

Burkhard Peter

HIPNOZA I PSYCHOTERAPIA PACJENTÓW Z HIV, ARC I AIDS.

HYPNOSIS AND PSYCHOTHERAPY WITH HIV, ARC AND AIDS PATIENTS.

słowa klucze: HIV, AIDS, hipnoza, hipnoterapia, psychoterapia

keywords: HIV, AIDS, hypnosis, hypnotherapy, psychotherapy

Streszczenie

Między czasem zakażenia wirusem HIV a umieraniem na AIDS pacjenci przechodzą przez różne stany psychologiczne i fizyczne. Uproszczony podział ujawnia trzy typy pacjentów: seropozytywnych, z ARC i z AIDS. Każda z tych trzech grup potrzebuje innego leczenia i wsparcia psychoterapeutycznego. Niezbędne strategie radzenia sobie tych grup pacjentów różnią się od obecnych w zwyczajnej populacji potrzebujących psychoterapii. Hipnoterapia jest użyteczna na wszystkich etapach. Implikacje terapeutyczne są wspierane przez odpowiednie odkrycia z dziedziny psychoneuroimmunologii, badania nad AIDS i nad mechanizmami radzenia sobie. Dwa protokoły pacjentów i jeden opis przypadku włączono w artykuł dla celów ilustracji.

Abstract

Between the time of having become infected by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and dying from AIDS, patients pass through different physical and psychological states. A simplified distinction reveals three types of patients: seropositive, AIDS-related complex (ARC), and AIDS patients. Each of these groups need different psychotherapeutic treatment and support. The necessary coping strategies of these patients groups differ from the usual population in need of psychotherapy. Hypnotherapy is useful at all stages. The therapeutic implications are supported by relevant findings in psychoneuroimmunology, AIDS research and coping research. Two patient protocols and one case description are included for illustrative purposes.

1. Medyczne i psychologiczne stadia w przebiegu zakażenia HIV i AIDS.

Od czasu zakażenia HIV do czasu rozwinięcia AIDS, pacjenci HIV-pozytywni przechodzą kilka medycznych i psychologicznych etapów. Medycyna spróbowała sklasyfikować rozwój choroby używając różnych systemów (na przykład CDC [1], WHO [2]) (mimo zaistniałych

zmian w klasyfikacjach etapów przebiegu choroby pozostawiono pierwotny opis i nazewnictwo - przyp. tłumacza).

Stadium I, upraszczając obejmuje wszystkich pacjentów HIV pozytywnych lub seropozytywnych - tych którzy są bezobjawowi.

Stadium II, obejmuje pacjentów ARC którzy cierpią na objawy kompleksu ARC które nie zarażają życia, podczas gdy Stadium III zawiera tych wszystkich pacjentów, których postępująca choroba prowadzi do śmierci (różnicujący opis wyj. Peter [3]). Kliniczny przebieg zakażenia może różnić się ogromnie u różnych pacjentów. Munoz i wsp. [4] szacowali, że pewni HIV-pozytywni pacjenci są bezobjawowi przez ponad 10 lat - co można określić jako przeżycia długoterminowe.

Von Vorstein [5] broni psychologicznego podziału na stadia śmierci i umierania wg. Kuebler-Ross [6] 1. zaprzeczanie, paraliżujący lęk, 2. zaprzeczenie diagnozie i próby utrzymania dotychczasowego stylu życia. 3. próby odrzucania przebiegu choroby, zmian w stylu życia, podchodzenia do życia z większą świadomością, czynne dostosowanie w sytuacji choroby. 4. akceptacja choroby i próby czynnego kierowania życiem w najlepszy możliwy sposób. Te stadia psychologiczne dostarczają aktywnego spojrzenia na doświadczenie pacjentów HIV-pozytywnych w różnych fazach przebiegu choroby, nawet mimo iż sformułowania są dość ogólne. Od chwili identyfikacji seropozytywności do manifestacji AIDS, pacjent jest konfrontowany z serią czynników stresowych (wyj. [7]). 1. gdy pacjent słyszy diagnozę, zwykle doświadcza tzw. szoku diagnostycznego, który łączy się z nieprzewidywalnym i reakcjami podczas pierwszych 8 tygodni, reakcjami sięgającymi od skrajnego lęku, depresji do samobójstwa lub dekompensacji psychotycznej [8, 9]. 2. Ponadto pacjent konfrontowany jest również z wieloma problemami psychospołecznymi (zawodowymi i rodzinnymi typu "coming out" etc.), które są raczej obciążające. Jednak, jeżeli pacjent jest bezobjawowy rozumiało jest, że kontynuuje on/ona dawne podejście do sprawy lub próbuje zaprzeczyć diagnozie. W tym samym czasie pacjent może zacząć wypatrywać objawów somatycznych w realistyczny lub hipochondryczny sposób. 3. Wcześniej czy później pacjent zaakceptuje fakt, że jest HIV-pozytywny ewentualnie dopiero gdy objawy ARC staną się widoczne. W tym punkcie pacjent generalnie zmienia swoje zachowanie wobec zdrowia, w tym staje się bardziej świadomy odnośnie swoich zachowań dietetycznych, stylu życia oraz próbuje prowadzić je w sposób bardziej zdrowy. Dobre leczenie medyczne staje się coraz ważniejsze w celu opóźnienia lub odsunięcia niekorzystnego przełomu przebiegu choroby. Psychologiczne straty wykazano w kilku badaniach (patrz niżej). 4. ostre przejawy AIDS znowu narażają na pewne problemy psychologiczne ale zasadniczo są wtedy mniej stresujące niż przedtem. W tym punkcie

pacjent wydaje się akceptować fakt, że w końcu umrze wskutek choroby jeżeli przeszedł kryzys "znaczenia (sensu) życia" oraz otrzymuje leczenie medyczne i psychologiczne (wyj. opis poniżej).

Dla każdego pacjenta psychologiczna manifestacja choroby jest taka jak fizykalne odchylenia w jej przebiegu. Pewne badania jednak wskazują, że pacjenci z ARC cierpią na największy stres psychologiczny zaraz po szoku diagnozy seropozytywności wg. Temoshok i wsp. [10, 11] pacjenci z ARC mają tendencję do cierpienia na większy stres psychologiczny niż pacjenci z AIDS. Odkrycia Huan i wsp. [12] pokazują, że pacjenci HIV-pozytywni i ARC mieli silniejsze objawy depresyjne, lęk oraz większy stres psychologiczny niż pacjenci z AIDS, chociaż rozwój i pojawienie się objawów związanych z HIV może być uważany za najbardziej stresujący czynnik w czasie postępu choroby. Podobny trend został znaleziony w niemieckim badaniu Franke [13]: pacjenci z ARC uzyskali najwyższe punktacje w kwestionariuszu objawowym SCL-90 w skalach depresji, lęku i stresu w porównaniu z pacjentami z AIDS i HIV-pozytywnymi, gdzie pacjenci z AIDS wypadli nawet niżej niż z HIV-plus (Derogatis i wsp. [14]). Implikacje psychologiczne takich odkryć wydają się być oczywiste - sięgają od niezwłocznych interwencji kryzysowych do kontroli objawu, jak również obejmują wsparcie odnośnie odkrywania sensu i znaczenia życia oraz opiekę terminalną.

2. Co to jest adaptacyjne radzenie sobie?

Pewne psychologiczne strategie radzenia sobie są powszechnie uważane przez społeczność psychoterapeutów za niekorzystne przystosowawczo. Na przykład mechanizmy obronne takie jak wyparcie lub zaprzeczanie, przemieszczenie, projekcja, racjonalizacja, intelektualizacja, izolacja afektu, i wiele innych jest często uważanych za nieproduktywne strategie radzenia sobie gdy jednostka jest skonfrontowana z sytuacją zagrażającą, stąd mogą prowadzić do zachowań nieprzystosowawczych. Tradycyjnie zorientowana psychoterapia próbuje zwykle zmotywować pacjenta do porzucenia tych mechanizmów. Czy to jest mądre i do jakiego stopnia może być użyteczne - zobaczymy. Ostatnie wyniki badań wydają się jednak sugerować reorientację w rozumieniu takich strategii obronnych gdy stosowane są w poważnej chorobie, jak również gdy leczy się pacjentów z HIV i AIDS. Pacjenci z HIV, którzy właśnie otrzymali diagnozę wchodzą często w stan transu (odczucie szoku diagnostycznego). Intelktualnie zrozumieli, że są seropozytywni jednak emocjonalnie wydają się być kompletnie nietknięci i często po prostu próbują "zapomnieć" lub zaprzeczyć diagnozie. tego typu izolacja afektu czy zaprzeczanie mogą być jednak widziane jako produktywne i przystosowawcze odpowiedzi na zagrożenie. Z drugiej strony strategie takie pomagają ochronić się jednostce przed zalewem paniką i zapobiegają innym możliwym

postaciom dekompensacji, a z drugiej strony mają tendencje do dostarczania ramy czasowej w której pacjent może stopniowo dochodzić do ładu z sytuacją traumatyczną. Na przykład jeden z naszych pacjentów [15] musiał być hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym po otrzymaniu diagnozy gdyż zdekompensował się całkowicie. Inny z naszych pacjentów donosił, że czuł się samobójczo przez 12 tygodni po diagnozie. Konsekwentnie te typy mechanizmów obronnych gdy są wykorzystywane jako tymczasowa odpowiedź na niebezpieczeństwo mogą być rozważane jako zdrowe i dojrzałe przez to, że zapewniają ramę czasową w której pacjent może rozwinąć bardziej produktywne strategie radzenia sobie. Z drugiej strony takie mechanizmy obronne mogą zostać zminimalizowane lub całkowicie odrzucone w takim stopniu, że pacjent zastąpi je bardziej odpowiednimi strategiami radzenia sobie. Stąd specyficzna integracja mechanizmów obronnych i radzenia sobie powinna być interpretowana jako oznaka stabilności psychicznej [16, 17, 18]. Kliniczny postęp choroby i odpowiadające mu objawy będą w końcu zmuszały wszystkich pacjentów HIV-pozytywnych lub chorych na AIDS do dojścia do ładu z ich chorobą. Kwestią pozostaje które strategie radzenia sobie mogą być ogólnie uważane za adaptacyjne, to znaczy skuteczne w rozumieniu podtrzymywania jakości życia przez redukcję uczuć lęku, depresji i bezradności.

