyfikacji z własną kobiecością, młodości itd. W każdym etapie życia waga przypisana konkretnej utracie może być duża, dlatego dotychczasowe sposoby poradzenia sobie z tą sytuacją mogą być niewystarczające, a sytuacja może nosić znamiona kryzysu życiowego, katastrofy. Stąd też wykorzystanie w pracy lekarza ginekologa-położnika modelu ABCDEFG oraz korzystanie z zasady CCCCIUSH mogą przyczynić się do uzyskania lepszych obiektywnych i subiektywnych efektów leczenia, przekładanych na utrzymanie zdrowia, możliwości realizowania planów prokreacyjnych i odpowiedniej jakości życia.

Bibliografia

1. The Teaching Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Bitzner J. [w:] Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management, Cockburn J., Pawson M. E. (red.), Springer-Verlag, London 2007.
2. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
3. Kępiński A.: Poznanie chorego. PZWL, Warszawa 1989.
4. Communications Skills, What You Can Do in 15 Minutes, Knowles L.J., [w:] Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management, Cockburn J., Pawson M.E. (red.), Springer-Verlag, London 2007.
5. Badanie ginekologiczne. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists <http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=25512>
6. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
7. The Vaginal Examination, Couluson C. [w:] Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management, Cockburn J., Pawson M. E. (red.), Springer-Verlag, London 2007.
8. Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne, Pasikowski T. [w:] Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki, Brzeziński J., Cierpiałkowska L. (red.), GWP, Gdańsk 2008.
9. James R.K., Gilliland B.E.: Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006.
10. Teaching Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Bitzner J. [w:] Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. The Clinical Management, Cockburn J., Pawson M.E. (red.), Springer-Verlag, London 2007.

Michał Mandecki
 Katedra Nauk Społecznych
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Marcin Cybulski
 Zakład Psychologii Klinicznej
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Stres i wypalenie zawodowe a praca w sektorze publicznej opieki zdrowotnej – autorskich refleksji kilka

*“Can't escape all your worries
 Endless sorrow, pain and suffer
 Can't escape your emotions
 Enslavement be the world you choose*

*You work so hard, all for nothing
 Your dreams are shattered
 Your goals destroyed
 No-one listens to what we stand for
 So why even try do you really care”
 Storm of Stress, Terrorizer, 1989¹*

Cytowany tekst utworu muzycznego zdaje się mieć wymowę jednoznacznie negatywną. Obiektywna ocena aktualnego stanu polskiej służby zdrowia również nie napawa ogromem nadziei, widoczne jednak jest światełko w tunelu. Prezentowany fragment amerykańskiej poezji alternatywnej obrazuje jednak tok myślenia osoby zmierzającej w stronę syndromu *burn-out* – nihilistycznego myślenia obecnego w nieprawidłowo zarządzanych instytucjach, często już na poziomie „sądów zbiorowych”. Myślenia wynikającego zarówno z czynników zewnętrznych dla instytucji (etap rozwoju gospodarczo-ekonomicznego państwa czy rozwoju społecznego), jak i wewnętrznych (kultura organizacji, jakość zarządzania, dobór kadr), w ujęciu węższym zaś wyjaśnianego przez teorię wymiany (*social exchange theory*), którą egzemplifikuje staropolskie „jak Bóg Kubie, tak Kuba Bogu”, doprecyzowane językiem naukowym na polu wypalenia zawodowego dekadę temu m.in. przez Christinę Maslach [1].

¹ Cytat z utworu amerykańskiej grupy muzycznej Terrorizer, grającej muzykę z gatunku death metal/grindcore. Utwór został wydany na płycie World Downfall z 1989 roku.

Wypalenie zawodowe jest definiowane przez Christinę Maslach i Susan Jackson jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który wystąpić może u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [2]. Sama Maslach definiuje wypalenie zawodowe, jako „proces nieuchronnej destrukcji, jaki zachodzi w psychice osób, które zbyt ekspluatają swoje siły w „dawaniu siebie” innym ludziom” [3]. „Wypalenie się” jest reakcją, a zarazem techniką emocjonalnego „dystansowania się” w sytuacji stresowej, jaką stwarza wymóg stałej koncentracji na problemach innych ludzi [3]. Jedną z grup zawodowych najbardziej narażonych na powstanie wypalenia zawodowego są niewątpliwie pracownicy państwowego sektora medycznego, potocznie zwanego „służbą zdrowia”. Pracownicy medyczni, tacy jak: pielęgniarki, lekarze, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci i inni poprzez swój codzienny kontakt z pacjentami narażeni są na ogromne obciążenie psychiczne. Ciągły kontakt z cierpieniem i niemocą innych oraz fakt, iż niejednokrotnie prócz problemów zdrowotnych rozwiązywać muszą oni problemy pacjentów natury psychospołecznej potęguje obciążenie, jakim w pracy codziennej poddawani są pracownicy sektora medycznego. Osoba poddawana ciągłemu wpływowi stresu i sytuacji trudnych, do których rozwiązywania jest zmuszona w pewnym momencie dojdzie do punktu, w którym pojawi się u niej apatia, niechęć, zmęczenie, przesadne dystansowanie się względem innych osób czy brak troski o innych i zwyczajnie motywacji do pracy. Wypalenie zawodowe to zarazem błogosławieństwo i przekleństwo, z jednej strony pozwala w pewien sposób „odgrodzić” się od narastających i przygniatających problemów pacjentów, z którymi pracownik styka się każdego dnia, z drugiej zaś strony pogłębia stan frustracji i niezadowolenia z wykonywanej pracy, co wpływa negatywnie nie tylko na osobę samego pracownika, ale i odbija się na pacjentach, np. poprzez obniżenie poziomu opieki. Mechanizm wypalenia zawodowego działa na zasadzie błędnego koła przyczyn i skutków (symptomy wypalenia są jednocześnie przyczyną i skutkiem) [4]. Wzajemne oddziaływanie przyczyn i skutków wypalenia przebiega w trzech fazach. Faza pierwsza jest czasem, w którym pracownik staje się wyczerpany długotrwałym obciążeniem pracą, w rezultacie czego pojawiają się zmęczenie, irytacja, brak chęci do pracy i emocjonalne wyczerpanie. W fazie drugiej, do już wymienionych sytuacji, dołączają się negatywne, zdehumanizowane formy zachowania wobec współpracowników i pacjentów – cynizm, apatia, sztywność w działaniu, są objawem negatywnej formy obrony przed stresem, przejawiającej się, jako emocjonalne dystansowanie się wobec problemów zawodowych. Faza trzecia, będąca ostatnim ogniwem tego procesu, zyskała za sprawą Maslach miano „wypalenia terminalnego”. Zaobserwować w niej możemy już trwale i trudne do korekty zmiany w postawach i motywacji zawodowej. Personel medyczny pracujący w nieprzychylnym, silnie obciążającym psychicznie środowisku stosuje często aktywne formy dystansowania się emocjonalne-

go, mające chronić przed otaczającym zewsząd wpływem problemów innych, przed poczuciem niemożności ulżenia w cierpieniu czy po prostu pomóc zrzucić lęk przed śmiercią własną, czy śmiercią kogoś bliskiego i poczucie bezsilności w obliczu cierpienia innych. I tak, przy pewnej depersonalizacji procesu leczenia pojawiają się wypowiedzi „oddzielające” chory narząd od reszty chorego, jako osoby (np. „biodro na dwójce”) [5]. Dzięki takiemu zabiegowi schorowany cierpiący pacjent przestaje być osobą, której winno się współczuć, staje się on tylko jednym z wielu przypadków należących do dużej niezróżnicowanej grupy. Jeden z wielu nie wymaga współczucia, dzięki czemu personel może zminimalizować swoje zaangażowanie emocjonalne w sprawę. Drugim zabiegiem stosowanym przez personel, aby emocjonalnie zdystansować się względem pacjenta jest intelektualizacja. Jest to sposób rozwiązywania sytuacji trudnej poprzez racjonalizację stosunków z pacjentem [3]. Personel, pomijając cechy indywidualne i osobiste pacjenta jako jednostki, odbiera go bez emocji bądź z maksymalnie dużym dystansem, co skutkuje powstaniem przepaści pomiędzy członkiem zespołu terapeutycznego a pacjentem i jednocześnie zabezpiecza personel przed zbytnim przejęciem się problemami podopiecznego. Kolejną, trzecią techniką emocjonalnego dystansowania się jest izolowanie sytuacji, czyli koncentrowanie się na czynnościach pracy, a po jej ukończeniu na innych formach życia niemających już żadnego związku z wykonywanym zawodem.[3] W ostateczności, gdy obciążenie personelu jest już ogromne dochodzi do wykorzystania ostatniej formy techniki emocjonalnego dystansowania się, a mianowicie „wycofywania się”, polegającego najzwyczajniej na minimalizowaniu fizycznego zaangażowania w sytuację powodującą stres, w tym przypadku w kontakt z pacjentem. W takim przypadku wszelkie czynności wykonywane przez personel sprowadzane są do niezbędnego minimum, zarówno w ich zakresie, jak i w aspekcie włożonego w nie wysiłku. Najbardziej skrajną formą wycofania się jest rezygnacja z dotychczasowej pracy.

Rozważając źródła wypalenia zawodowego należy zwrócić uwagę na istotę psychiki człowieka. Jedną z zasadniczych przyczyn wypalenia zawodowego jest tkwiąca w ludziach potrzeba odnalezienia sensu życia, tworzenia czy dawania drugiemu czegoś istotnego – czegoś, co potwierdzałoby potrzebę naszego istnienia i działania. Gdy poszukiwanego sensu istnienia nie udaje się odnaleźć w działalności zawodowej, wtedy pracownik staje się podatny na wypalenie [4]. „Wypalenie się” to zjawisko o dwóch „twarzach”. Z jednej strony to rodzaj rozczarowania egzystencjalnego, wypalenia egzystencjalnego (stresu społeczno-kulturowego), będącego wynikiem rozbieżności pomiędzy celami i oczekiwaniami jednostki a jej dokonaniem. Wypalenie egzystencjalne zwane jest także „kryzysem wieku średniego” i stanowi swoisty wyraz niedojrzałości psychicznej jednostki, błędnej koncepcji kariery życiowej i nierealistycznych oczekiwań [6]. Druga twarz „wypalenia się” w postaci wypalenia zawodowego jest ściśle związana z aktywnością

zawodową jednostki. „Wypalony” pracownik w stanie chronicznego psychicznego wyczerpania, poczucia wykorzystywania przez innych, poczucia wstydu, traci poczucie kontroli (za co obwinia siebie!), a następnie traci poczucie sensu działania. Wypalenie zawodowe nie jest więc egzystencjalnym buntem, lecz rezygnacją, pogodzeniem się, „odpuszczeniem”, dezorientacją w tym, kogo należałoby winić za istniejący stan rzeczy [6]. Wypalenie egzystencjalne, w przeciwieństwie do zawodowego, jest kryzysową reakcją przemijającą, wypalenie zawodowe natomiast „choroba nadmiernego zaangażowania się” [6]. Wypalenie zawodowe to stres powstały w wyniku porównywania celów, wartości, fizycznych oraz psychicznych kosztów pracy z nastawieniami, spostrzeżeniami i możliwościami (najczęściej ograniczonymi) konkretnej sytuacji pracy [3]. To, czy wypalenie zawodowe wystąpi u danej jednostki czy nie, zależy jest od osobistych umiejętności przystosowawczych i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz czynników związanych z miejscem i rodzajem wykonywanej pracy. Takie współdziałanie cech osobowościowych jednostki oraz środowiska pracy określane jest terminem „indywidualnego-środowiskowego dopasowania”. Cechy osobowościowe i środowiskowe rozpatrywać należy w dwójaki sposób: jako obiektywne niezależne od jednostki i subiektywne zależne od właściwości jednostki. Osobowość obiektywna to układ trwałych cech, potrzeb i wymagań niezależnych od sposobu ich percepcji przez jednostkę [6]. Gdy mówimy o osobowości obiektywnej mamy na myśli np. motywację, zdolności osobnicze jednostki czy choćby cechy temperamentu (wytrzymałość psychiczną, wrażliwość emocjonalną, podatność na stres i sytuacje trudne). Kolejnym elementem składowym „indywidualnego-środowiskowego dopasowania” jest osobowość subiektywna, będąca subiektywnym obrazem jednostki w otaczającym ją świecie. Jest ona wyznacznikiem tego, jak postrzegamy samych siebie. Stopień spójności owych dwóch form osobowości jest wyznacznikiem wewnętrznej spójności psychicznej człowieka i stanowi o strukturze jego „ja”, czyli o dojrzałości psychicznej. Obiektywne środowisko pracy to obiektywne stresory pracy, a więc takie, które są niezależne od procesów intelektualnych człowieka [6]. Zaliczyć tu możemy rzeczywistość materialną, stan wyposażenia, dostępność do niezbędnego sprzętu, fizyczne warunki pracy oraz społeczne warunki pracy. Środowisko subiektywne jest psychiczną rekonstrukcją otaczającego jednostkę świata [6]. Na środowisko subiektywne składają się wszelkie elementy świata otaczającego jednostkę, odbierane poprzez pryzmat jej doświadczeń, stanu psychicznego, stosunku do danej rzeczy czy osoby, stopnia zmęczenia, nastroju czy też np. aktualnie przeżywanego kryzysu. Środowisko subiektywne jest z jednej strony zbiorem indywidualnych wyobrażeń środków zaspokojenia potrzeb (przedmiotów, stanów, warunków), a z drugiej strony źródłem wymagań, których spełnienie w oczach jednostki jest niezbędne do realizacji jej własnych pragnień i dążeń [6]. Wszystkie cztery powyżej wymienione kategorie (osobowość obiektywna, osobowość subiektywna, obiektywne środowisko,

środowisko subiektywne) pozostają w ciągłej relacji ze sobą, co w momencie pojawienia się różnic i niezgodności między kategoriami implikuje powstawanie potencjalnych źródeł obciążenia i napięć stresowych.

