

Janina Czapnik

PROPOZYCJA TERAPII PACJENTÓW Z MYŚLAMI NATRĘTNymi

PROPOSAL OF THERAPY FOR PATIENTS WITH OBTRUSIVE THINKING

Prywatny Gabinet Psychoterapeutyczny

**obtrusive thinking
psychotherapy**

Autorka opisuje prowadzoną przez siebie terapię pacjentki z myślami natrętnymi. Przy tej okazji przedstawia hipotezę powstawania tego typu objawów jako wynik braku eksploracji otoczenia we wczesnym okresie rozwojowym wpływający na tworzenie „niepełnowartościowych” pojęć.

Summary: The circumstances, when the idea of therapy for patients with obtrusive thinking was born, have been described. An attempt for the theoretical basis of such a therapy has been made. A hypothesis is presented, that obtrusive thinking has been designed for marking an area, where „defective ideas” functioned.

Rezygnacje z terapii pacjentów z myślami natrętnymi, po sesji ocenianej przeze mnie pozytywnie, wnoszącej istotne elementy wglądowe w problematykę pacjenta, stawały się dla mnie coraz bardziej frustrujące. Postanowiłam bliżej przyjrzeć się zjawisku. Zaczęłam od superwizowania u prof J. Bomby terapii pacjentów z myślami natrętnymi. Istotna korzyść z superwizji polegała na uświadomieniu sobie, że na sesjach poprzedzających drop-aut pacjenci szczególnie wyraźnie odczuwali moje oczekiwania zrezygnowania z objawu. Rozmijałam się z oczekiwaniami pacjentów? Inaczej rozumieliśmy poprawę? Jakie kryteria poprawy były istotne dla pacjentów?

Charakterystycznymi cechami obserwowanymi u wszystkich pacjentów z myślami natrętnymi były: bierność, przeżywana jako ograniczenie aktywności zawodowej i społecznej, oraz słabe testowanie rzeczywistości, rozumiane jako trudność w postawieniu wyraźnej granicy między wyobrażeniami a realnymi zdarzeniami. Skierowało to moją uwagę na rozwój procesów poznawczych i emocjonalnych w rejony wczesnego dzieciństwa. Szczególnie ważny wydał się przełom drugiego i trzeciego roku życia, kiedy dziecko uczy się oddzielać świat rzeczywisty od wymyślonego i zaczyna powoli wycofywać się z magicznej interpretacji wydarzeń, czyli rozwiązuje te problemy, które występują u pacjentów z myślami natrętnymi. Dziecko rozwiązuje ten problem poprzez dużą aktywność, czynne eksplorowanie otoczenia, zdobywanie wiedzy o otaczającej je rzeczywistości i urealnianie obrazu świata. Może w tym kierunku powinna podążać terapia, a słowem-kluczem jest **aktywność?**

Ważnym wydarzeniem była terapia pacjentki z myślami natrętnymi, podczas której zrodził się pomysł na skuteczne radzenie sobie z problemem myśli natrętnych.

Opis terapii indywidualnej pacjentki z myślami natrętnymi

Pacjentka lat 40, wykształcenie wyższe, mężatka, jedno dziecko w wieku 13 lat. Z powodu zaburzeń nastroju przez rok była w leczeniu u psychiatry. Potem zgłosiła się na psychoterapię. Sesje odbywały się raz w tygodniu, terapia była superwizowana przez prof. J. Bombę. Na superwizji przyjęto założenie, że początkowe spotkania będą nieustrukturyzowane — nie ingerowałam w wypowiedzi pacjentki, nie podawałam interpretacji, podążałam za tokiem jej myślenia.

I etap terapii

W tym okresie myśli pacjentki krążyły głównie wokół męża. Myślami natrętnymi były: „mąż zdradza mnie z koleżanką z pracy”, „zabiję go”. Myślom towarzyszyły silne uczucia. Pacjentka sygnalizowała także trudności w różnicowaniu tego, co wymyślone, od tego, co realne. Chwilami nie była pewna, czy coś się zdarzyło naprawdę, czy tylko się jej wydawało.

Stopniowo wprowadzała na sesje informacje o rodzicach, wydarzeniach z dzieciństwa. Pierwszy kryzys, manifestujący się tym, że nie przyszła na sesję i rozważała możliwość przerwania terapii, wystąpił po 9. sesji. Towarzyszyło temu znaczne nasilenie się zaburzeń przeżywania w postaci nocnych ataków paniki. Nie starałam się zatrzymać pacjentki. Za główne zadanie uważałam jej uaktywnienie, dodanie odwagi dokonywania wyboru, osłabienie lęku przed popełnieniem błędu.

