

Mózg, umysł i diadyczne procesy zmiany

Abstrakt

Trauma więzi stanowi oś psychoneurozy i zaburzeń osobowości wielu osób. Połączenie teoretycznych osiągnięć psychoterapii psychodynamicznej, neuronauki oraz wiedzy o stylach przywiązania okazuje się użyteczne dla intensyfikacji emocji i przyspieszenia przebiegu leczenia. Rozważany jest model dwupółkulowy, który podejmuje wyzwanie leczenia ukrytej traumy rezydującej w prawej półkuli. Cel ten jest osiągany bez korzystania z interpretacji, która jest procesem lewopółkulowym. Artykuł prezentuje przypadek pacjenta, który skorzystał z krótkiej psychoterapii opartej na emocjach, mając za sobą 20 lat psychoanalizy.

© 2006 Wiley Periodicals,

Inc. J Clin Psychol: In Session 62: 523–538, 2006.

Słowa kluczowe: trauma więzi; ukryta; prawa półkula; terapia psychodynamiczna

Od kilku lat myślałem o trzech ważnych kierunkach w badaniach: efektywności psychoterapii psychodynamicznej, neuronauce rozwojowej oraz więzi u dorosłych. Konfluencja tych trzech obszarów umożliwiła usprawnienie leczenia pacjentów w psychoterapii. Poniższy artykuł jest opisem oraz ilustracją modelu psychoterapii zaprojektowanego tak by wykorzystać możliwości jakie pojawiają się na skrzyżowaniu tych trzech odrębnych, a równocześnie komplementarnych obszarów nauki.

Badania nad efektywnością psychoterapii psychodynamicznej

Współczesne metaanalizy dobrze skonstruowanych badań nad psychoterapią psychodynamiczną (Leichsenring, 2004) pokazują, że psychoterapia dynamiczna jest bardziej efektywna u pacjentów, którzy zostali jej poddani niż u

tych umieszczonych na liście oczekujących lub nie korzystających z żadnego leczenia. Wynika z tego, że terapia przez rozmowę opartą na zbieraniu wywiadu, klaryfikacji, analizie obron, konfrontacji, interpretacji oraz wsparciu pomaga ludziom osiągnąć ulgę w objawach oraz, okazjonalnie, zmianę charakteru.

Nie ma jednak jeszcze dowodów na to, że jedna forma psychoterapii psychodynamicznej jest bardziej efektywna niż inna. Moje własne zainteresowania powędrowały w kierunku intensywnej krótkoterminowej terapii dynamicznej, którą można określić jako doświadczeniową formę psychoterapii akcentującą lecznicze znaczenie doświadczenia w teraźniejszości uczuć z przeszłości. Największymi propagatorami tej metody są David Malan i Habib Davanloo. Ten drugi w trakcie swojej kariery nagrał na wideo 632 przeprowadzone przez siebie procesy terapeutyczne (Malan, 2001). Mimo tak systematycznego podejścia, dane z tych przypadków niestety nie zostały nigdy opublikowane. W ostatnim czasie inna autorka zajmująca się tą problematyką, Patricia Coughlin wraz z Davidem Malanem (2006) przeprowadziła badanie siedmiu pacjentów metodą studiów przypadków. Ich celem było wyizolowanie czynników leczących. Wyniki tej pracy wspierają wcześniejsze twierdzenia Davanlooa, że doświadczenie w dziedzinie terapeutycznej wypartych złożonych emocji, złości, a zwłaszcza żalu wobec opiekuna prowadziło zarówno do ulgi objawowej jak i zmiany charakterologicznej.

Badania neuronauki rozwojowej

Niektórzy z nas traktują obecnie niemowlęta od urodzenia do około 16 miesiąca jako stworzenia prawopółkulowe, u których lewa półkula krystalizuje się dopiero około 16-18 miesiąca życia. Wiemy również, że małe dzieci potrzebują spójnych obiektów przywiązania i zaczynają być szczególnie przywiązane do pierwotnego obiektu przywiązania około 6 miesiąca życia. Wiemy, że jeżeli to przywiązanie nie wystąpi dochodzi do poważnej rozwojowo-neurobiologicznej patologii w relacjach i kontroli afektywnej. Dziecko doświadczające przywiązania używa swojej matki do regulacji afektu, jest ona do tego niezbędna. Niemowlę, któremu brakuje dojrzałej lewej półkuli wymaga odpowiedniej ilości i jakości uwagi matki by ostatecznie rozwinąć dojrzałe poczucie swojego Ja w relacji do innych (bezpieczne przywiązanie).

Powyższą sytuację można zestawić z przypadkiem lękowego niemowlęcia, które nie otrzymuje elastycznej i rzetelnej uwagi. Unikające dziecko internalizuje pragnienie matki by unikać nieprzyjemnych emocji i rozwija fałszywe Ja spokojne, ukierunkowane na świat zewnętrzny. Ambiwalentne dziecko internalizuje niespokojne zaangażowanie matki sobą i swoim niemowlęciem, w nadmierny sposób skupiając się na niepokojach matki, odsuwając czułość i oporując przed nią, co w miejsce ulgi prowadzi do pełnego złości konfliktu. Opór galwaniczny skóry

oraz poziom kortyzolu jest równie wysoki u niemowląt unikających jak i ambiwalentnych, mimo różnic w ich zachowaniu.

Niemowlę zdeorganizowane reprezentuje kolejny poziom porażki w przywiązaniu. Mary Main i Erik Hesse opisali podgrupę niemowląt, które wcześniej były błędnie opisywane jako unikające lub ambiwalentne (1990). Postępując się nagraniami wideo w zwolnionym tempie odkryli oni pojawianie się przestachu u dziecka w reakcji na obecność opiekuna. Później odkryli, że źródłem tego strachu były nieświadome sygnały groźby wysyłane przez matki tych dzieci. Ponieważ dzieci te są biologicznie zaprogramowane by zbliżyć się do rodzica po ukojenie i bezpieczeństwo, przeradza się to w klasyczny konflikt unikanie-zbliżanie. Autorzy ci określili to pięknie jako "strach bez rozwiązania".

Schore (1996) oferuje dane wspierające intrygującą hipotezę: prawa półkula jest nie tylko siedzibą nieświadomych procesów; prawy przedni zakręt orbity jest centralnym obwodem integrującym dla agresji w relacjach międzyludzkich. Według niego usytuowanie nad obszarem limbicznym jest specyficzne, jest to bowiem obwód mediujący zdolność empatii w stosunku do innych oraz modulujący agresję odwetową. Innymi słowy, ten obszar mózgu mediuje zdolność do postrzegania innej osoby jako mającej uczucia, do odczytywania ich oraz adekwatnego reagowania. Autor ten argumentuje ponadto, że liczba udanych, dostosowanych końących zdarzeń stymuluje rozwój tego obszaru. Usprawnianie tego obszaru mózgu jest proponowanym celem psychoterapii psychodynamicznej.

