
Barbara HORVAT RAUTER

Koncepti transakcijsko analitičnega pristopa pri obravnavi pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino

The concepts of Transactional Analysis in the treatment of patients with chronic widespread non-malignant pain

POVZETEK

Kronična razširjena nerakava bolečina je neprijetna senzorna kot tudi čustvena izkušnja in je povezana z dejansko ali možno poškodbo, okvaro tkiva. Ker zajema človeka kot celoto – njegovo mišljenje, čustvovanje, vedenjske in telesne odzive, je potrebno pristopati po bio-psiho-socialnem modelu in delati interdisciplinarno. Prispevek je usmerjen na terapevtsko delo psihologa. Primat v obravnavi kronične bolečine pripada vedenjsko kognitivni terapiji, sama pa pristopam z elementi transakcijsko analitične terapije. Skozi prispevek želim predstaviti osnovne koncepte transakcijske analize v povezavi s kronično bolečino ter terapevtski pristop.

KLJUČNE BESEDE

Kronična razširjena nerakava bolečina, transakcijska analiza, psihološka obravnava.

ABSTRACT

Chronic widespread non-malignant pain is an unpleasant sensory as well as emotional experience and is associated with actual or possible injury as well as with impaired tissue. Because it includes different human aspects - thoughts, emotions as well as behavioural and physical responses it is necessary to adopt an interdisciplinary approach to the bio-psycho-social model. This article focuses on the therapeutic work of psychologists. Although cognitive behavioural therapy is the most frequent therapeutic approach to chronic pain treatment, in this article I present the therapeutic approach of Transactional Analysis and its basic concepts in the treatment of chronic pain.

KEYWORDS

Chronic nonmalignant widespread pain, transactional analysis, psychological treatment.

EXTENDED ABSTRACT

In this article, I will be describing chronic widespread noncancerous pain and the symptoms patients with this type of pain deal with. Chronic widespread nonmalignant pain is an unpleasant sensory as well as emotional experience and is associated with actual or possible injury as well as with impaired tissue (Wolfe et al, 1990). It is defined as pain that persists for 12 weeks or longer (Coster et al, 2008). The prevalence is between 3 and 5% of the Slovene population. It is more frequent in women (Jamnik and Klopčič Spevak, 2011). Chronic widespread nonmalignant pain constitutes a clinical problem of great importance, and with considerable repercussions for the social, family and work environments. Unlike diseases with better-known pathologies and clinical outcomes, chronic pain is poorly understood and often treated as 'functional' or 'psychosomatic' by physicians. This condition also has significant costs to both the individuals, their significant others and to society as a whole (Dymon and Pharm, 2015). Patients' uncertainty surrounding their condition can lead to emotional distress, increased health care visits, disruptions in social and physical functioning, and reduction in their quality of life. They often report symptoms of depression, ruminations, catastrophization, anxiety, anger, fear of movement and low self-concept (Gonzalez, Baptista and Branco, 2015; Oliveira and Costa, 2012). Dealing with chronic widespread pain includes dealing with different human aspects – thoughts, emotions, as well as behavioural and physical responses. This is why it is necessary to adopt an interdisciplinary approach to the biopsychosocial model (Gatchel, McGeary, McGeary and Lippe, 2014). The interdisciplinary team formed at the University Rehabilitation Institute in Slovenia includes: the physician, the psychologist, the physiotherapist, the social worker and the occupational therapist (Horvat et al, 2014). In this paper I will be focusing on the psychological aspect.

Cognitive behavioural therapy (CBT) is the most frequent therapeutic approach to chronic pain treatment (Gatchel et al, 2014; Jensen and Turk, 2014; Cristea, Montgomery, Szamoskozi and David, 2013; Turk and Okifuji, 2002). Although there is a growing evidence base for the treatment of chronic pain with a CBT approach, there are also other psychotherapeutic approaches that are as yet less well established in clinical practice. I think it is important to enlarge rather than restrict the number of different psychotherapeutic approaches, methods and techniques. In this article I will present the transactional analytical (TA) approach in chronic pain treatment, including the therapeutic approach as well as the basic concepts of transactional analysis (script system, drivers, games, ego states).

Transactional analysis is a psychoanalytic theory and method of therapy in which social transactions are analysed to determine the ego state of the patient (whether parent-like, child-like, or adult-like) as a basis for understanding behaviour. The therapeutic process of chronic pain treatment has in my opinion three important stages. In my experience many patients have difficulties in recognising their feelings, thoughts and physical differences. They also find it difficult to stay with them. The first important stage in the therapeutic process is therefore »awareness and recognition« of their inner processes. Patients can be helped in this with mindfulness techniques. The next stage is »understanding«. The individual has to understand what is going on and how different situations and how their own activities that fall into their script system impact on their

pain intensity and behaviour. After the patient recognizes his psychological triggers and understands the connection between their psychological (script system) and psychological processes, we move to the last stage, »changes«. At this stage patients try to make changes, which help them towards a higher quality of life. Throughout this process we work with the most basic TA concepts.

Through listening to our patients talking about their experiences, we try to recognize and come to understand their behaviour. We talk about the life script, which is an unconscious life plan based on decisions made in early childhood about ourselves, others, and our lives. These decisions made sense when we were young and often helped us adapt in the world of our childhood. They do not always make sense when we are adults, but until we discover what our early decisions were, we often repeat the patterns that prove those early decisions to be true (O'Reilly-Knapp and Erskine, 2010; Solomon 2003; Stewart and Joines, 1987). Most patients with chronic widespread pain report difficult experiences in early life. Mental cruelty and/or physical violence in their primary family, alcoholism, punishments and lack of confirmation, parents' neglect, dealing with loss (parents' death, siblings' death), hard work from their early childhood onwards are some of the typical memories they have to deal with. Often they report being anxious from their first years of life (Flor, 2014; Gonzalez, Baptista and Branco, 2015; Oliveira and Costa, 2012; Van Houdenhove, Egle and Luyten, 2005). Because of the lack of confirmation, they confirm themselves through work. These are all important parts of their life script. During psychological sessions we talk about workaholics and perfectionism and their role in chronic pain. In terms of transactional analysis people who suffer from chronic pain engage drivers that suit their script system, give confirmation and provide security. The most frequent drivers in people with chronic widespread pain are: Hurry up!, Please you!, Be perfect!. This is why they go over their pain limit. (Cole, 1993).

Based on the messages received and the decisions made, a young child develops a basic life position. We call these »existential positions« because they influence how we view our own and others existence. There are four basic life positions. These are: a.) I'm OK, You're OK, b.) I'm OK, You're Not OK, c.) I'm Not OK, You're OK and d.) I'm Not OK, You're Not OK (Stewart and Joines, 1987). People with chronic widespread pain often develop the life position I am not OK – You are OK or I am not OK – You are not OK. According to this they show very low self-esteem, anxiety, depressive symptoms and unsafe attachment style (Tremblay and Sullivan, 2010). In relationships with others they are often in the position of a Victim or the Rescuer – they have experiences of taking care for their immature parents, for their siblings; often they are the ones who »do not have luck in life«.

