

PSYCHOTERAPIA PACJENTÓW ZE WSPÓLISTNIEJĄCYMI ZABURZENIAMI NERWICOWYMI I CHOROBYMI SOMATYCZNYMI W KLINICE NERWIC INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII

PSYCHOTHERAPY OF THE PATIENTS WITH COMMORBID OF NEUROTIC DISORDERS AND SOMATIC DISEASE IN DEPARTMENT OF NEUROTIC DISORDERS OF INSTITUTE OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGY.

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

**psychotherapy
somatic disease and neurotic
disorders
denial mechanism
psychotherapeutic approach**

Autorka odwołując się do modelu biopsychospołecznego wykazuje zasadność stosowania różnorodnych oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu objawów nerwicowych u pacjentów z chorobami somatycznymi. W artykule odwołuje się do wieloletnich doświadczeń funkcjonowania oddziału nerwic IPiN-u w Warszawie.

Summary: The paper presents a specific treatment for patients with comorbidity of neurotic disorders and somatic disease. Particular emphasis is put on the psychotherapy aims and difficulties. Psychotherapy contributes in the improvement of psychological state and at the same time can be helpful in the treatment of somatic disease. The important thing is to analyze the relationship between the mental state and somatic disease. The author presents some important elements of various psychotherapeutic approaches in those cases.

System leczenia w Klinice Nerwic IPiN został stworzony przez prof. Stefana Ledera w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku z uwzględnieniem eklektycznego rozumienia genezy zaburzeń nerwicowych, w której odgrywają rolę zarówno czynniki biologiczne (genetyczne, somatyczne), jak i psychospołeczne [1]. Zgodnie z zasadami medycyny holistycznej, traktującej człowieka jako jednostkę biopsychospołeczną, do Kliniki Nerwic przyjmujemy czasem pacjentów cierpiących na poważne choroby somatyczne, choć kierowani są tutaj z powodu zaburzeń nerwicowych [2]. Dostrzegamy wzajemne związki między zaburzeniami nerwicowymi a chorobami somatycznymi, a także ich wpływ na przebieg psychoterapii [3]. Ponadto w psychoterapii pacjentów z chorobą somatyczną musimy uwzględnić problemy psychospołeczne zarówno wynikające z etiologii choroby, jak i będące jej skutkami [4]. Nieefektywne mechanizmy radzenia sobie mogą nie tylko zwiększyć nieprzystosowanie pacjenta, ale również pogłębić zagrożenie związane z chorobą somatyczną [2]. Pacjenci z chorobą somatyczną kierowani są do psychiatrii przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny najczęściej z powodu:

- trudności we współpracy w leczeniu choroby somatycznej wynikających z zaburzenia lękowego (agorafobii, fobii społecznej, lęku uogólnionego);
- niestosowania się do zaleceń lekarskich;

- realizacji celów życiowych, które mogą pogorszyć przebieg choroby somatycznej;
- objawów czynnościowych związanych z zaburzeniem nerwicowym, które rzutują znacząco na przebieg choroby somatycznej.

Mimo że poddanie się pacjentów szczególnie z ciężką chorobą somatyczną leczeniu w Klinice Nerwic stanowi trudność dla nich samych i dla całej społeczności terapeutycznej, to wiele argumentów przemawia za podejmowaniem psychoterapii. Oddziaływanie psychoterapeutyczne w takich przypadkach jest wskazane ze względu na to, że:

- chroniczna choroba jest stresem, który wywołuje poczucie zagrożenia (lęk), poczucie krzywdy, straty, poczucie bezradności, bezsilności;
- przeżycia (stresory) związane zarówno z chorobą somatyczną, jak i z zaburzeniem nerwicowym mogą wzmacniać reakcję ze strony układu wegetatywnego i zaostrzać objawy choroby somatycznej;
- w skład zaburzeń nerwicowych wchodzi często objawy depresji o lekkim lub średnim nasileniu: zmęczenie, wyczerpanie, drażliwość, bezsenność, brak apetytu (udowodniono, że objawy depresyjne mogą zaostrzać przebieg choroby somatycznej) [4];
- w świetle psychoneuroimmunologii stany psychologiczne mogą wpływać na funkcjonowanie układu odpornościowego [3].

Dane z piśmiennictwa potwierdzają skuteczność psychoterapii we wszystkich dziedzinach medycyny. Psychoterapia kompleksowa (grupowa, indywidualna, relaksacja, muzykoterapia) umożliwia zniesienie nie tylko lęku, objawów depresyjnych, ale także redukcję biologicznych czynników choroby niedokrwiennej (ciśnienia skurczowego, rytmu serca, poziomu cholesterolu). W dwuletniej katamnezie stwierdzono mniejszą śmiertelność i liczbę nawrotów epizodów sercowo-naczyniowych wśród pacjentów poddanych psychoterapii [5].

Kardiologiczne programy rehabilitacyjne, w tym grupowe treningi radzenia sobie ze stresem, przynoszą, w porównaniu z grupami kontrolnymi, pozytywne efekty w postaci zmniejszenia się nasilenia objawów depresyjnych, lękowych, poprawy aktywności fizycznej, korzystnego profilu lipidowego oraz redukcji nadwagi [6].

W Klinice Nerwic, po zakończeniu leczenia u pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia nerwicowego i choroby somatycznej nawet o ciężkim przebiegu, obserwujemy poprawę nie tylko objawową, związaną z ustąpieniem zaburzeń czynnościowych, ale także stanu somatycznego [3]. Poprawa stanu ogólnego w dużej mierze wiąże się głównie z lepszą współpracą pacjenta w leczeniu choroby somatycznej dzięki:

- zniesieniu lęku uniemożliwiającego udział w badaniach diagnostycznych i koniecznych konsultacjach;
- zniesieniu komponentu wegetatywnego objawów nerwicowych;
- wzmocnieniu motywacji do podejmowania zachowań prozdrowotnych i aktywnego uczestniczenia w procesie rehabilitacji;
- zmianie zachowań i stylu życia, np. w chorobie wieńcowej;
- zwiększeniu umiejętności tolerowania choroby oraz dolegliwości, pogodzeniu się z pewnymi ograniczeniami, co może wiązać się ze zmianą systemu wartości;

- wydobyciu i wzmocnieniu naturalnych zasobów z wykorzystaniem dotychczasowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych;
- zmianie postrzegania sytuacji stresogennej, jaką jest choroba somatyczna, poprzez przypisywanie jej innego znaczenia, bardziej skutecznym metodom radzenia sobie;
- uzyskaniu częściowej kontroli nad chorobą oraz towarzyszącymi jej nadmiernymi emocjami.

