

PSYCHOTERAPIA 1 (164) 2013

strony: 55–66

Hanna Jaworska

**IMPRESJE PORÓWNAWCZE PSYCHODYNAMICZNYCH METOD  
PSYCHOTERAPII KRÓTKOTERMINOWEJ Z ZASTOSOWANIEM  
PSYCHODRAMY W MODELU RASZTOWSKIM I ISTDP  
(INTENSYWNEJ KRÓTKOTERMINOWEJ PSYCHOTERAPII  
PSYCHODYNAMICZNEJ)**

**COMPARATIVE IMPRESSIONS OF SHORT TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY METHODS:  
RASZTOW MODEL USING PSYCHODRAMA TECHNIQUE AND ISTDP (INTENSIVE SHORT  
TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY)**

Centrum Psychoterapii SWPZPOZ Warszawa

Kierownik: dr Ludwik Bryła

Gabinet Psychoterapii w Warszawie

**ISTDP  
psychodrama  
short term therapy**

*Autorka przedstawia zastosowanie techniki wizualizacji w procesie terapii. Zwraca uwagę na warunki jej bezpiecznego stosowania, takie jak: sojusz terapeutyczny, zdolność do samoobserwacji i siła ego pacjenta, superwizja. Podkreśla centralne znaczenie patologii superego oraz zaburzeń więzi w genezie objawów zaburzeń psychicznych.*

**Summary:** The author describes two different methods of short-term psychotherapy which are based on David Malan's understanding of the source of patient disorder and meaning of symptoms. Diagnosis of symptoms of the focal conflict with which the patient comes for therapy, leads to a diagnosis of the core-conflict in early childhood which is responsible for creating anxiety and defenses. They block the adaptation and healthy development of the patient. In the model introduced by O.L.N. Raszutow forty years ago, patients in the therapeutic group underwent a corrective experience. They learned new more adaptive ways of functioning. The therapeutic process is intensified by the psychodrama technique. The author is describing the yet not well known in Poland approach, based on Malan's concept of triangle of conflict and triangle of persons (transferences). Habib Davanloo's method known under abbreviation ISTDP is based on this concept. In the final stage of intensive therapeutic work in this approach, the patient is to be liberated from the core-conflict. Specific psychodramatic technique of visualization is used. The patient is supposed to experience the consequence of murderous rage towards the primary aggressor, go through the mental execution on him, then through burial and experience of grief and in that way freeing the space for love within himself. The author is pointing out advantages and dangers in both methods.

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia psychodynamiczna, znana pod skrótem ISTDP (intensive short term dynamic psychotherapy), weszła w Polsce do wachlarza szkoleń i niebawem pierwsi certyfikowani adepci tej metody udostępnią swe nowo nabyte kwalifikacje pacjentom. Nie jest moją intencją reklama krótkoterminowych metod z ich wartościowaniem — lepsze, gorsze. Pragnę pokazać czytającym ten tekst profesjonalistom, na przykładzie mało u nas znanej ISTDP, odmienność dróg terapeutycznych, które obie wywodzą się z rozpoznania w pacjencie aktualnego konfliktu, inaczej zwanego konflik-

tem fokalnym lub ogniskowym. Wskazuje on bowiem na istnienie konfliktu centralnego, inaczej zwanego jądrowym, będącego nieświadomie odtwarzanym źródłem objawów i cierpienia pacjenta.

W artykule używać będę określeń: konflikt jądrowy i konflikt ogniskowy. Konflikt jądrowy to konsekwencja traumatycznego, trwającego dłuższy czas przeżycia, niezaspokojenia niezbywalnych dla prawidłowego rozwoju dziecka potrzeb. Niezaspokojenie dotyczy może potrzeby miłości, opieki, odzwierciedlenia, bezpieczeństwa, również fizycznego, zaspokajania głodu. W przeżyciach odciskających się trwałym śladem w psychice dziecka są również rozstania z ważnymi opiekunami z powodu hospitalizacji czy innych okoliczności życiowych. Podstawowe niezaspokojenie wywołuje w dziecku emocje o niszczącej kruchą psychikę sile. Im wcześniejsze frustracje, tym bardziej pierwotne impulsy wściekłości, agresywnego ataku; ich konsekwencją jest powstanie lęku. Następstwem — wytwarzanie różnorodnych mechanizmów obronnych odsuwających identyfikację źródeł cierpienia. Gdy siła jądrowego konfliktu jest zbyt duża, aby dziecko mogło wytworzyć skuteczne mechanizmy obronne i przejść do dalszego rozwoju — wewnętrzny konflikt ujawnia się w postaci projekcji tych dawnych przeżyć na relacje z aktualnego życia pacjenta. Nazywamy go konfliktem ogniskowym. Tak więc konflikt ogniskowy jest nieświadomą projekcją uczuć charakterystycznych dla konfliktu jądrowego. Ujawnia się w aktualnym życiu pacjenta i blokuje jego rozwój. Można metaforycznie powiedzieć, że konflikt jądrowy rozpala ogniska konfliktu wewnętrznego, które odtwarzają dawne traumatyczne przeżycia, choć realność życia pacjenta jest już od nich odległa.

Odmienność ISTDP pokażę na przykładzie metody krótkoterminowej grupowej psychoterapii psychodynamicznej z zastosowaniem technik psychodramatycznych, którą nazywam w tekście modelem rasztofskim [1].

