

V tomto článku autor představuje integrativní metodu práce s pacienty, zejména s dospívajícími, kteří trpí onemocněním, chronickou bolestí a akutním emočním distresem. Tito pacienti těžší z léčby, která kombinuje KB, psychodynamický a existenciální přístup. Tento článek zkoumá proces integrace existenciálních a psychodynamických aspektů léčby a KBT, zdůrazňuje naléhavou potřebu analyzovat a normalizovat emocionální distres, střetnutí s existenciální úzkostí a zapojení odporu, práce s enactmentem a přenosem i protipřenosem v situaci tady a teď v terapeutickém vztahu. Na základě klinických nálezů autor ukazuje na příkladu dospívajícího muže s velkými fyzickými omezeními, se silným emočním distresem a strachem ze smrtelnosti, jak integrativní přístup k léčbě ulehčuje rozvoj efektivního uvědomování si a vyjadřování sebe sama, samo-diferenciace a formování osobnosti, existenční snahu o to, aby se rozhodoval sám za sebe.

Dospívající trpící vážnými onemocněními, která jsou doprovázena chronickou bolestí, mají fyzické i emocionální problémy, jako je zvýšená úzkost, deprese, nízké sebevědomí, pronásledují je myšlenky o smrti a obecný strach o budoucnost. Stres, který zažívá rodina a dospívající, kvůli chronické bolesti, je obvykle vzájemně propojený a oboustranný. Chronická bolest je nejen spojena s emočním stresem, ale také omezuje emoční vědomí, vnímání a zpracovávání.

U adolescentů s těžkým onemocněním a chronickou bolestí se vývoj jasného, diferencovaného, kvalitního sebehodnocení potýká s mnoha překážkami. Mají sklon k tomu, aby:

- vnímali své tělo jako „rozbité“ nebo poškozené;
- nepřiměřeně spoléhali na fyzickou, emocionální a sociální podporu svých pečovatelů;
- se neúčastnili aktivního života se svými vrstevníky kvůli svým fyzickým omezením, což je ochuzuje o zážitky a potěšení;
- pocíťovali bezmocnost, což vyplývá z toho, že nejsou schopni ovládat bolest a reakci ostatních na ni;
- se cítili izolovaně a vzdáleně od rodiny a vrstevníků;
- si více uvědomovali svou smrtelnost kvůli potřebě neustálé lékařské péče a častých hospitalizací.

Pojetí léčby: integrativní přístup k onemocněním, chronické bolesti a emočnímu distresu.

Fyzická bolest je komplex percepčních zkušeností a emocionálních zážitků, které ovlivňují vztahy. Autor v této části navrhuje inovativní přístup k terapii, která integruje vztahově-psychodynamický, existenciální přístup s KB strategií a bere v úvahu širokou škálu komplikací/problémů uvedených výše postihující pacienty s onemocněním a chronickou bolestí.

Autor se domnívá, že posouzení chronické bolesti by mělo zahrnovat identifikaci toho, jak se projevuje ve vztazích, dále by mělo brát v úvahu, jak vyhýbání se určitým aspektům zkušenosti, například negativnímu vlivu, úzkosti ze smrti, izolaci, často vede k maladaptivním vzorcům vztahů. Toto hodnocení zahrnuje velkou variaci KB strategií, jako je mindfulness a kognitivní restrukturalizace, a existenciální témata. Poslední metoda poskytuje pacientům možnost čelit úzkosti ze smrti, aby si uvědomili svou vlastní smrtelnost jako důležitý základ sebevědomí a sebe-kategorizace (Feifel, 1990). Terapeut může zvýšit pocit bezpečí v psychotherapeutickém vztahu (podle Rogerse) pomocí empatie, pozitivního spojení a kongruentního / emocionálního naladění, co umožní pacientovi vyjádřit větší spektrum emocí.

Pokud pacient a terapeut pochopí, jakou roli ve vztahu hraje chronická nemoc a chronická bolest, to je směs KB, psychodynamické a existenciální strategie, může zlepšit porozumění pacienta vzorcům jeho chování, to je schopnost být sám sebou a zůstat sám sebou před ostatními, takže pacient může "probádat tyto aspekty sebe sama, které doposud nebyly plně prozkoumány" (Shedler 2010). Protože pacient a terapeut vzájemně působí v „psychologické matici“, je velmi důležité používat terapeutický vztah jako místo, kde mohou být tyto vzorce chování pozorovány a zpracovány, a kde pacient může získat nové vztahové zkušenosti (Mitchell 1993, Safran, Muran, a Eubanks-Carter 2011). Je možné, že se během terapeutického sezení objeví slepé uličky a enactmenty, které mohou sloužit jako příležitost ke změně vzorce chování, což může vést ke vzniku dalších vztahů.

