

Ewa Weber

„ORGANICZNOŚĆ” W PSYCHOTERAPII, PSYCHOTERAPIA W „ORGANICZNOŚCI”

ORGANICS IN PSYCHOTHERAPY, PSYCHOTHERAPY IN ORGANICS

Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic
Kierownik: prof. dr hab. med. J.W. Aleksandrowicz

W artykule autorka prezentuje specyficzne elementy procesu terapeutycznego osób, u których współistnieją cechy organicznego uszkodzenia mózgu. Omawia ograniczenia psychoterapii wynikające z tej organiczności w postaci: zaburzeń pamięci, zaburzeń myślenia, zaburzeń emocji, osadzenia w korzyściach wtórnych tego rodzaju pacjentów. Przedstawia również sposoby ich minimalizowania.

**organics
psychotherapy**

W artykule „O tzw. organiczności” Antoni Kępiński analizuje różne znaczenia pojęcia organiczności i wynikające z nich konsekwencje [1]. W praktyce psychoterapeutycznej pojęcie to pojawia się zwykle w znaczeniu nieodwracalnej utraty części sprawności psychicznych lub ogólnej ich degradacji i wywołuje pesymizm co do możliwości znaczącej poprawy stanu pacjenta. Tymczasem nakładanie się płaszczyzn biologicznej, psychologicznej i społecznej sprawia, że objawy przypisywane zmianom w mózgu mają często również przyczynę inną, możliwą do korygowania. W myśl takiego wieloczynnikowego rozumienia pojęcia organiczności do psychoterapii kwalifikowani są pacjenci o wyraźnych symptomach zmian w OUN (wywołanych lekomanią, alkoholizmem, epilepsją, zmianami niedokrwieniami czy innymi). Psychoterapeutyczna pomoc tym pacjentom jest możliwa. Wstępnie trudno przewidzieć, w jakim stopniu i z czego będą mogli skorzystać — w terapiach takich pojawia się charakterystyczny zespół trudności, obecny w niewielkim stopniu u pacjentów nerwicowych czy z zaburzeniami osobowości.

Poniższe uwagi dotyczą innych pacjentów niż tych, których leczenie pozostaje w gestii głównie neurologów — nie są więc oni otępiali ani nie mają wyraźnych objawów ogniskowych uszkodzeń mózgu. Są sprawni i względnie samodzielni życiowo.

Za punkt wyjścia do rozważań posłużyło 8 terapii indywidualnych bardzo różnych pacjentów, u których wspólne było to, że elementy organiczne w podstawowy sposób wyznaczały ich funkcjonowanie oraz charakter terapii. Również pewna liczba pacjentów leczonych w grupach, a mających organiczność rozpoznaną pierwotnie czy dającą się rozpoznać w toku terapii, ułatwiła formułowanie wniosków.

Nawarstwienie się innych zaburzeń

Termin „organiczność” nie wydaje się precyzyjny, ponieważ często to inne zaburzenia są przyczyną objawów organicznych (jak w padaczce czy uzależnieniach). Zazwyczaj mamy do czynienia ze sprzężeniem zwrotnym nasilających się objawów organicznych i innych fenomenów (depresja, lęki, nadużywanie alkoholu czy leków). W niewielkiej grupie pacjentów, których terapie stały się podstawą tych rozważań, znalazło się 8 osób, 6 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 24 do 72 lat. Czworo z nich było w wieku 30 — 36 lat, co wydaje się wiekiem charakterystycznym dla podejmowania przez tych chorych leczenia — na tym etapie życia narastają rozbieżności między radzeniem sobie i dokonaniem życiowymi własnymi a rówieśników.

Wśród omawianych ośmiu osób znalazło się siedem skarżących się na objawy innych jednostek chorobowych:

- 1 osoba miała objawy psychozy urojeniowej,
- 2 — depresji (wszystkie 3 przypadki z wyraźną komponentą reaktywną),
- 2 osoby miały objawy nerwicowe (właściwie rzekomo nerwicowe, głównie lęki),
- 1 osoba cierpiała w wyniku aktualnego uzależnienia od alkoholu,
- 1 miała zaawansowaną anoreksję z uzależnieniem lekowym i alkoholowym oraz wcześniejszymi epizodami depresji.

