

Kleopatra Psarraki*

PSYCHODRAMA I TRUDNY PACJENT**

PSYCHODRAMA AND A DIFFICULT PATIENT

Autorka, charakteryzując cechy osobowości pacjentów borderline i pacjentów psychotycznych oraz głównych mechanizmów obronnych, którymi posługują się tego typu osoby, dokonuje refleksji nad możliwościami stosowania psychodramy w ich leczeniu. Artykuł wskazuje na te zalety psychodramy, które w odpowiedni sposób spożytkowane przyczyniają się do uzyskania pozytywnych efektów w pracy metodami psychoterapii grupowej.

**psychodrama
borderline patients**

Summary. The author when characterizing the personality traits of borderline and psychotic patients, and their main defence mechanisms makes the reflection on the possibilities of using psychotherapy in their treatment. The paper indicates on these good sides of psychodrama which – used in proper way – cause opositive effects in work with group therapy methods.

Wprowadzenie

Celem psychodramy jest zgłębienie zarówno wczesnych doświadczeń urazowych pacjenta, jak i tego, w jaki sposób wpływają one na jego życie, na jego „tu i teraz” w grupie. Jednak w psychodramie, odmiennie niż w analizie snów czy wolnych skojarzeń, bądź śledzenia aktywności werbalnej w grupie, wyparte nieświadome treści uzyskują kształt w udratyzowanych przedstawieniach odgrywanych na scenie. Pierwotne relacje z obiektami uwidaczniają się w odgrywanych scenach zgodnie z opowieścią (scenariuszem), którą do dramatyzacji za każdym razem wybiera sam podmiot. Sposobność badania wewnętrznego świata ukrytych emocji, wypartych wspomnień umożliwia danej osobie zdobycie lepszej wiedzy o sobie i o rolach, które zazwyczaj odgrywa w swoim życiu. Daje to również możliwość eksperymentowania z nowym sposobem bycia, zwłaszcza gdy scenariusz przedstawia wydarzenie, które dopiero ma nastąpić, lub dotyczy sytuacji wyobrazeniowej.

Te zalety psychodramy są dobrze znane wszystkim tym, którzy praktykują tę technikę. Nie są to oczywiście jedyne jej dobre strony, niemniej jednak właśnie na nich będziemy się chcieli skupić, gdyż mają one szczególne znaczenie w leczeniu tzw. trudnego pacjenta, to znaczy pacjenta z osobowością borderline czy psychotycznego.

Na początku musimy się odwołać do głównych mechanizmów obronnych i cech charakteryzujących te dwa typy psychopatologiczne.

* Autorka jest psychoterapeutką, członkiem Hellenic Psychiatric Association i Hellenic Association of Group Analysis and Psychotherapy.

** Tekst ten został wygłoszony przez Autorkę na VII Międzynarodowej Konferencji Psychodramy PiFE „Ogrody ról”, która odbyła się w Krakowie w dniach 2–4 września 2005 roku.

Psychopatologia borderline i psychopatologia psychotyczna członków grupy

Cechy osobowości borderline można zawrzeć w następujących punktach:

- niestabilność i duża intensywność relacji
- doświadczanie uczuć depresyjnych, odczuwanie pustki bądź nieustannego lęku przed tym, że zostanie się opuszczonym przez ukochane osoby
- bardzo poważne trudności w kontrolowaniu swoich silnych potrzeb czy zaakceptowaniu frustracji tych potrzeb do takiego stopnia, że:
- można nie panować nad swoimi emocjami i mieć tendencję działań charakteryzujących się przemocą lub autodestrukcyjnych (acting-out)
- pojawiają się myśli prześladowcze bliskie psychotycznym.

Wielu psychoanalityków, między innymi Otto Kernberg [1], upatruje korzeni tych trudności w procesach separacji/indywidualizacji. Oba te procesy dotyczą tego okresu psychicznego rozwoju dziecka, w którym ma ono możliwość dokonania rozróżnienia pomiędzy sobą a innymi jako odrębnymi istnieniami. U jednostek z osobowością borderline to rozróżnienie pomiędzy ja i nie ja jest niecałkowite, tak więc granice pomiędzy psychiczną a zewnętrzną rzeczywistością są zamazane i niestabilne, niemniej jednak istnieją. W momencie krytycznym, gdy doświadczają one silnych emocji, nie potrafią rozpoznać granicy pomiędzy ja i nie ja. Ten drugi odbierany jest przez nie jako obiekt, lecz jako część ich samych (dochodzi do zlania się — fusion).

Możliwe zatem są tu dwie skrajne postawy: albo pozostawanie z dala od obiektu i zachowanie poczucia tożsamości, z czym wiąże się poczucie samotności, pustki i doznawanie onnipotentnych urojeń, albo stworzenie z kimś związku i doświadczanie lęku przed psychotycznym zlaniem się czy przed intruzją ze strony obiektu.