Badania nad przywiązaniem u dorosłych

Kwestionariusz Stylów Przywiązania Dorosłych (AAI) to rozmowa z osobą prowadzącą wywiad, która prosi badanego o opisanie relacji z rodzicami przy pomocy pięciu przymiotników a następnie uzasadnienie w jednym akapicie użytych określeń (Main, 1998). Wywiad zawiera również pytania dotyczące znaczących innych w życiu podmiotu (dziadków, sąsiadów) oraz strat i traum. Wypełnienie zajmuje około godzinę. Osoby z bezpiecznym przywiązaniem określa się jako bezpiecznie autonomiczne, a ich opisy przypominają piękne, poetyckie eseje bogate w przykłady. Unikających dorosłych określa się jako *odsuwających*. Idealizują oni swojego rodzica i robią wszystko by trzymać emocje na boku - ich narracja jest skąpa, uboga. Jednostki ambiwalentne, określane jako *zaabsorbowane* wyolbrzymiają, ich wypowiedzi są zubożałe słownie i nie mogą powstrzymać swoich wybuchów. Zdeorganizowanych nazywa się *dezorientowanymi/nierozwiązanymi (w kwestii nadużycia lub straty)*. Prezentują oni luki w odczuwaniu czasu i świadomości. Jest również intrygująca grupa ludzi określanych jako *nie dający się zaklasyfikować*, u których widoczne są cechy

mieszane, ale bez dominującego stylu, z często występującymi problemami klinicznymi.

Mamy zatem ogromną ilość perspektywicznych danych pokazujących, że doświadczenia w obszarze przywiązania w okresie od 6 do 16 miesięcy życia definiują naszą językową zdolność do spójnej narracji w dorosłym życiu. Wiemy ponadto, że te zdolności odzwierciedlają nasze myślenie i zachowania w relacjach. Matki, które mają upośledzenie tych lingwistycznych zdolności przekazują je swoim dzieciom!

Łącząc te różne wątki możemy zobaczyć co w rzeczywistości mierzy kwestionariusz AAI. Kiedy osoba jest proszona o stworzenie narracji swojego życia, aktywowany jest prawopółkulowy magazyn emocji. Uczestnik odnosi się do prowadzącego wywiad zachowując lingwistyczną spójność. Im bardziej kłopotliwe wspomnienia związane z więzią tym większa jest presja na zdolność umysłu do utrzymania spójnej narracji. To sprawia, że osoby unikające ograniczają dostępność pamięci emocjonalnej zawężając uwagę i tworząc suche, kruche, idealizujące narracje. Jednostki zaabsorbowane tracą koncentrację uwagi i są zalewane mocno naładowanymi emocjonalnie negatywnymi emocjami, opowiadając swoje historie stają się deprecjonujący, nadmiernie zaangażowani i nadmiernie inkluzywni. Osoby zdeorganizowane prezentują chwilowe utraty świadomości na rzecz uwagi poświęcanej na radzenie sobie ze stratą lub nadużyciem ponieważ przywołanie tych wydarzeń mobilizuje nieprzetworzone afektywne wspomnienia. Ich narracje są więc pełne chwilowych sprzeczności i zakłóceń językowych.

Schore (2002) w przekonujący sposób formułuje twierdzenie, że AAI jest narzędziem mogącym mierzyć zdrowie/integralność prawego przedniego zakrętu orbity do zawierania afektywnych danych potrzebnych do stworzenia spójnej autobiograficznej narracji. Moje zainteresowania badawcze zwróciły się w stronę badania nagranych wywiadów klinicznych z perspektywy lingwistycznej by oszacować na ile obeznany z teorią więzi klinicysta może przy pomocy dynamicznego wywiadu adekwatnie zdiagnozować styl przywiązania.

Badania, które przeprowadzili Main i Hesse (1990) nad przyczynami powstawania zdeorganizowanego stylu przywiązania wykazały wyraźny związek z nierozwiązaną traumą w umyśle matki. Wnikliwa analiza nagrań ujawnia odsłanianie przez matkę przednich zębów, syczenie poniżej progu słyszalności oraz anomalie w zachowaniu prowokujące strach; w interakcjach z dzieckiem matka zastrasza zamiast dawać ukojenie. Interpretuję te wyniki tak, że matka odczytuje pragnienie więzi u dziecka przy pomocy swojej prawej półkuli. Niemowlę aktywuje zatem u niej wspomnienia zagrażających rodziców, co sprawia że reaguje ona na swoje dziecko tak jakby było jej własnym, niebezpiecznym rodzicem.

Synteza: model dwu półkulowy

Jak można użytecznie połączyć te wątki by zrozumieć krótką psychoterapię psychodynamiczną? Według mnie wyniki badań nad efektami psychoterapii psychodynamicznej wskazują na to, że *doświadczenie w atmosferze troski, współczucia i bezpieczeństwa uczucia, które w przeszłości budziło u osoby strach* jest jednym z najbardziej kluczowych czynników leczących w terapii dynamicznej. Uważam również, że czas jaki diada terapeutyczna poświęca na wnoszenie prawopółkulowych uczuć do świadomości zwiększa prawdopodobieństwo zredukowania objawów u pacjenta, co w efekcie doprowadzi do zmiany charakteru.

Zadanie to brzmi prosto, ale w rzeczywistości jest niezwykle trudne. Powód tej trudności został po raz pierwszy opisany przez Freuda w 1896 roku, kiedy zauważył, że nawet najbardziej zmotywowani spośród nas (z bezpiecznym stylem przywiązania?) oporują przed terapią ukierunkowaną na przywołanie traumy z przeszłości. Wydaje się, że nasze mózgi rozwijają rozbudowane struktury obronne by chronić nas przed (1) strachem bez rozwiązania lub (2) wywołaniem u matki emocji przekraczających jej zdolność radzenia sobie. Twierdzę, że by psychoterapia psychodynamiczna była udana musi ona przewyciężyć te przeniesieniowe wzorce (i reakcje przeciwprzeniesieniowe) wysyłania i odbierania informacji uczuciowych.

Udana terapia jest tak trudna ponieważ organ docelowy, prawa półkula, nie ma języka. Jest ona stymulowana i komunikuje się przez obrazy, doznania, wyrazy twarzy, tworzy doznania cielesne, które interpretujemy jako uczucia - szczęście, smutek, złość, ból i tak dalej. Tradycyjna psychoterapia była w dużej mierze werbalna i interpretacyjna, co ograniczało jej zdolność do wywoływania bezpośredniej zmiany. Pod wpływem Malana i Davanloo duża liczba terapeutów sytuuje siebie obecnie w obozie doświadczeniowym. Badania nad poprawą (Malan&Coughlin, 2006) pokazują, że zdolność do doświadczenia uczuć z obszaru smutku redukuje objawy, zaś zdolność do doświadczenia złości koreluje ze zmianą charakteru. Tabela 1 ilustruje inherentne wyzwanie psychoterapii zestawiając różne sposoby przetwarzania informacji w obydwu półkulach.

Tabela 1

Dlaczego psychoterapia jest wyzwaniem

Chciałbym zwrócić uwagę, że prawa półkula jest kształtowana pomiędzy 6 a 16 miesiącem życia, według czterech stylów przywiązania Ainsworth i Main (1998).