W tym czasie ujawniły się zaburzenia w konstruowaniu i rozumieniu niektórych pojęć. Pacjentka inaczej rozumiała sformułowanie „być atrakcyjną”, inaczej rozumiała słowo „tchórz” itd. Zdałam sobie sprawę, że mimo iż używamy tego samego języka, to podkładamy pod słowa różne treści. „Być atrakcyjną jako kobieta” pacjentka zawężyła do bycia naukowcem, robienia kariery naukowej. „Tchórz” w jej rozumieniu to osoba mająca trudność w podejmowaniu jakiegokolwiek działania. Oznaczało to, że pacjentka ma nieprawidłowo ukształtowane niektóre pojęcia. Są „wykrzywione”, zbyt zawężone. Nazwałam je „**pojęciami niepełnowartościowymi**”. Zaburzenia dotyczyły procesu myślenia i lokalizowały się na poziomie tworzenia pojęć. Zaburzenie procesu abstrahowania powodowało, że niektóre pojęcia nie ukształtowały się prawidłowo, „były wybrakowane”. Można zobrazować to przykładem stołu, który ma jedną nogę dłuższą lub krótszą — ciągle jest stołem, ale nie będzie spełniać swojej funkcji, dopóki nie zostanie naprawiony.

Wracając do opisu przypadku — to pacjentka dokonała wyboru, kontynuowała terapię. Przyjęła także postawiony przeze mnie warunek skonsultowania się z lekarzem psychiatrą w celu ustalenia farmakoterapii.

II etap terapii

Trwał prawie trzy miesiące i określał go jako bardzo istotny, ponieważ pacjentka zaczęła pracować na sesjach z myślami natrętnymi. Zajęłyśmy się określeniem, w jakim czasie funkcjonuje myśl natrętna, jak się ma do rzeczywistości, jakie są obiektywne przesłanki

określonej treści myśli natrętnych. Pierwszym ważnym odkryciem dla pacjentki było: myśli natrętne nie są jednoznacznie związane z rzeczywistością. Wyjazd męża za granicę był bardzo pomocny w odkryciu przez nią tej cechy myśli natrętnych. Jego koleżanka została w kraju, mimo to myśli natrętne nadal miały tę samą postać: „mój mąż zdradza mnie z koleżanką z pracy”. Pacjentka bez trudu zobaczyła nieadekwatność myśli natrętnych. Straciła dla nich „szacunek”; „są nieprawdziwe” — mówiła. Sama wymyśliła sposób rozprawienia się z myślami natrętnymi. „Łączę nierealną myśl natrętną z myślą pozytywną, osadzoną w rzeczywistości. Mój mąż jest za granicą, koleżanka jest w pracy w Polsce, mąż systematycznie do mnie dzwoni, zaprasza na długie wakacje do siebie” — stawiała tę myśl obok myśli natrętnych i czuła ulgę.

Pacjentka określiła to jako przełom w terapii, bo skonstruowała narzędzie przeciw myślom natrętnym i potrafiła go używać. Dawało jej to poczucie bezpieczeństwa, zaczęły częściej pojawiać się pozytywne emocje: radość, przyjemność. Łatwiej „przyznawała się” do złości, żalu, lęku. Zaczęła dostrzegać możliwości wyboru. Powiedziała: „nie będę więcej walczyła z sobą, jestem jaka jestem i dobrze”. Wybrała akceptację siebie.

W tym czasie obserwowałam istotny wzrost aktywności pacjentki — pisała książkę, wróciła do prowadzenia samochodu, zajęła się remontem mieszkania. Pojawiły się refleksje na temat myśli natrętnych, świadczące o próbach porządkowania emocji poprzez nazywanie ich. Mówiła o myślach natrętnych: „przeraża mnie to, że toczy się to w głowie i nie da się zapanować nad tym. Myśli natrętne mają haczyki. Jeżeli zaakceptuję, że myśli natrętne są, to łatwiej będzie mi znaleźć [te] haczyki i tym samym oparcie”. Rozumiałam to jako zaproszenie do wizualizacji.

