

Marta Nowak-Kulpa

METAFORY CIAŁA. ZASTOSOWANIE PSYCHOTERAPII ERICKSONOWSKIEJ W ODDZIALE CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ

BODY METAPHORS. THE PRACTICE OF ERICKSONIAN PSYCHOTHERAPY IN A RECONSTRUCTIVE SURGERY CLINIC

Narodowe Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie,
Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej

**Ericksonian psychotherapy
therapeutic metaphor
psychotherapy in surgery**

Streszczenie

Artykuł prezentuje zastosowanie technik terapii ericksonowskiej, ze szczególnym uwzględnieniem metafor, podczas leczenia pacjentów Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej. Terapia ta opiera się na założeniach Milтона H. Ericksona — skoncentrowaniu na zasobach, na przyszłości, wprowadzaniu zmian małymi krokami, pożytkowaniu wszystkiego, co wnosi pacjent oraz szczególnie zindywidualizowanym sposobie pracy. Podejście to jest skuteczne w warunkach oddziału, w którym pacjenci konfrontują się z wieloma niewiadomymi podczas leczenia i gdzie elastyczność oraz otwartość na zmiany są szczególnie cenne. Operacje zmieniające wygląd zmieniają też obraz ciała i co za tym idzie — poczucie tożsamości. Utrata dotychczasowego obrazu siebie niesie za sobą długoterminowe skutki. Korzystanie z psychoterapii od początku tych zmian daje szansę na łagodzenie bolesnych konsekwencji ponoszonych strat. Przedstawione opisy pracy z lękiem, bólem czy rezygnacją są przykładami na holistyczne podejście do leczenia. Chorzy uzyskując ulgę w cierpieniu psychicznym są bardziej wytrwali w długotrwałym leczeniu i zmotywowani do zdrowienia. Uzyskują ponadto wsparcie i informacje, o co trzeba się zatroszczyć, by w pełni powrócić do zdrowia.

Summary

The article presents a description of the techniques of Ericksonian therapy, with particular focus on the use of metaphors, during the treatment of patients of the Oncologic and Reconstructive Surgery Clinic. This therapy is based on the assumptions of Milton H. Erickson — focusing on resources, on the future, introducing changes in small steps, using everything that the patient brings, and most importantly, individualized method of work. This approach is effective in the department setting, where patients confront many unknowns during treatment and where flexibility and openness to change are especially valuable. Surgery that changes appearance, transforms body image and consequently, the sense of identity. Losing one's current self-image carries long-term consequences. Using psychotherapy from the beginning of these changes gives a chance to reduce the painful consequences of the loss. The presented descriptions of working with anxiety, pain or resignation are

examples of a holistic approach to treatment. Patients receiving relief from psychological suffering are more determined to remain in long-term treatment and are more motivated to recover. They also benefit from support and information about what they need to take care of in order to fully recover.

Wstęp

Psychoterapia ericksonowska [1] bazuje na zaufaniu do nieświadomej, intuicyjnej mądrości człowieka. Mądrość ta składa się z całego życiowego doświadczenia (również tego nienazwanego, emocjonalnego czy zapomnianego) oraz z doświadczenia przekazywanego z pokolenia na pokolenie. W trakcie prowadzonej terapii komunikacja odbywa się na dwóch płaszczyznach. Poziom nieświadomy budowany jest na intuicji pacjenta i psychoterapeuty, zjawiskach przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz reakcjach na komunikaty niewerbalne. Na świadomym, nazwanym i określonym słowami poziomie terapeuty, zgodnie ze zdobytymi umiejętnościami, kieruje uwagę pacjenta w stronę oczekiwanych rozwiązań. Może to robić wprost bądź symbolicznie [2]. Stosowanymi w terapii ericksonowskiej narzędziami komunikacji nie wprost są między innymi metafory i opowieści terapeutyczne, które pozwalają na zasiewanie zdolności do zmian, możliwych do wprowadzania przez pacjentów w swoim tempie i na swój indywidualny sposób [3]. Dzięki metaforom można przedstawić problemy pacjenta i możliwe ich rozwiązania w symboliczny sposób. Niedyrektywne i obrazowe przedstawienie sytuacji wzbogaca odbiór przekazywanych treści i pozwala na znalezienie własnych znaczeń w usłyszanej historii, poza sugestią, jaką miał w intencji przekazać opowiadający. Samodzielne odkrycie znaczenia symbolu angażuje pacjenta w leczenie i wzmacnia jego poczucie sprawstwa [4].

Innym ważnym narzędziem terapeutycznym jest hipnoza — stosowana w specyficzny sposób pozwala pogłębić i przyspieszyć te zmiany, w których czas odgrywa życiową rolę oraz wzmacnia skuteczność procesu psychoterapii [5]. Hipnoza używana od początków medycyny dla polepszania funkcjonowania chorych, początkowo głównie do anestezji [6], nadal ma szerokie zastosowanie także w leczeniu innych objawów pojawiających się w trakcie leczenia szpitalnego. Liczne opracowania wskazują na skuteczność zastosowania hipnozy w leczeniu bólu o różnej etiologii [7–9], zespołu stresu pourazowego [10] oraz obniżaniu skutków stresu pacjentów przygotowujących się do zabiegów i przechodzących operacje [11]. Również w leczeniu depresji [12] i zaburzeń lękowych [13, 14], które współwystępują u pacjentów leczonych chirurgicznie, zastosowanie hipnozy wykazuje wysoką skuteczność terapeutyczną.