Jawne przetwarzanie informacji w lewej półkuli

Siedziba świadomych procesów

Logiczne, linearne (kierujące się czasem), bazujące na języku, zbiornik do przechowywania świadomych wspomnień, "nadaje sens"

Zarządza przechowywaniem i przywoływaniem wspomnień

Łatwo komunikuje się werbalnie

Kształtowana przez kulturę i edukację

Niejawne przetwarzanie informacji w prawej półkuli

Siedziba głównych nieświadomych procesów

Impresjonistyczna, reaguje na obrazy i wyrazy twarzy, połączona z autonomicznymi doznaniem (uczucia)

Zbiornik do przechowywania nieświadomych wspomnień i doświadczeń traumatycznych

Obrony otaczają głębokie doświadczenie straty "wystarczająco dobrych stanów macierzyńskich." Do udanego przetworzenia tych doświadczeń straty niemowlę potrzebuje realnej obecności interaktywnej prawej półkuli matki w stanie "troski, współczucia i ukojenia". Porażki w przywiązaniu prowadzą do nieprzetworzonych uczuć nieuregulowanej żałoby, które bez empatycznego innego tworzą stany osamotnienia niemożliwe do zniesienia, mogące podlegać regulacji jedynie przez obrony. Jeżeli trauma jest przedłużana, niemowlę tworzy zinternalizowaną reprezentację porażki w przywiązaniu w formie karzącego superego, które kończy stan nieznośnego osamotnienia, ale powoduje koszty.

Podsumowując, nasi pacjenci cenią swoje superego, ponieważ broni ich ono przed osamotnieniem. Uparcie odmawiają oddzielenia się od swojego superego ponieważ są zalewani lękiem separacyjnym i niezdolnością do regulacji ich stanów afektywnych. Postrzegam lęk jako archaiczny zapis lęków, które pacjent obawiał się pokazać swoim opiekunom. Spotykam pacjentów, których superego pomimo setek godzin terapii dynamicznych i psychoanalizy nawet nie drgnęło. Dzieje się tak ponieważ leczenie poniosło porażkę w odsłonięciu lub zdekonstruowaniu wysoce egosyntonicznego karzącego superego. Kiedy superego zostanie porzucone terapeuta może stać się nowym obiektem przywiązania, a styl przywiązania może się radykalnie zmienić. Wstępne dane z badań AAI pacjentów w mojej praktyce wydają się wspierać te twierdzenia (Neborsky, 2004 b).

Psychoterapia jaką opracowałem ma kilka źródeł - wszystkie ukierunkowane na wniesienie nieświadomej traumy do świadomości (Neborsky, 2001, 2003, 2004). Tabela 2 prezentuje czynniki z jakich korzysta moje podejście.

Intensywna Krótkoterminowa Terapia Dynamiczna (ISTDP) wyrosła po części z braku satysfakcjonujących efektów stosowania interpretacji. Davanloo (1990) chcąc temu zaradzić aplikował pacjentom terapeutyczną presję by odczuwali nieświadome emocje równocześnie odnosząc się do wysiłków pacjentów (oporu)

by nie odczuwać emocji wywodzących się z traumy. Jego celem stało się pomóc pacjentowi w trakcie każdej z sesji odnieść się do rozwojowych początków jego trudności oraz pomóc mu odczuć traumę dokładnie tak jak jej doświadczył wówczas gdy miała miejsce. Posługiwał się dużą ilością konfrontacji, instruował, popychał pacjentów, a także stawiał im wyzwania by pokonali swój własny opór.

Tabela 2

Intensywna Krótkoterminowa Terapia Dynamiczna Oparta na Więzi

Adaptacja Krótkoterminowej Terapii Dynamicznej (STDP) oraz Intensywnej Krótkoterminowej Psychoterapii (ISTDP) (Malan i Davanloo)
Presja, konfrontacja, zderzenie czołowe
Ścieżki nieświadomego rozładowania lęku
Akcentowanie wizualizacji jako sposobu na przepracowanie
Stosuje Kwestionariusz Stylów Przywiązania Dorosłych (AAI) (Main & Goldwin)
Elementy Gestalt (Perls)
Puste krzesło
Wewnętrzne dziecko
Rozmowa z nieżyjącym
Elementy psychodramy (Moreno)
“Dublowanie”
Alter ego
Idee Terapii Odwrażliwiania Za Pomocą Ruchu Gałek Ocznych (EMDR) (Shapiro)

Davanloo dowiódł, że to podejście efektywnie wpływa na ulgę objawową i charakter, ale niestety nigdy nie opublikował swoich wyników by poddać je dyskusji w środowisku profesjonalistów. Jego uczniowie jednak kontynuowali jego dorobek, którym zajmuje się obecnie już trzecie pokolenie terapeutów. Istnieją obecnie mocne dowody na jego efektywność (Leichsering, 2004).

Opierając się na jego pionierskiej pracy zastosowałem naukowe badania rozwojowe nad więzią oraz stanami umysłu do sytuacji klinicznej. Zmniejszam również rolę interpretacji przywracając wagę gestaltowskim elementom procesu, zapraszając pacjentów by mówili wprost do swoich karzących introjektów, dodaję im odwagi monitorując równocześnie koherentny dyskurs. Jeżeli pacjent wiotczeje, “dubluję”, jak w psychodramie, za nich dopóki nie będą w stanie utrzymać narracyjnej spójności wobec swojego wyobrazonego traumatyzującego rodzica. Zapraszam również pacjentów by wyobrazili sobie siebie jako dziecko i mówili do niego w sposób w jaki ich rodzice nigdy nie byli w stanie mówić. W ten sposób tworzą oni intersubiektywne doświadczenie jakie miałyby dziecko w bezpiecznej więzi z rodzicem.

Taki wzorzec postępowania w terapii jest stosowany wobec kolejnych pojawiających się wątków ogniskowych aż do odsłonięcia krytycznej sieci traumatycznych wspomnień, a następnie ich przepracowania w diadzie terapeutycznej. Kiedy to zostaje osiągnięte, dochodzi do ulgi objawowej i zmiany charakterologicznej. Pacjenci korzystający z tej terapii relacjonują zmniejszone zachowania unikowe, poprawę nastroju, zmniejszoną somatyzację (poszukiwanie pomocy medycznej), poprawę relacji interpersonalnych ze zwiększoną intymnością, wzrost empatii i wzajemności oraz przejście od lękowych do bezpiecznych stanów umysłu (mierzonych w kategoriach AAI).

Jako dziecko ery informacji proponuję model nieświadomości oparty na badaniach, obserwacji klinicznej oraz swoim własnym wyobrażeniu na temat działania umysłu. Możemy teraz diagnozować strukturę prawej półkuli przy pomocy narzędzi wywodzących się z AAI. Psychoterapię można postrzegać jako proces wyzwiania prawej półkuli z okowów obron, które niczym zablizniona tkanka uniemożliwiają uzdrowienie. Trudności prawopółkulowe są diagnozowane przez obserwację obron jakie są mobilizowane kiedy pacjent próbuje eksplorować nieświadome afekty oraz przez obserwację fizjologicznych wzorców lęku u pacjenta. Czy większość lęku jest utrzymywana w mięśniach poprzecznie prążkowanych w postaci napięcia (bezpieczny wzorzec), czy też lęk jest mediowany głównie przez podlegające układowi przywspółczulnemu mięśnie gładkie (wzorzec lękowy)? Jeżeli lęk jest skojarzony ze ścieżką poznawczą, to pojawiają się zakłócenia w myśleniu oraz percepcji i ci pacjenci często cierpią z powodu zdeorganizowanych więzi, które nie zostały rozwiązane na skutek nadużycia.