Specyfika pacjentów z zaburzeniem nerwicowym i chorobą somatyczną

Nieprawidłowe cechy osobowości, często występujące u pacjentów z zaburzeniem nerwicowym, sprzyjają pojawieniu się nieprawidłowych postaw także wobec choroby somatycznej — szczególnie niekorzystna jest wyuczona bezradność, bezsilność, poczucie beznadziejności, bierny opór [3]. Długotrwała choroba somatyczna nie tylko wiąże się z fizycznym cierpieniem, ale pociąga za sobą zmiany we wszystkich dziedzinach życia. Należy pamiętać, że w przebiegu przewlekłej choroby somatycznej rozwijają się także wtórne nieprawidłowe cechy osobowości, które utrudniają współpracę w psychoterapii [3]:

- homilopatia: nieufność, przypisywanie otoczeniu wrogich zamiarów, brak wiary we własne możliwości, zachowania antyspołeczne [4];
- cechy „mikroorganiki” (encefalopatii) MBD (minimal brain dysfunction) mogą pojawić się w przebiegu chorób z przewlekłym niedotlenieniem o. u. n. (np. układu krążenia i oddechowego). Pacjenci z MBD mają często trudności z porządkowaniem informacji, strukturoowaniem myślenia, planowaniem i organizacją swojego życia, co ma istotny wpływ na przebieg psychoterapii [7].

W chorobie somatycznej często występuje mechanizm zaprzeczania jej, a związany z lękiem przed śmiercią [2]. Przeprowadzono badania [8] wśród 56 mężczyzn w przedziale wieku od 40 do 77 lat po mniej więcej 5 latach od pierwszego niepowikłanego zawału serca. Wykonano test Badania Postawy Wobec Choroby Wrześniewskiego. Przebyciu zawału zaprzeczało 26 badanych, tj. 46%, przy czym 9 osób, tj. 16%, twierdziło zdecydowanie, że nie miało zawału serca, a pozostałych 17 osób 30% — że raczej nie miało [8]. W wymiarze psychologicznym zaprzeczanie chorobie ma dla takich osób znaczenie korzystne, gdyż prowadzi do obniżenia poziomu lęku, agresji, skłaniając do aktywności życiowej. Mechanizm zaprzeczania chroni przed przyjęciem postawy rezygnacyjnej i pozwala przetrwać w trudnej sytuacji. Czasem, z punktu widzenia lekarza, osoba stosująca mechanizm zaprzeczania chorobie po zawale serca należy do grupy zwiększonego ryzyka ze względu na tendencję do lekceważenia objawów i zaleceń [8]. Może to prowadzić do zniekształcenia percepcji i fałszowania rzeczywistości, stawiania sobie nierealistycznych celów lub wymagań, przekraczających posiadane możliwości [2]. Mechanizm zaprzeczania może być przeszkodą w podjęciu działań ukierunkowanych na odzyskanie zdrowia. Pacjenci nie poszukują informacji o swojej chorobie, ale przeciwnie — unikają ich aktywnie lub wręcz podejmują aktywności dla zdrowia szkodliwe [2].

W Klinice Nerwic obserwowano następujące zachowania związane z mechanizmem zaprzeczania chorobie somatycznej [2]:

- ukrywanie objawów bądź niestosowanie się do zaleceń lekarskich, co może zagrażać życiu pacjenta w obliczu poważnej choroby somatycznej;

- odmawianie przez pacjenta uczestniczenia w konsultacjach i w badaniach diagnostycznych;
- przekonanie, że pokona chorobę poprzez stosowanie forsownych ćwiczeń fizycznych i pracy ponad siły.

Trudności w psychoterapii pacjentów z rozpoznaniem choroby somatycznej i zaburzenia nerwicowego leczonych w Klinice Nerwic wynikały głównie z mechanizmu zaprzeczania objawom choroby somatycznej [2]. Powoduje to nierealistyczne oczekiwania, że psychoterapią można pokonać chorobę somatyczną, co stanowi utrudnienie w wytyczeniu realistycznych planów na przyszłość. Pacjenci chętnie godzą się na analizowanie swoich problemów psychospołecznych, uznają ich istnienie i współpracują w ich rozwiązywaniu, natomiast unikają omawiania problemów związanych z chorobą somatyczną. W razie próby podważenia mechanizmu zaprzeczania (np. konieczność zlecenia dodatkowych badań czy konsultacji) może wywiązać się „walka” z terapeutą lekarzem [3]. Niekorzystne wcześniejsze doświadczenia pacjentów z pracownikami medycznymi mogą utrudniać relację terapeutyczną, szczególnie, gdy terapeutą jest lekarz. Przejawia się to brakiem współpracy lub wręcz podważaniem jego kompetencji.

Problemy terapeuty związane są z odpowiedzialnością za życie bądź pogorszenie się stanu somatycznego pacjenta [2]. W przebiegu psychoterapii mogą się nasilić objawy czynnościowe w kontekście przeżywanych emocji, np. w trakcie omawiania życiorysu czy sytuacji konfliktowej, które w efekcie mogą mieć wpływ na przebieg choroby somatycznej. Wiąże się z tym trudność z podejmowaniem niektórych drażliwych tematów, by uniknąć nasilonej reakcji emocjonalnej [3].

Trudność z rozpoznaniem emocji (aleksytymia) utrudniają psychoterapię pacjentów z zaburzeniami somatycznymi, w których istotną rolę etiopatologiczną odgrywają czynniki psychospołeczne [3].

Choroba somatyczna poprzez wiążącą się z nią mikroorganiką czy encefalopatią, może nasilać reakcje pacjenta na wszelkie przykre sytuacje w przebiegu psychoterapii, co przejawia się jego nadmierną drażliwością, labilnością emocjonalną [2]. Terapeucie czasem trudno odróżnić somatycznie uwarunkowane ograniczenia percepcji od oporu pojawiającego się w sposób naturalny w przebiegu psychoterapii. Pacjent wówczas nie odpowiada na interwencje terapeuty i dalej kieruje się własnym tokiem myślenia [7]. Terapeuta może zareagować zniecierpliwieniem i irytacją, jeśli nie uwzględni deficytów pacjenta. Dlatego ważne jest, by skorygował swoje oczekiwania względem pacjenta i zmodyfikował swój rodzaj pracy. Interpretacje powinno się podawać ostrożnie i wyraźnie lub posługiwać się obrazowymi przykładami [7]. Osłabioną kontrolę pacjenta nad własnym myśleniem i zachowaniem można wspomóc poprzez wprowadzenie treningu kontroli zachowań impulsywnych. W celu poprawy komunikacji z innymi ludźmi ważne jest zwrócenie uwagi pacjentowi na jego zbyt częste odbieganie od tematu lub powtarzanie tych samych stereotypowych wyrażen. Stąd wydaje się ważne omówienie jego trudności spowodowanych mikroorganiką i jej wpływem na funkcjonowanie społeczne [7].