Badania pacjentów nowotworowych wykazują, że czynne uczestnictwo w życiu jest strategią radzenia sobie bardziej efektywną niż bierne i tolerujące podejście skombinowane z elementami represji i wycofania się społecznego [19]. W rozumieniu kontroli atrybucji wydaje się istnieć korzystne psychologiczne jeżeli pacjenci są przekonani, że mogą wpłynąć na swoją chorobę sami lub nie wprost przez osobę lekarza. Tacy pacjenci wydają się być mniej depresyjni, przerażeni i zależni niż pacjenci, którzy myślą, że nie mają żadnej kontroli nad swoją chorobą [20, 21]. Pacjenci, którzy przypisują przyczynę choroby problemom psychologicznym mają także skłonność do bycia bardziej depresyjnymi [22]. Interesujące odkrycia dobrze znanego badania Spiegel i wsp. [23] nad rakiem sutka pokazały, że czas przeżycia korelował z uczestnictwem w sesjach grupowych. Pacjentki, które były przypisane do sesji grupowych ale nie uczestniczyły osiągały średni czas przeżycia 25 miesięcy w porównaniu z grupą kontrolną, której średni czas przeżycia był 18,9 miesiąca. Pacjentki, które uczestniczyły w 1-10 sesji grupowych osiągnęły średni czas przeżycia 36 miesięcy a pacjentki, które uczestniczyły w więcej niż 10 sesjach grupowych miały średni czas przeżycia 41 miesięcy. Opierając się na tych wynikach, które powinny być jednak ostrożnie interpretowane wydaje się, że aktywne dochodzenie do ładu z chorobą ma korzystny wpływ na wynik to znaczy wydłuża czas przeżycia. W innych badaniach - pacjentów z HIV i AIDS - sprawdzano także przypuszczenia Spiegel. Jedno wspólne niemiecko szwedzkie-badanie ma na 42 seropozytywnych homoseksualistach [24], wykryło dwa przeciwstawne wzorce

radzenia sobie (Freiburger Coping Questionnaire [25]). Jeden wzorzec radzenia sobie zawierał strategię walki podczas gdy drugi zawierał strategię zaprzeczania i biernego wycofania. Korelacja tych dwóch przeciwstawnych wzorców radzenia sobie z chorobą, z kryteriami depresji, rezygnacji, nastawieniem carpe diem i głodem życia wykazały, że bierne wycofanie korelowało znacząco z depresją i rezygnacją, podczas gdy walka korelowała znacząco z carpe diem i głodem życia. Autorzy zinterpretowali swoje odkrycie tak, że czynne dochodzenie do ładu z chorobą ma bardziej pozytywny wpływ na nastawienie umysłowe dotyczące akceptacji diagnozy HIV niż podejście zaprzeczania i biernego wycofania.

Tab. 1: Strategie radzenia sobie 42 pacjentów seropozytywnych i ARC [25]

kryteria przystosowania	strategia radzenia sobie	
	walka	biernie wycofanie się
depresja	-.11	+.81 (p<.001)
rezygnacja	-.14	+.49 (p<.01)
carpe diem	+.42 (p<.01)	-.12

Inne badanie tych samych autorów (Weimer et al.) na 54 HIV-pozytywnych homoseksualistach wykazało następujące wzorce i style atrybucyjne: Pacjenci depresyjni pokazywali tendencję do unikania, myślenie życzeniowe, wycofanie społeczne i zależność w porównaniu z niedepresyjnymi. W rozumieniu atrybucji autorzy wykryli co następuje: Pacjenci depresyjni myśleli, że mają mały wpływ na przebieg choroby i wierzyli, że prawdopodobieństwo do zapadnięcia na AIDS jest bardzo wysokie. Depresyjni w porównaniu z niedepresyjnymi obwiniali się za zachowanie i konsekwentnie cierpieli poczucie winy. Co więcej wyniki ujawniły znaczący związek między stylem radzenia sobie "unikanie/myślenie życzeniowe/wycofanie społeczne" a atrybucją "nie jestem w stanie wpływać na przebieg choroby". Autorzy zinterpretowali swoje odkrycia tak, że subiektywnie doświadczane zagrożenie rozwojem AIDS było zmniejszane jeżeli pacjent miał wobec siebie pozytywne nastawienie.

Tab. 2: Strategie radzenia sobie 54 seropozytywnych i ARC pacjentów (Weimer et al.)

	depresja	styl radzenia sobie	
		duch walki	unikanie
wpływ	-.38 (p<.01)	+.26	-.37 (p<.05)
ryzyko zachorowania	+.46 (p<.01)	-.36 (p<.05)	+.19

Te odkrycia zostały potwierdzone przez inne badania pacjentów HIV, ARC i AIDS: Na przykład Perez, Huesler i wsp. [26] pokazali, w badaniu na 77 HIV-pozytywnych pacjentach, że złe atrybucje kontrolowalności codziennych stresorów (bierność, zachowanie unikające, samodyskryminacja i dyskryminacja skierowana na innych, ruminacje) korelują z większym stresem emocjonalnym, niską stabilnością psychiczną i zdrowiem. Wolf, Balson i wsp. [27], jak również Wolf, Dralle i wsp. [28] pokazali (w badaniu obejmującym 29 mężczyzn homo/biseksualnych), że 1) czynne instrumentalne radzenie sobie korelowało z poprawą nastroju, większym wsparciem społecznym i mniejszym stresem, podczas gdy 2) zachowanie unikające korelowało z zaburzeniami afektywnymi i mniejszym wsparciem społecznym. Nabir i wsp. [29] osiągnęli podobny wynik w swoim badaniu (50 homo/biseksualnych mężczyzn). Wyniki pokazały, że 1) czynne instrumentalne radzenie sobie korelowało znacząco z poprawą nastroju, poprawą samooceny i poprawą wsparcia społecznego, podczas gdy 2) zachowanie unikające korelowało znacząco z lękiem w zakresie zdrowia, problemami egzystencjalnymi, trudnościami z przyjaciółmi, niską samooceną jak również depresją. Autorzy jednak przypisywali te gorsze stany emocjonalne jako spowodowane przez mniej efektywne sposoby radzenia sobie i nie tak bardzo przez brak wsparcia społecznego: "Wynika stąd, że 'źle radzący sobie', którzy są w największej potrzebie wsparcia, to ci dla których najmniej prawdopodobne jest, że je otrzymają" (s.325). Podkreślają dalej, że zachowanie unikające nie jest konsekwencją złego stanu zdrowia, gdyż nie koreluje z codziennymi zajęciami, stanem zdrowia, objawami czy problemami medycznymi. Co więcej interesujące spostrzeżenie rozważa aktywne poznawcze strategie radzenia sobie w porównaniu do czynnego instrumentalnego radzenia sobie w którym "pozytywne myślenie" samo może prowadzić do obsesyjnego i ruminacyjnego nastawienia a przez to stać się nieproduktywne. To, że zachowanie radzenia sobie koreluje nie tylko ze stanami umysłowymi i społecznymi lecz także ze zmianami systemu immunologicznego, zostało wykazane na

przykład przez Goodkin i wsp [30].

Byli oni w stanie pokazać w swoim badaniu 62 seropozytywnych homoseksualistów (stadium II i III, CDC), że 1) aktywne style radzenia sobie korelowały dodatnio z cytotoksycznością komórek typu NKCC w dodatku odkryli oni też ujemny trend między NKCC a codziennym zmaganiem się. Znaczy to, że im więcej stresu doświadczała osoba tym mniej cytotoksyczne były komórki NK. Wreszcie pokazali, że wsparcie społeczne działa jak bufor dla codziennych zmagania (wyj. [23, 31]). W drugim badaniu Goodkin i wsp. [32] badali kwestię czy codzienne zmagania mogą mieć jakiś wpływ na interwał czasowy pomiędzy infekcją HIV a rozwinięciem się AIDS. Odkryli oni znaczącą korelację między stresem życiowym doświadczanym w poprzednim roku, biernym stylem radzenia sobie a całkowitą liczbą limfocytów u 11 bezobjawowych seropozytywnych homoseksualistów. To oznacza, że im większego stresu doświadcza dana osoba tym bardziej bierny jest jej styl radzenia sobie i niższa całkowita liczba limfocytów. Ten trend może także być wykazany dla subpopulacji komórek CD4, to jest tych komórek, które są szczególnie pod działaniem wirusa i których liczba jest ważnym wskaźnikiem postępu choroby oraz prognozy.

Tak czy inaczej, ponieważ te wszystkie badania są retrospektywne, pozostaje niejasnym czy te poszczególne strategie radzenia sobie były predysponującymi i reagującymi zmiennymi które już istniały przed chorobą. Tak długo jak długo nie ma badań prospektywnych, na przykład kontynuacji badań Goodkin, Fuchs i wsp. [32], poprzednie błędy, które tak długo dominowały w badaniach psychoonkologicznych, nie powinny być powtarzane - np. konkludowanie ex post, że istnieje coś takiego jak "osobowość nowotworowa".

Konsekwentnie, uprzednie odkrycia powinny być interpretowane ostrożnie i nie powinno się ich uogólniać na pacjentów HIV i AIDS. Na przykład Leiberich i Olbrich [33] odkryli stan unikająco-regresyjnego zachowania - radzenia sobie u pacjentów z HIV z wciąż nietkniętym systemem immunologicznym gdzie pacjenci o słabej odpowiedzi immunologicznej okazywali czynne zachowania - radzenie sobie. Autorzy zinterpretowali wyniki, zakładając, że zachowanie takie służyło jako żałoba i odpowiedź orientacyjna na początku choroby a zaraz po uświadomieniu zagrożenia stwarzanego przez chorobą włączane były strategie czynnego radzenia sobie. Nasze ostatnie wyniki badań [15] wskazują, że długość choroby i/lub niska liczba limfocytów helper korelują ze zmianami w zachowaniu - radzeniu sobie: im niższa liczba komórek CD4 tym bardziej pozytywne nastawienie (BDI) a im dłuższa choroba tym mniej skarg somatycznych. Wydaje się, jakby pacjenci z obiektywnie gorszymi wynikami biochemicznymi wyszli poza punkt gdzie czuli się emocjonalnie dotknięci, co w rezultacie dało lepszy stan fizyczny. Ten wyraźny paradoks wskazuje na

kierunek doświadczanie długoterminowo przeżywających (wyj. [34, 35]):

a) elastyczność jako odpowiedź na stresor: długotrwanie przeżywający generalnie pokazują raczej niski poziom pobudzenia (np. mierzony jak przez uderzenia serca).

