

INTENSYWNA KRÓTKOTERMINOWA PSYCHOTERAPIA DYNAMICZNA JAKO METODA LECZENIA PACJENTÓW Z SOMATYZACJĄ

INTENSIVE SHORT-TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY AS A METHOD OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH SOMATIZATION

¹ Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej

Dyrektor: prof. dr hab. Józef Maciuszek

² Zespół lekarzy i psychologów „In Altum”

Kierownik: dr Waldemar Krzyżkowiak

**treatment
somatization
Intensive Short-Term
Dynamic Psycho-
therapy**

Artykuł przedstawia założenia intensywnej krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej. Wskazuje, jak podejście to może być pomocne w rozumieniu i leczeniu pacjentów z somatyzacją. Autorzy opisują specyfikę interwencji terapeutycznych stosowanych wobec tych pacjentów.

Summary: The purpose of this article is to present intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) as a type of therapy considered particularly useful when treating patients with somatization. After a short presentation of the psychodynamic understanding of the phenomenon of somatization and the basic principles of ISTDP, the main diagnostic and therapeutic strategies and methods used when working with such patients are discussed. The patients are people who – similarly to patients suffering from depression – demonstrate high levels of unconscious anxiety and very high levels of resistance in transference at the same time, which require a specific way of conduct. During the first stage of psychotherapy, a restructuring of ego defense mechanisms is done using the so called graded format (which constitutes in continuous monitoring of the patient's anxiety level and alternating pressure on the patient's **experiencing of emotions and the so called cognitive analysis of what is happening** during the session). Only in the second phase of psychotherapy, other ISTDP techniques are used (such as challenge and head-on collision) as a part of the central dynamic sequence, leading to the unblocking and processing of the feeling causing the anxiety, the repression of which contributed to the development of the symptoms.

„Za każdym razem, kiedy napotykamy objaw, możemy wnioskować o istnieniu u chorego określonych nieświadomych procesów, które właśnie zawierają sens objawu. Lecz konieczne jest również, by sens ten był nieświadomy, jeśli objaw ma dojść do skutku. Ze świadomych procesów nie tworzą się objawy; skoro owe procesy nieświadome staną się świadomymi, objaw musi zniknąć”.

(Zygmunt Freud: Wstęp do psychoanalizy. Warszawa: PWN; 1982, s. 284)

Somatyzacja — „mowa mózgu za pomocą narządów”, jak określił ją przed laty Sakel [za: 1, s. 442], stanowi do dziś nierozwiązany problem, prowokujący do dyskusji i poszukiwań zarówno na gruncie teorii i badań naukowych, jak i praktyki klinicznej. Pojęcie „somatyzacji” jest używane wobec tych pacjentów, którzy mają skłonność do doświadczania i wyrażania cierpienia psychicznego i interpersonalnego w formie dolegliwości fizycznych i medycznie niewyjaśnionych objawów, z powodu których poszukują pomocy [2, s. 165]. Zagadnienia ich diagnozy i leczenia są nieustająco obiektem zainteresowań lekarzy i psychologów od czasów Freuda. Współcześni autorzy o orientacji psychodynamicznej, podkreślając znaczenie doświadczeń urazowych — zwłaszcza tych doznanych ze strony najbliższych we wczesnym dzieciństwie — w powstawaniu i rozwoju objawów psychosomatycznych, traktują cierpienie fizyczne jako formę obrony przed bólem psychicznym. „Poświęcenie własnego ciała” [3] bywa tu rozumiane z jednej strony — jako próba ochrony ważnych obiektów przed własną wściekłością z powodu doznanych krzywd, z drugiej — jako forma ukarania siebie za odczuwaną wobec nich wrogość [4]. Kiedy własne uczucia (jako zbyt bolesne, zakazane, trudne czy głupie, związane z poczuciem winy i/lub wstydu) uznawane są za niemożliwe do zaakceptowania, budzą konflikt i lęk. Jedną z form psychoterapii, która wydaje się pomocna w tego typu przypadkach, jest intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy — ISTDP), ukierunkowana na ułatwianie bezpośredniego dostępu do wcześniej wypieranych czy blokowanych uczuć poprzez koncentrację na cielesnych przejawach doświadczania emocji, lęku i obron. Prezentacja tego podejścia w leczeniu pacjentów z somatyzacją stanowi cel naszej publikacji.

Podstawowe założenia ISTDP

Opracowana przez Habiba Davanloo w latach 60. i rozwijana przez kolejne pokolenia jego uczniów ISTDP jest szczególną formą psychoterapii, przeznaczoną do leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości, lękowymi, depresyjnymi oraz somatyzacyjnymi [5, 6].

ISTDP jest „dynamiczna”, ponieważ — jako wywodząca się z psychoanalizy — opiera się na psychodynamicznej teorii, zakładającej istnienie nieświadomych sił motywacyjnych, istotnych w rozwoju wewnątrzpsychicznych konfliktów oraz zaburzeń, których usunięcie dokonuje się dzięki osiągnięciu poznawczego i emocjonalnego wglądu w istotę problemów. Uświadomienie ich sobie i przeżycie emocjonalne przez pacjenta to procesy zachodzące w jego relacji z terapeutą w ramach określonego kontraktu (settingu). Bezpośrednie doświadczanie złożonych uczuć przeniesieniowych jest zdaniem Davanloo podstawowym elementem opracowanej przez niego metody ISTDP i służy jako klucz „otwierający nieświadomość” [7, 8]. Kiedy pacjenci przeżywają spontanicznie i w pełni swoje prawdziwe emocje (tj. kiedy obecne są wszystkie trzy komponenty uczuć — poznawczy, fizjologiczny i motoryczny) w aktualnej relacji z terapeutą, stają się zdolni — dzięki pomocnym inter-

wencjom terapeutycznym¹ — do uświadomienia ich sobie także w relacjach z innymi ludźmi oraz ważnymi osobami z przeszłości. Zrozumienie historycznego kontekstu tych doświadczeń i włączenie ich w osobistą narrację o własnym życiu pozwala uwolnić się od symptomów somatycznych, będących — zgodnie z przyjmowanym tu założeniem — konsekwencją nieprzystosowawczych obron, pojawiających się w odpowiedzi na lęk z powodu uczuć powiązanych z wczesnodziecięcą traumą [9].