Ostatnia z wymienionych osób podjęła terapię z powodu napiętej sytuacji — toczył się blokowany przez nią proces o przekazanie praw rodzicielskich komuś innemu. Tylko dwaj pacjenci skarżyli się na objawy charakterystyczne dla zaburzeń organicznych (pogorszenie się sprawności intelektualnej i nadmierna lekkość wobec tematu choroby) i to nie wymieniając ich jako pierwszoplanowe. W pozostałych przypadkach objawy zespołu organicznego, dające się odczytać z przebiegu kontaktu, nie były przez pacjenta spostrzegane jako problem.

Zastosowane leczenie

W przeważającej części przypadków psychoterapia stanowiła uzupełnienie oddziaływań farmakologicznych. Terapia, którą objęto pacjentów, miała charakter głównie podtrzymujący i wzmacniający. Za naczelną regułę przyjęto korzystanie z tego, co pomocne pacjentowi, stąd w doborze metod oddziaływania panował daleko posunięty eklektyzm. Siłą rzeczy metod pochodzenia psychoanalitycznego było niewiele, jako że za trudności tych pacjentów w minimalnym stopniu odpowiada to, co nieświadome, a zdecydowanie bardziej — to, co niewiadome i niezrozumiałe, bo zbyt złożone dla nich. Posługiwano się technikami z kręgu podejścia behawioralnego, w tym szczególnie opartymi na społecznym uczeniu się, a więc — modelowaniem, treningiem asertywności. Elementy psychoterapii poznawczej pomocne były w pracy nad schematycznymi sądami o sobie i innych. W doborze oddziaływań nie cofano się przed poradnictwem, które tym pacjentom jest szczególnie potrzebne.

U pacjentów z komponentą organiczną objawy depresyjne, natrętne czy lękowe wymagają starannie dobranej farmakologicznej uwagi nie tylko na niewielką możliwość szybkiej ich redukcji metodami psychoterapeutycznymi, ale i znaczne niekiedy nasilenie. Nawet zresztą przy nasileniu umiarkowanym wywierają one dezorganizujący wpływ na funkcjonowanie pacjentów z uwagi na zmniejszoną elastyczność mechanizmów

adaptacyjnych. Charakter objawów, na jakie uskarża się pacjent, jest punktem wyjścia planowania procedur terapeutycznych. Często w terapii te plany są później weryfikowane i selekcyjonowane pod kątem możliwości skorzystania z nich przez pacjenta.

Przedstawione będą obserwowane w funkcjonowaniu pacjentów cechy organiczne, rodzaj trudności, jakie wnoszą one w terapię, oraz sposoby radzenia sobie z nimi.

Zakłócenia procesów poznawczych

Istniejące **zaburzenia pamięci**, w tym szczególnie krótkoterminowej, nasilające się wraz z zaawansowaniem procesu organicznego, stanowią znaczne utrudnienie na drodze do zmiany. Aktywne nawet nauczanie umiejętności nie da wiele wobec faktu, że nowe, zmienione zachowanie znacznie łatwiej ulega „zapomnieniu” i zaniechaniu niż dawny, wielokrotnie utrwalany stereotyp, który pojawia się automatycznie przy podejmowaniu działania. W przeciwieństwie do niego zachowania nowe, o odmiennym celu i przebiegu, wymykają się jako zbyt złożone, by je planować i w elastyczny sposób realizować, nie tracąc przy tym z pamięci celu i — niekiedy — zaznanego już doświadczenia sukcesu nowej strategii. Uczenie aktywne, bazujące na stawianiu nowych zadań i praktycznym ich ćwiczeniu, pozwala do pewnego stopnia ominąć osłabione ogniwo zapamiętywania materiału werbalnego, na rzecz tworzenia bardziej złożonych, wielomodalnych śladów o innym charakterze.