Poniżej prezentuję opatrzone komentarzami, zredagowany zapis udanej terapii, która trwała 9,5 godzin i była prowadzona metodą intensywnej krótkoterminowej terapii dynamicznej opartej na więzi, u pacjenta z bardzo nasilonym unikowym stylem przywiązania. Na początku procesu terapeutycznego pacjent określa swój problem i cel. Terapeuta dokonuje próbnych interwencji dotyczących naładowanych afektywnie obszarów, gdzie relacjonowane jest tło historii osoby. Pacjenci w nieunikniony sposób zaczynają się bronić przed doświadczeniem strauumatyzowanych uczuć albo przy pomocy obrony albo superego (negatywne traktowanie siebie). Terapeuta zaczyna klaryfikować obrony i zniechęcać pacjenta do ich używania. Mobilizowany jest lęk i określone ścieżki jego rozładowywania. Pacjent i terapeuta wspólnie ciężko pracują nad przewyciężeniem oporu dopóki strauumatyzowane uczucia nie zostaną w pełni doświadczone i przepracowane w diadzie terapeutycznej. Traumatyzujący inny jest traktowany w spójny, bezpieczny sposób w roli jaką odegrał w traumie. Zostaje symbolicznie pochowany i odesłany. Pacjent doświadcza winy z powodu wszelkiej swojej wyobrażonej agresji; uczy się współczującej akceptacji dla destrukcyjnych,

wściekłych impulsów związanych z historią jego przeszłych doświadczeń. Pacjent odkrywa wielopokoleniową naturę traumy przywiązania. Kiedy znikają obrony, pojawia się wgląd (przyczyna i skutek) i wyłania się nowy, spokojny, pełen powagi afekt. Jest on odzwierciedlany przez terapeutę i obie osoby w diadzie terapeutycznej są w "stanie sedna" (Fosha, 2000). Złożoność relacji pacjenta i terapeuty wzrasta facylitując kolejne, głębsze eksploracje nieświadomości pacjenta.

Mężczyzna ze zwieszoną głową

Opis pacjenta

Pacjent to aktywny zawodowo mężczyzna w wieku 63 lat, który wygląda na swój wiek. Jest drobnej budowy ciała, ma wygląd intelektualisty. Obszary problemowe u niego to lęk, wyolbrzymiony w sytuacjach związanych z wystąpieniami, niska samoocena z oskarżaniem siebie o bycie oszustem. Cierpi na umiarkowane zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD), odwraca swoje lęki przez rytuały i myślenie magiczne. Unika intymności z kimkolwiek. Wszystkich mężczyzn odczuwa jako swoich rywali i jest przekonany, że jego strach rozpoczął się kiedy doświadczył odrzucenia ze strony swojego ojca w dzieciństwie. Mówi, że widział jak jego ojciec, rzeźnik koszerny, podcinał gardła zwierzętom. Mówi, że ojciec go poniżał, robił z niego pośmiewisko i zawstydział.

Sesja 1. Psychoterapeuta naciska by pacjent doświadczył uczuć wobec ojca. Pacjent zaczyna oporować, dysputuje a potem staje się pasywny. Znajdujemy się w 80 minucie sesji kiedy prawa półkula ujawnia swoją obecność poprzez obrazy.

Pacjent (P): Kiedy o tym mówisz przypominają mi się dwa obrazy.

Terapeuta (T): aha

P: Obydwa są wprost fizyczne

T: aha

P: Odciąłbym mu brodę.

T: Nożyczkami czy nożem?

P: Nie wiem, chyba nożem.

T: okej

P: Drugi to, że on dużo chodził arogancko pokazując swoje ciało. Ściągnąłbym mu bieliznę. Jego bieliznę Nigdy wcześniej o tym nie myślałem.

Sesja jest kontynuowana po krótkiej przerwie. Pacjent zauważa, że za każdym razem kiedy wizualizuje konfrontację ze swoim ojcem odczuwa strach i lęk. Jesteśmy w 140 minucie sesji.

T: A dlaczego twój lęk rośnie?

P: Odwet, strach przed odwetem.

T: Doskonale. "Boję się, że ojciec mnie zabije. Jeżeli mu się postawię, to boję się, że poderżnie mi gardło, jak wołu czy krowie, tak jak to robił."

P: Dokładnie, dokładnie

T: Widzę uczucie w tobie. Ty nie rozumiesz z czym miałeś do czynienia. Dla mnie to bardzo poruszający wgląd i mam nadzieję, że w pełni doświadczysz uczuć z poszanowaniem.

P: ?

T: Z poszanowaniem dla tego co czujesz. Jakiego uczucia teraz doświadczasz? Emocje, które czujesz z powodu życia w ten sposób

P: (*wzdycha*)

T: Poczuj to.

P: Ależ to jest strata, jaki ból.

T: Jakie to uczucie? Empatia, prawda?

P: Empatia, empatia prawdziwa empatia jest ...

T: zupełnie inaczej

P: duchowa pełnia

T: Więc z tego miejsca w tobie, gdybyś pozwolił tej części siebie stać się dominującą, najmocniejszą częścią to co byś sobie powiedział? Jakiej rady byś sobie udzielił?

P: Dość już, wystarczy podkładania głowy (*słyszalny szloch*)

T: By być zabitym jak zwierzę.

P: (*szlocha*)

T: zostać przy tym ... zostać ze swoją empatią... nie wstrzymuj współczucia dla siebie, dobrze?

P: Uh, mam nadzieję, że nikt mnie nie słyszy ... głupi komentarz.

T: Dlaczego to głupi komentarz? To poniżenie, prawda?

P: O tak.

T: to jak twój ból, twój smutek z powodu tego co wycierpiałeś jest ...

P: brak, no wiesz

T: ale to jest ta poniżająca część w tobie.

P: to jest ta poniżająca część, defensywna.

T: oczywiście

P: Defensywna część.

T: Pewnie. Ta część utrzymująca w cieniu, żeby się nie wychylać. Widzisz to?

P: Jasne, całkowicie... tak, to ta strona.

T: Kogoś żyjącego, tak przerażonego ojcem, że nie mógł wyrażać siebie, on, ty, nie mogłeś stanąć po swojej stronie. Rozumiesz to? Za każdym razem kiedy stajesz

po swojej stronie masz poczucie, że musisz podłożyć głowę i dać sobie podciąć gardło.

P: Całkowicie. To takie poczucie, że jak obetnę sobie głowę, że jak ją spuszczę to nie zostanie odcięta. To jest dokładnie to.

T: Musisz okazywać podległość.

P: Dokładnie. Czuję się jakbym był psem.

T: Czujesz ból z tego powodu, że musiałeś tak żyć. Żadna istota ludzka nie powinna

P: Wierzę ci. To mój sekret, o którym nikt nie wie. Ty możesz go znać, ale nikt inny o nim nie wie.

T: Jak się czujesz z tym, że my o nim wiemy?

P: Słucham?

T: Jak się czujesz z tym, że my o nim wiemy?

P: Zamierzam powiedzieć, że kocham cię za to, że mnie słyszysz. (*słyszalny szloch*)

T: Zostań przy miłości.

P: Ale ja nie wiem czy na to zasługuję

T: (*głośno*) blablaba - co to jest? Złap to.

P: Bo to było przeczucie, że kopniesz mnie w tyłek i powiesz "ej, dawaj, zejdź z tego".

T: Czy widzisz jak projektujesz na mnie swojego ojca?