„Krótkoterminowość” ISTDP oznacza, że udzielenie pacjentowi pomocy i rozwiązanie jego wewnętrznych emocjonalnych problemów powinno być osiągnięte „tak szybko, jak to tylko jest możliwe”² [10]. Służy temu z jednej strony — ograniczenie pracy do jednego, konkretnego obszaru konfliktowego, z drugiej — taka organizacja poszczególnych sesji, jak i całej terapii (poczynając od pierwszego spotkania), która sprzyja jej intensyfikacji i przyspieszeniu [11]. Psychoanalityczne techniki, jak praca z oporem i przeniesieniem oraz konfliktowymi uczuciami, a także techniki zapożyczone z innych podejść i wypracowane w ramach ISTDP mają prowadzić do szybkiego wyłonienia problemu ogniskowego i sformułowania go w formie dwóch schematów, tzw. trójkątów wglądu [10, 12]. Pierwszy z nich, „trójkąt konfliktu”, przedstawia wzorce funkcjonowania związane z intrapsychicznymi relacjami między nieakceptowanymi uczuciami, wzbudzonym przez nie lękiem i aktywowanymi obronami, których zadaniem jest zarówno kontrola lęku, jak i utrzymanie wypartych uczuć poza świadomością. „Trójkąt osób” natomiast pokazuje przejawianie się tych wzorców funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, tj. relacjach z pierwszymi opiekunami, powtarzanych w bieżących relacjach z innymi ludźmi oraz w relacji z terapeutą. Interwencje terapeutyczne bazujące na związkach między „wierzchołkami” każdego z tych trójkątów, a także między trójkątami, umożliwiają integrację emocjonalnych i poznawczych aspektów doświadczenia [13] oraz pomagają pacjentowi zrozumieć psychiczną rzeczywistość i osiągnąć złagodzenie symptomów w stosunkowo krótkim okresie; efekty tej pracy utrzymują się jeszcze przez długi czas [4].

I w końcu, ISTDP — jako jedna z form terapii dynamicznych opartych na doświadczeniu (Experiental Dynamic Therapy) — jest terapią **„intensywną”**, ponieważ jej celem jest pomóc pacjentowi przeżyć „tu i teraz” (podczas sesji) bolesne uczucia, które zostały wyparte, gdyż w przeszłości wydawały się „nie do przeżycia”. Pacjent jest zachęcany do doświadczania „tak intensywnych uczuć, jak tylko jest w stanie znieść” [10] bez popadania

¹ Według Davanloo, intensywne i konsekwentne zachęcanie pacjentów, by porzucili swoje obrony i w pełni doświadczali swych emocji, wywołuje w nich silne mieszane uczucia wobec terapeuty i prowadzi do wewnętrznego konfliktu między ekspresyjnymi (uczucia) a represyjnymi (obrony) siłami w psychice — czyli do kryzysu intrapsychicznego. To może skutkować u nich (1) spontanicznym napływem obrazów z przeszłości i skojarzeń dotyczących relacji z pierwotnymi opiekunami (najczęściej rodzicami) lub też (2) odblokowaniem ważnych wspomnień po analizie tego, co wydarzyło się w relacji przeniesieniowej i dopytaniu pacjenta, kto jeszcze przychodzi mu na myśl, wobec kogo jeszcze czuł podobne uczucia, itp. Interpretacje przeniesienia ukazują związki między doświadczeniami uczuć w relacji z terapeutą, innymi osobami z teraźniejszości i ważnymi postaciami z przeszłości — pacjenci mogą być świadomi uczuć do poszczególnych osób, ale nie są świadomi swojego wzorca funkcjonowania w relacjach (czyli połączeń między wierzchołkami „trójkąta osób”).

² Termin „krótkoterminowość” nie odnosi się do samej długości czasu terapii, ale do sposobu jego wykorzystania i nie oznacza, że terapia jest ograniczona w czasie do z góry ustalonej liczby sesji — w zależności od poziomu zaburzenia może trwać od kilku do kilkudziesięciu spotkań.

w stan silnego lęku, a troską terapeuty jest utrzymywanie procesu psychoterapeutycznego w tzw. oknie terapeutycznym. Terapeuta jest więc aktywny, zaangażowany i dostrojony do pacjenta, bardzo skupiony na jego zachowaniach niewerbalnych, precyzyjnie — moment po momencie — oceniający jego reakcje i dostosowujący do nich swoje interwencje. Ogromne znaczenie jest tu przypisywane relacji terapeutycznej — świadomemu, a przede wszystkim nieświadomemu przymierzowi robocznemu, służącemu mobilizacji w pacjencie sił zdrowienia, które „współpracują” z terapeutą na rzecz przyniesienia ulgi w cierpieniu oraz wywołania korzystnych zmian w sposobie funkcjonowania [14].

Rozwiązanie problemu ogniskowego w przypadku pacjentów z somatyzacją, którzy — zdaniem Davanloo [7] — są niezdolni do bezpośredniego doświadczania rdzennych afektów, wymaga pewnej modyfikacji w sposobie leczenia. Charakterystykę pracy z tego typu pacjentami w ramach ISTDP przedstawiamy, zaczynając od prezentacji sposobów rozumienia zjawiska somatyzacji, by następnie przejść do wypracowanych w ramach tego podejścia metod diagnozy i stosowanych interwencji terapeutycznych.