Dysfunkcje pamięci dają się w terapii we znaki, zwłaszcza jako zapominanie tego, co miało miejsce na poprzednim spotkaniu i co było ustalone jako zadanie na okres pomiędzy spotkaniami. Zazwyczaj realne kłopoty z zapamiętywaniem sprzęgają się z oporem pacjenta przed praktykowaniem nowych sposobów zachowania i w ogóle ze zmianą rozumienia okoliczności występowania trudności. Jest to widoczne szczególnie w chwilach postępu w terapii, kiedy pacjent swoją relacją, obserwowalną zmianą czy choćby nawrotem wątpliwości ujawnia pamięć wielu dotychczasowych kierunków pracy. Ograniczenie tej przypadłości można uzyskać przez wspólne podsumowywanie kończącej się sesji i zapisywanie przez pacjenta zadań terapeutycznych, skonstruowanych w myśl najważniejszych ustaleń spotkania. Skądinąd, pojawienie się u pacjenta spontanicznej potrzeby zapisywania jest sygnałem jego wzrostu motywacji do terapii.

Zaburzenia myślenia pod postacią jego sztywności, konkretności i lepkości są źródłem podobnych cech, przejawiających się w zachowaniu pacjenta. Osłabienie lub brak możliwości abstrahowania pojawia się w terapii głównie jako niezrozumienie terapeuty, wyrażone wprost lub sygnalizowane w bardziej dyskretny sposób. Ten sygnał otwiera pole do — koniecznego w każdej terapii — poszukiwania wspólnego języka z pacjentem. W zaburzeniach czynnościowych to terapeuta rozszerza rozumienie pacjenta, ukazując mu nowe perspektywy i znaczenia, trudności zaś w skorzystaniu z nich są funkcją sensowności interwencji i oporu pacjenta. U pacjentów organicznych zasoby, pozwalające zrozumieć coś inaczej, częściej bywają nie tyle uśpione, co niemożliwe do uruchomienia. Tym samym zdarza się, że próby uelastyczenia myślenia pacjenta są mało skuteczne czy wręcz skazane na niepowodzenie. W tych przypadkach bardziej realistycznym celem będzie praca nad zastąpieniem jednego dysfunkcyjnego sposobu reagowania innym, bardziej korzystnym, czy „wyposażenie” pacjenta w dwa sposoby reagowania, dające się uruchamiać prostym odniesieniem do przeżywanego stanu (chcę — nie chcę, dobrze —

przykro, pomaga — szkodzi itp.).

Lepkość myślenia pacjenta, jeśli się w terapii pojawia, pozbawia terapeutę wskaźnika trafności podjętego kierunku pracy, tak przydatnego w pracy z pacjentem nerwicowym. Zapobiec frustracji obu stron może — w zależności od możliwości — mocniejsze strukturowanie przebiegu sesji lub zgoda na poruszanie na jednym spotkaniu niewielu tematów, w skrajnych przypadkach — jednego.

Męczliwość, jeśli taka u pacjenta występuje, jest wskazaniem do skracania czasu spotkań, których przedłużanie w tej sytuacji niczemu nie służy.

Za pomocą prostych prób warto przeprowadzić sprawdzian możliwości korzystania przez pacjenta z metafor, np. przez użycie prostej przenośni i skłonienie go do odniesienia jej do siebie czy przedstawienie jakiejś sytuacji z prośbą o odnalezienie np. punktów wspólnych ze swoją — realną czy psychiczną. Jeśli wykazuje on nadmierną dosłowność w pojmowaniu metafor, a przez to ma trudność z odnoszeniem tak podawanych treści do siebie, trzeba z tej metody zrezygnować i poruszać się po płaszczyźnie uchwytnego dla niego konkretnego. Zdolność do odczytywania metafor może nadać terapii mniej żmudny przebieg; istotne jest, by były one proste, konstruktywne w przesłaniu i zgodne z zainteresowaniami pacjenta (łącznie np. z uprawianiem ogrodu, malowaniem obrazu, doskonaleniem znanej mu umiejętności).