W Klinice Nerwic kompleksowe oddziaływania terapeutyczne stwarzają możliwość zmiany postawy wobec siebie samego, ważnych osób z przeszłości i obecnie, różnych trudnych sytuacji oraz objawów chorobowych i planów na przyszłość. Dochodzi do zmiany

sposobu myślenia i przeżywania, zachowania, a także wypracowania wglądu w psychologiczne mechanizmy zaburzenia nerwicowego [2]. Profesor Stefan Leder za podstawę terapii zaburzeń nerwicowych uważał proces społecznego uczenia się. Odbywa się ono w różnych kontekstach — od dualnego w relacji z terapeutą indywidualnym poprzez terapię grupową aż do społeczności terapeutycznej [1]. Na podstawie badań przeprowadzonych w Klinice Nerwic stwierdzono, że istnieje współzależność między poprawą objawową (emocjonalno-wegetatywną) a zmianą postawy i lepszą adaptacją społeczną [9]. Na podstawie naszych obserwacji, u pacjentów z chorobą somatyczną i zaburzeniem nerwicowym poprawa objawowa była związana głównie z poprawą ich funkcjonowania społecznego. Pacjenci nawet z chorobą somatyczną zagrażającą życiu szybko dostosowywali się do zasad rządzących społecznością terapeutyczną, gdzie wartościami obowiązującymi są: aktywność, odpowiedzialność za siebie i za innych, wytrwałość w pokonywaniu trudności, wzajemna życzliwość, zrozumienie. W społeczności terapeutycznej odgrywali oni rolę eksperta, doradcy, angażowali się w omawianie spraw innych, co dawało im poczucie mocy i kompetencji [2]. Chętnie uczestniczyli w pracach samorządu pacjentów. W trakcie prezentacji swojego zawodu z zaangażowaniem opowiadali o swojej pracy; w przypadku pacjenta z fobią społeczną i z marskością wątroby, z zawodu artysty malarza, sukcesem terapeutycznym był pokaz jego prac plastycznych [2]. Doznawali oni jednak szczególnego wsparcia ze strony innych. W razie pogorszenia się ich stanu somatycznego, np. wymagającego hospitalizacji w innym szpitalu specjalistycznym, byli odwiedzani przez pacjentów Kliniki Nerwic i zachęceni do ponownego podjęcia terapii. W toku omawiania sytuacji konfliktowych na forum społeczności terapeutycznej pacjenci zazwyczaj zaczynali zauważać pozytywne strony ujawniania emocji negatywnych. Dostrzegali, że ich problemy w relacjach z ludźmi nie są związane jedynie z chorobą somatyczną [2]. W efekcie inaczej sobie radzili z chorobą, głównie poprzez zmianę w postawach i relacjach z ludźmi. Obserwowano zmianę w ich zachowaniu — stali się żywsi emocjonalnie, co uwidaczniało się w mimice i sposobie poruszania się. Pod koniec terapii pacjenci z chorobą somatyczną spontanicznie nawiązywali bliższe relacje z poszczególnymi osobami społeczności terapeutycznej, a po jej zakończeniu utrzymywali kontakt z Klubem Byłego Pacjenta [2].

W Klinice Nerwic podczas 10-tygodniowej terapii chorzy korzystali z różnych oddziaływań terapeutycznych: psychoterapii indywidualnej oraz grupowej, psychodramy, psychorysunku, muzykoterapii, choreoterapii, psychoedukacji, terapii zajęciowej, socjoterapii.

U pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia nerwicowego i choroby somatycznej czynniki leczące w psychoterapii indywidualnej mają charakter uniwersalny i stąd istotna jest [4]:

- 1 – relacja terapeutyczna;
- 2 – możliwość odreagowania emocjonalnego;
- 3 – procedura uczenia się.

Ad 1. W przypadku nawet nieuleczalnej choroby somatycznej właściwa relacja lekarz — pacjent może stanowić ważny czynnik terapeutyczny. **Terapeuta lekarz w relacji z pacjentem z chorobą somatyczną powinien wysłuchać jego wątpliwości, unikać paternalizmu i nacisku [10].** Ważne jest wysłuchanie nie tylko skarg psychosomatycznych, ale również dostrzeżenie przekonań i emocji związanych z chorobą, z procedurami diagnostycznymi i leczniczymi; poznanie go jako osoby, z jego systemem wartości oraz z przekonaniami

i relacjami z innymi; zwrócenie uwagi na jego sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w przeszłości (alkohol, leki), poszukiwanie i wzmocnienie jego mocnych stron, nauczenie go relaksacji.

Ad 2. Bezpieczny kontakt pacjenta z terapeutą daje możliwość: przeżycia relacji emocjonalnej [1]; odreagowania emocji związanych ze znaczącymi osobami, zwłaszcza pełniącymi role rodzicielskie czy opiekuńcze; przepracowania tych emocji i mechanizmów obronnych; wypracowania wglądu w typowe mechanizmy funkcjonowania i ich rolę w kształtowaniu konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych i — w konsekwencji — objawów.

Eksploatacja emocji negatywnych często łączy się z ustąpieniem zaburzeń nerwicowych (czynnościowych), a tym samym z odbarczeniem układu wegetatywnego.

Ad 3. Procedura uczenia się obejmuje: uzyskanie wyjaśnienia trudności, objawów i emocji związanych z przeżywaniem swojej choroby; otrzymanie rzeczowych informacji, wyjaśnienie wątpliwości co do postępowania medycznego (często lęk można złagodzić przez udzielenie choremu podstawowych informacji dotyczących jego zdrowia i prognozy leczenia) [10]; uzyskanie nowych strategii radzenia sobie z trudnościami; zmniejszenie poczucie bezradności w obliczu choroby [4].

W Klinice Nerwic praca w ramach psychoterapii indywidualnej nad zmianą stosunku do choroby somatycznej była jednak utrudniona. W początkowej fazie terapii indywidualnej w niektórych przypadkach ujawnił się problem z ustaleniem kontraktu terapeutycznego — rozbieżność celów pacjenta i terapeuty. Dla terapeutów celem terapii była zmiana mechanizmów radzenia sobie z chorobą somatyczną oraz postaw wobec innych i samego siebie, natomiast niektórzy pacjenci określali swoje oczekiwania związane z psychoterapią w kategoriach wyleczenia z choroby somatycznej [2]. Stąd praca nad mechanizmami zaprzeczania była znaczącą częścią terapii indywidualnej mającej na celu zmianę nastawienia do choroby. W końcowej fazie terapii istotnym zadaniem terapeuty jest pomoc w sformułowaniu planów na przyszłość. Ważne jest stopniowe wypracowanie realistycznych celów z uwzględnieniem ograniczeń związanych z chorobą somatyczną. W związku z tym istotna jest pomoc w zmianie systemu wartości (np. w miejsce kariery zawodowej budowanie bliskiej relacji w rodzinie) i respektowanie prawa pacjenta do podejmowania decyzji.