III etap terapii

Pacjentka nauczyła się techniki relaksacyjnej — treningu autogennego. Lekarz psychiatra odstawił leki. Wprowadzono techniki wizualizacji. W trzecim okresie terapii pacjentka podjęła próbę formułowania planów życiowych. Dokonała bilansu życiowego, co uwolniło ją od nierealistycznego rozumienia przez nią terminu „być atrakcyjną”.

Przemyślenia pacjentki: „myśli natrętne mają haczyki”; „aby wyjść poza myśl natrętną, tzn. uwolnić się od niej, konieczna jest aktywność”; „lęk wiąże się z lenistwem, a to z poczuciem winy”.

Pacjentka w swoich spostrzeżeniach zwróciła uwagę na nałogowy charakter myśli natrętnych, za istotny problem uznała przeżycie utraty kontroli. Snuła rozważania nad podobieństwem występowania myśli natrętnych do uzależnienia od alkoholu. Zwróciła uwagę także na swoistą rolę myśli natrętnych, jaką było zapełnienie pustki, kiedy słabł lęk. Wtedy „przychodziły do głowy myśli natrętne i wypełniały pustkę” — mówiła.

Przed zakończeniem terapii pacjentka, zanim wyjechała na długie wakacje do męża, podsumowała ją w następujący sposób: „**jest to furtka i można nią przejść, za nią jest inny świat, który jest niezależny**”. Zadeklarowała, że nie boi się już myśli natrętnych, bo „ma odczucie, że tamten okres jest za nią”, a kiedy pojawi się myśl natrętna, to ją „rozbierze” i zastąpi inną.

Pacjentka nie wróciła na terapię. Pobyt za granicą uznała za udany. Po powrocie do Polski wydała książkę, kalendarz, ożywiły się jej kontakty towarzyskie. Spotkałam ją przypadkowo kilka miesięcy potem — czuła się dobrze, funkcjonowała na wszystkich

obszarach aktywności. Czasem pojawiały się myśli natrętne, ale nie wzbudzały silnych emocji. Powiedziała, że wie, jak sobie z nimi radzić.

Po zakończeniu terapii pacjentki z większą siłą zaczęły mnie nurtować pytania:

Dlaczego niektóre myśli zamieniają się w myśli natrętne, a inne nie?

Jaką rolę w samoregulacji psychicznej spełniają myśli natrętne?

Próba ujęcia teoretycznego

Przyjmując definicję myśli natrętnej „jako uporczywej myśli zabarwionej lękowo, której człowiek nie potrafi usunąć ze swojej świadomości, chociaż widzi jej niedorzeczność, nienormalność, chorobliwość” [1, str. 193], szczególnie interesujące wydają się jej dwie cechy:

- to, że przychodzi z zewnątrz
- i ma powracający charakter

Prawdopodobna wydaje się hipoteza, że myśli natrętne mogą odgrywać podwójną rolę:

- po pierwsze, mogą być „zabezpieczeniem w języku” przed niekontrolowaną regresją, mogą być sygnałem dokonującej się regresji, chronić przed psychozą; są blisko czynności natrętnych lub towarzyszą takim czynnościom;
- po drugie, mogą być użyte do „oznakowania” deficytu pojęć, funkcjonowania „pojęć niepełnowartościowych”; wtedy treść myśli może określać obszar zaburzenia procesu abstrahowania.

W mojej pracy zajęłam się problemami oznakowania przez myśli natrętne obszaru zaburzenia procesu abstrahowania. W celu przedstawienia toku rozumowania trzeba wrócić do drugiego roku życia dziecka, kiedy istotną rolę w komunikowaniu się z otaczającym światem zaczyna odgrywać mowa. Wg teorii Piageta [2] w tym okresie dokonuje się istotna zmiana w funkcjonowaniu poznawczo-emocjonalnym dziecka. Może ono samodzielnie przemieszczać się w dowolnym kierunku, zwiększa się jego możliwość poznawania świata. Świat zewnętrzny tworzą przedmioty stałe. Rozwija się mowa. Oprócz prostych słów, oznaczających konkretne przedmioty, rodzą się zdania, początkowo składające się z dwóch słów, potem stopniowo powstają struktury gramatyczne, rozwija się mowa symboliczna, w której dziecko przekazuje przeżyte treści i może wyrazić przeżywane uczucia. Tworzą się pojęcia. To jest bardzo ważny moment, ponieważ prawdopodobnie wtedy powstają deficyty polegające na utworzeniu się „pojęć niepełnowartościowych”.