Somatyczne ścieżki uczuć, lęku i obron z perspektywy ISTDP

Praktyczne podejście do problemu somatyzacji jako konsekwencji nieświadomego procesu przetwarzania uczuć, lęku i obron przed nim wymaga dokładnej wiedzy na temat tego, jak emocje są doświadczane w ciele i jak mogą zostać „przekształcone” w objawy fizyczne. Davanloo, bazując na prowadzonej przez lata wnikliwej analizie nagrań wideo z terapii kilkuset pacjentów, opisał specyficzne sposoby doznawania i ekspresji podstawowych uczuć, które uzewnętrzniają się w ten sam sposób u wszystkich ludzi, bez względu na wiek, płeć, pochodzenie etniczne czy kulturę [15]. Te neurofizjologiczne ścieżki charakterystyczne dla poszczególnych emocji tworzą pewne wzorce, do których można odnieść doznania nieświadomego swych uczuć somatyzującego pacjenta [14, 16, 4].

I tak na przykład, **miłość i radość** są przeżywane jako przyjemne poruszenie w ciele, przepływ pozytywnej, skierowanej do góry siły, sprawiającej, że ma się wrażenie „unoszenia nad ziemią” czy chęć „skakania z radości”. **Złość** czy **wściekłość** są doświadczane jako fala energii skierowana do góry i do przodu, która wyrasta z dołu brzucha i przemieszcza się do klatki piersiowej, szyi, głowy i w końcu do rąk i nóg (co znajduje swój wyraz w zmianie pozycji ciała), wraz z impulsem do np. gryzienia, chwytania, kopania. **Poczucie winy** (mające swoje źródło w wewnętrznym doznaniu wściekłości) jest doświadczane przez ściśnięcie, nawet do bólu, górnej części klatki piersiowej, czemu towarzyszy intensywne uczucie psychicznego cierpienia, napływ łez i myśli pełnych skruchy. **Smutek** jest z kolei wyrażany przez zneruchomienie ciała, które — jakby uginając się pod niewidzialnym ciężarem — przyjmuje postawę przygarbioną i przez które przechodzą fale poruszeń (skurczów), zaczynające się od mięśni w okolicach brzucha, płynące w kierunku mięśni międzyżebrowych i prowadzące często do głębokiego westchnienia, któremu towarzyszy przynoszące ulgę rozszerzenie klatki piersiowej; charakterystyczne jest tutaj także „ściśnięte, drapiące” gardło i „zasnurowany” głos, opadnięcie ramion i potrząsanie nimi w momentach szlochu oraz spuszczenie głowy i wbity w podłogę wzrok.

Świadome doświadczanie i ekspresja uczuć wiązą się z tzw. zdrową regulacją emocji, co oznacza, że dana osoba jest zdolna do powiedzenia [14]:

- 1) Co było bodźcem wywoławczym dla emocji?
- 2) Jakie znaczenie zostało przypisane temu bodźcowi?
- 3) Jakie fizjologiczne aspekty doświadczania emocji zostały aktywowane?
- 4) Jaka tendencja do działania (impuls) została wzbudzona?
- 5) Jaka jest poznawcza treść przeżywanych emocji (czego emocja dotyczy)?

Pacjenci cierpiący z powodu somatyzacji, podobnie jak pacjenci z depresją, spostrzegani są tutaj jako stosujący grupę obron zarówno wobec bodźca (1, 2), jak i reakcji (3, 4, 5) zwaną „natychmiastowym wyparciem” (instant repression) [14]. Kiedy uczucia są nieświadome dla pacjenta, wywoływany przez nie lęk i obrony również bywają nieświadome i mogą przejawiać się w formie objawów somatycznych [16]. Dlatego też psychoterapeuci ISTDP starają się bardzo dokładnie obserwować fizyczne reakcje pacjenta w odpowiedzi na pobudzenie emocjonalne. Wyróżniają oni trzy wzorce manifestacji **lęku** rozładowywanego przez ruchowy i autonomiczny układ nerwowy [4, 17]:

1. Napięcie mięśni poprzecznie prążkowanych w związku z nieświadomym lękiem wyraża się przez zaciskanie dłoni, wzdychanie, a nawet hiperwentylację. Chroniczne napięcie mięśni w poszczególnych obszarach, zaczynając od rąk, ramion, szyi, głowy, tułowia, nóg aż do napięcia całego ciała, prowadzić może do bólu głowy, brzucha, pleców, stawów i kończyn oraz bólu w klatce piersiowej. Przewlekłe napięcie mięśni miednicy powoduje dolegliwości bólowe związane z menstruacją i stosunkiem seksualnym, zaburzenia miesiączkowania i może być przyczyną vulwodynii. Pacjenci z tej grupy skarżyć się też mogą na uczucie przeszkody w gardle i trudności w przełykaniu, zawroty głowy, krótki oddech, skurcze mięśni, chroniczny ból, zmęczenie i inne dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, a także zgłaszają napady paniki.

2. Napięcie w mięśniach gładkich spowodowane nieświadomym lękiem prowadzi do ostrego lub chronicznego skurczu naczyń krwionośnych, przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego. Pacjenci mogą prezentować objawy z układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie, skurcze naczyń wieńcowych, kołatanie serca) i z układu pokarmowego (zgaga, wzdęcia, refluks, zespół jelita drażliwego, bóle brzucha); mogą też skarżyć się na częste oddawanie moczu, skurcze w górnej części dróg oddechowych imitujące astmę i na migrenę.

3. Względny brak napięcia w mięśniach prążkowanych i poznawczo-percepcyjne zakłócenia wywołane nieświadomym lękiem obejmują objawy takie jak: „miękkie kolana” (wrażenie, że nie można ustać na nogach), pisk w uszach, zamazany, mglisty obraz, widzenie tunelowe, zawroty głowy, utratę ciągłości myślenia, zmieszanie czy „pseudozablokowanie”, „pustkę w głowie”, parestezję i wrażenie dryfowania czy odpływania — mentalnej nieobecności. Tacy pacjenci mają przewlekłe problemy z koncentracją uwagi i ubogą pamięć; często ulegają wypadkom i cierpią z powodu przejściowych zaburzeń paranoidalnych. Podczas wizyty wydają się zdezorientowani i często albo unikają badań lekarskich w ogóle, albo poddają się im z ogromnym lękiem.