Hipnoza ericksonowska jest jednym z rodzajów hipnozy klinicznej, która może być stosowana w celach medycznych przez osoby specjalnie do tego przeszkolone. Jak podkreślał Erickson [15], pacjenci doświadczający szoku z powodu bolesnych doświadczeń chętnie podejmują współpracę w transie hipnotycznym, gdyż ten ułatwia im konfrontację z minionym cierpieniem bez wtórnej traumatyzacji. Osoba będąca w trakcie transu hipnotycznego jest odprężona, skupiona na własnych doświadczeniach, a jej uwaga jest zogniskowana. W tym stanie reaguje nieświadomie na sugestie hipnotyczne. Po powrocie do stanu przed transu towarzyszy jej uczucie zmiany, często zbliżającej do rozwiązania, którego potrzebuje.

Psychoterapia w oddziale chirurgii

Do Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej trafiają chorzy, których wygląd w wyniku leczenia mającego przywrócić im zdrowie (i często uratować życie) zostanie zmieniony [16]. Czasami zmiana taka ma za zadanie przywrócić stan sprzed zachorowania — jak w przypadku rekonstrukcji piersi po mastektomii. Czasami wiąże się z całkowicie nowym wizerunkiem — jak w przypadku rekonstrukcji i przeszczepienia twarzy [17]. Z powodu trudnego do przewidzenia i relatywnie krótkiego pobytu pacjentów w oddziale chirurgicznym, obecność psychoterapeuty w zespole terapeutycznym jest nieoczywista. Aktywność psychologa w tym miejscu kojarzy się z diagnozą, interwencją kryzysową czy pomocą psychologiczną, a psychoterapia zdaje się przynależać do innych miejsc i warunków. Z pewnością nie każda forma psychoterapii jest możliwa do prowadzenia w tych okolicznościach, lecz, jak pokazuje doświadczenie, możliwe jest zastosowanie tu psychoterapii ericksonowskiej. Założenia Milтона H. Ericksona, by psychoterapię dostosowywać do indywidualnych potrzeb pacjenta, do jego możliwości i do możliwości zewnętrznych [18], właśnie w tym miejscu zdają się mieć szczególne zastosowanie. Tak jak chirurdzy bardzo precyzyjnie rekonstruują zniszczone przez chorobę ciało, decydując, które tkanki usunąć i których użyć w ich miejsce, tak samo jest konstruowana psychoterapia. Pomaga ona pacjentom zaakceptować straty i adaptować się do zmian. Pierwszy cel terapii jest zawsze ten sam i wynika ze specyfiki sytuacji — przeżyć i żyć tak dobrze, jak to możliwe.

O możliwości skorzystania ze wsparcia psychoterapeutycznego pacjenci są informowani przy przyjęciu i mogą prosić o nie sami. Potrzebę konsultacji może zgłosić terapeutę także rodzina chorego, lekarz prowadzący czy inny członek personelu, kiedy zauważy niepokojącą zmianę w zachowaniu chorego. Poniżej zostaną zaprezentowane opisy fragmentów prac psychoterapeutycznych z pacjentami kliniki. Dla ochrony ich tożsamości niektóre szczegóły biograficzne zostały zmienione. Przedstawione fragmenty pracy terapeutycznej były zawsze jedynie pewnym elementem procesu psychoterapii. We wszystkich przypadkach terapia opierała się na stworzeniu relacji i sojuszu terapeutycznego, a praca transowa z użyciem hipnozy, metafory lub bajki terapeutycznej była wsparciem dla przyspieszenia czy pogłębienia zachodzących w pacjencie zmian [19]. Wszystkie terapie prowadziła autorka niniejszego tekstu, a ich długość i intensywność zależały głównie od czynników zewnętrznych i czasu, jaki mógł być im poświęcony.

Ze względu na specyfikę pracy oddziału chirurgii rekonstrukcyjnej kontrakt terapeutyczny musi być elastyczny. Czasami sesje terapii odbywały się codzienne (np. w okresie przygotowywania do zabiegu czy w najtrudniejszym dla pacjenta czasie tuż po operacji), czasami raz/dwa w tygodniu (przy dłuższych pobytach w oddziale). Niektóre sesje trwały godzinę, niektóre kilkanaście minut intensywnej pracy — bo tylko tyle czasu było do dyspozycji. W takim modelu pracy czynniki zewnętrzne bardziej determinują kontrakt terapeutyczny niż w gabinecie psychoterapeutycznym, w którym czas i częstotliwość sesji terapeutycznych zależą jedynie od wspólnych ustaleń. W szpitalu trzeba brać pod uwagę wiele ograniczeń. To przestrzeń dla rozwijania kreatywności i umiejętności pożytkowania tego, co jest dostępne; zarówno przez pacjentów, jak przez psychoterapeutę. Bo choć wszyscy są świadomi wagi, jaką ma nastawienie chorego do leczenia i stan jego kondycji psychicznej, to w procedurach medycznych pierwszeństwo mają zabiegi chirurgiczne

i medyczne. Terapia rozpoczęta w oddziale bywa początkiem procesu, który może być kontynuowany po wypisie, w miejscu zamieszkania chorego.