The intensity of pain sensation is impacted through the (unsafe) experience and the context, which the individual associates with higher pain (Acerbi and Parisi, 2006; Turk and Okifuji, 2002). Through the therapeutic process, we try to recognize patients' introjects. Decontamination of their Parent and Child Ego state with the Adult is very common. We often work with the conflict between the Critical Parent and the Adapted Child (Berne, 1964; Stewart and Joines, 1987). During psychotherapy we try to work on deconfusion (Little, 2011; Stewart and Joines, 1987). This part of therapy is focused on emotional conflicts in the Child, with the therapist working on making the client whole. Deconfusion allows the Child to express the feelings, thoughts, and behaviours that were prohibited in childhood and to clarify the confusion that arose as a result. The

goal of the therapy is achieved when patients report and show better capacities of self-regulation and self-compassion instead of self-criticism, are more satisfied and engage in constructive ways of coping with pain. In other words, they feel more safety and have greater insight into the way they function.

The basis of our work is a good therapeutic relationship. This is most intensively established during the early sessions, but it has to be maintained throughout the whole process (Norcross and Wampold, 2011). Patients with chronic pain suffer because there has been a great deal of unsafety in their lives, so the therapeutic relationship has to be very safe and empathetic. I work according to the theory of the Key Hole. This is a visual diagram of the theory of methods. This theory and model emphasizes contact with self (an intrapsychic process) and external contact-in-relationship (an interpersonal process). Inquiry, attunement, and involvement are categories of many therapeutic transactions and comprise sets of contact-facilitating, relationship-oriented methods. The concepts of inquiry, attunement, and involvement represent an array of methods that are central to the therapeutic relationship and crucial for reorganization of personality that leads to script cure (Erskine, Moursund and Trautmann, 1999). Transference and counter-transference are crucial to teach people about their psychological processes.

Transactional analysis can help people with chronic widespread pain to understand themselves better and the connection between their life script and their psychological processes. It can also help them to see more clearly how they interact with others and how this interaction may impact their pain sensations. One of the things that sets transactional analysis therapy apart from some other therapies is the belief that we are each responsible for our own future, regardless of what happened to us in the past. If you see things in yourself that you do not like or that do not serve you well, transactional analysis provides some tools to help you change. Transactional analysis can be seen either as an important additional approach or as an independent therapy in its own right.

1. Uvod

Oblika bolečine, o kateri bomo pisali v prispevku je sindrom kronične razširjene bolečine (SKRB ali v angleščini CWP – chronic widespread pain). Gre za bolečino, ki ni rakavega izvora, in je po kriterijih American College of Rheumatology (ACR) opredeljena kot vsaj 3 mesece trajajoča. Pojavlja se v vsaj dveh kvadrantih na nasprotnih straneh telesa, na levi in desni strani, nad pasom in pod njim ter v področju hrbtenice (Wolfe idr., 1990). Težja oblika SKRB je sindrom fibromialgije, ki ga potrdimo, če poleg razširjenosti bolečine ugotovimo še 11 od 18 bolečih fibromialgičnih (prožilnih točk) (Coster idr., 2008). Pogosti pridruženi simptomi, s katerimi se oboleni srečujejo so: utrujenost, glavoboli, težave s koncentracijo in spominom, motnje spanja, znižana kakovost življenja, motnje razpoloženja. Kronična razširjena nerakava bolečina prizadene med 3-5% Slovencev, če vključimo še njihove bližnje, ki prav tako trpijo zaradi posledic doživljanja bolečine v družini, je odstotek še višji. Pogostejša je pri ženskah (Jamnik in Klopčič Spevak, 2011). Kronična bolečina je multidimenzionalna izkušnja, saj vključuje tako neprijetno bio-senzorno kot tudi čustveno izkušnjo, ki je povezana z dejansko ali možno poškodbo/okvaro tkiva. Izkušnja bolečine je rezultat vpliva tako bioloških dejavnikov kot tudi bolnikovih osebnostnih dejavnikov ter kulturnega in socialnega okolja (Dymon in Pharm, 2015). Iz tega razloga se je pri obravnavi kronične bolečine v 60-ih letih prej-

šnjega stoletja pričel uveljavljati bio-psiho-socialni pristop obravnave, oblikovali pa so se multidisciplinarni in interdisciplinarni timi (Gatchel, McGeary, McGeary in Lippe, 2014). Eden izmed takih je tudi v Sloveniji na URI-Soča in je trenutno edini te vrste pri nas. V obravnavo pacientov s kronično bolečino je vključen tim strokovnjakov, ki ga sestavljajo: zdravnik (specialist fizioterije), psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt in socialni delavec (Horvat in dr., 2014). Sama se s pacienti srečujem že četrto leto kot psihologinja. V nadaljevanju bi želela predstaviti psihološki vidik obravnave z usmeritvijo na terapevtsko delo.

Primat v obravnavi kronične bolečine pripada vedenjsko kognitivnemu pristopu (v nadaljevanju VKT) (Gatchel in dr., 2014). V začetku 60-ih letih so bile uveljavljene vedenjske terapije, osredotočene predvsem na načela klasičnega in operantnega pogojevanja (treninki sproščanja, pristop z biofeedbackom). Sredi 80-ih je razvoj prinesel drugi val VKT in sicer kognitivne pristope. V obravnavi kronične bolečine so se razširile teorije spoprijemanja s kronično bolečino (Jensen in Turk, 2014; Cristea, Montgomery, Szamoskozi in David, 2013; Turk, in Okifuji, 2002). V zadnjem desetletju pa VKT pristop k obravnavi kronične bolečine dopolnjuje čuječnost in na sprejemanje oziroma samosprejemanje usmerjen pristop, kar imenujemo tudi tretji val, ki združuje terapijo s sprejemanjem in predanostjo (McCracken, 2005; Öst, 2014).

Menim, da je poznavanje različnih psihoterapevtskih pristopov bogastvo in da so pri obravnavi pacientov s kronično razširjeno bolečino lahko zelo učinkovite tudi druge, manj uveljavljene psihoterapevtske smeri ali kombinacija različnih pristopov, s katero se skušamo na učinkovit način približati posamezniku kot individualni, edinstveni osebnosti, ki je drugačna od sopacienta. Sama sem specializantka transakcijsko analitične smeri in bi želela v nadaljevanju predstaviti povezavo med koncepti TA in obravnavo pacientov s kronično razširjeno bolečino.

2. Kaj je TA?

Mednarodna zveza za transakcijsko analizo (ITAA) opredeljuje transakcijsko analizo kot teorijo osebnosti in sistematično psihoterapijo za doseganje sprememb ter osebnostne rasti, Stewart in Joines (1987) pa poudarjata, da obsega sodobna TA veliko več. TA opredeljujeta kot: (a) teorijo osebnosti in sposobnosti posameznika, da spremeni skriptne prisile, (b) teorijo komunikacije, (c) metodo analize sistemov in organizacij, (d) teorijo otrokovega razvoja in (e) teorijo psihopatologije. Transakcijsko analizo lahko opredelimo tudi kot tretmansko metodiko, številni avtorji pa jo opredeljujejo tudi kot življenjsko filozofijo.

TA se v klinični praksi uporablja kot psihoterapija za obravnavo številnih oblik psiholoških motenj, od vsakodnevnih življenjskih problemov, nevrotične simptomatike, do psihoz (J.A. Shiff, Berne) in disfunkcij. Metode terapije so uporabne pri delu s posamezniki, skupinami, pari in družinami.

