

Rozdział 6

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna

6.1. Wprowadzenie

Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna (*Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy* – ISTDP) jest systematycznie rozwijana od połowy lat sześćdziesiątych XX wieku. Prace nad nią zostały zainicjowane przez **Habiba Davanloo** (1978; 1980; 1990; 2000) na Uniwersytecie McGilla w Montrealu i były kontynuowane przez niego w ciągu następnych dziesięcioleci przy współpracy Davida Malana, Petera Sifneosa, a także uczniów Davanloo.

Jest to metoda psychoterapeutyczna stworzona w oparciu o pewne obszary teorii psychoanalitycznej, jak też o wiedzę z zakresu neurobiologii. Twórca szkoły, Habib Davanloo, w pracy nad teorią i technikami terapii opierał się również na szczegółowych badaniach nagrań wywiadów diagnostycznych i procesów psychoterapeutycznych. Wnikliwa analiza wielu gromadzonych i zapisanych w ciągu dziesięcioleci przypadków, m.in. pod kątem skuteczności poszczególnych interwencji, pozwoliła na opracowanie spójnej i skutecznej metody pracy terapeutycznej, która może przynieść efekty w stosunkowo krótkim czasie.

Rozwijając swoją procedurę pracy terapeutycznej, którą nazwał centralną sekwencją dynamiczną (*central dynamic sequence* – CDS), Davanloo wprowadził nowe, specyficzne dla ISTDP pojęcia, m.in. takie

jak: „odblokowanie nieświadomości” (*unlocking uncounsious*) „presja i wyzwanie” (*pressure and challenge*), „opór przeciwko bliskości emocjonalnej” (*resistance against emotional closeness*), „nieświadome przyzmięcie terapeutyczne” (*uncounsious therapeutic alliance*), „psychodiagnoza” (*psychodiagnosis*) (Della Selva, 1996).

6.2. Teoretyczne inspiracje ISTDP

Teoretyczne inspiracje dla ISTDP można odnaleźć już w *Studiach nad histerią* (Freud, Breuer, 1895/2008), gdzie opis natury hysterii wskazuje na wypieranie wspomnień przeszłych wydarzeń traumatycznych, a także odcinanie się od uczuć związanych z tymi wydarzeniami i przechowywanie ich w formie stłumionej. Po raz pierwszy użyte jest tu określenie „konflikt wewnątrzpsychiczny”. Podstawą dla teorii opracowanej przez Davanloo stały się też kolejne prace **Zygmunta Freuda** (1856–1939). Ich wpływ jest widoczny w odwoływaniu się do tzw. strukturalnej teorii aparatu psychicznego, która dzieli umysł na trzy struktury: ego, id i superego (Freud, 1923; Moore, Fine, 1996). Działanie ego i superego to kluczowe elementy w założeniach diagnostycznych i terapeutycznych ISTDP. Pojęcia te rozumiane są w sposób zmodyfikowany w stosunku do klasycznego ujęcia Freudowskiego. Opisywana metoda akcentuje głównie pewne aspekty superego, zajmując się dogłębnie jego patologią. Podejście to korzysta z koncepcji Freuda (1923), ujmującej powstanie superego jako wynik identyfikacji z rodzicami. Zgodnie z tą koncepcją może ono przybierać formę krytycznej, surowej czy sadystycznej instancji.

Inny element klasycznej psychoanalizy istotny dla ISTDP to druga teoria lęku Freuda (1926), która mówi o przeżyciu traumatycznym i wprowadza pojęcie lęku sygnałowego. Lęk jest sygnałem ostrzegającym ego o zagrożeniu sytuacją traumatyczną, którą może być utrata obiektu miłości (zwykle matki, od której dziecko jest całkowicie zależne) lub utrata jego miłości (Moore, Fine, 1996). Koncepcja ta została później rozwinięta i przetworzona w teorii relacji z obiektem, a także w teorii przywiązania **Johna Bowlby’ego** (1907–1990). Z tych i innych koncepcji wynika, że niebezpieczne jest każde uczucie, impuls lub działanie, które mogłoby zagrozić pierwotnej więzi z opiekunem. Każde takie uczucie, impuls lub działanie, wzbudza lęk i jest unikane. Jest to bardzo ważne w założeniach etiologii psychopatologii w ISTDP (Della Selva, 1996).

Davanloo w swojej teorii dotyczącej genezy psychopatologii skupił uwagę właśnie na znaczeniu pojedynczych lub powtarzających się

zdarzeń traumatycznych, do których dochodzi we wczesnym dzieciństwie w relacji dziecka z jego opiekunem. Kluczowym i szczególnym aspektem techniki terapeutycznej ISTDP jest praca z mechanizmami obronnymi. Freud (1895) w swoich wczesnych pracach na temat hysterii określił konflikt wewnątrzpsychiczny w następujący sposób: pacjent mobilizuje siły (obrony), by zapobiec przedostaniu się do świadomości bolesnych i wzmagających lęk myśli oraz uczuć (Della Selva, 1996). Po raz pierwszy szerszy opis mechanizmów obronnych i ich znaczenia pojawia się w pracy **Anny Freud** (1895–1982) *Ego i mechanizmy obronne* (1936/2007). Przedstawiła je jako zestaw reakcji służących unikaniu bolesnych uczuć czy niemożliwych do zniesienia myśli. Zwróciła też uwagę, że obrony mogą być kierowane przeciwko wpływom środowiska. Jej idee zostały włączone w teorię ISTDP i wpłynęły na rozwój technik, z których szkoła ta korzysta.

Kolejnymi autorami, którzy mieli wpływ na prace Davanloo byli **Wilhelm Reich** (1897–1957) i **Sandor Ferenczi** (1873–1933). Reich (1933) pisał o „zbroi charakteru” – specyficznym dla danego człowieka, stałym zestawie obron, których używa on w swoim życiu i terapii. Pokazywał, jak „zbroja charakteru” konstituuje nerwicę i zwracał uwagę na to, iż „nerwica sama w sobie zawiera się w oporze, tak więc likwidując opór, likwidujemy część nerwicy” (Reich, 1987). Zarówno Reich, jak też Ferenczi i **Otto Rank** (1884–1939) uważali, że pacjent powinien być skonfrontowany ze swoimi mechanizmami obronnymi i powinny one zostać wyeliminowane (Ferenczi, Rank, 1925; Reich, 1933) tak, aby rozwinąć w terapii afektywne zaangażowanie, niezbędne do pojawienia się głębokiej i trwałej zmiany. Technika Ferencziego (1924), w której zalecał fantazjowanie w przełamywaniu oporu i aktywowaniu uczuć, jest w pewnej formie stosowana w opisywanej szkole terapeutycznej.

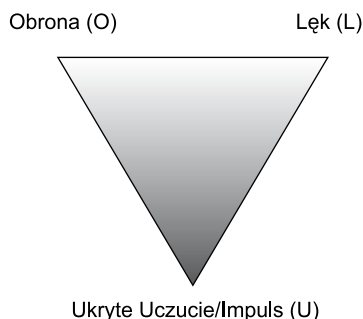
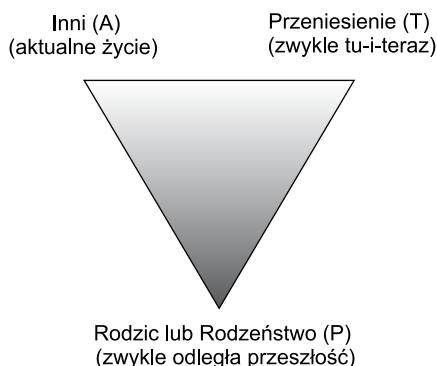
Bliższe współczesności inspiracje ISTDP można znaleźć m.in. w teorii przywiązania. Wprawdzie sam Davanloo w pracy nad koncepcją krótkoterminowej psychodynamicznej terapii nie korzystał z doniesień i wkładu Bowlby’ego, gdyż obaj autorzy rozwijali swoje koncepcję równolegle, ale teoria przywiązania została włączona do ISTDP poprzez późniejsze prace Roberta Neborsky’ego (2010). John Bowlby (1969), podobnie jak Anna Freud, lokował źródło mechanizmów obronnych we wczesnym dzieciństwie. Jego badania potwierdziły kluczowe znaczenie wydarzeń traumatycznych w obrębie więzi dziecka z opiekunem dla rozwoju nerwicy. W odpowiedzi na uszkodzenie więzi dziecko rozwija specyficzny styl przywiązania, charakteryzujący się wzorem obron, które są zarówno wewnątrzpsychiczne, jak i interpersonalne.