Według Rebeki Law i współpracowników [7] współcześnie pojmowane zarządzanie wiąże problem stresu pracowniczego i wypalenia zawodowego ze strukturami i klimatem organizacji. Wyniki tych australijsko-niemieckich badań wskazują na klimat bezpieczeństwa psychospołecznego (*Psychosocial Safety Climat* – PSC), jako czynnik determinujący zachowania pracowników i wpływający pośrednio na zdrowie człowieka. PSC jest aktualnie pojmowane jako wachlarz zasad, praktyk i procedur ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w obrębie organizacji [8]. Posługiwanie się technikami zastraszania, mobbingu i molestowania negatywnie odbija się na pracowniczej motywacji do zaangażowanych działań i prowadzi do uszczerbków na zdrowiu, a pojawiający się dystres i wyczerpanie emocjonalne mają mniejsze natężenie w organizacjach o wysokim poziomie bezpieczeństwa psychospołecznego PSC. Budowanie klimatu bezpieczeństwa psychospołecznego winno być działaniem wpisanym w politykę każdej współczesnej dobrze zorganizowanej instytucji.

Według Hansa Selye, znanego jako Dr Stress, zmiany fizjologiczne podczas stresu mają za zadanie przygotować nas do zwiększonego wysiłku. Mobilizacja sił pozwala rozwiązać sytuację stresową bądź usunąć uszkadzający bodziec – jeśli organizm zostanie poddany działaniu stresorów, które oceni jako bodźce przekraczające jego możliwości adaptacyjne, dochodzi do zapoczątkowania reakcji, której celem jest wytworzenie nowej, przystosowanej formy zachowania. Stresor inicjuje reakcję adaptacyjną i obronną, która zmierza w kierunku przywrócenia równowagi sprzed zaburzenia w organizmie; reakcja stresowa jest więc reakcją homeostatyczną, ważnym mechanizmem przystosowania do zmian w otoczeniu i wnętrzu człowieka. Teoria Hansa Selye miała jednak dwie podstawowe wady, po pierwsze przedstawiono dowody na specyficzność reakcji organizmu na działanie określonych stresorów, po drugie teoria ta nie uwzględniała w dostatecznym stopniu wpływu czynników psychologicznych w sytuacji stresowej. Mimo wad, jakie posiadała koncepcja autorstwa Selye, niewątpliwie przyczyniła się ona w znaczącym stopniu do zainteresowania nauki problematyką stresu nie tylko z punktu widzenia biologicznego, ale i psychologicznego. Pomimo lat pracy i analiz nie opracowano jednej powszechnie akceptowanej definicji stresu psychologicznego. „Przystając na pewne uproszczenia, wyróżnić można trzy nurty w określaniu stresu psychologicznego:

1. jako bodźca, sytuacji lub wydarzenia zewnętrznego o określonych właściwościach;
2. jako reakcji wewnętrznych człowieka, zwłaszcza reakcji emocjonalnych, doświadczanych wewnętrznie w postaci określonego przeżycia;
3. jako relacji między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka” [4].

Pierwszy z wymienionych nurtów przedstawia stres jako stan, który zachodzi zawsze przy wystąpieniu określonej sytuacji trudnej. Problematiczne w tym przypadku jest to, iż dana sytuacja „trudna”, czyli stresor dla jednej osoby rzeczywiście stanowić będzie problem, dla innej nie. W tym przypadku możliwe jest tylko określenie w przybliżeniu charakterystyki bodźców czy sytuacji, które to powinny spowodować stres rozumiany jako reakcję. W takim podejściu traktując stres jako bodziec możemy np. określić obciążenie stresem/bodźcem danej osoby w sposób obiektywny, zakładając, iż stosujemy zunifikowany bodziec i badamy powstałą na niego reakcję. Drugi nurt charakteryzuje stres jako reakcję zachodzącą wewnątrz jednostki i popularny jest w naukach medycznych. Pierwszym jej propagatorem był wspomniany powyżej Selye, który kładł nacisk na zachodzące w odpowiedzi na stresor reakcje organizmu. Psychologowie związani z tym nurtem rozumieli stres raczej jako przykre doświadczenie emocjonalne o charakterze lękowym. „Wczesnym przykładem jest ujęcie Davida Mechanica, określające stres jako reakcję dyskomfortu, przy czym autor zaznacza, że występuje on u osoby znajdującej się w określonej sytuacji” [4]. Mechanic również określił stres mianem „subiektywnego”, czyli powiązanego z subiektywną oceną zdarzenia o charakterze stresogennym [9]. Nurt ten charakteryzuje potoczne ujęcie stresu jako stanu niepewności, zagrożenia czy wreszcie strachu. Wielu psychologów uważa jednak ten sposób rozumienia stresu jako niewystarczający i ukazujący tylko jedną stronę tego zagadnienia, szczególnie iż podobne reakcje organizmu człowieka wywołać mogą czynniki fizyczne, jak np.: temperatura, hałas czy wibracje. Przedstawione powyżej dwa nurty rozumienia tematyki stresu stanowią próbę jednostronnego czynnikowo usystematyzowania problematyki stresu, albo poprzez uznanie stresu psychologicznego jako odpowiedzi na czynniki zewnętrzne, albo wewnętrzne jednostki. Takie jednostronne podejście okazało się jednak niewystarczające, dlatego też aktualnie pojęcie stresu analizowane jest poprzez pryzmat trzeciego, zasygnalizowanego powyżej, nurtu, a mianowicie relacji pomiędzy zasobami wewnętrznymi jednostki a czynnikami zewnętrznymi na ową jednostkę oddziałującymi. W tym kontekście przytoczyć należy definicję stresu autorstwa Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman mówiącą, iż stresem jest „określona relacja (*relationship*) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [4]. Co istotne w tym ujęciu, za poczucie stresu odpowiedzialne są nie tyle „obiektywne stresory”, co ich postrzeganie za sprawą subiektywnego odbioru jednostki. W takim ujęciu sytuacja, która zdawać by się mogła jednej osobie zagrożeniem, dla innej nie będzie stanowić problemu albo wręcz stanie się wyzwaniem skłaniającym do działania. Odporność na stres i umiejętność radzenia sobie z nim jest więc osobniczo zmienna i charakterystyczna dla poszczególnych jednostek. Powiedzieć można, że ktoś posiada lub nie predyspozycje do działań w środowisku stresogennym.

Takie predyspozycje do działań w nieprzyjaznym otoczeniu i warunkach bywają pożądane u kandydatów na niektóre stanowiska w służbie zdrowia. Polskie wytyczne dotyczące cech niezbędnych i pożądanych wśród kierowców uprzywilejowanych pojazdów służb medycznych [10] wskazują na odporność na stres jako jedną z cech kluczowych wymaganych od kierowców transportu sanitarnego. Z drugiej strony, współczesna polska służba zdrowia jest środowiskiem stricte stresogennym, a praca zespołów ratownictwa medycznego przypomina swoistego rodzaju „wańkę-wstańkę” – ratownicy przemieszczają się po prostu z jednego do drugiego miejsca pracy. Wyniki południowoamerykańskich badań [11] wskazują, iż wypadki przy pracy (średnio 1,4 wypadku przy pracy na jednego kierowcę) w trakcie prowadzenia pojazdów sanitarnych stanowią element zagrażający życiu i zdrowiu kierowców, pacjentów i innych uczestników ruchu, generując ogromne dozy napięć psychicznych. Brazylijscy kierowcy ambulansów (*emergency drivers*) pomimo lokalnych wytycznych również nie podlegają szkoleniom z zakresu prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, a prawie 55% z nich posiada dodatkowe zatrudnienie, co przekłada się na poziom zmęczenia w trakcie przejazdów służbowych, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo wystąpienia odpowiedzi psychosomatycznej organizmu. Nie bez znaczenia dla odczuwania stresu w sytuacji zawodowej jest zjawisko *fatigue-related accident* – zwiększonego prawdopodobieństwa wypadkowości w stanie zmęczenia lub przemęczenia [12]. W przypadku pracowników służby zdrowia dotyczy to zarówno kierowców etatowych, jak i ratowników medycznych prowadzących pojazdy uprzywilejowane. Obydwie grupy, jak wynika z polskich badań [13], prowadzą pojazdy służbowe i prywatne w stanie gorszego samopoczucia spowodowanego chorobą i zmęczeniem. Jednak nawet w obrębie pracowników czynnej służby zdrowia widoczne są różnice w odczuwaniu napięcia. Praca w zespołach zabezpieczenia medycznego wiąże się z ogromnym ryzykiem i przeżywanym napięciem, w mniejszym stopniu dotyczy to pracowników transportu sanitarnego. Wykazały to m.in. badania dotyczące zespołów niemieckich ratowników (*Rettungsassistent*), wyniki których sugerują, że stężenia kortyzolu mierzonego u badanych w dniach służby były znacząco wyższe u pracowników bezpośrednio zaangażowanych w działania ratownicze, aniżeli u pracowników zajmujących się transportem chorych [14].

I na sam koniec refleksja o charakterze fizjologicznym... Pod wpływem bodźca stresowego w przysadce oraz podwzgórzcu powstaje beta-endorfina, endogenny peptyd o strukturze chemicznej przypominającej morfinę, znaną choćby z półbitewnych wielu filmów wojennych. Beta-endorfina trafia do śródmózgowia, gdzie znajduje się główny ośrodek tłumienia bólu. W konsekwencji tej procedury fizjologicznej podwyższeniu ulega próg czucia bólu, przeobrażając się, w sprzyjających warunkach (np. przy dużym nasileniu bodźca stresogennego – szoku pourazowym), w stan analgetyczny, objawiający się zniesieniem odczuwania

bólu. Obniżenie wrażliwości na ból lub jego całkowite zniesienie podczas reakcji stresowej znane jest z historii ludzkości. Łatwo wyobrazić sobie sportowca, który kończy zawody pomimo kontuzji, żołnierza, który walczy dalej pomimo zadanych mu ran czy też rannego w wypadku komunikacyjnym, który pomaga innym poszkodowanym. Obyśmy takiego mechanizmu nie musieli uruchamiać wykonując polecenia służbowe naszych przełożonych!

Bibliografia

1. Maslach C., Schaufelli W.B., Leiter M.P.: Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 397–422.
2. Sęk H.: Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wyd. Naukowe PWN Warszawa 2000.
3. Bańka A.: Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej. Wydawnictwo PRINT-B, Poznań 1992.
4. Strelau J. (red.): Psychologia, podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, Gdańsk 2000. (Tom 3).
5. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
6. Bańka A.: Następstwa pracy w warunkach stałego zagrożenia. [W:] L. Drobniak, W. Jurczyk: Problemy anestezjologii i intensywnej terapii. Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 1998. 371-379.
7. Law R., Dollard M.F., Tuckey M. R., Dormann Ch.: Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis and Prevention* 2011; 43: 1782–1793.
8. Dollard, M.F., Bakker, A.B.: Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2010; 83: 579–599.
9. Pokonaj stres. Dodatek specjalny. *Przekrój* nr 16/2007.
10. Łuczak A., Najmiec A.: Badania sprawności psychofizycznej kierowców wypadkowych i bezwypadkowych w aspekcie prewencji wypadkowej i zwiększania kultury bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009.
11. Takeda E., Robazzi M.L.C.: Occupational accidents among ambulance drivers in the emergency relief. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2007, 15(3): 439-445.
12. Ogińska H., Pokorski J.: Chronoergonomiczne uwarunkowania bezpieczeństwa w transporcie [w:] T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski: Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii, Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.

