

Jadwiga Berezowska-Pogoń

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, Oddział Kardiologii, Kraków

Interwencja w kryzysie emocjonalnym na podłożu rodzinnym (przemoc psychologiczna) przejawiającym się czynnościowymi zaburzeniami kardiologicznymi. Przypadek pacjentki Krystyny P.*

Intervention in emotional crisis on family background (psychological violence) manifesting functional cardiac disorders. A case of patient Krystyna P.

STRESZCZENIE

Opracowanie podejmuje analizę przypadku pacjentki z zaburzeniami układu krążenia, hospitalizowanej podczas krótkiego pobytu w Oddziale Kardiologii szpitala o profilu somatycznym. Pacjentka, przyjęta z objawami kardiologicznych zaburzeń czynnościowych, mających miejsce jedynie podczas stosunku seksualnego. W rezultacie kontaktu interwencyjnego z psychologiem uzyskała wgląd we własną sytuację emocjonalną, co pozwoliło dociec źródeł kryzysu, uzyskać wsparcie i rozpocząć leczenie. Przypadek ilustruje problem różnicowania między kryzysami utraty zdrowia a chorobami somatycznymi będącymi wtórną, niekorzystną konsekwencją nierozwiązanych kryzysów emocjonalnych, a także problem oceny kryzysu przebiegającego z przejawami dysfunkcji somatycznych.

Słowa kluczowe: interwencja kryzysowa, kryzysy zdrowia, zaburzenia układu krążenia, kryzysy emocjonalne, kompleksowa opieka i współpraca interdyscyplinarna

SUMMARY

The study analyzes the case of a cardiology patient, hospitalized during a short stay at the Cardiology Department of a hospital with a somatic profile. The patient, accepted

Adres do korespondencji: jbp@poczta.fm

* Imię i inicjał pacjentki zostały zmienione. Pacjentka wyraziła zgodę na publikację jej przypadku w literaturze o charakterze naukowym.

with symptoms of cardiac functional disorders occurring only during sexual intercourse, because of intervening contact with the psychologist, gained insight into her own emotional situation, which allowed to find out the sources of crisis, get support and start treatment. The case illustrates the problem of differentiation between crises of health loss and somatic diseases being a secondary, unfavorable consequence of unresolved emotional crises, as well as the assessment of the crisis with manifestations of somatic dysfunctions.

Key words: crisis intervention, health crises, cardiology patient, functional symptoms, emotional crises, comprehensive care and interdisciplinary cooperation

Wprowadzenie

Kryzys psychologiczny związany z zablokowaniem emocjonalnym to stan ostrych, przejściowych zaburzeń równowagi psychicznej spowodowanych tzw. wydarzeniami krytycznymi zagrażającymi systemowi wartości, sensu życia i tożsamości. (za: Kubacka-Jasiecka, 2010b; Lindemann, 1944; Płużek, 1997). Stan ten charakteryzuje się tak dużym stopniem nierównoważenia elementów, że sytuacja wymaga istotnych zmian, które często stanowią punkt zwrotny w jakimś procesie (Sęk, 1971). *Interwencja kryzysowa w nurcie oddziaływania indywidualnego stanowi specyficzny rodzaj pomocy psychologicznej, niekiedy w formie prewencji wtórnej. Można ją sprowadzić do krótkotrwałej, wielostronnej pomocy psychologicznej, przede wszystkim relacji wsparcia emocjonalnego ofiary kryzysu na rzecz spotęgowania zdolności zmagania się (przywrócenia, względnie rozwinięcia adekwatnych strategii) oraz rekonstrukcji (budowania) więzi między jednostką a osobami z jej bliskiego otoczenia* (Kubacka-Jasiecka, Berezowska-Pogoń, 2014, s. 116). Podejście interwencji kryzysowej, w realiach aktualnej opieki zdrowotnej, bardzo często sprawdza się jako metoda z wyboru w pracy psychologa zatrudnionego na oddziałach chorych somatycznie, niezastąpione natomiast staje się w wypadku oceny stanu chorego i rozpoznaniu jego objawów jako kryzysu emocjonalnego¹.