Badania te pokazują, że wykształcony wzór przywiązania jest następnie kontynuowany przez cały cykl życia człowieka. Przedstawiając swoje poglądy, Bowlby nawiązywał do poglądów Zygmunta Freuda na temat czynników wywołujących nerwice i centralnej dla tezy Freuda samej natury traumy, będącej funkcją interakcji pomiędzy zdarzeniem a konstrukcją psychiczną jednostki przeżywającej to zdarzenie. Przytaczał też wyniki obserwacji małych dzieci potwierdzające twierdzenia Freuda (1939; 1940), że istnieje określona faza życia, obejmująca pierwsze pięć, sześć lat, w której każdy człowiek jest szczególnie podatny na traumę.

Istotny wkład do rozwoju terapii krótkoterminowej wniósł David Malan (1979), który opisał – opracowane jako modele nieświadomości – trójkąty będące podstawą rozumienia wewnętrznej dynamiki pacjenta i konstruowania interwencji, jakie podejmuje terapeuta. Wierzchołki pierwszego z trójkątów, zgodnego z Freudowską koncepcją wewnątrz-psychicznego konfliktu, stanowią ukryte uczucia/impulsy (U), lęk (L) i obrony (O) (zob. rys. 1). Z perspektywy trójkąta konfliktu każda wypowiedź czy reakcja pacjenta może być rozumiana jako wyraz uczuć, lęku lub obron. Mobilizacja nieświadomych uczuć powoduje lęk i pacjent reaguje wówczas obronami. W ten sposób broni się przed doświadczeniem ukrytych uczuć, których ekspresja wobec innych ważnych osób w teraźniejszości lub przeszłości była nieakceptowana i wzbudzała lęk.

W trójkącie osoby (rys. 2) opisanym przez Karla Menningera (1958), trzy wierzchołki oznaczają trzy główne grupy relacji pacjenta: relacje w przeszłości (P), relacje z innymi w aktualnym życiu (A) i relację terapeutyczną (T). To, co wydarzyło się w relacji z rodzicem, leży u podstaw tego, co wydarza się w relacji z innymi i z terapeutą. Obydwa trójkąty – trójkąt konfliktu i trójkąt osoby – pokazują obraz struktury konfliktów pacjenta i tego, jak objawiają się one w relacjach z różnymi osobami.

Przeprowadzone przez Malana badania (1976b; 1979) potwierdziły, że uzyskanie pozytywnych efektów terapii, utrzymujących się w czasie, jest powiązane z możliwie pełnym doświadczeniem przez pacjenta swoich uczuć i zrozumieniem zależności pomiędzy trójkątem konfliktu i trójkątem osoby (Della Selva, 1996). W ISTDP na tych dwóch trójkątach oparta jest kluczowa część techniki terapeutycznej. Służą one między innymi jako narzędzie diagnostyczne i dostarczają możliwości oceny jakości i stopnia zdolności adaptacyjnej ego (Ten Have de-Labije, red., 2010).

Rysunek 1. Trójkąt konfliktu

Rysunek 2. Trójkąt osoby


6.3. Rozwój i ewolucja krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej

ISTDP należy do szerokiego, bardzo zróżnicowanego nurtu psychoterapii opartych na teorii psychoanalitycznej. Jej początki sięgają czasów Zygmunta Freuda, który oferował ten sposób leczenia niektórym pacjentom. Kompozytor Bruno Walter (1940) opisywał składającą się z 6 sesji, skuteczną terapię, którą odbył u Freuda (Pollock, 1975). Biograf Freuda, **Ernest Jones** (1879–1958) pisał, że twórca psychoanalizy skutecznie wyleczył kompozytora Gustawa Mahlera z psychogenicznej impotencji, w ciągu jednej, trwającej cztery godziny sesji (Jones, 1957).

W związku z tym, że psychoanaliza stawała się stopniowo terapią bardzo czasochłonną, drogą i o niejednoznacznej skuteczności, powstała potrzeba stworzenia nowych, bardziej ograniczonych w czasie, podejść terapeutycznych. Już w latach dwudziestych XX wieku wspomniani wcześniej Otto Rank i Sandor Ferenczi (1925) rozwinęli oparty na teorii psychoanalitycznej model krótkoterminowej terapii przeznaczonej dla pacjentów, którzy nie mogli poddać się psychoanalizie ze względu na czas jej trwania i koszty. Rank i Ferenczi byli przekonani, że leczenie psychoanalityczne nie powinno być ograniczone do techniki swobodnych skojarzeń, ale zawierać w sobie również bardziej aktywne metody zmiany. Poszukiwania związane ze skróceniem procesu psychoanalitycznego, które prowadził **Franz Alexander** (1891–1964) i jego współpracownicy w latach czterdziestych, spotkały się z dużym oporem wśród ówczesnych praktyków. Jednak prace te, prowadzone w Instytucie Psychoanalizy w Chicago, otworzyły drzwi późniejszym bardziej elastycznym podejściom (zob. Alexander, French, 1946).

Podążając za Rankiem, Ferenczim i Alexandrem, **Michael Balint** (1896–1970) stworzył zogniskowaną psychoterapię krótkoterminową (*Focal Short Term Psychotherapy*). Model ten zakładał konsekwentne skupienie się na jednym problemie w czasie trwania terapii (Balint, Ornstein, Balint, 1972). Współpracownik Balinta, David Malan zaangażował się w rozwijanie psychoanalitycznie zorientowanej terapii krótkoterminowej. Prowadził badania w klinice Tavistock w Londynie, które pokazały, że krótkoterminowa, zorientowana psychoanalitycznie psychoterapia była efektywna dla szerokiego spektrum pacjentów (Malan, 1963; Balint, 1957), a poprawa osiągnięta w toku terapii utrzymywała się w długiej perspektywie czasowej. Potwierdziły też, że skuteczność terapii w dużym stopniu koreluje z częstotliwością interpretacji odwołujących się do zależności pomiędzy trójkątem konfliktu a trójkątem osoby (Malan, 1976b; 1979).

6.4. Powstanie ISTDP

Prowadzona przez Davanloo we wczesnych latach sześćdziesiątych XX wieku analiza sytuacji na dziennym oddziale psychiatrycznym kliniki w Montrealu wykazała, że większość czasu psychoterapeutów była przeznaczana na długoterminową terapię niewielkiej liczby pacjentów, u których wskazaniem do tej formy leczenia był ich ciężki stan. Natomiast pacjenci w lżejszym stanie pozostawali bez pomocy lub uzyskiwali ją doraźnie i wrywkowo (Davanloo, 1978).

Davanloo odbywał szkolenie psychoanalityczne w Stanach Zjednoczonych, gdzie przez jakiś czas był uczniem pochodzącej z Polski **Heleny Deutsch** (1884–1982) (Cornelissen, 2002). W trakcie tego szkolenia, rozczarowany ograniczoną skutecznością psychoanalizy, rozpoczął badania mające na celu poszukiwanie bardziej efektywnego modelu terapii. Badania te prowadził w oparciu o wnikliwą analizę nagrań wideo zarówno wstępnych konsultacji, kolejnych sesji procesu terapeutycznego, jak i badań kontrolnych (*follow-up*) po zakończeniu terapii. Na ich podstawie zaczął wyodrębniać najbardziej efektywne techniki i interwencje najskuteczniej prowadzące do postępu w terapii i poprawy.

W integracji różnych podejść krótkoterminowych ważną rolę odegrały dwa międzynarodowe sympozja, które odbyły się w marcu 1975 i 1976 roku w Montrealu, gdzie prezentowane były nagrania procesu terapeutycznego. W trakcie tych sympozjów dokonała się konwergencja trzech projektów badawczych – w które zaangażowani byli: Peter Sifneos, David Malan i Habib Davanloo – prowadzonych niezależnie

w szkole medycznej na Harvardzie w Bostonie, w klinice Tavistock w Londynie i na Uniwersytecie McGilla w Montrealu (Davanloo, 1980).