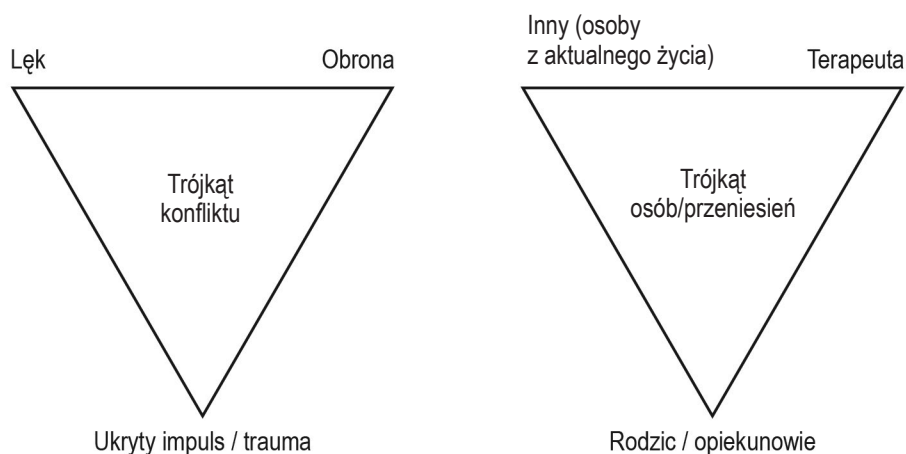
Pragnę zasygnalizować wyjątkową rolę, jaką w metodzie ISTDP pełni wizualizacja. Takie wykorzystanie techniki psychodramatycznej, choć pionierskie i niepowtarzalne, poza metodą ISTDP, nie zostało w dostępnych opisach jasno wyodrębnione. Aby przedstawić zarówno teoretyczną bazę wspólnoty obu modeli krótkoterminowej psychoterapii, jak i różnice z implikacjami dla przyjętych metod, przypomnę krótko ich historię.

Teoria, wprowadzonej do psychoterapii w Polsce w 1963 r. przez Ośrodek Leczenia Nerwic Rasztofs, krótkoterminowej, zogniskowanej psychoterapii psychodynamicznej miała kilku ojców. Wspólnym impulsem była dla nich psychoanaliza Zygmunta Freuda. W procesie naukowej separacji odrębnie określili oni swoje koncepcje, nie odcinając się od źródła.

Wypracowując styl pracy zespołu rasztofskiego sięgnęliśmy do modelu stworzonego w Tavistoc Clinic w Londynie przez Davida Malana [2] oraz Michała Balinta i wsp. [3]. Cel terapii wzbogaciliśmy zdefiniowanym przez Alexandra i Frencha [4] korektywnym doświadczeniem. W metodach pracy z pacjentami szeroko stosowaliśmy techniki psychodramatyczne, wzorowane na francuskiej, psychoanalitycznej szkole psychodramy [5, 6, 7]. Praca terapeutyczna skierowana była na umożliwienie pacjentowi rozpoznania i przeżycia konfliktu ogniskowego (zwanego też zamiennie bieżącym lub fokalnym) i pierwotnego konfliktu jądrowego — na poziomie indywidualnym i grupowym (wspólny mianownik grupy). Konsekwencją linii terapeutycznej prowadziła do zdobycia i przepracowania przez pacjentów korektywnego doświadczenia [1]. Model ten dostosowaliśmy z czasem

do różnorodnych grup głębiej zaburzonych pacjentów, z przewagą zaburzeń borderline, a ostatnio bulimicznych. Wszedł on do praktyki krótkoterminowych psychoterapii o psychodynamicznym, analitycznym rodowodzie. Mistrzem analitycznego rozumienia procesów grupowych był i pozostał dla nas S.M. Foulkes [8]. Taka jest nasza historia.

David Malan [9], niekwestionowany mistrz opisów procesów krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, zakorzenionej w psychoanalitycznych źródłach, w 1979 r. pokazał i upowszechnił swoją już wcześniej uznaną teorię w formie obrazowego modelu dwóch trójkątów wglądu. Przedstawiam ten model jako narzędzie porządkujące myślenie o pacjencie już na poziomie diagnozy i dalszej, krótkoterminowej terapii.



Rys. 1. Trójkąt konfliktu i trójkąt osób/przeniesień

Trójkąt konfliktu pokazuje ścieżkę powstawania objawów. Ukryty impuls — to wywołana wczesną, pierwotną, silną traumą mordercza wściekłość, furia. Konsekwencją intensywności tego uczucia jest lęk. Aby uwolnić się od lęku — tworzony jest system obron, zakrywających to pierwotne uczucie. Gdy pojawia się sygnał impulsu pierwotnego, wywołuje różnorodne symptomy w ciele, nie identyfikowane świadomie jako lęk. Następstwem są uruchamiane nawykowe obrony. Symptomy lęku niedopuszczające do zadziałania mechanizmów obronnych są wskaźnikiem siły i pierwotności traumy.

Trójkąt osób to obraz przeniesień. Wierzchołek trójkąta to rodzice, opiekunowie lub inne osoby z wczesnego dzieciństwa wywołujące w dziecku silną traumę. Inny — to ktoś z aktualnego życia, np. partner, zwierzchnik, wobec którego odtwarzane jest uczucie traumy pierwotnej; wobec terapeuty, „tu i teraz”, w relacji, pacjent odtwarza przeniesieniowo uczucia z traumy pierwotnej.