Kronična bolečina ni strukturno, ampak funkcijsko stanje, kar pomeni, da se je potrebno ustaviti in skupaj s pacientom raziskati vzorec njegovega lastnega reagiranja in delovanja ter ga spremeniti v smeri učinkovitejšega. A spreminjanje predstavlja pot, ki jo sama doživljam kot proces, ki vsebuje tri ključne stopnje.

1. Najprej mora posameznik prepoznavati vzorce svojega delovanja,
2. V naslednji fazi je potrebno njihovo razumevanje izvora in aktualnih funkcij simptomov (na podlagi česa jih je razvil, s kakšnim namenom so, v čem mu pomagajo, v čem ga ovirajo, ...)
3. in šele na to lahko posameznik ob odločitvi, da si želi spremembe, to tudi postopno naredi (Horvat in dr., 2014).

Proces obravnave lahko vključuje praktično vse temeljne koncepte TA (skriptni sistem, prepovedi in gonila, funkcionalne in strukturalne model-e osebnostne organizacije ego stanj in druge temeljne koncepte TA skupaj z odnosno komponento, ki izhaja iz terapevtske zmožnosti prepoznavanja in uglaševanja na pacientove potrebe, njegovega empatičnega odzivanja in vzpostavljanja terapevtske delovne aliance.

3. Razumevanje pacienta s kronično bolečino skozi TA pristop

3.1. Pogoste značilnosti pacientov

Pacienti se pred prvim srečanjem s psihologom z bolečino soočajo že nekaj časa. Pričakovani in normalni odziv na nepričakovano situacijo nenehnega soočanja z bolečino, ki je prisotna praktično ves čas in brez somatski medicini in pacientu poznane specifične vzroke, ki posameznika omejuje v vsakdanjih aktivnostih, mu krati spanec ter znižuje kakovost življenja, je negativno čustvovanje, ki se kaže v znižani razpoloženjski legi, anksioznosti, jezljivosti, v občutkih nemoči in negotovosti z mislijo, ali bo sploh še kdaj dobro. Pogosto je tudi katastrofično doživljanje bolečine, ki zavzema (kontaminira) področje mišljenja v obliki ruminacij in magnifikacij, na čustvenem pa prek občutkov nemoči, in znižuje ali pa povsem onemogoči konstruktivne načine spoprijemanja z bolečino. Pacienti so zaradi doživljanja bolečine pasivnejši, mnogi poročajo o osiromašenem družabnem življenju ter težavah na delovnem mestu, saj ne morejo kakovostne in učinkovite vpetosti v zahteve ter dolžnosti, ki jim jih nalaga polni delovni čas. Pacienti pogosto pridejo z izkušnjo, da jim strokovnjaki, pri katerih iščejo pomoč, ne verjamejo in jih odpravijo, zanikajo z besedami, da »dobro izgledajo« in da je »vse le v glavi«. Trpeči za kronično bolečino prinesejo s sabo tako ogromno občutkov ogroženosti (bolečina brez vzroka, nestrokovni odzivi strokovnega kadra), nesprejetosti in negotovosti.

Primer 1:

»... Tale bolečina me spremlja že 2 leti in pol. Najprej se je pričela postopoma v predelu križa, potem so me začele boleti tudi roke in noge, celo telo. Prisoten je občutek teže in bolečine so pekoče. No pustijo mi spati. Tudi nemirne noge se pojavljajo. Spim po 4 ure na noč, zbujam se okorela, nenaspana, slabe volje in obupana, kako naprej. Bolečina pa kar ne popusti. Ko vstanem je najhujša. Potem se nekoliko umiri, a ob prvi obremenitvi spet poraste. Sem le senca same sebe. To nisem jaz. Prej sem bila živahna, vse sem zmogla, sedaj pa... kot kup nesreče. Tako trpim in potem pridem do strokovnjakov, ki vidijo mojo fasado, zunanost in me odslovijo z besedami, češ, da dobro izgledam in da mi nič ni. Tako boli. Ko bi vsak izmed teh le en dan izkusil to, kar doživljam jaz že leta, bi drugače reagiral ...«

Ob analizi anamnez, ki jih pridobim skozi prvi triažni pogovor sem prepoznala nekatere pogoste skupne izkušnje, o katerih spregovorijo, prav tako so omenjene v mnogih dosedanjih študijah (npr: Flor, 2014; Gonzalez, Baptista in Branco, 2015; Oliveira in Costa, 2012; Van Houdenhove, Egle in Luyten, 2005) in kažejo na to, da so trajajoče obremenitve s stresom pomemben dejavnik tveganja za razvoj kronične bolečine (Amir, Kaplan, Neumann, Sharabani, Shani in Buskila, 1997; Cohen, Neumann, Haiman, Matar, Press in Buskila, 2002). Če navedem najprej socialne dejavnike. Pacienti s kronično bolečino poročajo o obremenjenosti družinske odnosne klime zaradi zlorabe alkohola s strani staršev v času otroštva in z njim povezanim psihičnim in fizičnim nasiljem, o pomanjkljivi oziroma ne-varni obliki navezanosti, pretiranjem vključevanju v težke delovne obveznosti, pogostem kaznovanju, o klimi s pomanjkljivimi pohvalami ali pa odraščanju brez njih, o zanemarjanju in spregledanosti s strani staršev, nemalokrat poročajo o izkušnji spolne zlorabe, zaznamujejo jih tudi izgube bližnjih (skrbnikov, sorojencev) v času njihovih otroških let (Gonzalez, Baptista in Branco, 2015; Oliveira in Costa, 2012; Walker in dr., 1997 Amir idr. (1997) navaja, da je v vzorcu oseb s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM) 21% izpolnjevalo kriterije za fibromialgijo in da so bili ti posamezniki v slabši psihični kondiciji kot udeleženci brez fibromialgije. Pogostost PTSM med bolniki s fibromialgijo je ugotavljal tudi Cohen s sodelavci (2002), ki piše, da jih kar 57% trpi tudi za PTSM, podobno ugotavljajo Sherman, Turk in Okifuji (2000), pri katerih je ta delež znašal 56%. V splošni populaciji je prevalenca PTSM 7-12% (Seedat in Stein, 2001), kar kaže na to, da je stres pomemben diagnostični in napovedni dejavnik za razvoj kronične nerakave bolečine. Pogosta razpoloženska motnja je tudi depresija, ki bi naj bila prisotna pri polovici ljudi s kronično bolečino (Cohen in dr., 2002).

Walker in dr. (1997) ugotavljajo, da so ljudje s kronično razširjeno nerakavo bolečino skozi življenje pogostejše žrtve različnih oblik nasilja tako v času otroštva kot tudi v odrasli dobi.

Primer 2:

»... Nimam lepih spominov na otroštvo. Bilo nas je pet, nekako ni bilo časa za vzgojo. Živel smo v pomanjkanju. Oče je rad pil. Ni bil nasilen. Samo glasno je govoril in včasih kaj vrgel po zraku. Skrila sem se, ker nisem marala njegovega kričanja...«

Primer 3:

»... Prej je bilo lepo. Rada bi bila še enkrat otrok. Bila sem najstarejša od 4 otrok in že pri desetih letih sem skrbela za gospodinjstvo in kuhala. Dosti smo delali, ampak smo bili skupaj. Vselej sem želela poskrbeti za druge, saj sem že takrat dokazovala, da znam. ...«

Primer 4:

»... Pohvala? Ne poznam je. Vzgoja je bila stroga in brez odstopanj ...«

Mnogi obremenilni dejavniki so lahko tudi biološkega izvora in na njih ne moremo vplivati (Oliveira in Costa, 2012). O njih poročajo tudi moji pacienti. Med našimi pacienti je dvakrat več dvojčkov, kot jih je sicer v populaciji, navajajo posebnosti ob rojstvu (izpahnjeni kolki, nedonošenost) ter bolehnost in pogostejše hospitalizacije v času otroštva.