Początkowo Davanloo tworzył ISTDP jako aktywne podejście terapeutyczne, w którym nadal stosował interpretacje we wczesnej fazie terapii. W latach osiemdziesiątych zastosowanie interpretacji zostało przesunięte do późniejszej fazy procesu. Zarezerwowano je dopiero na moment następujący po dotarciu do nieświadomych wypartych treści. Rozwinięta została nieinterpretacyjna, usystematyzowana technika pracy z obronami i oporem, pozwalająca skutecznie pracować z grupą pacjentów charakteryzujących się wysokim poziomem oporu (Malan, 1986). W późnych latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych Davanloo rozwinął specjalną technikę pozwalającą na pracę terapeutyczną z bardziej zaburzonymi pacjentami z depresją oraz z somatyzacją. W tym czasie opisał ścieżki przejawiania się nieświadomego lęku i rozwinął techniki restrukturyzacji ego. Josette Ten Have de Labije (red., 2008) opisała procedurę diagnozowania deficytów w zdolności adaptacyjnej ego i procesy prowadzące do jego przebudowy. Dopracowała też fazę identyfikacji obron. Robert Neborsky (2010) zrekonceptualizował ISTDP w oparciu o teorię przywiązania Bowlby'ego. Podkreślał, że najlepiej rozumieć rozwój przymierza terapeutycznego jako ustanawianie opartej na autonomii bezpiecznej więzi, w przeciwieństwie do nawykowych tendencji pacjenta do tworzenia więzi pozbawionych bezpieczeństwa. Autorzy tacy jak Kees Cornelissen (2002), Allan Abbass (2006), (Abbas, Bechard, 2007), Jon Frederickson (2005) opublikowali wiele artykułów pokazujących możliwości rozszerzenia zastosowania tego podejścia terapeutycznego na grupę głęboko zaburzonych pacjentów leczonych w oddziałach pobytu stałego.

6.4.1. Główne założenia ISTDP

ISTDP jest oparte na niektórych koncepcjach teorii psychoanalitycznej ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji nieświadomego konfliktu, oporu i obron. Zgodnie z podejściem Davanloo (1980; 1990), terapeuta musi zrezygnować z pasywnej postawy i przyjąć postawę aktywną, której celem jest zogniskowanie uwagi pacjenta na jego wewnętrznym konflikcie, co owocuje emocjonalnym zaangażowaniem w terapię.

Zagadnieniem o szczególnym znaczeniu jest zrozumienie natury lęku pacjenta. Poziom i sposób przejawiania się doświadczanego lęku powinien być monitorowany przez cały czas terapii (Della Selva, 1996).

W ISTDP opór przeniesieniowy traktowany jest jako bariera w leczeniu. W opisywanej metodzie terapeuta stosuje interwencje odnoszące się do oporu od samego początku terapii. Celem jej jest bowiem jak najszybsze dotarcie do nieświadomości pacjenta. Proces restrukturyzowania ego pomaga pacjentowi w rozwoju zdolności regulowania lęku i tolerowania afektu, które są konieczne, aby doświadczyć w leczący, głęboki sposób poprzednio wypartych uczuć.

Tak długo jak długo przymierze terapeutyczne jest słabsze niż opór, dostęp do nieświadomych uczuć pacjenta jest niemożliwy. Davanloo rozwinął serię interwencji utworzonych w celu wzmocnienia i stymulowania siły przymierza terapeutycznego i osłabienia oporu. Wzrost siły przymierza terapeutycznego prowadzi do kryzysu wewnątrzpsychicznego u pacjenta, który odnosi się do wewnętrznego konfliktu pomiędzy zdrowym pragnieniem pacjenta, aby czuć się i funkcjonować lepiej dzięki psychoterapii, a destrukcyjnymi obronami tworzącymi opór, który przedłuża jego cierpienie. Gdy zdrowa część staje się silniejsza i przezwycięża opór, wyparte uczucia mogą przedostać się do świadomości.

W pracy terapeutycznej w ISTDP kluczowe jest pojęcie psychodiagnozy. Jest to ocena stanu pacjenta i jego reakcji na interwencje z chwili na chwilę w trakcie trwania sesji. Oceniany jest rodzaj stosowanych przez pacjenta mechanizmów obronnych, jego zdolność tolerancji i regulacji lęku oraz rozumienie zależności składających się na trójkąt konfliktu i osoby, czyli to, na ile pacjent rozumie, że dane wydarzenie w relacji ze światem zewnętrznym lub w relacji z terapeutą wzbudziło w nim reakcję emocjonalną, która wywołała lęk, w efekcie czego uruchomił on mechanizmy obronne. Interwencje terapeutyczne dobierane są adekwatnie do aktualnej w danym momencie psychodiagnozy.

Dzięki wprowadzeniu opisywanej przez Davanloo stopniowanej techniki pracy, stało się możliwe włączenie w obszar oddziaływań ISTDP bardziej zaburzonych pacjentów. Technika ta polega na doborze interwencji terapeutycznych dostosowanych do aktualnej zdolności adaptacyjnej ego pacjenta. W tym podejściu ważną rolę odgrywa obserwacja bardzo dokładnie opisanych fizjologicznych przejawów afektu w ciele. Szczególną uwagę objęte są przejawy lęku. Istotnym wkładem Davanloo było zwrócenie uwagi na to, że wzrost poziomu doświadczania emocji powoduje narastanie nieświadomego lęku, który manifestuje się fizjologicznie. Wyszczególnił on trzy ścieżki przejawiania się lęku – poprzez mięśnie poprzecznie prążkowane, przez mięśnie gładkie oraz zaburzenia w systemie percepcyjno-poznawczym. Ten Have de Labije

(2010) wskazywała, że bardziej precyzyjna ocena wynika z dookreślenia przez jaką część układu nerwowego wyraża się lęk – układ nerwowy somatyczny czy autonomiczny. Jeśli przez układ autonomiczny, to czy za jego manifestację odpowiada część współczulna czy przywspółczulna? Ocena ścieżek przejawiania się lęku jest niezbędna do określenia możliwości regulacji lęku przez pacjenta, jak również tego, na ile lęk uszkadza funkcjonowanie poznawcze i prowadzi do objawów somatycznych.

Centralny element w teorii i technice ISTDP dotyczy roli superego w psychopatologii. Davanloo uznał, że identyfikacja obron jest często niewystarczająca. Wydawało się, że niektórzy pacjenci muszą cierpieć lub sprawiają wręcz wrażenie, że czerpią przyjemność z cierpienia, które było powodowane działaniem ich obron. Ci pacjenci wydają się całkowicie zidentyfikowani z własnym superego. Dlatego też Davanloo opisał interwencje, których zadaniem była pomoc w wycofaniu identyfikacji z własnym superego i obronami. Częścią składową procesu terapeutycznego stała się tzw. terapia próbna, której głównym zadaniem jest diagnoza i usytuowanie pacjenta na kontynuum psychopatologii. Na lewym końcu tego spektrum (najlżejsza psychopatologia) znajdują się pacjenci charakteryzujący się bardzo dobrze rozwiniętą zdolnością adaptacyjną ego i brakiem patologii superego. Cierpią z powodu nierozwiązanego żalu/żałoby. Nie występuje u nich patologia charakteru ani poważne obrony, nie mają karzącej struktury superego, ponieważ nie cierpią z powodu wypartego gniewu i związanego z nim poczucia winy. W kierunku prawej strony spektrum rośnie wielkość doświadczonej traumy. Znajdują się tu pacjenci, u których w jakimś momencie życia zostało zniszczone dobre przywiązanie przez jedno lub wiele wydarzeń. Charakteryzuje ich karząca struktura superego i znaczna patologia charakteru. Są gorzej zmotywowani do terapii, przejawiają intensywne obrony i brakuje im możliwości wglądu (Davanloo, 1990). Na prawym końcu spektrum (najcięższa psychopatologia) usytuowani są pacjenci o bardzo słabo rozwiniętej zdolności adaptacyjnej ego i o wysokiej patologii superego (Ten Have-de Labije, 2010).