Podejmowanie efektywnej interwencji w kryzysach utraty zdrowia wymaga przyjęcia paru założeń, z których wynikają konkretne zalecenia praktyczne, co ma szczególne znaczenie w kontekście analizy przypadku zamieszczonego poniżej. Pierwsze z nich dotyczy łączenia, a nie rozgraniczania interwencji biomedycznych i wsparcia psychologicznego, które może mieć pozytywny wpływ na leczenie, jakość i długość życia osób chorych somatycznie. Podejście systemowe, całościowe, wskazuje na konieczność zespołowej współpracy wszystkich profesjonalistów zajmujących się pacjentami zamiast tradycyjnego, fragmentarycznego działania. Wszelkstronna, kompleksowa opieka i współpraca interdyscyplinarna członków zespołu podnosi jakość i efektywność leczenia, a także umożliwia zaspokojenie ważniejszych, powiązanych ze sobą potrzeb i oczekiwań pacjentów,

W: *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica VII* (2014), które stanowią kontynuację wątków artykułu o charakterze bardziej teoretycznym, autorstwa Doroty Kubackiej-Jasieckiej zatytułowanego *Kryzysy utraty zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej*, opublikowanego w *Sztuce Leczenia* 2010b, nr 1–2, t. XX, s. 101–140. Wobec chorych somatycznie bywają najczęściej stosowane różne formy terapii, takie jak: psychoterapia podtrzymująca, psychoterapia elementarna – p. Motyka (2002), pomoc psychologiczna czy wreszcie terapia kryzysu. Z danymi dotyczącymi relacji między interwencją kryzysową a innymi formami pomocy można się zaznajomić w 12. rozdziale podręcznika *Psychologia kliniczna*, t. 2 pod red. Heleny Sęk, (2007) pt. *Interwencja kryzysowa*, autorstwa D. Kubackiej-Jasieckiej, s. 244–272.

¹ Z przybliżeniem i skategoryzowaniem podejścia interwencyjnego wobec chorych somatycznie można się zapoznać w opracowaniu Doroty Kubackiej-Jasieckiej i Jadwigi Berezowskiej-Pogoń (2014). *Interwencja w kryzysach zdrowia: założenia, strategie, refleksje własne*.

szczególnie w przypadku chorób chronicznych (Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993; Wrona-Polańska, 2011).

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie, na podstawie analizy przypadku pacjentki hospitalizowanej w Oddziale Kardiologii, w jaki sposób wybór metody interwencji kryzysowej i współpraca w ramach zespołu leczącego doprowadziły do skryzystalizowania diagnozy kryzysu emocjonalnego i ustąpienia objawu oraz zmiany sytuacji życiowej pacjentki. Osiągnięcie wglądu może być w każdym przypadku początkiem zdrowienia – walki z objawem, chorobą, a także inicjowania procesów adaptacyjnych. Wzrasta dzięki temu zdolność dalszej świadomej autoanalizy własnej sytuacji, a także możliwość korzystania z dostępnej sieci wsparcia, współpraca w leczeniu i świadoma zgoda na konieczne postępowanie medyczne, które może mieć tak charakter leczenia somatycznego, jak i psychicznego. Zmniejszenie poczucia bezradności, zredukowanie ryzyka następnego kryzysu, a także – co wydaje się najważniejsze – zwiększenie poczucia kontroli u pacjenta – osiągnięte dzięki interwencji kryzysowej w trakcie krótkich hospitalizacji nakierowanych na interwencję medyczną, w dzisiejszej, ograniczonej czasowo opiece zdrowotnej – staje się właściwie jedyną możliwą formą pomocy. Dłuższe oddziaływanie jest często możliwe dopiero w opiece ambulatoryjnej (por. Berezowska-Pogoń, 2003; 2007).