Osoby z zaburzeniami typu borderline nieustannie oscylują pomiędzy tymi dwiema skrajnościami i często same osadzają się w jakiejś szczególnej roli społecznej: „naładowany”, „anarchista”, „rewolucjonista bez celu”. Kruche ego osobowości borderline może znaleźć, na jakiś czas, schronienie w tych tożsamościach, które stają się statyczne, aby chronić jaźń. Z drugiej strony „zdrowe” osoby mogą, często podświadomie, próbować nadawać taką tożsamość jednostce z osobowością typu borderline, aby ochronić siebie przed ryzykiem uświadomienia sobie własnych „szaleństw”.

Spółeczna rola kozła ofiarnego, która — na poziomie wyobraźniowym — uwalnia „nieszalone” jednostki od ich własnych prymitywnych instynktów, jeszcze częściej przyjmowana jest przez osoby psychotyczne.

Osoby te doświadczają chwilowych depersonalizacji, którym towarzyszy uczucie lęku przed utratą wewnętrznych granic, w związku z pojawieniem się zewnętrznego zagrożenia, które może zmiażdżyć ego (psychotyczna dezintegracja). Osoby psychotyczne muszą bezzwłocznie zmierzyć się z tym zagrożeniem poprzez przerwanie spójności pomiędzy wewnętrznym a zewnętrznym światem, za pomocą ochronnej tarczy, która ma wykluczyć jakikolwiek kontakt z obiektem. Jedną z najpowszechniejszych obron jest wycofanie się ze świata zewnętrznego i wykorzystanie w komunikowaniu się z nim swoistych interfejsów, takich jak na przykład majaczenie (delirium), w powiązaniu z silną identyfikacją projekcyjną, za pomocą której obiekt ma odpowiadać zgodnie z fantazjami. Jednak mimo to okazuje się, że ochronna tarcza nie wystarcza, gdyż te osoby często czują się pofragmentowane.

Ich procesy umysłowe także muszą się usztywnić, aby móc narzucić swoją rzeczywistość — pełną obiektów prześladowczych. Bion [2] pokazał, jak ważnym aspektem osoby psychotycznej jest gwałtowne pragnienie zniszczenia zasady rzeczywistości, która zagraża jej ego. W związku z tym ataki wycelowane są w innych (na przykład w terapeutę), a projekcyjna identyfikacja przyjmuje postać wtargnięcia (intrusion).

Pojęcia kontenera czy kontenerowania [2] stają się bardzo ważne, jeśli chodzi o leczenie osób psychotycznych. Psychotyczne osoby próbują komunikować to, co czują, poprzez swoje projekcyjne identyfikacje i pragną, aby inni doświadczyli tego, czego oni doświadczają. Ten rodzaj komunikacji podobny jest do acting-out. Jednak, gdy już dochodzi do acting-out, atakowana jest zdolność myślenia. Doświadczenie otoczenia jako takiego, które niejako „obstaje” przy czyichś atakach i zwrotnie, choć w dojrzałszy i łagodniejszy sposób, wytwarza czyjeś projekcyjne identyfikacje — rozprasza lęki i zapewnia osobę psychotyczną, że jej emocje mają jakąś nazwę, a działania jakieś wyjaśnienie. Zatem kontenerowanie przez innych pozwala na stopniowe pomieszczanie własnych emocji i na werbalne ich komunikowanie.

Podobnie jak leczenie oparte na przepracowaniu obron, a zwłaszcza rozszczepienia (wszystko jest albo tylko dobre, albo tylko złe), tak leczenie tego, co tu i teraz, dla osób z zaburzeniami typu borderline jest terapią z wyboru. Konfrontacja z rzeczywistością jest bardzo ważna, aby mogły nabyć umiejętności rozróżniania pomiędzy swoimi projekcjami a rzeczywistością innych. Jest to też sposób na dokończenie procesu separacji/indywidualizacji.

Dlaczego psychodrama?

Powstaje więc pytanie: co psychodrama może zaoferować w leczeniu tych dwóch trudnych zespołów psychopatologicznych? Zaczniemy od tego, że psychodrama jest techniką grupową, w której obok ekspresji werbalnej ma miejsce również ruch, mimika i działania. Grupa stanowi dla tych wyizolowanych i poranionych osób środowisko zachęcające [3] w takim sensie, że pozostali członkowie grupy zapewniają — poprzez komentarze, opowieści, wyrazy uczuć troski i zrozumienia — podtrzymanie (holding). Wszystko to pozostaje w kontraście z tym, w jaki sposób środowisko społeczne wyklucza takie osoby z powodu ich „niepoczytalności”.