Psychoterapia grupowa: stanowi jedną z głównych metod terapii w Klinice Nerwic, gdyż daje możliwość aktywnego uczenia się umiejętności społecznych na podstawie informacji zwrotnych o własnym zachowaniu [1]. Grupa stara się dostrzegać charakterystyczne dla danego pacjenta, powtarzające się w różnych sytuacjach, sposoby przeżywania i zachowania. Członkowie grupy uczą się rozwiązywania problemów poprzez wzajemne interakcje, modelowanie i mechanizmy dynamiki grupowej [1]. Na podstawie badań przeprowadzonych w Klinice Nerwic stwierdzono, że istotnym czynnikiem wpływającym na pozytywną zmianę postaw pacjentów z zaburzeniem nerwicowym jest poczucie identyfikacji i spójności z grupą [1]. W odróżnieniu od pacjentów z zaburzeniem nerwicowym, którzy eksponują swoje objawy czynnościowe, pacjenci z chorobą somatyczną pragną podjąć walkę o własne „ja”, ale nie poprzez chorobę. Początkowo starają się pokazywać jako silniejsi i zdrowsi niż są, nie ujawniają pogorszeń stanu fizycznego [2]. Być może

ich niechęć do ujawniania problemów somatycznych wynika z lęku przed wykluczeniem przez homogeniczną grupę pacjentów z zaburzeniem nerwicowym.

Wsparcie informacyjne, głównie poprzez dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne problemy, udzielanie rad i wskazówek ma ważne znaczenie w radzeniu sobie z chorobą somatyczną [11]. Pacjenci z zaburzeniem nerwicowym, w przeciwieństwie do pacjentów z chorobą somatyczną, skoncentrowani są na zaburzeniach czynnościowych, domagają się kolejnych badań i konsultacji [3]. Stosowane metody terapeutyczne mają więc na celu zmianę przekonań pacjenta z zaburzeniem nerwicowym, dotyczących organicznych uwarunkowań jego dolegliwości, i uznanie przez niego psychologicznych uwarunkowań objawów [2]. W Klinice Nerwic w przypadku pacjentów z ciężką chorobą somatyczną, szczególnie o niekorzystnym rokowaniu, udzielanie informacji o chorobie somatycznej niekiedy nie było możliwe, gdyż unikali oni omawiania tych tematów. Jak wynika z naszych obserwacji, grupa terapeutyczna pełniła rolę ochraniającą wobec pacjentów z chorobą somatyczną: unikano informacji zwrotnych o charakterze krytycznym [2]. Grupa terapeutyczna mogła niekiedy przyczynić się do wzmocnienia uruchamianego przez pacjenta z chorobą somatyczną mechanizmu zaprzeczania, np. poprzez ukrywanie faktu przyjmowania dodatkowych leków lub niepokojących objawów. Zazwyczaj pacjenci dzielili się tymi spostrzeżeniami indywidualnie z terapeutą grupowym, stąd praca nad mechanizmem zaprzeczania na forum grupy była raczej utrudniona.

Wsparcie społeczne ma szczególne znaczenie dla osoby, której trudno poradzić sobie z poważnymi problemami zdrowotnymi. Jego wartość wyznaczają 2 kryteria [11]:

- 1 – okazana pomoc pozwala skutecznie rozwiązać problem;
- 2 – aktywizacja własnych zasobów pacjenta przygotowuje go do samodzielnego radzenia sobie w przyszłości.

Pacjenci z chorobą somatyczną o ciężkim przebiegu lub niekorzystnym rokowaniu otrzymywali głównie wsparcie emocjonalne poprzez przekazywanie im informacji zwrotnych wzmacniających pozytywnie: podtrzymujących, akceptujących, uspokajających. Poczucie akceptacji i bezpieczeństwa pozwoliło pacjentom z chorobą somatyczną uporządkować myśli, rozładować napięcie, wyrazić obawy. Poświęcona uwaga ma jeszcze jeden ważny aspekt — wpływa na poprawę samooceny: „mimo swoich problemów zasługuję na zainteresowanie, zrozumienie, sympatię”, co ma zasadnicze znaczenie w zmaganiu się z trudnościami [11].

Badania przeprowadzone przez psychologa zdrowia Jamesa Pennebakera wykazały, że tłumienie myśli oraz uczuć związanych z przeżywaniem sytuacji stresowej osłabia siły obronne organizmu [12], natomiast ujawnienie emocji poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne. Aktywne hamowanie lub tłumienie wiedzy o zjawiskach traumatycznych (np. otrzymanie informacji o nieuleczalnej chorobie) wymaga dodatkowej aktywności fizjologicznej związanej z uruchomieniem osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, co ostatecznie może nasilić objawy choroby [12].

O pewnych wydarzeniach, jak np. choroba nowotworowa, trudno jest rozmawiać z innymi ludźmi. Psychoterapia w znacznym stopniu redukuje stres, osłabiając proces hamowania emocji. Na forum grupy uwolnienie silnych, tłumionych emocji ma aspekt kataraktyczny. W trakcie zwierzenia się pacjent może zweryfikować, czy jego własne myśli

i działania mieszczą się w granicy normy oraz konfrontować własne uczucia z uczuciami innych. Ponadto zwierzanie się pozwala także uzyskać informację o sposobach radzenia sobie ze stresem — w tym przypadku z chorobą somatyczną [12]. W Klinice Nerwic ważną częścią psychoterapii jest opowiedzenie życiorysu przez pacjenta na forum grupy. W procesie psychoterapii ujawnienie wspomnień pozwala na lepsze zintegrowanie ich z obecną rzeczywistością i zapobiega pojawieniu się ruminalacji i myśli autodestrukcyjnych [13].

Bardzo pomocne w przypadku pacjentów z chorobą somatyczną okazały się techniki projekcyjne: psychodrama, psychorysunek, muzykoterapia, choreoterapia, gdyż umożliwiają ominięcie mechanizmu zaprzeczania i konfrontację z realnymi emocjami [2]. Być może dlatego pacjenci z chorobą somatyczną o niepomysłnym rokowaniu niechętnie uczestniczyli w tego typu zajęciach [2]. Oddziaływanie na sferę emocjonalną z pominięciem sfery intelektualnej pozwala na dotarcie do głęboko skrywanych emocji [1].

Istotną rolę psychodramy jest odgrywanie zachowań z jakiegoś powodu niełatwych do zaakceptowania w sytuacjach realnych. Przedstawienie trudnych faktów z własnej historii w warunkach pewnej umowności związanej z odgrywaniem ról ułatwia pacjentowi wyrażenie emocji (doznania krzywdy, upokorzenia, rozczarowania) zepchniętych do podświadomości [1]. Omawianie wykonywanych zadań pomaga w poznawczym wypracowywaniu wglądu. W przypadku pacjentów z chorobą somatyczną szczególnie efektywna była praca wglądowa nad relacjami z rodzicami i rodzeństwem, od których byli nadal zależni emocjonalnie [2]. Uświadomienie sobie przez pacjenta własnych uczuć umożliwia mu poznanie świata pragnień, obaw i lęków, otwarcie się na innych ludzi. Dotarcie do silnie tłumionych potrzeb seksualnych było często przeżywane przez pacjentów z poczuciem wstydu, a jednocześnie frustracji, „że dla partnera mogą stanowić wyłącznie kłopot” [2]. W przypadku pacjentki z niedomykalnością zastawki aortalnej i z zaburzeniem dysocjacyjnym wartość diagnostyczną miała psychodrama, podczas której odgrywała rolę niewidomej, prowadzonej przez inną osobę. Wystąpiło wówczas zasłabnięcie z drgawkami. Pacjentka skomentowała to stwierdzeniem, że (cyt). „sytuacje, w których tracę kontrolę nad przebiegiem wydarzeń, są nie do pokonania” [15].