P: Tak, tak.

T: On się pojawia między tobą a mną?

P: tak

T: On się pojawia między tobą i wszystkimi.

P: Tak, całkowita racja.

T: Więc żona podejrzenie ci gardło, przyjaciele też, każdy komu się postawisz, nawet ze mną, stanąłeś po stronie swoich miłosnych uczuć wobec mnie i potraktowałeś siebie jakbyś nigdy nie zasługiwał na to by to czuć, czuć to do mnie.

P: Tak, dokładnie, racja.

Dostęp do prawej półkuli umożliwił pacjentowi dostrzeżenie przyczyn i skutków; strach przed ojcem sprawiał, że podporządkowywał się i dystansował. Poczut głębokie współczucie dla siebie i bliskość ze mną, ale wyprojektował na mnie swoje kastrujące superego podejmując próbę sabotażu naszej relacji.

Sesja 2. Pacjent wraca następnego dnia. Zaczyna sesję wspominając jak matka uczyła go by bał się innych mężczyzn. Psychoterapeuta mówi mu, że ma wybór między byciem lojalnym wobec swojego autodestrukcyjnego systemu lub wolnością od niego. Pacjent reaguje skonfundowaniem, intelektualizacją a potem defensywnością. Jesteśmy w 45 minucie drugiej sesji.

T: Jakie masz uczucia do mnie kiedy ci to mówię?
P: *ehm, hm*
T: Czy miałeś wobec mnie jakieś uczucie?
P: O co ci chodzi z tym, że mam uczucie do ciebie?
T: Czy masz uczucie do mnie?
P: Właśnie ci powiedziałem.
T: Nie, nie powiedziałaś; jesteś bierny.
P: Uczucie, że jakby mnie naciskasz (z *napięciem w głosie*)
T: Nie "jakby"; dlaczego musisz dodawać "jakby"
P: (*tłumi śmiech*), czuję
T: To jakie jest to uczucie? Chciałbym je poznać
P: Czuję, że mnie popychasz. (z *irytacją*)
T: tak, teraz "popychasz mnie" (z *umiarkowaną ironią*)
P: c... co... co
T: skończmy z lingwistyczną gimnastyką
P: *pokazuje bezradność*
T: Jakie jest to uczucie, którego doświadczasz wobec mnie? Szczerze, wprost. Przejdź ponad to co mówiła ci matka.
P: Przecież to robię (*defensywnie*)
T: Czekaam. Co to za uczucie w ciebie, wobec mnie? Swoim zachowaniem mobilizuję w tobie dużo uczuć, prawda? Czy nie jest tak, że masz wobec mnie wiele uczuć? Masz napięcie w ciebie. Co cię napina? Uznaj swoje uczucie!
P: Uczucie, że cię nie satysfakcjonuję.
T: Oh, zaczynasz być pasywny, uległy. (z *ironią w głosie*) Stosujesz to samo zachowanie, ale spodziewasz się innego efektu. Czy chcesz mi komunikować swoje uczucia czy nie?
P: Robię to. (*odwraca głowę*)
T: Nie, nie robisz - to jest jedno wielkie zniekształcenie.
P: Jedyne obraz jaki mam przed oczami teraz to jak cię chwytam za kark. (*wykonuje gest duszenia*)
T: Zostań przy tym, nie wycofuj się.
P: (z *złością*) To tak jak nie mam możliwości ucieczki.
T: Poczuj wściekłość. Nie mów o niej; poczuj ją. Opisz jak mnie dusisz, chwytasz za szyję, zamiast to spychać. Dodaj sobie odwagi by to poczuć... to pragnienie uduszenia mnie.
P: Nie potrafię. (*zaczyna być w lęku i skręca się w fotelu*)
T: Dlaczego chcesz się wycofać? To jest ta autodestrukcyjna, sabotująca, podkopująca część ciebie. Dochodzisz do momentu kiedy wyobrażasz sobie jak mnie zabijasz, a potem się wycofujesz, nie pozwalając sobie na doświadczenie

radości z tego. Czy pozwolisz sobie na chwilę radości z tego? Czy czułeś się silny przez chwilę kiedy wyobrażałeś sobie jak mnie dusisz?

T: To było za krótkie. To był tylko obraz, przelotny.

P: To wróć do niego.

P: Już minął.

T: (*łagodnie*) Wróć do niego.

P: Widzę cię jako mojego ojca, czuję wściekłość. Wiesz co? Wyglądasz trochę jak on.

T: Opiszysz?

P: Zepchnąłbym cię jego, z drogi. Złapałbym go i ściągnął z mojej drogi.

T: To już dość duża część twojej złości, ale doświadczyć jej w pełni. Masz dużo wściekłości

P: Nie wiem czy jestem w ogóle zdolny do odczuwania swojej wściekłości w pełni.

T: Teraz przyjmujesz bezradną postawę i pozostajesz lojalny wobec nich (*superego*). Czy chcesz być lojalny wobec tego autodestrukcyjnego systemu, zaprzeczać swojej wściekłości - stawać się wobec niej biernym? Czy tego chcesz? Czy też chcesz się zmierzyć z całą pełnią swojej wściekłości? Wybór należy do ciebie. Czy chcesz dalej ukrywać swoją złość żyjąc jak poddańczy pies?

P: Nie, nie chcę. (*mocno*)

T: Więc powiedz mi o wściekłości tego psa ... gdyby nie ukrywał swojego rozwścieczenia

P: Przypomniałeś mi o czymś. Kiedy miałem 3-4 lata okropnie bałem się psów. Myślę, że identyfikowałem mojego ojca jako gryzącego psa.

T: Nie używajmy projekcji. Ty bądź gryzącym psem.

P: Ja jestem walczącym psem?

T: Nie projektuj psa na swojego ojca. Ty bądź psem.

P: To gdybym ja był psem, to bym chwycił go (*klepie się w tydkę*) i rzucił mu się do gardła, nie ustąpiłbym, nie byłoby temu końca. Tylko śmierć.

T: Poczuj to. Zęby są w szyi twojego ojca? Mocne szczęki?

P: Tak, łamią mu kark. Mnóstwo krwi chyba. Cała krew jaką widziałem u martwych kurczaków... olbrzymia ilość krwi

Po zmiżdżeniu karku swojemu ojcu pacjent z poczuciem winy myśli o tym by zamordować swoją matkę by zyskać wolność. Mówi "Byłbym jak Kain, biegnący na koniec Ziemi". Dr Neborsky zachęca go by mówił do jej ciała. Pacjent waha się czy pociągnąć ją do odpowiedzialności za manipulowanie nim. Broni jej jako chorej. Zaczyna jednak dostrzegać, że wciągnęła go do swojego lękowego świata uniemożliwiając mu odejście od niej. Jesteśmy w 90 minucie sesji.

P: Nie mogłem odejść.

T (*potakuje*): Powiedz jej.

P: (*wzdycha*)

T: Zmierz się z prawdą; to bolesne.

P: Mam prawo być wściekły. Uczyniła moje życie okropnym. (*placze*) Byłem przerażony ... czy to powiedzieć bratu, że idzie mi dobrze w szkole czy też wyjść na ulicę - lękałem się być nieposłusznym wobec niej. A wszystko to było udekorowane tapetą wielkiej miłości - "Jesteś taki wyjątkowy". Ale ona stworzyła wykastrowała mnie. Może to ona to zrobiła. Wcześniej myślałem, że to ojciec.