Trójkąt konfliktu wiąże z trójkątem osób to, że uczucie, kryjące pierwotny impuls, kierowane jest do jednego z trzech ramion obrazowo przedstawionego trójkąta. Trójkąty stojące na jednym z wierzchołków obrazują fakt, iż większość dynamicznych terapii sięga poza obronę i lęk do ukrytego impulsu/uczucia. Wywodzi je od terażniejszości do źródeł z przeszłości, zwykle z relacji z rodzicami/opiekunami.

Trójkąt osób odpowiada trójkątowi czasu. Inny — to naznaczone przeniesieniem relacje z życia, aktualne lub niedawne; terapeuta — to „tu i teraz”, a rodzice — przeszłość odległa.

W rasztowskim doświadczeniu, myślenie o pacjencie objętym krótkoterminową terapią, w kategoriach konfliktu i przeniesień (nie znaleźmy obrazowego modelu trójkątów), przełożone na język psychodramatyczny ułatwia odczytanie wspólnego mianownika, wydobyć i nazwać konflikt ogniskowego i jądrowego, umożliwi pacjentowi przeżycie korektywnego doświadczenia. Przedstawione to zostało w wielu publikacjach [1] i realizowane w szkoleniach Instytutu Analizy Grupowej Rasztów.

Tu nasze drogi wspólnoty teoretycznej i techniki pracy z pacjentem rozeszły się. ISTDP poszło innym tropem. Ponieważ wykorzystuje jedną z technik psychodramatycznych, jaką jest wizualizacja, do finalnego rozwiązania konfliktu jądrowego pacjenta — tę inną drogę którą idzie ISTDP tu sygnalizuję. Przedstawię krótko historię tej interesującej w swej odmienności metody.

W latach 70. David Malan otoczony był ustaloną już renomą mistrza krótkoterminowej terapii, opartej na freudowskim modelu edypalnym, wyrażonym opisanym tu wcześniej obrazem trójkątów konfliktu i przeniesień. Zainteresował się krótkoterminową terapią, zaprezentowaną przez charyzmatycznego, amerykańskiego konsultanta klinicznego Habiba Davanloo. Nawiązał z nim współpracę, która trwała 12 lat. Co zafascynowało wytrawnego mistrza Malana tak, że poświęcając się wzmocnieniu teorii Davanloo, zaniechał dotychczasowej, owocnej praktyki? Możemy tylko przypuszczać, że stosowanie nowej metody wymagało cech osobowości, których pełen dystansu i opanowania Anglik nie miał.

### **Jaki inny aspekt rozumienia pacjenta wniósł twórca ISTDP Habib Davanloo?**

Używając modelu trójkąta konfliktu i trójkąta osób, rozszerzył rozumienie hasła rodzice. Mieszczą się w nim ważne, znaczące osoby z życia dziecka, które je zaniedbywały — może być ich kilka. Swą nowatorską teorię zawarł w wydanej w 1990 r. książce *Kliniczne manifestacje patologii superego* [10]. Zmodyfikował w niej pogląd Freuda, iż superego w historii rozwoju jednostki ustanawia się późno i zaczyna działać po rozwiązaniu kompleksu okołotedypalnego. Davanloo stwierdził, iż superego może odgrywać aktywną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu nerwicy już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Dzieje się tak na skutek zaburzenia lub trwalszego uszkodzenia emocjonalnej więzi pomiędzy dzieckiem a opiekunem. Dziecko reaguje sadystyczną, morderczą wściekłością. Wynika z niej przeżycie straty ukochanej osoby, prowadzące do poczucia winy. Poczucie winy jako sadystyczne superego atakuje ego dziecka. Traumatyczne doświadczenie, mordercza wściekłość i jej rezultaty — poczucie winy i żalu — wypierane są do nieświadomości. Ego dziecka, uwięzione pomiędzy wściekłymi impulsami id i presją sadystycznego superego, nie może się umocnić i zdrowo rozwijać. Często identyfikuje się z sadystycznym superego, niszcząc siebie lub innych.

Davanloo propagował model krótkoterminowej pracy z pacjentem, którą zawierał zwykle w 3–4 wielogodzinnych sesjach. Praca następowała po 3-godzinnej sesji diagnostycznej, traktowanej jako terapia próbna. Na pierwszej sesji pacjent uczył się rozpoznawać używane przez siebie mechanizmy obronne, odczytywać lęk wyrażany przez ciało oraz

otrzymywał wstępną diagnozę konfliktu jądrowego. Dalsze sesje to przepracowywanie zepchniętej do nieświadomości wściekłości wobec pierwszych, zaniedbujących opiekunów. Wściekłość ta uruchomiła ścieżkę lęku i obron, i sparaliżowała ego pacjenta. Finałem udanej krótkoterminowej terapii była wizualizacja morderczej furii wobec pierwotnego agresora w fantazji podobnej do snu na jawie. Dotąd impuls zepchnięty do nieświadomości utożsamiany był przez pacjenta z morderczym działaniem. Bezpieczne zastosowanie techniki wizualizacyjnej możliwe jest tylko wtedy, gdy w prowadzonej metodą ISTDP terapii zostaje wzmocnione, a nawet wręcz zbudowane ego pacjenta ze zdolnością do obserwacji, a zdrowe superego, reprezentowane przez terapeutę, znalazło już w pacjencie swoją przestrzeń i stało się gotowe do rozprawienia z reprezentacją wewnętrznego agresora.

