



© CORBIS

Psychoterapią w ból

Rozmowa z prof. Allanem Abbassem, kanadyjskim psychiatrą, o tym, jak można szybko wyciągać ludzi z psychicznych i fizycznych cierpień

JOANNA CIEŚLA: – W jednym z dużych warszawskich szpitali co trzeci pacjent oddziału ratunkowego wraca do domu tego samego dnia, bo – w sensie fizycznym – nic mu nie jest.

PROF. ALLAN ABBASS: – I wielu z nich z pewnością znów trafi do szpitala, a lekarze nadal nie będą w stanie im pomóc. Te wizyty pociągną jednak koszty – dla systemu, dla służb medycznych, dla człowieka, który cierpi, i innych pacjentów czekających w kolejce.

Pańska kariera lekarska zaczęła się na oddziale ratunkowym, dziś jest pan psychiatrą. Jak to się stało?

Zrozumiałem, że w wielu sytuacjach, w których lekarz jest bezradny, pomocna może być psychoterapia. Zacząłem się szkolić w intensywnej krótkoterminowej terapii psychodynamicznej (ISTDP – od ang. *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*), opracowanej przez dr. Habibę Davanloo, psychiatrę z Uniwersytetu McGill w Montrealu. Davanloo, praktykując jako psychoanalityk, był sfrustrowany tym, że psychoanaliza trwa bardzo długo i że trudno oszacować jej skuteczność. W latach 60. zaczął nagrywać na wideo sesje z pacjentami. Analizując je, doszedł do wniosku, że jeśli terapeuta jest bardziej

aktywny niż w klasycznej psychoanalizie – nie czeka, aż emocje pacjenta się ujawnią, a pomaga mu ich doświadczyć – praca przynosi lepsze efekty, także w walce z niewyjaśnionymi dolegliwościami fizycznymi. Gdy zobaczyłem, jak szybko poprawia się stan moich pierwszych pacjentów, postanowiłem zmienić specjalizację i zostać psychiatrą.

Jakie są założenia uprawianej przez pana terapii?

Na zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka mogą wpływać emocje, które przeżywa z powodu zerwania albo zakłócenia w dzieciństwie więzi, czyli bliskich relacji z ważnymi osobami – zwykle są to rodzice. Zerwanie więzi powoduje ból, a także złość lub gniew. A przeżywanie gniewu wobec kogoś, kogo jednocześnie się kocha, często wywołuje wielkie poczucie winy. Bywa ono zbyt trudne do udźwignięcia. Wtedy dziecko przestaje odczuwać emocje, ale choruje, ma skłonność do depresji, wolno się rozwija. Gdy dorasta, nadal nie pozwala sobie odczuwać wobec innych ludzi emocji podobnych do tych, które kiedyś wywoływali w nim rodzice. I nadal ma problemy ze zdrowiem, przeżywa silny niepokój, traci pracę, rani siebie i innych.

Jak można ekspresowo dotrzeć do dzieciństwa? Myślałam, że terapia wymaga czasu – aby pacjent zrozumiał, co się dzieje w jego głowie, aby zaufał terapii.

Wiele osób jest gotowych do ściśle terapeutycznej pracy nawet na pierwszym spotkaniu. Trzeba tylko rozpoznać wskazujące na to sygnały. Tłumione emocje i związane z nimi niepokój odzwierciedlają się w ciele, więc podpowiedzią jest rodzaj dolegliwości fizycznych. Na ogół dość szybko można dążyć do kontaktu z emocjami w pracy z ludźmi, u których nadmierna jest aktywność mięśni – przecześnie prądkowanych – skarżą się na ból zeszywniałego karku, barków, pleców.