Patofizjologia każdej z tych ścieżek lęku i ich powiązania z silnymi emocjami były przedmiotem wielu badań. Jak wynika z analiz, zazwyczaj jeden sposób dominuje w danym momencie, chociaż ten sam pacjent może wykazywać różne wzorce somatyzacji

w zależności od stopnia nasilenia lęku (począwszy od najsłabszego poziomu lęku rozładowywanego w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przez manifestację lęku w mięśniach gładkich, po objawy najsilniejszego lęku w postaci zakłóceń percepcyjno-poznawczych przy względnym braku napięcia w mięśniach) [4, 14, 16, 17].

Inna grupa objawów rozumiana jest nie jako bezpośredni przejaw lęku, lecz jako rezultat mechanizmu obronnego, uruchamianego w wyniku doświadczania wewnętrznego konfliktu. Wiązana jest ona z **konwersją** (dysocjacją), która „obejmuje tylko zaburzenia funkcji somatycznych będących normalnie pod świadomą kontrolą oraz zaburzenia wyrażające się utratą czucia” [18, s. 37]. Objawy te mogą manifestować się jako osłabienie lub paraliż pewnych lub wszystkich mięśni zależnych od woli, albo też ubytek poszczególnych rodzajów czucia, które nie znajdują odbicia w uszkodzeniu nerwów obwodowych. U tych chorych lęk nie przejawia się napięciem mięśni poprzecznie prążkowanych — wydają się oni rozluźnieni i relacjonują, że czują się fizycznie słabi w tym czy innym obszarze (np. nie mogą mówić — afonia, poruszać kończynami — porażenie, mają drgawki, które mogą przypominać napady padaczkowe, zaburzenia widzenia i słyszenia, chociaż rzadko dochodzi do całkowitej utraty wzroku bądź słuchu) [18]. Opisują takie zdarzenia, jak wypadanie przedmiotów z rąk czy nawet przewracanie się na podłogę wskutek zwiotczenia mięśni bez żadnej wytłumaczalnej przyczyny.

Także inne, aktywowane przez lęk, mechanizmy obronne odgrywają ważną rolę w procesie somatyzacji. Dotyczy to zwłaszcza **represji**, która jest nieświadomym procesem powodującym, że emocje są raczej „wtłaczane” w ciało niż docierają do świadomości, **izolacji afektu** (lub intelektualizacji), która jest świadomością emocji bez doświadczania jej w ciele, oraz regresywnych obron, takich jak **eksternalizacja** czy **projekcja** siebie na innych [4, 16, 17]. Somatyczne objawy mogą być też rozważane jako rezultat **identyfikacji projekcyjnej**, która rozumiana tu bywa jako identyfikacja z „ukaranym” pierwotnym agresorem (z „martwym obiektem” w sensie z ciałem osoby, wobec której ofiara urazu odczuwa morderczą wściekłość), czyli jako mechanizm odnoszący się do pocucia winy z powodu niszczącego impulsu wobec ważnego obiektu (najczęściej pierwszego opiekuna czy figury przywiązania) [7, 9, 14]. Innymi słowy: „Objaw wyraża impuls, ale ukrywa cel za pomocą przeniesienia. Ponadto pacjenci doświadczają tego samego, czego życzą innym, co jest karą za ukryty akt sadyzmu” [13, s. 119].

Warto zauważyć, że tak długo, jak długo proces somatyzacji pozostaje nieświadomy dla pacjentów, tak długo będą oni przekonani, że ich problemy są natury fizycznej i całe ich świadome działanie będzie służyło podtrzymaniu tego przekonania. Dlatego też w podejściu ISTDP ogromne znaczenie przypisuje się nieświadomym komunikatom — fizycznym i behawioralnym sygnałom obserwowanym podczas sesji. Ważne jest zachęcanie pacjentów, by przyglądali się reakcjom swojego ciała, nauczyli się je rozpoznawać i rozumieć w kategoriach odpowiedzi na zdarzenia (bodźce) z zewnętrznego i wewnętrznego świata, to jest w kategoriach somatycznych ścieżek uczuć, lęku i obron. Stanowi to warunek trafnej diagnozy i skutecznego leczenia [4].

Procesy diagnozy i leczenia — interwencje stosowane w ISTDP

Pacjenci somatyzujący, którzy doświadczyli „braku emocjonalnego oparcia” we wczesnym dzieciństwie, mają problemy z bezpośrednim doświadczaniem emocji [19, s.

136]. Wydają się funkcjonować niczym Pinokio, „drewniany człowieczek, który szuka rodziców” [19, s. 134], i który także — a może przede wszystkim — „pragnie zwykłym chłopcem być”. („Chciałbym chłopcem móc się stać, móc skaleczyć się i śnić, cieszyć, smuć się i bać, wreszcie pełnią życia żyć” — tymi słowami rozpoczyna swoją przygodę główny bohater muzycznej wersji bajki.)

Potrzeba wyzwolenia uwięzionego w kawałku drewna życia psychicznego (emocjonalnego) jest doskonałą metaforą sytuacji pacjenta stosującego **natychmiastowe wyparcie**. Ta naczelna w przypadkach somatyzacji obrona służy błyskawicznemu blokowaniu procesu przetwarzania informacji, co wyjaśnia niezdolność do rozróżnienia między lękiem a obroną oraz między złością a sadystycznym impulsem [14]. Sadystyczny impuls ulega bezpośredniej internalizacji i dlatego nigdy nie osiąga świadomości, co więcej — tak długo, jak długo działa ta obrona — jego uświadomienie sobie i dotarcie do uczuć winy i smutku z nim związanych, a następnie do pierwotnej miłości nie jest możliwe [14, s. 177]. Dlatego też zniesienie tej obrony staje się kluczowym zadaniem w pracy terapeutycznej, a niepowodzenie w jego realizacji przyczynia się do niepowodzenia całej terapii.