Niezależnie od długości kontraktu terapeutycznego, każda z prac z pacjentem przebiega według kolejnych etapów. Na początku zawiera się sojusz terapeutyczny. Otrzymuje się wtedy zgodę pacjenta na towarzyszenie mu w leczeniu. To ważny moment, w którym chory otwiera się na osobę terapeuty i na zmianę, która ma wynikać z relacji terapeutycznej. Wzmacnianie sojuszu i relacji terapeutycznej pogłębia się z czasem trwania kontraktu i jest wprost proporcjonalne do upływu czasu. Kontrakt terapeutyczny określa cel terapii, czyli to, co trzeba zmienić dla poprawy funkcjonowania chorego. Następnie stawiana jest diagnoza [20]. Aby była terapeutycznie użyteczna, stawia się ją w kilku wymiarach: diagnozuje się obszary cierpienia — tego, co trzeba zmienić, by pacjent doświadczył ulgi; diagnozuje się zasoby pacjenta — to, na czym może się on oprzeć, z czego skorzystać i czym wzmocnić; diagnozuje się również zjawiska transowe, którym pacjent podlega. (Szczegółowy opis wymiarów zjawisk transowych można poznać w obszernej publikacji Edgette i Edgette [21].) Diagnoza zjawisk transowych potrzebna jest dla skonstruowania skutecznej interwencji terapeutycznej — takiej, która pomoże wyjść z zastoju, uzyskać większą elastyczność w możliwości zmiany. (Na przykład jeśli chory tkwi w regresji wieku i jest bezbronny jak dziecko, to, by mógł doświadczyć progresji wieku i poczuć swoją dorosłą sprawczość albo jeśli jego uwaga jest nadmiernie skoncentrowana do wewnątrz, to by mógł ją kierować na zewnątrz etc.) Z powodu presji czasu i małej pewności, ile spotkań uda się odbyć, cel i diagnozę terapeuta stawia na pierwszym spotkaniu i na nim też najczęściej odbywają się pierwsze interwencje terapeutyczne.

Kolejnym etapem jest kreowanie zmian i utrwalanie ich dla poprawy funkcjonowania chorego [21]. Każde zakończenie kontaktu terapeutycznego połączone jest z sugestią możliwości zatrzymania tego, co pacjentowi służy oraz rozwoju w przyszłości dalszych dobrych zmian, których jeszcze potrzebuje.

„Jesteśmy na chirurgii, oczekuj nieoczekiwanego” — mówię pacjentom. To jedna z cech prowadzonej przeze mnie psychoterapii — że kontrakt jest tak elastyczny, jak wymagają tego warunki, na które nie mamy wpływu. Nie można się umówić na liczbę sesji, na ich długość, na stałe miejsce spotkania (czasami rozmowy odbywają się w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej tuż po operacji, czasami na sali chorego, a czasami komfortowo w gabinecie psychoterapeuty — zależnie od stanu pacjenta) ani na czas trwania terapii. To, na co można się umówić, to zbliżenie się do celu w zakresie możliwym tu i teraz, z poznaniem umiejętności wpływania na swój stan w przyszłości, w takim stopniu, w jakim będzie to możliwe. Takie doświadczenie „dzisiaj” czegoś, co będzie pomocne „w przyszłości”, charakterystyczne dla terapii ericksonowskiej, urealnienia i wzmacniania pacjentów w poczuciu sprawstwa w obszarach, na których mają wpływ. Ponadto zasiewa nadzieję, że jest jakaś przyszłość.

Metafory

„Czasami opowiadam historie”

Zdarza się, że przygotowuję chorego na opowieść, która ma mu pomóc doświadczyć różnicy w samopoczuciu (przygotowując go na doświadczenie transowe), a czasem po prostu wplątam interwencję terapeutyczną do rozmowy. Tak było, kiedy zostałam poproszona o konsultację przez chirurga operującego pacjenta M., mężczyznę długo przebywającego w oddziale. W trzecim tygodniu pobytu, po kolejnej reoperacji raka dna jamy ustnej i kolejnym powikłaniu jego nastroj stopniowo się obniżał. 50-letni mężczyzna, pracownik budowlany, głowa rodziny — co w jego oczach było synonimem mocy i dojrzałości — skarżył się na bezsilność, bezsenność i „dziecinny”, według jego słów, lęk. Tego lęku bał się najbardziej. Zarzucał sobie brak odwagi i słabość, której się wstydził. W krótkim wywiadzie dowiedziałam się o jego wczesnodziecięcych doświadczeniach (m.in. o wspinaniu się na drzewa) i o tym, że poprzedni pobyt w szpitalu (w związku ze skomplikowanym złamaniem nogi) zniósł bardzo dobrze. Powiedziałam mu, że wiem, co jest rozwiązaniem i poleciłam skupić się na oddechu, stopniowo pogłębiając trans, a następnie powiedziałam: „Czasami opowiadam historie. Gdybym miała panu opowiedzieć historię, to byłaby ona o chłopcu, który nie znał strachu, a jego ciekawość doprowadziła go na szczyty najwyższych drzew. Kiedy dorastał, zapomniał o swoich umiejętnościach, ale zaczął pracować na budowie i czasami wspaniał się na dachy wysokich domów. Wtedy przypominał sobie o wszystkim i znowu wiedział, że jest odważny. Nawet po upadku i złamaniu nogi nie przestawał wątpić w swoją odwagę. A gdy leżał w łóżku i czekał, aż jego ciało znów będzie zdrowe, miał dobry kontakt ze swoją odwagą. To ułatwiło mu oczekiwanie. Był czasem smutny i odważny, czasami zły i odważny, czasami niecierpliwy i odważny, czasami bezsilny i odważny, czasami zmartwiony i odważny...”. Kontynuowałam opowieść i ta interwencja pomogła pacjentowi oczekiwać na efekty leczenia w większym spokoju, bez lęku, w rozluźnieniu. Odbyło się jeszcze kilka spotkań terapeutycznych (w sumie osiem), w trakcie których chory wracał do różnych doświadczeń, które postrzegał jako swój sukces, przypominając sobie, jak często wykazywał się odwagą. Dobrze zniósł resztę hospitalizacji — jego nastroj się wyrównał, napęd zwiększył, miał apetyt, lepiej spał.