Inny sposób przejawiania się związanego z emocjami niepokoju prowadzi do problemów spowodowanych nadmierną aktywnością mięśni gładkich, a więc tych, z których zbudowane są organy wewnętrzne, na przykład żołądek, jelita, serce. Często właśnie ci pacjenci szukają pomocy lekarza z powodu bólu żołądka czy nadciśnienia. Kolejny sposób przejawiania się niepokoju prowadzi do wyraźnych trudności w koncentracji uwagi, zaburzeń widzenia, słuchu, zdarzają się przypadki utraty przytomności lub halucynacji. Tacy pacjenci lądują u neurologa, mogą robić wrażenie dotkniętych schizofrenią lub psychozą. To ludzie, których więzi układały się szczególnie źle, a przez to z trudem ufają innym. Osoby z tej grupy, tak jak z grupy drugiej, potrzebują przygotowania, by zmierzyć się z emocjami.

Jest też grupa pacjentów z bardzo silnym oporem wobec terapii i perspektywy kontaktu z własnymi emocjami. Mogą oni na przykład unikać kontaktu wzrokowego,



© ARCHIWUM

Dr Allan Abbass

jest dyrektorem Centrum Badań nad Emocjami i Zdrowiem i dyrektorem do spraw kształcenia w departamencie psychiatrii na Dalhousie University w Halifaxie. Do Polski przyjechał na zaproszenie Laboratorium Psychoedukacji.

stosują prymitywne mechanizmy obronne, aby nie wchodzić w relację z terapeutą, w której mogliby doświadczyć tych emocji. Zadaniem terapeuty jest nazywanie tego, co robią, pokazywanie, że sami się w ten sposób ranią i że terapeuta pracuje z nimi po to, by przestali to robić. Taka wstępna praca przygotowująca do doświadczania emocji może trwać pół godziny, czasami godzinę albo wiele sesji.

Czy takie przedzieranie się na skrót do trudnych emocji nie jest ryzykowne?

Zaczynamy od emocji przeżywanych przez pacjenta w gabinecie terapeutycznym i od mechanizmów obronnych, które uruchamiają się w reakcji na nie. Gdy po raz pierwszy przychodzi do mnie ktoś, kogo nie znam, a jest bardzo spięty, mówię: widzę, że jesteś zaniepokojony – co sprawia, że tak się czujesz? Jakie uczucia pojawiają się, gdy siedzisz tu ze mną? Dlaczego wykonujesz jakiś gest? Tłumaczymy też, co nie jest emocją. Że nie jest nią odczuwanie napięcia ani fizycznego bólu czy mdłości – to tylko symptomy.

Przykład: kobieta źle się czuje, pokazuje, boli ją głowa. Okazuje się, że przed terapią pokłóciła się z mężem, ale nie dopuściła do siebie złości na niego. W czasie sesji pracujemy nad tym, żeby ją odczuła. Jednak samo uświadomienie sobie złości wywołało w niej poczucie winy. Pacjentka myślała o tym i nagle pojawiło się wspomnienie o nieżyjącym ojcu. Okazało się, że jej rodzice kiedyś strasznie się pokłócili. Przypomniała sobie, że się bała i że odczuwała taką samą złość i poczucie winy jak w czasie naszego spotkania.

Pacjentka przychodzi z bólem głowy, a wychodzi ze wspomnieniem psychologicznej traumy? Brzmi to jak jakaś magia...

A to po prostu fizjologia. Wspomnienia dotyczące ważnych więzi są zmagazynowane w strukturach mózgu związanych z przeżywaniem emocji. Gdy uruchomi się silne emocje, których przeżywania człowiek przez wiele lat unikał, znaczące wspomnienia pojawiają się wraz z nimi.

Ten mechanizm nazywamy nieświadomym przymierzem terapeutycznym. Dzięki temu, że Habib Davanloo go odkrył, nie przejmujemy się tak bardzo budowaniem świadomego przymierza terapeutycznego – czyli tej relacji z pacjentem, która sprawia, że terapeuta i pacjent czują się razem dobrze, lubią się, a praca rozciąga się w nieskończoność. Nie potrzebujemy też wielogodzinnych zwierzeń o tym, jak przebiegało czyjeś dzieciństwo – to, co ważne, przypomina się dzięki aktywacji emocji.

I już, koniec pracy?