Napotykać w funkcjonowaniu chorego stereotypowe postawy i zachowania, nie możemy tracić z oczu ich przystosowawczego charakteru. Pełnią one rolę zastępczą względem bardziej złożonych, niedostępnych pacjentowi form przystosowania, zazwyczaj jednak będąc wtórną przyczyną nasilania się trudności, szczególnie funkcjonowania społecznego. Warto je traktować jak informację o hierarchii potrzeb pacjenta, gdyż ich „przełożenie” na ten język ułatwia doprecyzowanie punktów koniecznej zmiany, by np. krytykancstwo przestało być jedynym sposobem poprawiania sobie samopoczucia, autorytaryzm — jedynym sposobem na odczucie swojego wpływu i znaczenia, a hipochondria — wyłącznym sposobem na zabieganie o towarzystwo i pomoc innych. Zachowania stereotypowe szybko prowadzą do błędnego koła wyobcowania i odrzucania prezentującego je pacjenta, co nasila jego zagubienie i kieruje energię ku odtwarzaniu znanego.

U niektórych pacjentów wyraźnie występowało zjawisko zaburzenia rozumienia sytuacji społecznej. Może mieć ono pierwotny charakter — wtedy zazwyczaj występuje przy zachowanym dobrym poziomie intelektualnym, umożliwiającym np. kontynuowanie nauki w LO czy nawet na studiach. Zaburzenie to może być także wtórnym skutkiem wymienionych wcześniej trudności w zakresie myślenia i pamięci, których sumowanie się znacząco wpływa na adekwatność i złożoność uczestniczenia w kontakcie z innymi. Sytuacja psychiczna pacjenta, dotkniętego tą trudnością, przypomina znalezienie się w kraju, którego język zna się jedynie trochę, przy czym przez język rozumieć należy normy, zasady i zjawiska życia społecznego, pozwalające przewidywać konsekwencje własnych i cudzych zachowań. Pełna luk mapa życia społecznego wypełniona zostaje przez pacjenta nadmiernie zgeneralizowanymi, ale zrozumiałymi dla niego schematami. Następstwem ich wdrażania w życie stają się zachowania, narażające go na niepowodzenie społeczne — wyszydzenie, irytację, złość czy politowanie. Nie można się oprzeć wrażeniu, że często u tych pacjentów koncentracja na sobie ułatwia im radzenie sobie z konsekwencjami społecznymi swoich zachowań. Szczególnie odrzucenie często odbierają jako stan ogólnie

niesprawiedliwy, spotykający ich z nieokreślonych powodów, z nimi samymi nie mający wiele wspólnego. Z uwagi na podstawowe znaczenie zaburzeń funkcjonowania społecznego dla ogólnej kondycji życiowej pacjenta oddziaływanie na tę sferę jest kluczowe dla osiągnięcia poprawy jego stanu.

Zaburzenia emocji

Zjawiska emocjonalne charakterystyczne dla zaawansowanych stanów organicznych u badanych pacjentów nie były nasilone. Jedynie 72-letnia kobieta leczona z powodu depresji o dużym komponentcie reaktywnym, miała znaczną chwiejność emocjonalną, idącą zresztą w parze z pozostałymi objawami charakterystycznymi dla zespołu rozlanych zmian miażdżycowych (wybiórcze osłabienie funkcji, zachowany krytycyzm) [2]. Łatwość reagowania emocjami i ich zmienność osłabiały jej poczucie poprawy własnego stanu, co stało się przedmiotem wyjaśnień.

Ogólnie u pacjentów przeważało przesunięcie przeżywania w kierunku depresji, jedynie u jednej pacjentki ze zmianami charakteropatycznymi, leczącej się z zewnętrznych motywów, istniało przesunięcie w kierunku euforyczności i gniewliwości w przypadku frustracji jej — jak je nazywała — „swobodnych lotów”.

Nie zaobserwowano przejawów zalegania afektu — może dlatego, że nie było wśród badanych chorych na epilepsję — chyba że za takie uznać ujawnienie przez pacjentkę, po 3 miesiącach terapii, swojej urazy i niezrozumienia opinii wyrażonej przez osobę konsultującą. Jak się później okazało ta wyraźnie drążąca ją kwestia miała w sobie większy ładunek dysonansu poznawczego niż wyraźnej emocjonalnej reakcji na usłyszaną informację.