Wizualizacja oparta jest na fantazji płynącej z wyobraźni pacjenta. Ta szczególna forma psychodramy pozwolić miała pacjentowi na przeżycie morderczego odwetu. Kierowany pytaniami terapeuty wyobrazić miał sobie i werbalizować dokonywaną mentalnie egzekucję na pierwotnym prześladowcy, łącznie ze szczegółami pogrzebu. Następstwem były uczucia żaloby i smutku, a w konsekwencji ostateczne rozstanie z wewnętrznym agresorem. Takie oczyszczające doświadczenie otwierać miało w życiu pacjenta przestrzeń do miłości i kończyło terapię.

Krótkoterminowa intensywna psychoterapia psychodynamiczna wchodzi do oferty terapeutycznej w Polsce. Ze względu na fundamentalną rolę, jaką odgrywa w niej technika wizualizacji, przedstawiam skrótowo, jaką drogą do pożądanego finału dochodzi. Pacjent zgłasza się na terapię zdominowany lękiem lub sparaliżowany syntonicznymi obronami. Według Davanloo obrony zostały wytworzone pod dyktando patologicznego superego i mają funkcję destrukcyjną. To zasadnicza różnica w porównaniu z psychoanalitycznym rozumieniem, które przypisuje obronom rolę adaptacyjną. Przypominam: w koncepcji ISTDP sojusz terapeutyczny może zostać zawiązany dopiero wtedy, gdy ego, uwolnione od paralizujących nacisków id i chorego superego, nabierze sił do pełnienia swej obserwującej funkcji. Wzmocnione reprezentowanym przez terapeutę zdrowym superego zjednoczy się w walce o swoją wolność. Według Davanloo terapeuta ma „kochać pacjenta i nienawidzić jego obron”. Celem tej krótkoterminowej terapii jest więc dotarcie do nieświadomości i dezaktywacja pierwotnego impulsu wściekłości w procesie wizualizacji.

Aby pożądaný kierunek pracy z pacjentem mógł zaistnieć, terapeuta stosujący model ISTDP powinien poprawnie zidentyfikować sprawców emocjonalnego zaniedbania dziecka, rozpoznać patologię ich superego i superego ofiary, ponieważ ofiara zidentyfikowała się z tą formą emocjonalnego nadużycia i stała się swoim własnym prześladowcą. Terapeuta ma więc rozpoznać ignorujące, zaniedbujące lub pomniejszające ważność pacjenta oczy i głosy jego patologicznego superego, jest to bowiem zinternalizowany głos prześladowczego opiekuna. Mając tak jasny obraz pacjenta, terapeuta staje się w terapii reprezentantem zdrowego superego, sojusznikiem wyłaniającego się ego pacjenta.

Kwalifikując do tak konfrontacyjnej formy terapii, terapeuta w pierwszej, 4-godzinnej diagnostycznej sesji musi prawidłowo określić adaptacyjne możliwości ego pacjenta, aby w finale wizualizacji nie doprowadzić do dekompensacji na poziomie psychotycznym. Sprawdza, czy pacjent potrafi opisać swój wewnętrzny problem, czy chce go zbadać oraz czy wyraża gotowość przyglądania się temu konkretnemu problemowi razem z terapeutą. Wykonuje z pacjentem próbną pracę, zapoznając go z metodą i podaje wstępną

interpretację. Jeśli w drugim spotkaniu okaże się, że pacjent zareagował zmniejszeniem lęku i wykazuje zdolność do refleksji — rozpoczynają współpracę. W modelu Davanloo wystarczą 3–4 wielogodzinne sesje, najczęściej około dwudziestu długich spotkań. Jednak współczesne terapie głębszych zaburzeń potrzebują nawet powyżej 100 wielogodzinnych sesji. Trudno wtedy przypisywać metodzie walory krótkoterminowości. Wszystkie sesje są w całości rejestrowane dwiema kamerami. Jedno nagranie dostaje pacjent, a druga kopia jest materiałem do superwizji.

Od pierwszych minut wspólnej pracy, terapeuta uczy pacjenta rozpoznawania trójkąta konfliktu i trójkąta osób. Rozpoczynają od rozpoznawania ścieżki lęku — od najzdrowszej regulacji przez mięśnie szkieletowe, sygnały płynące z układu współczulnego, jak przyspieszone bicie serca, suchość w ustach, uczucie ciepła—zimna lub wskazujące najwyższy poziom lęku manifestacje z układu parasympatycznego — biegunki, zaparcia, zwiększone wydzielanie kwasów żołądkowych „nogi jak z waty”, mdłości, wymioty. Sygnałem silnego lęku mogą być zaburzenia poznawcze — pacjent zaczyna źle widzieć, gorzej słyszy, ma trudności z koncentracją uwagi, doświadcza widzenia tunelowego, wszystko wokół wydaje się duże lub małe, wykazuje zaburzenia w orientacji w przestrzeni. Im gorsza regulacja lęku, tym większa patologia superego i słabsze możliwości adaptacyjne ego.

Patologiczne superego pacjenta chce, aby cierpiał. Pacjent postrzega to jako coś normalnego, swój los, przeznaczenie. Musi więc objawy lęku:

- ignorować,
- zaprzeczać im,
- minimalizować je,
- zaniebować.