Analiza przypadku pacjentki Krystyny P. Interwencja w kryzysie emocjonalnym na podłożu rodzinnym

Pacjentka Krystyna P., lat 32, mężatka, z wyższym wykształceniem, matka 2,5-letniego syna, pracująca na stanowisku związanym z obsługą klientów – zgłosiła się do Oddziału Kardiologii Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, skierowana w trybie planowym przez lekarza

kardiologa. Pacjentkę przyjęto w celu diagnostyki utrat przytomności poprzedzonych szumem, uczuciem ucisku w głowie, czasami „prężeniem” ciała, które występowały jedynie w specyficznej sytuacji – podczas stosunków seksualnych.

W wywiadzie uzyskano informację o występujących 8 lat wstecz kilkakrotnych epizodach zasłabnięć, z pełną utratą przytomności. Pacjentka hospitalizowana była z tego powodu w Oddziale Neurologii. Wówczas nie znaleziono kardiologicznej przyczyny zasłabnięć, natomiast zalecono włączenie leczenia przeciwdrgawkowego, czego pacjentka nie uczyniła. Następnie pozostawała bez kontroli neurologicznej i kardiologicznej – nie stosowała żadnych leków, ponieważ objaw się wycofał. Od 2,5 roku, czyli od urodzenia dziecka, dolegliwości powróciły, z nasileniem w okresie ostatnich sześciu miesięcy. Zasłabnięcia i utraty przytomności, 8 lat temu i w ostatnim okresie, związane były zawsze ze stosunkiem seksualnym. W trakcie ówczesnej hospitalizacji, pomimo prób przeprowadzenia wnikliwego wywiadu, nie uzyskano danych dotyczących okoliczności występowania objawów. Wywiad w kierunku innych chorób był u pacjentki negatywny. Pierwszą miesiączkę miała w 16 r.ż., od tego czasu miesiączkowała regularnie. Jeden raz była w ciąży, urodziła syna przez cesarskie cięcie 2,5 roku temu. Pacjentka nie pali (nigdy nie paliła) i nie pije alkoholu, nie stosuje także innych substancji psychoaktywnych.

W zakresie diagnostyki medycznej zaplanowano 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, które – wykonane podczas hospitalizacji – nie wykazało istotnych zmian. W badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono patologii, podobnie jak w teście pochyleniowym². W USG jamy brzusznej także nie

² **Test pochyleniowy** (ang. *tilt test*, używana jest również nazwa: test pionizacyjny) to badanie stosowane w diagnostyce omdleń wazopagalnych. Test pochyleniowy pozwala na ocenę układu krążenia pacjenta w warunkach zbliżonych występujących podczas pionizacji ciała. Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Test_pochyleniowy, 20.01.2018)

znaleziono patologii. Z uwagi na dolegliwości bólowe lewego barku – zlecono rentgen barku, który nie wykazał zmian chorobowych, podobnie jak rtg klatki piersiowej (narządy klatki piersiowej bez zmian). W rtg kręgosłupa szyjnego wykazano zniesienie lordozy, poza tym bez zmian. Test stymulacji przedsionka wykazał prawidłowy automatyzm węzła zatokowego oraz prawidłowe przewodnictwo zatokowo-przedsionkowe. Masaż zatoki szyjnej wykazał nieznaczne zwolnienie rytmu serca.

W badaniu neurologicznym nie stwierdzono patologii. Zalecono EEG oraz badanie CT głowy przeglądowe z kontrastem. W wykonanym EEG uzyskano zapis na pograniczu normy, z elementami o charakterze podrażnieniowym.

Na podstawie przeprowadzonych badań specjalistycznych nie znaleziono więc przyczyny utraty przytomności. W trakcie hospitalizacji pacjentka pozostawała bez dolegliwości, z wyrównanym krążeniem i prawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego. W rezultacie została wypisana do domu z zaleceniem dalszej kontroli w Poradni Kardiologicznej i Neurologicznej i z powtórnie założonym aparatem do monitorowania holterowskiego, z zaleceniem normalnego funkcjonowania, łącznie z aranżacją stosunku seksualnego. Wynik monitorowania ponownie był ujemny.