Cíle

Níže autor uvádí případ ze své klinické praxe. Jedná se o adolescenta trpícího závažným onemocněním, chronickou bolestí (častými těžkými bolestmi hlavy) a výrazným emočním distresem. Léčba integrovala přístupy psychodynamické psychoterapie, existenciální psychoterapie a KBT. Článek se zaměřuje na integraci existenciálních a psychodynamických informovaných aspektů léčby KBT, proto

zdůrazňuje nezbytnost analýzy a normalizace emocionálního distresu, střetu s existenciální úzkostí a autentického použití odporu, enactmentu a přenosových a protipřenosových reakcí v situacích „tady a teď“ v rámci terapeutického vztahu. Intervence usnadnily rozvoj emocionální regulace díky úspěšnému zvyšování uvědomování a vyjadřování, self-diferenciaci a sebepečení, a existenční boj za dosažení pocitu moci, a to i přes významné fyzické omezení a děsivé střety s jeho vlastní smrtelností. Autor popisuje, že poté, co jeho pacient začal riskovat, aby převzal odpovědnost za své rozhodování, podporován autentickým, empatickým a otevřeným (důvěřujícím) terapeutickým vztahem, začal být jeho život hodnotnější a nabízel se mu více příležitostí.

Flexibilita integrace: kognitivně behaviorální nástroje s dynamickými formulacemi.

KBT byla používána k identifikaci a pochopení emocionálních spouštěčů bolesti hlavy jako i k rozvoji dovednosti snižování symptomů. Autor říká, že s pacientem našli hlavní překážky zlepšení emočního a fyzického zdraví: například katastrofické scénáře a jiné negativní reakce na bolest hlavy, špatná komunikace s rodinou a vrstevníky, slabé sebevědomí.

Používali mindfulness dovednosti, aby věnovali pozornost, zkoumali a učili se přerušovat nutkavé, opakující se a katastrofické myšlenky. Pacient si stále více uvědomoval spousty bolesti a snažil se přijímat sebe i ostatní mnohem aktivněji navzdory bolesti, potřebám, frustraci vůči rodině a přátelům kvůli nepochopení tomu, čím prochází.

Kognitivní restrukturalizace se projevila výrazným přeformulováním sociálních cílů a zlepšením komunikace s rodinou. Pacient začal uvažovat o automatických myšlenkách a o tom, že jeho myšlenky jsou interpretací, ne skutečností. Začal věnovat pozornost svým myšlenkám, což mu pomohlo pozastavit se a snažit se zmenšit pochybnosti o sobě sama.

Zjistili, jak tyto myšlenky ovlivňovaly jeho pocity (úzkost, vyděšení, rozčilení) a vyhýbavé chování (rozptylování, držení všeho v sobě), čímž vlastně posilovaly úzkostný kruh: úzkost - fyzické bolesti - emoční distres.

Práce s odporem a použití protipřenosu k dosažení rekognice

Když pacient cítil bolesti hlavy, rozhodoval se nedělat domácí úkoly. Poté se přiznal, že odpor proti domácímu úkolu je založen na strachu, že se dozví, že je rozbitý a že to není možné opravit.

Disociativní materiál, například strach, který motivoval pacienta, aby nedělal domácí úkoly, také odkazuje na existenciální úzkost, kterou by pacient s chronickou bolestí měl zažít. V tomto případě terapeut a pacient mohou prozkoumat aspekty těchto zkušeností, ve kterých se pacient v jiných situacích necítí dobře, aby pomohl pacientovi jasně si formulovat své pocity, vyjadřovat je terapeutovi a možná je i sdílet s ostatními. Díky tomuto procesu zůstává pacient v kontaktu se svými pocity, s nimiž se dříve nedokázal vyrovnat. A začne si volit vědomější způsob, jak je začlenit do svého života, než aby je nevědomě neakceptoval, jak tomu bylo předtím.