Grupowa sytuacja wyzwala też możliwość przeniesienia wspomnień i emocji na więcej niż jedną osobę. Takie rozrzedzenie przeniesienia [4] pomaga ominąć trudny moment, który pojawia się w każdej indywidualnej analizie, kiedy na przykład pacjent doświadcza skrajnie silnych emocji do terapeuty, przeżywając go jako albo życzliwego i potężnego Boga, albo też największe zło. Technika grupowa oznacza również to, że jednostka nie może być zrozumiana inaczej niż poprzez dynamikę sesji grupowej. Postawy i uczucia każdego z członków wpływają na innych i poddają się ich wpływom. Tak więc w naszym przypadku gra dotyka każdego i ulega wpływom gry innych.

Wybór pomocniczych ego, ich zaakceptowanie czy odmowa akceptacji, muszą być rozumiane zarówno w kontekście historii indywidualnej, jak i relacji interpersonalnych w grupie na konkretnej sesji. Ego pomocnicze to rozdane role, tak więc reprezentują one nieświadomość, a w tym ukryte lub odszczepione części jaźni protagonisty. Podczas odgrywania ról części te można dostrzec i są one wówczas łatwo dostępne.

W trakcie psychodramy rozwój relacji interpersonalnych naświetla pierwotne relacje z obiektem dużo wyraźniej i łagodniej niż interpretacje werbalne. Osoba odczuwa je i działa zgodnie z nimi. Ma swobodę przedstawiania ich w taki sposób, by być bliżej swoich potrzeb psychicznych: czy to poprzez wyraz twarzy, czy prawdziwe opowieści, czy też wymyślone scenariusze. Trudni pacjenci będą to robić nieświadomie, działanie bowiem jest dużo bliższe nieświadomości niż język, a także dlatego, że odgrywanie nie stanowi zagrożenia. W końcu wszystko wydarza się na poziomie wyobraźniowym. Ten fakt pomaga trudnym, a zwłaszcza psychotycznym pacjentom porzucić sztywne obrony i zaprezentować mechanizmy rozszczepienia. Trudni pacjenci mogą, przynajmniej na początku leczenia, być nieświadomi tego, jakie znaczenie mają ich przedstawienia. Odgrywają oni zazwyczaj ciągle te same role czy takie same historie, jak gdyby nieustannie chcieli pozbyć się swoich wyobraźniowych zagrożeń i prześladowczych myśli. Zwłaszcza psychotyczni pacjenci mają większą łatwość w odgrywaniu czegoś wyobraźniowego, co koresponduje z ich wymyślonymi zagrożeniami i lękami. Chorzy z omamami z pewnością będą w stanie odgrywać tylko swoje omamy. To, co jest tu najistotniejsze, to sprowokowanie ich do tego, by sami odgrywali i grali z innymi. Ma to znaczenie z dwóch powodów. Jeden z nich dotyczy obecności innych na scenie — nie wyłączając psychodramatysty — która zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi psychotycznemu, jako że części jego psychiki reprezentowane przez innych dlatego pozostają bezpieczne, że są osłonięte przed jego destrukcyjnymi pragnieniami. Drugi powód to to, że pozostali członkowie nie stoją beznadziejnie na scenie, oni działają i odpowiadają na zachowania protagonisty, tak więc odzwierciedlają swoją grą jego wewnętrzną jaźń. W taki sposób zostaje więc przełamany psychotyczny monolog.

Fakt, że scenariusz może nie oddawać prawdziwego wydarzenia z życia, przynajmniej w sensie dosłownym, przynosi ulgę osobie psychotycznej, której historia i wczesne doświadczenia mogą być bardzo urazowe. Na scenie wytwarza się pewien dystans. Scena nie stanowi prawdziwego życia, a czas dramatu nie jest czasem realnym. Ów dystans pozwala na zapoczątkowanie dialogu, w pierw ze światem wewnętrznym, a potem z pozostałymi członkami grupy, zarówno na scenie, jak i później, poza nią. Dialog ten może być niezwykle, może przyjmować formę przekazywania czyichś „naładowanych” myśli, złudzeń (illusions), lecz od momentu, gdy omamy mogą być zakomunikowane innym osobom, przestają być majaczeniem. Stopniowo możliwe staje się dostrzeganie innych, choć wciąż istnieje ryzyko, że przysłonią je projekcje psychotyczne, niemniej jednak, poprzez przedstawienie grupie swoich złudzeń czy majaczenia, osoba psychotyczna okazuje pewien rodzaj zaufania wszystkim, z którymi się tym podzieliła. Psychodramatysta i niektórzy, bardziej dojrzały, członkowie grupy, którzy widzieli już takie przedstawienia na scenie, rozumieją to, z czego, jak na razie, osoba psychotyczna nie potrafi zdać sobie sprawy, tak więc, oglądając i komentując potem grę, ułatwiają jej zrozumienie.