Odpowiadają oni na stresor wzrostem pobudzenia ale szybko wracają do swego podstawowego poziomu pobudzenia

b) odporność emocjonalna [36]: jest kombinacją tych szczególnych stylów radzenia sobie

a) kontroli, b) zaangażowania i c) postrzegania choroby jako wyzwania

c) Podstawowy nastrój zaufania i pewności, mniej dysforii i depresji czyli więcej ducha walki, zdolności mówienia nie oraz wyrażania emocji

3. Wstępne implikacje dla praktyki klinicznej

Gdy podsumowujemy strategie adaptacyjnego radzenia sobie używane przez pacjentów zakażonych HIV i chorujących na AIDS możemy powiedzieć co następuje:

1. adaptacyjność zachowania - radzenia sobie, zależy od stadium choroby - zarówno psychologicznego, jak i fizykalnego. Stąd pacjenci z HIV, ARC i AIDS powinni być traktowani jak oddzielne grupy pacjentów. To, co jest adaptacyjnym radzeniem sobie dla pacjenta z AIDS, na przykład zajmowanie się nieuniknioną śmiercią, może prowadzić do depresji i samobójstwa u pacjenta zakażonego HIV.

2. W międzyczasie wiele badań weryfikowało korelacje między wsparciem społecznym (niskie / wysokie), zachowaniem (czynne / bierne), poznawaniem (aktywne / unikające / ruminacyjne) a stanami emocjonalnymi (ufny / depresyjny), poziomem pobudzenia (elastyczny / nieelastyczny), postrzeganymi problemami (wiele / niewiele) oraz statusem immunologicznym (dobry / zły). Konsekwentnie ogólne cele terapii zostały jasno pokazane.

3. Jednak te relacje korelacyjne różnią się w odniesieniu do stadium choroby: każde nowe stadium implikuje najpierw psychologiczną i fizykalną destabilizację, która musi być ustabilizowana (opanowana) przez odpowiednie adaptacyjne zachowania - radzenie sobie.

Wybór określonych stylów radzenia sobie zależy od zadania do wykonania, co jest generalnie predeterminowane przez chorobę. To wymaga dużej elastyczności ze strony terapeuty, jak również podejścia zorientowanego na pacjenta.

4. Zatem wydaje się, że podejście zaprzeczające zaraz po szoku diagnostycznym można rozważać jako adaptacyjne, podczas gdy w trakcie stadiów ARC i AIDS to akceptujące, pełne nadziei i czynnie kontrolujące strategie radzenia sobie charakteryzują zachowania adaptacyjne. W czasie stadium terminalnego AIDS w grę wchodzi różne strategie radzenia sobie, które według mojej wiedzy nie zostały empirycznie zweryfikowane.

4. Hipnoza i psychoterapia pacjentów z HIV i AIDS

4.1. uprzednie wyniki badań

4.1.1. ogólne tematy

W oparciu o przegląd literatury, przeprowadziliśmy 1 1993 roku badania następujących obszarów psychoterapii, przy czym AIDS poświęciliśmy najwięcej uwagi: ogólnie psychoterapia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS okazała się być użyteczna i pomocna (np. [37, 38, 39, 40]). Jednak większość badań zajmowała się użytecznością i problemami terapii grupowej (np. [41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50]). Problemy specyficzne dla relacji terapeutycznej włączając projekcję i przeciwprojekcję, jak również (świadome czy nieświadome) lęki przed zarażeniem przez pacjenta są odrębnym problemem badawczym. Innym tematem jest dylemat etyczny terapeuty (tzw. "dylemat Tarasoff (1)"), który musi założyć, że pacjent może zarazić inne osoby wiedząc lub nie wiedząc (nieświadomie, np. [51, 52, 52, 54, 55, 56]) jak również konieczność superwizji (np. [57, 58]). Inne badania zajmują się lekiem, depresją i poczuciem winy osoby zarażonej HIV [59, 60, 61] oraz interwencją kryzysową, jak również opieką terminalną (np. [62]).

4.1.2. Wsparcie społeczne

Wiele badań pacjentów zarażonych HIV i chorych na AIDS zaznacza rolę wsparcia społecznego. Jego funkcja jest uważana za bufor podczas radzenia sobie z chorobą. Folkmann i wsp stwierdzili interesującą ujemną korelację. W swoim badaniu 398 niemonogamicznych homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn, pomiędzy zachowaniami seksualnymi wysokiego ryzyka (stosunek analny bez zabezpieczenia) a wykorzystaniem wsparcia społecznego i religii: im mniejsze jest wsparcie społeczne i/lub religijność i większa kontrola emocji w znaczeniu wyrażania afektu tym większa jest praktyka zachowań seksualnych wysokiego ryzyka. Catania i wsp [63] wykazali w swoim trzyletnim badaniu 529 seropozytywnych i seronegatywnych homoseksualistów, że 1) w razie potrzeby homoseksualiści poszukiwali więcej wsparcia wśród przyjaciół niż w rodzinie, podczas gdy 2) ci, którzy mniej bali się umierania otrzymywali więcej wsparcia społecznego od rodziny i przyjaciół oraz 3) w ostatnim okresie życia wielu homoseksualistów szukało bliskości i oparcia w swoich własnych rodzinach. To zgadza się z naszym własnym doświadczeniem klinicznym i nie jest niespodzianką, jeśli jest się świadomym faktu, że wielu pacjentów zarażonych HIV i chorych na AIDS próbuje ukrywać nie tylko swoją homoseksualność ale także swoją chorobę tak długo jak to możliwe, ponieważ czują się winni i zawstydzeni. Drugą stronę medalu przedstawili Remplein-Keller i wsp [64] w badaniu rodzin mających zakażonego członka. Wyniki pokazały tendencje ochraniające ze strony całej rodziny jak

również słabe wykorzystywanie sieci społecznych, prawdopodobnie z powodu lęków społecznych, nieufności i braku spójności rodziny.

4.1.3. Badania z zastosowaniem hipnozy i wyobrażeń

Ostatnio zaprezentowano na konferencjach poświęconych AIDS kilka badań psychoterapeutycznych wykorzystujących hipnozę i wyobrażenia jako dodatkowe lub prawie wyłączne metody leczenia. Program 8 tygodniowej grupy Auerbacha [65] dla pacjentów ARC i AIDS wykorzystującej biofeedback, wyobrażenia i hipnozę wykazał, że uczestnicy w porównaniu do grupy kontrolnej uzyskali znaczące zmniejszenie objawów fizykalnych towarzyszących HIV, takich jak gorączka, ból, nudności oraz znaczący wzrost aktywności i odporność. Gochros [66] wykorzystywał hipnozę w równoczesnej terapii indywidualnej i grupowej (seropozytywnych homoseksualistów) w celu wzmacniania ich zdolności radzenia sobie i zredukowania stresu. Jego wyniki pokazały pozytywny wpływ na lęk, bezradność i wsparcie społeczne. Program ośmiotygodniowej grupy Kelly'ego [67] oparty na autohipnozie i treningu medytacyjnym dał efekt redukcji stresu, polepszenia kontroli i codziennej jakości życia. Newton i Marx [68] używali wyobrażeń w hipnozie w podejściu Simontonów u 4 mężczyzn (10 sesji indywidualnych) i 22 mężczyzn (10 sesji grupowych) w celu zwiększenia zdolności przeżycia długoterminowego. Trzech spośród mężczyzn, którzy otrzymali terapię indywidualną uzyskało zmniejszenie doświadczenia stresu, martwili się mniej o swoje zdrowie i demonstrowali rosnącą aktywność. Czwarty uczestnik porzucił terapię ponieważ nie chciał sobie wyobrazić zachowań agresywnych. Po roku trzej mężczyźni nadal używali wyuczonych techniki demonstrowali w porównaniu do czwartego mniejszą dysforyczność jak również stabilne wskaźniki T4/T8.

W naszej grupie badanej 22 homoseksualistów [15] użycie hipnoterapii było jedną z podstawowych składowych psychoterapii. Po trzech trzydniowych blokach terapii rozłożonej w czasie około 4 miesięcy, w badaniu katamnesticznym po upływie roku u uczestników stwierdzono poprawę wyników w następujących obszarach: podstawowy nastrój, depresja, negatywne nastawienie i wsparcie społeczne. Ponadto wartości CD4 pozostały względnie stabilne w porównaniu do ciągle obniżających się wartości CD4 w nieleczonej grupie kontrolnej (wyj. tab. 1).

4.2. Doświadczenie i wskazówki kliniczne

W oparciu o poprzednie badania i nasze doświadczenie kliniczne jesteśmy zdania, że zasadniczo zajmujemy się trzema różnymi grupami pacjentów: chorymi z HIV, ARC i AIDS. Leczenie hipnoterapeutyczne i psychoterapeutyczne oraz zajmowanie się pacjentami z tych trzech grup zależnie od stadium choroby oraz od konstytucji psychologicznej zawiera różne zadania i cele.

Pacjenci cierpiący na szok diagnostycznym często wykazują tendencje samobójcze oraz dekompensację psychotyczną. Wymagają oni niezwłocznej pomocy psychologicznej w sensie pilnej interwencji kryzysowej. Inne typy reakcji sięgają od izolacji afektu do wykorzystania różnych mechanizmów obronnych takich jak zaprzeczanie, unikanie, projekcja, intelektualizowanie oraz wybuchy emocjonalne i zachowania socjopatyczne polegające na świadomym zarażaniu innych.

Pacjenci cierpiący na szok diagnostyczny rzadko udają się z własnej woli do psychoterapeuty a jeśli już, to generalnie konfrontują się z długim okresem oczekiwania. Stąd tacy pacjenci powinni z zasady powinni szukać ośrodków poradnictwa psychologicznego. Tu dokonuje się pokierowanie/leczenie w sensie interwencji kryzysowej, których celem jest stabilizacja funkcji ego. Taka interwencja obejmuje aktywne wsparcie istniejącej obrony i strategii radzenia sobie, a w wielu przypadkach faktycznego objaśnienia długiego bezobjawowego przebiegu choroby jak również porady w sensie wsparcia społecznego przez grupy terapeutyczne lub grupy samopomocowe, które zostały założone w ostatniej dekadzie przez różne organizacje homoseksualistów i chorych na AIDS. Na tym etapie nie powinno się w żadnym wypadku pracować z tymi pacjentami psychodynamicznie w celu zredukowania ich obron.