Davanloo [7–9, 12, 14] opracował zestaw interwencji zwany **„centralną sekwencją dynamiczną”** (the Central Dynamic Sequence — CDS), która stała się zasadą postępowania w tzw. **próbnej terapii** (the trial therapy), pozwalającej zdiagnozować repertuar stosowanych obron, siłę oporu i poziom lęku pacjenta podczas prób dotarcia do jego wypartych uczuć wobec ważnych obiektów z przeszłości (czyli osiągnięcia dolnych wierzchołków wspomnianych „trójkątów wglądu”). Podstawowe kroki CDS można przedstawić następująco [4, 8, 14, 16, 17]:

1. Wstępna diagnoza — pytanie pacjenta o problem, w rozwiązaniu którego szuka on pomocy, a następnie prośba o konkretny przykład przejawów tego problemu w codziennym życiu — w aktualnej relacji z jakąś osobą;

2. Mobilizacja uczuć pacjenta uwikłanych w obecną relację — pytanie o to, co pacjent czuje w związku z problematycznym zachowaniem drugiej osoby, prowadzące do wzrostu obron;

3. Praca nad obronami pacjenta służąca ich zablokowaniu przez następującą sekwencję interwencji terapeuty:

a) identyfikacja obrony (np. „Czy zauważył pan, że mówi pan o tym w ogólnikowy, teoretyczny sposób?”);

b) klaryfikacja funkcji obrony („Czy widzi pan, że przez pozostawanie na tym ogólnym poziomie dystansuje się pan od swoich uczuć?”);

c) konfrontacja — pokazanie konsekwencji obrony („Czy wie pan, że jeśli będzie pan nadal unikał kontaktu ze swoimi uczuciami poprzez pozostawanie na tym ogólnym poziomie, nie będziemy mogli rozwiązać pana problemu?”).

Praca nad obronami może doprowadzić do:

4. Uzyskania dostępu do nieświadomości — przedarcia się do leżących u podstaw problemów pacjenta nieświadomych uczuć i doświadczenia ich podczas sesji z terapeutą (u pacjentów o niskim poziomie oporu) lub

5. Wzrostu złożonych uczuć przeniesieniowych do terapeuty i krystalizacji oporu w przeniesieniu (w przypadku pacjentów ze średnim i wysokim oporem).

W takiej sytuacji potrzebna jest kolejna technika, tzw. **zderzenie czołowe** (head-on collision — HOC) z oporem w przeniesieniu.

6. HOC polega na tym, że terapeuta, pokazując pacjentowi destrukcyjną naturę stosowanego przez niego systemu obron w relacji terapeutycznej (stawianie „bariery przeciwko emocjonalnej bliskości” [Davanloo, za: 6] w kontakcie z terapeutą i z własnymi uczuciami) oraz ponoszone przez niego psychospołeczne koszty takiego postępowania (podtrzymywanie problemu skutkujące doświadczanym cierpieniem), zachęca go do przeciwstawienia się własnym obronom i mobilizuje do pokonania oporu. („Zatrzymajmy się i spójrzmy na to, co się teraz dzieje. Przyszedł tu pan z własnej woli, szukając pomocy w rozwiązaniu swojego problemu, który przysparza panu tyle cierpienia. Umówiliśmy się na współpracę, by przynieść ulgę w pana bólu, ale gdy tylko — pan i ja — próbujemy sięgnąć do źródła pana trudności, pan zaczyna mówić w ogólnikowy sposób i stawiać ścianę między nami. Ta ściana trzyma pana i mnie z daleka od poznania i zrozumienia pana prawdziwych uczuć. To sprawia, że nie mogę panu pomóc i sprawia, że staję się bezużyteczny. Czy to jest to, czego pan naprawdę chce? Oczywiście może pan to robić dalej, ale moim pytaniem jest, dlaczego pan chce, bym jako pański terapeuta był bezużyteczny dla pana? Pan wie, że konsekwencje tego są takie, że nie będę w stanie panu pomóc. Bardzo bym chciał, ale w takich warunkach nie dam rady i pogodziłem się już z tym, że nie jestem w stanie pomóc każdemu. Ja liczę się z tym, że mogę ponieść porażkę, ale czy pana stać na porażkę? Jak długo jeszcze zamierza pan zmagać się ze swoim problemem? Zamierza pan cierpieć do końca życia?”).

Udane zastosowanie tej techniki prowadzi do:

7. Przełamania oporu i zyskania dostępu do nieświadomości, do złożonych uczuć przeniesieniowych wraz z odblokowaniem emocji i traumatycznych wspomnień dotyczących ważnych osób z przeszłości pacjenta, co stanowi punkt zwrotny w psychoterapii.

W miarę, jak historia pacjenta jest odtwarzana podczas sesji, interwencje terapeutyczne ukierunkowane na tworzenie powiązań między przeszłością, teraźniejszością i zjawiskiem przeniesienia (czyli między wierzchołkami w „trójkącie osób”) oraz między uczuciami/impulsami, lękiem i obroną/symptomami wywołującymi cierpienie (między wierzchołkami w „trójkącie konfliktu”) prowadzą do restrukturyzacji mechanizmów osobowości³. Kiedy pacjent zyska wgląd w specyficzne sposoby, w jakie karze siebie za uczucia i impulsy wobec innych, staje się zmotywowany do zaprzestania torturowania siebie, co przynosi wyraźne złagodzenie symptomów. Ten podstawowy wzór wstępnego spotkania (terapii próbnej) może ulegać modyfikacjom w zależności od poziomu lęku i stopnia oporu pacjenta [9, 13, 14].