Psychorysunek też ułatwia pacjentowi wypowiedzi na temat własnej choroby. Tematy psychorysunku mogą być ukierunkowane na indywidualne problemy pacjentów, np. przeżycia urazowe, potrzeby, obawy, dążenia, obraz samych siebie. Niewerbalny charakter zajęć sprzyja ujawnieniu ukrytych treści, a omawianie ich w grupie pozwala na poznawcze przepracowanie i przeformułowanie problemów [1]. Niekiedy jednak pacjenci z rozpoznaniem choroby somatycznej o niekorzystnym rokowaniu ujawniali na rysunku swoje projekcje życzeniowe związane z mechanizmem zaprzeczania chorobie somatycznej. Pacjentka z niedomykalnością aortalną na rysunku zatytułowanym „Ja za 3 lata” narysowała siebie jako atrakcyjną i zdrową kobietę, co podkreśliła z przekonaniem: „na pewno będę zdrowa” [14].

Muzykoterapia odgrywa istotną rolę w leczeniu zarówno nerwic, jak i chorób somatycznych. Słuchanie muzyki (postać receptywna) wpływa pozytywnie na procesy emocjonalne oraz fizjologiczne (wegetatywne). Projekcyjny charakter muzykoterapii pozwala na ujawnienie ukrytych emocji [15]. Według E. Galińskiej brak wyobrażeń w trakcie słuchania muzyki może mieć wartość diagnostyczną w przypadku pacjentów z mikrouszkodzeniem o.u.n. Aktywna forma muzykoterapii z użyciem instrumentów muzycznych nastawiona jest

na aspekty komunikacyjne. Sprzyja otwieraniu się pacjentów na wzajemne relacje, pozwala na ujawnienie konfliktów i problemów emocjonalnych [16]. Granie na prostych instrumentach daje możliwość bezpiecznego odreagowania emocji oraz ujawnienia pragnień, marzeń, skrywanych potrzeb. Odgrywanie na instrumentach sytuacji w formie „psychodramy muzycznej” stanowi doświadczenie podobne do psychodramy wzbogaconej o przeżycia związane z muzyką [1]. Podczas omawiania zachowań i wyborów instrumentów w części aktywnej muzykoterapii wykorzystywane są elementy uczenia się poznawczego [16].

Choreoterapia — leczenie utanczonym ruchem — jest **bardzo pomocna w leczeniu** pacjentów zarówno z zaburzeniem nerwicowym, jak i z chorobą somatyczną. Skuteczność tej metody opiera się na fizjologicznych efektach ruchu, tańca i melodii, oraz poprawiających nastrój działaniach tych elementów [17]. Odgrywają tu także rolę czynniki społeczne. Czynniki leczące w choreoterapii to: ruch, dotyk, rytm, muzyka, tempo, przestrzeń, udział grupy, terapeuty [18]. W ocenie pacjentów terapia tańcem umożliwia odreagowanie nagromadzonych napięć, rozluźnienie i odprężenie. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi, szczególnie z fobią społeczną, często wycofują się z aktywności ruchowej, co jest związane z lękiem przed autoprezentacją [18]. Jedna z pacjentek, borykająca się od wielu lat z ciężką chorobą somatyczną, ujawniła, że podczas choreoterapii po raz pierwszy tańczyła z mężczyzną i było to dla niej przyjemne doświadczenie [2]. Taniec w grupie i parach w przypadku pacjentów z chorobą somatyczną i z zaburzeniem nerwicowym jest często nowym doświadczeniem budującym umiejętności społeczne, a także poprawiającym samoocenę [1]. Pacjenci z chorobą somatyczną czują się często mało atrakcyjni fizycznie. Choreoterapia umożliwia im konfrontowanie się ze swoją cielesnością. Ujawnienie trudności w komunikowaniu się za pomocą dotyku może stać się jednym z głównych elementów terapii. Z punktu widzenia medycznego atrakcyjność form muzyczno-ruchowych stosowanych w choreoterapii wpływa na wytwarzanie endorfin, które poprawiają samopoczucie i działają jak lekarstwo poprzez wzmocnienie odporności. Dzięki wykonywaniu różnych ćwiczeń pacjenci zauważają, że zmniejszone napięcie mięśniowe i pogłębienie oddechu poprawiają samopoczucie [18].

W przypadku pacjentów z chorobą somatyczną ważne jest ich indywidualne traktowanie [18]. Stąd niekiedy konieczna jest modyfikacja zajęć ruchowych [2]. Istotna jest konsultacja terapeuty z lekarzem, by uwzględnić ewentualne jego wskazania medyczne. Pacjenci w ramach mechanizmu zaprzeczania nie respektują przeciwwskazań lekarskich. Tu dużą rolę odgrywają umiejętności terapeuty zachęcania do zajęć pacjentów wycofanych i hamowania nadaktywnych. Według Z. Aleszko [17] najistotniejszymi elementami taktyki terapeutycznej są:

- 1 – dostosowanie zajęć do możliwości pacjenta z chorobą somatyczną;
- 2 – stworzenie atmosfery, w której pacjenci czują się bezpiecznie;
- 3 – stopniowanie trudności w zadaniach terapeutycznych;
- 4 – dostosowywanie muzyki do samopoczucia pacjentów w danym dniu.

Metody relaksacyjne są także bardzo skuteczne w leczeniu wielu chorób somatycznych (np. arytmii serca, nadciśnienia tętniczego, bólach kręgosłupa, chorobie Raynauda) oraz w zaburzeniach czynnościowych towarzyszącym zaburzeniom nerwicowym. Mogą przyczynić się do zmniejszenia napięcia oraz zwiększenia u pacjenta poczucia kontroli nad

objawami somatycznymi [19]. Do głównych metod relaksacji należą: trening autogenny Schultza (koncentracja na wybranych obszarach ciała i powtarzanie sugestii dotyczących ciężaru lub ciepła w poszczególnych częściach ciała) oraz trening Jakobsona (nauka rozluźniania wszystkich partii ciała przez naprzemienne napinanie i rozluźnianie grup mięśni). Systematyczne ćwiczenia zmniejszania napięcia mięśni i obniżania psychofizycznej aktywności prowadzą do zmniejszenia syndromów mobilizacyjnych ustroju i w konsekwencji zapobiegają występowaniu negatywnych zjawisk fizjologicznych. O zmniejszonej aktywności układu adrenergicznego podczas relaksacji świadczą takie objawy, jak [19]:

- 1 – zmniejszenie zużycia tlenu o 10–20%;
- 2 – wzrost częstości fal alfa w mózgu;
- 3 – obniżenie poziomu kwasu mlekowego w organizmie;
- 4 – zmniejszenie liczby uderzeń serca (średnio o 3 na min);
- 5 – zmniejszenie i pogłębienie rytmu oddychania.