T: Nie, to ona to zrobiła. A mówiąc dokładniej - *ty to zrobiłeś*, by nie zmierzyć się z wściekłością do niej. Chcę ci pogratulować przywrócenia sobie prawa do wściekłości.

P: Nie, ona to zrobiła. Moje współczucie dla niej pozwól, że ci powiem (*wskazuje palcem na terapeutę*) jesteś naprawdę cudowny. Naprawdę. Zacząłeś mówić o mojej empatii dla siebie, dlaczego nie empatia dla tej kobiety?

T: Dojdziemy do tego w części 2. Zostańmy przy części 1.

P: OK.

T: Powiedziłeś coś o uczuciach do mnie.

P: Ty nie... ty nie... robisz to dla mnie. Nie robisz tego dla siebie.

Po przerwie dr Neborsky prosi pacjenta o zwizualizowanie pogrzebu jego martwej matki. Początkowo przychodzi mu na myśl by ją dotknąć, ale potem wyobraża sobie jak owija ją w białe prześcieradła.

T: Co robisz potem?

P: Po prostu płaczę.

T: Płacz tak długo jak chcesz.

P (*łagodnie się śmieje*): Dobrze, że się rozdzielamy to dobrze, że nie żyjesz... muszę sobie o tym przypominać.

T: "Nie jestem twoim mężem, nigdy nim nie byłem."

P: "Traktowałaś mnie jakbym był lepszy od twojego męża"

T: "Sprawiłaś, że czułem się lepszy od twojego męża i to było złe." - uznawaj ją za odpowiedzialną.

P: Dlaczego uczestniczyłaś w tej demoralizującej grze?

T: "Nie chcę być twoim mężem" (*30 sekund ciszy*) Powiedz jej do kogo należała

P: Do mojego ojca (*śmiech*) Dlaczego nie akceptujesz, że jestem tylko małym dzieckiem. Nie mogę dać ci wszystkiego co chcesz, żebym ci dał. Rujnowałaś mi dotąd życie, ale nie pozwolę ci tego dalej robić. Nie pozwolę ci tego robić przez te kilka lat, które mi zostały. To wszystko, spoczywaj w pokoju. (*placząc recytuje Kadisz - żydowską modlitwę za zmarłych*)

T: Poczuj smutek z powodu ukochanej matki; ona jest *tylko* twoją matką.

P: Kocham cię, ale zostawiasz mnie samego. Muszę się wydobyć z tego szalonego świata, który stworzyłaś.

Sesja 3. Pacjent wraca kolejnego dnia. Mówi, że za każdym razem kiedy czuje agresywny impuls doświadcza poczucia winy. Terapeuta zauważa, że pacjent pozwala by sumienie karało go za jego fantazje tak jakby były czynami.

P: Słuchaj, przed sądem oskarżyciel będzie mówił “Chcesz tego, chcesz tego, chcesz tego” i mówi, że jeśli miałeś okazję wbić nóż w plecy i nie zostać zidentyfikowanym to mogłeś być to zrobić. Jeszcze tego nie zrobiłeś, ale ...

T: Czy prokurator jest po twojej stronie?

P: Nie, nie jest!

T: A czy masz prawo do obrońcy?

P: Hm... to interesujące (śmieje się). Widzę, co mówisz.

Pacjent dostrzega, że znalazł w sobie sprzymierzeńca chroniącego go przed karzącym superego. Przypomina sobie jak matka obarczała go zadaniem dbania o jej emocjonalne potrzeby. Nie może rozpoznać uczuć jakie budzi w nim to wspomnienie. Dr Neborsky powiedział, że ma wybór albo zostać przy niepełnosprawnej części siebie albo przy tej zdrowej i uwolnić się od wszystkiego co się pojawia. Zaczyna przetwarzać złość i żal wobec matki, ale zakłóca swoje emocje lękiem i napięciem w klatce piersiowej. Terapeuta konfrontuje to. Jesteśmy w 60 minucie sesji, 7 godzinie terapii.

T: Powiedz swojej matce o swoim smutku. Nie udawaj tego szczęśliwego, dobrze przystosowanego, złotego dziecka.

P: Zejdź mi z pleców. Idź sobie; pozwól mi zostać. Idź sobie, pozwól mi się bawić. Zrób śniadanie. Nie porównuj mnie do mojego brata. Nie mów, że nie powinienem narzekać. Przestań powtarzać, że mam szczęście. Nie wciskaj mi jaki jestem rozsądny (wzdycha) kiedy mam obawy to mam być idealnym facetem.

T: “Nie będę już ukrywać uczuć przed tobą, żeby cię ochronić, Mamo.”

P: Nie będę ukrywać uczuć, żeby cię chronić. Muszę żyć dalej swoim życiem. Będziesz musiała sobie poradzić ze swoimi problemami. Nie mogę uciąć sobie jaj dla ciebie. (westchnienie) Musisz się zmierzyć ze swoimi lękami. Nie zabiję cię mówiąc ci to. Nie umrzesz, a ja jestem na ciebie zły, że mnie w to wciągnęłaś, że pozbawiłaś mnie męskości. Że zrobiłaś ze mnie wrogię, przestraszonego ...

T: że przekierowałaś moją złość od siebie w kierunku wszystkich innych

P: że odwróciłaś złość ode mnie, którą powinienem skierować do ciebie i teraz czuję, że cały świat jest mi wrogi, podczas gdy ty jesteś wrogiem - moim wrogiem. Wiesz, ona *była* moim wrogiem. Gdyby nie te gierki, intrygi, nierealistyczna

rywalizacja, którą wydawałaś się podsycać między mną, moim bratem i ojcem, byłbym szczęśliwy; miałbym szansę. Zapłaciłem tylko po to by myśleć, że dasz mi to czego nie mogę wziąć ze świata, a ja chcę się zwrócić do świata. Nie mogłaś mi go dać; to był fałsz. Wiesz co, zapłaciłem relacjami tak by kobieta mnie wybrała... to był fałsz. Nigdy tego nie dostałem. Nigdy! Wszystko co dostawałem to druga kategoria, wyścig, żeby pozbyć się wszystkich innych, który miał dać ją, ale ona w rzeczywistości dawała bardzo niewiele.

Pacjent uznaje zadawnioną nienawiść wobec swojej matki. Terapeuta zaprasza by przyjrzał się temu uczuciu i co ono chce zrobić. Pacjent doświadcza wówczas impulsu by udusić swoją matkę. Wizualizuje ten impuls i zaczyna oporować: zamyka się w sobie, staje się defensywny i intelektualizuje. Psychoterapeuta konfrontuje jego opór i pacjent staje przed wyborem zmierzenia się ze swoimi uczuciami lub nie. Przez jego psychikę przepływa fala nieświadomego poczucia winy. Wracamy do sesji w 80 minucie, kiedy pacjent wizualizuje złożenie pocałunku na ciele zamordowanej matki.

T: Powiedz mi o tym pocałunku. Poczuj go.

P: To czego obawiałem się w dzieciństwie. Pocałowałbym ją i powiedział jej: "Ty idź swoją drogą, ja pójdę swoją; tak będzie lepiej." (szlocha)

T: Opłacz swoją matkę.