Kot psihologinja se tako večinoma soočam s posledicami delovanja kumulativne travme. Med osebnostnimi dejavniki izstopajo storilnostna naravnost, perfekcioniz-

zem ter pogosto negativno doživljanje sebe s pomanjkljivo ali odsotno zmožnostjo sočutja do sebe (Chapin, Darnall, Seppala, Doty, Hah in Mackey, 2014).

3.2. Terapevtski odnos

Evolucijsko nalogo bolečine predstavlja funkcija alarma, saj sporoča o nevarnosti, ogroženosti, ki se dogaja v telesu (Acerbi in Parisi, 2006; Turk in Okifuji, 2002). Kronična bolečina to funkcijo izgubi, saj ne vsebuje strukturnih telesnih sprememb (poškodbe tkiv) in je medicinska diagnostika načeloma brez posebnosti. Občutek ogroženosti kljub temu ostaja (Turk in Okifuji, 2002). Posameznik ga doživlja v sebi, saj se bolečine z izjemo ekstremnega bolečinskega vedenja, ne opazi navzven. Oboje (rezultati diagnostike, ki so b.p. in bolečina, ki se ne vidi navzven) lahko botruje neupravičenemu nerazumevanju pacientov v družbi. Kot sem že napisala, je pogosta izkušnja s katero se soočajo vezana na nesprejemanje njihovega položaja in zavračanje z besedami: »saj pa dobro izgledate, nič vam ne manjka, vse je v glavi«. Tovrstni odzivi krepijo občutek in oceno nevarnosti in občutek ogroženosti pri pacientu. Ob takih izkušnjah pacienta se je še toliko bolj potrebno spomniti na tehnike, principe, etiko in ideje TA, ki gradijo na odnosu kontakta in bližine in ki so pomembne za vsak terapevtski odnos. Terapevtski odnos pomembno prispeva k rezultatom psihoterapije. Norcross in Wampold (2011) omenjata naslednje dokazano učinkovite aspekte terapevtskega odnosa: terapevtska aliansa, empatija in zbiranje povratnih informacij od klientov. Najverjetneje učinkovito je tudi skladnost v ciljih, kolaborativni odnos in pozitivno sprejemanje. Delovna aliansa po Bordinu (1979) vključuje tri glavne dimenzije: strinjanje o ciljih terapije, strinjanje o nalogah terapije in kvaliteta stika. Pomembno je krepiti terapevtsko delovno alianso in vključevati terapevtske intervence kot sta empatična refleksija in uglaševanje, ki pomagata krepiti občutek varnosti. Med pacienti s kronično razširjeno bolečino prevladujejo oblike nevarne navezanosti. K temu primarnemu občutenju anksioznosti bolečina le še dodaja, zato je ključno, da terapevti nudimo varen prostor in kraj v katerem se lahko in zmorejo zaupati ter začutijo sprejetost. Pomembno je, da terapevt s svojo prisotnostjo regulira pacientova čustva. Pozorna sem na transfer pacienta, sočasno pa skušam biti ves čas čim bolj v stiku z lastnim kontratransferjem – z mislimi, čustvi ter občutki, ki se pojavijo skozi kontakt s pacientom. Pri svojem delu imam nenehno v mislih pristop ključavnice, po katerem sestavljajo terapevtki proces različne oblike povpraševanja (ang. Inquiry), udeležnosti (ang. Involvement) in uglaševanja (ang. Attunement) (Erskine, Moursund in Trautmann, 1999). Zaradi pogoste izkušnje pacientov s kronično bolečino, in sicer te, da jim drugi ne verjamejo, je po mojem mnenju zelo pomembna udeležnost v odnosu. To pomeni, da sta oba udeleženca aktivna v odnosu, terapevt pa ne predpostavlja o izkušnjah pacienta, ampak ga o njih aktivno povprašuje ter ob tem skuša uporabljati tudi pacientov besednjak (Lieberman in Havens, 2002). Sama gradim odnos z tehnikama validacije, ko dajem pacientovim občutkom pomen ter normalizacijo, s katero želim poudariti, da je bolečina nepričakovana sprememba, ki vpliva na način bivanja in so odzivi v smislu negativnih misli, čustev in doživljanj povsem normalen in pričakovan odgovor. Omenjeni pristop se mi zdi ključen predvsem zaradi pogoste izkušnje, da se pacientom ne verjame.

3.3. Življenjski scenarij (skriptni sistem), življenjske pozicije ter prepovedi in gonila

Življenjski scenarij je nezavedni življenjski načrt, ki nastane na podlagi preživetvenih reakcij, odločitev in introjekcij v otroštvu ter omejuje spontanost in fleksibilnost pri reševanju problemov in odnosih z njimi (Stewart in Joines, 1987). Zajema prepričanja o sebi, drugih in o kakovosti življenja. Del skriptnega sistema so potlačene potrebe in čustva, ki izhajajo iz starih emocionalnih spominov. Skript predstavlja najboljšo izbiro možnosti (najučinkovitejšo reakcijo), ki jo je imel posameznik kot otrok v danem trenutku (O'Reilly-Knapp in Erskine, 2010; Solomon 2003; Stewart in Joines, 1987).

Že od majhnega potrebujemo pohvale in ne le dražljaje, preko katerih začutimo lastno vrednost. Sprva je naloga staršev ali skrbnikov, da skušajo to potrebo zadovoljiti, kasneje postane potreba ponotranjena in si pohvalo, potrditev dajemo sami. Ob tem ne poneha potreba po zunanjem priznanju. Pacientom rada razložim, da si dajemo potrditev na dva načina – preko »delati« in »biti« (Segal, Williams in Teasdale, 2002; Žvelc, Černetič in Košak, 2011). Ob prvem smo na nek način zbiratelji kljukic, ko želimo skozi dan opraviti čim več nalog in videti rezultat. Če je delo narejeno, si dovolimo občutek vrednost in imamo misel, da smo OK. Prvi način zagotavljanja lastne vrednosti je vezan na storilnostno naravnost in se pogosto povezuje z vzgledi, katerim smo bili izpostavljeni skozi vzgojo. »Biti« po drugi strani predstavlja zadovoljitev hedonskih potreb – uživanje v aktivnostih, ki so za posameznikovo dušo in brez posebnih rezultatov, morda celo vrednosti za okolico, a s pomembnim vplivom na posameznikovo lastno blagostanje. Kot sem že omenila, predstavlja pogosto izkušnjo pacientov s kronično bolečino zgodnje vključevanje v delovne obveznosti in prevzemanje odgovornosti. Kazen prevladuje nad pohvalo, zato si skozi odraščanje na nek način skušajo pridobiti potrditev skozi delo, ki ga starši cenijo. Nenazadnje prinesemo otroci na ta svet veliko mero lojalnosti do naših staršev (iz želje in potrebe po kontaktu, navezanosti) in marsikatero svojo potrebo in željo podredimo ali celo prekrijemo (kontaminacija ego stanj) z željo staršev. Pogosto zasledim pri pacientih s kronično bolečino nefunkcionalne relacijske sheme, ki so rigidne in služijo obrambni funkciji (O'Reilly-Knapp in Erskine, 2010; Solomon, 2003).

Izhajajoč iz obremenilnih izkušenj v zgodnjem življenjskem obdobju imajo pacienti s kronično bolečino težave z doživljanjem sebe (Cole, 1993; Wentz, 2005) – razvijejo visoko stopnjo kritičnosti do sebe (Wren in dr., 2012). Ob nenadnem pojavu kroničnih bolečin, ki znižajo njihovo delazmožnost in kakovost življenja, pa se samopodoba še dodatno zniža (Smith in Osborn, 2007). Najpogostejši življenjski poziciji, ki ju zavzamejo sta: Jaz nisem v redu. – Ti si v redu. (- - +) ali Jaz nisem v redu. – Ti nisi v redu. (- - -) (Stewart in Joines, 1987). Življenjske pozicije se izoblikujejo zelo zgodaj, skozi proces vzpostavljanja navezanosti. So razmeroma stabilen in dajejo občutek, da taki pač smo. Doživljanje kronične bolečine negativno doživljanje sebe po navadi še okrepi, saj vnese negativne spremembe na področju njihovega celostnega delovanja. Izpostavljeni poziciji (- - + in - - -), ki sta pri pacientih s kronično bolečino najpogostejši podpirata nevaren stil navezanosti (Tremblay in Sullivan, 2010).

Pri pacientih s kronično bolečino zelo pogosto zasledimo večino gonil: Ustrezni, uga-jaj!, Potrudi se!, Pohiti!, Bodi močan!, Bodi popoln! in nekatere prepovedi: Ne odrasti!, Ne čustvuj!. Prispevek o pomenu prepovedi pri osebah s kronično bolečino je napisala

Cole (1993), ki poudarja pomen sekundarnih koristi za paciente, v jeziku TA gre za enega od načinov in predzavednih motivacij, ki so navedene kot sekundarne prednosti psiholoških iger vzdrževanje skriptnega sistema. Prepovedi, ki jih oblikujejo, naj bi jim pomagale vzdrževati introjekte, ki so jih ponotranjili od svojih staršev. Po navadi gre za negativna prepričanja o njih, ki jim onemogočajo napredovanje, kar bolečinsko vedenje potem podpre (Cole, 1993).

Tovrstna naravnost, ki je prisotna že od otroštva, je močno povezana s telesnimi odzivi – telo je preveč časa vzdruženo in napeto. Ker vsa doživljanja tvorijo spomin, si telo zapomni tudi te odzive (O'Reilly-Knapp in Erskine, 2010). V določenem trenutku je napetosti preveč, ravnovesje se zruši in telo prične boleti. Iz tega razloga je pomembno, da dobijo pacienti vpogled v prej omenjene vzorce in jih smiselno povežejo z doživljanjem bolečine ter to bolečino tudi ustrezno razumejo in vzpostavijo občutek varnosti (Gardner, 2000; Oliveira in Costa, 2009).

3.4. Ego stanja

Po TA lahko razdelimo osebnost na tri ego stanja: Starša (St), Odraslega (O) in Otroka (Ot), ki jih prikažemo in razložimo s pomočjo strukturalnega modela ego stanj (Stewart in Joines, 1987). Kadar se obnašamo, razmišljamo in čutimo kot takrat, ko smo bili majhni, pravimo, da smo v ego stanju Otroka. Te izkušnje lahko pustijo določene fiksacije. Kadar se obnašamo, razmišljamo in čutimo na način, ki smo ga prevzeli od svojih staršev ali starševskih figur, pravimo, da smo v ego stanju Starša. Ta del vsebuje introjekte. In kadar se obnašamo, razmišljamo in čutimo na način, ki je neposreden odgovor na situacijo tukaj in zdaj ter pri tem uporabljamo vse odrasle spretnosti, pravimo, da smo v ego stanju Odraslega. Za učinkovito komunikacijo in vzpostavljanje zdravih odnosov potrebujemo vsa tri ego stanja. Starš nam s svojimi pravili omogoča, da se lahko ustrezno znajdemo v družbi. Odrasel nam omogoča, da se učinkovito spoprimemo z vsakdanjimi težavami. Otrok pa nam omogoči, da smo lahko spontani, razigrani in kreativni. Glede na situacije v katerih smo, tekom dne večkrat zamenjamo ego stanja. Seveda pa je najbolje, da prevladuje ego stanje Odraslega. Po funkcionalnem modelu ego stanja še naprej razdelimo. Pri Staršu tako ločimo: negujočega (tisti, ki potolaži, je razumevajoč) in kritičnega (ki okrega, usmerja, postavlja pravila), pri Otroku pa svobodnega (ni omejen s Starševskimi prepovedmi), prilagojenega (uboga) in uporniškega (se upira). Ego stanje Odraslega se ne deli (Berne, 1964; Stewart in Joines, 1987).

Pri pacientih s kronično bolečino je pogosto izmenjevanje ego stanja kritičnega Starša in prilagojenega Otroka, ki privedejo do notranjega konflikta. Kot sem že izpostavila, pogosto odraščajo v okolju s strogo vzgojo in s prevlado kritike in kazni nad pohvalo. Kritičnega starša ponotranjijo in postanejo kritični sami do sebe. Omenjeno pomembno doprinaša k negativnemu doživljanju samega sebe ter k razvoju gonil v smeri dokazovanja.

3.5. Igre

Igre predstavljajo serijo komplementarnih prikritih transakcij, ki vodijo k jasno določenemu in predvidenemu cilju (Berne, 1964). Zanj je značilno, da obe osebi zavzmeta eno od treh pozicij. Karpman (1968) je v TA vpeljal koncept dramskega trikotnika, po katerem zavzemamo v odnosih z drugimi eno od treh vlog: vlogo žrtve, rešitelja in

preganjalca. Za igre je značilno, da so nezavedne, ponovljive, pogosto napovedljive, pride tudi do obrata, ki igre opredeli. So način potrjevanja skripta.

Pri pacientih s kronično bolečino opažam, da se pogosto izmenjujeta vlogi rešitelja in žrtve. Gonila, ki sem jih izpostavila že prej v članku, negativna življenjska pozicija sebe, ki vključuje nizko samopodobo, narekujejo naravnost k skrbi za druge. Pri pacientih s kronično bolečino opažam fenomen pretiranega in včasih tudi brezmejnega sočutja do drugih in skrbi do njih, v odnosu do samega sebe pa je to sočutje pomanjkljivo, ali ga sploh ni in se ga učimo vzpostaviti. Samega sebe lahko z zaničevanjem tudi kaznujejo in so v tem smislu sami sebi preganjalci. V odnosu z bolečino se kaže vloga žrtve. Soočajo se z intenzivnimi občutki nemoči, bolečino doživljajo kot močnejšo od sebe in se zato postavijo v podrejen položaj, razvijejo začaran krog naučene nemoči in smiljenja samemu sebi ter zapadejo v pasivno in manj konstruktivno soočanje z bolečino (Oliveira in Costa, 2012).

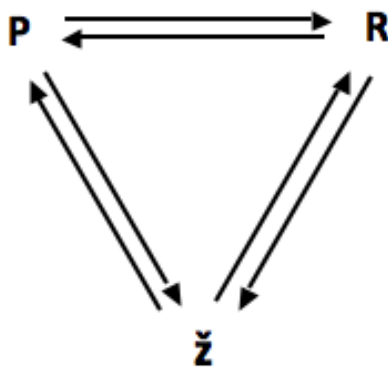
Skozi terapevtsko delo prepoznavamo posamezne vloge in značilnosti, po katerih se kažejo. Delamo na zavedanju posamezne vloge in prepoznavanju razlogov, zakaj se v določeni situaciji pojavlja prav ta vloga. Razmišljamo o tem, v čem jo potrebuje in analiziramo, kakšne koristi ter škodo mu povzroča. Izhajamo iz pacientovih situacij, ki jih podeli, ter skupaj z njim iščemo načine, kako lahko v dani situaciji odreagira drugače, da izstopi iz igre. Skozi analizo in spoznavanje sebe želimo s pacienti najti ravno to – možnost spremembe – da začnejo situacijo doživljati na drugačen način, ki bolečine ne bi krepil, ampak jo umirjal (Berne, 1964, O'Reilly-Knapp in Erskine, 2010).

Življenjske pozicije:

Jaz sem v redu. – Ti nisi v redu. (+ - -)

Življenjske pozicije:

Jaz sem v redu. – Ti nisi v redu. (+ - -)



Življenjske pozicije:

Jaz nisem v redu. – Ti si v redu. (- - +)

Jaz nisem v redu. – Ti nisi v redu. (- - -)

Slika 1: Dramski trikotnik in pripadajoče življenjske pozicije.

4. Terapevtski pristop

Delo s pacienti s kronično bolečino predstavlja proces, ki ga zelo dobro opisuje pesem Portie Nelson (1977) »There is a Hole in My Sidewalk« in ponazarja pot raziskovanja sebe. Kronična bolečina je funkcijsko stanje, ki zahteva spremembo načina življenja. Na podlagi dosedanjih izkušenj ugotavljam, da je pri terapevtskem delu skupno, da moramo s pacienti prehoditi tri pomembe stopničke. Osnovo predstavlja (a) zavedanje, prepoznavanje lastnih vzorcev delovanja, ter potlačenih potreb, sledi (b) razumevanje le-tega in šele na to lahko pričnemo uvajati (c) spremembe in izkoriščati nevroplastičnost možganov. Razdelitev sem uvedla in njene faze poimenovala sama in jih ne morem enačiti s katerim od konceptov TA.

Strinjam se z literaturo (Stewart in Joines, 1987), po kateri je osnova dela dober terapevtski odnos, o katerem sem že pisala. Če ga pacienti začutijo kot varnega, če vzbuja v njih občutek sprejetosti in pomembnosti, je to prav gotovo dejavnik, ki jim pomaga pri usmerjanju vase in jih vzpodbuja k samo raziskovanju. Na začetku odnosa, ko se le-ta še intenzivno vzpostavlja, vključujem v delo tehnike, ki krepijo terapevtsko delovno alianso. Ključno se mi zdi upoštevanje elementov Erskinovega pristopa ključavnice, ki predstavlja terapijo s kontaktom v odnosu (Erskine, Moursund in Trautmann, 1999; Radovanović, 2008). Zajema tri temeljne metode terapevtskega dela. Imenujejo se povpraševanje, uglaševanje ter udeleženosť. S pomočjo kontratransferja prepoznavam, da je v tej uvodni fazi ključno tudi delo na krepitvah kapacitet za samopomiritev. Iz vidika ego stanj gre za krepitev Odraslega. V TA je slednje opredeljeno kot dekontaminacija, ki pomeni odstranjevanje introjektiv iz zgodnjega življenjskega obdobja (Hargaden in Sills, 2002). Nevarnost, ki jo doživljajo kot posledico delovanja kumulativne travme, se kaže na vseh področjih njihovega delovanja (mišljenje, čustvovanje, telesni odzivi). Vključevanje »body-mind« tehnik, ki podpira bio-psiho-socialni pristop in vključuje človeka kot celoto (Hadhazy, Ezzo, Creamer in Berman, 2000), je ključno. Vsak posameznik je drugačen, dostopen na drugem področju delovanja (vedenje, telesni odzivi, mišljenje, čustvovanje), kar nazorno ponazarja model jaza v odnosu (Žvelc, Černetič in Košak, 2011). Na podlagi tega skušam najprej skupaj s pacientom prepoznati, na katerem področju je najbolj dostopen za spremembe.

Pri tem, zlasti ko gre za manj poznano simptomatiko, ali ko smo v fazi spoznavanja pozicij frustracij in aspiracij pacienta, se psihoterapevtsko orientiran transakcijski analitik naslanja na projekтивно identifikatorne procese v okviru svojih kontratransfernih reagiranj. Zlasti psihodinamično orientirana transakcijska analiza se poslužuje na primer Ogdenove (Thomas Ogden) teorije na tem področju. Ta psihoterapevt, ki se »projektivno identificira«, je tako v svoji predzavestni disponibilnosti za klientov/pacientov proces teoretično v vlogi možnih skriptnih sporočil, ki jim je bila oseba izpostavljena v svojem obdobju odrasčanja. Ko klient izve od zdravnika (psihoterapevta, psihologa ipd.), da je njegova slika težav prepoznavna, kot kolektivna. Tako lahko psihoterapevt transakcijske analize, ki se v fazi diagnosticiranja in kasnejšega uravnavanja odnosnega procesa s pacientom poudarjeno ukvarja s psihološko ravniyo diagnoze, kako ta deluje na pacienta oziroma, koliko se le-ta njenega delovanja nase zaveda. Diagnoza, tudi psihološka lahko deluje pomirjevalno ali stimulira anaksioznost pri pacientu v odvisnosti iz katerih stanj jaza in skozi katere skriptne matrice jo zaznava. Pri tem TA psihoterapevt lahko uporabi tudi skriptno profiliranje, ki v splošnem lahko kaže, kje so skriptne zapore pri sprejemanju.

Domnevamo lahko, da mu ga v nekem delu njegove osebnosti primanjkuje zaradi filtriranja (Preaccountiranja) strouka, ki mu je sicer lahko na voljo. Sprva v psihoterapevtski sobi, nato tudi zunaj nje.

Pogosto najprej prepoznavamo telesne občutke in delamo na njihovem zavedanju, kar pomeni, da preko lastnega kontratransferja učim paciente o njihovem notranjem doživljanju. Doživljanje, ki ga zaznavam pri pacientih empatično reflektiram z namenom, da bi ga tudi sami prepoznali, se ga zavedali in razumeli, kako vpliva na njihovo delovanje (mišljenje, čustvovanje, telesne reakcije in spremembo stanj jaza po njihovih zmožnostih). Telesne občutke sproti povezujemo s pripadajočimi čustvi in mislimi. intenzivnem doživljanju vključim tehnike sproščanja, tehnike vizualizacije (npr. varni kraj, ki pomaga k umirjanju oz. znižanju splošne anksioznosti) tehnike čuječnosti, lahko spoznamo tudi dihanje pacienta – spremenjeno in manifestno kot simptom in simptomski dejavnik) na primer plitko in neenakomerno dihanje značilno za povišana stanja anksioznosti. Omenjeno pomaga k doseganju Odraslega ego stanja (Cornell, 2005).

Sproti raziskujemo, kako posamezen pristop, ki ga izkazujemo pacientu in sprememba psihološkega procesiranja pri le-tem, vpliva na jakost njegove bolečine. S ciljem, da se prepričamo o njenem psihosomatskem izvoru, oziroma ga skušamo potrditi. Osnovni cilj, ki ga želimo doseči, je pridobitev vpogleda pacientovega Odraslega v to, da njegova telesna bolečina ni nevarna, oziroma skušamo poiskati meje nevarnosti, ki jo predstavlja zanj. Na splošno je iskanje mej tovrstnim procesom za pacienta pomirjujoče, saj je verjetno, da imamo opraviti z ego stanjsko lezijo, ker se izkazuje njen somatski značaj. Slednje pa lahko sproža za pacienta in (pre)empatičnega psihoterapevta neprijetne in čustveno težke odzive, ki delujejo ogrožajoče za Otroka. Pri tem so ogrožajoče lahko tudi za Otroka ponotranjenega Starša in pri tem bolj razkrijejo svojo skriptno naravo, a lahko posameznik vpliva na njih. Pacienti s kronično bolečino imajo nizko stopnjo sočutja do sebe (Wren in dr., 2012), ki predstavlja del njihovega skriptnega sistema. Delo z Odraslim vsebuje tudi pridobivanje na sočutju do sebe. Pogosto je namreč prisoten ponotranjeni samokritični dialog, kar poznamo tudi pod imenom »notranji saboter« (Fairbairn, 1952). Terapija je učinkovita v primeru, da se ta introjiciran proces prepozna in zmore nadomestiti z učinkovitejšim. Na vzpostavitev ponotranjenega samokritičnega procesa vplivajo skriptna prepričanja (Stewart in Joines, 1987), ki se oblikujejo preko implicitnega učenja skozi najzgodnejšo dobo življenja ter se potrjujejo skozi distorzije in negativne interpretacije dogodkov, kar se je potem zapisalo v skriptni sistem (Erskine, 2010). Omenjeno krepi ključno skriptno prepričanje »nisem v redu«. Nadalje je doživljanje pozitivnih čustev, kot so veselje in ponos, prepovedano. S pacienti sklenem dogovor, da se skušajo skozi dan pohvaliti in prepoznati svoje vire moči. Ker pričnejo izstopati iz svojega varnega območja (iz vsakdanje navade in ustaljenega vzorca delovanja), se pričnejo pojavljati občutki krivde. Le-ti so pričakovan odziv na postopno spreminjanje skripta, kar pacientom razložim ter situacijo normaliziram.

Ko pridobijo na kapacitetah samopomiritve, in okrepijo Odraslo ego stanje, začnem intenzivneje vključevati delo z Otroškim in Starševskim ego stanjem. Skupaj širimo razumevanje o vzorcih njihovega delovanja. Natančneje jim razložim značilnosti posamičnih ego stanj (tako strukturno in funkcijsko), pomen življenjskih pozicij, doživljanja sebe ter prepovedi in gonil. Delamo s fiksacijami in introjekti, vključujemo tudi izkušnje bolečine iz preteklosti. Doživljanje kronične bolečine krepi občutek lastne nevrednosti in s tem intenzivira notranji samokritični dialog. Prepoznavati pričnejo, da omenjeno

krepi izkušnjo bolečine. Pri pacientih, ki so dovzetni, motivirani za terapevtsko delo in delo na sebi na tej točki vključim tehniko dveh stolov, ali tehniko praznega stola, ki pomaga pacientu, da pride v stik z introjektom in dialogom, ki ga je ponotranjil. Tehnika pomaga izpostaviti komunikacijo med Kritičnim Staršem in Prilagojenim Otroškim ego stanjem. Preko tega pridejo v stik s potlačenimi potrebami in prepovedanimi čustvi, kar imenujemo dekonfuzija (Little, 2011). Prevladujejo potreba po varnosti in relacijske potrebe ter prepoved nad doživljanjem prijetnih čustev in ponosa nad sabo (Little, 2011). Prepoznajo introjekte, ki jih analizirajo iz ego stanja Odraslega. Ugotovijo, da ni učinkovit, razumejo njegov nastanek, zato ga skušamo dekontaminirati. Čustva, ki jih pacienti v tej fazi doživljajo so pogosto zelo intenzivna, zato je ključno, da kot terapevtka s temi čustvi vzdržim (pomemben je holding), čustva reguliram in skupaj s pacientom iščem pot k dovoljenju za doživljanje prej prepovedanih, sicer prijetnih čustev. Povpraševanje o čustvih, uglaševanje na njih, njihova validacija in normalizacija so načini, ki pomagajo širiti pacientovo okno tolerance. V tej fazi je intenzivnejše tudi čustveno soočanje z bolečino (Little, 2011). V terapijo vključujem intervju z bolečino, skozi katerega prepoznavam odnos pacientov do bolečine, hkrati raziščem, katere koristi in izgube jim prinaša, katere potrebe zadovoljuje. Pacienti, ki zmorejo delo na sebi in so motivirani zanj, po navadi na tej stopnji zmorejo prepoznavati skriptni sistem, ki jih vodi skozi življenje in v stanju doživljanja kronične bolečine le-to tudi krepi.

V zadnji fazi terapije spreminjanje vzorcev delovanja intenziviramo (v pacientovem ritmu) in delamo na integraciji v vsakdanje življenje. Ob spreminjanju skriptnega sistema pacienti izstopajo iz področja varnega. Četudi uveljavljeni vzorec delovanja za njih ni bil najbolj učinkovit, je bil varen, ker jim je bil poznan. Dekontaminacija starega in učenje novega predstavlja nevarnost, grožnjo, ki pogosto izzove občutke krivde. Skozi terapevtski proces te občutke sprejemamo, jih razložimo, kot terapevtka sem jim v podporo, da z njimi vzdržijo in grejo preko njih. Pri tem jim pomaga tudi sočutje do sebe, ki ga v prejšnjih fazah terapije okrepijo in iz katerega si dajejo dovoljenje za spreminjanje. V nadaljevanju navajam nekaj končnih izjav mojih pacientk.

Primer 5:

»... Lahko delam počasneje in ne rabim biti popolna. Tudi če kaj preložim na jutri, sem v redu. Ponosna sem, da znam drugače, da si dovolim iti na sprehod, ker blaži mojo bolečino in da se končno sprejemam takšno kot sem...«

Primer 6:

»... Očitno je bolečina morala priti, da me opozori na to, da si zaslužim imeti se fajn in da lahko poskrbim najprej zase in potem za ostale...«

Primer 7:

»... Me boli in sem OK...«

Ko analiziram rezultate svojega dela po pristopu TA s pacienti s kronično bolečino, opažam, da je temeljna destrukcija prepričanj, ki so jih oblikovali na podlagi preteklih dogodkov in iskanje novih, drugačnih ter za njih učinkovitejših perspektiv, katerim lahko dajo nov pomen. Poznavanje konceptov TA mi pri delu zelo pomaga in menim, da predstavlja učinkovit način dela s pacienti s kronično bolečino.

5. Zaključek

Psihološka obravnava pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino predstavlja pomemben del posameznikove celostne obravnave. Pristop po transakcijski analizi doživljam kot zelo učinkovit pristop k obravnavi pacientov s to boleznijo tako iz teoretičnega kot tudi praktičnega vidika. Menim, da lahko predstavlja transakcijska analiza dopolnitev ali pa samostojni način obravnave pacientov s kronično bolečino.

6. Literatura

- Acerbi, A. in Parisi, D. (2006). The evolution of pain. <https://acerbialberto.files.wordpress.com/2013/03/ecal2007a.pdf>
- Amir, M., Kaplan, Z., Neumann, L., Sharabani, R., Shani, N. in Buskila, D. (1997). Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (6), 607-13.
- Berne, E. (1964). *Games People Play*. New York: Grove Press.
- Chapin, H. L., Darnall, B. D., Seppala, E. M., Doty, J. R., Hah, J. M. in Mackey, S. C. (2014). Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. *Journal of Compassionate Health Care*, 1 (4).
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Cole, M. (1993). Injunctions and Secondary Gains in Chronic Pain Patients. *Transactional Analysis Journal*, 23 (4), 191 – 194.
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J. in Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or posttraumatic fibromyalgia syndrome. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32 (1), 38-50.
- Cornell, W. F. (2005). In the Terrain of the Unconscious: The Evolution of a Transactional Analysis Therapist. *Transactional Analysis Journal*, 35 (2), 119-131.
- Coster, L., Kendall, S., Gerdle, B., Henriksson, C., Henriksson, K. G. in Bengtsson A. (2008). Chronic widespread musculoskeletal pain: a comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *European Journal of Pain*, 12, 600-10.
- Cristea, I. A., Montgomery, G. H., Szamoskozi, S. in David, D. (2013). Key Constructs in 'Classical' and 'New Wave' Cognitive Behavioral Psychotherapies: Relationships Among Each Other and With Emotional Distress: Key Constructs in Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol*, 69, 584-599.
- Dymon, T. E. in Pharm, D. (2015). Fibromyalgia. *ACSAP. Neurologic and Psychiatric Care*, 1, 5-18.
- Erskine, R., Moursund, J. in Trautmann, R. (1999). *Beyond Empathy: A Therapy of Contact-in Relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Erskine, R. G. (2010). *Life scripts: a transactional analysis of unconscious relational patterns*. London: Karnac.
- Fairbairn, R. W. D. (1952). *Psycho-analytic studies of the personality*. London: Routledge.
- Flor, H. (2014). Psychological Pain Interventions and Neurophysiology: Implications for a Mechanism-Based Approach. *American Psychological Association*, 69 (2), 188-196.

- Gardner, G. C. (2000). Fibromyalgia following trauma: psychology or biology? *Curr Rev Pain*, 4, 295–300.
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C., A. in Lippe, B. (2014). *Interdisciplinary Chronic Pain Management: Past, Present, and Future*.
- Gonzalez, B., Baptista, T. M. in Branco, J. C. (2015). Life History of Women with Fibromyalgia: Beyond the Illness. *The Qualitative Report*, 20 (5), 526–540.
- Hadhazy, V. A., Ezzo, J., Creamer, P. in Berman, B. M. (2000). Mind-body therapies fort he treatment of fibromyalgia. A systematic review. *Journal of Rheumatology*, 27, 2911–2918.
- Hargaden, H. in Sills, C. (2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspective (Advancing Theory and Therapy)*. Brunner Routledge: Taylor and Francis Group.
- Horvat, B., Vidmar, J., Zabukovec, I., Klar, N., Žalik, T., Perme Sušnik, K. in Jamnik, H. (2014). Predstavitev interdisciplinarne obravnave pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino na URI Soča. Vodenje in rehabilitacija bolnikov s kronično bolečino: Izbrane teme s področja vodenja in rehabilitacije bolnikov s kronično nerakavo bolečino: redna letna učna delavnica: zbornik predavanj, 91–105.
- Jamnik, H. in Klopčič Spevak, M. (2011). Sindrom kronične razširjene bolečine in sindrom fibromialgije: pregled literature in predstavitev naših izkušenj. *Rehabilitacija*, 10 (1), 526–540.
- Jensen, M. P. in Turk, D. C. (2014). Contributions of Psychology to the Understanding and Treatment of People With Chronic Pain. Why It Matters to ALL Psychologists? *American Psychologist*, 69, 105–118.
- Karpman, S. B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 7 (26), 39–43.
- Little, R. (2011). Impasse Clarification within the Transference-Countertransference Matrix. *Transactional Analysis Journal*, 41 (1), 23–38.
- Lieberman, B. P. in Havens, L. L. (2002). Existential Psychotherapy. V: Hersen, M. in Sledge, W. (ur), *Encyclopedia of Psychotherapy* (741–754). Oxford: Elsevier Science and Technology.
- McCracken, L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*, 113, 155–159.
- Nelson, P. (1977). *There's a Hole in My Sidewalk: The Romance of Self-Discovery*. Los Angeles: Popular Library.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusion and clinical practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98–102.
- Oliveira, P. in Costa, M. E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health Status and worrying among fibromyalgia patients. *J Health Psychol*, 14, 1184–95.
- Oliveira, P. J. in Costa, M. E. (2012). Psychosocial Factors in Fibromyalgia: A Qualitative Study on Life Stories and Meanings of Living with Fibromyalgia, New Insights into Fibromyalgia, Dr. William S. Wilke (ur.), InTech, dostopno na: <http://www.intechopen.com/books/new-insights-intofibromyalgia/psychosocial-factors-in-fibromyalgia-a-qualitative-study-on-life-stories-and-meanings-of-living-with>
- O'Reilly-Knapp, M. in Erskine, R. G. (2010). The Script System: An Unconscious Organization of Experience. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1, 13–28.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 44, 1–25.
- Radovanović, K. (2008). Onkraj empatije: terapija s kontaktom v odnosu. *Kairos*, 1 (2), 63–71.

- Rogers, L. L. in Keefe, F. J. (2012). Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43 (4), 759-770.
- Seedat, S. in Stein, M. (2001). Posttraumatic stress disorder: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 3 (4), 288-294.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. in Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Shermann, J. J., Turk, D. C. in Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *The clinical Journal of Pain*, 16, 127-134.
- Smith, J. A. in Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the identity: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology and Health*, 22, 517-534.
- Stewart, I. in Joines, V. (1987). *TA Today: a new introduction to transactional analysis*. Nottingham: Lifespace.
- Tremblay, I. in Sullivan M. J. L. (2010). Attachment and Pain Outcomes in Adolescents: The Mediating Role of Pain Catastrophizing and Anxiety. *The Journal of Pain*, 11 (2), 160-171.
- Turk, D. C. in Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. in Luyten, P. (2005). The Role of Life Stress in Fibromyalgia. *Rheumatic Manifestations of Other Diseases*, 365-370. http://www.uppity-sciencechick.com/van_houden_hove_curr-rheum-fm.pdf
- Solomon, C. (2003). Transactional Analysis Theory: the Basics. *Transactional Analysis Journal*, 1 (33), 15-22.
- Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G. in dr. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia and rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom Med*, 59.
- Wentz, K. (2005). Fibromyalgia and self-regulatory patterns. Development, maintenance or recovery in women. Dostopno na: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/107/1/KWentz05.pdf>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. in dr. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33(2), 160-72.
- Wren, A. A., Somers, Tj., Wright, M. A. Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huk, B. K.,
- Žvelc, G., Černetič, M. in Košak, M. (2011). Mindfulness-based transactional analysis. *Transactional analysis journal*, 41 (3), 241-254.