Należy je dostosować do indywidualnych możliwości pacjentów z chorobą somatyczną. U osób z bradykardią, kiedy puls spada poniżej 60 uderzeń na minutę, praktykę treningu autogenicznego należy stosować z roztropnością ze względu na skutki uboczne, takie jak: spadek ciśnienia, dalsze zmniejszenie tętna, niepokój, zawroty głowy. U osób z tachykardią wywołaną zmianami patologicznymi można spowodować kolejne paradoksalne zwiększenie tętna [19]. W Klinice Nerwic niekiedy zdarzało się, że pacjenci z zaburzeniami rytmu serca wyrażali obawę, że czynność serca zatrzyma się pod wpływem sugestii „serce bije wolno”. W takich przypadkach należy zawiesić trening autogeniczny lub użyć sformułowania „serce bije spokojnie i miarowo” [19].

Często łącznie z metodą relaksacji stosuje się biofeedback polegający na kontroli reakcji fizjologicznych (tętno, ciśnienie), które są rejestrowane i mierzone za pomocą specjalnej aparatury elektronicznej. Pacjent podejmuje próby aktywnego wpływu na przebieg reakcji fizjologicznych, np. ciśnienia czy tętna, poprzez zmniejszenie napięcia mięśniowego. Metoda biofeedbacku daje pacjentowi przekonanie zapanowania nad reakcjami własnego organizmu. Niekiedy łącznie z relaksacją można stosować wizualizację. Opisano pozytywny efekt wizualizacji w przypadkach przewlekłego bólu u chorych ze schorzeniami kostnymi, w procesie gojenia się chorego narządu, modulacji układu immunologicznego czy uzyskiwania pożądanego składu morfologicznego krwi [20]. Aktualnie uważa się metody wyobrazeniowe za skuteczny środek leczniczy, szczególnie u chorych na raka [20]. W świetle najnowszych doniesień w obszarze somatopsychologii zaobserwowano wydłużające się okresy przeżycia chorych terminalnie w efekcie oczekiwań zdrowotnych [21].

Terapia zajęciowa może być pomocna w leczeniu choroby somatycznej. Spełnia ona rolę terapii pracą, jak też stanowi nieformalne forum dla rozmów przy wspólnej pracy [1]. Istotnymi walorami tej formy terapeutycznej dla pacjentów z chorobą somatyczną jest: koncentracja na celowej aktywności, pobudzanie zainteresowań, kreatywności, fantazji, poczucie zadowolenia z wykonanej pracy. Odkrycie zdolności i umiejętności manualnych bądź artystycznych może być podstawą do wyznaczenia nowych celów życiowych w obliczu choroby somatycznej, szczególnie o niepomyślnym przebiegu.

Terapia kompleksowa w Klinice Nerwic oparta jest głównie na podejściu poznawczo-behavioralnym, a także psychodynamicznym i humanistycznym. Terapia poznawczo-

pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i choroby somatycznej dotyczy głównie błędnych przekonań o procesie chorobowym oraz roli, jaką odgrywa pacjent w przebiegu leczenia. Ważne jest też np. uczenie sterowania negatywnymi „automatycznymi” myślami i ich korygowanie. Podejmowane interwencje terapeutyczne w terapii poznawczej powinny obejmować [22]:

- zredukowanie błędnych wyobrażeń o chorobie;
- uwolnienie pacjenta od poczucia winy, że błędy popełnione w przeszłości mogły się przyczynić do rozwoju choroby;
- dostrzeganie skutków różnych zachowań związanych, np. z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich;
- pokazanie obszaru, który można kontrolować.

U pacjentów z zaburzeniem nerwicowym i chorobą somatyczną niska samoocena i poczucie winy mogą generować przekonanie typu „jestem ciężarem dla innych” czy: „do niczego się już nie nadaję”. Myślenie takie może prowadzić do niewłaściwej interpretacji rzeczywistości, np. wyolbrzymiania zagrożeń lub swoich objawów, zaprzeczania chorobie lub jej pomniejszania. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zasobem o podstawowym znaczeniu w zmaganiu się z poważną chorobą zagrażającą życiu jest obraz samego siebie [23]. U pacjentów z zaburzeniem nerwicowym obniżona samoocena może dodatkowo dezorganizować orientację co do swoich możliwości i wartości, zmieniając tym samym obraz własnej osoby, szczególnie w obliczu choroby somatycznej. W toku terapii poznawczej chory przyswaja sobie, że jego stan emocjonalny nie zależy tylko od sytuacji, w której się znalazł, ale także od interpretacji tej sytuacji [24]. Pacjent z chorobą somatyczną często nie wierzy w możliwość urzeczywistnienia celów życiowych. Konsekwencją tego jest przekonanie, że zmiana stylu życia i tak nie ma sensu: „nie mam wpływu na stan swojego serca, nie opłaca się podejmować wysiłku, skoro i tak umrę” [6]. Duża część myśli dotyczy obaw przed skutkami działania leków, co może prowadzić do zaprzestania ich przyjmowania lub zmniejszania ich dawek. Przekonania typu „nie ma sensu brać tyle leków”, „co oni tam wiedzą, przesadzają tylko, żeby mnie wystraszyć” — w znacznym stopniu utrudniają współpracę w leczeniu choroby somatycznej.

Klinika Nerwic była pierwszym ośrodkiem w Polsce, w którym w latach 60. zaczęto wprowadzać behawioralne metody leczenia, przede wszystkim w zaburzeniach lękowych i w nerwicy natręctw [1]. Stosowane metody obejmowały zarówno trening behawioralny (stopniowa ekspozycja na bodziec), jak i metodę desentyzacji Wolpego, techniki zanurzania i modelowania [25]. Techniki behawioralne są niezwykle przydatne u chorych z zaburzeniem nerwicowym i chorobą somatyczną. Ważną rolę odgrywają treningi samodzielnego poruszania się, szczególnie w przypadku pacjentów z agorafobią lub fobią społeczną, którzy dotychczas nie leczyli choroby somatycznej z powodu trudności dotarcia do lekarza czy na badania. W celu modyfikowania zachowań stosuje się także techniki behawioralne poprzez odgrywanie ról (np. trening umiejętności społecznych, asertywności, poszukiwanie alternatywnych rozwiązań stresujących sytuacji). Strategie behawioralne mogą obejmować czynności zmierzające nie tylko do poprawy stanu zdrowia, ale niekiedy powstrzymywania się od działań szkodliwych. W chorobie niedokrwiennej serca podejmowanie zachowań prozdrowotnych (zaprzestanie palenia papierosów, odpowiednia dieta, ćwiczenia fizyczne)

jest rzadko przestrzegane. Nieprzepracowanie tej kategorii zachowań, oprócz pogorszenia stanu zdrowia, może powodować konflikt z personelem medycznym, co jeszcze bardziej zniechęca chorego do dalszej współpracy w procesie leczenia [26]. Wartość psychoterapii poznawczo-behawioralnej została dowiedziona w pracy z pacjentami z wieloma schorzeniami somatycznymi. Programy rehabilitacji kardiologicznej obejmują psychoterapię poznawczo-behawioralną mającą na celu modyfikację osobowości typu A [27]. Polega ona na kontroli takich zachowań, jak zbyt pośpieszne jedzenie, chodzenie i mówienie, robienie kilku rzeczy naraz. Pacjent prowadzi dzienniczek, w którym rejestruje powyższe zachowania w kontekście przeżywanych emocji i towarzyszących myśli.

