

# Czyń cuda

**P**rawie każdy z nas spotkał się czy słyszał o takich doświadczeniach w życiu ludzi, które naruszają podstawową regułę dotyczącą związków przyczynowo-skutkowych i przekraczają dostępną nam logikę wydarzeń. Zdania-klucze, symbolizujące konkretne ludzkie doświadczenia, na przykład „Nie mogę sobie pozwolić na chorowanie. Nie mam na to czasu” lub „Pewno nie będę miała czasu umrzeć” – sugerują, jakby choroba i śmierć podlegały w jakiejś mierze naszej kontroli, jakbyśmy mogli na nie wpływać.

Nasze zwyczajowe i kształtowane kulturą podejście do choroby i śmierci umiejscawia poczucie kontroli nad tymi zdarzeniami poza nami. To coś, co się przydarza, przytrafia – to los, przeznaczenie. Świadomość nieuchronnego końca często zamienia się w bezradność czy beznadziejność, skłania do „poddania się”, daje poczucie sytuacji bez wyjścia. Wtedy oddajemy swoje cenne ciało – które zawiodło, stało się kłopotem – w ręce obcych ludzi: niech coś z nim zrobią, jeżeli w ogóle coś da się z nim zrobić. Patriarchalny model w relacji pacjent – lekarz wzmacnia to poczucie uprzedmiotowienia.

Przyjaciółka, dla której jej praca jest pasją, choruje tylko w soboty i niedziele. Znajomy – ojciec czterech synów – śmiejąc się, stwierdza: „Pozwalamy mojej żonie chorować raz na dwa lata”. Popularna pisarka opowiada o przebytej chorobie nowotworowej: „Musiałam żyć i być zdrowa, musiałam przecież wychować

córkę”. Sędziwa babcia znajomych mówi z wiarą: „Nie umrę, dopóki moja wnuczka nie pójdzie do komunii”. Doświadczeni onkolodzy z pokorą zadają sobie pytanie: „Dlaczego jeden pacjent odzyskuje zdrowie, a drugi umiera, choć u obu rokowania i leczenie były takie same?”. Z badań wynika (Philip Zimbardo, Floyd Ruch), że starzy ludzie częściej umierają po świętach lub po dniu urodzin, jak gdyby postanowili żyć aż do pewnej docelowej daty.

Mówimy: wiara czyni cuda; wola życia; przede wszystkim trzeba chcieć. Badania potwierdzają, że w wielu przypadkach lepiej reagują na leczenie chorzy w poważnym stanie, ale nastawieni pozytywnie, niż chorzy, których stan oceniono jako lżejszy, ale nastawieni negatywnie. Ponadto u tych pierwszych stwierdzano obniżenie nasilenia efektów ubocznych, na przykład nudności. Nierzadko w swojej pracy z pacjentami spotykam się z problemem nudności, które nie znajdują uzasadnienia w samym procesie leczenia, bo pojawiają się w przeddzień przyjęcia na oddział lub już w drodze na zabieg. Często w znacznym złagodzeniu, czy wręcz wycofaniu tych objawów pomaga praca z pacjentem zmierzająca do uświadomienia mu konfliktu wewnętrznego, jaki przeżywa. Z jednej strony bowiem chce się poddać leczeniu, jest silnie motywowany przez swój tzw. zdrowy rozsądek i nacisk bliskich mu osób, których nie chce zawieść. Ale z drugiej strony bardzo boi się zabiegu czy inwazyjności chemioterapii, jego wyobrażenia uruchamia katastroficzne scenariusze zdarzeń. Charakterystyczne, że pacjent często nie jest świadom tych sprzecznych sił w sobie, zewnętrznie prezentuje się jako spokojny i opanowany. Dochodzi do somatyzacji, czyli przesunięcia energii psychicznej tego konfliktu w kierunku wyrażenia go w objawach somatycznych, na przykład w mdłościach. Uświadomienie sobie przez pacjenta tego, co przeżywa, pomaga mu odzyskać kontrolę poznawczą nad tym, co się z nim dzieje. Jeśli rozumie swoje ciało, odzyskuje z nim kontakt – może na siebie wpływać, ma wybór. Zmniejsza się lub znika jego poczucie beznadziejności i bezradności.

Wyniki wielu badań wskazują, że poczucie kompetencji, wpływu na siebie i kontroli nad środowiskiem ma podstawowe znaczenie dla przetrwania, dla naszego zdrowia i życia. Znamy efekt placebo. Natomiast bezradność, przekonanie, że nie ma się wpływu na nic, może prowadzić do rezygnacji, a w efekcie do pogorszenia stanu zdrowia, czy wręcz do śmierci – również u osób, których stan zdrowia rokował poprawę, a nawet u tych, które były zupełnie zdrowe. „Choroba rezygnacji” jeńców wojennych, przypadki nagłej śmierci voodoo – to przemawiające do wyobraźni i powszechnie znane przykłady umierania z przyczyn natury emocjonalnej.