W przypadku pacjentów somatyzujących, u których — za sprawą surowego superego i patologii charakteru przejawiającej się w postaci układu ego-syntonicznych obron — występuje bardzo wysoki poziom oporu, równie wysoki nieświadomy lęk (z powodu stale internalizowanej wściekłości) oraz niski poziom emocjonalnego pobudzenia, CDS przy-

³ Należy tu podkreślić, że badanie historii pacjenta i koncentracja na jego przeszłych doświadczeniach na początku terapii — kiedy lęk i obrony (opór) są jeszcze silne — nie ma większego sensu terapeutycznego. „Tylko te wspomnienia, które wychodzą na powierzchnię w trakcie przeżywania przez pacjenta teraźniejszej emocji, uznaje się za ważne pod względem dynamiki, bo tylko one umożliwiają dotarcie do pierwotnych urazów z dzieciństwa i rekonstrukcję rdzennych konfliktów” [13, s.131].

muje formę dwustopniowej techniki [7, 14]. W pierwszej fazie praca polega na zajmowaniu się regresywnymi obronami w celu restrukturyzacji ego pacjenta przez stopniową presję na doświadczanie uczuć, w fazie drugiej — za pomocą zintensyfikowanej i nieustającej presji i wyzwań „otwierana” jest nieświadomość. Postępując według tej procedury terapeuta musi dopasować intensywność presji i wyzwania zgodnie ze wzrostem i sposobem kanalizowania przez pacjenta lęku podczas pracy w „trójkącie konfliktu”.

Kiedy pacjent pytany o uczucia reaguje, z powodu kruchości ego, silnym lękiem wyładowywanym przez mięśnie gładkie i zakłócenia percepcyjno-poznawcze, wymagane jest zastosowanie procedury tzw. **formatu stopniowanego** (graded format). Procedura ta polega na bardzo powolnym i ostrożnym stosowaniu presji na uczucia, przenoszeniu stopniowo impulsu wściekłości do świadomości pacjenta, tak żeby mechanizmy regresyjne (m.in. somatyzacja właśnie) nie były przez niego stosowane [7]. Jeśli presja na uczucia wywoła zbyt duży lęk, terapeuta natychmiast dokonuje poznawczego podsumowania tego, co się właśnie wydarzyło w trakcie sesji, aby dzięki mechanizmowi intelektualizacji obniżyć jego poziom. Zdaniem Davanloo [7–9] szczególnie pomocne mogą tu być trzy techniki: (1) przekierowanie uwagi z uczuć pacjenta na fakty z jego aktualnego życia lub historii rozwoju; (2) przekierowanie uwagi z pacjenta na inne osoby; (3) koncentracja uwagi na fizjologicznych objawach odczuwania lęku w ciele przez pacjenta. Wszystkie te interwencje pozwalają pacjentowi zdystansować się od bezpośredniego doświadczania w „tu i teraz”, zachęcając go do samoobserwacji i autorefleksji, dzięki czemu może on nadać sens odczuwanym doznaniom, lepiej je rozumieć i regulować. Gdy tylko lęk wraca do poziomu tolerowanego przez pacjenta, ponownie stosowane są łagodna presja na uczucia i wyzwanie wobec obron. Każda taka runda prowadzi do coraz większej intensywności doświadczanych uczuć/impulsów i coraz większej zdolności ich przeżywania.

Dopiero gdy pacjent staje się zdolny do różnicowania między doświadczeniem złości i lęku z jednej strony a systemem obron z drugiej, terapeuta może bezpiecznie przejść do drugiej fazy, bez ryzyka, że nieustająca presja i wyzwania będą miały efekt odwrotny — tj. przyczynią się do intensyfikacji symptomów somatycznych, lęku czy depresji [14]. Pojawiające się tu problemy mogą wynikać z tego, że terapeuta nie rozpoznaje manifestacji obrony natychmiastowego wyparcia albo też nie potrafi pomóc pacjentowi w jej porzuceniu, wywierając zbyt małą lub zbyt silną presję na uczucia [9, 14].

Podsumowując, podstawowe zasady postępowania w praktyce ISTDP można w uproszczeniu przedstawić następująco: jeśli terapeuta — po zadaniu pytania o uczucia — widzi, że objawy somatyczne wynikają z lęku manifestującego się w mięśniach poprzecznie prążkowanych — bada uczucia i zajmuje się obronami; jeśli natomiast objawy somatyczne są rezultatem lęku na poziomie mięśni gładkich i/lub zakłóceń percepcyjno-poznawczych, stosuje on format stopniowany, restrukturyzuje mechanizmy obronne (ego pacjenta), a następnie analizuje uczucia. Dzięki wielokrotnym powtórzeniom tych interwencji pacjent uczy się dostrzegać związek przyczynowo-skutkowy między bodźcem, uczuciem, lękiem i obroną w różnych sytuacjach, co wywołuje u niego poprawę objawową. Ten schemat postępowania stosowany jest w diagnozie i leczeniu pacjentów z somatyzacją od lat 80. ubiegłego wieku.