Dalej pracujemy nad tym, by połączyć wspomnienia różnych wydarzeń z doświadczeniem emocji, które im towarzyszyły. Ten etap to główny i uzdrawiający moment naszej pracy. Pacjent uspokaja się, jego napięcie się zmniejsza i ustępują objawy. Jak wynika z naszych dotychczasowych badań, to głębokie i na ogół trwałe zmiany. Miałem pacjenta, który po każdej kłótni z córką słabł tak, że musiał jeździć na wózku inwalidzkim. Pomogłem mu doświadczyć fizycznie w ciele złości, którą budziła w nim córka. Podczas dalszej pracy okazało się, że jego ojciec pił i był agresywny. Gdy pacjent kłócił się z córką, nieświadomie paraliżował swoje ciało, broniąc się przed zrobieniem córce krzywdy. Jeśli ktoś całe życie się bał, że zabije, gdy tylko będzie poirytowany, nie może normalnie funkcjonować. Dzięki terapii mniej się boi swoich emocji i samego siebie.

Trudno mi uwierzyć w istnienie idealnej terapii...

Nie ma terapii idealnych. Niektórzy pacjenci w czasie pierwszego spotkania dochodzą do wniosku, że także proponowana przez nas forma pracy im nie odpowiada. Metaanaliza różnych badań dotyczących skuteczności ISTDP wykazała jednak, że 80–90 proc. pacjentów, którzy przeszli tę terapię będąc na rencie czy zwolnieniu, po jej zastosowaniu wróciło do pracy. Co również ważne: leczenie nie zawsze jest bardzo krótkie – zwykle trwa kilka-kilkanaście spotkań, ale sporadycznie może trwać nawet półtora roku.

W jakich przypadkach ISTDP się sprawdza, a w jakich nie?

Sprawdza się zwłaszcza w zaburzeniach lękowych, depresji oraz zaburzeniach somatomorficznych – czyli bólach głowy, żołądka czy klatki piersiowej pomimo braku uzasadniających je przyczyn medycznych. Jak wynika z naszych badań, częstość wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych wśród pacjentów z takimi problemami spadła o 70 proc. już po czterech sesjach terapeutycznych. W innym, trwającym 10 lat, badaniu 890 pacjentów z różnymi zaburzeniami koszty opieki medycznej po terapii ISTDP spadły o 5 tys. dol. kanadyjskich na osobę (ok. 15 tys. zł).

Oczywiście nie jest to sposób pomocy ludziom chorującym fizycznie, ze znaczącymi uszkodzeniami mózgu. Nie nadaje się między innymi dla osób nałogowo używających alkoholu i narkotyków, bo fizjologiczne funkcjonowanie ich organizmów jest zakłócone – one najpierw potrzebują odtrucia. ITSDP nie stosuje się także w aktywnej fazie psychozy i manii. Jednak osoby cierpiące na psychozy czy dwubiegunową chorobę afektywną w fazie ustabilizowanej mogą skorzystać z pewnej formy tej terapii, z większym wsparciem terapeuty. Oszczędność to jeden z powodów, dla którego ISTDP budzi coraz większe zainteresowanie w placówkach publicznej służby zdrowia. W naszej prowincji Nowa Szkocja w szpitalnych oddziałach ratunkowych dyżurują terapeuci tego nurtu oferujący pomoc pacjentom, kiedy lekarze mają trudność z postawieniem diagnozy.

Czy pacjenci nie odbierają propozycji skorzystania z terapii psychologicznej w pogotowiu jako nietakt?

Cóż, jeśli sądzą, że nie mają żadnego psychologicznego problemu, zwykle z niej nie korzystają. Ale wielu ludzi idzie do lekarza w nadziei, że on zapyta o ich emocje. A my od progu przepisujemy im antydepresanty, kierujemy na wszczepienie implantów, by zlikwidować drżenie rąk, i wydajemy państwowe pieniądze na bezsensowne pobyty w szpitalu – zamiast najpierw spokojnie porozmawiać.

ROZMAWIAŁA JOANNA CIEŚLA