Szczególną kategorię w ISTDP stanowią pacjenci o kruchym ego, którzy mają bardzo słabą zdolność adaptacyjną i tolerancję lęku. W ich przypadku lęk objawia się zakłóceniami percepcyjno-poznawczymi i zaburzeniami somatycznymi, co uniemożliwia dalszą pracę terapeutyczną. Charakteryzują się wysoce prymitywnymi (regresywnymi) obronami. Tacy pacjenci mają trudność w rozróżnianiu między uczuciami a obronami przed nimi. Mają problem w odróżnianiu stanów emocjonalnych i nazywaniu ich adekwatnie. Dla nich trójkąt konfliktu

jest bardziej „kołem konfliktu“, w którym lęk, uczucia i obrony są ze sobą przemieszane i nieokreślone (Della Selva, 1996). Pacjentów z kruchą strukturą ego cechuje poważna patologia charakteru z historią ciężkiej traumy z powodu przemocy oraz wiktymizacji, brak doświadczenia zdrowych więzi (Abbas, 2002). Dla tych pacjentów szybki i intensywny sposób pracy terapeutycznej jest niewskazany, gdyż ich ego jest za słabe, żeby to znieść. Wymagają oni wolniejszego tempa pracy i stopniowego budowania i rozwijania zdolności adaptacyjnej ego (Della Selva, 1996).

6.4.2. Mechanizm powstawania zaburzeń

Davanloo (1990) twierdził, że zdolność do rozwijania ciepłej, emocjonalnej więzi z opiekunami jest wrodzona. Kiedy ta zdolność jest frustrowana lub udaremniona, powoduje to wewnętrzny ból i generuje reaktywny gniew wobec tych, którzy pozbawiają jednostkę więzi. Dziecko nieświadomie reaguje na to „uszkodzenie“ morderczą wściekłością. Intensywnie doświadczany ból i wściekłość wzbudzają impuls zniszczenia obiektu, który spowodował ból i traumę, co z kolei wzbudza lęk i prowadzi do poczucia winy i żalu oraz do karzących, sadystrycznych reakcji superego w stosunku do ego dziecka. Te uczucia i impulsy zostają więc wyparte i uwięzione w nieświadomości. Superego zaś przyjmuje rolę strażnika pilnującego dostępu do nich, czasem bardzo surowego, sadystrycznego czy wręcz morderczego wobec jednostki. Davanloo uważał, że superego jest siłą napędową wszelkiego oporu, a tym samym siłą prowadzącą do podtrzymywania objawów i cierpienia pacjenta (Cornelissen, 2002). Takie rozumienie pojęcia superego jest odmienne od tego, jakie temu terminowi nadał Freud, bardziej zbliżone do niektórych późniejszych ujęć tego zjawiska w teorii psychoanalitycznej.

Im wcześniej w rozwoju dziecka dochodzi do doświadczeń traumatycznych, im są one intensywniejsze i częstsze, tym bardziej sadystryczne są impulsy pojawiające się w reakcji na nie i tym mocniej ego zostaje uwięzione pomiędzy sadyzmem id i sadyzmem superego (Ten Have-de Labije, 2010). Jeśli wrodzone pragnienie więzi jest frustrowane lub blokowane wystarczająco często, jednostka zaczyna się dystansować do własnego afektu oraz do innych ludzi. Ta bariera przeciwko intymności i bliskości z własnym wewnętrznym światem i z innymi jest określana przez Davanloo jako „opór przed bliskością emocjonalną”.

6.4.3. Teoretyczne założenia dotyczące procesu osiągania poprawy w terapii

Celem terapii jest bezpośrednio, szczere i otwarte doświadczanie uczuć oraz jak najszybsze dotarcie do nieświadomości. Jeśli obrony zostaną przepracowane, a uczucia doświadczane i wyrażone wprost w przeniesieniu, zostanie osiągnięty dostęp do nieświadomości. Gdy pacjent jest w stanie świadomie doznawać uczuć, których do tej pory unikał, nie musi już stosować mechanizmów obronnych, które były źródłem jego objawów, problemów psychicznych i przyczyną jego cierpienia (Davanloo, 1990). Gdy obrony nie są już aktywne, pacjent jest zdolny do regulowania swojego lęku i tolerowania zarówno doświadczania pewnego jego napięcia, jak i innych uczuć.

Terapeuta nie może przyjmować postawy wszechmocnej odpowiedzialności za poprawę i osiągnięcie celu terapii, ponieważ występuje on wtedy w roli zdrowej części pacjenta, podczas gdy ten jest zidentyfikowany ze swoim superego. W konsekwencji konstytuuje się interpersonalny konflikt pomiędzy pacjentem a terapeutą, doświadczany przez pacjenta jako konflikt zewnątrz- a nie wewnątrzpsychiczny. Z drugiej strony terapeuta nie może pasywnie tolerować obron pacjenta, bo byłoby to nieświadomym poddaniem się superego pacjenta (Racker, 1968). Siłą przeciwną dla patologicznego superego pacjenta jest działanie terapeuty jako zewnętrznego, konstruktywnego superego, po to, aby pacjent mógł uwewnętrznić uważny, aktywny, troskliwy i uczciwy sposób patrzenia na swoje życie psychiczne oraz rozwinąć umiejętność rozumienia swoich wartości, uczuć i zachowań. Dzięki temu terapeuta pomaga pacjentowi w zatrzymaniu i odwróceniu identyfikacji z patologiczną częścią superego i odseparowaniu się od niej.

Terapia prowadzi pacjenta do wglądu w mechanizm jego zachowania, a także do głębszego spojrzenia na wpływ, jaki używane obrony i ukryte uczucia mają na jego relacje z innymi. Doświadczenie złożonych uczuć w przeniesieniu wobec terapeuty, z jednoczesnym rozumieniem ich połączeń z przeszłymi i aktualnymi relacjami, prowadzi do ustępowania objawów i zmiany charakteru pacjenta.

6.4.4. Kontrowersje wokół ISTDP

Wątpliwości budzi, po pierwsze, szybkość interwencji i poziom aktywności terapeuty. Po drugie to, że terapeuci ISTDP zachęcają pacjentów do uświadamiania sobie i doświadczania uczuć bardzo szybko i intensywnie. Wzbudza to obawę o gotowość pacjentów do konfrontowania się z dotąd nieświadomymi silnymi uczuciami. Zwolennicy

ISTDP wyjaśniają, że skoro obrony powodują objawy i problemy pacjenta, a tym samym podtrzymują jego cierpienie, w trosce o niego działanie obronne musi zostać wyeliminowane jak najszybciej. Terapeuta ISTDP jest aktywny, ale nie bardziej aktywny niż system obron pacjenta. Pacjent nigdy nie jest zachęcany do doświadczenia i zmierzania się z większym natężeniem uczuć, niż jest w stanie znieść. Wiedza dotycząca możliwości doświadczenia uczuć przez pacjenta płynie z oceny zdolności adaptacyjnej jego ego, na którą składa się ocena regulacji lęku i stosowanych mechanizmów obronnych. Jeśli lęk pacjenta przejawia się poprzez zaburzenia poznawcze i objawy somatyczne, lub używa on prymitywnych, regresywnych obron, konieczna jest praca nad restukturyzacją ego zanim możliwe będzie doświadczenie wypieranych dotąd uczuć. Bez tej szczegółowej oceny zdolności adaptacyjnej ego presja na doświadczenie uczuć byłaby ryzykowna i oznaczałaby brak dbałości o pacjenta. Oceniając jego możliwości, terapeuta pomaga mu w zmierzeniu się z jego uczuciami tak szybko i intensywnie, jak to jest możliwe, po to, aby dotrzeć do źródła trudności i problemów.

6.5. Technika pracy terapeutycznej

6.5.1. Zogniskowanie pracy terapeutycznej

W ISTDP terapeuta w aktywny sposób dba o wyrażenie wewnątrzpsychiczne ogniskowanie procesu terapeutycznego podczas całej terapii. Zaczyna od pytania o to, w czym pacjent potrzebuje pomocy. Jeśli pacjent, odpowiadając, stosuje mechanizmy obronne w postaci niejasnej, ogólnikowej wypowiedzi lub projekcji (np. „moja żona uważa, że powinienem pójść do terapeuty”), terapeuta pokazując i opisując obrony osłabia je i koncentruje uwagę pacjenta na jego wewnętrznym emocjonalnym problemie, który skłonił go do przyjścia po pomoc. Zogniskowanie pracy na tym problemie jest utrzymywane do momentu, w którym pacjent jasno go określi.

Po tym etapie następuje dalsze „zglobianie” problemu, połączone z eksplorowaniem uczuć. Zgodnie z trójkątem konfliktu, pacjent może odpowiadać na pytania, mówiąc o uczuciach związanych z sytuacją, której problem dotyczy lub reagować narastającym lękiem czy też stosować mechanizmy obronne. Zależnie od odpowiedzi pacjenta, terapeuta dobiera właściwy sposób interwencji. Innymi słowy, terapeuta interweniuje zgodnie z pojawiającymi się reakcjami pacjenta opisanymi w trójkącie konfliktu. Wspomaga regulację lęku, gdy on się nasila, pracuje z obronami, gdy one są na pierwszym planie lub wspiera kontakt pacjenta z uczuciami, gdy zaczynają się one wyłaniać.