Refleksje końcowe

Somatyzacja stanowi problem nie tylko dla samych chorych, ale też dla ich rodzin czy innych osób z ich bliższego i dalszego otoczenia, podobnie jak dla całej rzeszy specjalistów od spraw zdrowia, ze względu na koszty natury psychicznej, społecznej i ekonomicznej. Fakt, że w większości przypadków somatyzujący pacjenci nie widzą swojego udziału w cierpieniu, jakiego doświadczają i nie są zainteresowani odkrywaniem jego innych — poza medycznymi — przyczyn oraz ujawniają fundamentalne trudności w identyfikowaniu i wyrażaniu emocji, sprawia, że są oni jednymi z najtrudniejszych pacjentów psychoterapii. Skoro nie tylko samo uczucie, ale każda myśl zdolna je wywołać jest za sprawą nieświadomego mechanizmu natychmiast usuwana ze świadomości i/lub atakowana, a każda próba pomocy może być traktowana jako okazja do wyzwolenia bolesnych doświadczeń (oraz obaw przed ponownym zranieniem) i dlatego właśnie odrzucana, terapeuta decydujący się na pracę z pacjentem somatyzującym staje przed trudnym wyzwaniem. Ma bowiem do czynienia z jednej strony — z pozbawionym dostępu do uczuć i wyobraźni dorosłym, z drugiej — z „rozwścieczonym dzieckiem, walczącym o swoje prawo do życia” [20], wysyłającym niewerbalne — cielesne komunikaty, które tylko „matka” terapeuta potrafi zrozumieć. Gdy w sytuacji terapeutycznej dochodzi (wskutek zniesienia regresywnych obron) do uwolnienia „spętanych psychosomatycznym symptomem groźnych uczuć”, pojawia się „kryzys psychosomatyczny” [za: 19, s. 134], który — jak każdy kryzys — jest potencjalnie dwuwartościowy: niesie ze sobą niebezpieczeństwo destrukcji, jak też szansę na wyzdrowienie i twórczy rozwój. Często sama możliwość nazwania „rozdzierających ciało i psychikę” doznań, kiedy to dochodzi do głosu „silnie stłamszona wrogość do pierwotnych obiektów miłości”, i opowiedzenia komuś o tym wewnętrznym dramacie w bezpiecznej atmosferze sprawia, że pacjent „nie musi” już walczyć o przetrwanie, a jego „ciało nie musi podejmować kolejnych, niezliczonych prób uporania się z cierpieniem psychicznym” [20, s. 163]. To właśnie z tego powodu podejście skoncentrowane na emocjach, a jednocześnie uwzględniające znaczenie wczesnodziecięcych traum w relacji z pierwszymi opiekunami wydaje się szczególnie pomocne w leczeniu pacjentów z somatyzacją. ISTDP wpisuje się w ten nurt doskonale, wykazując pewnymi wyjątkowymi właściwościami. Najważniejszą z nich jest możliwość „całkowitego pokonania oporu” [21] przez zmotywowanie pacjenta, by zawarł przymierze z terapeutą i przeciwstawił się destrukcyjnym oraz autodestrukcyjnym — karzącym siłom w sobie, porzucił nieprzystosowawcze mechanizmy obronne, których automatyczne stosowanie jest przyczyną wystąpienia objawów i cierpienia.

Metoda opracowana przez Davanloo — choć tak efektywna w wykonaniu samego autora [21] — ma jednak swoje ograniczenia. Po pierwsze, nie jest to metoda dla każdego pacjenta. Niezależnie od innych wskazań, w celu ostatecznej weryfikacji, czy dany pacjent może skorzystać z ISTDP czy nie, stosuje się zwykle trzygodzinną „terapię próbną”, podczas której — za pomocą centralnej sekwencji dynamicznej — terapeuta sprawdza, czy z tym konkretnym pacjentem możliwy jest ten rodzaj pracy, skutkujący tzw. przełamaniami do głębokich nieświadomych uczuć.

Po drugie, nie jest to metoda dla każdego terapeuty. „Niezmiernie trudno jest się nauczyć techniki Davanloo” [21, s. 13] i jedynie niewielu spośród rozpoczynających szkolenie uzyskuje prawdziwą umiejętność stosowania tej formy psychoterapii. Dzieje się tak po części

dlatego, że jest ona niezwykle wymagająca — w każdym momencie sesji terapeuta musi zdawać sobie sprawę, na którym wierzchołku „trójkąta konfliktu” i „trójkąta osób” znajduje się pacjent, jednocześnie obserwując sygnały z jego ciała, nadążając przy tym za treścią jego wypowiedzi i monitorując nieustannie interakcje pomiędzy pacjentem a sobą [6].

Przed wszystkim jednak, główną przeszkodą w szerokim stosowaniu tej metody jest „wysoko konfrontacyjny, prawie antagonistyczny styl prowadzenia terapii” — pisał Malan [21, s. 13], porównując go do „żelaznej dłoni w aksamitnej rękawiczce” [za 13, s. 32]. Większość terapeutów nie czuje się komfortowo w sytuacji „bezlitosnej walki z barierą obron” pacjenta przy jednoczesnym zapewnianiu mu bezpieczeństwa i troski w „psychicznym holdingu” (co wymaga od nich radzenia sobie z własnymi uczuciami, lękiem i obronami) — czyli w sytuacji znoszenia ogromnej presji, którą niewielu może wytrzymać [10]. Nic dziwnego, że niektórzy z nich podjęli próby modyfikacji metody Davanloo, usiłując zachować podstawowe założenia teoretyczne i cele terapii, ale realizować je w „złagodzonej formie”. Powstaje jednak pytanie, czy takie próby dopasowania ISTDP do własnej osobowości przez uczniów Davanloo są równie skuteczne, co terapia wykonywana przez jej twórcę i czy w ogóle jest to jeszcze ISTDP, czy może raczej jakaś inna forma krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej.

Po trzecie, kontrowersje wokół ISTDP dotyczą wątpliwości, co do skuteczności krótkoterminowych terapii psychodynamicznych w ogóle. Sceptycyzm wobec spektakularnych rezultatów — zakresu, głębokości i trwałości zmian opiera się na przekonaniach, że ograniczenie czasu terapii wiąże się nieuchronnie z ograniczonymi możliwościami uzdrawiającego oddziaływania — niewystarczającymi dla uzyskania wartościowej poprawy w funkcjonowaniu pacjenta, a zaskakujący pozytywny wynik może być na przykład efektem pozytywnego przeniesienia raczej niż skonsolidowaną zmianą psychiczną [10, s. 66]. Warto w tym miejscu podkreślić, że krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna nie jest po prostu skróconą (gorszą) wersją psychoterapii długoterminowej (która sama w sobie też przecież nie gwarantuje powodzenia w leczeniu — wystarczy wspomnieć o tzw. złośliwej regresji lub „negatywnej reakcji terapeutycznej”). Różnice między nimi — mimo oczywistych podobieństw w zakresie podstawowych założeń teoretycznych — są zasadnicze i dotyczą celów, sposobu formułowania zadań oraz sposobu ich realizacji [10, 22]. Zawzięta rywalizacja między zwolennikami jednego lub drugiego podejścia toczy się od lat — „w obydwu obozach istnieją fałszywi prorocy, którzy twierdzą, że tylko jedno podejście może być »słuszne« ” [10, s. 83].