Hipnoza i techniki wyobrazeniowe mogą być na tym etapie używane jako techniki pomocnicze, szczególnie by promować relaksację i redukcję stresu jako pomoc w izolacji afektu i by umożliwić wybór i stabilizację właściwych strategii radzenia sobie. Podobnie jak w innych sytuacjach traumatycznych - we właściwym czasie - sugestywność pacjenta się zwiększa i to promuje precyzyjne i dokonywane wprost interwencje hipnotyczne.

Po stadium szoku diagnostycznego to znaczy w stadium bezobjawowym HIV byłoby pożądane żeby pewni pacjenci otrzymali wsparcie psychoterapeutyczne w celu znalezienia i wdrożenia odpowiednich strategii radzenia sobie. Jednakże wielu seropozytywnych pacjentów wraca do swego starego stylu życia i próbuje stłumić swoje napięcie lęk i depresję co może prowadzić w efekcie do narastającej izolacji społecznej, złego zdrowia psychicznego, zaburzeń immunologicznych i schorzeń medycznych [30]. HIV-pozytywni powszechnie poszukują pomocy psychoterapeutycznej na krótko przed manifestacją objawów ARC.

Cele psychoterapii w tym stadium zarażenia HIV są przeważnie formułowane negatywne to znaczy redukcja lęku i depresji, jak również zmniejszenie izolacji społecznej.

Wyrażone pozytywnie wygląda to następująco:

1. Aby pacjent poinformował o swojej chorobie swych najważniejszych znaczących innych i próbował poszerzyć swoje kontakty społeczne.

2. Aby pacjent zmienił ostatnie nawyki zachowania na rzecz redukcji stresu i życia bardziej pełnego znaczenia i produktywnego.
3. Aby pacjent lepiej zadbał o swoje zdrowie (np. lepsze odżywianie, więcej ćwiczeń).
4. Aby pacjent jak najwięcej dowiedział się o swojej chorobie w celu współpracy z lekarzem oraz by uzyskał czynną kontrolę atrybucji.
5. Aby pacjent zwiększył swoją świadomość somatyczną i psychiczną w celu zrozumienia i wyrażania swoich potrzeb i stanów emocjonalnych.
6. A w końcu aby pacjent rozwinął nastawienie na walkę zamiast wycofywania się w stan biernego cierpienia.

Istniejące mechanizmy obronne i radzenia sobie powinny być przetestowane pod kątem tego czy są dopasowane do osiągnięcia założonego celu. Konsekwentnie także w tym stadium czy fazie izolacja afektu czy intelektualizacja nie powinny być zmieniane ani nie powinno się im zapobiegać. Na tym etapie bardziej korzystna niż terapia indywidualna mogłaby być terapia grupowa z uwagi na jej charakter bufora społecznego, z wyłączeniem tych pacjentów, którzy z powodu masowych objawów psychopatologicznych potrzebują leczenia

psychoterapeutycznego czy psychiatrycznego (autor nie zalicza terapii grupowej do metod leczenia psychoterapeutycznego - inaczej niż przyjmuje się to we współczesnej tradycji psychoterapii w Polsce - przypis Redakcji). Do jakiego stopnia i jak można zastosować hipnozę zależeć będzie od klinicznej oceny danego przypadku (tak samo jak dla wszystkich innych stadiów) a przeciwwskazania do hipnozy powinny być starannie przestrzegane.

Wyobrażenia promujące zdrowie powinny być dobierane indywidualnie, także jeśli dla dłuższego przeżycia mogłoby być wskazane bardziej agresywne nastawienie do walki z chorobą [36]. Ponadto, wyobrażenia powinny być rozumiane bardziej jako "podejść do istoty sprawy zamiast jej unikać". Nie tylko Newton i Marks [68] musieli sobie uświadomić, że uproszczony scenariusz zabójstwa nie każdemu odpowiada, ponadto można zakładać, że agresywne wyobrażenia mają wprost wpływ na tak złożone procesy chorobowe jak HIV, AIDS albo rak. Szczególnie w rozumieniu niezmiennego rokowania mogłoby być bardziej pracować z wyobrażeniami symbolicznymi takimi jak "wewnętrzny przewodnik i uzdrowiciel" lub "mądry stary mężczyzna/mądra stara kobieta" (wyjaśnienie Anonimowy protokół 2, patrz poniżej).

Hipnoza zajmuje znowu ważne miejsce gdy pacjenci z ARC mają objawy typowe dla tego stadium choroby a hipnoza służy do zmniejszania symptomów. Dotyczy to przede wszystkim kontrolowania bólu, nudności i zaburzeń snu. Hipnoterapia powinna być także używana głównie do uczenia pacjenta sposobu zajmowania się nowymi stresorami oraz redukcji lęku i depresji. Jako warunek wstępny jest wymagana do tego odpowiednia

opieka lekarska. Do królestwa czynnej współpracy medycznej ze strony pacjenta, a w dodatku do adekwatnej wiedzy o chorobie i jej rozwoju przynależy odpowiednia obserwacja i ocena stanów somatycznych a także nie zawsze łatwe odróżnienie symptomów "hipochondrycznych i realnych". Pomocne mogą być indywidualne techniki hipnotyczne, np. sygnalizacja ideomotoryczna lub zwracanie się z pytaniem do wewnętrznego przewodnika i uzdrowiciela, jednak nie zastąpią one starannej diagnostyki i leczenia medycznego, mogą jednak wspierać. W niektórych przypadkach użyteczne mogą być względnie rzadkie sesje indywidualne. Co więcej, bardziej sensowne w tym stadium jest pracować zorientowany na problem i zachowanie, to znaczy koncentrować się na teraźniejszości a nie - jak to zwykle bywa w orientacji psychodynamicznej - na przeszłości. Nie powinno się także wywierać na pacjenta żadnej presji w rodzaju "jeśli nie będziesz wystarczająco ciężko nad sobą pracował/jeśli nie dość agresywnie wyobrazisz sobie" etc. W tym punkcie ważniejsze jest by zmobilizować i wzmocnić zasoby pacjenta tak aby mógł on zmienić swój sposób życia, żyć w sposób bardziej produktywny zaakceptować chorobę jako swoją chorobę.

Zanim pacjent wejdzie w stadium AIDS powinien ustanowić dobry terapeutyczny to znaczy hipnotyczny raport ze swoim terapeutą. Hipnoza okazała się być efektywna w wielu różnych objawach ale nie we wszystkich. W pewnych przypadkach pacjenci mogą wchodzić w stany dysocjacyjne takie jak opuszczanie swego ciała lub osiągnięcie stanów mistycznych, które pomagają im zmniejszyć objawy. Jednakże na tym etapie musi być wytworzony kontakt z wewnętrznym przewodnikiem lub nieświadomością w celu zapewnienia im nie zawsze łatwej do utrzymania równowagi ciała i duszy.

Rozdział 5. Przykłady kliniczne

Poniższe doniesienia są protokołami z leczenia trzech pacjentów przechodzących przez fazę HIV, ARC i AIDS. Pierwszy i ostatni protokół zostały napisane przez samych pacjentów. Autor pierwszego pozwolił na użycie jego nazwiska, podczas gdy anonimowość drugiego protokołu jest gwarantowana przez autora (B.Petera). Pierwszy protokół został spisany przez Thomasa Sedlmayera (44 lata), wiosną 1992 roku, około roku po zarażeniu i otrzymaniu diagnozy oraz w trzy miesiące po uczestniczeniu w terapii grupowej [15]. Aktualnie jest on wciąż bezobjawowy i nie zażywa żadnych leków.

Drugi protokół (Anonimowy 1) został spisany przez autora. Na początku terapii pacjent miał 59 lat i objawy leukoplakii, zapalenia skóry twarzy i poty nocne. Uważał, że został zarażony w roku 1982 a diagnozę postawiono w 1984.

Trzeci protokół został spisany przez pacjenta (Anonimowy 2). Na początku terapii (1990) miał on 42 lata i został zarażony w czerwcu 1985 roku, a zdiagnozowany w grudniu

1985. Na jego objawy składały się nudności, odbijanie się, zakażenia błony śluzowej jamy ustnej, obszaru okołoodbytoowego i wyniszczenie. W 1991 miał pierwsze pneumocystokokowe zapalenie płuc a na początku 1992 roku prawie stracił wzrok z powodu zakażenia cytomegalowirusowego i nie był w stanie już przychodzić na terapię. Zmarł latem 1993 roku. Spisał swój protokół na początku 1992 roku. W tabeli 5 przedstawiono badań badań laboratoryjnych krwi tych trzech pacjentów (w oryginalnym tekście brak tej tabeli - przypis Redakcji).

5.1. Przeżycia pacjenta seropozytywnego

26.04.1991 roku o 7 wieczorem powiedziano mi, że jestem nosicielem wirusa HIV. 5 tygodni wcześniej miałem kontakt z homoseksualistą. Dwa dni później powiedział mi, że jest seropozytywny. Przez 30 długich dni żyłem między lękiem a nadzieją, byciem a nie byciem zarażonym. Drażył mnie skrajny wewnętrzny niepokój, rozpacz, desperacja zdominowana przez dezorientację oraz wiele bezsennych nocy. Moje dni wypełnione były atakami furii i płaczu, uczuć, jakich nigdy w życiu nie doświadczałem.

Po otrzymaniu pozytywnych wyników testu przez około 12 tygodni miałem skłonności samobójcze. W tym samym czasie pomagałem mojemu partnerowi w przygotowaniu się do egzaminów w sierpniu. Z jednej strony nie chciałem mu pomagać z drugiej zaś nie byłem w stanie mu powiedzieć, że jestem "pozytywny", gdyż nie chciałem, żeby oblał egzaminy. Co więcej, z powodu mojej dezorientacji nie byłem pewien czy już go zaraziłem, i jeśli tak, to czy wszystko będzie moją winą. Nie byłem w stanie się zabić, gdyż czułem się za niego odpowiedzialny. Co więcej byłbym jedynym odpowiedzialnym za spowodowanie jego śmierci w dodatku do całego cierpienia jakie było przed nami, nie mówiąc już o wstydzie jakim okryłbym nasze rodziny. Myśl o tym, że każdy wokół miałby wytykać nas palcami doprowadzała mnie do szaleństwa.