13. Cybulski M.: Wybrane uwarunkowania zachowań ryzykownych dla zdrowia u kierowców na przykładzie transportu sanitarnego w województwie wielkopolskim. Niepublikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2011.
14. Backé E.M., Kaul G., Klußmann A., Liebers F., Thim C., Maßbeck P., Steinberg U.: Assessment of salivary cortisol as stress marker in ambulance service personnel: comparison between shifts working on mobile intensive care unit and patient transport ambulance. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2009; 82:1057-1064.

*Monika Matecka
Zakład Organizacji i Zarządzania
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Komunikowanie się w relacji z pacjentem w podeszłym wieku

Wprowadzenie

Okres starzenia się i starości jest naturalnym stadium w życiu człowieka. Podobnie jak wcześniejsze fazy życia niesie różnorodne wyzwania i specyficzne problemy. W okresie tym pojawia się szereg zmian: biologicznych, psychologicznych i społecznych, które wpływają na ogólne funkcjonowanie ludzi starszych i decydują o jakości ich życia. Jednym z czynników sprzyjających utrzymaniu bądź poprawie dobrostanu psychofizycznego osób w podeszłym wieku jest zapewnienie im wysokiego poziomu opieki lekarskiej oraz udzielanie adekwatnego wsparcia o charakterze emocjonalnym, informacyjnym i instrumentalnym.

Kształtowanie relacji z pacjentem w podeszłym wieku

Dla zbudowania prawidłowej relacji z pacjentem niezbędna jest postawa życzliwości i zrozumienia. W pewnych sytuacjach (np. choroby terminalnie) postawa taka stanowić może najważniejszą, a nawet jedyną, formę wsparcia, jaką lekarz może zaoferować choremu. Jakość relacji lekarz–pacjent warunkuje zarówno efektywność diagnostyki, jak i skuteczność leczenia. Istotne znaczenie w budowaniu relacji z pacjentem ma mechanizm psychologiczny określany mianem pierwszego wrażenia. Pierwsze wrażenie kształtuje się w ciągu kilku/kilkunastu sekund pierwszego spotkania i opiera na przyswajaniu i interpretowaniu informacji o drugiej osobie. Jeśli lekarz wywrze korzystne wrażenie na pacjencie, wzrasta prawdopodobieństwo, że pacjent zbuduje sobie pozytywną opinię na temat specjalisty i będzie skłonny przypisywać mu wiele pożądanых cech (efekt anielski). W sytuacji odwrotnej (niekorzystne pierwsze wrażenie), pacjent sformułuje negatywny osąd w odniesieniu do osoby lekarza i założy, że ma on wiele cech ujemnych (efekt diabelski). Pierwsze wrażenie można zatem postrzegać jako czynnik ułatwiający bądź utrudniający współpracę z chorym. W procesie nawiązywania kontaktu z osobą starszą lekarz powinien uwzględnić następujące zasady:

- Przedstawić się, wypowiadając głośno i wyraźnie swoje imię i nazwisko.

- Utrzymywać kontakt wzrokowy.
- Pochylić się lekko w stronę rozmówcy.
- Zachować odpowiedni dystans fizyczny – zbyt duża odległość (powyżej 1 m) utrudnia pacjentowi odbiór wzrokowy i słuchowy, a ponadto może być przez niego odebrana jako wyraz emocjonalnego chłodu, obojętności czy wręcz niechęci ze strony lekarza. Należy dodać, że jeśli lekarz w trakcie rozmowy z pacjentem siedzi, to pacjent ma poczucie, że poświęcony mu czas był dłuższy [1].
- Wykorzystywać elementy komunikacji niejęzykowej (uśmiech, adekwatna do treści rozmowy mimika i gestykulacja – ani przesadna ani zbyt uboga).

Jednym z istotnych elementów kształtujących relację terapeutyczną jest umiejętność komunikowania się. Komunikacja powinna być ukierunkowana zarówno na zaspokojenie medycznych, jak i pozamedycznych potrzeb pacjenta. Obok informacji dotyczących stanu zdrowia, celów badań diagnostycznych, planowanych procedur leczniczych czy zalecanych sposobów postępowania (dawki leków, dieta, itp.), osoba starsza oczekuje wsparcia emocjonalnego, które wyraża się w okazywaniu troski i zainteresowania, co wywołuje nadzieję, oddziałując w rezultacie pozytywnie na samoocenę i nastrój osoby wspieranej. W kształtowaniu relacji terapeutycznej z osobą starszą pomocne są następujące umiejętności:

- Powtarzanie – powtórzenie jednego lub kilku słów z ostatniego zdania, które wypowiedział pacjent upewnia go, że jest słuchany.
- Parafrazowanie – powtarzanie określonych fragmentów wypowiedzi pacjenta w celu upewnienia się, czy sens wypowiedzi pacjenta został właściwie odczytany. Przykład: Jeśli dobrze Pana zrozumiałem, dolegliwości, które Pan odczuwa, nasilają się podczas wysiłku fizycznego?, A więc obawia się Pani, że zabieg operacyjny nie przyniesie poprawy?
- Odzwierciedlanie – zwracanie uwagi na stan emocjonalny, nastrój, uczucia pacjenta. Przykład: Mam wrażenie, że coś Pana niepokoi?, Widzę, że jest Pani trudno podjąć decyzję?

Człowiek w podeszłym wieku jako pacjent

Spadek zdolności adaptacyjnych organizmu, stopniowe narastanie różnorodnych zmian degeneracyjnych oraz wzrost zapadalności na wiele chorób sprawiają, że osoby powyżej 60. roku życia często korzystają z różnych form pomocy medycznej. Starość w wymiarze biologicznym towarzyszy ponadto polipatologia, czyli występowanie u danej osoby wielu dolegliwości czy przewlekłych schorzeń równocześnie. Wzrostowi liczby osób starszych w ogólnej strukturze

społecznej (starzenie się społeczeństw) towarzyszy wzrost odsetka osób mających ponad 75 lub 80 lat (zjawisko to określa się mianem „podwójnego starzenia się społeczeństw”). W konsekwencji zwiększa się udział ludzi starszych wśród ogółu pacjentów wymagających leczenia, i to przez lekarzy niemal wszystkich specjalności, co związane jest zarówno z wielochorobowością, jak i z faktem, że proces terapii i rehabilitacji przebiega wśród pacjentów geriatrycznych dłużej niż w grupie osób młodszych [2].

Charakterystyczne dla okresu starości fizjologiczne zmiany w obrębie narządów zmysłów – wzroku i słuchu – przyczyniają się do pogorszenia funkcjonowania seniora w środowisku. Zaburzenia widzenia występują u co trzeciej osoby powyżej 65. roku życia. Najczęstsze problemy w tym okresie to [3]: zaburzenia akomodacji, podwyższenie progu widzenia, pogorszenie adaptacji wzroku do ciemności, zmiana percepcji kolorów, spowolnienie przetwarzania bodźców wzrokowych, zwięźenie pola widzenia oraz utrata widzenia obwodowego. U 7% osób w wieku 65–74 lat i 16% powyżej 75. roku życia rozpoznaje się poważne zmiany chorobowe w oku (zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem, starcze odwarstwienie siatkówki, retinopatia cukrzycowa) lub prawie pełną ślepotę [3]. Zaburzenia widzenia w znaczący sposób utrudniają kontakt z otoczeniem społecznym i wpływają negatywnie na stan psychiczny pacjenta, który doświadcza poczucia narastającej izolacji, frustracji i stanów lękowych [4]. Podczas nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z osobą starszą niepełnosprawną wzrokowo lekarz powinien [5]:

- Wybrać miejsce, które sprzyja prowadzeniu rozmowy (wyeliminowanie lub ograniczenie bodźców utrudniających pacjentowi skupienie się na przekazywanych treściach – hałas zewnętrzny, którego źródłem są inne rozmowy, dźwięki urządzeń mechanicznych itp.).
- Zadbąć o stworzenie bezpiecznych warunków do rozmowy – osoba z zaburzeniami wzroku jest narażona np. na potrącanie przez inne osoby, dlatego należy pamiętać o zapewnieniu jej fizycznego bezpieczeństwa i przewidywać sytuacje, które mogą być potencjalnie zagrożające.
- Ustalić optymalny dystans – odległość między rozmówcami nie powinna być większa niż 1 m.
- Pamiętać o zwróceniu twarzy w kierunku pacjenta i utrzymywaniu z nim kontaktu wzrokowego – wzajemnego – w przypadku osób słabowidzących i jednostronnego – podczas rozmowy z osobami niewidomymi. Wykorzystywanie takiego elementu komunikacji, jak kontakt wzrokowy pozwala lekarzowi zorientować się, czy pacjent podąża za tokiem jego wypowiedzi i rozumie jej treść. Twarz lekarza powinna być dobrze widoczna (oświetlona), niewskazane jest zatem, by lekarz stał bądź siedział zwrócony tyłem do źródła światła (okno, lampa).

- Zwracać uwagę na to, by zbliżając się do osoby niewidomej zaszykalizować słownie swoją obecność, w przeciwnym wypadku naraża pacjenta na dyskomfort związany z pojawieniem się nagłego, nieznanego bodźca.
- Uprzedzić pacjenta o zamiarze dotknięcia go, zbadania, zanim wykona jakąkolwiek czynność.
- Wykorzystywać dotyk w kontakcie z osobą niewidomą – np. dotknięcie ramienia pacjenta pozwala mu zorientować się, gdzie stoi lekarz.
- Powstrzymać się od nadmiernej werbalizacji – przekazywanie zbyt wielu informacji jednocześnie, podobnie jak ich nadmierna szczegółowość, utrudnia pacjentowi zapamiętanie najważniejszych treści poruszonych w trakcie wizyty.

Zmiany w narządzie słuchu utrudniają ludziom starszym komunikowanie się w określonych sytuacjach (hałas, gwar). Charakterystycznym zjawiskiem towarzyszącym starzeniu się narządu słuchu jest szum w uszach, na który uskarża się ok. 10% osób powyżej 65. roku życia [6]. Poważne zaburzenia słuchu występują u 32% osób w wieku 70–80 lat i ponad 50% u osób powyżej 80. roku życia; utrata słuchu dotyczy w większym stopniu mężczyzn niż kobiet [3]. U pacjentów z niedosłuchem starczym (szczególnie w przypadku głuchoty nerwowej) obserwuje się także zaburzenia rozumienia mowy (chory słyszy komunikat, ale go nie rozumie) [7], co znacząco utrudnia im funkcjonowanie w otoczeniu. Głuchota starcza, podobnie jak choroby narządu oka, bywa powodem wycofania się osoby starszej z kontaktów społecznych, rodzi poczucie osamotnienia i przyczynia się do rozwoju depresji [8].

W procesie nawiązywania kontaktu i komunikowania się z osobami starszymi, u których występują choroby narządu słuchu, pomocne jest uwzględnianie następujących zasad:

- Zapewnienie odpowiednich warunków do rozmowy – oznacza to ograniczenie dopływu dodatkowych bodźców (hałas dobiegający z korytarza, inne – równoległe prowadzone w danym miejscu rozmowy między pacjentami, personelem itp.), które rozpraszają uwagę pacjenta i dodatkowo utrudniają mu odbiór informacji.
- Ustalenie odpowiedniego dystansu – odległość między rozmówcami powinna wynosić ok. 1 m, bliskość przestrzenna pozwala bowiem pacjentowi wykorzystywać informacje przekazywane za pomocą mimiki i gestykulacji, co wzbogaca przekaz werbalny i ułatwia jego zrozumienie. Należy jednak podkreślić, że mimika powinna być dostosowana do treści wypowiedzi, wszelka nadmiarowość w zachowaniach niewerbalnych lekarza utrudnia zbudowanie relacji terapeutycznej z pacjentem.
- Utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem (ułatwia to zorientowanie się, czy treść wypowiedzi lekarza jest zrozumiała dla pacjenta).

- Zwrócenie się w stronę pacjenta – osoby niedosłyszące wspomagają się odczytywaniem mowy z ust, rozpoznając w ten sposób słowa i wyrażenia, które są im dobrze znane. W celu ułatwienia pacjentowi odbioru komunikatu lekarz powinien formułować krótkie, jednoznaczne i poprawne gramatycznie zdania, unikając specjalistycznych określeń, dygresji i poruszania zbyt wielu wątków jednocześnie. Należy dodać, że odczytywanie mowy z ust wymaga od pacjenta dużej koncentracji uwagi, dlatego też nie powinno trwać zbyt długo. Wskazane jest natomiast powtarzanie informacji (niekiedy wielokrotne) i zadawanie pytań w celu upewnienia się, czy pacjent zrozumiał treść wypowiedzi [9]. Twarz lekarza powinna być widoczna (oświetlona), w przeciwnym wypadku pacjent pozbawiony jest możliwości odczytywania mowy z ust, sam lekarz powinien zaś stawać po stronie ucha lepiej słyszącego [5]. Przed rozpoczęciem rozmowy z pacjentem korzystającym z aparatów słuchowych należy sprawdzić, czy pacjent w danym momencie słyszy komunikat lekarza, może zdarzyć się bowiem, że aparat jest wyjęty z uszu, wyłączony, uszkodzony lub źle założony (co powoduje zakłócenia w postaci szumów, świstów). Wszelkie informacje przekazywane pacjentowi niedosłyszącemu powinny być wypowiedziane wyraźnie, bez pośpiechu, nieco głośniejszym niż w kontakcie z osobami nieujawniającymi deficytów w tym zakresie [9]. Unikać należy jednak przesadnie wolnego i głośnego mówienia oraz powtarzania pojedynczych słów.