Nie jest naszym celem podjęcie na łamach niniejszego artykułu próby jakiegoś rozstrzygnięcia tych licznych wątpliwości czy zajęcia stanowiska w dyskusjach nt. przewagi jednego podejścia terapeutycznego nad innymi. Celem naszym jest prezentacja — jakże przecież wybiórcza i ograniczona z konieczności — wciąż tak mało znanej na gruncie polskim metody psychoterapii zwanej ISTDP. Niezależnie od rozlicznych kontrowersji, jakie budzi, przedstawiana metoda wydaje się interesująca, skuteczna przynajmniej wobec niektórych pacjentów, a wiele jej technik, jak i sposobów rozumienia zjawisk zachodzących w relacji terapeutycznej, może być z korzyścią wykorzystanych również w innych podejściach terapeutycznych i — co być może ważniejsze — stanowić inspirację do dalszych poszukiwań coraz lepszych narzędzi i sposobów pracy, zwłaszcza z tymi najtrudniejszymi, oporującymi, somatyzującymi pacjentami.

Dzięki traktowaniu procesów diagnozy i terapii jako wzajemnie się przeplatających w trakcie sesji terapeuty ISTDP może nie tylko wspomóc proces oceny, czy dolegliwości zgłaszane przez pacjentów mają raczej charakter zaburzenia somatycznego czy somatyzacyjnego⁴, nauczyć ich rozpoznawania objawów w ciele jako wyrazu znaczących psychicznych treści (co prowadzi do obniżenia poziomu lęku i zwiększenia możliwości tolerowania coraz silniejszych uczuć bez konieczności uruchamiania symptomów), ale przede wszystkim — zachęcić pacjentów do porzucenia nieprzystosowawczych mechanizmów obronnych, których automatyczne stosowanie jest przyczyną wystąpienia objawów somatycznych i cierpienia. I nawet jeśli ISTDP jest — jak opisała ją Mander — niczym „chirurgia — sztuka, która wymaga precyzji, silnych nerwów, wysokich kwalifikacji i rzadko spotykanego, ogromnego poczucia pewności siebie” [10, s. 66], to przecież nie sposób nie uznać potencjalnej wartości takiego podejścia w pewnych sytuacjach, podobnie jak nie sposób nie uznać, że terapeuta w relacji z pacjentem musi radzić sobie z — często bardzo silnymi — uczuciami. W jakimkolwiek podejściu terapeuty nie może bać się złości, a jeszcze bardziej — nie może bać się miłości, podczas wspólnego z pacjentem zaangażowania w realizację wspólnego celu.

Piśmiennictwo

1. Piegza M, Gorczyca P, Hese RT. Wybrane zagadnienia dotyczące zaburzeń psychicznych pod postacią somatyczną. *Wiadomości Lekarskie*. 2005; 58 (7–8): 442–446.
2. Abbey SE. Somatization and somatoform disorders. W: Rundell JR, Wise MG, red. *Essentials of consultation-liaison psychiatry. Based on The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2005.
3. Schier K. Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
4. Abbass A., Lovas D., Purdy A. Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephal. Int. J. Headache* 2008; 28: 1305–1314.
5. Abbass A. *Reaching through RESISTANCE. Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City: Seven Leaves Press; 2015.
6. Neborsky RJ. Davanloo's method of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. W: Alpert M, Malan D, McCullough L, Neborsky RJ, Shapiro F, Solomon M, red. *Short-Term Therapy for Long-Term Change*. New York, London: W.W. Norton & Company; 2001, 16–53.
7. Davanloo H. *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley, 1990.
8. Davanloo H. *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley; 2000.

⁴ Wystąpienie zmian w fizycznych objawach (ich wzrost, spadek lub zniknięcie) wskazywać może na somatyzację jako przyczynę symptomów, natomiast brak jakiegokolwiek zmiany (przy założeniu, że miała miejsce adekwatna aktywacja emocji) sugeruje, że to czynniki biologiczne, a nie stłumione emocje są prawdopodobnie przyczyną choroby [4, 16]. Trzeba jednak mieć na uwadze, że reakcja somatyczna pacjenta (nasilenie lub zmniejszenie symptomów) może wystąpić także z innych niż emocjonalne powodów, podobnie jak brak takiej reakcji może być rezultatem np. faktu, że pacjent pozostaje pod wpływem środków uspokajających. Dlatego też takie podejście nie oznacza bynajmniej rezygnacji z procesu diagnostycznego mającego na celu wykluczenie prawdopodobnych medycznych przyczyn objawów.

9. Coughlin Della Selva P. Emotional processing in the treatment of psychosomatic disorders. *J. Clin. Psychol. Sess.* 2006; 62 (5): 539–550.
10. Mander G. Psychodynamiczna terapia krótkoterminowa. Tłum. Stadnicka-Dmitriew Z. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
11. Davanloo H. Basic methodology and technique of Short-Term Dynamic Psychotherapy. W: Davanloo H, red. Basic principles and techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson INC.; 1994.
12. Malan D, Coughlin Della Selva P. Lives transformed. A revolutionary method of dynamic Psychotherapy. London: Karnac Books; 2007.
13. Coughlin Della Selva P. Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna. Tłum. Bereda-Rosołek K. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2013.
14. Ten Have-de Labije J, Neborsky RJ. Mastering Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. A roadmap to the unconscious. Karnac. London; 2012.
15. Davanloo H. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Chichester: John Wiley and Sons; 2001.
16. Abbass A. Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J. Fam. Pract.* 2005; 54 (3): 215–224.
17. Frederickson J. Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej. Tłum. Pałynyczko-Ćwiklińska A. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2014.
18. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V, Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.
19. Kutter P. Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych. Tłum. Ubertowska A. Gdańsk: GWP; 2000.
20. McDougall J. Teatry ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych. Tłum. Kruszyńska-Mąka M. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
21. Malan D. Słowo wstępne. W: Coughlin Della Selva P. Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna. Tłum. Bereda-Rosołek K. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2013.
22. Prochaska JO, Norcross JC. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2006.

Adres: malgorzata_kuleta@op.pl