P: Chciałaś dobrze, ale nie mogłaś tego zrobić.

T: "Wzbudziłaś we mnie te mordercze uczucia, a ja oskarżałem siebie jakbym był kryminalistą ponieważ nie mogłem zmierzyć się z całą pełnią swojej wściekłości wobec ciebie, Mamo. Nie mogłem tego zrobić aż do teraz."

P: I nie mogłem. Czulem, że twoja miłość jest warunkowa, że zależy od tego czy pozbędę się innych mężczyzn. To było podstępne. Warunkowe. Chodziłem po świecie próbując wybić wszystkich mężczyzn na świecie, żeby ciebie zdobyć.

T: Żeby ją uszczęśliwić.

P: Żeby ją uszczęśliwić tak żeby mnie pokochała. Tak, to była transakcja; to było dziedzictwo (zaczyna pocierać się po karku). To koniec, koniec.

Pacjent zestawia swoje doświadczenie tych trzech sesji ISTDP ze swoją 20-letnią psychoanalizą.

P: Wiele z tego rozumiałem, ale nie rozumiałem potrzeby odseparowania się i bycia w tym proaktywnym. Rozmawiałem z kimś wczoraj i to co było wyjątkowe i odświeżające w tym to co powiedziałaś na pierwszym spotkaniu ze mną: "Czy to jest zdrowa czy chora część?" To jest dla mnie bardzo ważne. Ponieważ w tamtej terapii to było jak kontinuum; linie nie są wyraźnie kreślone by je oddzielić, nazwać

i uczynić świadomymi. By nie poddawać się niezdrowej części. To mi otworzyło oczy. To było dla mnie niezwykle ważne.

T: A jak definiujesz tę zdrową część?

P: Zdrowa to ta, która chce być wolna, która chce iść prosto ...

T: I chce eksplorować, badać uczucia.

P: Ja bym nie dodał tych określeń.

T: Ta część, która chce badać twoją wściekłość, żal, uczucia seksualne.

P: Ja bym nie dodawał żalu. Zawsze się zamykałem i odchodziłem, co stanowi autodestrukcyjną część moich obron. To jest naprawdę znaczące; liczę na to. Czuję się jakbym był na progu. Naprawdę muszę ci powiedzieć (*pochyla się naprzód, dotyka nogi terapeutę*) Muszę ci powiedzieć coś pozytywnego, ale bardzo głębokiego. Nie w stylu "rety, jestem nowym człowiekiem"; to coś ponurego, ale bardzo wyzwalającego - jakbym dostał klucz.

Sesja 4. Pacjent wraca 5 dni później na sesję kończącą. Jest już w stanie odczuwać wściekłość wobec matki bez oporu. Wizualizuje jak ją zabija odcinając jej głowę mieczem. Wizualizuje jej pogrzeb oraz, ponownie, pocałunek jej martwego ciała.

P: No i chyba będę musiał pocałować ją na pożegnanie.

T: Opisz ten pocałunek.

P: Objąłem ją i pocałowałem, co mi przypomina dzieciństwo. Ona chwyciła mnie żeby mnie pocałować, a ja się bałem bo myślałem, że mnie uwiedzie. Ale już się nie boję. Nie miałem komfortu matki, żadnego komfortu, matczynej troski bo ona twierdziła, że jest chora. Nie mogła nic zrobić, nie mogła wstać z łóżka.

T: Powiedz jej.

P: Nie mogłaś przygotowywać posiłków, zajmować się domem; stale nas straszylaś, że będziesz mieć atak serca. Nie mogliśmy się z tobą nie zgodzić, bo się denerwowałaś i mogłaś dostać ataku serca. Otoczyłaś nas nierealnymi zagrożeniami, budzącym strach światem, przerażającymi rzeczami, które mogły się zdarzyć - to był koszmar, doktorze Neborsky, koszmar. (*krzyczy*) *to był koszmar. (szlocha) to był koszmar, który trwa (szlocha)*

T: Zmier się ze smutkiem, ze wściekłością.

P: Ona to spowodowała; ona. Ale dlaczego ja wpadam we współczucie dla siebie, w koszmar? Chyba zasługuję na współczucie, zasługuję na nie. (*szlochając*) Bóg wie, że na nie zasługuję.

T: Tak, zasługujesz.

P: Nigdy tak nie płakałem; to był koszmar od momentu kiedy wstałem do pójścia spać; byłem przerażony, moczenie nocne, wrogowie, wrogie spojrzenie i jej choroba, o boże, nie miałem życia. Żadnego życia. I ledwie udawało mi się utrzymać tę fasadę. To się musi zmienić. Powinnaś była o mnie dbać. *Tyle*. Nie

dbałaś o mnie. Dbałaś o siebie. Teraz jestem wystarczająco silny by wejrzeć w złość do ciebie, Mamo. Jestem wystarczająco silny by od ciebie odejść. Mam na tyle siły by powiedzieć ci do widzenia. Na tyle siły by wiedzieć, że jesteś pochowana a ja mogę żyć dalej swoim życiem. Tak, już cię nie ma w moim życiu. Już więcej tego nie zrobię.

T: Czego nie zrobisz?

P: Nie pozwolę sobie mówić za ciebie, podporządkować mnie. Jeśli nie pozwolę sobie, to nie pozwolę też innym ludziom. Ale ja to robiłem; robiłem to i robiłem nie zdając sobie sprawy z tego, że mówię twoim głosem. Ale ty już nie masz głosu ... już nie. Jesteś tylko ciałem, trupem.

T: "Wybieram pochowanie ciebie"

P: I jesteś już pochowana. Wybieram pochowanie ciebie tak bym nie miał cię na karku, z tyłu głowy; już cię nie ma. Pa pa.

Psychoterapeuta interpretuje, że pacjent odrzucił swojego ojca ponieważ matka nieświadomie go do tego zachęcała.

T: Twój ojciec zawiódł cię, ale równocześnie wyczuwam, że też nie dałeś mu szansy.

P: To prawda. Tak, tak to było wzajemne nie uznawanie się. Traktowałem go w pewien sposób jak impostora i to smutne - z powodu mojej matki. On był bardzo wyniosły i lękowy i może ja w jakiś sposób byłem dla niego wyzwaniem.,

T: Na wiele sposobów, twoja matka wystawiła cię do roli męża, a jego jako outsidera.

P: Masz na myśli, że jej *intencją* było odseparowanie nas? Nie masz pewności? Dlaczego to mówisz? Ona to zrobiła, nie powinna była, ale ja nie wiem czy ona chciała mnie odseparować od ojca ... Dlaczego? (*wygląda na osłupiałego*) (*milczenie*) Tak. Nie ma co do tego cienia wątpliwości. Interpretacja. *Ani* grama wątpliwości. To mnie znów zasmuca.

T: Pozwól mi usłyszeć wymianę słów między tobą i matką.

P: Teraz odchodzę. Zostawiam cię za sobą. Muszę odejść. Nawet gdybyś żyła to i tak by już mnie nie było z tobą. Zerwałem więzy, przeciąłem linę. Rozumiem już jak mnie użyłaś, działając jak przeciwieństwo matki. Uczyniłaś mnie lękowym, przestraszyłaś mnie, zamieniłaś w coś czego się bałem, w bestię... gorzej niż bestię. Sprawiałaś, że stałem się rywalizujący, nienawidziłem innych mężczyzn, obawiałem się kobiet. To się skończyło. Przejrzałem to. Zobaczyłem, że to wynikało tylko z twoich potrzeb. Świat taki nie jest. Mężczyźni nie są moimi rywalami. Ojciec nie był rywalem, bo ty nie byłaś moją żoną. Nigdy nie miałaś być moją żoną. Nie, on nie był, a ja długo na niego projektowałem.