Rozumienie procesu: Pacjent, w wyniku zmęczenia długą i trudną hospitalizacją, odczuwał osłabienie, które utożsamiał ze słabością charakteru. W jego postrzeganiu słabość była czymś, na co nie mógł sobie pozwolić. Kojarzył ją z dziecinnością, bezbronną reakcją i bojąc się utraty kontroli (i utraty kontaktu ze swoją dorosłą, sprawczą częścią) bardzo chciał czuć się silny fizycznie i psychicznie. Im dłużej chorował, im dłużej był osłabiony kolejnymi powikłaniami, tym bardziej przeżywał swoją bezradność i tym bardziej jego stan psychiczny się pogarszał. Postrzegał siebie jako mało odważnego, a odwagi potrzebował, by się nie poddać i podjąć trudom dalszego leczenia (po pobycie w oddziale chirurgii czekała go jeszcze długa radiochemioterapia). To, co pomogło pacjentowi, to skontaktowanie się z poprzednimi doświadczeniami i przypomnienie sobie o swoich możliwościach zaciekawiania się, silniejszego od lęku (spożytkowanie zasobów) oraz doświadczenie elastyczności w wymiarze zjawisk transowych (między innymi z katalepsji — zamrożenia przez lęk, do ruchu — dostrzegania zmian w samopoczuciu oraz z progresji — usztywnia-

jących oczekiwań bycia „dorosłym i dzielnym” do regresji — „by mogło być dziecinnie łatwo”). Kiedy przypominał sobie, że miał już okresy słabości (jak te podczas pobytu w szpitalu po złamaniu nogi) i potem wracał do dawnej siły, łatwiej było mu, bez lęku, czekać na poprawę stanu zdrowia.

Niezbędna resekcja części języka

Pani N., lat 51, nauczyciel akademicki to pacjentka, dla której decyzja o odcięciu części języka była trudna z wielu powodów. Chora była bardzo zmotywowana do współpracy psychoterapeutycznej. Poza odczuwaniem lęku o życie, długotrwałym chorowaniem czy przeżywanym bólem kobieta ta obawiała się, że nawet po udanej rekonstrukcji jej życie nie będzie tak satysfakcjonujące jak dawniej. Jej obawy były całkowicie uzasadnione. Zniekształcona mowa nie pozwalała powrócić do zawodu wykładowcy, trudności z połykaniem i swobodnym oddychaniem mogły jej towarzyszyć jeszcze długo po operacji. Wiedziała o tym wszystkim, bo przygotowywała się do kolejnej operacji. Pierwsza była nieudana i skończyła się usunięciem przyszytego płata.

Chora dowiedziała się podczas przyjęcia, że ma możliwość skorzystania z psychoterapii i poprosiła o spotkanie. Zaczęła od pytania, co może zrobić, żeby tym razem leczenie się udało. Miała podstawową wiedzę o psychoneuroimmunologii i roli psychiki w zdrowieniu ciała. Była gotowa, by wzmacniać swój potencjał do zdrowienia i interesowała się, jak obniżyć poziom stresu.

Rozpoczęliśmy pracę terapeutyczną. Pacjentka przygotowywała się na każdą możliwość. Niepowodzenie już знаła, uświadomiła sobie, że wie, jak sobie z nim poradzić. Miała też gotowość na powodzenie i na zmianę. Pewnej ważnej zmiany w życiu już dokonała. Jednym z trudniejszych doświadczeń w ostatnim czasie było dla niej podjęcie decyzji o odcięciu się od relacji z uzależnionym od alkoholu i stosującym przemoc ojcem, będącym od lat źródłem jej cierpienia i frustracji. Mimo prób zmiany ich stosunków jedynym sposobem na to, by pacjentka mogła poczuć się dobrze, było zerwanie kontaktu. Po tej decyzji jej rodzina przeszła zmiany, a pacjentka przeprowadziła się i poznała mężczyznę, z którym postanowiła się związać. Ten związek się nie udał i znów przyszła decyzja o odcięciu istotnej relacji. W chwili przyjęcia do szpitala, przygotowując się do kolejnej operacji rekonstruującej jej ciało, pacjentka była w trakcie próby rekonstrukcji swojego życia u boku kolejnego mężczyzny. Pytanie, co zrobić, by tym razem się udało, w kontekście jej historii było bardzo metaforyczne. W trakcie pierwszego ze spotkań pacjentka miała refleksję, że tym, co przeszkadzało jej do tej pory była nadmierna koncentracja na innych. Teraz uczyła się nawiązywać kontakt ze sobą, swoimi potrzebami, swoim ciałem. Przez świadome oddychanie, korzystanie z dobrego, głębokiego kontaktu ze sobą w trakcie hipnozy chora uzyskiwała ten stan rozluźnienia, który służy zdrowieniu, gojeniu się, zrastaniu tkanek. Pod koniec pierwszej sesji pani N. doświadczyła takiego stanu i umożliwiliśmy się, że będzie go przywoływać, podążając za rytmem swojego oddechu, ilekroć będzie chciała właśnie w taki sposób zadbać o siebie. Kontakt terapeutyczny obejmował kilka spotkań w trakcie jej pobytu w szpitalu. Nie mogliśmy określić ich dokładnej liczby i chora dobrze rozumiała, że sesji będzie tyle, ile uda się zorganizować w warunkach oddziały. Z każdej z nich mogła wziąć coś, co ją wzmocni. Nie było czasu ani miejsca,