W komunikowaniu się z osobami starszymi, szczególnie niedosłyszącymi/niesłyszącymi oraz z zaburzeniami funkcji poznawczych (pamięci, uwagi) warto wykorzystywać także pisemną formę komunikacji. Zapisywanie istotnych dla pacjenta informacji ułatwia mu postępowanie zgodne z zaleceniami lekarskimi. Informacje spisane wyraźnym pismem na kartce i sformułowane w prosty sposób powinny zawierać: wskazówki dotyczące sposobu dawkowania i przyjmowania leków (rano/wieczorem; przed posiłkiem/po posiłku), termin kolejnej wizyty, zalecenia dotyczące diety i ćwiczeń rehabilitacyjnych oraz inne elementy, których uwzględnianie warunkuje skuteczność terapii [9].

Bariery komunikacyjne

Bariery komunikacyjne to różnego rodzaju reakcje i zachowania (zarówno słowne, jak i niejęzykowe), które utrudniają nawiązanie kontaktu i niekorzystnie wpływają na przebieg rozmowy. Bariery są źródłem dyskomfortu psychicznego osoby, która je napotyka, przyczyniają się do obniżenia jej samooceny i powodują przyjmowanie przez nią postawy obronnej [10]. Błędy w komunikacji z pacjentem wpływają negatywnie na całość postępowania diagnostyczno-tera-

peutycznego, gdyż osłabiają gotowość pacjenta do współpracy i brania odpowiedzialności za własne zdrowie. Najczęstsze reakcje i zachowania lekarza, które zakłócają komunikację oraz uniemożliwiają zbudowanie właściwej relacji z pacjentem w podeszłym wieku, to:

- Używanie „wtórnego dzieciennego języka” – czyli specyficznego sposobu komunikowania się, polegającego na głośniejszej niż zwykle artykulacji, przesadnej intonacji, używaniu prostego słownictwa, budowaniu krótkich zdań oraz stosowaniu wielokrotnych powtórzeń. Taki styl komunikacji wynika ze stereotypowego postrzegania osób starszych, zgodnie z którym wszystkich ludzi starszych, podobnie jak dzieci, cechują obniżone możliwości umysłowe i fizyczne. Opisany wzorzec kontaktu słownego odbierany jest tymczasem przez seniorów jako protekcyjny oraz poniżający, co w konsekwencji uruchamia postawę uporu i przekory z ich strony [11]. Komunikowanie się w ten sposób podkreśla zależność odbiorcy (pacjenta w podeszłym wieku) od nadawcy komunikatu (lekarza), uniemożliwiając tym samym zbudowanie partnerskiej relacji między nimi.
- Używanie formy Dziadku/Babciu zamiast Pan/Pani – jest przejawem postawy wyższościowej i braku szacunku wobec pacjenta; zachowanie takie narusza poczucie godności osoby starszej i stanowi zagrożenie dla jej obrazu Ja (obrazu własnej osoby).
- Niepartnerski (bezosobowy) styl komunikacji, który uniemożliwia nawiązanie z pacjentem relacji opartej na zaufaniu. Styl ten przejawia się m.in. w takich zachowaniach, jak: kończenie rozmowy w momencie, który lekarz uznaje za stosowny, bez uwzględniania potrzeb i oczekiwań chorego w tym zakresie; przerywanie wypowiedzi pacjenta; niedopuszczanie pacjenta do głosu; słuchanie nieuważne (przejawia się ono np. w zadawaniu pytania, na które chory udzielił już odpowiedzi).
- Nieudzielanie odpowiedzi na pytania zadawane przez osobę starszą. Reakcja taka odbierana jest przez pacjenta jako przejaw lekceważenia, wywołuje więc negatywne emocje, np. złość, gniew, irytację (szczególnie silne u osób z dużą potrzebą kontroli lub wysokim poziomem agresji) bądź żal, poczucie krzywdy (charakterystyczne np. dla osób z zaniżoną samooceną, wysoką potrzebą zależności, opieki).
- Komentowanie odpowiedzi pacjenta w obecności innych lekarzy, chorych, studentów – jest wyrazem uprzedmiotowienia pacjenta, wywołuje u niego poczucie wstydu, upokorzenia, powoduje utratę zaufania do specjalisty i utrudnia współpracę.
- Używanie języka nieakceptacji – ignorowanie uczuć i emocji chorego blokuje jego otwartość i zrywa porozumienie pacjent–lekarz. Pacjenci często potrzebują pomocy w odreagowaniu negatywnych emo-

cji związanych z chorobą oraz leczeniem. Brak postawy zrozumienia i nieuwzględnianie aspektów psychologicznych w funkcjonowaniu osoby chorej rzutuje negatywnie na proces diagnozowania i leczenia. Pacjent, który obawia się krytyki ze strony lekarza może przyjmować w kontakcie z nim postawę bierności lub oporu, który wyraża się np. w lekceważeniu zaleceń lekarskich, terminów badań i wizyt kontrolnych itp. Przykład: Pacjent: Wiem, że powinienem zgodzić się na ten zabieg, ale boję się, że go nie przeżyję. Lekarz: Niech Pan nie histeryzuje.

- Nawykowe lub nasilone stosowanie określonych reakcji, takich jak np. [12]:
 - Moralizowanie – czyli mówienie pacjentom, co powinni byli zrobić lub jakiego wyboru powinni dokonać, bez podjęcia próby zrozumienia ich motywacji, sytuacji życiowej czy okoliczności, które zaważyły na decyzji osoby starszej. Przykładowe wypowiedzi lekarza: Nie rozumiem, dlaczego przychodzi Pan dopiero teraz. Gdyby pomyślał Pan wcześniej o swoim zdrowiu, nie byłoby tych wszystkich komplikacji; Powinna Pani zgodzić się na ten zabieg przez wzgląd na swoją rodzinę.
 - Osądzanie, obwinianie – czyli formułowanie negatywnych sądów lub ocen dotyczących osoby pacjenta lub podejmowanych przez niego działań. Komunikaty krytyczne formułowane przez lekarza wywołują u chorego poczucie winy, powodują wycofanie z kontaktu (pacjent przestaje mówić o swoich problemach) oraz uruchamiają różnego rodzaju negatywne emocje i reakcje obronne pacjenta (kontrkrytyka, opór). Przykład: Pacjent: Od ostatniej wizyty u Pana nie ma żadnej poprawy, wciąż odczuwam ból w prawej ręce. Lekarz: Prawdopodobnie zaniedbał Pan ćwiczenia, które Panu zaleciłem. Na pewno stosował się Pan do wszystkich zaleceń?
 - Ignorowanie wypowiedzi pacjenta, odwracanie uwagi – reakcje takie są przejawem lęku, niechęci lub braku zainteresowania lekarza problemem sygnalizowanym przez pacjenta. Dzieje się tak najczęściej w sytuacjach, gdy problem jest natury psychologicznej i dotyczy zjawisk, które często wpisują się w doświadczenie osób w podeszłym wieku, takich jak: osamotnienie, brak wsparcia, pesymistyczna ocena własnej przyszłości, utrata sensu życia. Pacjent, który nie uzyskuje zrozumienia dla swoich problemów czuje się zlekceważony, odrzucony i sfrustrowany, co utrudnia, a nawet uniemożliwia

wzajemny kontakt. Przykład: Pacjent: Nie wyobrażam sobie, jak to dalej będzie. Nie chce mi się już żyć. Lekarz: Czy pielęgniarka zmieniła już Pani opatrunek?

- Brak informacji dotyczących stanu zdrowia, diagnozy, leczenia i rokowania; informacje sprzeczne lub niepełne. Błędy tego rodzaju nasilają poczucie zagubienia i bezradności pacjenta, potęgują jego niepokój i lęk, które to stany zwiększają z kolei wrażliwość na ból. Sytuacja niedoinformowania jest odbierana przez osobę chorą jako zagrażająca, a napięcie psychiczne i związane z nim negatywne emocje oddziałują niekorzystnie zarówno na funkcjonowanie wielu narządów i układów, jak i na różne parametry funkcjonowania psychoneuroimmunologicznego [13]. Należy podkreślić, że niemożność zaspokojenia potrzeby poznawczej w kontakcie z lekarzem skłania pacjenta do korzystania z pozamedycznych, a więc często niewiarygodnych, źródeł informacji, takich jak inni pacjenci, członkowie rodziny, sąsiedzi itp. W konsekwencji osoby starsze budują sobie błędny obraz własnej sytuacji zdrowotnej, opierając się na przesadach czy domysłach, które są na ogół stresogenne i oddziałują negatywnie na ich samopoczucie psychiczne i motywację do leczenia. Negatywne emocje wpływają z kolei na zaostrzenie objawów somatycznych, co potwierdza nieprawidłowo ukształtowany przez pacjenta obraz własnej choroby.
- Podawanie zbyt wielu informacji jednocześnie. Należy pamiętać, że nadmiar treści przekazywanych osobie starszej w trakcie jednej wizyty nie sprzyja ich zapamiętaniu, w konsekwencji czego znaczna część usłyszanych informacji ulega utracie. W okresie starości obniżeniu ulega bowiem zarówno pamięć natychmiastowa, jak i krótkotrwała (w największym stopniu) oraz długotrwała [14]. Osoby starsze są także bardziej podatne na działanie bodźców rozpraszających i mniej efektywne w poszukiwaniu nowych, skutecznych sposobów przyswajania oraz zapamiętywania informacji [15]. Specyficzną cechą pamięci ludzi starych jest między innymi to, że informacje zmagazynowane we wcześniejszych okresach rozwoju pozostają w niej utrwalone i dostępne, w związku z czym ludzie ci lepiej niż aktualne zdarzenia pamiętają i potrafią odtworzyć to, co wydarzyło się w przeszłości [16]. Mniejsza sprawność pamięci stanowi na ogół konsekwencję starzenia się i nie prowadzi do dezorganizacji codziennego życia. Poważne problemy z pamięcią (utrudniające wykonywanie zwykłych czynności) mogą natomiast znamionować proces patologiczny, towarzysząc wielu zaburzeniom psychicznym i fizycznym [17]. Warto wspomnieć, że zapamiętaniu informacji przez osobę starszą sprzyja

powtórzenie najważniejszych treści tuż przed końcem wizyty.

- Specjalistyczny język – komunikaty nadmiernie nasycone specjalistycznymi terminami medycznymi, których pacjent nie rozumie sprawiają, że informacje przekazywane przez lekarza pogłębiają stan bezradności, zagubienia i niepokoju starszej osoby.
- Brak psychologicznego przygotowania pacjenta do zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych. Nieprzywiązywanie wagi do zaspokojenia tej potrzeby jest poważnym błędem jatrogennym. Należy pamiętać bowiem, że wszelkie nagłe, niezapowiedziane czynności czy działania powodują dezorganizację zachowania osoby chorej. Dotyczy to szczególnie osób starszych, które mają mniejsze zdolności adaptacyjne i gorzej radzą sobie z sytuacjami zmian.
- Prowadzenie rozmowy i badanie pacjenta w warunkach, które nie zapewniają intymności i poczucia bezpieczeństwa. Warto podkreślić, że wielu starszych pacjentów odczuwa skrępowanie w sytuacjach, w których narażeni są na eksponowanie ciała lub mówienie o swoich problemach zdrowotnych w obecności innych osób (pacjentów, stażystów, członków rodziny). Zmiany wynikające ze starzenia się organizmu bywają odbierane przez osoby starsze jako wstydlive, niepokojące, drażniące [18]. Zmiany w wyglądzie fizycznym nie stanowią oczywiście zagrożenia dla zdrowia, jednak mają znaczenie psychologiczne oraz symboliczne. Zwykle są oceniane negatywnie, w związku z czym wywierają ujemny wpływ na samoocenę starszej osoby oraz jej ogólne funkcjonowanie, a ponadto wskazują na przynależność jednostki do gorszej kategorii społecznej – kategorii ludzi starych [19, 20].
- Lekceważenie komunikacji niewerbalnej – obserwacja i uwzględnianie tego aspektu komunikacji może stanowić źródło informacji o stanie psychicznym pacjenta. Osoby starsze zadają na ogół niewiele pytań, rzadko domagają się wyjaśnień, jednak o ich zagubieniu i dezorientacji w kontaktach ze służbą zdrowia świadczą takie sygnały, jak zmiany w wyrazie twarzy, postawa ciała i gestykulacja, unikanie kontaktu wzrokowego, itp. Obserwacja zmian w zachowaniu pacjenta ułatwia lekarzowi nawiązanie kontaktu z osobą chorą oraz sprzyja uzyskaniu istotnych z medycznego punktu widzenia informacji, a w rezultacie usprawnia postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne.
- Wykonywanie czynności rozpraszcających podczas rozmowy z pacjentem – rozmawianie przez telefon, porządkowanie dokumentów, prowadzenie równoległe dialogu ze współpracownikami itp.