Od początku hospitalizacji pacjentka była jednocześnie w kontakcie z psychologiem. Pierwszy kontakt miał miejsce na korytarzu, gdzie Krystyna P. spędzała większość czasu, nerwowo spacerując i często telefonując. Występowały u niej wyraźne objawy niepokoju psychoruchowego, widoczne także w mimice i sposobie prowadzenia rozmowy. Pacjentka przypisywała je niepokoju o dziecko, które pozostawiła pod opieką swojej matki i obawą, że dłuższa hospitalizacja mogłaby się skończyć zwolnieniem z pracy. Na czas pobytu w szpitalu pacjentka wzięła urlop wypoczynkowy. Zaproszona do gabinetu – chętnie skorzystała z okazji do rozmowy, łatwo nawiązując kontakt intelektualny i emocjonalny.

W wyniku przeprowadzonego wywiadu psychologicznego uzyskano informacje,

mogące mieć wpływ na diagnozę dolegliwości pacjentki. Aktualne małżeństwo pacjentki jest jej drugim związkiem. Pierwszy, zawarty w trakcie studiów, z wielkiej miłości – po dwóch latach zakończył się fiaskiem, ponieważ pacjentka, odkrywając zdradę męża (widziała na własne oczy jego kontakt fizyczny z ich wspólną koleżanką) – zażądała rozwodu, który mąż dał jej bez sprzeciwu. Dzieci nie mieli. Od tej pory nie kontaktowała się z nim zupełnie, sporadycznie spotykając na ulicy i wymieniając jedynie zdawkowe informacje. Były mąż pacjentki nie zawarł dotychczas nowego związku. Bezpośrednio po rozwodzie, który pacjentka przeżyła bardzo urazowo, chcąc odreagować – na krótko związała się z mężczyzną, z którą łączył ją jedynie seks. Mieszkała wtedy u matki, która jest bardzo wierząca i źle reagowała na jej pozamałżeńskie kontakty seksualne. Wtedy właśnie pojawiły się po raz pierwszy dolegliwości, z powodu których aktualnie jest hospitalizowana. Z powodu tych dolegliwości, lęku o własne zdrowie i braku rzeczywistego zaangażowania w przypadkowy raczej związek – pacjentka zrezygnowała z niego i przez długi okres nie podejmowała współżycia fizycznego. Twierdzi, że nie brakowało jej tego typu kontaktów. Nadal mieszkała z matką, a niewielka grupa znajomych zapewniała jej wystarczająco życie towarzyskie. Wpadła w stały rytm pracy, obowiązków i nielicznych przyjemności. Po pewnym jednak czasie stwierdziła, że chciałaby mieć dziecko, a ponieważ zbliżała się do trzydziestki, zaczęła odczuwać niepokój, że będzie na to za późno (matka pacjentki zaszła w ciążę jako młoda kobieta, co miało zdecydowany wpływ na poglądy pacjentki na temat wieku odpowiedniego do rodzenia dzieci). Twierdzi, że związała się ze swoim aktualnym mężem, który był wtedy jej kolegą z pracy, z miłości – jednak jest to jedynie deklaracja werbalna, nieoparta odpowiedzią emocjonalną, będącą z nią w wyraźnej sprzeczności. Współżycie seksualne doprowadziło do zajścia w ciążę, w związku z czym przyszli rodzice wzięli ślub, już tylko cywilny. Pacjentka jest osobą wierzącą i podjęcie decyzji o zamążpójściu i urodzeniu

z tego związku dziecka wiązało się z krytycznym stosunkiem ze strony matki, która nie akceptowała jej pierwszego małżeństwa z racji studiów, na których wtedy obydwójce byli, a drugiego – z przyczyn związanych z moralnością katolicką. Pacjentka twierdzi, że odczuwała satysfakcję ze współżycia seksualnego z narzeczonym, a później z mężem – aż do czasu urodzenia dziecka. Do tej pory w drugim małżeństwie nigdy nie miały miejsca objawy, które pojawiły się poprzednio.