Pacjent posługuje się systemem nawykowych, chronicznych, syntonicznych obron. Dostarczają mu one autodestrukcyjnej satysfakcji. Terapeuta rozpoznaje obrony w przejawach werbalnych takich, jak:

- projekcyjna identyfikacja,
- zaprzeczanie,
- spowalnianie lub przyspieszanie mowy,
- reakcja formacyjna,
- zbytnia szczegółowość w opisach,
- myślenie magiczne;

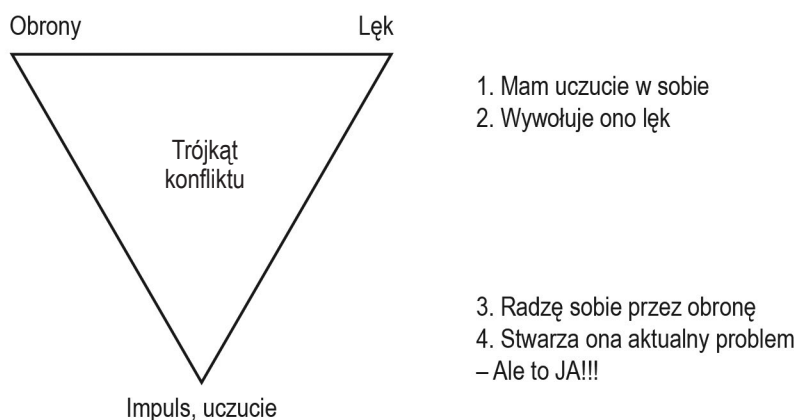
oraz w ekspresji niewerbalnej, jak:

- demonstracyjna obojętność,
- śmiech,
- uporczywy kontakt wzrokowy lub jego brak,
- westchnienia,
- ruchowe rozładowania napięcia,
- somatyzacja,
- seksualizacja.

Terapeuta ocenia, czy przeważają obrony regresywne czy obsesyjne, syntoniczne, przynoszące destrukcyjną satysfakcję, czy mniej nawykowe, dystoniczne. Obrony mogą działać

na poziomie bodźca — blokują wtedy postrzeganie, pacjent np. nie pamięta sytuacji, lub na poziomie reakcji — pacjent nie zauważa, że jest spięty. Obroną przed przetwarzaniem informacji jest racjonalizacja lub intelektualizacja. Aby skutecznie pracować w systemie ISTDP, terapeuta winien trafnie rozpoznawać obrony pacjenta.

Zwiększanie możliwości adaptacyjnych ego pacjenta wiąże się z nauczeniem, przez wielokrotne powtarzanie podczas każdej z wielogodzinnych sesji (nawet kilkadziesiąt razy), sekwencji rozróżniania, oddzielania bodźca od uczuć, uczucia od lęku, uczucia od obrony.



Rys. 2. Mechanizm uzyskania perspektywy wewnętrznej przez pacjenta. Trójkąt konfliktu

Przez eksternalizację uczucia złości, powodującej lęk i obrony, pacjent uzyskuje perspektywę wewnętrzną (rys. 2).

Przykład zależności między bodźcem a uczuciem: Terapeuta pyta np., jakie są uczucia pacjentki do męża.

Pacjentka — On mnie zawiódł.

Terapeuta — Jakie uczucia wywołało w Tobie to, że cię zawiódł?

Pacjentka — Jestem zraniona.

Terapeuta — Jakie uczucia wywołało w Tobie to, że cię zranił?

Pacjentka — Jestem oszukana.

Terapeuta — Jakie uczucia wywołało w Tobie to, że cię oszukał?

Pacjentka — Jestem porzucona.

Terapeuta — Jakie uczucia wywołało w Tobie to, że cię porzucił?

Przykład rozróżniania uczuć i obron:

Terapeuta — Jakie są twoje uczucia?

Pacjent — Czuję się zdystansowany — odłączony.

Terapeuta — To nie uczucie, ale sposób radzenia sobie z nim przez odcięcie się. Gdybyś nie odcinał się od uczuć, czy moglibyśmy zobaczyć, jakie uczucie kryje się pod tym?

Pacjent — Jestem zmartwiony, że mnie zdradziła.

Terapeuta — To sposób, w jaki radzisz sobie z uczuciem? Czy możemy przyjrzeć się, jakie to uczucie?

Pacjent — Martwię się, że mnie zdradziła.

Terapeuta — Martwienie się to nie jest uczucie, ale sposób ukrycia go. Gdybyś nie zakrywał uczucia martwieniem się (zachęcenie pacjenta, aby zwrócił się przeciw obronie), to, jak by ono się zmanifestowało?

Pacjent — Czuję, że ona nie powinna mi tego zrobić.

Terapeuta — Tak myślisz. To myśl, a nie uczucie. Zakrywasz uczucia myślami. Gdybyś nie zakrywał uczucia myśleniem, czy moglibyśmy się przyjrzeć, co kryje się pod nim?

Pacjent — Czuję się głupi, że z nią jestem.

Terapeuta — To atak na siebie, a nie uczucie. Gdybyś nie atakował siebie, czy moglibyśmy się przyjrzeć, jakie uczucie skrywasz?

Gdy dostrzegamy więcej patologii superego pytamy:

— Czy możesz zobaczyć mechanizm dewaluacji, którym się atakujesz?

— Czy nie sądzisz, że to mechanizm depresji?

— Czy nie sądzisz, że ten mechanizm dewaluacji wchodzi ci w drogę?

Gdybyśmy na moment zostawili dewaluację, czy moglibyśmy zobaczyć uczucia? (np. do męża, żony).

Sprawdzamy:

— Czy pacjent może zobaczyć mechanizm.

— Czy możemy pomóc mu oddzielić się od tego mechanizmu.