Te pierwsze 12 tygodni było dla mnie piekłem ponieważ byłem rozdarty pomiędzy zabiciem się a nie zabijaniem się. Targały mną uczucia całkowitej bezradności, depresji i psychicznej agonii jakich nigdy nie doznałem. Byłem przekonany, że wszystko jest bezsensowne, brakowało mi woli życia i byłem zdominowany przez strach przed przyszłym cierpieniem. Zdobyłem zatem poczwórną śmiertelną dawkę czopków z paracetamolem. Jeśli okazałoby się, że mój partner nie jest zarażony, mógłbym zakończyć moją nieznośną sytuację. Moja chęć skończenia życia w tym czasie była pomnażana przez strach przed zaufaniem komukolwiek, cała sytuacja zmieniła się, gdy mój partner zdał egzaminy i byłem w stanie wszystko mu powiedzieć. Na pewno możecie sobie wyobrazić ulgę jaką odczułem mogąc przerwać milczenie. Było to podobne powtórnym narodzinom, euforii pomimo mego poczucia winy. Nie posiadałem się z radości, kiedy jego wyniki testów okazały się

negatywne. W tym kontekście chciałbym także powiedzieć o naszej seksualności. Mój partner rozwinął klasyczną fobię przed zarażeniem się HIV. Pomimo jego odmowy uprawiania nawet bezpieczniejszego seksu czułem, że nasza przyjaźń stała się głębsza nawet mimo iż nie mieliśmy stosunków seksualnych. Nie było dla mnie na początku łatwe kontynuowanie naszego związku jako aseksualnego, ale okazało się to być dużo bardziej niż oczekiwałem satysfakcjonujące zarówno fizycznie jak i emocjonalnie.

Ponieważ mieszkałem niedaleko Monachium miałem szczęście wybierać między dwoma grupami samopomocy i wsparcia, właśnie tam, mimo mojego wykształcenia medycznego, nauczyłem się po raz pierwszy dokładnie różnicować osoby HIV-pozytywne i chore na AIDS. Powoli stało się dla mnie jasne, że nie mam AIDS, ale że jestem "zaledwie" HIV dodatni. Zostało to poparte przez pierwsze seminarium "psychoterapia a AIDS", w którym uczestniczyłem od 02 do 04.10.1992, a które zostało zorganizowane przez jedną z grup samopomocy i wsparcia. Również na seminariach po raz pierwszy nauczyłem się odróżniać znajomych, przyjaciół i osoby dotknięte chorobą.

Chciałbym coś powiedzieć o wiadomości przynoszonej nam przez seminaria, jak również o konsekwencjach jakie miały one dla mnie.

Podczas tego seminarium mój terapeuta zdołał bardzo szybko wydobyć to co martwiło mnie najbardziej - jak powiedzieć moim rodzicom prawdę o sobie. Rodzice zauważyli we mnie podczas ostatnich kilku miesięcy ogromną zmianę i nie byli w stanie mnie zrozumieć. Mój terapeuta pomógł mi znaleźć odwagę powiedzenia im prawdy przed drugim seminarium, które miało miejsce w listopadzie. Ich reakcja była całkowicie odmienna od tego czego oczekiwałem. Najpierw matka zapytała mnie kto jest za to odpowiedzialny a mój ojciec martwił się jedynie tym, czy powiedziałem mojemu partnerowi. Rodzice byli wstrząśnięci ale także dodawali mi odwagi, żebym się nie poddawał. Ich zachowanie było tak różne od tego czego oczekiwałem. Ich zrozumienie i empatia dodały mi odwagi.

Drugie seminarium koncentrowało się na problemach i troskach finansowych. Moim zadaniem było rozwiązać je do czasu rozpoczęcia trzeciego seminarium. Zachęcony przez sukces jaki odniosłem przy pierwszym seminarium pracowałem teraz z autohipnozą używając jej do zebrania odwagi do rozwiązania tych problemów. Bracia i siostry silnie sprzeciwiali się moim planom finansowym, jednakże nie poinformowałem ich o mojej diagnozie, tylko przez groźbę podjęcia działań prawnych zdołałem dostać należące do mnie pieniądze.

Krok ten miał dwie ważne konsekwencje: całkowicie zerwałem relację z moim starszym zorientowanym na osiągnięcia bratem. Już wcześniej była ona zła i zakończenie jej nie zraniło mnie zbyt. Moja relacja z bratem bliźniakiem, którą dotąd uważałem za dobrą również nagle się zakończyła. Było to dla mnie bardzo trudne emocjonalnie ale musiałem z

tym żyć. Inne zmiany były przyjemniejsze: od tej pory będę miał stały miesięczny dochód a moje troski finansowe oddaliły się na wiele lat. Trzecie seminarium odbyło się w grudniu a jego głównym celem było zaplanowanie przyszłości. Ćwiczenia autohipnozy zostały poszerzone i pogłębione.

Podsumowując terapię chciałbym wspomnieć o pewnych zmianach, które w sobie zaobserwowałem. Nie miałem czasu na przeglądanie trzech kaset wideo, dawanych mi na końcu każdego dnia seminarium. Zatem, nagrałem muzykę i słuchałem jej gdy wstawałem rano biorąc prysznic, jedząc śniadanie, po drodze do szkoły i wieczorem przed snem w celu zmniejszenia i ulgi w lęku. Nie mówię, że tylko słuchałem tej muzyki, ale to pomagało mi relaksować się i podnosiło mnie na duchu, a jako podkład muzyczny wprowadzało mnie w uczucie komfortu i pobudzało moją kreatywność. Na przykład, stałem się bardziej cierpliwy wobec siebie i innych ludzi. Powoli wydobywam się z mojej wymuszonej na sobie izolacji i rozglądam się za towarzystwem. Ponownie mogę także przyjmować więcej od innych. Zmiany na zewnątrz ledwo co na mnie wpływają. Bardziej koncentruję się na moich problemach i wciąż mam skłonność do zagrzebywania mojego gniewu chociaż wiem, że nie jest to dla mnie dobre i że muszę nauczyć się radzić sobie z moim gniewem inaczej. W szkole stałem się bardziej współzawodniczący i mniej lękliwy od kiedy zdałem sobie sprawę, że inni są zadowoleni z mojej pracy. Bardziej sobie ufam. Co więcej, nauczyłem się wyrażać moją wielką potrzebę bycia kochanym bez uczucia wstydu oraz poszukiwania bliższych przyjaciół. Znowu mogę w odpowiedzialny sposób rozporządzać pieniędzmi, nie bawię się już w chowanego ale mówię prawdę i przekonałem się że popularność nie jest najważniejszą rzeczą. Zdołałem zredukować moje natrętne porządkowanie i w rezultacie mogę cieszyć się pod tym względem swobodą. Unikam sporów z innymi uzyskawszy więcej zaufania do siebie czuję się mniej winny wobec siebie i nie jestem już gnębiony przez mój kompleks niższości. Gdy moja wyobraźnia płynie swobodnie mogę się wydawać uparty i trudny, mój poprzedni "syndrom pomagacza" może cierpieć, ale w tym samym czasie pomaga mi to mniej martwić się o innych i dać priorytet mojej walce o życie.

Nauczyłem się koncentrować się na rzeczach, które są przede mną i być konsekwentnym. Okazuję więcej zainteresowania i stałem się mniej skupiony na byciu homoseksualistą, bardziej zrelaksowany w odniesieniu do heteroseksualistów.

W tym momencie zażywam witaminy i sole mineralne a dla poprawy nastroju słucham muzyki ale nie biorę żadnych leków poprawiających nastrój.

Chciałbym zakończyć stwierdzeniem i interpretacją Max Frischa, który powiedział "kryzys jest stanem produktywnym. Usuń tylko posmak katastrofy". Lęk przed przyszłością jest niczym innym jak rozwiązywaniem problemu. Odciąga od kryzysu lub gapienia się na

niego w sparaliżowaniu zamiast mówić nareszcie! Kryzys jest zarówno najwyższym lub najniższym punktem. W jakiś sposób jest końcem negatywnego rozwoju. Lepszy koniec ze wstrząsem niż wstrząs bez końca. Kryzys zawsze zawiera możliwość nowego produktywnego początku. Śmierć podobnie jak zdrowienie, separacja, czy pogodzenie się, rozpacz tak samo jak odnajdywanie siebie i dojrzewanie. Kryzys jest zawsze końcem wstrząsu - w ten czy inny sposób. Katastrofy mogą być nie do uniknięcia - ale kryzys wymaga decyzji!

5.2. Doświadczenia psychoterapeutyczne z pacjentem z ARC (Anonimowy 1)

W tym czasie pacjent miał 62 lata, został zarażony w roku 1982 i zdiagnozowany w 1984. Zgłosił się do mnie do psychoterapii w listopadzie 1991 z powodu bólu kręgosłupa, zaburzeń snu, nocnego pocenia się i innych objawów i nie było jasne czy są to typowe oznaki ARC czy stresu psychologicznego. Próbował ukryć przede mną i przed sobą swoją poważną depresję i cierpiał z powodu silnych zewnętrznych i wewnętrznych napięć. Ból kręgosłupa można było w tym kontekście interpretować równie dobrze jako wynikający ze zgniecionych kręgów lędźwiowych. Przy pomocy dodatkowej terapii somatycznej, terapii Feldenkreisa ból pleców został opanowany i po pewnym czasie zniknął. Ciężka depresja została przez niego wyrażona jako utrzymujące się przez ostatnie trzy lata poczucie, że żyje oddzielony od reszty społeczeństwa szklanymi szybami. Coraz bardziej się izolował i skupiał na tym co jeszcze może mu się przydarzyć. Wcześniej kochał podróże, ale teraz po prostu wolał trzymać się swojego mieszkania. On i jego partner - także zarażony - mieszkali razem i byli w stabilnym związku. Już w 1984 roku uzyskał on wiele wiedzy o procesach biochemicznych w HIV i AIDS i o leczeniu medycznym. Nie myślał o psychicznych efektach choroby. Jednak od kiedy obserwował swojego przyjaciela uzyskującego dobre wyniki przy użyciu technik autosugestii, także chciał tego spróbować. Chciał nauczyć się pogłębiać swoje doświadczenie za pomocą treningu autogennego i stosować te strategie w sytuacjach stresujących.