by przyglądać się wewnętrznemu procesowi i zmianom, które zachodzą w przestrzeni psychicznej. Skupiłyśmy się na pracy ciała, metaforach, opowieściach. Kobieta miała ogród i lubiła w nim pracować. Tam znajdowała czas na relaks i cieszenie się owocami swoich wysiłków. Dla spożytkowania tego doświadczenia opowiadane historie działy się w ogrodzie, w którym zwiędłe gałęzie należy usunąć, aby nowe, zdrowe miały lepsze możliwości wzrostu i kwitnienia. Pacjentka wiele razy doświadczała, że aby zrobić miejsce na nowe życie, trzeba usunąć stare części roślin. Przypominała sobie o tym w stanie hipnozy. Zajmując się „wewnętrznym ogrodem” wreszcie zajmowała się sobą. W trakcie jej dwutygodniowego pobytu odbyły się cztery sesje psychoterapii, a w pozostałym czasie pacjentka stosowała poznane autosugestie porządkowania ogrodu.

Wiadomo, że na poziomie ciała osiągnięto zamierzony cel leczenia chirurgicznego. Operacja się powiodła, przeszczep się przyjął i pacjentka w stabilnym stanie została wypisana do domu. Na wizycie kontrolnej, cztery miesiące po wypisie, zgłosiła się do mnie, by powiedzieć, że udało jej się wprowadzić takie zmiany, których potrzebowała, by czerpać radość z życia. Udało jej się usunąć to, co przeszkadzało, by być rozluźnioną i szczęśliwą. Nie było przestrzeni, by rozwijać ten wątek i pacjentka nie opowiedziała mi o szczegółach tych zmian. Były one jednak na tyle istotne, że chciała przyjść i podzielić się wiadomością, że jej życie stało się lepsze.

Rozumienie procesu: Odcięcie chorej części dla ratowania organizmu działo się zarówno na poziomie ciała (nowotwór języka), jak i na poziomie relacji rodzinnych (toksyczny ojciec). Oba procesy były trudne, obciążone konfliktem wewnętrznym i oba wymagały rekonstrukcji — spożytkowania innego elementu (mięśnia/nowej znajomości) do odzyskania utraconych funkcji (możliwości mówienia, swobodnego polykania/budowania poczucia bezpieczeństwa w relacji z mężczyzną). Oba też pierwotnie skończyły się niepowodzeniem. Kolejna próba zaczęła się od akceptacji faktów oraz ograniczeń i otwarcia się na różne rozwiązania. Asocjacja z zasobami (wynikającymi z wcześniejszych doświadczeń oraz silnymi częściami ciała) była tym, co pacjentka zaczęła ćwiczyć w odpowiedzi na nazwanie swoich potrzeb. Osiągnięty dzięki temu stan równowagi pomógł przygotować się jej na to, co miało się zdarzyć, dając chorej większe poczucie wpływu na swoje życie i większy jego komfort. Odwołanie się w transie do doświadczeń pracy w zmieniającym się ogrodzie pomogło w polepszeniu kontaktu ze sobą, w akceptacji nieuniknionych strat i otwarciu na to, co przyniesie przyszłość. U tej chorej największą zmianą w wymiarze zjawisk transowych było przesunięcie z dysocjacji do asocjacji oraz z uwagi skierowanej na zewnątrz do uwagi skierowanej do wewnątrz, ku sobie.

Okład przeciwbólowy

49-letnia pani A., która przed zachorowaniem pracowała fizycznie w małym zakładzie produkcyjnym, była leczona z powodu raka piersi w innym szpitalu 7 lat wcześniej. Początkowo była zoperowana, a następnie przeszła radioterapię, która spowodowała poważne skutki uboczne — poparzyła skórę i tkanki głęboko w ciele. W wyniku tego powstała otwarta rana w klatce piersiowej, która przyczyniała się do bólu i cierpienia trwającego 5 lat. Aby poradzić sobie z nim, codziennie przyjmowała maksymalne dawki narkotycznych

środków przeciwbólowych. Przyjęta do Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej przygotowywała się do zabiegu chirurgicznego polegającego na przykryciu rany jej własną tkanką i skórą pobraną z innej części ciała.

Zabieg przebiegł pomyślnie, jednak dwa dni po operacji percepcja bólu u pacjentki się nasiliła, a nastrój pogorszył się — była przygnębiona, przestraszona i cierpiąca. Pierwszy kontakt terapeutyczny nastąpił po pięciu dniach od operacji. O interwencję prosił jej lekarz prowadzący. Chora sądziła, że potrzebuje więcej leków przeciwbólowych, aby znów poradzić sobie z bólem. „Potrzebuję tych środków przeciwbólowych, ponieważ nie mogę znieść bólu. Nie chcę czuć!” — mówiła. Hipoteza terapeutyczna zakładała jednak, że nie potrzebuje odcięcia uczucia, tylko zmiany w percepcji ciała. Powiedziałam jej: „Dzięki lekom nie odczuwa Pani między innymi bólu. Jednak może Pani zacząć czuć to, jak Pani ciało przestaje cierpieć. Nie chce Pani czuć cierpienia, więc może Pani czuć ulgę... Aby nie czuć tego, czego Pani nie potrzebuje, może Pani poczuć to, co sprawia, że czuje się Pani dobrze”. Zasiałam myśl, że rozwiązanie nie tkwi w znieczuleniu, lecz w odnalezieniu możliwości doświadczania uczucia ciała inaczej niż w bólu.