— Czy możemy sprawić, że zobaczy dystoniczność obrony.

Dopiero wtedy pacjent może zwrócić się przeciw obronie.

Gdy ego pacjenta jest mocne, gdy zobaczył i przeżył smutek z powodu destrukcyjności używanych obron, jest wtedy zdolny do wyobrażenia sobie w myślach, słowach i obrazach swojej pierwotnej, wydobytej z nieświadomości wściekłości. Zdrowe superego mówi: „możesz skonfrontować się z morderczą furią, bo to tylko wyobraźnia, śnienie na jawie tego, jak przedstawiasz ją sobie w głowie. To nie jest odgrywanie w działaniu”.

Po spełnieniu opisanych warunków terapeuta może zaproponować wizualizację tego, co pacjent w wyobraźni dokonuje na upostaciowanym pierwotnym agresorze.

Terapeuta — Jak go bijesz w swojej wyobraźni? (np. sadystycznego, okrutnego ojca)

Pacjent — Po pobiciu byłby krwawą masą. Fizycznie powaliłbym go na ziemię i okładał pięściami aż wyzionąłby ducha.

Terapeuta kierkuje wizualizację pytaniami

— Jak to wyobrażasz sobie?

— Jak to konkretnie wykonujesz?

— Co się dzieje i jaki jest rezultat tego?

Aby wizualizacja została przeżyta do końca, terapeuta uszczegóławia fantazje pacjenta pytaniami:



- Co robisz z ciałem?
- Jak je grzebiez? (co czujesz po pochowaniu?)

Gdy pacjent przeżył w wizualizacji pełny kontakt z doświadczeniem pierwotnej morderczej wściekłości, dochodzi do ujawnienia nieświadomego wcześniej poczucia winy. Zaczyna odczuwać smutek z powodu krzywdy zrobionej komuś, kogo kocha. Może odwrócić tę krzywdę przez akt miłości wobec tego obiektu. Na zakończenie sesji terapeuta podsumowuje przebieg i znaczenie przeżyć pacjenta. Według Roberta Neborsky'ego, powołującego się na teorię przywiązania Johna Bowlby'ego, po dekonstrukcji chorego, karzącego superego, w życiu pacjenta zacznie działać wrodzony człowiekowi instykt do tworzenia więzi i miłości. Wizualizacja jest ostatnią sesją w tej technice. Nie jest w tej terapii potrzebne przepracowywanie, charakterystyczne dla naszej rasztowskiej metody. Rutynowe telefoniczne katamnezy po roku i po trzech latach od zakończenia terapii potwierdzają według praktyków ISTDP jej skuteczność.

Przedstawiam tę nową w Polsce metodę pracy z pacjentem, aby pokazać, jaką moc może mieć zastosowana w procesie terapii technika wizualizacji. Użyta jako zwieńczenie trudnego i rzetelnie prowadzonego procesu terapii metodą ISTDP — ma dać pacjentowi wolność od wewnętrznego agresora i przestrzeń do miłości. Pomocą dla terapeuty jest superwizja zarejestrowanego materiału sesji ukazującego zarówno pacjenta, jak i terapeutę. Metoda wprowadzona bez dostatecznie częstej kontroli superwizyjnej oraz bez oparcia na zbudowanym, obserwującym ego pacjenta spowodować może poważną dekompensację.

Niektóre pokazywane w ramach szkolenia mistrzowskie sesje wizualizacyjne dotyczyły pacjentów, którzy przeszli wieloletnią psychoanalizę bez uzyskania poprawy w podstawowym cierpieniu. Może jednak to psychoanaliza doprowadziła ich do gotowości rozwiązań, których psychoanalitik nie rozpoznał? Nie znamy odpowiedzi na takie pytanie. ISTDP, rozumiejąc inaczej superego, mogło wykorzystać taką gotowość dla dobra pacjenta. Ostatnim, właściwym akordem wizualizacyjnym doprowadziło do szczęśliwego i efektywnego finału rozstania z wewnętrznym agresorem.

Możliwość śledzenia zarejestrowanej kamerami pracy najwybitniejszych współczesnych przedstawicieli metody pozostawiła mocne wrażenie różnic stylów pracy. Podzielię się swymi refleksjami.

Josette ten Have Labije, jedna z pierwszych uczennic i superwizantek Habiba Davanloo, jednocześnie jest superwizorem terapii poznawczo-behawioralnej. Integruje w swojej praktyce ten rodzaj terapii z podejściem psychodynamicznym [2]. W demonstrowanych sesjach pokazała pasję nieustępliwego tropiciela obron oraz pasję edukatora. Jej wysoki stopień emocji wobec mechanizmów obronnych pacjenta nasuwał autorce artykułu skojarzenia z przemocą trudną do zaakceptowania — na prezentowanym zapisie filmowym sesji terapeutka woła: „Zobacz, co sobie robisz, ty głupia kobieto”. Wydaje się, że taki styl terapii jest najbliższy modelowi Habiba Davanloo. Terapeuta wypowiada i kontynuuje bezwzględna wojnę z obronami pacjenta.

Robert Neborsky, profesor psychiatrii na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Diego, jest założycielem Instytutu Psychoterapii Psychodynamicznej. Ma duże doświadczenie psychoanalityczne. Specjalizuje się w pracy z pacjentami depresyjnymi. Uważa, że teorie Davanloo wyrazić można językiem Johna Bowlby'ego jako

zaburzenie więzi i przeżycie utraty. Pracę terapeutyczną rozumie jako odblokowywanie hamulców rozwoju ego, aby uruchomił się wrodzony według niego instynkt tworzenia więzi. Podczas zarejestrowanej sesji emanował stoickim spokojem, kontenerując burzliwe emocje wizualizacyjne pacjenta. Wizualizacja prowadzona była z mistrzowską chłodną precyzją i pewnością celu.