Ponieważ w tamtym czasie wydawał się bliski sugestiom, techniki hipnotyczne nie były wskazane. Konsekwentnie przez pierwsze 6 miesięcy terapia polegała na rozmowach, w których próbowałem pokazywać mu psychofizyczne powiązania. Stany depresyjne zelżały w miarę terapii wraz z bólem kręgosłupa i zaburzeniami snu oraz pozostałymi symptomami. Pogarszały się okresowo i tylko wtedy gdy przeżywał jakieś psychiczne lub somatyczne problemy. Możliwe było wówczas użycie wyobrażeń ale nie hipnozy. Było mu łatwiej uzyskać kontakt ze swoim ciałem i być bardziej świadomym swoich stanów i potrzeb. Jego stan fizyczny i psychiczny poprawiał się w ciągu 1992 roku i pod koniec tego roku założył on organizację zajmującą się AIDS, która po dzień dzisiejszy odnosi olbrzymie sukcesy. Jednakże spotkałem się z nim w 1992 roku tylko kilka razy. W maju 1993 roku poprosił mnie o nagłą sesję ponieważ wykryto u niego złośliwego chłoniaka. Zdecydował po uprzedniej

rezerwacji poddać się chemioterapii. Przez pierwsze dwie sesje omawialiśmy za i przeciw chemioterapii oraz zajmowaliśmy się pytaniem czy to będzie koniec. Moim celem było zmotywowanie go do myślenia o czynniku toksycznym (chemioterapii) jak o czynniku pomagającym i nakłonienie go do rozmowy ze swoim ciałem tak jakby było ono małym dzieckiem uspokajając je wyjaśnieniami, że pierwsze podanie tego środka chemicznego będzie szokiem ale, że trucizna skierowana jest przeciwko chłoniakowi. W wieczór poprzedzający rozpoczęcie chemioterapii odwiedziłem go w szpitalu. Tam po raz pierwszy pacjent był w stanie doznać prawdziwych zjawisk hipnotycznych, takich jak lewitacja ręki i omamy wzrokowe. Zasugerowałem, że powinien skoncentrować całą swoją energię na wsparciu chemioterapii w celu wyleczenia się z chłoniaka. Podczas tego stanu pacjentowi lewitowała ręka i mówił później, że widział przez półprzymknięte powieki słowo "uzdrowienie" pojawiające się na przeciwległej ścianie i że litery stawały się coraz większe. Jeszcze później powiedział mi, że widział te same litery na ścianie następnego ranka. W rzeczy samej chłoniak zniknął całkowicie po drugiej chemioterapii i nigdy się nie pojawił. Po tym przeżyciu pacjent stał się szczególnie wrażliwy na swoje ciało co pomogło mu doświadczać objawów rozwoju choroby bardzo wcześnie i był w stanie pomóc swoim lekarzom zarówno w diagnozie jak i w leczeniu. Otrzymuje on doskonałą opiekę medyczną i jest aktywnie zaangażowany w cały proces. Można by powiedzieć, że jest on całkowitym przeciwieństwem pacjenta biernie przyjmującego chorobę.

Pod koniec 1993 roku spotkaliśmy się raz jeszcze i powiedział mi, że przez ostatnie 6 miesięcy martwił się, że coś się z nim dzieje i być może robi się za stary. Każdego popołudnia gdy odpoczywał i kładł się żeby poczytać gazetę wypadała mu powoli na kolana, zamykały mu się oczy i po prostu leżał w cichym paraliżu, jednocześnie obudzony i uśpiony. Słyszał wszystko co działo się dookoła ale bez czucia i myślenia. Nie drzemał ani nie spał lecz był to tak przyjemny stan, że musiał zmuszać się za każdym razem do wstania po około dwóch godzinach. Zapewniłem go, że nie miało to żadnego związku z wiekiem, ale że powinien postrzegać te przeżycia jako prawdziwe epizody autohipnozy (wyjaśnienie [69]).

5.3. Doświadczenie transowe pacjenta zainfekowanego HIV (Anonim 2, zmarł 1993)

Na początek powinienem chyba wspomnieć o paru sprawach: spotkałem się z treningiem autogennym 15 lat temu i od tej pory jestem zafascynowany możliwościami wpływania na stan psychiczny i fizyczny podczas transu. Od 6 lat wiem, że jestem zarażony HIV. Całkiem wcześniej pomyślałem o wpływaniu na przebieg infekcji poprzez pracę w transie, ale całkiem długo trwało zanim znalazłem terapeutę, który wyszedł naprzeciwko moim oczekiwaniom. Dopiero od roku jeżdżę do Monachium co 2 lub 3 miesiące aby intensywnie pracować z terapeutą przez 2 lub 3 dni, a później w domu staram się rozwinąć i poszerzyć to czego się

nauczyłem. Było to jak powolne posuwanie się po omacku. Niektóre rzeczy skryztałizowały się na początku tego roku, niektóre wciąż się zmieniały.

Zaczynając od mojej postawy ciała stało się dla mnie jasne jak jest dla mnie najwygodniejsza. Dzięki treningowi autogennemu byłem zaznajomiony z leżeniem i siedzeniem z podłokietników i oparć, znałem też kilka pozycji jogi, ale niektóre z nich były dla mnie zbyt bierne - czasami kiedy leżałem po prostu zasypiałem a inne zbyt męczące. Próbowałem więc innych pozycji takich jakie przychodziły mi do głowy. Tak odkryłem co jest dla mnie najlepsze. Siedzenie ze skrzyżowanymi nogami, wyprostowanymi plecami i opieranie się o ścianę.

Czasami zależnie od nastroju stałem na głowie jak w jodze. To także jest pozycja w której dobrze się czuję. Dobrze jest od czasu do czasu wszystko przewrócić do góry nogami. Mimo to muszę przyznać, że jest mi trudno pracować w transie, na mój własny sposób. Niech się dzieje co chce - wydaje mi się, że podstawową sprawą jest odnalezienie tego co jest dla ciebie najlepsze i szukanie aż się twierdzi "tak, teraz jest dobrze". I to jest prawdą nie tylko w odniesieniu do pozycji ciała, ale także przestrzeni, czasu itd. Kiedy już przyjmę swoją pozycję, możliwe jest - upraszczając - pojawienie się trzech ogólnych postaci transu.

Po pierwsze po prostu siedzę i pozwalam sobie zapadać się, zatapiać. Wyzbywam się wszystkiego co mnie zajmuje. Opróżniam się i wtedy po prostu całkowicie czerpię przyjemność z odpoczynku i spokoju, który się wtedy we mnie rozwija. Czasami tak to właśnie się toczy. Siedzę w taki sposób przez kwadrans, pół godziny czy całą godzinę i staram się po prostu stać się pustym i wyciszonym. To jest najbardziej bierna postać transu. Stosuję ją zwłaszcza kiedy jestem całkowicie wyczerpany wewnętrznie.

Druga postać jest cokolwiek bardziej aktywna: używam jej gdy trudzę się, gdy jestem uwikłany w coś emocjonalnego. Na przykład strach przed chorobą, umieraniem lub śmiercią albo cierpieniem kochanych osób. Siedzę ze skrzyżowanymi nogami i zamkniętymi oczami. wyobrażam sobie naprzeciwko mnie starego mężczyznę, który najprawdopodobniej siedzi tam od stuleci. Z jakichś powodów jest to buddyjski mnich w jasnopomarańczowym habicie, kiedyś miał on cechy starego Hindusa z powieści Thorntona Wildera lub mojego terapeuty. W każdym razie jest to "mądry stary człowiek" (w przypadku mojego terapeuty całkiem młody). Przed nim mogę wyrazić wszystkie moje żale i smutki, obawy, strachy, rozpacz, tęsknotę. On po prostu siedzi - spokojny i opanowany, całkowicie rozumiejący. Od czasu do czasu kiwa głową i wydaje się mówić "tak, wiem, rozumiem" albo - z niezachwianą pewnością - "wszystko będzie dobrze". Mogę wypłakać się na jego ramieniu. Czuję po tym ulgę, często nastrój tego starego mądrego mężczyzny rozszerza się na mnie: uspokajam się i mogę spojrzeć na siebie i moją sytuację ze spokojem i opanowaniem z dającego komfort dystansu.

Czasami na tym się kończy. Ale dość często możliwe jest przejście z tej drugiej postaci transu do trzeciej, która jest przynajmniej dla mnie - najbardziej męcząca. Podejmuję bezpośrednie próby zebrania i uruchomienia leczących sił w moim ciele.

W tym celu siedzę w takiej samej pozycji ze skrzyżowanymi nogami i dobrze jest jeśli jestem w środku tak pusty jak to możliwe. Wtedy moja uwaga nie jest przez nic zakłócana i mogę całkowicie poświęcić temu co dzieje się w moim ciele. Tu właśnie przydaje się mój trening autogenny. Rozpoznaję uczucia ciężkości i ciepła, które mogą pojawić się w transie i wiem, że mój puls i oddech mogą się zmieniać. Teraz po prostu kieruję uwagę na to czy tego typu odczucia mają miejsce w ciele. Jeśli tak, wyobrażam sobie że są one wyrazem procesów uzdrawiania i staram się wyobrazić je sobie tak wyraźnie jak to możliwe. Na przykład często zdarza się, że odczuwam ciężkość w okolicy łokcia, całkiem przyjemne doznanie. Mogę sobie wtedy wyobrazić, że dzieje się tam coś związanego z "wagą, wagą sprawy, ważnością".

Wydaje się to rozsądne, także ponieważ w obszarze kości ramienia znajduje się szpik kostny i węzły chłonne, które są ważnym miejscem produkcji i działania limfocytów T, tych komórek, które są zakażane przez HIV. Włączam wówczas to pojawiające się czasami uczucie ciepła lub mrowienia do wyobrażenia energii i idei sił leczących, które przepływają przez miejsce w którym mam takie odczucia. Uczucie ciepła, ciężkości i mrowienia może być łatwo kierowane w każdą część ciała gdzie potrzebna jest energia albo "siła" uzdrawiająca. Innym częste odczucie jest związane z biciem serca lub tętnem. Tu ponownie pojawia się idea obecnej energii. I także tu energia ta może być łatwo prowadzona do tych części ciała gdzie jest potrzebna. W przypadku bicia serca obecny jest dodatkowy ogólnie uspokajający efekt regularnego rytmu. I dla mnie łączy się to z ideą ulepszania i rozwoju oraz ufania mojemu ciału.