Należy podkreślić, że bariery komunikacyjne mogą występować nie tylko po stronie lekarza, ale także chorego. Świadomość tego faktu pomaga lekarzowi dostosować sposób komunikowania się do indywidualnych możliwości pacjenta

w tym zakresie. Najczęstsze zakłócenia związane z osobą pacjenta w wieku podeszłym to:

- Upośledzenie słuchu, zaburzenia pamięci, skłonność do dygresji i reminiscencji.
- Zaburzenia funkcji poznawczych utrudniające rozumienie i zapamiętywanie przekazywanych treści.
- Niski poziom sprawności intelektualnej lub wykształcenia.
- Zaburzenia osobowości (nadmierna zależność, dążenie do panowania nad sytuacją, osobowość histeryczna, podejrzliwość).
- Zaburzenia psychiczne (depresja, zaburzenia świadomości, otępienie oraz psychozy, które dotyczą 12–50% osób w wieku podeszłym [3]).
- Negatywny stosunek do personelu medycznego, wynikający z wcześniejszych doświadczeń.

Zakończenie

Proces starzenia się ma charakter indywidualny, zależy więc nie tylko od czynników biologicznych, ale również od psychologicznych, społecznych i kulturowych. Starość jest fazą, w której zaznaczają się największe różnice osobowe w funkcjonowaniu. Każdy człowiek doświadcza starzenia się i starości w sposób właściwy dla siebie, co oznacza, że nie istnieje uniwersalny schemat przeżywania tego okresu życia [21]. Jednocześnie jednak jest to czas, który niesie ze sobą wiele niekorzystnych zmian w obszarze zdrowia, co sprawia, że zwiększa się konieczność korzystania z różnych form pomocy medycznej. Tak więc, lekarz zainteresowany zbudowaniem dobrej relacji terapeutycznej z pacjentem w starszym wieku powinien uwzględnić trzy istotne elementy: indywidualne cechy, potrzeby i oczekiwania pacjenta, ogólne zasady komunikowania się z człowiekiem chorym oraz specyficzne wzorce porozumiewania się i nawiązywania kontaktu w określonych sytuacjach (np. pacjenci z zaburzeniami wzroku czy słuchu). Umiejętność łączenia tych perspektyw ma znaczący wpływ na jakość relacji z pacjentem, a co za tym idzie – na postępowanie diagnostyczne oraz proces leczenia.

Bibliografia

1. Komunikowanie werbalne i niewerbalne, Rogiewicz M., Buczkowski K. [W:] Komunikowanie się lekarza z pacjentem, Barański J., Waszyński E., Steciwka A. (red.), Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000, 86-91.
2. Zych A.A.: Słownik gerontologii społecznej, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, 76.
3. Bilikiewicz A., Parnowski T., Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego, Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa 2006, 457-502.
4. Krzyżowski J.: Psychogeriatrya. Wydawca „Medyk”, Warszawa 2004.
5. Komunikacja z osobą niepełnosprawną, Sikora B., [W:] Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 102-112.
6. Bee H.: Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
7. Zaburzenia otolaryngologiczne u osób w wieku podeszłym, Pierchała K., Niemczyk K., [W:] Geriatria. Wybrane zagadnienia, Galus K. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, 171-181.
8. Pędich W., Jakubowska D., Kunda T.: Pielęgniarstwo geriatryczne. PWN, Warszawa 1983.
9. Komunikowanie z pacjentem z uszkodzonym słuchem, Panas A. [W:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska-Kułał E., Panka W. (red.), Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003, 151-165.
10. Harwas-Napierała B.: Komunikacja interpersonalna w rodzinie. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, 2006.
11. Nelson T.D.: Psychologia uprzedzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
12. Gordon T.: Pacjent jako partner. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
13. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
14. Medina J.J.: Zegar życia. Dlaczego się starzejemy? Czy można cofnąć czas?, Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
15. Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia, Kielar-Turska M. [W:] Psychologia. Podstawy psychologii. Strelau J. (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, 285-332.
16. Gałdowa A.: Powszechność i wyjątek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
17. Starzenie się, Cavanaugh J.C. [W:] Psychologia rozwojowa, Bryant P.E., Colman A.M. (red.), Psychologia rozwojowa. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997, 109-135.
18. Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?, Janiszewska-Rain J. [W:] Psychologiczne portrety człowieka, Brzezińska A.I. (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, 591-622.

19. Parlak D.: Subiektywny wymiar starzenia się i starości. *Gerontologia Polska*, 2001, 9, 2: 15-20.
20. Staab A., Lyles M.: *Manual of Geriatric Nursing*. Scott Foresman and Company, Glenview-Illinois-London 1999.
21. Procesy starzenia się człowieka, Pędich W., [W:] *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), Via Medica, Gdańsk 2006: 2-5.

Bogusław Stelcer
Zakład Psychologii Klinicznej Instytut Psychologii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komunikowanie się z chorym umierającym i prawo pacjenta do prawdy

Zagadnienia ogólne

Komunikowanie się w relacji medycznej jest jedną z zasadniczych umiejętności psychologicznych jaką może i powinien nabyć lekarz. Komunikowanie z chorym w szpitalu odbywa się w szczególnym kontekście, jest ograniczane przez wątpliwości co do autentycznych oczekiwań pacjenta i tego, czego naprawdę pragnie się dowiedzieć. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym są niepokoje tych, którzy informują chorego bądź jego bliskich. Nie sposób, by zła wiadomość została przyjęta bez stresu i smutku. Można jedynie starać się złagodzić jej negatywny wpływ na chorego. Ponieważ jest to tak bardzo trudne, najczęstszym zachowaniem lekarzy jest unikanie konfrontacji ze skrajnie intensywnymi reakcjami ze strony pacjenta i jego najbliższych.

Diagnoza poważnej choroby w sposób nieunikniony wywołuje stan przykrych emocji, lęk i niepokój chorego, jak i jego rodziny. W przypadku choroby nowotworowej jest to spowodowane nieodłączną niepewnością co do przyszłych zdarzeń, oczekiwań oraz tego, co wobec zastanej sytuacji można zrobić. Jedną z form obrony psychologicznej jest zaprzeczanie rzeczywistości. Jest to silny mechanizm obronny, którego istnienie dowodzi wyczerpania innych mechanizmów zaradczych. Zaprzeczanie uniemożliwia otwartą rozmowę lekarza z pacjentem, skutkując tym, że ważne treści nie zostają wypowiedziane, usłyszane, jak też przywołane do procesu leczenia. Dialog w procesie leczenia jest czynnikiem ów proces wspierającym. Jest ponadto elementem umniejszającym napięcie chorego, niżli podnoszącym poziom odczuwanego stresu.

Odmienne słownictwo lekarza i chorego może stanowić o potencjalnych trudnościach wzajemnego zrozumienia się. Liczba pojęć, którymi posługuje się lekarz zdecydowanie przerasta swym zakresem zasób i charakter potocznego języka mówionego, jakim posługuje się przeciętny pacjent. Niekoniecznie oznacza to, że mamy do czynienia z sytuacją niezrozumienia. Podstawowym przekazem, który powinien być zawarty w każdej rozmowie i jej znaczeniem emocjonalnym dla chorego jest, że pozostaje otoczony przez zespół terapeutyczny, który służyć będzie pomocą. Tym, co umniejsza niepokoje chorego jest przeświadczenie, że

leczenie będzie kontynuowane z należytą troską, a starania całego zespołu przyniosą pożądany skutek. Czasem sposób prowadzenia pacjenta znaczy więcej niż wypowiedziane słowa. Chorzy i rodziny pamiętają jej klimat, postawę leczącego i to, jak została poprowadzona.

Oczekiwania wobec lekarza skupiają się wokół tego, by potrafił zbudować atmosferę współpracy i zaufania, umożliwiającą choremu współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji związanych z rozwiązywaniem problemów wynikających z choroby. Zadowolenie pacjenta zaś jest w większym stopniu zależne od czynników psychologicznych niż strictly medycznych. Harmonijny dialog terapeutyczny łączy w sobie efektywne leczenie choroby, akceptację podmiotowej roli pacjenta, podejmowanie zgłaszanych problemów z należytą uwagą, okazywanie troski przez lekarza, który gotów jest poświęcić swój czas. Zadowolenie pacjenta zwiększa się, kiedy spotyka się z serdecznością ze strony lekarza okazującego ciepłe emocje i empatyczne zrozumienie dla jego położenia.

Zadowolenie i satysfakcja chorego ze sposobu leczenia i prowadzenia opieki są często relatywnie bardziej istotne niż medyczne wskaźniki opieki. Pacjent zadowolony z otrzymywanej opieki postrzega lekarza jako źródło wsparcia zdolne ukoić lęki. Dzięki temu zdolny jest do większego wysiłku i samozaparcia na drodze emocjonalnego zmagania się problemami towarzyszącymi chorobie. Usatysfakcjonowany pacjent z większą łatwością będzie się stosował do sugestii lekarskich. Wspólną dla wielu chorych przyczyną narzekań na lekarzy jest ubóstwo informacji na temat stanu zdrowia i planowanego leczenia. Szczególnie frustrujący jest brak precyzyjnych informacji na temat pojawiających się trudności w procesie diagnozowania.

Wzorce komunikowania się z osobami chorymi zdecydowanie odbiegają od tych, które są właściwe osobom zdrowym, z tego względu, że silne emocje towarzyszące chorobom zniekształcają proces myślenia i postrzegania. Psychologia odkryła mechanizmy wpływu emocji na proces porządkowania i gromadzenia informacji. Stąd też niezwykle istotne z terapeutycznego punktu widzenia jest zrozumienie faktu, że ludzie będąc w stresie potrzebują jasnych i precyzyjnych informacji, które mogą pełnić rolę wyznaczników. Największe znaczenie mają jasno sformułowane informacje, mówiące o tym, kto, gdzie i kiedy podejmie się dalszego leczenia? Lęk jest silną barierą dla efektywnej komunikacji. Można go unikać, gdy lekarz jest pewny tego, co mówi. Informować powinien dopiero wówczas, gdy zapozna się ze wszystkimi dostępnymi mu faktami. Znajomość i pewność co do diagnozy ułatwiają stabilne i pełne konsekwencji zachowanie. Gdy lekarz stanie się wyrazicielem opinii zespołu, pacjent bardziej rozumie co jest mu przekazywane i łatwiej przychodzi mu zapanować nad swym lękiem. Łagodna, acz pewna postawa, wywiera silny uspokajający wpływ na pacjenta. Postrzegana wiarygodność jest wypadkową zgodności przekazu werbalnego z językiem ciała oraz tego, jak zaprezentowane zostaną kompetencje zawodowe.

Wspólną udręką wszystkich uczestniczących w procesie leczenia jest niedostatek czasu, który utrudnia komunikowanie najważniejszych spraw. Odpowiednia ilość czasu jest niezbędna, aby uzyskać od pacjenta rzetelny obraz choroby. Proces wzajemnego poznawania się trwa w czasie. Dopiero gdy chory poczuje się bezpiecznie wobec lekarza, zdobędzie się na większe otwarcie. Nieobce są też poglądy, iż by nawiązać dobry kontakt z chorym i właściwą współpracę z nim, niekoniecznie trzeba licznych i długich rozmów. Jak zauważyła Cicely Saunders, wielka animatorka ruchu hospicyjnego, „*czas nie jest kwestią długości lecz głębokości*”.

Komunikacja w kontekście leczenia szpitalnego

Technologiczny postęp medycyny nie pociąga za sobą takiego samego rozwoju kompetencji psychologicznych. Współczesna medycyna podlega silnym naciskom ekonomicznym. Język ekonomii wkracza z coraz większą brutalnością w podległą Asklepiosowi sferę relacji łączących wspierającego i wspomaganego. Często ważniejsza od troski o chorego jest kwestia jego ubezpieczenia i prawa do świadczeń. Etyka i filozofia opieki jako dyscypliny kompletnie nieprzekładające się na język ekonomii zostają spychane na margines. Dobro pacjenta z jednej strony, komfort lekarza z drugiej nie istnieją w języku „świadczeń” medycznych, gdzie samo postawienie celu w kategoriach relacji pomagania postrzegane jest jako staroświecki ekscentryzm. Tymczasem dbałość o jakość relacji pomagania ma, zdaniem autora, najistotniejsze znaczenie dla humanizowania medycyny, gdzie dramatycznie brakuje takich autorytetów jak chociażby Albert Schweitzer, który jako człowiek o wyjątkowo wszechstronnym umyśle i lekarz cierpiących w Afryce znalazł się wśród laureatów pokojowej Nagrody Nobla [1].