Jon Frederickson jest autorem wielu publikacji z zakresu psychoterapii psychoanalitycznej i krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej, w tym książki *Psychodynamic psychotherapy: listening from multiple perspectives* [11]. Na szkoleniu, w którym uczestniczyłam, pokazał zapis filmowy krótkoterminowej terapii pacjenta cierpiącego od dawna z powodu drastycznych w wymowie objawów, eliminujących go z życia społecznego. Pomimo przeżywanych trudności, pacjent zaprezentował się jako nerwicowy, o mocnej strukturze ego. Umożliwiło to szybki sukces mistrzowsko zastosowanej metody. Choć użyte techniki konfrontacyjne angażowały w wizualizacji silne emocje pacjenta, nie ocierała się ona o szaleństwo. Wizualizacja była wyraźnie wytyczoną drogą uwalniania od konfliktu jądrowego. Postawę terapeuty cechowało zarówno zaciekawienie i głębokie zrozumienie problemu pacjenta, jak i wyraźna radość w prowadzeniu go do wewnętrznej wolności. W kularowych rozmowach Frederickson powiedział uczestnikom szkolenia, że jest również muzykiem z wykształcenia i w młodości realizował się w zespołach muzycznych.

Choć dzielę się tymi osobistymi wrażeniami zdobytymi z pozycji obserwarki zarejestrowanych sesji, a nie pacjenta, moją wątpliwość budzi pewność Davanloo, że w tej terapii przeniesienie nie zdąży zaistnieć. W każdej krótkoterminowej terapii zajmujemy się wybiórczo określonymi problemami i mechanizmami. To świadomie przyjęty model leczenia. Nie oznacza to jednak, że inne mechanizmy nie są obecne. Nie wykorzystujemy ich tylko w obranej linii terapii. Świadome pomijanie nie jest błędem, lecz konsekwencją metody.

Osobowości nauczycieli ISTDP okazały się bardzo wyraziste i odmienne, a charzmatyczność Davanloo rewolucyjnie zmieniła zawodową linię życia Malana. Temat tegorocznej Konferencji 3 Sekcji: Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna” pokazuje, jak ważne jest dla naszego środowiska rozumienie roli osoby terapeuty.

W ISTDP psychodrama znajduje jeszcze jedno, tym razem wspólne dla naszych metod zastosowanie. Jest podstawową metodą szkolenia w ćwiczeniach warsztatowych. Przybliżają one zainteresowanym terapeutom zarówno sposób pracy charakterystyczny dla metody, jak i przeżycia pacjenta poddawanego takim działaniom. Ponieważ autorzy szkolenia przestrzegają przed wykorzystywaniem ich materiałów — wyjaśniam, iż przytaczane przeze mnie przykłady specyficzne dla metody ISTDP są kompilacją ćwiczeń na gorąco wymyślanych przez współuczestników szkolenia. Dziękuję im za to ciekawe doświadczenie.

Dwuletnie uczestnictwo w podstawowym szkoleniu w metodzie w ISTDP nie daje uprawnień certyfikowanego praktyka. Nie skłoniło mnie do zmiany terapeutycznej tożsamości. Dostarczyło jednak doświadczeń i refleksji, którymi postanowiłam się podzielić.

Zachęcająca w tytule krótkoterminowość metody sprawdza się wobec starannie wyselekcjonowanych pacjentów — mniej zaburzonych, o silniejszym ego. Metoda perfekcyjnie zastosowana budzi podziw i szacunek dla błyskawiczności rezultatu. Wobec pacjentów psychosomatycznych i borderline staje się ona jedną z interesujących, nowatorskich technik pracy psychoterapeutycznej o porównywalnym z innymi metodami czasie trwania.

Bardzo pomocny w rozumieniu głębszych zaburzeń jest jasno przedstawiony w ISTDP model powstawania chorego superego. Kierunkuje odczytanie prymitywnych mechanizmów obronnych, które w tych zaburzeniach dominują. Zwiększona uważność na te procesy może ułatwić w wielu stosowanych już modelach psychoterapii psychodynamicznej lepsze rozumienie genezy objawów, a w terapii grupowej, np. typu rasztowskiego, biegłejsze odczytanie wspólnego mianownika grupowego i wynikające z niego koncepcje psychodram.

W procesie zdobywania coraz większego doświadczenia terapeutycznego w diagnozowaniu, możemy zwrócić baczniejszą uwagę na rozpoznawanie w pacjencie ścieżki lęku. Taka jasność może ułatwić wybór najlepszej metody postępowania terapeutycznego.