Osadzenie w korzyściach wtórnych

Korzyści czerpane z powodu choroby są zjawiskiem bardzo utrudniającym terapię, a często uniemożliwiającym osiągnięcie w niej postępu. Nie można zapomnieć, że u pacjentów tzw. organicznych samo osiągnięcie poczucia sensowności i zrozumiałości swego zachowania jest potężną korzyścią wtórną, pozwalającą oddalić zagubienie i nieporadność, i nawet koszt utraty kontaktu z rzeczywistością nie jest dla nich zbyt wysoki. Jeśli do tej „bazy” dołączyć korzyści wynikające z traktowania ich ulgowo przez otoczenie, a także wsparcie innych czy profity w rodzaju renty — prognoza terapii może wydawać się, w skrajnych przypadkach, beznadziejna, trudno bowiem zaproponować pacjentowi zmianę, skoro przedstawiany przez niego problem, mimo pozorów przykrości (i silnego jej deklaruwania), jest źródłem wcale zadowalającej równowagi w jego życiu.

Nierzadko motywację do terapii wzbudza „zacięcie się” mechanizmu korzyści wtórnych — odrzucająca reakcja otoczenia, pojawienie się dokuczliwych objawów, zmiana w otoczeniu (np. śmierć opiekuna pacjenta, odebranie renty) czy pogłębienie się niesprawności. Sytuacje te konfrontują pacjenta z niewystarczalnością dotychczasowych strategii przystosowawczych i z kłopotami w elastycznym tworzeniu nowych.

Zarówno u pacjentów ze zmianami charakteropatycznymi, jak i u tych, których objawy obniżają sprawność ich działania, konieczne jest podjęcie pracy nad motywacją i wytyczeniem wspólnych celów. Często trudności na tej drodze wyznacza ukrywanie lub brak świadomości sprzeczności deklarowanych cierpień z ich rzeczywistym znaczeniem dla

sytuacji pacjenta. Napotykana u tych pacjentów roszczeniowość jest zresztą zjawiskiem per se związanym z realnie ograniczonymi możliwościami radzenia sobie, wynikającymi ze zmian organicznych czy np. objawów paranoidalnych. W przeciwieństwie do roszczeniowości, oczekiwanie większego znaczenia i pomocy w przypadku zaburzeń nerwicowych i osobowościowych zawiera w sobie element napięcia związanego z niepewnością, czy takie ulgi rzeczywiście się należą. Pacjent z objawami zaburzeń organicznych, przejawiający roszczenia, takich wątpliwości nie ma.

Jeśli uda się dopracować rozumienie sprzeczności motywów — sytuacja dojrzała do weryfikacji kontraktu lub zakończenia terapii, ale i bez takiego jej wyklarowania celowe jest skierowanie pacjenta do leczenia nie wymagającego od niego zmian, do których nie jest gotowy. W przypadku pacjentów ze zmianami charakteropatycznymi dodatkowym źródłem korzyści jest radykalna ulga, jaką przynoszą epizody zaspokajania potrzeb popędowych, w sposób częstokroć pozbawiony hamulców, przez co zachowania takie wzmacniane są i utrwalane na bardzo pierwotnym poziomie. Dołączające się do tego inne satysfakcje, jak np. poczucie niezależności, „niedania się”, postawienia na swoim sprawiają, że praca motywacyjna może napotkać trudności, w dodatku maskowane przez skłonność tych pacjentów do „naginania prawdy”. Zdarza się, że terapie takie toczą się siłą nacisków zewnętrznych, bez wspólnoty celów pacjenta i terapeuty.

Wstyd u niektórych pacjentów, związany z zachowaniami rozhamowanymi, tylko pozornie daje większe szanse oddziaływania terapeutycznego, w praktyce bowiem jest on tłumiony zachowaniami z tego samego kręgu zaburzenia regulacji zachowania (alkohol, narkotyki, ucieczki itp.). Skądinąd, poddanie się terapii pod naciskiem zwykle nie wróży jej powodzenia, nie przekreśla jednak możliwości zrealizowania, z korzyścią dla pacjenta, częściowych celów, pojawiających się w toku pracy. Nie należy jedynie zapominać, że powstanie nowych schematów zachowań może wymagać znacznie więcej czasu niż w pozornie identycznych zaburzeniach zachowania wynikających z uwarunkowań rozwojowych czy psychodynamicznych.