Świat subiektywnych przeżyć chorych i sposobu radzenia sobie z kryzysem choroby nigdy nie jest dostatecznie zbadany i zgłębiony. Wśród chorych na oddziałach szpitalnych sporo jest nieuśmierzonych cierpień somatycznych, psychicznych i duchowych. Cierpienie nie jest oczywistym i naturalnym skutkiem choroby, lecz może w większym stopniu wynika z nieustannego braku należytego zrozumienia dla specyficznych potrzeb poważnie chorujących pacjentów. Skutkiem braku zrozumienia potrzeb jest takie budowanie relacji terapeutycznej, w której występuje unikanie trudnych rozmów i wiele błędów w codziennym komunikowaniu się z chorym. Tymczasem efektywny kontakt pomiędzy lekarzem a pacjentem jest tak samo ważny dla leczenia depresji, lęku i innych problemów emocjonalnych, co dla zmagania się z bólem i objawami somatycznymi.

Komunikowanie się jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb człowieka. Bez komunikacji, bez istnienia w relacji do osób znaczących, niemożliwe jest życie w ogóle [2]. Komunikowanie w węższym sensie jest niezbędnym elementem każdego leczenia. Tam, gdzie porozumiewanie się jest skomplikowane

lub zakłócone, oczekiwać należy wielu nieporozumień i napięć. W życiu codziennym proces komunikowania się wypełnia niemal cały czas aktywności ludzkiej. Deprywacja kontaktu uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie społeczne, jak i utrzymanie stabilnej tożsamości i właściwe wywiązywanie się z ról społecznych.

W kontekście leczenia szpitalnego zasadne jest twierdzenie że źródłem większego stresu jest dla chorego niemożność przedyskutowania swej diagnozy, niż rozmowa na jej temat, nawet gdyby treść rozmowy dotyczyła spraw najbardziej bolesnych. Podjęte jeszcze w latach osiemdziesiątych badania wskazały, że większym źródłem cierpienia dla chorych terminalnie jest ubogie komunikowanie spraw związanych z chorobą, niż inne problemy z niej wynikające. Jedynym wyjątkiem był trudny do opanowania ból [3]. Taki stan rzeczy nie wynika zazwyczaj z braku czasu na rozmowy czy nadmiaru obowiązków, te owszem mają swoje znaczenie, nie są jednak decydujące. Rozpatrując rzecz w kategoriach postaw i psychologii, problemem jest ignorancja i niedocenienie czynnika psychicznego w przebiegu choroby jako elementu składającego się na ogólny obraz cierpienia. Poświęcając wiele uwagi leczeniu i zmaganiu się z dokuczliwymi objawami, trudno zaakceptować fakt, że jedno z największych źródeł dyskomfortu pozostaje niedostrzeżone. Najczęstszą przyczyną utrudnień w kontakcie są niskie w tym względzie umiejętności osób leczących.

Tymczasem holistyczna opieka wymaga uwzględnienia czynników somatycznych, psychologicznych, społecznych i duchowości chorego w procesie terapeutycznym. Uwzględnienie tych ostatnich wymaga rozwinięcia umiejętności komunikowania się, bez których nie byłoby możliwe zapewnienie nawet tak prostego faktu, jak zapewnienie komfortu pacjentowi. Dla efektywnego leczenia ważne jest, by była możliwość zakomunikowania objawu lekarzowi. Cierpienie chorego może być uśmierzane, jeżeli źródła problemów emocjonalnych i duchowych są właściwie rozpoznane i usuwane [4]. Działania farmakologiczne nie w pełni są efektywne, gdy istota dolegliwości odczuwanych przez chorego nie jest wyrażona w czytelny sposób. W tym kontekście nawet tak oczywisty fakt jakim jest leczenie bólu nie jest skuteczne, jeżeli jego istnienie nie zostanie zakomunikowane w zrozumiały dla lekarza sposób.

Rozmowa z rodziną pacjenta

Niecała komunikacja przebiega na poziomie werbalnym i daje się wyrazić słowami. Znaczącym kontekstem wzajemnego rozumienia się jest poznanie rodziny chorego, i osób z którymi czuje się związany. Te mogą być źródłem cennych dla przebiegu leczenia informacji, same też potrzebują wiedzy o tym, co dzieje się z ich bliskim. Systemowe patrzyenie na pacjenta znacznie ułatwia proces leczenia, niejednokrotnie go przyspieszając. Ważne jest budowanie pomostów pomiędzy personelem medycznym, chorym i jego rodziną po to, ażeby nikt nie był prze-

ciężony brzemieniem nadmiernej odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Komunikacja w kontekście leczenia jest pojęciem szerszym niż tylko wymiana informacji, zawiera wiedzę o pasjach i emocjach chorego, historii życia, troskach, czynnikach wspierających i wielu innych ważnych płaszczyznach jego życia. Ciężko chory pacjent stanowi dla leczących wyzwanie, jego lęki przed chorobą, diagnozą, prognozą i stres spowodowany dokuczliwymi objawami sprawiają, że rozmowa o diagnozie i leczeniu staje się bardzo trudna. Cierpienie, które przeżywa jest częścią dynamiki rodzinnej, rodzina bowiem stanowi zasadniczy kontekst przeżywania jego bólu. Postrzeganie chorego jako część systemu rodzinnego uwalnia personel od działania w pojedynkę i pozwala wykorzystać wszystkie dostępne zasoby rodziny. Rzeczą o istotnym znaczeniu pozostaje to, jak personel radzi sobie z chorobą, umieraniem i śmiercią chorego. Postawa personelu znacząco wpływa na przebieg procesu żałoby i zdolności rodziny do pokonywania przyszłych kryzysów. Kluczowy dla tego czas ma miejsce właśnie w ostatniej fazie życia chorego. Rodziny potrzebują współpracy z personelem chociażby dla tego, żeby nie czuć się izolowanymi w kryzysie, z którym się zmagają. Współpraca z personelem także potrafi uruchomić jej własne mechanizmy zaradcze już chociażby przez fakt bardziej otwartego dzielenia się swymi odczuciami.

Rodzinę, pomijając formalne definicje, cechują więzi łączące jej członków i poczucie przynależności. Kryzys choroby poważnie narusza jej strukturę. Ważnym założeniem jest to, że zazwyczaj spotykamy normalne rodziny zmagające się z nietypowymi dla nich sytuacjami, na które reakcje mogą być nieprzewidywalne. Poniżej zawarto kilka praktycznych pytań pozwalających ocenić siłę wpływu choroby terminalnej na członków rodziny:

- Jakie znaczenie chory nadaje chorobie, jakie wartości zostają przez nią naruszone, przekonania, etc., jaki charakter mają straty zaznane z jej powodu przez chorego?
- Jaką rolę pełnił chory w rodzinie, jak zmieniła się wskutek choroby?
- Jakie są mity i przekonania rodzinne? Jak jej członkowie postrzegają rodzinę jako całość?
- Jaka jest historia rodzinnych zmagania się z przeszłymi kryzysami? (Jej zasoby i umiejętności zaradcze)
- Czy są jakieś inne źródła przewlekłego stresu dla rodziny?

Rola personelu medycznego niosącego pomoc choremu polega przede wszystkim na uruchomieniu rodzinnych mechanizmów zaradczych. Komunikowanie w tym przypadku zmierza do zachęty, ażeby wszystko to, co stanowi problem bądź jest źródłem silnego niepokoju dla któregokolwiek z członków rodziny zostało uznane i wyrażone. Kluczowa jest zachęta do ekspresji emocji zamiast ich supresji. Proste pytania zadane członkom rodziny mogą zadziałać terapeutycznie:

- Jak sobie radzisz?
- Co jest dla Ciebie najtrudniejsze?

- Co cię najbardziej martwi, gdy myślisz o chorobie?

Pierwsze z wymienionych pytań: „jak sobie radzisz?” ma szczególne znaczenie dlatego, że nie ma waloru oceniającego, nie sugeruje ażeby miało działać się źle czy żeby chory bądź jego bliski miał być w jakimś szczególnym kryzysie. Całkiem naturalne jest kiedy chory źle reaguje na pytania takie, jak: Czy jest pan/pani w depresji? Czy ma pan/pani myśli samobójcze? Takich należy unikać jako sugerujących nieradzenie sobie z kryzysem choroby. Komunikowanie się z chorym i jego rodziną powinno zmierzać do ugruntowania przekonania, że naturalne jest to, że mogą mieć chwile zwątpienia i wahania, że powinni być dla siebie cierpliwi i wyrozumiali, albowiem naturalne jest odczucie niepewności w trudnych chwilach. Przede wszystkim należy unikać banalnego i trywialnego pocieszenia.

Problem przekazywania niepomyślnych informacji

Zagadnienie dzielenia się informacją o poważnej diagnozie leży w centrum szerokiego problemu jakim jest kontakt w relacji terapeutycznej. Przekazywanie niepomyślnych informacji jest ważne z kilku powodów. Jednym z nich to zdolność utrzymania relacji z chorym opartych na wzajemnym zaufaniu i szczerości. Umiejętne dzielenie się trudną dla pacjenta prawdą zmniejsza poziom niepewności chorego, jak też przeciwdziała powstawaniu nierealnej nadziei u niego. Właściwie przekazana prawda pozwala na prawidłową i konstruktywną adaptację do choroby. Przekazanie niepomyślnych informacji nie jest łatwe z wielu powodów. Zasadniczą trudnością jest brak wystarczającego poczucia kompetencji, obawa przed byciem obwinianym przez rodziny czy samego chorego za jego „załamanie się” po rozmowie, za pozbawienie go nadziei, wywołanie poczucia bezradności i wielu innych mniej czy bardziej rzeczywistych powodów.

Lekarz przekazujący złą wiadomość, to znaczy taką, która znacząco odmieni subiektywną rzeczywistość pacjenta musi rozważyć też fakt zmierzenia się ze skrajnymi emocjami pacjenta w reakcji na usłyszane fakty. Szczególnie silnych reakcji doświadczają chorujący na choroby zagrażające życiu, jak też niosące ze sobą nieodwracalnie negatywne konsekwencje. Tymczasem traktowanie choroby i cierpienia jako swoistego tabu nie będącego przedmiotem dyskusji, potęguje tylko nagromadzony wokół tego problemu lęk. Przemilczanie bolesnych faktów stanowi sedno zmowy milczenia [5]. Patrząc z perspektywy psychologicznej, przemilczanie faktów nie jest tożsame z rozwiązaniem problemów przez nie stwarzanych. Zjawisko „zmowy milczenia”, które jest jednym z najbardziej znaczących zaburzeń procesu komunikowania powstaje właśnie w taki sposób. Powodem nieprzekazywania trudnych do przyjęcia informacji jest najczęściej przekonanie o tym, że narażają one chorego na silny i niepotrzebny stres. Niepewność i rezerwa lekarzy wobec przekazywania niepomyślnych informa-

cji może wynikać z kilku powodów, które za Faulkner i jej współpracownikami przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 1. Emocje chorego a zapotrzebowanie na informacje

• NIEPEWNOŚĆ: potrzeba informacji
• STRACH: potrzeba zaprzeczania faktom i rzeczywistości

Tymczasem problem prawdy o chorobie nabiera innego znaczenia, jeśli spojrzemy się nań z perspektywy pacjenta, który usiłuje nadać znaczenie wszystkiemu temu, co odczuwa. Dostrzega nasilanie się objawów, wzrastające osłabienie, zmieniające się zachowania członków rodziny i usiłuje wytłumaczyć sobie znaczenie tego wszystkiego. Chorzy często dają sygnały personelowi medycznemu o swej gotowości porozmawiania o swym stanie, jednak najczęściej spotykają się w wymijającymi zachowaniami. Personel, jeśli podejmuje rozmowy, to często z członkami rodziny chorego nie z nim, którego przecież najbardziej ten problem dotyczy. W ten sposób o sprawie bardzo ważnej w życiu chorego jaką jest diagnoza i jej konsekwencje dowiadują się najpierw (czasem tylko one) osoby trzecie. Jeśli rozmowy o diagnozie i prognozie odbywają się z rodziną nie z samym chorym, to pominięte zostaje jego prawo do decydowania o tym, komu prawda o chorobie może być powierzona. Poważna diagnoza jest znaczącym wydarzeniem w życiu chorego, punktem zwrotnym w jego biografii i od jego decyzji zależy komu jeszcze powinna zostać powierzona. Dla uniknięcia nieporozumień ważne jest kierowanie się otwartością i nastawieniem na zrozumienie potrzeb i oczekiwań drugiej strony, przede wszystkim jej dobrem. W tym celu niezwykle wagi nabiera wyjście poza egocentryczną perspektywę, to znaczy zrozumienie, że subiektywne widzenie i definiowanie dobra niekoniecznie musi być tożsame z identycznym widzeniem spraw przez drugą stronę. Na tym właśnie zasadza się szkodliwy mechanizm projekcji, krótko mówiąc polegający na postrzeganiu innych przez pryzmat własnych ograniczeń myślowych.