Pacjentka była bardzo zdeterminowana, aby przestać cierpieć i pomimo wątpliwości współpracowała z psychoterapeutą. W czasie codziennych spotkań zaczęła uczyć się autohipnozy, aby czuć swoje ciało bez bólu. Podczas hipnozy, dziewiątego dnia po operacji (czwartego dnia terapii), pacjentka poczuła istotną zmianę. Powiedziała też o swojej trudności: „Próbuję zmienić ten ból, ale nie czuję się dobrze ... mój ból jest ciężki, ciepły, obejmujący, przytrzymujący, utrudnia mi złapanie oddechu”. Zatem w trakcie swojej interwencji, pogłębiając stan transu, powiedziałam: „...i kiedy próbuje to Pani zmienić i początkowo nie czuje się dobrze, to zmiana przychodzi stopniowo... i to znajome uczucie jest ciężkie, ciepłe, obejmujące, przygniatające i utrudniające złapanie oddechu..., zatem może Pani poczuć je bardziej... i może Pani poczuć to wyraźnie, w dobrym głębokim kontakcie ze sobą... aby móc zapomnieć o tym, czego nie musi Pani pamiętać i pamiętać to, co sprawi, że poczuje się Pani lepiej... Ponieważ zna Pani to uczucie doskonale — ciężkie, ciepłe, obejmujące, przytrzymujące i utrudniające złapanie oddechu... i teraz to Pani sobie przypomniał, bo wie Pani, że to jest dobre”.

Pacjentka poczuła się dobrze w swoim ciele, przypominając sobie przyjemne doświadczenie z przeszłości (o którym opowiadała mi dzień wcześniej, odpowiadając na pytanie, kiedy czuje spokój i ulgę). I powiedziała z pełnym przekonaniem: „O tak! Oczywiście, że znam to uczucie! Tak się czuję, kiedy mój mały wnuk wtula się we mnie!”.

Następnego dnia, mimo wątpliwości lekarza, poprosiła o zmniejszenie dawki środków przeciwbólowych.

Opuściła szpital po 40 dniach od operacji. Z częściową raną, bez bólu. W trakcie jej pobytu odbyło się osiem spotkań terapeutycznych. Rozmawiałam z nią siedem miesięcy po operacji. Była pod stałą kontrolą chirurgiczną, czekała na kolejny przeszczep. Powiedziała mi wtedy: „Czuję się dobrze, dbam o siebie, mocno przytulałam wnuka”. Półtora roku później miała rekonstrukcję piersi. Teraz wygląda i czuje się znacznie lepiej. Nie używa środków przeciwbólowych.

Rozumienie procesu: Pacjentka dysocjowała się od ciała, aby nie odczuwać bólu. Po operacji, kiedy chciała zacząć czuć swoje nowe ciało, strach przed bólem nie pozwolił jej na to. Bała się czuć i bała się nie czuć dobrych zmian, jakie przyniosła operacja. Cierpiała

z powodu bólu, braku kontaktu ze sobą i lęku. Kiedy kobieta przypomniła sobie, jak dobra jest bliskość ukochanej osoby i pozwoliła sobie ją poczuć w stanie hipnozy, skojarzyła swoje trudne uczucia z tymi, które jej służyły i sprawiła, że cierpienie zmieniło się w przyjemny ciężar. Wykorzystała doświadczenie z przeszłości, aby przerwać stosowanie środków przeciwbólowych. Indywidualnie zaprojektowana interwencja hipnoterapeutyczna, oparta na poprzednich dobrych doświadczeniach chorej, spowodowała możliwość zmiany postrzegania ciała, stale zmniejszając przewlekły ból. Zmiana w wymiarach zjawisk transowych zaszła w obszarze asocjacji — dysocjacji, amnezji — hipermnezji oraz przeczulenia — analgezji.