Inne specyficzne cechy terapii

Wobec rozlicznych trudności, napotykanych w toku terapii tzw. pacjentów organicznych, nieocenioną pomocą, a częstokroć warunkiem zaistnienia terapii w ogóle, jest pozytywny związek terapeutyczny, oparty — ze strony pacjenta na zaufaniu, że terapeuta może przynajmniej złagodzić objawy, i na zadowoleniu, że jest się traktowany inaczej niż dotychczas, o ile oczywiście terapeutcie uda się oddziaływać na niego terapeutycznie; ze strony terapeuty — polegający na stworzeniu płaszczyzny porozumienia opartego na sympatii i cierpliwości, w którą powinien się uzbroić w obliczu ograniczonych celów i powolnego, prawdopodobnie, tempa zmian. Dobry klimat emocjonalny spotkań ma znaczenie szczególne także ze względu na pewien rodzaj regresji, dotyczący tych pacjentów. Ich ograniczenia sprawiają, że funkcjonują, jak byśmy to ujęli w języku psychologii rozwojowej, „poniżej wieku metrykalnego”. Są przez to ciągle narażeni na przekraczające ich możliwości wymagania otoczenia i idącą z nimi w parze frustrację emocjonalną swoich, w znacznej mierze dziecięcych, potrzeb.

Zjawisko przeniesienia sensu stricte u leczonych pacjentów nie występowało, pojawiała

się raczej zgeneralizowana, ujednolicona postawa, którą reagowali mimo odmienności osób i okoliczności. U pacjentów z przewagą zachowań charakteropatycznych ta uogólniona postawa zawierała w sobie elementy nieufności i podejrzliwości wobec ludzi, wynikające z wielokrotnego spotykania się z przejawami niezadowolenia i ponoszenia kar lub innych sankcji. Tego rodzaju doświadczenia wzmocniły i tak obecną u nich skłonność do rozmi-
jania się z prawdą.

Brak bardziej indywidualnych przeniesień wynika z mniejszych psychicznych możliwości pacjentów. Ich przeżywanie determinowane jest raczej przez ich ograniczenia niż przez materiał wyparty, mogący znaleźć wyraz w przeniesieniu. Znacznie częściej obserwowane było natomiast tłumienie z wszystkimi jego korzystnymi i niekorzystnymi skutkami.

Dość często u nawet bardzo zrażonych do ludzi i życia pacjentów istnieje jakaś „wyspa” w postaci jednej idealizowanej osoby, w aktualności lub przeszłości osoby pacjenta, często zresztą wykorzystywanej przez nich jako wzorzec pozwalający dowodzić niezycliwości reszty świata. Obraz takiej osoby nosi w sobie potencjał stania się rodzajem opiekuna, „uspokajacza” pacjenta. Istnienie i odnalezienie w jego zasobach kogoś takiego umożliwia rozbudowanie jego znaczenia, a przez lojalność i identyfikację — naśladowanie zachowań tej osoby wobec siebie, co może mieć charakter korektywny. Proces ten przypomina uwewnętrznianie dobrego obiektu przez pacjentów o zaburzonej osobowości, tyle że ma mniej dogłębny charakter — postać „opiekuńcza”, przynajmniej w opisywanych terapiach, pozostała konkretną, realną osobą, swego rodzaju protezą czy wzorcem stosunku pacjenta do samego siebie i innych.

Jest to jedna z wielu sytuacji, w jakiej może dojść do „zagospodarowania” w terapii zachowanych zasobów, cech, uzdolnień, zwłaszcza że u tych pacjentów znacznie bardziej realistyczne jest bazowanie na zastanym niż tworzenie (czy odtwarzanie) tego, czego nie ma. W tych terapiach bardziej niż w innych podążamy za pacjentem, który wyznacza swój próg rozumienia realności także terapeutycznej i zdarza się, że za przyjęciem jakiejś interwencji stoi zgoła nieoczekiwany sposób jej rozumienia przez pacjenta, logicznie odległy od rozumienia terapeuty. Jeśli nie grozi to rozstaniem się ze zdrowym rozsądkiem w innych kwestiach, nie ma sensu takiego biegu wydarzeń blokować, także dlatego, że jest mało prawdopodobne wyabstrahowanie przez pacjenta ogólnej zasady ze szczegółowego rozwiązania, ale to już, jak w każdej terapii, musi podlegać indywidualnej ocenie terapeuty i weryfikowaniu w toku pracy.