Zkoumání pacientova vyhýbavého chování v terapii otevřelo prostor pro bezpečné zjištění pravděpodobnosti, že nikdy nebude vyléčen. Autor popisuje, že se začali více soustřeďovat na to, co pro klienta znamená žít s chronickým onemocněním plný, smysluplný a autentický život. Vzhledem k tomu, že stav pacienta nebyl stabilní, ale proměnlivý, pokračovali v práci s děsivými a existenciálními vyhlídkami na život s nemocí.

Práce s enactmentem v další klinické praxi

Narušení TPT vztahu, blokování terapeutické práce a enactmenty jsou nevyhnutelné při práci s pacienty s chronickou bolestí. Nejsou přitom vnímány jako překážka, ale jako příležitost k terapeutickým změnám. Studie ukazují, že proces průlomu díky spolupráci, práci s enactmentem přináší pozitivní výsledek. Terapeut může pomocí terapeutické diády navigovat v případě zablokování či enactmentu následujícími způsoby:

- a) určit, co způsobilo enactment;
- b) zformulovat hypotézu původu enactmentových vztahových patternů;
- c) sdílet tuto hypotézu s pacientem a převzít odpovědnost za to, jak bude využita při uvážlivém sebeodhalování
- d) povzbuzovat, podporovat a usnadňovat společnou diskusi o zkušenostech pacienta v rezonanci nebo nesouladu s hypotetickým vzorem enactmentu;
- e) prozkoumat další způsoby, jak být sám sebou;
- f) popřemýšlet, a pokud je potřeba prozkoumat, jestli toto může být rozšířeno i na jiné vztahy pacienta, na podporu a rozvoj nových a správných emocionálních reakcí mimo ordinaci psychologa.

Tento způsob práce s enactmentem představuje účinný terapeutický proces, který umožňuje pacientovi prožít předchozí neformulovaný a nevyjádřených afektů a integrovat je do svého sebevědomí.

Autor říká, že jejich práce se zaměřila na zlepšení upřímnosti komunikace. Pacient začal důvěřovat svým zkušenostem a stavům a začal cítit potřebu, jak vyjádřit své pocity rodině a přátelům.

Závěry a prognózy.

Přestože pacient nepřivedl své rodiče na terapii, nadále pokračoval ve zlepšování svých schopností v oblasti interpersonální komunikace a prokázal svou schopnost vyjadřovat své myšlenky a pocity jak během léčby, tak i mimo ni. Projevoval více tolerance při diskuzích s otcem o stresujících tématech.

Na konci léčby pacient učinil významný pokrok v různých směrech. Začal lépe přijímat své fyzické omezení, začal být méně zneklidněn během projevů bolesti hlavy, lépe vyjadřoval v rodinném kruhu svůj distres a osobní potřeby. Byl na stejné vlnové délce se svými dominantními pocity a více si uvědomoval svůj podíl na distresující dynamice ve vztazích. Navíc jeho schopnost převzít zodpovědnost za své činy v důsledku své schopnosti vyjádřit své potřeby otci naznačuje, že úspěšně zahájil proces osamostatnění a individualizace.

Teoretické, koncepční a technické důsledky.

V tomto článku jsou uvedeny zásadní informace o terapii vedené pomocí integrativní formulace a přístupu, která je určena odborníkům pracujícím se „zvláštními případy“, jako je například situace, kdy se násobek dynamik - zdravotní stav, chronické bolesti, jednotlivé separace, psychosociální stresory - protíná. V těchto případech je důležité, aby se v praxi používaly všeobecné i specifické přístupy k léčbě:

1. identifikace relační funkce emocionálních projevů a potlačování;
2. analýza a normalizování předchozích nevědomých zkušeností, aby se usnadnilo rozšíření vlastních zkušeností, které jsou zpracovávány do adaptivnějších způsobů vztahů;
3. použití KBT jako techniky pro identifikaci funkce exprese nebo potlačení bolesti u interakce ve vztazích pacienta a modifikaci fyzické a emocionální reakce na bolest pacienta;
4. usnadnění střetu s existenciální úzkostí, které pacienti s onemocněním a chronickou bolestí musí čelit;
5. upozornění na terapeutické průlomky a enactmenty, které se nevyhnutelně objeví při práci s pacientem s chronickou bolestí;
6. práce s terapeutickými bloky a enactmentem prostřednictvím rozumného využívání sebepoznání;
7. zdůraznění facilitativních faktorů Rodgerse, jako je empatie, pozitivní postoj, soudržnost.