6.5.2. Praca z lękiem

Jeśli na pierwszym planie pojawia się lęk i jest widoczne, że pacjent nie radzi sobie z nim, to trzeba się tym zająć w pierwszej kolejności. Jest to ważne, gdyż w sytuacji dużego nasilenia lęku i zaburzeń jego regulacji pacjent może mieć osłabione funkcje poznawcze: uwagę, myślenie i zdolność integrowania, może też doświadczać objawów somatycznych, takich jak: bóle brzucha, nudności, biegunka. Taka reakcja na lęk wskazuje na kruchość ego, z czego wynika konieczność stopniowej pracy nad jego wzmacnianiem.

Zdolność do regulowania wzbudzonego lękiem stanu fizjologicznego organizmu w dużej mierze zależy od tego, na ile pacjent jest świadomy lęku. Terapeuta kieruje uwagę pacjenta na to, co dzieje się w jego ciele i szczegółowo dopytuje o kolejne możliwe objawy lęku. W ten sposób umożliwia rozpoznanie, monitorowanie i właściwą regulację stanu wewnętrznego. Przykładowa interwencja terapeuty :

Pozwoli Pan, że Panu przerwę. Wydaje się, że przeżywa Pan silny lęk: ciężko Pan wzdycha, drży Panu głos. Czy mam rację?

Czy możemy najpierw przyjrzeć się temu, jak odczuwa Pan lęk fizycznie w swoim ciele?

Umożliwia to pacjentowi nazwanie objawów, których jest świadomy, i połączenie ich z lękiem. Następnie terapeuta pyta o kolejne możliwe objawy lęku, poszerzając w ten sposób świadomość i wiedzę pacjenta na temat swojego stanu, co stopniowo prowadzi do zmniejszenia siły lęku.

Jeśli pacjent ma tendencję do ignorowania cielesnych objawów lęku, terapeuta pracuje nad jego mechanizmami obronnymi, takimi jak ignorowanie i zaniedbywanie siebie i swojego stanu. Pokazuje pacjentowi szkodliwe dla niego rezultaty stosowania tych obron, w wyniku czego pacjent po pewnym czasie może odstąpić od nich i z uwagą i troską zająć się swoim stanem i regulacją objawów lęku.

Np. terapeuta (t): – Czy jest Pani świadoma uczucia lęku w tej chwili?

Pacjentka (p): – To nic wielkiego. Zazwyczaj jest dużo gorzej.

t: – Mówi Pani, że to nic wielkiego. Czy jest przyjemne dla Pani czuć lęk?

p: – Nie.

t: – Myślę, że to jest bardzo nieprzyjemne. Więc, kiedy mówi Pani: to nic wielkiego, czy nie jest to sposób, w jaki Pani ignoruje własne cierpienie?

Monitorowanie ścieżek przejawiania się lęku pozwala oceniać zdolność tolerowania uczuć i próg tolerancji lęku, po przekroczeniu którego zaczyna się on manifestować przez rozregulowanie napięcia mięśni gładkich i zaburzenia percepcyjno-poznawcze, co oznacza bardzo duże

nasilenie lęku i znaczne obniżenie zdolności poznawczych. Często uniemożliwia to efektywną pracę terapeutyczną. U pacjentów z kruchą strukturą charakteru, u których lęk przejawia się poprzez mięśnie gładkie i zakłóca funkcjonowanie poznawcze, stosowany jest tzw. stopniowany format interwencji (Abbass, Bechard, 2007), którego szczegółowy opis wykraczałby poza ramy tego rozdziału.

6.5.3. Praca z mechanizmami obronnymi

Jeśli na pierwszym planie u pacjenta obecne są mechanizmy obronne, terapeuta wskazuje je i pomaga zobaczyć, w jaki sposób tworzą one jego aktualne problemy. Jeśli to konieczne, konfrontuje pacjenta z autodestrukcyjnymi konsekwencjami stosowanych przez niego mechanizmów obronnych. ISTDP zajmuje się każdą stosowaną obroną najszybciej jak to możliwe. Terapeuta nie czeka pasywnie, lecz interweniuje, by przerwać proces obronny i pokazać pacjentowi mechanizmy działające w danej chwili, których dotychczas był on nieświadomy.

Np. p: – W czwartek byłem na pogrzebie Adama.

t: – Jakie są Pana uczucia w związku ze stratą Adama?

p: – Cóż, on stoczył prawdziwą walkę, zrobił wszystko, co mógł (intelektualizacja).

t: – Z pewnością tak, ale to są Pana myśli, a jakie są Pana uczucia związane z jego stratą?

p: – Och, ja opłakiwałem jego koniec jeszcze zanim on umarł (intelektualizacja).

t: – To wciąż nie mówi o tym, co Pan czuje w związku z jego stratą. On był Pana najlepszym przyjacielem.

p: [iskierka wzruszenia w oczach] – Cóż, nic nie trwa wiecznie (intelektualizacja).

t: – Czy zauważa Pan, jak unika powiedzenia, co czuje w związku ze śmiercią przyjaciela?

p: [krzyżuje ręce i staje się napięty.] – Ja nie wierzę w rozpaczanie, w łzy. Myślę, że on może być teraz w lepszym miejscu (intelektualizacja).

t: – ...daleko od Pana. Tu blisko Pana go nie ma. I kiedy ja pytam, co Pan czuje w związku z jego śmiercią, Pan powtarza mi te myśli. Ale jeśli nie zakrywałby Pan swoich uczuć myślami, to co Pan czuje w związku z tym, że Pan go stracił?

p: [łzy w oczach] – Złość, smutek.

Szerzej praca z obronami została opisana poniżej, w podrozdziale „Centralna sekwencja dynamiczna”.

6.5.4. Trójkąt konfliktu i osoby

Osią, wokół której koncentruje się praca terapeutyczna, jest trójkąt osoby i trójkąt konfliktu. Rozwijana jest zdolność pacjenta do

odróżniania własnych uczuć od mechanizmów obronnych oraz widzenia związku przyczynowo-skutkowego. Rozpoznawania, w jaki sposób bodziec w świecie zewnętrznym wzbudza uczucie (U), które wywołuje lęk (L), który uaktywnia mechanizmy obronne (O) (por. rys. 1). Mechanizmy te tworzą problemy i symptomy, sprowadzające pacjenta na terapię. Innymi słowy, terapeuta pomaga pacjentowi różnicować poszczególne wierzchołki trójkąta konfliktu i pokazuje destrukcyjne konsekwencje stosowania obron. Np. jeśli pacjent nie widzi różnicy pomiędzy samym bodźcem, a wzbudzonym przez bodziec uczuciem, interwencja może być następująca:

t: – Co Pan do niej poczuł?

p: – Poczulem się zraniony.

t: – Ona Pana zraniła, a jakie jest Pana uczucie (U) do niej w związku z tym, co Panu zrobiła?

Jeśli pacjent nie widzi różnicy pomiędzy uczuciem i lękiem, a na pytanie o uczucie mówi o napięciu, terapeuta może powiedzieć np.: – Napięcie to przejaw Pana lęku, ale jakie jest w Panu uczucie do niej, które wzbudza ten lęk?

Jeśli pacjent nie rozróżnia uczucia od obrony i na pytanie o uczucie do kogoś odpowiada: – Czuję pomieszanie (O), terapeuta powie np.: – Pomieszanie nie jest Pana uczuciem do niego, jeśli nie zakrywałby Pan swoich uczuć (U) pomieszaniami (O), to moglibyśmy się przyjrzeć Pana uczuciom w sposób nieocenzurowany.

W związku z tym, że reakcje i uczucia pojawiają się w kontekście interpersonalnym, ważne jest widzenie ich w tym świetle. Pomocny jest tu trójkąt osoby (rys. 2) i rozumienie reakcji emocjonalnych pacjenta wobec terapeuty (T), ważnych osób w aktualnym życiu (A) oraz opiekunów z przeszłości (P).