Podobnie jak w pracy z ludźmi starymi, problemem bywa zakończenie terapii, zwłaszcza jeśli nie udało się zawęzić kontraktu do niewielu prostych celów lub nie udało się ich zrealizować. Jeśli pacjent nie zgłasza gotowości do rozstania, a terapeuta ma poczucie wyczerpania możliwości pomocy, ważne jest, aby podsumować wspólnie, z czym kończy on terapię i jakie są jego dalsze cele. Sformułowanie ich musi się odbyć w terapii, do czego dostarcza okazji ujawnianie się mocnych stron i zainteresowań pacjenta. Stworzenie awaryjnej możliwości kontaktu, jeśli nie przekazujemy pacjenta pod opiekę innej osoby czy placówki, pozwala zmniejszyć poczucie pozostawania bez profesjonalnego wsparcia. Zdarza się też, że pacjent wielu, wcześniej, placówek skojarzył doznaną pomoc z modelem wymagającym od niego własnego wkładu, a nie tylko brania leków, do czego tego typu chorzy bywają automatycznie kwalifikowani. To również jest sytuacja, w której stworzenie możliwości ponownego kontaktu jest bardzo wskazane, ma to bowiem bezcenny wpływ

mobilizujący pacjenta do podtrzymania aktywnego stosunku do swoich problemów i życia w ogóle.

Podsumowanie

Uważa się, że pacjenci z objawami zaburzeń organicznych są mało podatni na psychoterapeutyczne metody leczenia. Specyficzne cechy ich funkcjonowania – zaburzenia pamięci, myślenia i emocji – w znacznym stopniu utrudniają im osiągnięcie wglądu w swoje przeżywanie i funkcjonowanie, a także w ich konsekwencje. Wymuszona niepełnymi możliwościami psychicznymi skłonność tych pacjentów do redukcji świata do zrozumiałych dla siebie stereotypów i schematów stoi w sprzeczności z celem terapii, jakim jest wzbogacanie zasobu ich zachowań. Terapię dodatkowo utrudniać może ambiwalencja wobec możliwości poprawy z uwagi na korzyści wtórne czerpane z faktu chorowania. Trudności adaptacji (także do sytuacji terapii) wynikające ze sztywności procesów poznawczych pacjentów nakładają na terapeutę obowiązek maksymalnej otwartości i elastyczności w doborze metod oddziaływania. Realne, ograniczone cele terapii pozwalają uniknąć frustracji obydwu uczestnikom relacji terapeutycznej, co sprzyja atmosferze spotkań i ich efektywności.

Summary

It is considered that patients with symptoms of organic disorders are not very susceptible to psychotherapeutic methods of treatment. Specific traits of their functioning - memory, thinking and emotional disorders - to a large extent make it difficult for these patients to gain insight into their experience and functioning, as well as consequences of these in social relations. These patients have a tendency to reduce the world to well-understood (by them) stereotypes and schemas, caused by their incomplete psychic possibilities and this stands in contradiction with the aims of the therapy, which are to enrich the number possibilities of behaving. The therapy may be also difficult due to the ambivalence towards the possibility of improvement due to secondary gains from the fact of being ill. Difficulty in adaptation (also to the situation of therapy) arising from the stiff cognitive processes of the patients, make it essential for the therapist to be maximally open and flexible in choosing the methods of acting. Realistic, limited aims of therapy allow to avoid frustration in both participants of the therapeutic relationship, which in turn benefits the atmosphere of the sessions and their effectiveness.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A. Rytm życia. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1972.
2. Strzyżewski W, Tokarz F. Zaburzenia psychiczne w chorobach naczyniowych mózgu. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. Psychiatria t. 2. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1988, s. 22–62.

Adres: Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków