

Doświadczanie i profilaktyka ataku paniki. Casus obrazowania rezonansem magnetycznym

Experiences and prophylactic of panic attacks. The case of magnetic resonance imaging

Nr DOI: 10.1515/physio-2014-0009

Robert Florkowski

Wydział Turystyki i Rekreacji, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego, Poznań
Department of Tourism and Recreation, Eugeniusz Piasecki's Academy of Physical Education, Poznań

Streszczenie

Popularny współcześnie w wielu klinikach aparat do obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego wygląda zazwyczaj jak wielka tuba, kojarząca się niektórym z wejściem do statku kosmicznego. Pacjent jest w niej umieszczony i musi podczas badania pozostać w bezruchu. Ciasna przestrzeń może powodować reakcje klaustrofobiczne. W tych okolicznościach niektórzy pacjenci doświadczają ataku paniki – bywa, że po raz pierwszy w życiu. Stan paniki i spowodowane nim ruchy ciała mogą doprowadzić do przerwania procedury lub zniekształcenia obrazu obniżającego precyzję diagnostyki. Takie sytuacje oznaczają nie tylko straty ekonomiczne, ale i dodatkowy psychiczny dystryes pacjentów. Autor artykułu próbuje zastanowić się nad tym, jaki wpływ na procedury medyczne mogą mieć zaniedbania psychologiczne. Wiele wskazuje na to, że sukces lub porażka mogą być pokłosiem prawidłowej lub nieprawidłowej interwencji psychologicznej.

Słowa kluczowe: rezonans magnetyczny, klaustrofobia, atak paniki, profilaktyka ataku paniki

Abstract

The MRI apparatus, which is the most popular in present clinical settings, looks like a massive tube or the entrance to a mysterious alien spaceship. The patient has to enter this machine and remain motionless during the entire procedure. Placement in constraining space can cause a claustrophobic reaction. Under these circumstances, some patients experience panic attacks – some of them for the first time in their life. State of mental panic and panicky bodily movements may result in abortion of the procedure or cause the generation of distorted images which can negatively affect accuracy of diagnosis. Such situations result in economic waste and psychological distress. The author of this article attempts to review on the basis of the example of magnetic resonance the issues which often influence medical procedures, such as negligence of psychological dimension, which may play a paramount role and result in the success or failure of any medical procedure.

Key words: magnetic resonance, claustrophobia, panic attack, panic attack prophylactic

Wprowadzenie

Poniższy artykuł składa się z trzech części. Pierwsza to krótka relacja z badania rezonansem magnetycznym, któremu poddałem się osobiście. Opis ten został sporządzony, bo wiem podczas procedury miał miejsce atak paniki. Uznałem, że warto go zamieścić jako materiał ilustrujący zarówno klaustrofobiczną reakcję, jak i sposób jej okiełznania, który w tym przypadku okazał się skuteczny. Punktem wyjścia zatem jest osobiście przeżyte wydarzenie. Doświadczenie to zostało spisane, poddane refleksji i przeegzaminowaniu. Przeegzaminowanie obejmowało rozmowy z osobami badanymi rezonansem magnetycznym, nieformalne konwersacje z lekarzami i studentami medycyny, przegląd obserwacji i piśmiennictwa naukowego. Jego celem było potwierdzenie powtarzalności określonych działań, ich kontekstów i uwarunkowań. In-

Introduction

This article consists of three parts. The first part is a short report regarding an MRI which I underwent personally. The description was prepared, as during the procedure a panic attack occurred. I came to the conclusion that it is worth including it as material illustrating both a claustrophobic reaction, as well as the manner of its management which in this case turned out to be effective. In this way my personal experience constitutes a starting point. The experience was written down, considered and examined. The examination included interviews with people who have undergone an MRI, informal conversations with doctors and students of medicine, as well as reviews of observations and scientific literature. Its purpose was to confirm the repetition of certain actions, their context and conditions. In other words, the

nymi słowy, w części drugiej została podjęta próba osadzenia odczuć, przeżyć i emocji badacza–uczestnika w polu interakcji społecznych oraz w kontekście społeczno-kulturowym, zmierzająca w stronę ich zrozumienia i znalezienia środków profilaktycznych. Trzecia część traktuje o kilku zagadnieniach dotyczących dystresu, mogącego pojawić się w trakcie badania rezonansem magnetycznym, oraz sposobach jego redukcji. Myślą przewodnią jest zwrócenie uwagi na problem niekorzystnych stanów emocjonalnych i procesów kognitywnych towarzyszących procedurom medycznym, które mogą być po części funkcją nieprawidłowego prowadzenia pacjentów. Badanie rezonansem magnetycznym jest tylko specyficzną egemplifikacją dość powszechnych w medycynie zjawisk, które, choć wskazywane i krytykowane, pozostają obecne.

Opis przebiegu badania rezonansem magnetycznym z epizodem paniki. Perspektywa pacjenta

Poniżej przytaczam fragmenty opisu, który sporządziłem niemal natychmiast po badaniu rezonansem magnetycznym¹.

„Choruję już od kilkunastu miesięcy. Doznania bólowe potrafią być tak dojmujące, że wyłączają mnie z rutynowego funkcjonowania na całe dni. Wcześniej nie doświadczyłem tak intensywnych, trwających miesiącami, przykrych kłopotów zdrowotnych. Lekarz prowadzący, po kilku cyklach nieskutecznych terapii farmakologicznych, zasugerował dość radykalną interwencję chirurgiczną. Długo zwlekałem z decyzją, ratując się coraz silniejszymi środkami przeciwbólowymi. Trwałem w stanie decyzyjnej ambiwalencji zależnej głównie od intensywności bólu. Gdy cierpiałem w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie, skłaniałem się ku decyzji o operacji (rozważałem do kogo się zgłosić, jaki szpital wybrać, nawet szukałem i nawiązywałem kontakty z operatorami mającymi dobrą opinię i obeznanymi z moim przypadkiem); gdy ból słabł, słabła też wola poddania się chirurgicznemu zabiegowi i w ten sposób wracałem do punktu wyjścia. Wreszcie po długich zmaganiach podjąłem decyzję i zgłosiłem się do szpitala, aby rozpoczęto procedurę, której finałem miała być operacja. Częścią przygotowania do zabiegu było badanie wykonywane rezonansem magnetycznym. Udało się zarezerwować miejsce w kolejce w dość odległym mieście. Badanie miało się odbyć o godzinie ósmej rano. Chcąc zachować szeroki margines „bezpieczeństwa czasowego”, wstałem przed szóstą i niewiele później rozpocząłem podróż. Listopadowy poranek był wyjątkowo mglisty. Kilometry miały wolno, poza mgłą do spowolnienia przyczyniali się kierowcy, którzy nie radzili sobie z warunkami atmosferycznymi. Jadąc, zastanawiałem się, w jakim stopniu będzie to kolejne doświadczenie stanowiące przyczynek do krytyki polskiego systemu publicznej służby zdrowia. Okazało się jednak, że źródłem przykrego doświadczenia nie były kontakty z aroganckimi pracownikami czy nieracjonalności natury organizacyjnej, ale kombinacja nieudolności proceduralnej i moich irracjonalnych reakcji men-

second part involves an attempt to place sensations, experiences and emotions of the scientist-participant in the social interaction field, as well as in the social and cultural context, the aim of which was to understand them and find preventive measures. The third part concerns several issues regarding distress which can occur during an MRI and methods of its reduction. The leading idea is to draw attention to the issue of negative emotional states and cognitive processes accompanying medical procedures which may partially constitute the result of improper attending of patients. An MRI is only a specific example of quite common phenomenon in medicine which despite being indicated and criticized, remains present.

The procedure of magnetic resonance imaging with a panic attack. The patient's perspective

Below I quote a fragment of the description I made just after the MRI¹.

“I have been sick for several months. Pain can be so excruciating that it prevents me from my routine for days. Before I have never experienced such intensive and annoying health problems lasting several months. After several cycles of ineffective pharmacological therapies the attending physician suggested a rather radical surgical intervention. I postponed the decision for quite a while, using stronger and stronger pain-killers. I remained in the state of ambivalence depending mainly on pain intensity. When I suffered so much that I could not function normally, I was willing to have the operation (I considered where to go, which hospital to choose, I even looked for and started communicating with good surgeons experienced in the field); when the pain subsided, my will to have the operation weakened, as well, and I was back to the proverbial drawing board. Finally after long struggles, I made my decision and I was administered to the hospital to have the surgery. Part of the preparations involved an MRI. I managed to get an appointment in a city located quite far away. The appointment was made for 8:00 a.m. I wanted to be there on time, therefore I got up before 6 o'clock and started my journey a few minutes later. The November morning was especially foggy. I was driving rather slowly, as other drivers did not cope well with the weather conditions. During my journey, I was thinking how much this experience will contribute to my negative opinion regarding the public health care system. However, it turned out that contact with arrogant employees or lack of rationality within the organization did not constitute a source of unpleasant experience, but the combination of procedural inability and my irrational mental reactions. Using the expression “procedural inability”, I mean

¹ Ta część artykułu ma charakter felietonowy i brak w niej precyzyjnych informacji o lokalizacji doznań bólowych i sposobie ich manifestacji. Zastanawiałem się nad formą narracji oraz zakresem ujawnianych informacji i doszedłem do wniosku, że felietonowy styl jest dość często spotykany w relacjach pacjentów opisujących medyczne procedury i doświadczenia związane z uczestnictwem w nich. Pozostałem przy takiej formie narracji, bowiem w tej części artykułu prezentuję głównie subiektywną perspektywę pacjenta, a nie poszukujący obiektywizmu ogląd naukowca. Wahałem się również w kwestii granic „badawczego ekshibicjonizmu”. Po namyśle doszedłem do wniosku, że brak precyzyjnego opisu lokalizacji bólu i jego manifestacji z jednej strony nie jest merytorycznie kluczowy, z drugiej zaś pozostawia skrawek prywatności, przyczółek, który postanowiłem zachować.

¹ This part of the article is of feuilleton nature and there is no precise information about the location of pain and its manifestation. I thought about the form of narration and the scope of revealed information, and I came to the conclusion that feuilleton features are quite frequently present in patients' reports describing medical procedures and experiences related to their participation in such experiences. I maintained such a form of narration, as in this part of the article I mainly present a subjective patient's perspective, and not a scientist's opinion seeking objectivism. I also hesitated regarding the issue of boundaries of “scientific exhibitionism”. After some considerations I came to the conclusion that the lack of precise description of pain location and its manifestation is not substantially significant on one hand, and on the other – it leaves a scrap of privacy I decided to maintain.

talnych. Używając określenia „nieudolność proceduralna”, mam na myśli pominięcie w wywiadzie pytań, które wyłapałyby moje klaustrofobiczne tendencje, i stosowne do tego kontekstu zmodyfikowanie procesu diagnostycznego.

Pomimo momentów nerwowego zwątpienia, czy na pewno zdążę na czas, w pracowni rezonansu znalazłem się za kwadrans ósma. Przywitałem się z sympatyczną recepcjonistką, pokazałem dowód osobisty i zostałem poinformowany, że za chwilę pielęgniarka poprosi mnie do badania. Usiadłem i czekałem. Po kilku minutach usłyszałem swoje nazwisko. Pielęgniarka poprosiła mnie do małej kabiny, w której miałem się przebrać. Tam też przekazała mi kilka podstawowych informacji dotyczących przebiegu badania. Podczas krótkiego, rzeczowo przeprowadzonego wywiadu padły głównie pytania dotyczące obecności w moim ciele metalowych implantów, które, jak wyczytałem w Internecie, mogą zakłócać działanie aparatury. Po kolejnych kilku minutach oczekiwania, z zatyczkami w uszach (przezornie zakupionymi kilka dni wcześniej), powędrowałem za pielęgniarką do pomieszczenia, w którym miało nastąpić badanie. Pierwszy raz w życiu na żywo zobaczyłem to wyrafinowane narzędzie diagnostyczne. Imponowało nowoczesnym wyglądem, wywoływało skojarzenia ze stacją kosmiczną. Położyłem się na plecach, a moim jedynym zadaniem było leżeć w bezruchu około 45 minut, co zdawało się nie być znaczącym utrudnieniem dla kogoś, kto uwielbia leniuchować. W połowie tego czasu, jak mnie poinformowano, miałem mieć przerwę na „wyjazd” i podanie kontrastu. Pomyślałem sobie, że wyglądam jak mumia egipska przed złożeniem do sarkofagu (prowadząca pielęgniarka kazała mi ułożyć ręce dłońmi na obojczykach, łokcie wzdłuż tułowia; gdyby je tylko skrzyżować leżałbym jak Tutanchamon). Po chwili byłem gotów do rozpoczęcia procedury. Wszystko przebiegało wyjątkowo sprawnie, a personel, z którym się zetknąłem, sprawiał bardzo pozytywne wrażenie. Nie miałem żadnego powodu do narzekania. Nawet ból, który towarzyszył mi od wielu miesięcy, paradoksalnie od tygodnia nie dokuczał. Miniwózek ruszył do przodu, wjeżdżałem nogami do wnętrza, które skojarzyło mi się z tubą wielkiej trąby i przedziałem dokującym stacji kosmicznej. Poczulem intensywny nawiew chłodnego powietrza. To był miły złego początek...

Po chwili poczułem, jak łokciami dotykam miękkiego wnętrza maszyny. Znalazłem się w kokonie, z którego ledwie wystawała moja głowa. Nagle zdałem sobie sprawę z tego, że moje serce łomocze; podtrzymująca życie pompa pracuje na wysokich obrotach mimo to, że leżę i nie podejmuję najmniejszego wysiłku fizycznego. Co się dzieje? Myśli poderwały się z „bloków startowych”. Odpowiedź na pytanie znalazła się natychmiast. Przecież ja mam klaustrofobię! Zrozumiałem, że stałem się ofiarą ataku paniki. Poczuliłem te ustalenia o tyle łatwiej, że nie doznałem tego przyciętego stanu po raz pierwszy. Już wcześniej przytrafiły mi się takie epizody, choć było ich mniej niż palców u jednej ręki. Po głowie tłukły się sprzeczne myśli: jak mogłem zapomnieć o tym, że „wariuję” w ciasnych przestrzeniach? Muszę wytrzymać, muszę się opanować! Nie dam rady zaraz zacznę wrzeszczeć i wydostanę się z tego cholerstwa jak pilot ewakuujący się z kokpitu szybowca podczas skoku ratunkowego! Nie mogę robić obciachu, przecież jestem dorosłym facetem, nic mi tu nie grozi. F...ck! Wy...dam stąd! Natychmiast! Opanuj się, nie jesteś histerykiem! Drugiego podejścia do badania nie będzie, bo limit NFZ na ten rok jest już wyczerpany. Bogowie, jak przyznam się, że scykorzyłem... Przecież nie jestem aż takim mięczakiem!

Z wirówki myśli wypadło jedno hasło: techniki relaksacyjne. Nie, nie dam rady, wrzasknę i wyrwę się z tej cholernej hałaśliwej rury. Poza szybko przewijającymi się, urywanymi myślami i łomotem w klatce piersiowej docierały do mnie tylko nieznanne mi wcześniej dźwięki monstrualnej maszynierii, w której, jak mi się zdawało, mogę utknąć. Opanuj się, oddy-

the lack of questions in the interview which would help notice my claustrophobic tendencies and modify the diagnostic process accordingly.

Despite moments of nervous doubts if I would be able to get there on time, I arrived at the facility at 7.45 a.m. I greeted a nice receptionist, presented my ID and I was informed that a nurse will invite me for the MRI in a moment. I sat and waited. After several minutes I heard my name. The nurse told me to go to a small changing room where I was supposed to change. She also provided me with some essential information regarding the course of the MRI. During a short factual interview she asked me mainly about any metal implants present in my body, which – as I read online – could interfere with the functioning of the devices. After several minutes of waiting with plugs in my ears (which I purchased several days earlier) I followed the nurse to a room where the MRI was conducted. I saw the sophisticated diagnostic device for the first time in my life. Its modern look was impressing and it looked like a space station. I lied on my back and my only task was to remain motionless for 45 minutes, which did not seem problematic for a person who loves being lazy. In the middle of the procedure, as I was informed, there was a break to exit the device and administer contrast. I thought that I must look like an Egyptian mummy before being put in a sarcophagus (the nurse told me to place my palms on my collarbones, elbows along the torso; if I had them crossed, I would look like Tutankhamun). After a moment I was ready for the start of the procedure. Everything went exceptionally smoothly, and the personnel I had contact with made a very good impression. I could not complain. Even the pain which accompanied me for many months had not been bothering me for a week. The mini-trailer moved forward and I was entering inside feet first. It seemed like a tube of a large trumpet and the docking compartment of a space station. I felt the intensive ventilation of cold air. It was a nice beginning to something bad...

A moment later I felt the soft interior of the machine with my elbows. I was in a cocoon out of which only my head stack out. Suddenly I realized that my heart was pounding; my life-supporting pump was working intensively even though I was lying down and did not undertake any physical activity. What was going on? My thoughts were “taking off”. I immediately found an answer to my question. I suffer from claustrophobia! I understood that I fell prey to a panic attack. I came to this conclusion soon enough as it was not the first time. I have had such episodes before, but not more than five. I had conflicting thoughts in my head: how could I forget that I go crazy in small spaces? I have to endure and control myself! I cannot do it. I will start screaming and I will get out of this shit like a pilot ejecting himself from the cockpit of a glider during a rescue jump! I cannot bring such shame upon myself, I am an adult, nothing can happen to me. F...ck! I am leaving! Right now! Calm down, you shouldn't panic! There will be no second chance. NFZ (National Health Protection Fund) exhausted their resources for this year. I cannot admit that I chickened out! I am not such a pussy!

One thought came to my mind: relaxation techniques. No, no, I can't do it. I will scream and get out of this noisy pipe! Besides quick unrelated thoughts and the pounding in my chest, I was only aware of some unknown sounds of the monstrous machinery, in which – as I thought – I may be stuck. Calm down, breathe. My breath is getting calmer, more regular, air fills my lungs...my hands...my legs, etc. I tried to focus on the instructions for autogenous training. When I tried to open my eyes, the panic attack intensified. It seemed that the walls of the tube are getting closer, that

chaj. Mój oddech staje się spokojniejszy, miarowy, powierze wypełnia moje płuca... Moje ręce... Moje nogi etc. Starałem się skupić uwagę na instrukcji treningu autogenego. Próba otwarcia oczu zakończyła się nasileniem paniki. Miałem wrażenie, że ściany tuby są coraz bliżej, że zacisną się wokół mnie jak cielsko potężnego pytona. Od tego momentu oczy miałem cały czas zamknięte, a sytuacja stawała się znośniejsza wraz z upływającymi minutami. Zapanowałem nad, jeszcze przed chwilą nieodpartą, chęcią wrzeszczenia, wyrwania się i ucieczki. Serce jakby zwolniło, oddech nieco się wyrównał. W okolicach łokcia czułem ciepło, chyba wytwarzane przez maszynę. Wspomogłem się nim w kontynuowaniu relaksacyjnej mantry, choć nie potrafiłem rozstrzygnąć, czy jest ono funkcją działania potężnych elektromagnesów, czy autosugestii. Rozpocząłem wizualizację. Przypominałem sobie swój wakacyjny przelot szybowcem. Leciłem wysoko, przeskakując z chmurki pod chmurkę. Silne noszenia z łatwością niosły szybowiec. Dookoła rozciągały się piękne widoki. Wyskoczyłem z szybowca. Dzięki wyobraźni odbyło się to bez otwierania spadochronu i już po chwili ślizgałem się na desce windsurfingowej wzdłuż zielonego, zarośniętego trzcinami wybrzeża Zalewu Szczecińskiego. Po jakimś czasie zeskoczyłem z deski i niesiony mocą fantazji znów znalazłem się w kokpicie szybowca.

Dotrwałem do „wyjazdu” z tuby i przerwy na podanie kontrastu. Nie otwierałem oczu. Pielęgniarka zręcznie wkuła się i wprowadziła specyfik do krwiobiegu. Strach przed igłą okazał się nic nieznaczącą drobnostką w porównaniu z tym, czego doświadczyłem wcześniej. Drugą część badania przetrwałem w podobny sposób jak pierwszą, śmigając szybowcem i ślizgając się na desce windsurfingowej po falach zalewu. Wiało jak diabli! Wizualizację wietrznej pogody ułatwiał rzeczywisty, intensywny nawiew powietrza we wnętrzu rezonansowej tuby.

Ciekawostką jest dla mnie to, że podczas «ratunkowych» wizualizacji latałem szybowcem. Jest to intrygujące choćby z dwóch powodów. Po pierwsze, w wyobraźni przesiadałem się z jednej ciasnej przestrzeni do drugiej – czasami równie ciasnej. Po drugie, dlaczego nawet w najciaśniejszej kabynie, wsiadając do rzeczywistego szybowca, nigdy nie doświadczyłem najmniejszych klaustrofobicznych reakcji? Nigdy nie odczułem żadnego dyskomfortu, nie mówiąc o panice, która wywołałaby chęć wydostania się z kabiny i ucieczki w otwartą przestrzeń. Technicznie jest to możliwe, szybownik ma na sobie spadochron i w zasadzie w każdej chwili może wykonać skok ratunkowy.”

System kontra pacjenci. Jak wygląda troska o emocje pacjentów?

Czas, jaki dzielił powstanie zapisu od badania przeprowadzonego rezonansem, był bardzo krótki. Powyższa relacja jest także częścią sposobu uporania się z przykrym doświadczeniem, jest krzytę katartyczna. Obydwa czynniki spowodowały, iż jest dość emocjonalna i nieco chaotyczna. Zdarzenie miało miejsce w listopadzie 2012 r. Spowodowało, iż uświadomiłem sobie wagę stanów emocjonalnych i kognitywnych towarzyszących pacjentom podczas różnych zabiegów medycznych. Krótki, nieformalny i przeprowadzony na małą skalę rekonesans (rozmowy z osobami badanymi rezonansem magnetycznym, studentami medycyny i lekarzami) wstępnie potwierdził istotne kwestie, które można wyłonić podczas analizy zarejestrowanych doznań, emocji i przeżyć:

- rutynowy schemat prowadzenia pacjenta przez personel medyczny, przynajmniej w warunkach polskiej publicznej służby zdrowia, zazwyczaj nie obejmuje wsparcia emocjonalnego i poradnictwa;
- źródła tego stanu rzeczy są dość różnorodne: począwszy od negatywnego nastawienia do psychologii i socjologii

they will trap me like a huge python. I closed my eyes and the situation was more and more acceptable. I controlled my will to scream and run, which a moment ago seemed impossible. My heart slowed down and my breath became more regular. I felt the warmth probably produced by the machine near my elbows. I continued my relaxation mantra, even though I could not decide whether it is a result of huge electromagnets or autosuggestion. I started visualizations. I remembered gliding during summer holidays. I was flying high, jumping from one cloud to another. Strong winds carried the glider. There were beautiful views around me. I jumped out of the glider. In my imagination it happened without a parachute and after a moment I was windsurfing along a green coast of Szczecin Lagoon full of canes. After some time I jumped off the board and carried by the power of fantasy I was in the cockpit of the glider again.

I survived until exiting the tube and the break for contrast. I did not open my eyes. The nurse skilfully injected the needle and administered contrast to my bloodstream. Fear of needles was an insignificant trifle in comparison to what I experienced earlier. I survived the second part of the scanning in a similar way to the first one, gliding and windsurfing on the waves of the lagoon. It was really windy! The visualization was easier due to the intensive ventilation in the resonance tube.

It was interesting for me that during “rescue” visualizations I was gliding. It is intriguing due to two reasons. First of all, in my imagination I changed one tight space to another – sometimes equally tight. Secondly, why even in the smallest cockpit in an actual glider I have never experienced any claustrophobic reactions? I have never experienced any discomfort, not to mention panic attacks which would make me want to leave the cockpit and run into the open space. Technically it is possible, as the glider has a parachute and they can jump in case of emergency at any time”.

System versus patients. What does the care for patients' emotions involve?

The period between this description and the MRI was very short. The description above also partially constitutes an attempt to deal with the unpleasant experience and it is slightly cathartic. Both factors made it rather emotional and chaotic. The scanning took place in November 2012. It made me realize the importance of emotional and cognitive states accompanying patients during various medical procedures. A short, informal and small-scale interview (with people undergoing an MRI, students of medicine and doctors) initially confirmed significant issues which can be recognized during the analysis of registered sensations, emotions and experiences:

- the routine scheme of attending patients by medical personnel within Polish public health care does not include emotional support or counselling;
- reasons for this are quite diverse: starting from negative approach to psychology and sociology among students of medical universities (they believe that these disciplines offer something that does not have a status



wśród studentów uczelni medycznych (panuje wśród nich przekonanie – którego rozległości i wagi nie jestem w stanie oszacować na podstawie nieformalnych rozmów – że dyscypliny te oferują coś, co nie ma ani statusu naukowej wiedzy, ani wymiaru praktycznego; taka postawa nie skłania do stosowania ustaleń psychologii i socjologii we własnej praktyce), przez lekarzy niezbyt zdających sobie sprawę z reakcji emocjonalnych, jakie mogą wystąpić podczas badania i je utrudnić (więc jak mają na nie przygotować pacjentów), po rozwiązaniu proceduralno-systemowe (w żadnym miejscu procedura medyczna nie przewiduje holistycznego traktowania pacjenta, co gorsza – w wywiadzie poprzedzającym badanie rezonansem nie znaleziono miejsca na określenie możliwych reakcji pacjenta, chociaż piśmiennictwo medyczne i psychologiczne rozpoznało i zajęło się już jakiś czas temu panicznymi reakcjami występującymi podczas takiej diagnostyki);

- nawet lekarze świadomi nietłatwej drogi pokonanej przez pacjenta – badanie jest kosztowne, czeka się na nie długo (kilka miesięcy), nie zleca się go bez potrzeby, więc zazwyczaj stres związany z obawą o zdrowie i leczenie towarzyszy pacjentowi przez dłuższy okres – nie są w stanie pokonać wszystkich rozwiązań systemowych. Herosi pracują na planach filmowych „Ostrego dyżuru”, „Chirurgów” czy „Lekarzy”. Niestraszne im kilkudziesięciogodzinne zmiany i ciągle napięcie, pokonują wszelkie trudności. Pozostali są tylko ludźmi i płacą wysoką cenę za taki tryb pracy. Tym bardziej należy docenić ich próby humanizowania procedur medycznych i relacji pacjent – personel.

W przypadku wykorzystanym w artykule jako ilustracja omawianych zagadnień rozpoznanie i opanowanie stanu emocjonalno-kognitywnego nastąpiło w bardzo krótkim czasie, bowiem nie był to pierwszy epizod paniki, a osoba, która go przeżywała, jest psychologiem klinicznym ze znaczną praktyką i umiejętnościami pozwalającymi na poradzenie sobie z zaistniałą sytuacją. Co z osobami, które po raz pierwszy doznają ataku paniki w tak specyficznych okolicznościach i/lub nie dysponują żadnym narzędziem okiełzania go?

Medyczne wykorzystanie rezonansem magnetycznego uważane jest za najważniejszą innowację diagnostyczną ostatnich dekad. W skali światowej wykonuje się około 80 milionów tego typu procedur rocznie [1]. Badanie za pomocą rezonansu magnetycznego oceniane jest jako bezpieczne i precyzyjne. Jak zwykle istnieją jednak, choć relatywnie nieliczne, przeciwwskazania i zagrożenia. Przykładem mogą być implanty, rozruszniki serca, kolczykowania i określone rodzaje tatuażu. Jego wadą jest długi czas trwania, konieczny bezruch pacjenta² i ekspozycja na hałas.

W tym artykule chciałbym zwrócić uwagę tylko na jedno ze wskazanych wcześniej zagadnień, a mianowicie na problem natury psychicznej (powiązany z klaustrofobią) – wysoki poziom dyskomfortu, napięcie emocjonalne czy wręcz atak paniki przed lub podczas badania³. Paniczne reakcje nie na-

of scientific knowledge and it is not practical – the scope of this belief is impossible to determine on the basis of informal interviews; such an approach does not encourage them to take advantage of psychological and sociological assumptions in their practice), among doctors who are barely aware of emotional reactions which can occur during scanning procedures or impede them (so how can they prepare patients for them), to procedural and system solutions (medical procedures do not involve a holistic approach, and what is worse in the interview conducted before an MRI there was nothing regarding patients' reactions, even though medical and psychological literature recognized and dealt with panic reactions during diagnostic procedures some time ago);

- doctors, who are aware of the difficult path undertaken by patients – an MRI is expensive, patients need to wait for it for a long time (several months), it is not recommended when it is not needed, therefore stress related to fear about health and treatment accompanies patients for a longer period of time – are not able to defeat all system solutions. Heroes work on the movie sets of “ER”, “Grey’s Anatomy” and “Lekarze”. They are not frightened by long shifts and constant stress. They defeat all difficulties. Others are only humans and they pay a high price for a job like this. Therefore their attempts to humanize medical procedures and relations between patients and personnel should be appreciated.

The example used in this article illustrates the issues being discussed. Diagnosis and management of emotional and cognitive states took place in a short period of time, as it was not the first panic attack, and the person who experienced it is a clinical psychologist with considerable practice and skills allowing him to deal with the situation.

How about people who experience panic attacks for the first time in such circumstances and/or do not have any tools to deal with it?

Medical use of an MRI is perceived as the most significant diagnostic innovation in recent decades. Globally approximately 80 million procedures are conducted annually [1]. An MRI is assessed as safe and precise. However as always there are some – relatively few – contraindications and threats. Examples include implants, pacemakers, piercing and certain types of tattoos. Its disadvantages involve long duration, necessary motionlessness of the patient² and exposure to noise.

In this article I would like to draw attention to only one of the above mentioned issues – mental health problems (related to claustrophobia), a high level of discomfort, emotional distress or panic attacks before or during the scanning³. Panic attacks are not rare. It is estimated that 1-15% of patients undergoing an MRI suffers from claustrophobia [1].

² W związku z tym, że badanie rezonansem jest długotrwałe i wymaga od badanego bezruchu, prostą a zarazem zazwyczaj pomijaną kwestią, redukującą niewygodę czy wręcz ból, jest wygodne ułożenie i odpowiednie podparcie ciała poduszkami lub czymkolwiek, co zapewni redukcję ucisków, upośledzenia krążenia i zredukuje efekty uboczne braku ruchu. Unieruchomienie we wnętrzu skanera jest dobrą okazją do uświadomienia sobie tego, o czym na co dzień łatwo zapomnieć, że człowiek nieustannie porusza się, nawet w sytuacjach, które uważa rutynowo za niewymagające tego.

³ Na symptomy ostrego dystresu mogą się składać takie objawy, jak: mdłości, duszności, krótki oddech, parestezje, palpacje, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, omdlenia, uczucie dławienia się, drżenia, pocenie, depersonalizacja, derealizacja, strach przed utratą kontroli, obłędem i śmiercią [2]. Według psychiatrycznych klasyfikacji do zdiagnozowania ataku paniki wystarczy wystąpienie czterech z wymienionych symptomów [3].

² Considering the fact that an MRI takes some time and requires the patient to remain motionless, a simple, but often omitted issue which reduces discomfort and even pain is a comfortable position and supporting the body with pillows or anything that ensures the reduction of compressions, impaired circulation, and reduces the side effects of the lack of movement. The motionless position inside the scanner is a good occasion to realize things that are easily forgotten on a daily basis – that humans move all the time, even in situations which are routinely perceived as situations which do not require motion.

³ The following symptoms can indicate strong distress: nausea, shortness of breath, paraesthesia, palpitations, chest pain, dizziness, fainting, sensations of choking, trembling, sweating, depersonalization, derealisation, and fear of losing control, madness and death [2]. In accordance with psychiatric classifications in order to diagnose panic attack four of the symptoms are sufficient [3].

leżą do rzadkości. Szacuje się, że 1-15% korzystających z takiej diagnostyki cierpi na klaustrofobię [1]. Mimo to nie wszystkie urządzenia wyposażone są w przycisk alarmowy, z którego osoba badana mogłaby w każdej chwili skorzystać⁴. Inne źródła podają, że średni do wysokiego poziom lęku o podłożu klaustrofobicznym dotyczy aż 37% diagnozowanych rezonansem magnetycznym, a przedwczesne przerwanie badania lub niepodjęcie go (uniknięcie przykrych sytuacji poprzez nieprzyjście na badanie) to problem 4-20% pacjentów [4]. Dystres na poziomie dysforii, według niektórych badań, dotyczy 65% badanych rezonansem [2]. Co istotne, przeprowadzany przed badaniem, rutynowy, powierzchowny wywiad zazwyczaj nie obejmuje pytań związanych z klaustrofobią i realnym ryzykiem doświadczenia średniego albo silnego dyskomfortu czy stanu paniki. Z psychologicznego punktu widzenia jest to błąd kardynalny. Jego skutkiem może być nie tylko skrajnie przykre doznanie pacjenta, ale i wymierna strata czasu oraz pieniędzy (badanie rezonansem magnetycznym jest różnie wyceniane w różnych państwach i systemach ochrony zdrowia, ale nawet przy znacznych różnicach w szacowaniu kosztów nigdy nie jest tanią procedurą diagnostyczną). Atak paniki może zakłócić badanie lub je przerwać. Jeśli pacjent z powodu dyskomfortu lub intensywnych negatywnych stanów emocjonalnych będzie się poruszał, uzyskane obrazy okażą się niepełnowartościowe. Szacuje się, że około 20 mln badań rocznie jest niedokończonych z powodu klaustrofobicznych komplikacji. Warto również wspomnieć o kosztach psychicznych tego typu niepowodzeń. Zarówno badający, jak i badani narażeni są na frustrację wynikającą z braku osiągnięcia zamierzonego celu. Jeśli dodać do tego uszczerbek mentalny pacjenta, który nie tylko nie uzyskał często bardzo istotnych danych dotyczących choroby, a jeszcze doznał ataku paniki, mogącego negatywnie wpłynąć na poziom komfortu w innych kontekstach diagnostycznych, problem zyskuje na znaczeniu.

Dystres związany z badaniem rezonansem magnetycznym nie jest wyłącznie funkcją specyficznej konstrukcji tego urządzenia. Procedury diagnostyczne są stresujące *per se*. Osoba im poddawana nie wie, co ujawni skanowanie ciała. Prawdopodobnie już jest chora i zaniepokojona lub niepokoi ją to, co może zostać ujawnione podczas badania. Paradoksalnie, badany z jednej strony może oczekiwać szczegółowej informacji na temat zakłóceń w funkcjonowaniu jego ciała, a z drugiej – bać się dostępu do nich. Tego typu ambiwalencja to kolejny czynnik stresogenny. Czynnikiem zwiększającym ryzyko zakłócenia badania są choroby psychiczne, których częstym kluczowym elementem składowym jest podwyższenie poziomu lęku i obniżona zdolność radzenia sobie z dystresem. Zaburzenia lękowe zajmują sporo miejsca w psychiatrycznych klasyfikatorach. Można w nich znaleźć zagadnienia takie jak lęk paniczny, agorafobia, fobia społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, stres pourazowy i uogólnione zaburzenia lękowe⁵ [3].

Podjęmowane są wysiłki mające na celu zredukowanie ryzyka reakcji klaustrofobicznej. Inżynierowie opracowują nowe rozwiązania techniczne, które umożliwią redukcję hałasu towarzyszącego badaniu, wprowadzane są zmiany konstrukcyj-

Despite this not all devices are equipped with an emergency button which could be used at any time by the patient⁴. Other sources provide information that the average to high level of fear related to claustrophobia concerns up to 37% of people diagnosed using an MRI, and early discontinuation or failure to start the scanning (patients do not come to their appointments to avoid unpleasant situations) constitutes 4-20% [4]. Distress at the level of dysphoria – according to some studies – concerns 65% of patients undergoing an MRI [2]. What is important the routine and brief interview conducted prior to an MRI usually does not involve questions related to claustrophobia and an actual risk of average to strong discomfort or panic attacks. From the psychological perspective it is a fundamental mistake. Its consequences may include not only unpleasant sensation of the patient, but also measurable waste of time and money (an MRI is differently priced in different countries and health care systems, but despite significant differences in costs it is not a cheap diagnostic procedure). Panic attacks may interfere with the scanning or interrupt it. If the patient due to discomfort or intensive negative emotional states is moving, the images will not be valuable. It is estimated that approx. 20 mln scanning procedures annually are not completed due to claustrophobic complications. It is also worth mentioning the mental costs of such failures. Both the person conducting the scanning and the patient are exposed to frustration resulting from not being able to achieve the goal. If we add to that the mental harm of the patient who often did not obtain significant data regarding the illness and experience panic attacks, which may negatively impact the level of comfort in other diagnostic contexts, the problem becomes increasingly important.

Distress related to an MRI is not only a result of the specific construction of the device. Diagnostic procedures are stressful *per se*. The patient undergoing the procedure does not know what the scanning will reveal. Probably the patient is already sick and anxious. Paradoxically, on one hand the patient may expect detailed information about the disorders in the functioning of his or her body, and on the other hand – they may be afraid to have access to it. This kind of ambivalence constitutes another stressing factor. A factor increasing the risk of distractions during the scanning also includes mental illnesses, the frequent key element of which is the increased fear level and decreased ability to deal with distress. Fear constitutes a significant part of psychiatric classifiers. It includes panic fear, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorders, post-traumatic stress and general anxieties⁵ [3].

Attempts are made the purpose of which is to reduce the risk of claustrophobic reactions. Engineers work on new technological solutions which will allow the reduction of noise during scanning; constructional changes are introduced which allow to open tight space where the patient is placed [1]. However, it is not easy to do. First of all, opening the space requires the application of different magnetic systems, but they are not as effective as the current sys-

⁴ Być może obecność włącznika alarmu zwiększyłaby liczbę badań zakończonych fiaskiem. Prawdopodobne jest, że skoro spora część badanych doświadcza silnego dyskomfortu, aktywacja alarmu mogłaby być częstą reakcją wśród pacjentów. Brak włącznika alarmu z jednej strony nie daje pacjentowi łatwego dostępu do przerywania procedury i może podnosić dyskomfort, z drugiej – pozbawiony wyboru badany trwa w przykrym stanie (wydostanie się z maszyny jest trudniejsze od naciśnięcia guzika) i w ten sposób procedura diagnostyczna dobiega końca.

⁵ Zwracam uwagę na ten fakt, bowiem rezonans magnetyczny, który może wywołać lub nasilić reakcje lękowe, zarazem służy do badania podłoża zaburzeń lękowych. Jest używany między innymi do skanowania mózgu osób z tego typu problemami [5].

⁴ Maybe the presence of an alarm switch would increase the number of failed scanning. It is probable that considering the fact that a significant part of patients experience strong discomfort, activation of an alarm could constitute frequent reaction of patients. The lack of an alarm switch on one hand does not give an easy access to cease the procedure and may increase discomfort, and on the other hand – a patient deprived of choice keeps experiencing discomfort (getting out of the machine is more difficult than switching a button) and this way the diagnostic procedure is completed.

⁵ I draw attention to this fact as an MRI, which may cause or intensify anxiety, is used to examine the background of anxieties. It is used to scan the brain of people with such problems [5].

ne pozwalające na otwarcie ciasnej przestrzeni, gdzie umieszczony jest pacjent [1]. Sprawa nie należy jednak do prostych. Po pierwsze, otwarcie przestrzeni wymaga stosowania innych systemów magnetycznych, a te nie są już tak skuteczne, co przekłada się na spadek jakości uzyskanych obrazów diagnostycznych i dwukrotne wydłużenie czasu ich pozyskiwania. Po drugie, klaustrofobiczny efekt występuje nawet w przypadku stosowania krótkich komór i otwartych skanerów. Po trzecie, przykre doznania pojawiają się już po wejściu do gabinetu zabiegowego lub podczas zajmowania pozycji na ruchomym stole przed „wjazdem” do komory [6]. Okazuje się również, że badanie rezonansem magnetycznym może wzbudzić fobiczne reakcje u osób, u których wcześniej tego typu tendencje nie były zauważane [4]. Rezonans w przypadku niektórych osób jest odpowiedzialny za implantację fobii. *Notabene*, fakt ten jest sprzeczny z powszechnymi informacjami mówiącymi o nieszkodliwości tego typu diagnostyki.

W tym kontekście niemal same nasuwają się pytania: Dlaczego w standardowym wywiadzie, poprzedzającym badanie za pomocą rezonansu magnetycznego, pacjenci nie są pytani o to, czy cierpią na klaustrofobię? Dlaczego nie informuje się pacjentów o tym, że tego typu reakcje mogą ich zaskoczyć? Dlaczego nie informuje się badanych o prostych sposobach radzenia sobie z zaistniałą sytuacją? Powodów może być wiele, gwoli ilustracji wskażę kilka. Odnoszą się one do niektórych zaobserwowanych warunków funkcjonowania publicznej służby zdrowia w Polsce i bez badań porównawczych trudno je uogólnić. Ponadto system ten może być efektywny ekonomicznie czy statystycznie. Nie będzie to przedmiotem moich rozważań, chociażby ze względu na brak kompetencji uprawomocniających taką ocenę. Chcę zwrócić uwagę na to, co w nim pomijane: na tak zwane miękkie czy jakościowe aspekty, które odzwierciedlają się na przykład w dobrostanie pacjentów i personelu. Moje ilustracje będą dotyczyć tego wymiaru systemu świadczeń zdrowotnych i zostaną ograniczone do wskazanego obszaru geograficznego. A tu częstym problemem jest sposób traktowania pacjentów. W wielu placówkach: szpitalach, przychodniach, ambulatoriach nadal są tamane podstawowe zasady etycznego podejścia do pacjenta. Bywa, że chory traktowany jest w sposób arogancki, protekcyjny, czy wręcz upokarzający. Kiedy indziej pacjenci, choć traktowani bardzo poprawnie relacyjnie, jednocześnie pozostają drastycznie niedoinformowani. Brak pełnej lub jakiegokolwiek informacji dotyczącej badania lub uzyskanych wyników jest jedną z podstawowych bolączek opieki medycznej. Prawie każdy, kto zmuszony został do skorzystania z jej usług, może opowiedzieć własną historię, będącą ilustracją tego zjawiska. Pacjenci bywają zagubieni zarówno w labiryntach szpitalnych korytarzy, jak i w meandrach zabiegów, którym są tam poddawani. Siedzą w poczekalniach i nie wiedzą, jak długo tam pozostaną, udają się na badania i zabiegi, nie posiadając żadnych informacji o nich. Nie przedstawia się im przesłanek decyzji o wyborze takiej, a nie innej techniki diagnostycznej lub operacyjnej, nie omawia się z nimi kolejności i rodzaju czynności, którym zostaną poddani, odczuć, które mogą się pojawić w czasie ich trwania, niedogodności, których należy się spodziewać nawet w przypadku pomyślnego przebiegu zdarzeń. Pomijane są takie kluczowe kwestie, jak konsekwencje w przypadku niepowodzenia, ryzyko powikłań i skutków ubocznych. Nie istnieje żadna forma profesjonalnej (psychologicznej i medycznej) asysty podczas procesów podejmowania decyzji przez pacjenta, które bezpośrednio dotyczą jego zdrowia i życia. Generalizując, można rzec, że komunikacja na poziomie personel – pacjent często zawodzi, choć jej znaczenie od lat podkreślane jest w literaturze fachowej [7]. Wielu pracowników służby zdrowia przyjmuje za oczywisty i normalny fakt, że komunikują się między sobą, a pacjenci pozostają poza obiegiem informacji, nawet podstawowych. Jednym z powodów jest zapewne brak

tem which translates into the decreased quality of diagnostic images and extension of the time to obtain them. Second of all, claustrophobic effects occur also in case of using short chambers and open scanners. Third of all, unpleasant experiences appear just after entering the operator or when taking position on the moveable table before entering the chamber [6]. It turns out that an MRI may cause phobic reactions in patients who did not observe such reactions before [4]. In some cases an MRI is responsible for implantation of phobias. *Notabene*, this fact is contradictory to common information about the harmlessness of this type of diagnostics.

In this context questions appear naturally: Why in a standard interview before an MRI, patients are not asked whether they suffer from claustrophobia? Why patients aren't informed that such reactions may appear? Why aren't patients informed about methods to deal with such situations? There could be various reasons, but I will illustrate only a few. They refer to some conditions that have been observed regarding the way how the public health care system in Poland functions and it is difficult to generalize them without any comparison studies. Moreover, the system can be economically and statistically effective. It will not constitute the subject of my considerations, due to the lack of competencies authorizing such an assessment. I would like to pay attention to what is avoided regarding the subject: so called soft and quality aspects which illustrate the well-being of patients and personnel. My illustrations will involve this dimension of the health care system and they will be limited to the defined geographical area. And here the problem frequently concerns the way patients are treated. In numerous facilities: hospitals, clinics and out-patient clinics the fundamental principles of an ethical approach are still being broken. Sometimes patients are treated in an arrogant, condescending or even humiliating way. In other situations, when patients are treated appropriately at a personal level, they remain drastically misinformed. Lack of complete or any information regarding the scanning or the results constitutes one of the basic weaknesses of the health care system. Almost everyone, who had to use their services, can tell their own story, illustrating the phenomenon. Patients get lost in the labyrinths of hospital corridors, as well as in the meanders of treatments they have to undergo. They sit in waiting rooms and they have no idea how long they will have to stay. They attend examinations and treatments, and they have no idea about them. They are not presented any decisions about selecting one or another diagnostic or surgical technique regarding their case; they are not told about the order and type of activities, sensations that may appear, discomforts they should expect even if everything goes well. Essential issues are forgotten, such as consequences in case of failure, risk of implications or side effects. There is no form of professional (psychological and medical) assistance during the decision-making processes for patients which apply directly to their health and life. In general, one can say that communication at the personnel-patient level often fails although its significance has been highlighted for many years in specialized literature [7]. Many employees of the health care system find it obvious that they communicate with one another, while patients remain deprived of information – even basic information. One of the reasons is probably insufficient time. Rushing causes that only the essential activities are performed which ensure effectiveness, but there is no time to take care of patients' mental state. Mental well-being and comfort are pushed aside.

czasu. Pośpiech powoduje, że wykonywane są tylko niezbędne czynności zapewniające efektywność, a na zadbanie o stan psychiczny chorych brak już czasu. Dobrostan mentalny, komfort chorego jest czynnikiem zepchniętym na daleki plan.

Zmęczenie, czy wręcz wypalenie⁶ zawodowe, polskich medyków i innych grup personelu to kolejny istotny czynnik. Nierzadko lekarz albo pielęgniarka, w szpitalu lub przychodni, wchodzi w pośpieszne interakcje z kilkudziesięcioma chorymi dziennie. Mnożąc te liczby przez lata pracy, otrzymuje się ogromne liczby. Powszechne jest przepracowanie, fizyczne i psychiczne wyczerpanie spowodowane długotrwałymi przeciążeniami. Podobnie obciążone są inne poziomy personelu medycznego. „Normalną” praktyką jest praca lekarza następnego dnia po nocnym, często stresującym dyżurze. Wydaje się, że w obrębie służby zdrowia nie praktykuje się rygorystycznie przestrzeganych w innych domenach zawodowych zasad. Kierowcy tirów muszą pauzować i ściśle przestrzegać limitów godzin pracy. Piloci latający komercyjnie i kontrolerzy ruchu lotniczego również nie mogą przekraczać precyzyjnie ustalonych zasad higieny pracy i odpoczynku. Medycy często funkcjonują wbrew regułom prawa pracy i zdrowego rozsądku. Mimo eksploatacji zasobów ludzkich, a może właśnie z tego powodu, personel medyczny rzadko posiada informacje (lub jest szkolony) w zakresie takich zagadnień psychologicznych, jak wypalenie zawodowe lub jego profilaktyka [8]. Pracownicy pracują, zazwyczaj latami, wbrew ewidentnym symptomom wypalenia. Bywa, że lekarz wzywany kolejny raz reaguje irytacją, a nawet wściekłością i agresją. Co w wielu przypadkach można uznać za dość ewidentny przejaw wypalenia. Fengler za Kemperem wymienia listę symptomów wypalenia typowych dla lekarzy. Przeciążony lekarz „[...] unika spotkań z pacjentem; własne działania pozbawia wartości (»bez sensu«); swoją pracę wykonuje w pośpiechu; chowa się za lekarstwo i instrument; jest niecierpliwy i oskarża pacjentów o brak współpracy; proroczo obiecuje powrót do zdrowia; przecenia szanse leczenia; nie docenia szans na wyzdrowienie; wykonuje tylko to, co najkonieczniejsze, nie rozmawiając z pacjentem” [8, s. 96]. Trudno, będąc w opisanym stanie psychicznym, zadbać o takie kwestie, jak informowanie pacjenta, stosowanie podstawowych zasad poradnictwa, nie wspomniawszy o subtelnościach relacyjnych, wchodzących w zakres interwencji o charakterze psychoterapeutycznym. A przecież truizmem jest stwierdzenie, że działania lekarza, pielęgniarki czy fizjoterapeuty bardzo często stawiają ich także w roli psychoterapeuty. W znacznej ilości ich profesjonalnych działań nie da się oddzielić aspektu medyczo-terapeutycznego od psychoterapeutycznego. Zajmują się niesieniem pomocy potrzebującym, a pomaganie męczy i niesie ze sobą ryzyko wypalenia. Wypalony pracownik służby zdrowia nie jest w stanie efektywnie opiekować się pacjentami. Jest przytłoczony własnymi emocjami i myślami, na wyczerpaniu są jej lub jego zasoby energetyczne, które niegdyś mógł wykorzystywać w pracy na rzecz innych. Trudno oczekiwać, by medyk przesycony poczuciem bezsensu czynności zawodowych, poirytowany i rozdrażniony chciał w czynnościach zawodowych wychodzić poza to, co konieczne, by rozmawiał uważnie z pacjentem, był zainteresowany i chciał w jakikolwiek sposób zająć się jego stanami emocjonalnymi. W takim kontekście najlepszą ochroną przed własnymi negatywnymi emocjami jest niewikłanie się w uczucia innych ludzi i chowanie się za narzędziem i rutynową procedurą. Przeciążony lekarz, pielęgniarka, technik chcą jak najszybciej rozpo-

Fatigue or even professional burnout⁶ of medical personnel in Poland constitutes another significant factor. Frequently a doctor or a nurse at a hospital or in a clinic briefly interacts with several dozen patients daily. Multiplying these numbers by years of work we get huge numbers. Overwork, physical and mental exhaustion are caused by long-term overload. Other medical personnel is also similarly burdened. It is “normal” that doctors work during the day after a night – often stressful – shift. It seems that within the health care system strict rules are not followed as rigorously as in other professional domains. Truck drivers have to pause and strictly follow the limitations. Pilots of commercial airlines and air traffic controllers also have to follow precisely determined OHS principles. Medical personnel often function against the principles of the labour law and reason. Despite exploitation of human resources, or because of that, medical personnel rarely has information (or is trained) regarding psychological issues, such as professional burnout or its prophylactic [8].

Employees work for years despite clear burnout symptoms. In some cases doctors, repeatedly called for by patients, react with irritation, anger or aggression. In many cases it is a rather clear symptom of burnout. Fengler and Kemper list the symptoms of burnout typical for doctors. A overburdened doctor “[...] avoids meeting patients; deprives his/her actions of value (“it makes no sense”); does his/her work rushing; hides behind a medicine and an instrument; is impatient and accuses patients of the lack of cooperation; promises recovery like a prophet; overestimates chances of treatment; does not appreciate chances for recovery; does only the things which are essential without talking to patients” [8, p. 96].

Being in the condition described above it is difficult to take care of things, such as informing patients, applying basic principles of counselling, not to mention relationship subtleties, included in the scope of an intervention of a psycho-therapeutic nature. And it is a truism to say that the actions of a doctor, a nurse or a physiotherapist often places them in the role of a psychotherapist. Largely within their professional actions it is not possible to separate the medical and therapeutic aspect from the psycho-therapeutic aspect. They are involved in helping those in need, and it is tiring and it increases the risk of burnout. A burnt-out employee of the health care system is not able to effectively take care of patients. They are overwhelmed with their emotions and thoughts; they are physically deprived of energy resources which used to be beneficial for others. It is hard to expect a doctor filled with a sense of meaninglessness regarding their professional activities, irritated and uptight to want to participate in professional activities other than necessary activities, to talk to patients, to be interested and take care of their emotional state. In such a context the best protection against negative emotions is avoidance of other people's feelings and hiding behind a tool and a routine procedure. An overburdened doctor, nurse or technician want to commence and complete a particular medical procedure or treatment as soon as possible. They do not want to listen to their patients. Observing the interpersonal communication style between personnel and patients, we may come to the conclusion that the skill of listening among medical personnel is a scarce resource. If it happens it is typically of cognitive and evaluative nature – not empathetic [9].

⁶ Wypalenie rozumiem jako stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku długotrwałych negatywnych uczuć towarzyszących pracy. Stan ten poważnie zakłóca funkcjonowanie jednostki, czego ilustracją mogą być na przykład destruktywne zmiany w obrazie własnym [8].

⁶ I understand burnout as a state of physical and mental exhaustion which occurs as a result of long-term negative feelings accompanying work. The state seriously disturbs functioning of a person which could be illustrated by e.g. destructive changes in their own image [8].

cząć i skończyć specyficzną procedurę badania lub leczenia. Nie chcą wśluchiwać się w pacjenta. Obserwując styl komunikacji interpersonalnej, często obecny między personelem a pacjentami, odnosi się wrażenie, że słuchanie po stronie personelu jest towarem deficytowym. Jeśli już się pojawia, to ma charakter typowo poznawczy i oceniający, a nie empatyczny [9]. Słuchając poznawczo, szukamy faktów, informacji, w słuchaniu oceniającym oprócz rozumienia konieczna jest krytyczna analiza znaczenia i wartości informacji, ale chcąc oferować wsparcie, trzeba jednak uruchomić także słuchanie empatyczne. Potrzebne jest współodczuwanie i rozumienie sytuacji z perspektywy drugiej osoby [9].

Powyższy stan wspomaga i utrwała kolejny czynnik: niski poziom wiedzy i praktycznych kompetencji psychologicznych wśród personelu medycznego. Jak wspominałem, w programach studiów medycznych psychologia, psychoterapia czy inne aspekty komunikacji interpersonalnej zajmują peryferia lub w ogóle nie istnieją. Nieznane są także podstawowe jednostki psychopatologiczne mogące wpływać na choćby powierzchowny kontakt z pacjentami. Skutkiem tego pracownicy opisywanego sektora nierzadko poruszają się po terenie relacji z pacjentem z gracją słonia w składzie porcelany. Często ignorowane są nawet tak podstawowe elementy komunikacji z pacjentem, jak stosowny kontakt wzrokowy. Pracownicy posiadający i przejawiający w kontakcie z pacjentem nieco bardziej zaawansowane kompetencje komunikacyjne, mieszczące się w obrębie umiejętności psychoterapeutycznych, to rzadkie zjawisko. Empatyczne słuchanie, parafrazowanie, właściwie zadawane pytania, zrozumienie, praca z ambiwalentnymi emocjami, udzielanie informacji zwrotnej, wyjaśnianie [10] i inne techniki terapeutyczne są prawie nieznanne, a więc nie są praktykowane. Próby prowadzenia szkoleń mających na celu doskonalenie umiejętności w zakresie kontaktu z pacjentem spotykają się z niechęcią personelu. Jeśli kursy nastawione na doskonalenie kompetencji farmakologicznych lub zabiegowych nie budzą wątpliwości, to doskonalenie z zakresu psychologii oraz kontaktu z pacjentem traktowane jest po macoszemu. Kwestie te postrzega się jako oczywiste, zatem niewymagające analizy, a tym bardziej nauki nowych kompetencji. Trudno się temu dziwić – okoliczności pracy personelu medycznego powodują, że uwzględnienie psychoterapeutycznego wymiaru relacji z pacjentem jest dodatkowym balastem. W tych warunkach obrona przed nim staje się racjonalną reakcją. Opór jest tym łatwiejszy, że nie dostrzega się ani konsekwencji tego wymiaru dla diagnozy i leczenia, ani wartości wiedzy psychologicznej i umiejętności komunikacyjnych czy psychoterapeutycznych.

Podsumowując poruszone kwestie, można skonstatować, że psychologiczne zaniedbania i błędy w sztuce psychoterapeutycznej towarzyszą nie tylko pacjentom kierowanym na badanie rezonansem magnetycznym.

Procedura diagnostyczna i dystres

Paradoksem jest to, że już od dawna istnieją proste sposoby oszacowania ryzyka fobicznej reakcji u pacjentów kierowanych na obrazowanie rezonansem. W kwestionariuszu ankiety, który mógłby być wypełniony i przeanalizowany przed badaniem, łatwo jest umieścić minitest wychwytyjący potencjalne ryzyko [4]. Jeśli zagrożenie zostałoby zasygnalizowane z odpowiednio dużym wyprzedzeniem, istniałaby szansa na działania profilaktyczne. Z przeprowadzonych badań wynika, że za pomocą testu zawierającego dziewięć pytań można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć klaustrofobiczną reakcję podczas skanowania. Uzyskanie tego typu informacji na choćby tydzień przed badaniem daje sporo czasu na przygotowanie stosownej strategii opanowania trudnej sytuacji [11].

Listening cognitively, we look for facts, information; listening to evaluate apart from understanding also critical analysis of the meaning and value of information is essential, but offering support you also need to activate empathetic listening. Empathy and understanding of the situation from the perspective of another person [9] are necessary.

The above mentioned condition supports and strengthens another factor: a low level of knowledge and practical psychological competencies among medical personnel. As I said before psychology, psychotherapy or other aspects of interpersonal communication are peripheral, if they exist at all. Also basic psychopathologic units are not known and they may impact even brief contact with patients. As a result the employees of the described sector move within the domain of the relationship with the patient as if they had two left feet. Very basic elements of communicating with patients, such as eye contact, are often ignored. Employees who have or reveal more advanced communication skills (within the field of psychotherapeutic skills) when communicating with patients are rare. Empathic listening, paraphrasing, correctly asked questions, understanding, working with ambivalent emotions, giving feedback, clarifications [10] and other therapeutic techniques are nearly unknown, and therefore not applied. Attempts to conduct any trainings the purpose of which is to improve skills within the contact with patients are not well-perceived by personnel. If the purpose of the training is to improve pharmacological competencies or treatment methods, they do not cause doubts, but education in the field of psychology and contact with patients are neglected. These issues are perceived as obvious, therefore they do not require analysis or acquisition of new competencies. It is not surprising, as the circumstances of work of medical personnel result in the fact that taking into consideration the psychotherapeutic dimension of the relationship with patients constitutes an additional burden. In such circumstances protection is a rational reaction. Resistance is easier as they do not see the consequences of this dimension for diagnosis and treatment, the value of psychological knowledge and communication or psychotherapeutic skills.

Summarizing the issues being discussed above, we can come to the conclusion that psychological negligence and mistakes in psychotherapy accompany not only patients referred for an MRI.

Diagnostic procedure and distress

Paradoxically, for a long time there have been simple methods to assess the risk of phobic reactions in patients referred to an MRI. In the questionnaire which could be completed and analysed before the scanning, a mini test could be included to detect any potential risks [4]. If the threat was found in advance, there would be a chance to apply prophylactic measures. From the studies that have been conducted it can be concluded that using a test consisting of nine questions it would be possible to foresee a claustrophobic reaction during the scanning. Obtaining such information a week before the scanning provides a lot of time to prepare an appropriate strategy to manage the difficult situation [11].

Jakie środki zaradcze mogą być i są stosowane w przypadku trudności ze spektrum klaustrofobicznym? W literaturze poświęconej profilaktyce dystresu podczas badania rezonansem magnetycznym można znaleźć listy sposobów okiełznania przykrych doznań⁷. Pacjenta należy przygotować, informując go, co będzie się działo podczas całego procesu badania. Procedura może być tak zorganizowana, by uczestniczyła w niej osoba wspierająca, na przykład odpowiednio dobrany członek rodziny lub przyjaciel. Kontakt z kimś bliskim jest kluczowy szczególnie w przypadku dzieci [13]. Pomocne jest zachowanie wzrokowego, słownego i dotykowego kontaktu z badanym, zastosowanie muzyki i/lub monitora bądź odpowiednich gogli jako dystraktora. Czasem skuteczną jest zmiana ułożenia ciała z leżenia na plecach na leżenie na brzuchu, która powoduje korzystną zmianę w percepcji przestrzennej, oraz sposobu „wjazdu” do skanera. Mogą być wykorzystane lustra i pryzmaty zmieniające sposób widzenia tak, by pacjent nie dostrzegał bliskości ścian skanera. Przydatną alternatywą jest założenie na oczy opaski (czasami wystarczy poinformować pacjenta, by podczas trwania badania nie otwierał oczu). Intensywne oświetlenie wnętrza jest również elementem redukującym dyskomfort, podobnie jak intensywny nawiew i aromaty. W wielu przypadkach zatem proste przygotowanie pacjenta: udzielenie informacji lub zasugerowanie obejrzenia filmu dotyczącego tego, czego ma się spodziewać, wystarcza do istotnego zmniejszenia dyskomfortu. Jest to najprostsza forma interwencji psychologicznej, a zarazem bardzo skuteczna. Tym bardziej zastanawia jej zaniedbywanie.

Inna metoda to wykorzystanie sprzętu audiowizualnego, niekiedy montowanego w pracowniach diagnostycznych. Słuchawki mogą dość skutecznie ekranować hałas generowany przez maszynę i jednocześnie dostarczać pożądanych bodźców dźwiękowych, na przykład w formie muzyki. Pacjent może równocześnie oglądać (w trakcie badania) film wspomagający dystrakcję bodźców lękotwórczych. Jeszcze innym sposobem okazało się wykorzystanie symulatora. Wyniki badań przeprowadzonych z udziałem dzieci i adolescentów w przedziale wiekowym 6–17 lat wykazały, że symulacja użycia rezonansu jest skuteczną techniką obniżania dystresu podczas rzeczywistej procedury. Skorzystanie z symulatora doprowadziło do efektywnego zmniejszenia poziomu fizjologicznego pobudzenia, jak i subiektywnego poczucia dystresu raportowanego przez pediatrycznych pacjentów. Trening w symulatorze okazał się alternatywą dla farmakologicznej interwencji, umożliwiającej dzieciom z wysokim poziomem lęku poddanie się badaniu za pomocą MRI [14].

Wiele rezultatów badań wskazuje, że nieco bardziej rozbudowana interwencja psychologiczna przynosi znaczną redukcję intensywnego niepokoju i jest skuteczną w profilaktyce paniki. Jako przykład można wskazać pracę dotyczącą MRI i badania nim kobiet z podejrzeniem lub cierpiących na chorobę nowotworową piersi, opublikowaną przez zespół badawczy z Rzymu. Kobiety z grupy eksperymentalnej brały udział w 45-minutowym spotkaniu z psychologiem, które odbywało się przed badaniem rezonansem magnetycznym. Jego celem była pomoc w przygotowaniu pacjentek do badania. Do głównych składowych interwencji informacyjno-emotywnych należało aktywne, empatyczne słuchanie pacjentek, pomoc w zrozumieniu przebiegu badania oraz stworzenie wspierających warunków dla wyrażenia niepokoju i wątpliwości związanych

What prophylactic measures could be and are applied in the case of difficulties within the claustrophobic spectrum? In literature dedicated to distress prophylactics it is possible to find lists of measures to manage unpleasant sensations during an MRI⁷. Patients should be prepared, informing them about the course of the scanning. The procedure can be organized in such a way that there is a supporting person present, e.g. a family member or a friend. Contact with a close person is essential especially in case of children [13]. Maintaining eye, verbal and touch contact with the patient is very helpful; so is music and/or a monitor or goggles used as a distractor. Sometimes it is also useful to change position from lying on the back to lying on the belly, which causes a beneficial change in the spatial perception and a way of entering the scanner. Mirrors and prisms changing the perception can be used so that the patient does not feel the proximity of the walls of the scanner. A useful alternative involves putting on a blindfold (or instructing the patient not to open their eyes during the procedure). Intensive lighting, intensive ventilation and aromas inside the scanner also constitute an element which reduces discomfort. In many cases simple preparation of the patient, such as providing information or suggesting the patient to watch a video about what they may expect, is sufficient to decrease discomfort. It is the simplest and a very effective form of psychological intervention. That is why its negligence is so surprising.

Another method involves using audio-visual equipment sometimes installed in diagnostic facilities. Headphones can effectively mask the noise generated by the machine and simultaneously provide desired sound stimuli, e.g. in the form of music. Patients can watch a movie (during the scanning) which distracts them from stressful stimuli. Another method involves using a simulator. Results of studies conducted among children and adolescents between 6-17 years of age indicated that resonance simulation is an effective technique to reduce distress during the actual procedure. Using the simulator led to the effective decrease in the level of physiological arousal, as well as subjective distress reported by paediatric patients. Training in the simulator turned out to be an alternative for pharmacological intervention allowing children with a high level of fear to undergo an MRI [14].

Numerous results indicate that slightly more developed psychological intervention results in significant reduction of intensive anxiety and it is effective in preventing panic attacks. A project involving an MRI and women with potential or diagnosed breast cancer published by a team of scientists from Rome constitutes a good example. Women in the study group participated in a 45-minute meeting with a psychologist before their MRI. The purpose of the psychologist was to prepare the patients for the scanning. The main elements of the informative and emotive intervention included active and empathic listening to the patients, assistance in understanding the course of the scanning and creating supportive conditions to express their anxiety and doubts related to the MRI procedure, as well as with the disease and the risk of falling sick. In comparison to the control group in the study group a significant increase of mental comfort was observed [15].

⁷ Interesującego przeglądu sposobów obniżania dystresu podczas MRI dokonali Zachary Munn i Zoe Jordan. Wskazali między innymi na możliwość wykorzystania interwencji hipnotycznych. Podkreślali również fakt, że poziom komfortu pacjentów wzrastał wraz z ilością pozytywnych komponentów relacyjnych, pojawiających się podczas interakcji między pacjentami i personelem [12].

⁷ An interesting review of methods used to reduce distress during an MRI was conducted by Zachary Munn and Zoe Jordan. They indicated – among others – a possibility to use hypnotic interventions. They also highlighted the fact that the level of discomfort of patients increased together with the number of positive relation components appearing during the interaction of the patients and personnel [12].

z MRI, a także chorobą lub ryzykiem zachorowania. W porównaniu z grupą kontrolną w grupie eksperymentalnej zanotowano znaczący wzrost komfortu mentalnego [15].

Jeśli wskazane powyżej techniki okazują się nieskuteczne, kolejną opcją jest interwencja farmakologiczna o działaniu uspokajającym lub przeciwlękowym. W pewnych przypadkach konieczna okazuje się anestezja. Tego typu rozwiązanie bywa częściej niezbędne w przypadku dzieci. Skuteczne są także techniki relaksacyjne oparte na kontroli oddechu oraz wizualizacjach, podobnie jak systematyczna desensytyzacja i hipnoza [2]. Opanowanie takich technik jest jednak czasochłonne i może wymagać współpracy ze specjalistą. W przypadku ataków paniki popularnym podejściem terapeutycznym jest tak zwana terapia kognitywno-behawioralna (*cognitive – behavior therapy*), której podstawowe zasady opisał między innymi Milton Spett [16] w artykule zatytułowanym: „Cognitive – Behavior Therapy for Panic Attacks” (Terapia kognitywno-behawioralna w atakach paniki). Terapeutyczna skuteczność tego podejścia jest określana jako bardzo wysoka (około 80% przypadków).

Zdaniem Spetta cztery podstawowe techniki powinny być użyte w przypadku każdego pacjenta cierpiącego na ataki paniki. Pierwsza to kognitywna interwencja polegająca na wyłumaczeniu, że ataki paniki nie są niebezpieczne. „Najważniejszą przyczyną ataków paniki jest strach przed atakiem paniki” [16, s. 1]. Pacjenci bywają przekonani, że panika może doprowadzić do ataku serca, utraty kontroli lub szaleństwa. To nie jest prawda! Faktem jest, że paniczna reakcja jest przykra, a wręcz przerażająca, jednak można ją tolerować. Informacje i logiczne argumentacje w wielu przypadkach redukują strach. Rozmowa, informowanie i perswadowanie to jednak za mało, istotne jest doświadczenie i nauczanie się, że nie ma powodu do bania się ataków paniki. „Jedynym sposobem pokonania strachu jest robienie tego, czego się boisz” [16, s. 2]. To kolejny istotny przekaz Spetta do pacjentów. Drugą techniką jest zatem ekspozycja *in vivo* (*in vivo exposure*). Jak sama nazwa wskazuje, polega ona na tym, że pacjent wystawia się na bodziec wywołujący paniczną reakcję. Istotne jest wyłumaczenie efektu „samonakręcania” się niepożądanym reakcji. Im bardziej unikane są zagrażające sytuacje, tym bardziej narasta strach przed nimi. Im wyższy poziom strachu, tym silniejsze ataki paniki. Im gorsze stają się ataki paniki, tym silniejsze staje się unikanie sytuacji je wywołujących. „W celu pokonania strachu przed atakami paniki, pacjent powinien robić to, czego się obawia. Powinien aktywnie poszukiwać sytuacji wywołujących symptomy paniki” [16, s. 3]. Trzecia technika to unikanie zachowań bezpiecznych (*avoid safety behaviors*). Zachowania bezpieczne to wszystkie te, które zabezpieczają przed atakiem paniki albo pozwalają przed nim uciec, lub zredukować jego objawy. Do typowych zachowań bezpiecznych Spett zalicza dystrakcje⁸, noszenie ze sobą środków uspokajających (mogą być użyte w każdej chwili) i podróżowanie w towarzystwie znajomej osoby po to, by poczuć się bezpieczniej. Spett postrzega zachowania bezpieczne jako placebo. Redukują symptomy paniki, bo pacjent wierzy w to, że tak się stanie. Z jednej strony redukują intensywność

If the techniques indicated above appear to be ineffective, another option involves sedative and anxiolytic pharmacological intervention. In some cases anaesthesia seems to be necessary. This solution is sometimes necessary in case of children. Also relaxation techniques seem to be effective. They are based on breath control and visualizations, as well as systematic desensitization and hypnosis [2]. However, managing such techniques is time-consuming and may require cooperating with a specialist. In case of panic attacks a popular therapeutic approach is the so called cognitive – behaviour therapy, the basic principles of which were described by Milton Spett [16] in his article entitled “Cognitive – Behaviour Therapy for Panic Attacks”. The therapeutic effectiveness of this approach is assessed very highly (approx. 80% of cases).

According to Spett four basic techniques should be used in case of each patient suffering from panic attacks. The first one involves cognitive intervention explaining that panic attacks are not dangerous. “The most important cause of panic attacks is fear of panic attacks” [16, p.1]. Sometimes patients are convinced that panic attacks may lead to heart attacks, losing control or madness. It is not true! Panic reactions are unpleasant and mortifying, but they can be tolerated. Information and logical argumentation in many cases reduce fear. However, conversation, information and persuasion are not enough – it is important to experience and learn that there is no reason to be afraid of panic attacks. “The only way to defeat fear is doing what you are afraid of” [16, p.2].

This is another important message from Spett to patients. Another technique involves *in vivo* exposure. As the name itself indicates, the patient is exposed to a stimuli resulting in a panic reaction. It is important to explain the effect of “self-perpetuating” undesired reactions. The more threatening situations are avoided, the more fear of them increases. The higher the level of fear, the stronger the panic attacks are. The worse panic attacks, the stronger the avoidance of situations causing them. “In order to defeat fear of panic attacks, the patient should do what they are afraid of doing. They should actively seek situations causing the symptoms of panic attacks” [16, p.3].

The third technique involves avoiding safety behaviours. Safety behaviours include all behaviours which protect us from panic attacks or allow us to avoid them, or reduce the symptoms. According to Spett typical safety behaviours include distractions⁸, carrying sedatives (to use at any time) and travelling in the company of a known person to feel safer. Spett perceives safety behaviours as placebo. They reduce panic symptoms because the patient believes that it will happen. On one hand they reduce intensity of attacks, and on the other – they increase frequency of their appearance and intensity of future attacks. Spett refers to studies from which it can be concluded that safety behaviours reduce effectiveness of the cognitive-behavioural therapy in claustrophobia by 50%. The fourth key technique is general psychotherapy. The author pres-

⁸ Dystrakcje w tym kontekście rozumiane są jako czynniki rozpraszające uwagę, przeszkadzające w skupieniu uwagi na przerażających bodźcach. W przypadku opisanym w pierwszej części artykułu badany za pomocą rezonansu magnetycznego podczas ataku paniki posługiwał się między innymi wizualizacjami jako dystraktorami. Skupiając się na pozytywnych wizualizacjach, odcinał się od zagrażających myśli i wyobrażeń. Choć w ujęciu Spetta były to techniki, którymi nie należy się posługiwać, to jednak okazały się skuteczne. Można w tym momencie posłużyć się mało odkrywczą pointą i powiedzieć, że pożądaný efekt udaje się osiągnąć różnymi, nawet pozornie wykluczającymi się, sposobami.

⁸ Distractions in this context are understood as factors distracting attention, which interfere with focusing on scary stimuli. In the case described in the first part of the article the patient examined using an MRI used – among others – visualizations as distractors during a panic attack. Focusing on positive visualizations, patients cut themselves off from scary thoughts and images. Even though according to Spett they are techniques which should not be used, they turned out to be effective. One can use a not-too-creative punch line here and say that the desired effect can be achieved by various, seemingly mutually exclusive methods.

ność ataków, z drugiej – zwiększając częstość występowania i intensywność przyszłych ataków. Spett powołuje się na badania, z których wynika, że zachowania bezpieczne redukują o 50% skuteczność terapii kognitywno-behawioralnej w klaustrofobii. Czwartą, kluczową techniką jest ogólna psychoterapia (*general psychotherapy*). Autor prezentuje pogląd, że ataki paniki powiązane są z innymi trudnościami, które powinny stać się przedmiotem psychoterapii ogólnej. Pod symptomami paniki często skrywają się takie podstawowe trudności, jak niska samoocena, brak asertywności, konflikty rodzinne i kłopoty relacyjne. Zwrócenie uwagi na tego typu kwestie może przełożyć się na ogólne zmniejszenie niepokoju, jak i redukcję lub likwidację panicznych reakcji.

Oprócz czterech podstawowych technik artykuł zwraca uwagę również na inne postępowania przydatne w pracy z tego typu pacjentami. Przykładem może być ekspozycja interoceptywna (*interoceptive exposure*). „Ekspozycja *in vivo* oznacza stykanie się w życiu rzeczywistym z sytuacjami wywołującymi ataki paniki. Ekspozycja interoceptywna oznacza wykonywanie ćwiczeń fizycznych prowokujących wystąpienie panicznych reakcji” [16, s. 5]. „Prowokacje” najpierw aranżowane są podczas sesji terapeutycznych, bo to zwiększa prawdopodobieństwo użycia ich później *in vivo* lub bez obecności terapeuty. Ćwiczenia polegają na przykład na wywołaniu uczucia braku tchu na skutek biegania w miejscu, poczucia zwrotów głowy i mdłości za pomocą krzesła obrotowego, doznania braku tlenu podczas oddychania przez słomkę itd. „Jeśli pojawi się atak paniki, pacjenci nie powinni robić niczego, co redukuje lub umożliwia uniknięcie symptomów. Powinni pasywnie czekać, aż symptomy zanikną” [16, s. 5]. W czasie tego typu ćwiczeń pacjenci powinni koncentrować się na swoich cielesnych doznaniach, unikać dystrakcji przekierowujących uwagę na inne bodźce. Taka ekspozycja ma udowodnić, że nie nastąpi zawał serca, utrata kontroli ani nic innego, czego dotyczyły obawy. Tego typu ekspozycje powinny być częste i dość długotrwałe. Inną wspomagającą techniką może być ekspozycja imaginacyjna (*imaginal exposure*). Polega na wyobrażaniu sobie przez pacjenta zagrażającej sytuacji i wprowadzeniu się w ten sposób w stan paniki. Spett zwraca również uwagę, że podczas terapii pacjent powinien uczyć się dawać sobie radę z zagrażającymi sytuacjami bez obecności bliskich, odgrywających rolę wspierających. Akcentowana jest konieczność samodzielnego radzenia sobie z wyzwającymi paniczną reakcją sytuacjami.

Spośród prac będących zwięzłą ilustracją skutecznego zastosowania podejścia kognitywno-behawioralnego wybrałem badanie przeprowadzone przez brazylijski zespół badaczy. Najlepsze rezultaty uzyskano w grupie pacjentów, w której ten typ interwencji oparty był na trzech głównych składowych. Pierwszą stanowiła precyzyjna informacja o procedurze, przez którą będzie przechodził pacjent lub pacjentka. Osoba badana dowiadywała się między innymi o cyrkulacji powietrza we wnętrzu aparatu oraz oświetleniu, przygotowana była mentalnie na pobyt w hałaśliwym otoczeniu. Przekazywano także informację o nieszkodliwości badania i jego skuteczności diagnostycznej oraz zapewniano kontakt z obsługującym technikiem za pomocą mikrofonu. Drugą składową była kognitywna restrukturyzacja. Analizowano i restrukturyzowano destruktywny system przekonań dotyczących badania. Koncentrowano się na myślach, będących kluczowymi komponentami negatywnej konstelacji. Proponowane były takie strategie radzenia sobie, jak na przykład zmiana ogniskowej uwagi i dialog wewnętrzny. Trzecią komponentą była technika oddechow- relaksacyjna, z której pacjenci korzystali podczas skanowania. Tak skonstruowany pakiet interwencyjny okazał się skuteczny w obniżaniu strachu i niepokoju – głównych elementów dystresu o tle klaustrofobicznym, wywołanego badaniem z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego [17].

ents an opinion that panic attacks are related to other difficulties which should become subjects of general psychotherapy. Basic issues, such as low self-esteem, lack of assertiveness, family conflicts and relationship troubles, are often hidden under the symptoms of panic attacks. Paying attention to these issues can lead to a general decrease of anxiety, as well as to reduction or disappearance of panic reactions.

Apart from four basic techniques, the article draws attention to other procedures which are useful when working with this type of patients. Interceptive exposure can be an example. “In vivo exposure means coming across situations causing panic attacks in real life. Interceptive exposure involves doing physical exercises provoking the occurrence of panic attacks” [16, p. 5].

Such provocations are first arranged during therapeutic sessions, as it increases probability of their use in vivo or without the therapist. The exercises involve, for instance, causing a sensation of the shortness of breath as a result of running on the spot, a sensation of dizziness and nausea using a swivel chair, a sensation of the lack of oxygen when breathing through a straw, etc. “If a panic attack occurs, patients should not do anything that reduces symptoms or allows them to avoid them. They should passively wait until the symptoms disappear” [16, p. 5].

During such exercises patients should focus on their physical sensations, avoid distractions turning their attention to other stimuli. The purpose of such exposure is to prove that a heart attack, losing control or anything else patients were concerned about will not occur. Such exposures should be frequent and rather long. Another supportive technique could be imaginal exposure. It involves imagining a threatening situation by the patient and causing panic reactions in such a way. Spett also draws attention to the fact that during therapies the patient should learn to deal with threatening situations without the company of close people who support them. The necessity to deal with situations causing panic reactions on their own is underlined.

Among works illustrating an effective application of the cognitive-behavioural approach I selected a study conducted by a team of scientists from Brazil. The best results were obtained in a group of patients among whom this type of intervention was based on three main elements. The first one was precise information about the procedure through which the patient will undergo. The patient found out – among others – about air circulation inside the apparatus and about lighting; they were mentally prepared to be in noisy surroundings. They also received information about the harmlessness of the scanning procedure and its diagnostic effectiveness, as well as they were in touch with the technician, operating the machine, via a microphone. Another element was cognitive restructuring. A destructive system of beliefs regarding the procedure was analysed and restructured. Attention was paid to thoughts which were key components of the negative constellation. Patients were suggested to use such strategies to deal with the situation as for example a change of focus and an internal dialogue. The third element was a breathing-relaxation technique used by patients during the scanning procedure. Such an intervention package turned out to be effective in reducing fear and anxiety – the main elements of distress related to claustrophobia caused by the magnetic resonance imaging procedure [17].