Mąż pacjentki ma średnie wykształcenie. W trakcie trwania związku małżeńskiego zmienił miejsce pracy. W związku z pracą przebywa poza domem praktycznie przez większą część dnia. Zawsze miał duże potrzeby seksualne, o czym lojalnie informował swoją partnerkę, jeszcze przed ślubem. Pacjentka twierdzi, że to jej wtedy nie przeszkadzało. Dopiero od czasu porodu, który był dla niej wyraźnie traumatycznym przeżyciem – sytuacja się zmieniła. Pacjentka urodziła dziecko przez cesarskie cięcie. Ciąża była znacznie przenoszona i po porodzie oboje – matka i dziecko – byli w bardzo złym stanie. Koncentracja pacjentki na sobie i dziecku, jego długie wychodzenie z choroby, a aktualnie zespół ADHD, spowodowały koncentrację matki na dziecku i jego problemach. Mąż, mający z Krystyną P. dość powierzchowny kontakt psychiczny, poczuł się odsunięty i zaniedbany. Nie zajmuje się domem ani dzieckiem – pacjentce pomaga jedynie jej matka. Tryb pracy Krystyny P. wymaga obecności w miejscu jej odbywania do godziny 18, toteż dziecko z przedszkola odbiera babcia, a pacjentka po wyjściu z pracy zabiera chłopca do domu. Mąż pacjentki po powrocie z pracy do domu wymaga pełnej obsługi (nakarmienia, oprania, wyprasowania ubrań, wymasowania bolących stóp), po czym zazwyczaj ma potrzebę współżycia seksualnego. Pacjentka obawia się kolejnej ciąży, jednak nie stosuje żadnych środków antykoncepcyjnych. Lekarz ginekolog, u którego się leczy, zalecił jej środki doustne, po których jednak znacznie przytyła i które źle tolerowała. Była także systematycznie krytykowana przez swoją matkę z powodu ich stosowania. Ponieważ jest

uczulona na lateks, nie toleruje także prezerwatyw. Nie wykazała jednak inicjatywy w poszukiwaniu innych środków i stosuje jedynie metody naturalne oraz stosunek przerywany. Podczas rozmowy pacjentka wyraźnie omijała temat antykoncepcji. Ciąża stanowi nie tylko zagrożenie problemami zdrowotnymi, ale i ekonomicznymi – pacjentka z całą pewnością straciłaby pracę i stała się całkowicie zależna od męża.

Mąż Krystyny P. ma minimalny kontakt psychiczny z żoną, a w subiektywnej ocenie psychologa jest mało atrakcyjny fizycznie. Wielokrotnie inicjowane przez nią rozmowy i działania, mające na celu zaangażowanie męża w opiekę nad dzieckiem, pomoc w pracach domowych czy wymianę poglądów, kończyły się – wg relacji pacjentki – fiaskiem. Krystyna P., nie czując porozumienia psychicznego z mężem i będąc fizycznie i psychicznie zmęczona, a także obawiając się niechcianej ciąży – nie ma najmniejszej ochoty na współżycie fizyczne. Mąż jednak nalega, stosując presję psychiczną, a jeśli spotka się z odmową – jest dla pacjentki bardzo nieprzyjemny, a jego zły humor odbija się na nastroju, w którym wychowywane jest dziecko z ADHD. Duże znaczenie ma także postawa teściowej, która – poinformowana przez syna o niechęci synowej do współżycia – jawnie wyraziła swoje oburzenie jej postawą. Pacjentka zgadza się więc na współżycie, będąc zupełnie bierną fizycznie. Narasta w niej jednak ogromny poziom niepokoju, napięcie i agresja, będące naturalną reakcją na stres i frustrację. W tej właśnie sytuacji pojawia się najpierw ucisk w tyle głowy, czasami zdarza się drętwienie rąk i prężenie ciała, a później utrata przytomności, która w naturalny sposób przerywa stosunek. Mąż pacjentki, bardzo zaniepokojony, ale także zniecierpliwiony tymi objawami, nalegał na hospitalizację żony, aby wyjaśnić sprawę i jak wyraziła się żona: *naprawić zepsute narzędzie*.