Dla mnie zatem bardziej istotne niż towarzyszące wyobrażenia jest odczuwanie tych bodźców z ciała tak intensywnie jak to możliwe. Odkryłem, że intensywność tych doznań a zarazem cały trans zmniejszają się tym bardziej im więcej uwagi i energii potrzebuję na wyobrażenia. Oczywiście u innych ludzi może być inaczej.

Prawdopodobnie powód dla którego oba następujące doznania uważam za najbardziej przyjemne i najsilniejsze, to, że w ich przypadku zaniechałem wyobrażania sobie czegokolwiek jeszcze. Niestety są one również najrzadszymi ze zjawisk tutaj opisanych: Jedno to wizja światła (zwykle niebieskiego) lub koloru. Drugie to odczucie wibracji w całym ciele. W obu wypadkach myślę, że "to jest to", nic więcej. W ten sposób całkowicie poddaję się przeżywaniu tych zjawisk, które mogą się wówczas stawać jeszcze silniejsze i trwać zadziwiająco długo. Żałuję, że nie mogę opisać ich adekwatnie. Każda próba opisu wydaje się zbyt uboga, brzmi raczej zwyczajnie i nie oddaje wszechogarniających uczuć jakie wtedy

miewam. Jak już wspomniałem w tej trzeciej postaci transu jest mi stosunkowo trudno tworzyć wizualne wyobrażenia. Może to być moja osobista nieumiejętność, być może moje zdolności dotyczą bardziej strony kinestetycznej. Myślę, że nie ma znaczenia dzięki któremu kanałowi sensorycznemu uzyskuje się najsilniejsze wrażenia. Szczególnie mniej rozwinięte kanały okazały się bardziej użyteczne, tak długo jak długo mogą być łatwo wykorzystywane. Ale kiedy staje się to wysiłkiem, uważam, że zakłóca to trans. W każdym razie, jeśli chodzi o wyobrażenia wzrokowe zwykle jestem zależny od pomysłów mojego terapeuty. Czasami potrafię włączyć je w mój trans bardzo łatwo a czasami po prostu zupełnie nie mogę tego zrobić.

To co sprawia, że wizualizacje są trudniejsze to także fakt, że właściwie nie wiadomo co niszczy komórki T. Czy to sam wirus czy jakieś superprzeciwciało czy coś innego? To oczywiście sprawia, że trudniejsze jest wyobrażenie sobie celu dla zmobilizowanych sił obronnych. Kiedy byłem całkowicie zmieszany, zagubiony, pomagałem sobie czasem sceną z filmu, który mnie bardzo zainspirował. W "Świadku" Harrison Ford gra detektywa postrzelonego podczas ucieczki. Rana infekuje się, ma on wysoką temperaturę i zaczyna majaczyć, jego życie jest w oczywisty sposób zagrożone. Nie może zostać przewieziony do szpitala ponieważ wtedy zostałby wysledzony. Amisze u których się ukrywa prowadzą bardzo proste życie, odrzucają współczesne leki i do leczenia używają jedynie paru ziół. W związku z tym kobieta, która opiekuje się Harrisonem Fordem może jedynie czekać i obserwować. Tak dogląda go przez trzy dni i trzy noce. Z takim poświęceniem i zaangażowaniem, że na końcu wydaje się, że Harrison Fors przeżył tylko dlatego, że przy nim czuwała. (oczywiści ona się w nim zakochuje a on będzie kochał ją - to mogło pomóc). Wyobrażam sobie więc, że siedzę przy sobie i obserwuję i pilnuję się z taką samą intensywnością, cierpliwością i zaangażowaniem jak tamta kobieta. Jeśli Harrison Ford po czymś takim wyzdrowiał, dlaczego nie miało by się to mi przytrafić? Wyzdrowieć? Czy uważam, że mogę wyzdrowieć dzięki tym ćwiczeniom w transie? Chciałbym zakończyć mówiąc coś na temat moich oczekiwań na temat pracy w transie i o tym co dzięki nim osiągnąłem. Bycie zdrowym w znaczeniu bycia uwolnionym od wirusa nie jest możliwe gdy jest się zakażonym HIV. Wirus zintegrował się z materiałem genetycznym zainfekowanych komórek i jest przekazywany za każdym ich podziałem. Jest jednak możliwe bycie zdrowym przez długi czas (w sensie bycia wolnym od objawów) mimo obecności wirusa. Nadal nie wiadomo ilu zachoruje. Faktem jest, że 1 lat po zarażeniu połowa ludzi choruje na AIDS, 30-40% jest mniej poważnie chorych, reszta nie ma objawów. Nikt nie wie czy wszystkie zarażone osoby zachorują po 20 czy 30 latach, ale coraz więcej osób twierdzi, że można tego oczekiwać na podstawie modeli matematycznych. Jasne jest przynajmniej to, że można być zdrowym przez długi czas. I mam nadzieję, że dzięki tym

transom pozostaną tak zdrowy jak to możliwe tak długo jak to możliwe.

Mam także nadzieję, że transy pomogą mi z radzeniem sobie z faktem, że jestem seropozytywny. Konfrontacja z tym faktem zaczyna się w momencie kiedy dowiadujesz się, że jesteś zarażony i dotyczy nie tylko choroby, umierania i śmierci, ale także tego, że wszystko wydaje się zarażone: związki, życie domowe, praca. Określone problemy z którymi trzeba sobie radzić mogą uderzyć z każdej strony. Zaczynałem od pomysłu, że ćwiczenia transowe mogłyby mi również pomóc w radzeniu sobie z tymi ciągłymi konfrontacjami.

Czy moje oczekiwania się spełniły? W styczniu 1991 roku wyniki testów laboratoryjnych (ilość limfocytów T4) pogorszyły się tak bardzo, że zalecono AZT (lek stosowany wówczas w AIDS - przyp. tłum.). Subiektywnie, najbardziej dokuczały mi nieustające nudności i zawsze miałem pewne niewielkie problemy ze skórą. Po rozpoczęciu kuracji AZT oba te objawy zmniejszyły się. W marcu rozpocząłem transy, od tego czasu praktykuję je prawie każdego dnia przez pół godziny do godziny. Od sierpnia 1991 roku uczucie nudności znacznie osłabło a następnie znikło. W tym samym czasie kontrola pokazała niewielki wzrost ilości komórek T4, po raz pierwszy od roku. (nie zapoznają się już z wynikami badań laboratoryjnych ponieważ nie chcę ich znać). Mniej więcej od listopada mam wrażenie, że zmniejszają się problemy ze skórą, więc w grudniu rozpocząłem również ich nowe leczenie. Dwa lub trzy razy miałem poczucie, że udało mi się zdusić w zarodku przeziębienie lub opryszczkę.

Ogólnie, mogę powiedzieć, że w tej chwili czuję się fizycznie lepiej niż czułem się jakiś rok temu. Trzeba przyznać, że przebieg infekcji HIV zwykle jest ogromnie zmienny. Poprawę można także przypisać AZT. Mimo tego wciąż przypisuję ją transom, przynajmniej częściowo. Korelacja tych zjawisk w czasie jest naprawdę przekonująca i można by oczekiwać poprawy w pierwszych kilku miesiącach kuracji AZT ale następnie dość szybkiego ponownego pojawienia się ogólnego pogorszenia stanu.

Nic więcej nie mogę powiedzieć o stronie fizycznej ale jestem z niej zadowolony. Jestem również zadowolony ze swojego radzenia sobie z chorobą. Uważam, że w miarę upływu czasu dobrze radzę sobie z konfrontacją z możliwością zachorowania, umierania i śmierci i jak to ładnie można wyrazić, akceptuję tę możliwość bez jednoczesnego uczucia, że się poddaję. Mniej się boję i lepiej radzę sobie z tym strachem. Mam właśnie wrażenie, że stało się to możliwe tylko dzięki transom.

Oczywiście wciąż przeżywam stany całkowitego kryzysu. Ataki paniki kiedy pojawiają się objawy. Stany lękowe w nocy. Także problemy, które nie są (wprost) związane z infekcją ale są szczególnie zaznaczone w kontekście faktu, że jestem zarażony: napięcia między mną a moimi najbliższymi, trudności w pracy, zawody miłosne. Podczas gdy rok

temu byłem niemal całkowicie zrozpaczony, mam wrażenie, że dzięki transom teraz mogę o wiele łatwiej unieść wiele spraw.

Tak więc podsumowując mogę z całym przekonaniem powiedzieć: praca ze stanami transowymi znacząco pomaga mi w życiu z infekcją wirusem HIV.

Piśmiennictwo

1. Centers for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. Mortality and morbidity. Weekly Report, 36 (Suppl. 1s). (Atlanta, GA: US Dept of Health and human services, Public Health service) 1987.
2. Redfield RR, Wright DC, Tramont EC. The Walter Reed Staging Classification for HTLV-III/LAV infection. New England J. Med. 1986; 314: 11-132.
3. Peter B, Hypnose. Bassler HD, Franz CF, Kroner-Hervig B, Rehfisch HP, Seemann H. (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie. Berlin; Springer, 1990 482-500.
4. Munoz A, Wang MC, Good R, Detels H, Ginsberg L, Kingsley J, Phair J, Polk GF. Estimation of AIDS-free times after HIV-1 seroconversion. paper presented at IV Annual Meeting of the Int. Confer. on AIDS. 1988: June; Stockholm.
5. Vorstein M. The psychosocial impact of the acquired immunodeficiency syndrome. Seminars in oncology. 1984; 11:77-82.
6. Kubler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz-Verlag; 1971.
7. Perrez M. Counselling and preventive intervention for HIV-positive persons and AIDS patients. Paccaud F, Vader JP, Goodswiller (Hrsg.) Assessing AIDS prevention. 1992; Basel; Birkhauser: 235-331.
8. Morin SF, Batchelor W. Responding to the psychological crisis of AIDS. Public Health Reports. 1984; 99: 4-9.
9. Tross S, Hirsch DA. Psychosocial distress and neuropsychological complication of HIV infection and AIDS. Am. Psychol. 1988; 43: 929-934.
10. Temoshok L, Sweet DM, Moulton JM, Sich JM. A longitudinal study of distress and coping in men with AIDS and AIDS-related complex. Paper presented at IIIrd Int. Confer. on AIDS 1987 June, Washington DC.
11. Temoshok L, Mandel JS, Moulton JM, Solomon GF, Sich JM. A longitudinal psychosocial study of AIDS and ARC in San Francisco: preliminary results. Ann. Meeting APA. 1986.
12. Huan HT, Devins GM, Hunsley J, Gill MM. Psychosocial distress and well-being among gay and bisexual men with HIV infection. Am. J. Psychiatry. 1989; 146: 876-880.
13. Franke G. Die psychosoziale Situation und das Befinden von Menschen in Verschiedenen Stadien der HIV-Erkrankung. Deutsche AIDS-siftung (Hrsg.) AIDS und Psyche. Berlin:

Edition sigma; 1990: 237-262.