Nowy nos — dawny ja

Czasami pacjenci odpowiadają na terapię swoimi metaforami. Po intensywnej psychoterapii komunikacja metaforyczna jest rodzajem nowego języka zrozumiałego tylko dla pacjenta i terapeuty. Kolejna historia dotyczy pacjenta z nowotworem nosa, szybko narastającą zmianą, która zniekształciła jego wygląd. Pan K., 60-latek z wyższym wykształceniem, po resekcji chorej części twarzy miał przeszczepiony płat skóry, który na dalszych etapach miał być przekształcony w nowy nos. Po pierwszej operacji wygląd pacjenta był dla niego nie do zaakceptowania. Chory nie był w stanie patrzeć na swoją twarz bez opatrunku przykrywającego operowane miejsce. Nie rozumiał entuzjazmu lekarza prowadzącego, który relacjonował mu kolejne etapy prawidłowego gojenia, żywotność przeszczepionego płata i dobre parametry zdrowia. Wyglądało na to, że operacja się powiodła — usunięto całkowicie zmianę nowotworową, szczęśliwie nie było przerzutów, przeszczep się udał i planowano dalsze operacje, które miały nadać właściwą formę przeszczepionemu płatowi i nadać mu kształt nosa. Chory miał poczucie utraty tożsamości i czuł, że po operacji nie jest tą samą osobą. Cierpiał na bezsenność, stale absorbowały go myśli o tym, jak zostanie przyjęty w swoim środowisku, jak zaakceptuje sam siebie. W rozmowach używał określeń — „to nie jestem ja”, „przed operacją, kiedy byłem sobą”, „teraz, jak przestałem być sobą”. Wyraźnie dzielił życie na czas przed i po operacji. Pogorszenie jego stanu zgłosiła pielęgniarka, która zaproponowała choremu rozmowę z psychoterapeutką, na którą przystał. Praca terapeutyczna z tym chorym, poza znajdowaniem ulgi w prezentowanych objawach depresyjnych — bezsennością, obniżonym nastrojem i napędem, wycofaniem i negatywistycznymi ocenami rzeczywistości, koncentrowała się na akceptacji zmienionego wyglądu oraz wspieraniu poczucia tożsamości. Pacjent szukał kontaktu ze sobą przez czucie ciała, dostrzeganie stałości w wielu obszarach jego funkcjonowania. Spędził w oddziale trzy tygodnie. W tym czasie odbyło się sześć sesji terapii. Kierowałam jego uwagę na znajdowanie wszystkiego, co go określało jako osobę — mężczyznę, ojca, męża, przyjaciela, brata, syna czy chrześcijanina. To przynosiło oczekiwany efekt i stopniowo zaczął zmieniać retorykę swoich wypowiedzi z „byłem” na „jestem”.

Pacjent w stabilnym stanie wyszedł ze szpitala, przygotowując się do kolejnych zabiegów. Podczas jednej z wizyt kontrolnych przyszedł się spotkać i opowiedzieć, jak się czuje. Był spokojny, bez objawów depresji i pełen zaangażowania w różne działania, którymi się zajął, odkąd postanowił zrobić sobie przerwę w pracy. Zajął go między innymi generalny

remont domu. Mówił: „Wszystko pozmieniałem, przestawiłem ściany, zmieniłem cały wygląd domu”. „Chce pan powiedzieć, że ma całkiem nowy dom?!” — ja na to. Pacjent spojrział zupełnie zdumiony i odparł: „O, nie! Wcale nie! To jest mój stary, dobrze znany dom. Tylko teraz wygląda inaczej”. Uśmiechnęliśmy się do siebie.

Rozumienie procesu: Pacjent, cierpiąc z powodu choroby, odsuwał od siebie lęk przed śmiercią, koncentrując się na lęku przed oszpecceniem i utratą poczucia tożsamości. Nad tymi właśnie kwestiami był w stanie pracować podczas kontaktu terapeutycznego. Dopóki nie był gotowy przyjąć swojej nowej części twarzy, dysocjował się od niej. Asocjowanie go w innym wymiarze ze swoim ciałem i tym, co go określało jako osobę było działaniem terapeutycznym. Dzięki temu łatwiej zaadaptował się do zmian, skoncentrował na działaniu i przyszłości, radząc sobie z uświadomionymi i nieświadomymi lękami. Użycie przez pacjenta metafory domu, który po całkowitym remoncie nadal jest tym samym domem, było komunikatem dla terapeutki, że terapeutyczna zmiana była skuteczna. U tego mężczyzny zmiana w zjawiskach transowych zaszła w wymiarze asocjacji—dysocjacji oraz zmiany halucynacji negatywnych (pomijania części swojej tożsamości).

Podsumowanie

Zmiany, których doświadczają pacjenci kliniki są nagłe i obejmują szeroki zakres życia. Chorzy tracą poczucie ciągłości dotychczasowego życia — dla wielu z nich staje się ono podzielone na to sprzed i po zabiegu, a przez konieczność bycia zależnym od innych i od warunków zewnętrznych tracą poczucie sprawstwa, obawiają się o przyszłość — o życie, zdrowie, rodzinę czy pracę. Przez zmianę obrazu ciała, który jest kluczowy dla poczucia tożsamości [22], często tracą również dotychczasowy obraz siebie i poczucie własnej wartości.

Wszystkie przedstawione powyżej historie opisują terapię osób zdeterminowanych do zdrowienia, dla których terapia była wsparciem w momencie, gdy w trakcie hospitalizacji nastąpił kryzys. Motywacja do psychoterapii odgrywała istotną rolę dla zaangażowania się pacjentów w proces zmian. Jak przebiegłby ich proces leczenia bez terapii, trudno przewidzieć. Kontakt z pacjentami po zakończonym leczeniu pokazuje wyraźnie, jak dobrze wykorzystali czas dany im na powrót do zdrowia i jak przemiany rozpoczęte w trakcie pobytu w klinice owocnie rozwijały się w kolejnych tygodniach i miesiącach. Pomoc psychoterapeutyczna w oddziale chirurgicznym może się wydawać trudna do przyjęcia przez pacjentów, jeśli ocenia ją ktoś, kto nigdy nie był w tym miejscu. Ostatecznie chorzy nie idą tam mierzyć się ze swoimi trudnościami natury psychicznej, ale by poddać się operacji. Niemniej, w moim doświadczeniu, prawie zawsze odbierają oni możliwość rozmowy z psychoterapeutą z miłym zaskoczeniem i otwartością. Cieszy ich, że mają tę możliwość i korzystają z niej z zaciekawieniem (dla wielu osób jest to pierwszy osobisty kontakt z psychoterapią). Dla pacjentów jest oczywiste, że zdrowienie dotyczy samopoczucia i całego człowieka, a nie tylko jego operowanej części [23]. Zastosowanie ericksonowskiego modelu rozmowy — koncentrującej się na zdrowiu, potencjale i możliwościach — pomaga prowadzić swobodną konwersację, która nie jest dla chorych kolejnym trudem terapeutycznym, a przynosi odczuwalną zmianę. Pacjenci czasem określają to trafnymi opisami. Jeden z nich mówił o „terapii przy okazji”: „Przychodzi pani na salę, rozmawiamy niby