Doświadczenie tych złożonych uczuć w przeniesieniu wobec terapeuty z jednoczesnym rozumieniem ich połączeń z przeszłymi i aktualnymi relacjami w życiu pacjenta jest ważnym czynnikiem terapeutycznym.

6.5.5. Budowanie i rozwijanie zdolności adaptacyjnej ego

Rozwinięta zdolność adaptacyjna ego jest niezbędna do pełnego angażowania się w realizowanie celów terapii. Na proces jej budowania składa się przywracanie możliwości obserwowania i bycia uważnym na procesy zachodzące w ciele, zdrowego regulowania lęku, jak też doświadczenia, rozpoznawania i zawierania swoich uczuć i impulsów. Warunkiem pełnego doświadczenia uczuć są w pełni obecne funkcje

poznawcze, a także pełna obecność i dostępność psychomotoryczna pacjenta. Dzięki temu pacjent może odpowiadać na sytuację, rozumiejąc swoje reakcje emocjonalne, jednocześnie tolerując doświadczanie swoich uczuć i impulsów w ciele. Rozwinięte, obserwujące i uważne ego pozwala też na rozróżnienie pomiędzy zdrową, konstruktywną częścią ego pacjenta a niezdrową samoniszczącą częścią jego superego, innymi słowy, pomiędzy pacjentem a stosowanymi w sposób automatyczny obronami. Gdy pacjent może zobaczyć, w jaki sposób stosowane przez niego mechanizmy obronne przyczyniają się do jego aktualnego cierpienia, stają się one egodystoniczne. U pacjentów z nasiloną patologią superego, których ego jest w dużej mierze zidentyfikowane z niezdrową częścią superego, proces oddzielania zdrowej od patologicznej części może wymagać dłuższego czasu i zdecydowanych interwencji terapii. Rozwinięta zdolność adaptacyjna ego pozwala też na właściwe rozumienie dynamicznych interakcji pomiędzy wierzchołkami trójkąta konfliktu tzn. obronami, lękiem oraz uczuciami i impulsami. Poprzez rozpoznanie ich funkcjonowania i związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nimi pacjent odzyskuje zdolność do rozumienia swoich reakcji na bodźce ze świata zewnętrznego i do reagowania na nie w zdrowy, dobrze dostosowany sposób.

Można powiedzieć, że na zdolność adaptacyjną ego składa się możliwość obserwowania siebie w różnych obszarach i korzystania z tych obserwacji w adaptacyjny, korzystny dla siebie sposób. Ewentualne braki w obszarze zdolności adaptacyjnej ego muszą być stopniowo uzupełniane w procesie terapii, gdyż każdy deficyt w obrębie ego blokuje postęp procesu terapeutycznego.

6.5.6. Przymierze terapeutyczne i opór

Każdy pacjent przychodzący do terapii doświadcza ambiwalencji. Z jednej strony chce pomocy w zrozumieniu swoich problemów i uwolnieniu się od cierpienia. Ta część jego osoby jest gotowa zaangażować się w przymierze terapeutyczne. Z drugiej strony chce unikać bolesnych uczuć, z którymi musi się skonfrontować, by móc zrealizować cele terapii. Ta część osoby stawia opór przed zaangażowaniem się w przymierze. Zadaniem terapii jest wzmacnianie przymierza i osłabianie oporu. W tym celu przyjmuje aktywną i zdecydowaną postawę. Ogniskuje pracę na konfliktach pacjenta, pomaga mu doświadczyć i rozpoznać własne uczucia i mobilizuje jego pragnienie przezwyciężenia problemów. Równocześnie musi pomagać pacjentowi w przeciwstawianiu się automatycznie uaktywnianym mechanizmom obronnym.

Stała intensywna koncentracja na mechanizmach obronnych aktywuje bardzo silne uczucia przeniesieniowe, co wyzwala lęk. W reakcji na to pacjent może budować i wzmacniać opór wobec terapeuty. Wówczas terapeuta ponownie wskazuje na ten opór i pomaga go przezwyciężyć, pokazując, w jaki sposób hamuje on proces terapeutyczny.

Mobilizowanie pragnienia pacjenta, by wyzdrowieć, przy jednoczesnym wspieraniu go, by zwrócił się przeciwko własnemu oporowi podtrzymywanemu przez patologiczną część superego, wytwarza kryzys wewnątrzpsychiczny, który umożliwia dokonanie się zmiany. Dzięki pracy terapeutycznej pragnienie, by wyzdrowieć, zaczyna stopniowo przeważać nad oporem, co umożliwia dotarcie do nieświadomości i wypartych tam treści.

6.5.7. Centralna sekwencja dynamiczna

Procedura terapeutyczna zaprojektowana przez Davanloo, nazwana centralną sekwencją dynamiczną (CSD), składa się z kilku etapów:

Wywiad dotyczący natury problemów pacjenta. Terapeuta pyta o problem i ogniskuje pracę w sferze wewnątrzpsychicznej, jednocześnie szacuje zdolność adaptacyjną ego. Jeśli rozpoznaje jakieś deficyty, przystępuje do ich stopniowej rekonstrukcji. Jeśli pacjent ma niedostateczną zdolność radzenia sobie z lękiem, tak że lęk dominuje w trakcie sesji, terapeuta interweniuje w taki sposób, by pomóc pacjentowi go regulować, co sprzyja rozwojowi przymierza terapeutycznego. Konieczna może być też praca nad zdolnością pacjenta do różnicowania własnych uczuć od aktywizujących się mechanizmów obronnych i nad zdolnością do widzenia związku przyczynowo-skutkowego, tzn. rozróżniania pomiędzy bodźcem i wierzchołkami trójkąta konfliktu – uczuciami, (U) lękiem (L) i obronami (O) (zob. rys. 1). Doświadczenie i badanie wypieranych uczuć nie jest możliwe, dopóki zdolność adaptacyjna ego nie jest wystarczająco mocna.

6.5.7.1. Praca z obronami

Wydziela się trzy jej fazy:

1) Rozpoznanie, czyli identyfikacja mechanizmów obronnych i ich klaryfikacja: w odpowiedzi na pytanie o uczucia, pacjent może np. mieć tendencje do uśmiewania się, żartowania i racjonalizowania. Wówczas terapeuta identyfikuje obronę:

– Czy zauważył Pan, że gdy zapytałem o Pana uczucia do żony związane z jej zachowaniem, zaczął się Pan uśmiewać, żartować, intelektualizować? Jeśli pacjent jest w stanie zobaczyć/uświadomić sobie swoje obronne zachowanie i powie np.:

- Tak, teraz jak Pani to mówi, rzeczywiście uświadamiam sobie, że tak zrobiłem – to możliwe jest ukazanie obronnej funkcji tego zachowania:
- To jest sposób, w jaki unika Pan przyjrzenia się swoim uczuciom do żony.

2) Skierowanie uwagi i zachowania pacjenta przeciwko jego nieadaptacyjnym obronom poprzez pokazywanie, w jaki sposób tworzą one problemy, z którymi się zgłasza. Jest to separowanie pacjenta od jego patologicznego superego, z którym był wcześniej zidentyfikowany, i które – wspierając mechanizmy obronne – podtrzymuje jego cierpienie. Na przykład:

t: – Czyli widzi Pan swoją tendencję do unikania kontaktu z uczuciami poprzez śmiech, żartowanie i racjonalizowanie? Zastanówmy się, do jakich konsekwencji prowadzi taka unikająca postawa. Jeśli będzie Pan ukrywał swoje prawdziwe uczucia przede mną, nie będę mogła Panu pomóc. To oznacza, że nie uzyska Pan oczekiwanej zmiany i Pana cierpienie będzie trwało nadal.

3) Wywieranie presji na pacjenta i wzywanie, by porzucił obrony.