Wnioski

Punktem wyjścia zaprezentowanych rozważań uczyniłem osobiste zetknięcie się z procedurą obrazowania rezonansem magnetycznym i zaistniały podczas jej trwania atak paniki. Po epizodzie reakcji fobicznej powstał zapis, którego przedmiotem był sam badacz: jego emocje, reakcje, przeżycia, subiektywne postrzeganie świata. Zdarzyło się tak dlatego, że pacjentem był badacz i psychoterapeuta zarazem. Jego podwójne uwikłanie w sytuację: jako zwykłego uczestnika działań i relacji społecznych oraz jako badacza o określonej wrażliwości percepcyjnej i analitycznej, dostarczyło opisu schematu prowadzenia osoby chorej, a także doznań i odczuć, jakich doświadcza część badanych rezonansem magnetycznym. Stało się to impulsem do podjęcia tematu złożoności i wielowymiarowości sytuacji, w której znajduje się pacjent poddawany diagnostyce medycznej i/lub leczeniu, oraz zwrócenia uwagi na niekorzystne stany kognitywne i emocjonalne, mogące być jego udziałem. Zdając sobie sprawę z wielu uwarunkowań systemowych, przypomnieliem techniki zaradcze mające charakter doraźny. Prostą interwencją może być przekazanie pacjentowi istotnych informacji. W części przypadków skuteczne są relatywnie przystępne środki techniczne, takie jak: gogle pryzmatyczne, specyficzne oświetlenie, słuchawki tłumiące hałas i zarazem nadające muzykę oraz zmiana pozycji pacjenta [12].

Nie rozwiązują one problemów leżących u podłoża panicznych reakcji, czyli nie gwarantują braku nawrotów paniki podczas kolejnego badania czy w podobnych okolicznościach. Do ich zalet należy jednak brak czasochłonnych przygotowań i jakiś szczególnych alokacji zasobów. Zazwyczaj potrzebna jest jedynie świadomość istnienia takiego problemu i wykorzystanie do jego rozwiązania możliwości pozostających w zasięgu ręki. W trudniejszych przypadkach z powodzeniem mogą być stosowane interwencje kognitywno-behawioralne. Jednakże techniki składające się na taką interwencję są w dużej mierze oparte na zaangażowaniu pacjenta i na niektórych etapach wymagają wysoko wyspecjalizowanej kadry. Podczas takiego przygotowania pacjenta konieczny jest czas i asysta. Specjalistyczne wsparcie jest niezbędne w procedurach opartych na stanach głębokiej relaksacji, hipnozy czy kognitywno-behawioralnej restrukturyzacji, ale po zapoznaniu się z nimi i nauczaniu się ich pacjenci mogą posługiwać się nimi samodzielnie. Ich zaletą jest także to, że raz opanowane mogą znaleźć zastosowanie również w innych kontekstach prowokujących niepokój oraz inne formy dyskomfortu.

Stwierdzenie, że choroba i chorowanie jest inaczej traktowane przez pacjentów i lekarzy, to truizm. Różnice wynikają choćby z tego, że chory doświadcza choroby osobiście, cierpi i doznaje rozmaitych lęków, jego udziałem mogą stać się ambiwalentne emocje i postawy; lekarz wpisuje chorobę w naukowe paradygmaty, w zobiektywizowane podejście oparte na faktach – ono warunkuje diagnozę i rokowania. A jednak niełatwo tę prostą, intuicyjną wiedzę przekształcić w praktykę medyczną. Dlatego ważne jest badanie zmian postaw wobec choroby i zachowywania zdrowia: analizowanie strachu przed chorobą, strategii kontrolowania bólu i reżimów przyjmowania leków, nadawania sensów chorobie i chorowaniu. Równie ważne jest wypracowanie mechanizmów instytucjonalnej refleksyjności⁹, tak by ta wiedza stała się częścią codziennych procedur i praktyk ochrony zdrowia i leczenia.

Conclusions

The starting point of the presented considerations was my personal experience regarding the magnetic resonance imaging procedure and a panic attack that occurred during the procedure. After the episode of the phobic reaction I created the description the subject of which is the scientist himself: his emotions, reactions, experiences and a subjective perception of the world. The situation occurred as the patient was a scientist and a psychologist. His dual involvement in the situation - as an ordinary participant of actions and social relations, and as a scientist with defined perceptual and analytical sensitivity – provided a description of the scheme of attending a patient, as well as sensations and feelings experienced during an MRI. It became an impulse to undertake the subject of complexity and multi-dimensionality of a situation in which the patient undergoes medical diagnostics and/or treatment, and to draw attention to negative cognitive and emotional states they may experience. Realizing numerous systemic conditions, I revised preventive measures of extemporaneous nature. A simple intervention involves providing relevant information to the patient. In some cases relatively accessible technical measures are also effective: prismatic goggles, specific lighting, headphone suppressing noise and providing music, and a change of the patient's position [12].

They do not solve problems related to panic reactions, and therefore they do not guarantee that panic attacks will not occur again during another scanning or in similar circumstances. However, their advantages include the lack of time-consuming preparations and special allocations of resources. Usually it is only necessary to be aware of the problem and use the possibilities within reach to solve it. In more difficult cases cognitive-behavioural interventions can be applied successfully. However, techniques involved in such an intervention are mainly based on the patient's involvement and at some stages they require highly specialized personnel. During such preparations time and assistance are necessary. Specialized support is essential in procedures based on states of deep relaxation, hypnosis or cognitive-behavioural restructuring, but after getting to know them and learning them patients can use them independently. It is beneficial that once learnt they can be applied in various contexts provoking anxiety and other forms of discomfort.

Stating that diseases and being sick are differently treated by patients and doctors is a truism. The differences result from the fact that patients experience diseases personally, they suffer and undergo various fears; they experience ambivalent emotions and attitudes; doctors perceive diseases through scientific paradigms, through an objective approach based on facts, which conditions the diagnosis and prognosis. And it is not easy to transform this simple intuitive knowledge into medical practice. Therefore, it is important to study the changes of attitudes towards diseases and maintaining health: analyse fear of diseases, pain control strategies and regimes of taking medicines, give meaning to diseases and being sick. It is equally important to develop mechanisms of institutional reflexivity⁹ so that such knowledge becomes a part of everyday procedures and practices regarding health protection and treatment.

⁹ Refleksyjność instytucjonalna to pojęcie zaproponowane przez Anthony'ego Giddensa. Obejmuje ona rutynowe włączanie nowej wiedzy lub nowych informacji do warunków działania, czego efektem jest przebudowa i reorganizacja [18].

⁹ Institutional reflexivity is a notion proposed by Anthony Giddens. It includes routine inclusion of new knowledge or new information into activity conditions, the result of which is restructuring and reorganization [18].

Piśmiennictwo

References

- [1] Enders J., Zimmermann E., Reifl M., Martus P., Klingebiel R., Asbach P., i wsp., Reduction of claustrophobia during magnetic resonance imaging: methods and design of the "CLAUSTRO" randomized controlled trial, 2011, <http://www.biomedcentral.com/1471-2342/11/4> [Data dostępu: 26.04.2014].
- [2] Gollub R.L., Shellock F.G., Claustrophobia, Anxiety, and Emotional Distress in the Magnetic Resonance Environment. [W]: Shellock F.G. (red.), *Magnetic Resonance Procedures: Health Effects and Safety*, CRC Press, Boca Raton 2011, http://www.mrisafety.com/safety_article.asp?subject=181 [Data dostępu: 10.05.2013].
- [3] Kaplan H.I., Sadock B.J., *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore 1998.
- [4] Mclsaac H.K., Thordarson D.S., Shafran R., Rachman S., Poole G., Claustrophobia and the Magnetic Resonance Imaging Procedure, *J. Behav. Med.*, 1998, 21 (3), <http://www.citeulike.org/user/tobymart/article/303055> [Data dostępu: 27.04.2013].
- [5] Vythilingam M., Anderson E.R., Goddard A., Woods S.W., Staib L.H., Charney D. S., Bremner J.D., Temporal lobe volume in panic disorder – a quantitative magnetic resonance imaging study. Departments of Radiology and Psychiatry, Yale University School of Medicine, Yale Psychiatric Institute-Research, 2000, <http://userwww.service.emory.edu/~jdbremn/papers/MRIpannic.pdf> [Data dostępu: 10.05.2013].
- [6] Reless C.O., Klaustrofobia w rezonansie magnetycznym – technika i psychologia, 2012, <http://www.racjonalista.pl/index.php/s,38/t,39512> [Data dostępu: 27.04.2013].
- [7] Ley P., *Psychological studies of doctor – patient communication*. [W]: Rachman S. (red.), *Contributions to medical psychology*. Pergamon Press, Frankfurt 1980.
- [8] Fengler J., *Pomaganie męczy: wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- [9] Morreale S.P., Spitzberg B.H., Barge J.K., *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- [10] Heaton J.A., *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [11] Harris L.M., Robinson J., Menzies R.G., Predictors of Panic Symptoms During Magnetic Resonance Imaging Scans. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2001, 8 (1), 80–87, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., http://link.springer.com/content/pdf/10.1207%2FS15327558IJBM0801_06.pdf#page-1 [Data dostępu: 11.05.2013].
- [12] Munn Z., Jordan Z., Interventions to reduce anxiety, distress and the need for sedation in adult patients undergoing magnetic resonance imaging: a systemic review. *Int. J. Evidence-Based Healthcare*, 2013, http://www.researchgate.net/publication/259151897_Interventions_to_reduce_anxiety_distress_and_the_need_for_sedation_in_adult_patients_undergoing_magnetic_resonance_imaging_a_systematic_review [Data dostępu: 10.12.2014].
- [13] Törnkvist E., Going through magnetic resonance imaging. Patients' experiences and the value of information and preparation for adults and children. Lund University 2010, http://handikappforbunden.se/PageFiles/2357/erna_kappa.pdf [Data dostępu: 12.12.2014].
- [14] Rosenberg D.R. i inni, Magnetic Resonance Imaging of Children Without Sedation: Preparation With Simulation. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 1997, 36 (6), <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709665138> [Data dostępu: 10.12.2014].
- [15] Caruso A., Bongiorno L., Vallini L., Russo P., Tomao F., Grandinetti M.L., Breast cancer and distress resulting from Magnetic Resonance Imaging (MRI): the impact of a psychological intervention of emotional and informative support. *J. Exp. Clin. Can. Res.*, 2006, 25 (4), 499-505.
- [16] Spett M., *Cognitive – behavior therapy for panic attacks*, 2008, <http://www.nj-act.org/panic.html> [Data dostępu: 20.05.2013].
- [17] Pinto Escudero R., Harumi Kozasa E., Leite R.J., Behavior – Cognitive Protocol to Reduce Anxiety during a Magnetic Resonance Examination. *Int. J. Magnetic Res. Imaging*, 2007, 01 (01)
- [18] Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. Ja i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

Adres do korespondencji:

Address for correspondence:

Robert Florkowski
Wydział Turystyki i Rekreacji
(Nowy Budynek Dydaktyczny, pok. 303)
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
e-mail: rob.florek@poczta.onet.pl

Wpłynęło / Submitted: XII 2014
Zatwierdzono / Accepted: XII 2014