W przypadku głębokich zaburzeń typu borderline, gdy osoba cierpiąca na nie jest bliższa załamania psychotycznego, odgrywanie stanowi bardziej lub mniej ochronną tarczę. Mniej więcej tak, jak działa ona dla psychotycznych członków grupy. Jednak u jednostek z osobowością borderline zachowane jest poczucie rzeczywistości i jest ona bardziej zdolna do tego, by przedstawić coś ze swojej osobistej historii. W tym przypadku często stajemy przed pełnym dramatem bardzo silnych emocji, które nieomal grożą zniszczeniem settingu, konfrontujemy się tu z tendencją do przekształcania ich w działania tzw. acting-outu, co oznacza rozładowanie uczuć, a nie ich odegranie. Jest to w zasadzie kluczowe dla symptomatologii borderline: rozładowanie w miejsce symbolizacji. Interwencja psy-

chodramatysty ma polegać na ochronie settingu i pomocy protagoniście z osobowością typu borderline w przekształceniu jego pragnienia, by niszczyć, jak też jego lęku przed zrealizowaniem takiej destrukcji w działania mające sens. Zatem psychodramatysta musi zabezpieczyć „warunek na niby” i przez to zabezpieczyć rozróżnienie pomiędzy tym, co realne, a tym, co wyobrażeniowe. W swoim wysiłku psychodramatysta ma za sprzymierzeńca fundamentalną psychodramatyczną regułę symulowania, a nie bezpośredniego działania, oraz podwójną możliwość, jaką oferuje jego technika: działania, po którym następuje mówienie. Pacjent z osobowością borderline jest zachęcany do tego, by mówił podczas grania, by znajdował wyrazy dla swoich działań i uczuć. Werbalna komunikacja przekształca acting-out w działanie niosące jakieś znaczenia i ochrania przed regresją do stanu psychotycznego.

Zakończenie

Powyższe rozważania możemy podsumować zdaniem, że psychodrama jest jak mechanizm przemieszczania (displacement) w procesie marzenia sennego. To przemieszczanie dotyczy tu tego, w jaki sposób, podczas odgrywania, przetwarzane są wewnątrz- i międzyosobowe relacje. Zarówno sen, jak i gra na scenie są drogami ekspresji nieświadomości, jednak, odmiennie niż w procesie marzenia sennego, odgrywanie wykorzystuje symbolikę jako narzędzie do zdania sobie sprawy z nieświadomych popędów, tutaj bowiem jednostka napotyka swój obiekt, czy to symboliczny czy wyobrażeniowy, i niejako stwierdza: „Gram razem z tobą, lecz także przed tobą”. Tak więc rzeczywistość współlistnieje z wyobraźnią, nie jest katalizowana.

Psychodrama udaremnia też typowe obrony i role, za którymi jednostka chowa się, aby ochronić swój wewnętrzny świat i swoją jaźń. Psychodrama nie pozwala na stagnację czy na „przygotowanie się do roli”. Wraz z umożliwieniem komunikacji, otwierają się też nowe sposobności w życiu i nowe role okazują się możliwe. Gdy w końcu pacjent zdystansuje się od swoich zwyczajowych ról na scenie, może je opanować w życiu i uwolnić się od nich. Wkład grupy polega tu na tym, że wspiera ona czyjeś wysiłki rozpoznając te codzienne role i stymuluje do zdania sobie z nich sprawy oraz porzucenia ich.

Ostatecznie, głównym celem grupy psychodramatycznej, także jej członków z najgłębszymi zaburzeniami, jest stopniowa nauka komunikowania się, rozumienia siebie wzajemnie, a właściwie życia ze sobą. Inne jednostki w grupie stają się punktami odniesienia, jeśli chodzi o to, co można, a czego nie da się zmienić w sobie i to staje się faktem, który w końcu zaczynają akceptować. Koniec końców — psychodramatyczne katharsis działa zarówno na poziomie wewnątrzosobowym, jak i międzyludzkim.

Piśmiennictwo

1. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
2. Bion WR. Differentiation of the psychotic from the non psychotic part of the personality. *Int. J. Psychoanal.* 1957; 38: 266–275.
3. Winnicott, 1965. *The Maturational processes and the facilitating environment; studies in the theory of emotional development.* London: Hogarth Press and the Inst-of-Psa.
4. Kaës R. in. *Le psychodrame psychanalytique de groupe.* Dunod: Paris; 1999.

Adres: kleopsar@hotmail.com