Gdy w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia Herman Feifel (1990) prowadził pionierskie badania chorych umierających w szpitalach, jego usiłowania, ażeby w ogóle rozmawiać z chorymi umierającymi podejmując tematy egzystencjalne określano jako sadystyczne i traumatyzujące. Problem umierania w szpitalu objęty był tabu, zgodnie bowiem z panującą wówczas optyką w szpitalach leczono chorych, śmierć była błędem medycznym. Obecnie nie ma wątpliwości wobec zasadności istnienia tej gałęzi medycyny jaką jest opieka paliatywna/hospicyjna, która pojawiła się w proteście wobec pozostawienia bez korzystnego w skutkach dla chorych leczenia tych, którzy umierają. Rozwijająca się dynamicznie w ostatnich latach medycyna paliatywna/hospicyjna jest próbą zapewnienia chorym umierającym i ich rodzinom możliwie jak największego komfortu życia w ostatniej jego fazie. Celem jest dążenie do zapewnienia godnego umie-

rania w znośnych warunkach i otoczeniu z osobami znaczącymi. W naukowej terminologii jest to dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości życia chorym umierającym i ich rodzinom.

W kontekście rozważań nad komunikowaniem się z chorym terminalnie i dzieleniem się z nim informacją o diagnozie, oczywistym faktem jest, że problemu nie należy definiować w kategoriach *czy informować o diagnozie i prognozach?* ale *jak informować?* Celem personelu medycznego jest chronienie przed traumatyzującym wpływem choroby. Prawda o chorobie może ową traumę potęgować, gdy zostanie źle użyta, może też wpłynąć korzystnie na dobrostan psychiczny chorego, jeśli wzmacnia więź między lekarzem a pacjentem. Nie wnikając w niuanse prawne, czasem lepiej się powstrzymać przed natrączywym forsowaniem informacji o diagnozie choremu, u którego natężenie lęków jest tak duże, że nie podołałby ciężarowi informacji, którym musiałby stawić czoła. Gdy chory nie jest gotowy rozmawiać albo daje wyraźne sygnały, że nie chce tego. Trudna decyzja o tym, czy powiedzieć czy też nie zależy od każdorazowej oceny lekarza, czy chory jest w stanie sprostać trudnej prawdzie i okolicznościom stwarzanym przez informacje. Kierując się intuicją, lekarz w każdym przypadku decyduje o tym czy i ile informacji udzielić pacjentowi. Ale i w tym przypadku sprawa nie jest prosta. Ponieważ w jednym momencie chory może doświadczać ambiwalencji. Z jednej strony może odczuwać niepewność powodującą poszukiwanie dalszych informacji, by z drugiej strony zmagać się ze strachem przed bolesną prawdą leżącą u podłoża tendencji do zaprzeczania faktom. Powyższe zależności zostały podsumowane i przedstawione poniżej.

Nie ma jednej prostej reguły tłumaczącej, który chory jest w stanie sprostać prawdzie, a więc komu osoba lecząca może ją ujawnić? Przekazanie bolesnej prawdy, nawet jeśli powodowane pozytywnymi intencjami, choremu, który nie jest gotowy na jej przyjęcie, jest w istocie rzeczą narażaniem chorego na kolejny uraz i cierpienie. Informowanie chorego z pominięciem reguł sztuki lekarskiej, pozbawione refleksji o możliwościach podłożenia ciężarowi prawdy przez chorego jest błędem sztuki lekarskiej. Rola lekarza polega na łagodzeniu cierpień, nie zaś na ich dokładaniu.

Przekazywanie niepomysłnych informacji wiąże się bezpośrednio z prawem do zachowania godności przez pacjenta. Uszanowanie godności chorego wymaga, by uznać fakt jego poważnej choroby, umierania za zjawisko o pierwszorzędnym znaczeniu, dotyczącym chorego w wymiarze jego osobistego życia. Już ten fakt powinien stanowić dla lekarza wystarczającą przesłankę, ażeby nie manipulować informacją dotyczącą zjawiska, które jest wydarzeniem o pierwszorzędnym znaczeniu dla chorego. Jest często punktem zwrotnym w biografii pacjenta. Pozbawiając pacjenta szans poznania prawdy o stanie jego zdrowia, leczący blokują możliwości przepracowania strat jakie niesie choroba dla jego życia [6]. W efekcie chory, nie mając szans na przejście przez cały proces dostosowania

się psychicznego do choroby i przepracowania wszystkich strat jakie ona niesie, oscyluje pomiędzy nadziejami na wyleczenie a zwątpieniem w jego skuteczność. Tymczasem wstępna akceptacja położenia i bolesna konfrontacja z faktami jest warunkiem aktywnego zmagania się z trudną sytuacją i wysiłkiem, by ją poprawić i uczynić bardziej akceptowalną. Dużej kompetencji społecznej wymaga, ażeby dojrzeć w bladej osobie w szlafroku i z opatrunkami na całym ciele kogoś o bogatym świecie wewnętrznym i niebanalnej osobowości.

Prawda o chorobie jest tylko wtedy problematyczna, gdy pacjent nie ma rzeczywistej możliwości przedyskutowania jej. Warunkiem koniecznym dla opanowania lęku jest stworzenie choremu możliwości rzetelnego przedyskutowania czynników ją powodujących. Jest to kwestia właściwie pojętej rozmowy terapeutycznej z chorym. Jak wynika z licznych publikacji, chorzy mają świadomość powagi sytuacji, wielu słusznie podejrzewa, że to już stan terminalny. Wielu zarazem oczekuje od lekarzy nie tyle słów pocieszenia, lecz empatycznego zrozumienia dla skumulowanych strat, z którymi muszą się zmagać [7]. Pacjent wie, kiedy komunikacja z leczącym jest szczerą i uczciwą, kiedy natomiast ma miejsce manipulujące „miłosierne oszustwo”. Osoba, pozbawiona szansy przedyskutowania swej sytuacji, będzie nieustannie oscylowała pomiędzy lękiem a nadziejami, poruszając się w przestrzeni przypuszczeń często niewiele mającej wspólnego z faktami. Wobec niemożności podjęcia rozmowy pogłębia się poczucie izolacji i osamotnienia, które paradoksalnie może być potęgowane przez fakt nieudolnego pocieszenia ze strony otoczenia. Gdy zamiast szczerego dialogu pojawiają się słowa, że „wszystko będzie dobrze” etc., słowa nieprzekonujące nikogo, chory traci nadzieję na kontakt i zrozumienie. Tymczasem zgodnie ze spostrzeżeniem I. Lichtera, chory oczekuje od osób go otaczających przede wszystkim słów zrozumienia swej sytuacji, wsparcia w trudnych chwilach oraz współpracy w czasie leczenia.

Umiejętność dzielenia się z pacjentem trudną prognozą jest jedną z zasadniczych kompetencji psychologicznych, którą lekarz może wnieść do swej praktyki. Jest to umiejętność szczególnie ważna z tego względu, że pozostaje istotnym czynnikiem podnoszącym jakość leczenia i poziom zadowolenia z otrzymywanej opieki medycznej.

W klasycznej już publikacji „How to Break Bad News”, dr Robert Buckman wszechstronnie analizuje najbardziej znaczące elementy procesu komunikacji w kontekście leczenia ciężko chorych. Zgodnie z poglądem zawartym w tej książce, umiejętność dzielenia się z chorym ważnymi dla niego informacjami jest ważną umiejętnością, dlatego należy podejść do niej w sposób przemyślany. Zacząć należy od prawidłowej oceny tego, czy istnieją właściwe warunki do rozmowy? Ważna w tym zakresie jest prawidłowa ocena zdolności panowania nad sytuacją. Warunki są spełnione, jeżeli lekarz ma uzasadnione przekonanie o tym, że to on panuje i kontroluje sytuację, której istotnym elementem będą intensywne emocje chorego. W dalszej kolejności ważna jest ocena warunków rozmowy,

ewentualnej obecności osób bliskich choremu, jak też pewnej strategii jej poprowadzenia. Oczywiście jest, że nieprofesjonalne jest zaczynanie rozmowy mimo braku czasu na wyjaśnienia, gdy te będą konieczne, jak też dzielenie się diagnozą w obecności osób nieodpowiednich. W skrócie, Buckman sugeruje, ażeby zacząć od znalezienia odpowiedzi na trzy pytania:

- gdzie powinna się odbyć rozmowa?
- kto powinien być obecny podczas rozmowy?
- czy posiadam przygotowaną strategię jej poprowadzenia?

Umiejętna odpowiedź na powyższe pytania świadczy jak najlepiej o profesjonalizmie lekarza. Właściwie prowadzone rozmowy z chorym powodują, iż ten czuje, że leczący jest zainteresowany stanem jego zdrowia, że potrafi zatroszczyć się. Zacznie gabinetu i minimum czasu, jaki można przeznaczyć choremu zapewniają maksimum komfortu w stresującej sytuacji. Zapraszając do gabinetu pacjenta, lekarz sygnalizuje swój szacunek do niego i gotowość do traktowania go w sposób partnerski. Jest rzeczą oczywistą, że nieprofesjonalne jest prowadzenie ważnych rozmów na korytarzu czy w otoczeniu niezapewniającym minimum prywatności.

Często większe napięcie u chorego wywołuje niemożność szczerego przedyskutowania diagnozy i jej konsekwencji, niż rozmowa o rzeczach trudnych. Ma to związek z radzeniem sobie ze stresem, lepszą strategią i zachowaniem kontroli nad biegiem zdarzeń. Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że strategia rzetelnego dialogu z chorym ma swe głębokie uzasadnienie. Każdą niemal prawdę można przyjąć, jeżeli ma się zaufanie i szacunek dla partnera. Jeżeli chory zachęca i daje sygnały gotowości do rozmowy, właściwym postępowaniem jest podjęcie tego zaproszenia. Rzeczą o niezwykle doniosłym znaczeniu jest, by lekarz posiadał kilka elementarnych strategii postępowania kiedy zмага się z określoną diagnozą, leczeniem, prognozami dla pacjenta i koniecznością dalszego wparcia chorego. Ujawnienie diagnozy to zaledwie początek długiego procesu, ujawnienie planów dalszego leczenia i prognoz dla pacjenta przekonują chorego, że prowadzący go lekarz ma plan działania. To wtórnie niesie informację o tym, że opieka będzie kontynuowana.

Ważną umiejętnością jest słuchanie pacjenta. Słowa, którymi chory określa swój stan ilustrują sposób rozumienia swego położenia. Ważne są słowa, które padają jak i te, których unika. Wszystkie one są źródłem informacji o stosunku chorego do choroby. Równie ważne jest ustalenie treści, których chory unika, o których nie chce rozmawiać. Te są źródłem szczególnie nieprzyjemnych emocji i obszarem problemowym. Ogromne znaczenie mają komunikaty niewerbalne, które bardziej adekwatnie odzwierciedlają prawdziwe emocje, niż treści wypowiedziane słowami. Mowa ciała trudniej podlega świadomej kontroli, stąd też dostrzeżenie niezgodności pomiędzy komunikatami werbalnymi a niewerbalnymi może okazać się pomocne w rozpoznaniu obszarów problemowych.

Michael Balint i jego rozumienie relacji lekarz–pacjent

W latach pięćdziesiątych minionego stulecia zaczęto przykładać większe znaczenie dla autonomii pacjenta. Naturalnym skutkiem tego procesu był fakt, że lekarze zaczęli przekazywać chorym wiele ważnych faktów związanych z chorobą. Wspólnie z chorymi zaczęto konsultować pewne decyzje związane z procesem leczenia. Przynosi to sporo korzyści bowiem, bezpośrednio zainteresowany, ma możliwość doświadczyć osobistego wpływu na bieg zdarzeń. Badania psychologiczne jednoznacznie wskazują, że poczucie kontroli zdarzeń umniejsza napięcie stresowe i poczucie bezradności w sytuacji zmagania się z wyzwaniami [8]. Niebezpieczeństwem modelu nastawionego na zachowanie autonomii chorego jest pokusa rezygnacji lekarza z odpowiedzialności za zdrowie chorego. Zadowolony pacjent, pragnący decydować niemal o wszystkim, ogranicza z kolei stopień samodzielności decyzji lekarza, sprowadzając jego rolę do poziomu asysty technicznej. W skrajnej formie, powyższy model, wytwarza napięcie pomiędzy autonomią pacjenta, który decyduje o leczeniu a lekarzem, którego rolą powinna być troska o zdrowie, jego promowanie i utrzymywanie jak najdłużej dla dobra chorego.