Bardzo ważną formą aktywności staje się zabawa symboliczna, ponieważ pozwala dziecku na wyrażenie własnych pragnień, emocji. W czasie zabawy symbolicznej dziecka „powstają warunki do stworzenia własnego indywidualnego obrazu świata”, który jest jednocześnie czytelny dla innych. Ten ogromny świat jest uległy, można na niego wpłynąć. Jeżeli dziecko boi się psa, a występujący w zabawie symbolicznej pies jest groźny, to je wzmacnia. Może ono kazać mu się zachowywać przyjaźnie, a samo może być odważne i niczego się nie bać. W ten sposób wykreowana przez dziecko rzeczywistość pomaga mu poradzić sobie z lękiem w konkretnej sytuacji.

Dziecko podejmuje próbę przejścia od urojeń do rzeczywistości i musi dostać od

rodziców szansę na sprzeciw wobec nich i otoczenia. Nie powinni z powodu jego protestu pozbawić go opieki i miłości. Wytwarza się w tym czasie optymalny dystans wobec matki. Dziecko „walczy” o więcej wolności, ale chce równocześnie zachować poczucie bezpieczeństwa.

Jeżeli dziecko z jakichś powodów nie jest wystarczająco aktywne, nie eksploruje otoczenia, nie może sprzeciwić się rodzicom, to taka sytuacja musi odbić się na rozwoju mowy, ponieważ „nieoswojony” świat nie jest instalowany w mowie. W tej sytuacji w rozwoju mowy większy udział zyskuje bierne naśladowanie, a nie konstrukcje oryginalne. Dziecko powtarza słowa, ale nie podkłada pod nie treści związanych z własnym doświadczeniem. Słowa są „obce”, z zewnątrz, jak myśli natrętne, nie można nimi adekwatnie wyrazić własnych przeżyć.

Można postawić hipotezę, że właśnie wtedy powstają pojęcia, które mają skazę, są „niepełnowartościowe”. Zahamowany przez ograniczenie aktywności dziecka proces abstrahowania nie pozwala słowu oderwać się od konkretności. Trudność początkowo może być niewidoczna, z czasem zaś dawać coraz więcej sygnałów. Tak sformułowane pojęcia są niestabilne, mogą zachowywać się jak stół, który ma jedną nogę dłuższą lub krótszą — dopóki nie zostanie naprawiony, nie będzie spełniał zadań stołu, nie będzie można na nim bezpiecznie położyć rzeczy, nie będzie można się o niego oprzeć.

Podobnie używane przez pacjenta pojęcia nie spełniają swojej roli, ponieważ nie dają możliwości wyrażenia własnych przeżyć. W kontakcie objawia się to ciągłym, od nowa, definiowaniem używanych słów, np. na każdej sesji, od początku, pacjentka mówiła, jak rozumie słowa: przyjaciel, dom, małżeństwo, i za każdym razem było to związane z jakąś konkretną sytuacją i uwzględniany był jakiś jeden aspekt pojęcia. Te ciągłe, od nowa, definiowanie słowa w związku z konkretną sytuacją pozwalało uformować właściwe pojęcie; było to, odnosząc się do wcześniej użytej przenośni, wyrównywanie długości nóg stołu, a tym samym naprawianie go. Jak wynika z opisu, istotną rolę odgrywała własna aktywność pacjentki.

Podsumowanie

Atrakcyjna wydaje się hipoteza, że myśli natrętne służą do oznakowania obszaru, na którym funkcjonują „pojęcia niepełnowartościowe”. W opisanym przypadku treść myśli natrętnych była istotną wskazówką w zidentyfikowaniu „niepełnowartościowego pojęcia”. Jednocześnie służyła do określenia, jakim problemem należało się zająć podczas terapii. Rozwój aktywności własnej pacjentki w czasie terapii oraz podjęty przez nią trud oddzielenia tego, co realne, od tego, co nierealne pozwoliły pacjentce na poradzenie sobie z myślami natrętnymi, uzyskanie nad nimi kontroli i uznanie, że terapię można zakończyć.

Piśmiennictwo

1. Grzywa A. Omamy i urojenia. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner; 2000.
2. Piaget J, Inhelder BP. Psychologia dziecka. Wrocław: Wydawnictwo Siedmioróg; 1999.

Adres: Prywatny Gabinet Psychoterapeutyczny
41-200 Sosnowiec