14. Derogatis LL. SCL-90R: Administration, scoring and procedure manual [II for the revised version] clinical psychometric research. 1983.
15. Reiser J, Peter B, Olbrich E, Sprinkart KP, Leiberich P, Muller M. Hypnotherapie bei HIV- und AIDS- Patienten: Eine Therapiestudie. *Hypnose und Kognition*. 1993; 10: 70-85.
16. Steffens W, Kaechele H. Abwehr und Bevaltigung-vorschlage zu einer integrativen Sichtweise. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1988; 38: 3-7.
17. Weinel E. Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreactionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. *Psyche*. 1989; 43: 710-719.
18. Weimer E, Clement U, Nilsson-Schonnesson L. Depressivereaktionen und psychische Verarbeitung bei HIV-positiven homosexuellen Männern. *Psych. Psychosom. Med. Psych.* 1991; 41(3/4): 107-114.
19. Heim E. Coping und Adaptivitat Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1988; 38: 8-18.
20. Taylor SE. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am. Psychol.* 1983; 38: 1161-1173.
21. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributons, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1984; 46: 489-502.
22. Riehl-Emde A, Buddeberg C, Muthny FA, Landolt-Ritter C, Steiner R, Richter D. Ursachenattribution und Krankheitsbevaltigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1989; 39: 232-238.
23. Spiegel D. A psychosocial intervention and survival time of patients with metastatic breast cancer. *Adv. J. Mind-Body Health*. 1991; 7: 10-19.
24. Weimer E, Nilsson-Schonnesson L, Clement U. HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. *Psyche*. 1989; 43: 720-735.
25. Muthny FA. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV.). Einheim: Beltz Verlag; 1989.
26. Perrez M, Huesler G, Schmid H, Ewert U, Jacobs C. Psychische Belastungen und Belastungsbevaltigung von HIV-Positiven und AIDS-Erkrankten. *Psychol. Inst. der Univ. Fribourg*; 1992: Abschlussbericht zum Forsschungsprojekt.
27. Wolf TM, Balson PM, Morse EV, Simon PM i wsp. Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: implications for clinical management. *J.Clin. Psych.* 1991; 52: 171-173.
28. Wolf TM, Dralle PW, Morse EV, Simon PM i wsp. A biopsychosocial examination of symptomatic and asymptomatic HIV-infected patients. *Int. J. Psychol. in Med.* 1991; 21: 263-

279.

29. Namir S, Wolcott DL, Fawzy FI, Alumbaugh MJ. Coping with AIDS: psychological and health implications. *J. Appl. Soc. Psych.* 1987; 17: 309-328.
30. Goodkin K, Blaney NT, Feaster D, Fletcher MA i wsp. Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *J. Psychosom. Res.* 1992; 36: 635-650.
31. Spiegel D. Bedeutet besserleben auch langerleben? Uber den Einfluss von Gruppentherapie auf die Uberlebenszeit von Brustkrebspatientinnen. *Hypnose und Kognition.* 1993; 10: 59-69.
32. Goodkin K, Fuchs I, Feaster D, Leeka J i wsp. Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection: a preliminary report. *Int. J. Psychiatry Med.* 1992; 22: 155-172.
33. Leiberich P, Olbrich E. Bevaltigungsverhalten bei HIV-infizierten Menschen in Beziehung zum Immunstatus. *Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.) AIDS und Psyche.* 1990; Berlin: Edition sigma. 331-344.
34. Solomon GF, Temoshok L. A psychoneuroimmunologic perspective on AIDS research: questions, preliminary findings, and suggestions. *J. App. Soc. Psychol.* 1987; 17: 286-308.
35. Temoshock L. Malignant melanoma, AIDS, the complex search for psychosocial mechanisms. *Adv. J. Mind-Body Health.* 1991; 7: 20-28.
36. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1972; 37:1-11.
37. Dunde SR. Die Bedeutung von Psychotherapie fur das psychische und immunologische Befinden HIV-Infizierter Menschen. W: *Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.) AIDS und Psyche* Berlin: Edition Sigma; 1990: 171-180.
38. Lomax GL, Sandler J. Psychotherapy and consultation with persons with AIDS. *Psychiatric Ann.* 1988; 18: 253-259.
39. Scappaticcio JS. The impact of AIDS on a wide spectrum of psychotherapy patients: some implications for psychotherapists [95th Annual Convention of the APA 1987]. New York. *Psychother. Priv Pract.* 1989; 7: 77-84.
40. Schaffner B. Psychotherapy with HIV-infected persons. *New Dir. Ment. Health Serv.* 1990; 48: 5-20.
41. Beckett A, Rutan JS. Treating persons with ARC and AIDS in group psychotherapy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1990; 40: 19-29.
42. Beckham D. Group work with people who have AIDS, *J. Psychosoc. Oncol.* 1988; 6: 213-218.

43. Bliemeister J. Der Einfluss von Psychotherapie auf den Verlauf der HIV-Infektion. W: Deutsche AIDS-Stiftung "Positiv leben" (Hrsg) AIDS und Psyche: zum Einfluss von Psyche und Immunsystem auf den Verlauf der HIV-Infektion (Ergebnisse socialwissenschaftliche AIDS-Vorschung, Band 3, Berlin: Edition Sigma Bohn; 1990: 263-329.
44. Coleman VE, Harris GN. A support group for individuals recently testing HIV positive: A psycho-educational group model. *J. Sex Res.* 1989; 26: 539-548.
45. Gabriel MA. Group therapists' countertransference reactions to multiple deaths from AIDS. *Clin. Soc. Work. J.* 1991; 19: 279-292.
46. Getzel GS, Mahony KF. Confronting human finitude: Group work with people with AIDS (PVAs). *J. Gay Lesbian Psychother.* 1990; 1: 105-120.
47. Levine SH, Bystritsky A, Baron D, Jones LD. Group psychotherapy for HIV-seropositive patients with major depression. *Am. J. Psychother.* 1991; 45: 413-424.
48. Spector IC, Conklin R. AIDS group psychotherapy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1987; 37: 433-439.
49. Tunnel G. Complications in group psychotherapy with AIDS patients. *Int. J. Gr. Psychother.* 1991; 41: 481-498.
50. Viney LL, Alwood K, Stillson L. Reconstructive group therapy with HIV-affected people. *Cons. Psych. Quart.* 1991; 4: 247-258.
51. Adler R, Beckett A. Psychotherapy of the patient with an HIV infection: Some ethical and therapeutic dilemmas. *Psychosomatics.* 1989; 30: 203-208.
52. Brody CM. Jenny: treatment of a client who is HIV-seropositive. *Psychother. Priv. Pract.* 1989; 7: 95-101.
53. Kermani EJ, Weiss BA. AIDS and confidentiality: legal concept and its application in psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1989; 43: 25-31.
54. Kleinman I. HIV transmission: ethical and legal considerations in psychotherapy. *Can. J. Psychiatry.* 1991; 36: 121-123.
55. Perlin ML. Tarasoff and dilemma of the dangerous patient: new directions for the 1990's. *Law and Psychology Rev.* 1992; Spring, 16: 29-63.
56. Totten G, Lamb DH, Reeder GD. Tarasoff and confidentiality in AIDS-related psychotherapy. *Prof. Psych. Res Pract.* 1990, 21: 155-160.
57. Battegay R, Weber R, Willi J, Eich D. i wsp. Exploring the doctor-patient relationship reduces staff stress and enhances empathy when caring for AIDS patients. *Psychother. Psychosomatics.* 1991; 56: 207-225.
58. Santorelli M. The psychotherapeutic treatment of persons with AIDS: mental health practitioners' perspective preliminary findings. *Psychother. Priv. Pract.* 1989; 7: 91-93.

59. Bradley LN. The place of psychotherapy in the treatment of people who are HIV-positive. *Br. J. Psychother.* 1991; 8: 26-35.
60. Carballo-Dieguez A. Psychotherapy with AIDS patients. *Psychoth. Priv. Pract.* 1989; 7: 85-89.
61. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hosp. Comm. Psychiatry.* 1992; 43: 885-890.
62. Consoli SG. Aider a mourir, aider a vivre - Document clinique (assisting death assisting life: clinical document). *Psychoanalyse a l'Universite.* 1992; 17: 55-67.
63. Catania JA, Turner HA, Choy Kh, Coates TJ. Coping with dead anxiety: help-seeking and social support among gay men with virus HIV diagnoses. *AIDS.* 1992; 6, 999-1005.
64. Remplein-Keller S, Bruns E, Ermann M. Das soziale Netzwerk von Familien HIV-infizierter/The social network of families of HIV-infected persons. *Zeit. Psychosom. Med. Psychoanal.* 1992; 38: 143-155.
65. Auerbach JE. Biofeedback, guided imagery and hypnosis as adjunctive treatment for AIDS and AIDS-related complex. *First Int. Confer. on Biopsychosocial Aspects of HIV-infection.* 1991; Abstract No 44B.
66. Gochros JS. The use of hypnosis with a symptomatic HIV-infected people. *Int. Confer. on AIDS.* 1989.
67. Kelly PJ. Evaluation of a meditation and hypnosis-based stress management program for men with HIV. *Int. Conference on AIDS.* 1989.
68. Newton P, Marks L. The clinical use of hypnotic imagery in HIV-positive men. *First Int. Confer. on biopsychosocial aspects of HIV-Infection.* 1991: Abstract No 178.
69. Meares A. Eine Form intensiver, mit dem Ruckgang von Krebs verbundener von Meditation. *Hypnose und Kognition EH.* 1984, 27-35.

Artykuł pierwotnie ukazał się w *Hypnosis International Monographs*. Peter B, Kinzel FC. red. *Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy*. Munich: M.E.G.-Stiftung; 1995; 1: 181-206. Tłumaczenie za zgodą autora i wydawcy Jerzy A. Sobański. Redakcja tekstu Katarzyna Klasa.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/?a=forum_list&p=view&id=231

Jerzy A. Sobański
Redaktor Naczelny