Paternalistyczny model relacji między lekarzem i chorym jest obecny w zasadzie od czasów Hipokratesa. Zgodnie z nim lekarz, który poucza, doradza, jest ekspertem od spraw pacjenta, będąc bliskim roli, którą M. Balint określił jako apostolską [9]. Jeśli bowiem uznamy, że lekarz powinien być dla chorego mentorem, guru, ekspertem od jego spraw, to podobieństwa stają się oczywiste. Poprzez stosowne pouczenia i rady lekarz oddziałuje na decyzje chorego modyfikując zakres jego autonomicznych decyzji. Powyższy wzorzec komunikacji oznacza, że ktoś jest bardziej aktywny, by inny mógł pozostać bierny i scedować szeroki zakres odpowiedzialności na osobę eksperta. Model paternalistyczny, podobnie jak autonomiczny, zawiera w sobie immanentny konflikt pomiędzy autonomią chorego i lekarza – wzrost autonomii jednej strony umniejsza zakres drugiej i odwrotnie. Bywają sytuacje, kiedy paternalizm niszczy szczerą komunikację. Tak jest wówczas, kiedy pragnie się uchronić chorego od bolesnej prawdy, dotyczącej na przykład śmiertelnej choroby albo innych zagrożeń. Pragnienie uchronienia chorego przed informacją brzemienną w konsekwencje i wynika ze szlachetnych motywów oszczędzenia bólu psychicznego. Jednak zabija szczerą relację, powodując że podejmowana zostaje komunikacyjna gra zamiast dialogu. Wszyscy zaangażowani stają wobec dialektycznego wyboru pomiędzy szczerą komunikacją albo manipulacją, trzeciej możliwości nie ma. Tak właśnie rodzi się zmowa milczenia lub też miłosierne oszustwo.

Michael Balint, rekomendując model psychodynamiczny relacji lekarz–pacjent, wskazywał jego zalety, polegające na zdolności postawienia pogłębionej diagnozy w oparciu o wykorzystanie wiedzy o osobie chorego, jak i jego uwarun-

kowaniach rodzinnych. Wskazywał, że lekarz może użyć swej osobowości, swego wnętrza jako szczególnego rodzaju lekarstwa dla chorego. Wreszcie, zwrócił uwagę na to, że, zgodnie z funkcją apostołską, pełni rolę osoby pouczającej chorego, jak znaleźć drogę dla własnego zdrowia. Model psychodynamiczny powstał w rezultacie doświadczeń z pracy w grupach seminaryjnych z lekarzami ogólnymi na terenie Anglii. Lekarze, uczestniczący w seminariach M. Balinta, omawiali historie pacjentów, których objawy miały szeroko pojęte syndromy psychosomatyczne. Niemniej nabyta wiedza o mechanizmach reagowania na chorobę i komunikowanie dolegliwości okazały się zbliżone dla innego rodzaju schorzeń. Dla Balinta, jak i uczestników jego seminariów, stało się oczywiste, że czynniki psychologiczne odgrywają znaczną rolę w sposobie prezentowania objawów i reagowania na choroby.

Michael Balint był lekarzem, który swe dociekania łączące psychoanalizę oraz medycynę pogłębiał przez całe życie. Efektem dociekliwych rozważań węgierskiego lekarza i psychoanalityka było wskazanie trzech zasadniczych prawd o istocie tej relacji. Zgodnie z pierwszą tezą, lekarz sam w sobie oddziałuje na chorego jak lekarstwo. Z tej tezy wynika, że osobowość lekarza działa podobnie jak inne lekarstwa. Lekarz w swej osobie jest czynnikiem terapeutycznym. Powyższe sformułowanie podkreślało dynamiczny charakter relacji, która mogła mieć kojący charakter, jeśli „lekarstwo” zostało właściwie użyte. Jednakże skorzystanie z niego w nadmiarze lub niedomiarze przynosi negatywne skutki. Częstotliwość konsultacji nie przekłada się na rzeczywiste pozytywne skutki leczenia.

Drugim aspektem relacji terapeutycznej była umiejętność postawienia pogłębionej diagnozy przez lekarza. W tym aspekcie, Balint, doskonale łączący sferę medyczną z psychologiczną, zauważył, że obok umiejętności rozpoznania choroby, konieczne jest także zrozumienie kim jest chory, jego cech osobowości oraz uwarunkowań dynamiki rodzinnej i środowiska, w którym żyje. W tym aspekcie podkreślano znaczenie wzajemnego wpływu lekarza na chorego i jego otoczenie oraz zależność przeciwną – oddziaływania chorego na lekarza. Trzecim aspektem, na który zwrócił uwagę, było to, co określił jako funkcję apostołską. Pod pojęciem tym rozumiał podjęcie przez lekarza roli mentora wobec swego pacjenta i jego rodziny. Lekarz w paternalistycznie ujmowanej relacji zmierzał do tego, aby zwiększyć szanse chorego na wyzdrowienie poprzez wykorzystanie zasobów osobistych, jak i tkwiących w jego najbliższym otoczeniu.

Początki modelu spotkań seminaryjnych sięgają lat pięćdziesiątych, czyli czasu kiedy Michael Balint wraz z żoną Enid rozpoczęli swe szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu. Ich celem było badanie implikacji psychologicznych w praktyce lekarza ogólnego. Balint podjął się weryfikacji swej roboczej hipotezy zakładającej, że najczęściej używanym lekarstwem w terapii chorego jest lekarz w swej osobie. Podjął działalność w klinice w Tavistock, we wczesnych latach powojennych, w okresie, kiedy wielu z pacjentów jak i lekarzy mia-

ło w pamięci niedawne traumatyczne doświadczenia wojenne. A to oznaczało, że doświadczali bolesnego wyrwania z korzeni kulturowych i społecznych, podobnie jak Balint, żydowski emigrant z Węgier. Skutkiem tego oderwania wielu dotkliwie doskwierała samotność i kryzysy życia na emigracji. Kryzysy, stresy i permanentne napięcia w wielu przypadkach znajdowały wyraz w całej gamie objawów somatycznych. Zatem celem modelu zaproponowanego przez Balinta było nauczenie, jak istotne jest uważne słuchanie chorego i znaczenia obserwowanego przekazu, wreszcie ostrożnej interpretacji objawów. Pacjent, jak rozumiał jego objawy Balint, prezentował nie tylko trudności somatyczne, których leczenia oczekiwał, lecz także ujawniał, choć nieświadomie, stojące u ich podłoża konflikty intrapsychiczne. Według tej wizji, na drugim planie poza symptomami, stały problemy i cierpienie natury emocjonalnej.

Dziś grupy Balinta łączą w sobie funkcje grup wsparcia dla uczestników, jak i edukacyjnych, a także stwarzają szanse na rozwój osobisty. Przede wszystkim to, co w nich zachodzi polega na uczeniu się, w oparciu o praktyczne przykłady, bardziej profesjonalnego myślenia o interakcjach zachodzących z pacjentami. Jego elementami są poznawanie własnego stylu budowania kontaktu z chorym, wartości ważnych dla lekarza, którymi kieruje się pracując z chorym. Jest to między innymi odkrywanie tego, co ważne w kontakcie terapeutycznym. Drugim aspektem jest wykorzystanie treści, które grupa odzwierciedla. Często podczas seminarium balintowskiego zachodzą procesy analogiczne do tego, jaki został zaprezentowany przez referenta. Stwarza to możliwość przyjrzenia się im z obiektywnej perspektywy. Wreszcie najistotniejszym bodaj walorem grupy jest to, że stanowi ona wspierające środowisko dla wszystkich uczestników, którzy potrafią i mogą wykorzystać jej zasoby dla uczenia się budowania dojrzałych i świadomych relacji z chorymi.

Podsumowując, proponuję spojrzeć na grupę Balinta jako na:

- Miejsce badania i poznawania własnych reakcji: zachowania, sposób myślenia o pacjencie i przyzwyczajenia „gabinetowe”.
- Zwierciadło, które podczas sesji ujawnia postawy, typ reakcji i styl komunikowania: uświadamianie nieznanych dotąd aspektów relacji terapeutycznej.
- Wspierające środowisko dla uczestników.

Zakończenie

Programy nauczania uczelni medycznych zakładają, by studenci posiadali przynajmniej minimalne kompetencje związane z komunikowaniem się z chorym i osobami go otaczającymi. Oczywistym faktem pozostają różnice w filozofii nauczania w poszczególnych krajach i uniwersytetach medycznych. Jednakże, mimo istniejących różnic, prosty fakt komunikowania pozostaje nieprze-

ceniony w praktyce lekarzy wszystkich specjalności. We wczesnych latach studiów medycznych (niestety po ich ukończeniu także) studenci i absolwenci na ogół nie doceniają znaczenia umiejętności komunikowania, do zrozumienia roli których potrzeba pewnej dozy wrażliwości i lat praktyki. Przedmiotem niniejszego eseju była próba przekonania do wartości jaką niosą umiejętności komunikowania oraz metoda Balinta, jak też kilku ważnych, zdaniem autora, zasad budowania kontaktu z chorym. Psychoanalicy wszechstronnie opisali wpływ treningu na rozwój osobowości, kompetencji społecznych i rozwój umiejętności pomagania. Nieocenione w tym zakresie pozostają zasługi wniesione przez Balinta, psychoanalityka węgierskiego pochodzenia, który swą karierę lekarza i dydaktyka poświęcił rozwojowi kompetencji związanych z pomaganiem choremu przez personel medyczny. Podczas sesji seminaryjnych uczestniczący w nich lekarze nabywali świadomość swej roli i wpływu na pacjenta i wgląd uzyskany w grupie seminaryjnej przekładał się na nowy, bardziej wrażliwy styl prowadzenia pacjenta. Metoda zaproponowana przez Balinta została spopularyzowana w krajach europejskich, Republice Południowej Afryki, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych [9]. Obecnie wydaje się szczególnie ważne to, aby rozważając treści nauczania studentów medycyny zwrócić uwagę na relacyjne aspekty leczenia, czyli sposób budowania kontaktu przez lekarza i jego reakcje na chorego. Szerzej mówiąc, idzie o wskazanie, w jaki sposób budowanie określonej formy komunikowania się z chorym wpływa na prawidłowy i korzystny dla pacjenta przebieg procesu leczenia. Prawda o chorobie jest jak lekarstwo, jeżeli jest przekazana w sposób właściwy, może się zdecydowanie przyczynić do podniesienia morale i jakości życia pacjenta. Gdy zaś jest niewłaściwie użyta, może ranić pacjenta powodując nasilenie jego niepokojów, dyskomfortu, frustracji i innych dolegliwości.

Tabela 2. Przyczyny obaw lekarzy związane z przekazywaniem niepomysłnych informacji

Przyczyny obaw	Elementy niepokoju
Jak powiedzieć „śmiertelny”?	<ul style="list-style-type: none"> – Krótko i zwięźle, unikając bolesnych słów (np. rak, stan śmiertelny) – Delikatnie o ile to jest możliwe – Komu najpierw powiedzieć rodzinie, czy choremu?
Gdzie rozmawiać?	<ul style="list-style-type: none"> – Samodzielny pokój? Przy łóżku? – Kto powinien być obecny przy rozmowie?
Zmowa milczenia	<ul style="list-style-type: none"> – Czy to jest mechanizm zaradczy który powinienem zaakceptować? – Jeśli nie, to jak powinienem go zwalczyć?
Cena prawdy	<ul style="list-style-type: none"> – Jak sobie poradzę z tą sytuacją? – Czy znajdę pomoc i wsparcie od kogoś z zespołu, czy pozostanę sam z tym problemem?

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Faulkner, J. Argent, C. O’Keeffe, (1995), Improving the skills of doctor in giving distressing information, *Medical Education*, 29, s. 303-307 [10].

Bibliografia

1. Gaertner H., Albert Schweitzer: Życie, myśl i dzieło. Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.
2. Bowlby J.: Przywiązanie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. Stedeford A.M.: Facing Death. Heineman, London 1984.
4. Yonke A., Schneider J.: Examining Relationship between Physicians and their Patients: A Psychoanalytic Model. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies* 2000, vol. 2, 4, 347-364.
5. Faulkner A.: Communication with Patients, Familie and Rother Professional. *BMJ*, 1998, Vol. 316, p. 130-132.
6. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
7. Lichter I.: Communication in Cancer Care. Churcill Livingstone, 1987.
8. Dudek B.: Zaburzenie po stresie traumatycznym. GWP Gdańsk 2003.
9. Balint M.: The Doctor his Patient and the Illness. Churchill Livingstone, 1986.
10. Faulkner A., Argent J., O'Keeffe C.: Improving the skills of doctor in giving distressing information. *Medical Education*, 1995, 29, p. 303-307.