o banałach, powie pani jakąś historię, a potem, jakby przy okazji, czuję się lepiej i często patrzę na problemy z innej perspektywy” — komentował. Natomiast mężczyzna z nasilającym się w trakcie choroby szczękosciskiem, bardzo poruszony indukcją hipnotyczną, której celem było pogłębienie rozluźnienia dla puszczenia blokad i ograniczeń w ciele, powiedział: „Niczego mi pani nie powiedziała i wszystko mi pani powiedziała. To było bardzo pomocne. Dziękuję”. Te informacje zwrotne od pacjentów są, obok obiektywnych wyników leczenia (poprawy jakości snu, obniżeniu lęku, poprawy nastroju, zmniejszeniu percepcji bólu), cenną informacją o skuteczności stosowania metafor w terapii [24].

Choć obecność psychologa w zespole terapeutycznym w oddziale szpitalnym powoli staje się standardem (w zakresie diagnozy i wsparcia psychologicznego), to psychoterapia ciągle nie jest kojarzona z opieką zdrowotną otrzymywaną w oddziałach chirurgicznych. W trakcie spotkań takich jak tu przedstawione i w oparciu o doświadczenia codziennej pracy w klinice dostrzegam, jak duże zastosowanie znajdują strategie ericksonowskie w ułatwianiu dźwigania trudów leczenia oraz w powrocie do zdrowia. Z tego powodu wzbogacanie zespołów terapeutycznych o specjalistów stosujących te techniki może być kolejnym krokiem do rozwijania jeszcze skuteczniejszych, holistycznych sposobów leczenia. Podobnie jak współpraca z psychoterapeutami innych modalności, gdzie możliwe jest takie formułowanie kontraktu terapeutycznego, w którym pomimo trudnych warunków zewnętrznych i braku stałości, podjęcie terapii jest bezpiecznym sposobem wspierania zdrowienia.

Piśmiennictwo

1. Zeig JK, Munion W. M. Milton H. Erickson. Gdańsk: GWP; 2005.
2. Klajs K, Lipman L. Terapia ericksonowska. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Warszawa: Eneteia; 2011; s. 283–299.
3. Barker P. Metafory w psychoterapii. Gdańsk: GWP; 1997.
4. Szymańska K. Podróż do wnętrza — zastosowanie hipnozy ericksonowskiej w terapii zaburzeń psychosomatycznych. *Psychoter.* 2012; 1(160): 37–50.
5. Yapko MD. Podstawy hipnozy. Gdańsk: GWP; 2000.
6. Hammond DC. Hypnosis as sole anesthesia for major surgeries: Historical & contemporary perspectives. *Am. J. Clin. Hypn.* 2008; 51(2): 101–121.
7. Montgomery GH, Duhamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2010; 4 (2): 138–153.
8. Thompson T, Terhune DB, Oram Ch, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, Veronese N, Stubbs B. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019; 99: 298–310.
9. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. *Am. Psychol.* 2014; 69 (2): 167–177. DOI: 10.1037/a0035644.
10. Rotaru T-S, Rusu A. A meta-analysis for the efficacy of hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2016; 64(1): 116–136.
11. Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovberg DH. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesth. Anal.* 2002; 94: 1639–1645. DOI: 10.1097/0000539-200206000-00052.

12. Yapko M. Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2010; 58(2): 137–146.
13. Hammond C. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Rev. Neurother.* 2010; 10 (2): 263–273. DOI: 10.1586/ern.09.140.
14. Provençal SC, Bond S, Rizkallah E, El-Baalbaki G. Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systemic review and meta-analysis. *Burns* 2018; 44: 1870– 881.
15. Erickson MH, Rossi EL. *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press; 2014.
16. Maciejewski A, red. *O sztuce chirurgii rekonstrukcyjnej*. Gdańsk: Grupa Via Medica; 2019.
17. Nowak-Kulpa M. Psychologiczne aspekty procesu przeszczepienia twarzy. W: Jabłecki J, Jabłoński A, Kowal K, red. *Transplantacje kończyny górnej i twarzy*. Warszawa: PZWL; 2018, s. 141–148.
18. Rosen S. *Mój głos podąży za tobą*. Poznań: Zysk i S-ka; 1997.
19. Haley J, Richerport-Haley M. *The art of strategic therapy*. New York: Brunner – Routledge; 2003.
20. Klajs K. *Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Zysk i S-ka; 2017.
21. Edgette J. H. & Edgette J. S. *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel Inc; 1995
22. Haley J. *Niezwykła terapia*. Gdańsk: GWP; 2018.
23. Keenan JP, Gallup GG, Falk D. *The face in the mirror: The search for the origin of consciousness*. New York: Harper Collins; 2003.
24. Kekecs Z, Varga K. Positive suggestion techniques in somatic medicine: A review of the empirical studies. *Interventional Medicine & Applied Science*. 2013; 5 (3): 101–111. DOI: 10.1556/IMAS.5.2013.3.2.
25. Varga K. Suggestive techniques connected to medical interventions. *Interventional Medicine & Applied Science* 2013; 5 (3): 101–111.

Adres: martanowakkulpa@gmail.com