Pacjentka, oprócz ustrukturalizowanego wywiadu psychologicznego, została przebadana Skalą Depresji Becka, Skalą Wydarzeń Życiowych i Kwestionariuszem Symptomów

Stresu. Zostały także użyte metody projekcyjne: Test Piramid Barwnych, Linia Życia i rysunek rodziny, które – ze względu na brak zakorzenienia w sprawdzalnej teorii – traktowane były jedynie jako materiał do rozmowy z pacjentką³.

W wyniku przeprowadzonych badań można stwierdzić wysoki poziom niepokoju, ze znaczną przewagą jego jawnej komponenty, niski próg wrażliwości na bodźce, poczucie nieadekwatności, małowartościowości i nieszczęśliwości i autoagresję emocjonalną. Obniżony nastrój pacjentki, stałe zdenerwowanie i rozdrażnienie, odwleknięcie podjęcia jakichkolwiek decyzji, większa męczliwość, kłopoty ze snem, płaczliwość i utrata wszelkich zainteresowań sprawami seksu – świadczą o łagodnej depresyjności, co potwierdza wynik w Skali Depresji Becka wynoszący 14/64 punktów. Sztwywny styl reagowania, niepewność i brak gotowości do wyjścia poza wyznaczone przez siebie samą schematy postępowania, kontrola uczuć aż do ich świadomego tłumienia, zahamowanie rozładowania przeżyć, nazbyt silne dopasowanie się do świata zewnętrznego – pozostają w konflikcie z impulsywnością reakcji wewnętrznych, znacznie

zwiększoną pobudliwością, maskowaną na skutek niepewności, podwyższonego poziomu lęku lub czasami zubożeniem. Kruchość sfery emocjonalnej i delikatność przeżyć, brak wsparcia emocjonalnego w rodzinie, traumatyczne przeżycia związane z porodem i praktycznie jedyna odpowiedzialność za wychowanie nadpobudliwego dziecka, a także brak pewności co do utrzymania pracy – nakładają się na lęk przed kolejnym zajściem w ciążę, co przy złym tolerowaniu dotychczas stosowanych środków antykoncepcyjnych, bezkompromisowym postępowaniu męża i jego dużej masie – mogły spowodować wystąpienie objawu w postaci utraty przytomności podczas stosunku.

Można było postawić hipotezę, że objawy somatyczne, które stały się przyczyną hospitalizacji pacjentki, stanowią wołanie ciała, będące reakcją na kryzys emocjonalny występujący na tle przemocy rodzinnej o charakterze psychicznym. Reakcja kryzysowa rozwinęła się na tle silnie zaznaczonego syndromu bezradności, wyuczonej prawdopodobnie jeszcze w rodzinie generacyjnej. W rodzinie prokreacyjnej, zaburzającej poczucie tożsamości jako żony, partnerki nie tylko seksualnej, ale we wszystkich aspektach życia rodzinnego, czuła się opuszczona i samotna, w pałace powininości. Trudności pogłębił brak wsparcia psychicznego ze strony własnej matki, silnie wpływającej i kierującej życiem córki, krytykującej wszystkie najważniejsze decyzje jej życia.