Niesprawność związana z RZS (reumatoidalne zapalenie stawów) jest w większym stopniu spowodowana czynnikami psychologicznymi niż chorobotwórczymi. W grupie chorych korzystających z terapii poznawczo-behawioralnej stwierdzono istotnie lepszą ruchomość w stawach w porównaniu z otrzymującymi standardowe leczenie. Efekt ten występował zarówno bezpośrednio po zakończeniu leczenia, jak i 6 miesięcy później [28]. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że w toku terapii poznawczo-behawioralnej u wszystkich pacjentów poprawiła się aktywność ruchowa i funkcjonowanie psychospołeczne; zaobserwowano też rzadsze przyjmowanie leków przeciwbólowych [28]. W kilku badaniach oceniono skuteczność terapii behawioralnej w dolegliwościach bólowych kręgosłupa [29]. W leczeniu bólu przewlekłego terapia polega na eliminowaniu czynników podtrzymujących ból zarówno w otoczeniu społecznym, jak i w samym pacjencie (np. unikanie poruszania się). Pomocne może być sporządzenie listy aktualnych objawów i problemów ze zróżnicowaniem ich uciążliwości. Chorzy prowadzą dziennik samoobserwacji, w którym zapisują swoje niepożądane myśli i przekonania, mogące zwiększać odczuwanie bólu. Podejmują próbę ustalenia zachowań (zainteresowań), które pomogą odwrócić uwagę od bólu. Wdrażają umiejętności służące opanowaniu bólu, np. relaksację, ćwiczenia oddechowe.

Podejście psychodynamiczne wyrosło z psychoanalizy. Współcześni przedstawiciele kierunku psychodynamicznego próbują powiązać wczesnodziecięce przeżycia i konflikty intrapsychiczne z psychofizjologią, endokrynologią, immunologią, co przyczynia się do rozwoju psychoneuroimmunologii. Oddziaływania psychoterapeutyczne w Klinice Nerwic dają możliwość zmiany stosunku do siebie samego oraz do ważnych postaci z przeszłości i w chwili obecnej [1]. Stąd istotne jest omawianie okresu dzieciństwa ze względu na zachodzące wtedy procesy uczenia się, wpływające w efekcie na sposób widzenia świata, zachowanie i przeżywanie w dorosłym życiu [1]. Na podstawie naszych obserwacji w Klinice Nerwic okazuje się, że pacjenci nawet z ciężką chorobą somatyczną bardzo aktywnie uczestniczą w omawianiu konfliktów psychicznych. Pojawiają się zjawiska typowe dla psychoterapii tych zaburzeń (przeniesienie, przeciwprzeniesienie) [3]. Zdarza się, że chorzy przenoszą na terapeutę wrogie uczucia do ważnych osób ze swojego życia. Pacjentka z ciężką chorobą somatyczną z chwilą przeniesienia jej na oddział internistyczny powiedziała z wyrzutem do terapeutki: „ja się tutaj nie liczę, tylko pani lęk o moje życie”. Daje to często możliwość przepracowania relacji pacjentów z bliskimi osobami, w których czują się postrzegani tylko przez pryzmat choroby, jako „problem” lub „ciężar” [3].

Według przedstawicieli terapii humanistycznej ważne są aktualne przeżycia pacjenta hamujące jego rozwój lub utrudniające osiągnięcie celów życiowych. Istotną wagę przywiązuje się do prawidłowej relacji terapeutycznej opartej na empatii terapeuty, bezwa-

runkowej akceptacji pacjenta. Poczucie bezpieczeństwa pozwala na odzyskanie możliwości kierowania się w wyborze celów życiowych własnymi potrzebami oraz przeżywanymi emocjami [1]. Podejście egzystencjalne może być pomocne, gdyż pacjent usiłuje nadać sens swojemu istnieniu w chorobie i cierpieniu [30]. Jak wynika z badań Solomona [31] taka postawa sprzyja podnoszeniu odporności immunologicznej, a tym samym przedłużeniu życia i zdrowia. Według neurologa i psychiatry wiedeńskiego — Frankla [32], zadaniem lekarza czy terapeuty jest nie tyle uwalniać ludzi od cierpień, ile uczyć je znosić. Na podstawie swoich doświadczeń w obozie koncentracyjnym Frankl twierdzi, że nawet w dramatycznej sytuacji człowiek może odnaleźć sens istnienia [32]. Leczenie psychoterapią chorych somatycznie ma na celu nie tylko uwolnienie ich od cierpienia, ale skierowanie ku duchowym (noetycznym) wartościom. Logoterapia koncentruje się na bolesnych problemach — kiedy człowiek nie znajduje uzasadnienia dla swego istnienia, np. w obliczu informacji o nieuleczalnej chorobie [33]. Aktualnie koncepcja Frankla znajduje zastosowanie także w psychologii zdrowia. Antonowsky [34] w swoim modelu salutogenezy uważa, że w procesie osiągnięcia zdrowia decydujące znaczenie ma poczucie sensowności, a więc przekonanie, że zmaganie się z chorobą jest wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [34]. Nawet w wypadku chorób ze złą prognozą i powodujących cierpienie chory może znaleźć jakiś dostępny obszar kontroli oraz okazję do nowych, satysfakcjonujących doświadczeń (np. wzmocnienie więzi z bliskimi). Znane są przypadki owocnych wysiłków zawodowych (naukowych), mimo cierpienia i złego samopoczucia, a nawet pojawienia się nowych możliwości twórczych w trakcie choroby o niekorzystnym rokowaniu. Stąd wydaje się, że rolą terapeuty jest podążanie za pacjentem i wspieranie go w poszukiwaniu sensu jego egzystencji w obliczu choroby somatycznej. Według przysięgi Hipokratesa niesienie ulgi w bólu i w cierpieniu spowodowanym przez chorobę jest aksjomatem deontologii lekarskiej.

W Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii obserwujemy, że skuteczne leczenie psychoterapią zaburzeń nerwicowych w przebiegu chorób somatycznych zmniejsza ryzyko powikłań oraz poprawia jakość życia i funkcjonowanie pacjenta [3]. Dzięki rozpowszechnieniu biopsychospołecznego modelu medycznego staje się realne wprowadzenie psychoterapii do wszystkich dyscyplin medycyny. Podczas XVII Światowego Kongresu Psychoterapii w Warszawie w 1998 r. prof. S. Leder zadał pytanie, dlaczego dzieje się tak, że racjonalne propozycje włączenia psychoterapii w zakres nauk medycznych mają tak znikomy wpływ na to, co się dzieje w praktyce klinicznej i w instytucjach kształcących lekarzy [35]. Traktowanie organizmu człowieka jako wyłącznie biologicznego dystansuje personel medyczny od problemu cierpienia. Pozornie też chroni pacjenta, który nie konfrontuje się z własnymi problemami. Lekarz powinien mieć podstawowe umiejętności terapeutyczne, ponieważ jest dla pacjenta naturalnym źródłem oparcia. U pacjentów z chorobą somatyczną stosuje się najczęściej psychoterapię podtrzymującą w celu udzielenia pomocy w poradzeniu sobie z chorobą somatyczną. Ważna jest też umiejętność współpracy lekarza z psychoterapeutą w przypadku dostrzegania u pacjenta problemów wymagających specjalistycznych umiejętności psychoterapeutycznych [4].

Piśmiennictwo

1. Siwiak-Kobayashi M. Terapia poznawcza, uczenie społeczne a społeczno-poznawcza terapia zaburzeń nerwicowych w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii. *Psychoter.* 2000; 2 (113): 63–74.

2. Skulimowska K, Siwiak-Kobayashi M, Galińska E. Problemy psychoterapii pacjentów z przewlekłą chorobą zagrażającą życiu leczonych w Klinice Nerwic: opis przypadków. *Post. Psych. i Neurol.* 2000; 9: supl. 3 (11): 121–128.
3. Skulimowska K. Wzajemne wpływy stanu somatycznego i psychicznego u pacjentów z rozpoznaniem choroby somatycznej i z zaburzeniem nerwicowym. *Psychoter.* 2011; 3: 41–59.
4. Siwiak-Kobayashi M. Specyfika psychoterapii w zaburzeniach psychosomatycznych. W: Szewczyk L, red. *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie.* Lublin: Neurocentrum; 1997, 13–17.
5. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease a meta-analysis. *Arch. Int. Med.* 1996; 156 (7): 745–752.
6. Almeida P, Miranda F, Silva P, Goncalves H, Ribeiro J, Raio J, Texeira M, Valente A, Simoes L, Sousa T, Vasconcelos A, Gama V. The effects of a cardiac rehabilitation program on 2 populations of coronary patients acute myocardial infarct and coronary bypass surgery. *Rev. Port. Cardiol.* 1997; 6: 67–72.
7. Ślosarczyk M. Wybrane problemy psychoterapii pacjentów z tzw. mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu. *Psychoter.* 2008; 2: (145): 45–53.
8. Ostrowski TM. Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania chorobie po zawale serca. *Przeł. Psycholog.* 1999; 42: (4): 115–141.
9. Siwak-Kobayashi M. Zmiany w stanie klinicznym a modyfikacja niektórych postaw pacjentów leczonych w Klinice Nerwic. *Psychiatr. Pol.* 1976; 10 (3): 247–259.
10. Hojat M. Physician empathy, definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1563–1569.
11. Sokołowska M. Wsparcie społeczne jako element profilaktyki. *Remedium* 2011; 6 (22): 32.
12. Pennebaker JW, Hecover CW. Hamowanie i poznanie ku zrozumieniu traumy i choroby. *Now. Psychol.* 1984; (6–7): 56–84.
13. Matuszewski T. Pamięć autobiograficzna — nowe dane. *Neuropsychiatr. Neuropsychol.* 2010; 5 (3–4): 122–129.
14. Skulimowska K, Rękawek J, Majewska A. Dysocjacyjne zaślabnięcia z drgawkami u osoby z niedomykalnością aortalną. *Post. Psychiatr. Neurolog.* 2005; 14: 122–126.
15. Dobrzyńska E, Cesarz H, Rymaszewska J, Klejna A. Muzykoterapia. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2006; 6: 2:84–88
16. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych w muzykoterapii nerwic. *Psychoter.* 1995; 2: 27–60.
17. Aleszko Z. Choreoterapia jako jedna z form aktywności ruchowej w terapii kompleksowej nerwic. *Psychoter.* 1975; 12: 22–28.
18. Aleszko Z, Janke-Klimaszewska B. Choreoterapia w psychiatrii. *Psychoter.* 2001; 2(117): 61–66.
19. Albisetti V. *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego*, wyd. 3. Kielce: Jedność; 2005, s. 106–124.
20. Chodak M. Sztuka i możliwości terapii wyobraźniowej i wizualizacji w procesie leczenia i zdrowienia. *Sztuka Lecz.* 1997; 3: 45–51.
21. Romanowska-Łakomy A. Pozytywne myślenie w procesie terapii i profilaktyce. *Sztuka Lecz.* 1995; 1(1): 101–106.
22. Dudek D, Zięba A, Dudek D. Zastosowanie terapii poznawczej i technik poznawczych w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Psychoter.* 2000; 4 (115): 55–60.
23. Taylor SE. Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. *Now. Psychol.* 1984; 617: 15–38.

24. Trzczińska M, Włodarczyk Z. Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w pracy terapeutycznej z pacjentem po przeszczepieniu nerki w świetle doświadczeń własnych. *Psychoter.* 2007; 2: 57–70.
25. Bigo B. Behawioralna terapia grupowa. W: Wardaszko-Łyskowska H, red. *Terapia grupowa w psychiatrii*, wyd. 2. Warszawa: PZWL; 1980: 146–158.
26. Tylka J. Psychologiczne problemy radzenia sobie z chorobami układu krążenia. Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej. Wybrane zagadnienia psychiatrii konsultacyjnej/liaison. Leder S, Brykczyńska C, red. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 1999: 33–44.
27. Friedmann M, Thoresen CE, Gill JJ, Ulmer D, Powell LH, Price V, Elek SR, Rabin DD, Brell WS, Piaget G, Dixon T, Bourg E, Levy RA, Tasto DL. Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction: recurrent coronary prevention project study: methods, baseline results and preliminary findings. *Circul.* 1982; 66: 83–92.
28. Bradley LA. Effect of cognitive behavioural therapy on pain of reumathoid arthritis patients: preliminary. *Scand. J. Behav. Ther.* 1985, 14: 51–64.
29. Turner JA, Clancy S. Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 6: 261–266.
30. Grochmal-Bach B. Somatoterapia a wartości noetyczne związane z cierpieniem. *Sztuka Lecz.* 1996; 2 (4): 95–100.
31. Solomon D. Emocje a odporność chorobowa. *Now. Psychol.* 1990; 1: 72–74.
32. Frankl VE. *Homo patiens*. Wydaw. PAX, 1984.
33. Siwiak-Kobayashi M. Problemy noogenne w nerwicach. W: Popielski W, red. *Człowiek — pytanie otwarte*. Lublin: KUL; 1987: 273–286.
34. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1973.
35. Leder S. Psychoterapia i medycyna. Psychoterapia, psychiatria społeczna — zagadnienia. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 36–43.

Adres: irenaskulimowska@o2.pl