Ponieważ terapia ma pomóc pacjentowi doświadczyć swoich uczuć tak głęboko, jak to tylko możliwe, musi on zwrócić się przeciwko swoim automatycznie i nawykowo stosowanym mechanizmom obronnym, które stoją na drodze do osiągnięcia celu terapeutycznego. Interwencję tę stosuje się wtedy, gdy pacjent jest już w stanie zobaczyć, że broniąc się przed badaniem swoich uczuć, sabotuje pracę terapeutyczną, w którą się zaangażował. Wgląd sam w siebie często nie wystarczy. Silna konfrontacja jest nie tylko wymierzona w pojedynczą obronę, ale jest interwencją wymierzoną w cały system obron pacjenta. Jest apelem do pacjenta, aby podjął maksymalny wysiłek w celu przezwyciężenia oporu. Przyjmuje to formę podsumowania, z dokładnym opisem obron, których pacjent używa, by uniknąć kontaktu z uczuciami oraz pokazywaniem samoniszczących konsekwencji kontynuowania oporu. Jest to wnikięcie w istotę problemu. Na przykład:

t: – Z pewnością jest w Panu bardzo dużo uczuć w związku z tym, co ostatnio stało się w Pana życiu... rozpad małżeństwa, utrata pracy itd. Jednak nie mówi Pan o tych uczuciach. Mówi Pan o swoich myślach, wyjaśnieniach. To są sposoby unikania doświadczania tego, co Pan czuje. Przyszedł Pan tu, by uzyskać pomoc w radzeniu sobie ze swoimi uczuciami, by się im przyjrzeć w jasny i precyzyjny sposób, ale bardzo silna Pana część każe uciekać i unikać tego.

p: – No tak (uśmiechając się).

t: – To działa przeciwko Panu. Jeśli będzie Pan unikał tutaj kontaktu ze swoimi uczuciami i mówienia o nich poprzez przytaczanie wyjaśnień, zmiany tematu, generalizowanie i żarty, nie będziemy mogli dotrzeć do podłoża Pana problemu. Podjął Pan decyzję, by przyjść tu, by zrozumieć swoje problemy i uzyskać poprawę, ale przez te unikające działania sabotuje Pan osiągnięcie swojego

celu. W rezultacie prowadzi to do tego, że ja nie będę mogła być pomocna, tak samo jak nie byli pomocni inni terapeuci w poprzednich latach Pana terapii. Czemu miałby Pan to sobie robić?

6.5.7.2. *Wydobycie/dotarcie do uczuć w przeniesieniu*

Koncentracja pracy na obronach i wywieranie presji na ich porzucenie wywołuje u pacjenta intensywne mieszane uczucia. Presja jest podtrzymywana do momentu, gdy nieświadome dotąd uczucia wyłaniają się na powierzchnię. Dotarcie do impulsów i uczuć żywionych do terapeuty lub do ważnej postaci w obecnym życiu pacjenta otwiera dostęp do nieświadomości. Terapeuta zachęca pacjenta do otwartego i możliwie pełnego doświadczenia i wyrażania uczuć. Na przykład:

t: – Czy zauważył Pan, że marszczy Pan czoło i zaciska dłonie w pięści? Rozumiem, że pojawiają się w Panu jakieś reakcje emocjonalne na to, co mówię?

p: – Chyba nie podoba mi się to, co Pani mówi.

t: – Chyba? Podoba się to Panu czy nie?

p: – Nie, nie podoba mi się.

t: – To może przyjrzyjmy się Pana uczuciu do mnie w związku z tym?

Wraz z doświadczeniem i rozpoznaniem swoich uczuć pacjent zaczyna rozumieć powiązania pomiędzy nieświadomymi uczuciami z przeszłości i tym, w jaki sposób są one obecne w aktualnych relacjach w życiu i w relacji terapeutycznej. Może zrozumieć, jaki bodziec aktywował uczucie i jakie jest powiązanie pomiędzy bodźcem w aktualnej sytuacji a wydarzeniami w przeszłości, które wywołały te uczucia. Pacjent jest skłaniany nie tylko do tego, by nazwać swoje emocje, ale też, by doświadczyć ich fizycznie w ciele i odczuć impulsy, które im towarzyszą. Pacjent jest zdolny dotrzeć do swoich nieświadomych uczuć dzięki temu, że przy pomocy terapeuty zwrócił się przeciwko swoim mechanizmom obronnym oraz rozwinął i wzmocnił zdolność adaptacyjną ego, która pozwala mu obecnie znieść uczucia, od których w przeszłości się odgrodził. Podczas gdy pacjent doświadcza tych uczuć i ich fizjologicznej manifestacji, terapeuta zachęca go do wizualizacji związanego z uczuciem morderczego impulsu. Po czym następuje doświadczenie złożonych uczuć winy, żalu/żałoby i miłości. Ważna jest sekwencja pojawiania się tych uczuć. Żeby możliwe było prawdziwe i głębokie doświadczenie uczucia miłości, musi nastąpić wydobywanie uczucia wściekłości, poczucia winy, żalu i żałoby. Szczególnie ważne i najbardziej bolesne jest doświadczenie nieświadomego poczucia winy, będącego konsekwencją morderczych uczuć i fantazji wywołanych traumą. Doświadczenie tych, wcześniej wypartych do nieświadomości, połączonych uczuć morderczej wściekłości i winy, rozwiązuje centralną

patogeniczną organizację nieświadomości. Davanloo (1990) twierdzi, że to nieświadome poczucie winy wytwarza potrzebę doświadczania kary i tym samym jest siłą napędzającą karzące superego, odpowiedzialne za podtrzymywanie samoniszczących wzorców pacjenta.

Odwroćenie wyparcia nieświadomych uczuć pozwala pacjentowi dokonać emocjonalnych powiązań pomiędzy dzisiejszymi uczuciami a przeszłymi doświadczeniami. Dzięki temu odblokowaniu możliwe staje się zbadanie historii pacjenta w emocjonalnie znaczący sposób.

6.5.7.3. Interpretacja i konsolidacja wglądów i doświadczeń w procesie

Kiedy usunięty zostanie opór i możliwy staje się bezpośredni dostęp do nieświadomości, można skupić się na interpretowaniu i nadawaniu znaczeń historii pacjenta. Davanloo twierdzi (1990), że opis przeszłości pacjenta uzyskiwany przed usunięciem mechanizmów obronnych może być znacząco zniekształcony. Właściwy opis historii może być dokonany po odblokowaniu nieświadomych uczuć i usunięciu mechanizmów obronnych. Podczas tej konsolidującej fazy terapeuta podaje podsumowujący opis konfliktów doświadczanych przez pacjenta, wyjaśnia, w jaki sposób stosowane mechanizmy obronne tworzą jego aktualne problemy, w jaki sposób jego nieświadome wcześniej uczucia wpływają na doświadczanie uczuć w aktualnym życiu, w jaki sposób poczucie winy związane z uczuciami z przeszłości łączy się z jego samokarzącymi, samoniszczącymi zachowaniami. Terapeuta pokazuje też połączenia pomiędzy konfliktami pacjenta w aktualnym życiu (A) i w przeszłych relacjach (P) oraz w relacji terapeutycznej (T), tak by pacjent mógł zrozumieć wzorce swoich trudności we wszystkich sferach życia (zob. rys. 2).

Podany opis CSD jest uproszczeniem, pozwalającym zobrazować pewne zasady, którymi kieruje się terapeuta, wybierając właściwe w danym momencie interwencje. Opisana sekwencja jest stosowana w procesie terapeutycznym w sposób elastyczny, zależny od reakcji pacjenta na kolejne interwencje.

6.6. Organizacja terapii

Podejście ISTDP jest stosowane głównie jako psychoterapia indywidualna pacjentów dorosłych. Najczęściej początkowa sesja, tzw. terapia próbna, trwa od 3 do 4 godzin, następne sesje trwają 50 lub 90 minut i odbywają się raz w tygodniu. W trakcie sesji pacjent siedzi naprzeciwko terapeuty. Możliwy jest też zblokowany układ sesji, np. raz na mie-

siąc dwie sesje, trwające od 1,5 do 3 godzin, w ciągu dwóch kolejnych dni. Jest to szczegółowo ustalane przez terapeuta i pacjenta.

Terapia próbna (pierwsze trwające 3 do 4 godzin, spotkanie) służy oszacowaniu, czy jest to właściwe podejście terapeutyczne dla danego pacjenta. W trakcie tej przedłużonej konsultacji ocenia się problemy osobowościowe i objawowe pacjenta, bada nieświadome siły leżące u podłoża tych problemów i szacuje zdolność adaptacyjną ego. Aby ocenić adekwatność ISTDP dla danego pacjenta, w trakcie tego pierwszego spotkania terapeuta stosuje podstawowe procedury terapeutyczne ISTDP, czyli opisaną powyżej CSD.