Brak akceptacji ze strony własnej matki, jawna wrogość teściowej, wyczerpanie własnych zasobów radzenia sobie z bardzo trudną sytuacją, poczucie osobowej odpowiedzialności za dobre wychowanie trudnego dziecka, przy braku treningu w przeciwstawianiu się, niezdolności do walki o własne prawa i niskiej samoocenie spowodowały, że pacjentka zareagowała na narastający kryzys emocjonalny dezintegracją na poziomie fizjologicznym. Zawężenie perspektywy czasowej, fatalistyczne podejście typowe dla reakcji depresyjnej spowodowały reakcję ciała, która zabezpieczyła interesy pacjentki: odsunęła

³ Wybór właśnie takich technik badania wynikał z wieloletniej praktyki kontaktu z pacjentami somatycznymi, u których tłumienie emocji odgrywa ogromną rolę jako czynnik ryzyka rozwoju chorób, a ich blokada w stanie kryzysu hamuje możliwość podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia, a także zmian we własnym życiu. Intuicyjne, niewymagające podejścia intelektualnego wykonywanie TPB czy innych metod o charakterze projekcyjnym (rysunków) i późniejsza, na ich podstawie, przeprowadzona rozmowa z pacjentem otwierająca dyskusję na tematy emocjonalne – przynosi niejednokrotnie nowe spojrzenie na własne zablokowane funkcjonowanie. Wypracowanie w trakcie tego typu pracy wspólnej poczucia bycia akceptowanym i traktowanym z szacunkiem, szczerością i empatią – niezależnie od wzajemności lub jej braku po stronie klienta, dopuszcza zrozumienie, że interwent jest czasem jedyną osobą, która tak traktuje osobę przeżywającą kryzys, co pozwala przełamać dotychczas stosowane schematy poznawcze.

perspektywę niechcianej ciąży, spowodowała choć częściowe, personalne, a nie wyłączenie przedmiotowe zainteresowanie ze strony męża.

Krystyna P. była mocno zmotywowana do poszukiwania pomocy, początkowo głównie z poczucia powinności. Jej postawa zasadniczo zmieniała się po analizie rysunku rodziny, gdzie wyraźnie zaznaczyła się podległość pacjentki w stosunku do matki, męża i teściowej. Zrozumiała, że jakaś jej część zdiagnozowała własną sytuację i się przeciw niej zbuntowała. Od tego momentu nastąpiła zasadnicza zmiana we własnym zaangażowaniu w kontakt terapeutyczny – uzyskała podstawowy wgląd we własną sytuację i zaakceptowała interpretację psychologiczną występującego objawu. Czerodniowy kontakt (hospitalizacja była krótka) nie dawał możliwości zajęcia się głębszą diagnozą i interwencją, a mąż pacjentki ani jej matka nie zgodzili się na wspólne spotkanie z psychologiem. Pacjentka została więc skierowana do lekarza ginekologa celem dobrania właściwego sposobu antykoncepcji i do Poradni Terapii Nerwic. Z propozycji skorzystała, uzyskawszy przyspieszony, dwutygodniowy termin przyjęcia na badania, o czym zawiadomiła psychologa odbierając opinię. Był to ostatni kontakt z pacjentką.

Podsumowanie i wnioski

W przypadku analizowanej sytuacji – początek krótkiego kontaktu z badaną miał charakter obserwacji jej zachowania w środowisku szpitalnym, a także kontaktów z rodziną na korytarzu. Te właśnie obserwacje, ukazujące ogromny poziom napięcia wewnętrznego, niepokój psychoruchowy, niechęć w kontaktach z rodziną, a także potrzebę izolacji od współpacjentek z sali, z zasady wypytyujących o objawy i sytuację koleżanek, doprowadziły do wstępnej hipotezy występowania w życiu Krystyny P. sytuacji kryzysowej. Nawiązanie kontaktu z pacjentką i pogłębienie go podczas wywiadu, który miał miejsce w gabinecie psychologicznym, w przyjaznym, domowym otoczeniu i tempie narzuconym przez bada-