Obserwacja techniki wizualizacyjnej w metodzie ISTDP uświadomiła mi niebezpieczeństwo, jakie kryje jej zastosowanie pozbawione mistrzowskiej biegłości. Łatwo o dekompensację psychotyczną. Wypracowywane i stosowane już od dawna metody psychodramatyczne nie atakują brutalnie obron [7]. W psychodramie, stosowanej jako test projekcyjny, pacjent dostarcza diagnoście informacji o sobie niejako mimochodem. Przepracowywane zostają one w dalszym toku terapii. We wspólnym mianowniku grupowym, wyrażonym w grupowej scenie, pacjent sam reguluje głębokość przeżycia, na jakie jest gotowy. Tak też dzieje się w innych psychodramach, które odgrywa. Przeżycie, choć mocne, nie grozi dekompensacją. Choć nie rozprawiamy się z pierwotnym agresorem, w kolejnych scenach umożliwiamy pacjentowi przeżycie korektywnego społecznego doświadczenia. W stosowanej przez nas metodzie krótkoterminowej terapii nawykowe dotąd obrony stają się dla pacjenta dystoniczne. Odkrywając w procesie psychoterapii ich destrukcyjną rolę, uczy się on zdrowych mechanizmów przynoszących satysfakcję w relacjach zarówno w grupie terapeutycznej, jak i w życiu. W metodzie rasztowskiej cenię walory bezpiecznego przepracowywania przez pacjenta jego problemów. ISTDP z założenia wyklucza taki proces, koncentrując się na uwolnieniu go od pierwotnego agresora. Stawia na obudzoną w człowieku siłę do samodzielnego budowania zdrowych więzi. Założenia te potwierdza badaniami. W tym aspekcie obie te metody się różnią. Można obrazowo tak przedstawić różnice: metoda ISTDP wypuszcza pacjenta w życie z pewnością, że w deszczu sięgnie do kieszeni i odnajdzie składany parasol, którego użyje; w metodzie rasztowskiej przed rozstaniem z pacjentem uczymy go rozpoznania, że parasol ma i uczymy używać go przed wyjściem na deszcz. Obie metody zakładają, że po terapii pacjent potrafi zabezpieczyć się przed przemoknięciem.

Zasady i techniki ISTDP podpierane są klinicznymi i empirycznymi badaniami (David Malan, Habib Davanloo) oraz wiedzą neurobiologiczną. Tendencja do naukowego potwierdzania skuteczności metod obecna jest również w praktyce psychoterapeutycznej w Polsce. Poświęcone jej było ubiegłoroczne Sympozjum 3 Sekcji — Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa

Psychologicznego — „Czy psychoterapia zmienia mózg? Znaczenie dla praktyki psychoterapii”.

Intencją moją jest pokazanie, iż poszukiwanie dróg skuteczniejszego pomagania pacjentom jest w życiu terapeutycznym procesem ciągłym, żywym i dynamicznym. Nie wynika z tego, że dobrze znane ścieżki, na których osiągnęliśmy biegłość, są gorsze od jeszcze nieznanach. Wszyscy wymienieni tu twórcy metod i nauczyciele wyszli z bazy psychoanalizy. Nie stała się ona dla nich religią, lecz inspiracją do twórczych poszukiwań. My jako terapeuci praktycy tworzymy swoją tożsamość podobnie, korzystając z cech własnej osobowości, teorii, które nas zaciękawiły, i rzetelnego wykształcenia zawodowego. Poznając coraz lepiej „swoje” i „inne”, mamy szansę na odkrycia nieznanach aspektów rozszerzających widzenie i rozumienie zawodowych problemów. Nie ma więc miejsca na rutynę prowadzącą do wypalenia zawodowego.

Nie jest ani dobre, ani możliwe dążenie do uzyskania biegłości na wszystkich ścieżkach prowadzących do wspólnego terapeutycznego celu. Nie wszystkie muszą się nam nawet podobać. Warto je jednak poznawać i rozumieć. Preferując własne, możemy się „ładnie różnić” szanując inność metod. Wspólnym celem jest uwolnienie pacjenta z pułapki wewnętrznych konfliktów i pomoc w otworzeniu drogi rozwoju.

Metoda ISTDP uruchamia emocje i pobudza do refleksji. Poszukiwanie, jak wzbogacić zawodowy warsztat, jest niezbywalnym aspektem pracy psychoterapeuty.

### Piśmiennictwo

1. Strzelecka-Jaworska H. Rasztów — korektywne doświadczenie drogą do osobistej wolności. *Psychoter.* 2007; 1: 85–92.
2. Malan DH. *A study of brief psychotherapy.* London: Tavistock Publications; 1973.
3. Balint M, Ornstein PH, Balint E. *Focal psychotherapy.* London: Tavistock Publication; 1972.
4. Alexander F, French FM. *Psychoanalytic therapy.* New York: Ronald Press Co.; 1946.
5. Lebovici S, Diatkine R, Kestemberg E. Applications of psychoanalysis to group psychotherapy and psychodrama therapy in France. *Int. J. Psychoanal.* 1978; (2–3): 277–284.
6. Malewski J, Pawlik J, Strzelecka H. Psychodramat — teoria i praktyka (z doświadczeń Ośrodka Leczenia Nerwic w Rasztowie). *Studia Socjol.* 1967; 4: 267–280.
7. Pawlik J, red. *Psychodrama i techniki niewerbalne,* Warszawa: Eneteia; 2012.
8. Foulkes SH. *Therapeutic group analysis.* London: Allen and Unwin; 1964.
9. Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamic,* London, Butterworth; 1979.
10. Davanloo H. *Clinical manifestations of superego pathology in unlocking the unconscious.* Chichester, Great Britain: John Wiley and Sons Ltd.; 1990.
11. Frederickson J. *Psychodynamic psychotherapy: learning to listen from multiple perspectives.* Brunner/Mazel 325 Chestnut Street Philadelphia PA 19106: Taylor & Francis Ltd; 1999.

Adres: hanna.jaworska@wp.pl