Czas trwania terapii nie jest określony na początku. Zakończenie uzależnione jest od osiągnięcia celów terapeutycznych. Od początku terapeuta komunikuje pacjentowi, poprzez słowa i działanie, że praca terapeutyczna będzie intensywna. Jej tempo i intensywność są dopasowywane optymalnie do zdolności adaptacyjnej ego pacjenta. Davanloo sugerował, że problemy psychologiczne większości pacjentów mogą być rozwiązane w ciągu 10 do 40 sesji (Della Selva, 1996). Niektórzy pacjenci wymagają większej liczby sesji.

6.7. Badania nad skutecznością ISTDP

Opublikowano wiele badań potwierdzających skuteczność kliniczną i efektywność ekonomiczną podejścia ISTDP. Badania te były prowadzone w grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości (Abbass i in., 2008a), jak też z zaburzeniami psychosomatycznymi. Franko Baldoni, Bruno Baldaro i Giancarlo Trombini (1995) przeprowadzili badanie w grupie pacjentów z objawami dyzurycznymi w postaci zespołu cewkowego; Vanessa Hinson i współautorzy (2006) opublikowali pracę dotyczącą terapii psychogennych zaburzeń ruchu, a Allan Abbass, David Lovas i Allan Purdy (2008b) opublikowali wyniki badań dotyczących pacjentów z chronicznym bólem głowy. Opublikowano też badania potwierdzające skuteczność ISTDP w zaburzeniach depresyjnych (Abbass, 2006) i lękowych (Wiborg, Dahl, 1996), również badanie potwierdzające, że podejście ISTDP jest nie tylko skuteczne w uzyskaniu poprawy w zakresie objawów, ale jest też efektywne ekonomicznie (Abbass, 2002).

W 2006 roku Biblioteka Cochrana opublikowała metaanalizę odpowiadającą wysokim wymogom metodologicznym (Abbass i in., 2006). Metaanaliza ta objęła 23 randomizowane, kontrolowane próby kliniczne, do których ogółem włączono 1431 pacjentów. W części z tych badań stosowane było podejście ISTDP, w pozostałych inne modyfikacje

krótkoterminowych psychoterapii psychodynamicznych. W metaanalizie oceniano skuteczność ISTDP i innych krótkoterminowych psychoterapii psychodynamicznych w odniesieniu do m.in. depresji, lęku, zaburzeń osobowości, zaburzeń somatyzacyjnych, jak też funkcjonowania społecznego. Rezultaty dla większości kategorii zaburzeń sugerowały znacząco większą poprawę w grupie poddanej terapii w stosunku do grupy kontrolnej. Wyniki pokazały całościową wielkość efektu (*effect size*) tj. 0,97 dla ogólnej poprawy objawowej. Wielkość efektu wzrosła do 1,51, gdy pacjenci byli oceniani w badaniu kontrolnym po 9 miesiącach od zakończenia leczenia. Oprócz ogólnej zmiany w zakresie symptomów, analiza pokazała wielkość efektu 0,81 w zakresie objawów somatycznych, która wzrosła do 2,21 w badaniach kontrolnych po 9 miesiącach. Dla objawów lękowych wielkość efektu wynosiła 1,08 i wzrosła do 1,35, odpowiednio wartości dla objawów depresyjnych wynosiły 0,59 i 0,98. Jak widać, wielkość poprawy rosła w badaniach kontrolnych wykonywanych po 9 miesiącach od zakończenia leczenia. Powtarzająca się kontynuacja trendu wzrostowego poprawy w obserwacji kontrolnej sugeruje, że ISTDP i inne krótkoterminowe psychoterapie dynamiczne uruchamiają procesy psychiczne, które prowadzą do kontynuacji poprawy nawet po zakończeniu psychoterapii (Shedler, 2010).

Słowa kluczowe: krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna; trójkąt konfliktu; trójkąt osoby; centralna sekwencja dynamiczna; psychodiagnoza

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 252–32.
- Abbass, A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study. *Depression and Anxiety*, 23, 449–52.
- Abbass, A., Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy*, 11(2), 26–40.
- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J., Kisely, S. (2006). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Article No. CD004687.
- Abbass, A., Lovas, D., Purdy, A. (2008b). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, Dec, 28(12), 1305–14.

- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, A., Kalpin, A. (2008a). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-V personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 211–16.
- Alexander, F., French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy Prinnciples and Application*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Baldoni, F., Baldaro, B., Trombini, G. (1995). Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Medicine*, 11, 79–84.
- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. New York: International University Press.
- Balint, M., Ornstein, P.H., Balint, E. (1972). *Focal Psychotherapy*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1969/2007). *Przywiązanie* (tłum. M. Polaszewska-Nicke). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cornelissen, C.L.M. (2002). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a residential setting: The application of H. Davanloo's principles and technique in residential group psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 6(1), 45–64.
- Davanloo, H. (1978). *Basic Principles and Technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Aronson.
- Davanloo, H. (1984). Short-Term Dynamic Psychotherapy. W: H.Kaplan, B.Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, wyd. 4 (rozdz. 29.11). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Davanloo, H. (1990). „Unlocking the Unconscious” *Selected papers of Habib Davanloo*, MD. Chichester, England: Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected Papers of Habib Davanloo*, MD. England: Wiley.
- Della Selva, P.C. (1996). *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: Theory and Technique*. New York: Wiley & Sons.
- Fairbairn, W.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock Publications Limited.
- Ferenczi, S. (1924). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel.
- Ferenczi, S., Rank, O. (1925). *The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- Frederickson, J. (2005). ISTDP with a patient suffering from longstanding severe somatic complaints. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 9(1), 15–35.
- Freud, A. (1936/2007). *Ego i mechanizmy obronne* (wyd. 2, zmienione). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freud, S., Breuer, J. (1895/2008). *Studia nad histerią* (tłum. R. Reszke). Warszawa Wydawnictwo: KR.
- Freud, S. (1920/1994) *Poza zasadą przyjemności* (tłum J. Prokopiuk). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freud, S. (1923/2000). *Ego i Id*. W: S. Freud *Poza zasadą przyjemności* (tłum J. Prokopiuk). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Freud, S. (1926/2001) *Zahamowanie, symptom i lęk*. W: S. Freud *Histeria i lęk (Dzieła, t. VII*, tłum R. Reszke). Warszawa: Wydawnictwo KR.

- Freud, S. (1939/1998). Człowiek imieniem Mojżesz a religia monoteistyczna. W: S. Freud, *Pisma społeczne (Dzieła, t. IV, tłum. A. Ochocki, R. Reszke)*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Freud, S. (1940/2005). Zarys Psychoanalizy. W: S. Freud, *Poza zasadą przyjemności* (tłum. J. Prokopiuk). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hinson, V.K., Weinstein, S., Bernard, B., Leurgans, S.E., Goetz, C.G. (2006). Single-blind clinical trial of psychotherapy for treatment of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12, 177–180.
- Jones, E. (1953-1957). *The Life and Work of Sigmund Freud*. Nowy Jork: Basic Books.
- Malan, D.H. (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D.H. (1976a). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D.H. (1976b). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D.H. (1979/1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (wyd. 2). London: Karnac.
- Malan, D.H. (1986). Beyond interpretation: Part I and II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1(2), 59–82, 83–106.
- Meninger, K. (1958). *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Basic Books.
- Moore, B., Fine, B. (1996) *Słownik psychoanalizy*. Wydawnictwo: Jacek Santorski & CO.
- Neborsky, R.J. (2010). *The Collected Writings of Robert J. Neborsky, MD*. Del Mar, California: Unlocking Press.
- Pollock, G.H. (1975). On Freud's Psychoteraphy of Bruno Walter. *Annual of Psychoanalysis*, 3, 287–295.
- Racker, H. (1968/1988). *Transference and Countertransference* (wyd. 3). London: Karnac Books.
- Reich, W. (1933). *Charakter Analysis* (wyd. 3). New York: Touchstone.
- Reich, W. (1987). Character resistances. W: D.S. Milman, G.D. Goldman (red.), *Techniques of Working with Resistance* (s. 81). Northvale, NJ: Aronson.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Ten Have de Labije, J. (red.) (2001). *Working Alliance in ISTDP: Whose Intrapsychic Crisis*. Amsterdam: Dutch Association for STDP.
- Ten Have de Labije, J. (red.) (2008). She only wanted some understanding: Separating Ego and Superego Parts with an Extremely Anxious Woman. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 12(3), 40–77.
- Walter, B. (1940). *Theme and Variation*. New York: Knopf.
- Wiborg, I.M., Dahl, A.A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce relapse rate of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 689–694.