Lucyna Dominik

Kiedyś zostałam wezwana do pacjenta na konsultację. Niestety, chory zmarł tego dnia, kiedy miała się odbyć. Dla personelu oddziału było to zupełnie niezrozumiałe. Pacjent czuł się przecież dobrze. Jego organizm był wydolny we wszystkich układach, czego dowodził fakt, że planowano wypisać go na kilka dni do domu. Jedyne, co się zdarzyło w dniu poprzedzającym śmierć tego człowieka, to niewyrażenie przez rodzinę zgody na jego czasowy powrót do domu. Być może w przypadku tego pacjenta, który był przecież czymś mężem, ojcem i dziadkiem, któremu nie pozostawiono żadnego wyboru, który mógł doświadczyć poczucia utraty kontroli nad swym życiem i jego daremności – śmierć była ostatnim aktem woli, ostatnim wyborem.

Zdarza mi się myśleć w podobnych kategoriach o tzw. „zespolu nagłej śmierci łożeczkowej”, występującym nawet u najbardziej zdrowych niemowląt. Próbuję wyobrazić sobie takiego niemowlaka, którego przetrwanie w pełni zależy od matki, od jej bezpośredniej obecności, od

## ogłoszenie

Tel./Fax (+4822) **839 36 99**  
 Akredytacja Europejskiego Stowarzyszenia Neurolingwistycznej Psychoterapii EA NLP  
**Polski Instytut NLP**  
**Kursy certyfikacyjne**  
**NeuroLingwistycznego Programowania**  
**Praktyk # Mistrz # Trener**  
**Hipnoza i hipnoterapia - 10.I.2003**  
**Kurs Praktyka**  
**Poznań 9.I.2003 - Warszawa 20.III.2003**  
**Zapisy na kurs trenerski**  
**Szkolenia dla Firm**  
**Konsultacje # Superwizje # Terapie**  
[www.econlp.com](http://www.econlp.com) [nlp@econlp.com](mailto:nlp@econlp.com)

34.1

jej niezawodności, stałości „trzymania” dziecka („holding” D. W. Winnicotta) – budzi się nagle i nie czuje obecności matki, bo śpi w swoim łóżeczku albo jeszcze dalej od niej, bo w swoim pokoju; nie widzi jej, nie czuje jej zapachu, nie może jej dotknąć, nie ma czegoś, co właśnie jest tym podtrzymywaniem jego ciągłości i możliwością kontrolowania otoczenia. W napięciu czeka... może próbuje ją jakoś przywołać... jeszcze ma nadzieję... i nagle zalewa go oceaniczne uczucie skrajnego przerażenia – jest sam w kosmosie, bez szans na przetrwanie. Poczucie bezradności i beznadziejności przeżywane w taki sposób, w jaki może przeżywać tylko niemowlę. Pozostawałoby pytanie, jedno z wielu, dlaczego niektóre niemowlęta radzą sobie z taką sytuacją, a inne nie.

Wydaje się, że w tych poszukiwaniach związku pomiędzy ciałem a psychiką przewija się ważny motyw, który narusza dotychczasowe rozumienie dostępnych nam, ludziom żyjącym w kulturze Zachodu, związków przyczynowo-skutkowych. Słuchamy z niedowierzaniem o ludziach Wschodu, którzy chodzą po rozżarzonych węglach. A obok nas żyje przyjaciółka, żona znajomego, sędziwa babcia czy wyjątkowa pacjentka – wyjątkowa, bo postanowiła nie poddać się statystyce. Korzystają być może z tego samego mechanizmu wpływania na funkcję pojedynczej komórki. Teoria biologicznego sprzężenia zwrotnego mówi: „Każdej zmianie stanu fizjologicznego towarzyszy odpowiadająca jej zmiana stanu umysłowego i emocjonalnego, świadomego lub podświadomego. I odwrotnie, każdej zmianie stanu umysłowego i emocjonalnego, świadomego lub podświadomego, towarzyszy odpowiadająca jej zmiana stanu fizjologicznego”. Być może rzecz w spójności tych stanów, w zminimalizowaniu sprzeczności czy konfliktów między nimi – aby nasza podświadomość działająca w ukryciu nie działała podstępnie przeciwko nam samym, aby „chciało się chcieć”, aby mieć przekonanie, że sprawuje się kontrolę. Rzeczywista kontrola nie ma istotnego znaczenia. Ważne jest poczucie, że się ma wybór i punkt oparcia, a niemożliwe może stać się możliwe.

**Jadwiga Koźmińska-Kiniorska**

*Jadwiga Koźmińska-Kiniorska jest psychoterapeutką, trenerem PTP. Pracuje w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.*