T: O, tak.

Dekonstruuując swoje OCD pacjent wspomina świat strachu i przesądów jakimi otaczała go matka, "od rana do wieczora". Jesteśmy w 85 minucie ostatniej sesji.

P: Do jakiegoś stopnia to była perwersja rzeczywistości. Rzeczywistość nie dodawała otuchy,

T: Amplifikacja, każde niebezpieczeństwo było amplifikowane.

P: I, co dość straszne, potencjalnie pod twoją kontrolą jeśli nosiłeś ze sobą czosnek i sól żeby odstraszyć złe spojrzenie. Gdyby tylko nie wychodzić na ulicę... Jeśli nie myślisz o zaśnięciu to zasypiasz. I ja przez całe życie próbowałem sobie radzić ze światem ... Teraz zaczynam się usztywniać bo kontroluję strach przez

T: Przez magię.

P: Przez magię albo przez ciało. Ciało było skrzywione, zamiast dodawać otuchy. O mój boże! Teraz, kiedy o tym mówię to pierwszy raz zdałem sobie sprawę, że mam więcej współczucia dla świata, w którym żyłem. To świat horrorów. Od chwili otwarcia oczu nie ma w nim nic kojącego. Nie było: co z tego że boisz się głodu - ale masz miłość i ochronę. To świat uciekania i manipulowania - ukrywania pożegnaj się z tym.

Po 5 - minutowej przerwie pacjent mówi, że jego psychoanalityk nigdy nie eksplorował z nim relacji z matką. Wyraża wdzięczność za jasność jaką teraz ma w tym obszarze.

P: On mówił, że ona się o mnie nie troszczyła, ale nie złożył tego razem, żeby się tego trzymać. To jest dla mnie odkrycie po 20 latach. Można mieć wiele wglądów, a jak się to robi wystarczająco długo to staje się introspektywnym. Ale tego nie widziałem.

T: Zauważyłem emocje wobec mnie.

P: Jest mi smutno, że odchodzę, ale takie jest życie. Muszę odejść. Muszę nad tym pracować. Muszę pamiętać i z tym walczyć.

T: Emocje wobec mnie.

P: Jest inaczej niż kiedy tu przyszedłem pierwszy raz. Jestem w szoku. Nie doszedłem do krytycznego spojrzenia na moją matkę czy poczucia wściekłości, nie mówiąc o tym, że miałem do niej prawo. W efekcie ona zawsze była dobrotliwa i powabna. Miała w sobie powabną stronę. Dla dziecka to było bardzo toksyczne. "Sprawię, że będziesz lepszy od swojego ojca." To była wypłata za którą zrezygnowałem ze swojej własnej woli. Porzuciłem wszelki opór. Przeszedłem ponad to dla drobnych przysług. Wykreowała wyidealizowany obraz mnie, a ja wyidealizowałem ją, handel wymienny.

T: Zgadza się.

P: A to jest bardzo korupcyjne, złowróżbne, destrukcyjne - wsysa cię, do jakiegoś stopnia gratyfikując. W tym systemie reszta świata była ci wroga widzę to teraz. Odrzucam to. Zobaczyłem to w swoim życiu, po zaledwie 3 dniach tutaj. Że to co jej robię jest nie fair próba wessania jej w tę grę

T: Oh, ty robisz jej to, co twoja matka zrobiła tobie.

P: Taak, próbując wciągnąć ją w tę grę. "Gdybyś tylko mnie zrozumiał, to nie musiałbym wyrażać swoich pragnień i wszystkiego co za tym idzie." Powodowałem problemy z żoną, seksem i innymi rzeczami. To kolejna rzecz: moja matka - moja żona, miałem zamiar powiedzieć - stale i zawsze mnie testowała. Więc musisz się sprawdzać. Ona nie mogła tego po prostu przyznać, więc załatwione, jestem w to wessany, w tę rywalizacyjną działalność ... i zawsze się boję że polegnę ... w tej powabnej, koluzyjnej, uwodzącej relacji, którą rozpoznaję i odrzucam. Więc mam dużo do zrobienia.

T: Więc będzie dużo zmian w twojej relacji z żoną, jak ją uwolnisz.

P: Absolutnie. Już to zauważyłem to bardzo miłe. Widziałem to z nią, ale też z mężczyznami. Już dostrzegłem wpływ. To dla mnie dobre rozwiązanie. Czuję się wspaniale. Muszę ci podziękować.

Kwestie kliniczne i podsumowanie

Pomimo 20 lat psychoanalizy pacjent ten wciąż nosił w sobie karzące superego i posługiwał się nieadaptacyjnymi obronami. Pod jego karzącym superego oraz strukturą obron znajdowała się nierozwiązana trauma więzi. Ukryta pod przeciągającą się nieświadomą idealizacją matki. Pacjent odgrywał scenariusz jaki realizowała w ich wzajemnej więzi jego histrioniczna, przesądna matka. Instruowała go, że jeśli zawsze będzie "najlepszy" to odpędzi zagrożenie i jeśli mu się to udawało, nagradzała go swoją ekskluzywną miłością.

Widzimy tu wiele nierozwiązanych traum więzi. Realne, niewyidealizowane doświadczenie pacjenta polegało na tym, że jego matka była "niekochająca" (narcystyczna, somatyzująca, manipulująca), "angażująca/odwracająca" (syn zastępujący ojca jako idealizowany obiekt miłości) oraz posługiwała się "presją na osiągnięcia" by pacjent zaspokajał jej potrzeby. Traumatyczne stworzyły poważnie zaburzoną relację edypalną z jego ojcem skutkującą zarówno nerwicą objawową jak i charakterologiczną. Obie te złośliwe struktury zostały zdekonstruowane w tej terapii.

Według moich kryteriów pacjent zakończył terapię jako odmieniony człowiek. Zdrowa asertywność zastąpiła lękowe podporządkowanie. Zaktualizowane zostały jego autentyczne pragnienia bliskości z żoną i męskimi przyjaciółmi. Zaniknął lęk i znormalizowało się zaburzenie obsesyjno-kompulsywne

(OCD). Zmiany te utrzymały się do czasu sesji kontrolnej po 6 miesiącach od zakończenia terapii.

Terapeutyczne przedsięwzięcie podejmują wspólnie dwie osoby - pacjent i terapeuta. Terapeuta słucha, przyswajając informacje o historii i dynamice, które aktywują jego umysł. Posługując się techniką ISTDP może on dotrzeć do nieświadomości pacjenta w znacząco krótkim czasie, korzystając z interwencji wynalezionych przez Dawanloo i dopracowanych przez Malana. Jeżeli diadzie terapeutycznej uda się przezwyciężyć ograniczenia przed doświadczaniem emocji powiązanych z traumą, to możliwa jest szybka i długotrwała zmiana. Głęboko odczuwane długotrwałe wglądy emocjonalne podtrzymują pacjenta i wzmacniają zmiany dokonane w trakcie psychoterapii.

Bibliografia