ną, doprowadziło do potwierdzenia hipotezy o występowaniu w życiu pacjentki kryzysu, którego korzenie sięgały jej pierwszego małżeństwa i były nierozzerwalnie związane z wyznawaną w rodzinie generacyjnej źle rozumianą moralnością katolicką⁴. Nieco dłuższy kontakt, pozwalający na zmniejszenie napięcia psychicznego, wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa, dostarczenie psychicznego oparcia oraz pomocy w lepszym rozumieniu siebie i własnych objawów chorobowych, doprowadził do zgody na wykonanie badań o charakterze testowym, co – jak wiemy – nie jest niezbędnym działaniem w sytuacji diagnozy i terapii kryzysu, pozwala jednak na znacznie lepsze dotarcie do zablokowanych emocji będących źródłem występowania objawów pacjenta. Zawężona i fatalistyczna perspektywa czasowa, w jakiej funkcjonowała pacjentka, bez planów na przyszłość i pomysłów na zmianę, a także brak świadomości i kontroli ekspresji swoich myśli i emocji, w sytuacji w jakiej się znalazła, nieumiejętność rozmowy na temat własnych niepokojów, a także brak odpowiedniego interlokutora spowodowały niespodziewaną dezintegrację w postaci wcześniej „przećwiczonego” objawu. Nastąpiło wyczerpanie zasobów przystosowawczych, czego nie dostrzegła ani pacjentka, jej otoczenie, ani przedstawiciele opieki zdrowotnej, z którymi miała kontakt przez lata. Zarówno w procesie socjalizacji (matka Krystyny P. i jej przekonania), jak też w życiu rodzinnym i zawodowym pacjentka zawsze starała się sprostać wymaganiom otoczenia, aż do momentu wyczerpania zasobów. Kiedy jednak się wyczerpały – mechanizmy obronne nie dopuściły tego faktu do świadomości; natomiast podświadomość sygnalizowała poprzez objaw somatyczny wyczerpanie i odmowę

⁴ Należy zaznaczyć, że Krystyna P. znacznie łatwiej otworzyła się w stosunku do interwenta w momencie jego szczerej odpowiedzi na pytanie o wyznawaną wiarę (katolicką) i następową obserwację całkowitej akceptacji jej osoby, co – w świetle doświadczeń rodzinnych – było dla niej nowością i doprowadziło do zwiększenia poziomu zaufania.

dalszych wysiłków przystosowawczych. Brak wystarczająco szybkiego rozpoznania tej sytuacji jako reakcji kryzysowej doprowadził do dezintegracji somatycznej, a także naraził pacjentkę i system opieki zdrowotnej na parokrotną hospitalizację i wielokrotne badania specjalistyczne, choć konieczne ze względu na wykluczenie podejrzenia o organicznym tle objawu, to jednak znacznie opóźniające interwencję w sytuację życiową Krystyny P.

Dopiero czterodniowy pobyt w Oddziale Kardiologii, dzięki nawiązaniu głębszego kontaktu i wcześniejszej hipotezie tła kryzysowego objawu, doprowadził do rozszerzenia samoświadomości pacjentki i rozpoczęcia nowej drogi życia. Wprawdzie postawa jej rodziny nie uległa zmianie, to jednak Krystyna P. zaczęła poszukiwać pomocy w rozwiązaniu swojej sytuacji życiowej i zdrowotnej – poza nią.

Bibliografia

- Berezowska-Pogoń J. (2003). Zastosowanie techniki EMDR w pracy z pacjentami kardiologicznymi. *Sztuka Leczenia*, 3–4, s. 77–86.
- Berezowska-Pogoń J. (2009). Niepublikowany tekst referatu *Wołające ciało*, IX Ogólnopolska Konferencja Ericksonowska.
- Kubacka-Jasiecka D., Berezowska-Pogoń J. (2014). Interwencja w kryzysach zdrowia: założenia, strategie, refleksje własne. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica* VII (2014), s. 116–137.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010b). Kryzysy zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej. *Sztuka Leczenia*, 1–2, t. XX, s. 101–140.
- Lindemann E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, s. 101, 141–148.
- Motyka M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Płużek Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, s. 31–43. Kraków: Wyd. ALL.
- Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L. (1993). *Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin*. Warszawa: Wydawnictwa Medyczne.
- Wrona-Polańska H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Źródło internetowe: https://pl.wikipedia.org/wiki/Test_pochyleniowy (odczyt 20.01.2018).