

INTENSYWNA KRÓTKOTERMINOWA PSYCHOTERAPIA DYNAMICZNA W KONTEKŚCIE AKTUALNYCH UWARUNKOWAŃ CYWILIZACYJNYCH

Neurobiologia a rozumienie regulacji
emocji i lęku w terapii ISTDP

ISTDP (Intensive Short Term Dynamics Psychotherapy)
jest młodym nurtem w psychoterapii, rozwijającym się od
lat 60. ubiegłego stulecia w Kanadzie, USA i krajach Europy
Zachodniej, a w ostatnich latach również i w Polsce.

CO TO JEST ISTDP? CZYM SIĘ RÓŻNI OD INNYCH PODEJŚĆ? JAK PRACUJEMY Z PACJENTEM W PODEJŚCIU ISTDP?

Twórcą podejścia i metodologii pracy ISTDP jest Dr. H. Davanloo – perskiego pochodzenia lekarz chirurg, a z powołania oraz pasji psychoanalityk i badacz nieświadomości. Był prawdziwym

pionierem i na wiele lat wyprzedzał swe czasy. Klasycznej psychoanalizy uczył się na Harvardzie. Pragnąc kształcić się w dziedzinie psychoanalizy, odbywał swoją analizę u Heleny Deutsch, utalentowanej psychoanalityczki, która swą osobistą psychoanalizę zawdzięcza Zygmunutowi Freudowi. Jako przyszły psychoanalityk Davanloo nie był usatysfakcjonowany długością terapii psychoanalitycznej oraz jej niejasnymi, trudno

O TERAPII ISTDP MÓWIMY, ŻE JEST:

Intensywna – uwaga pacjenta jest natychmiast koncentrowana na problemie. Terapeuta swymi interwencjami od pierwszych sekund sesji z pacjentem pracuje na materiale (świadomym i nieświadomym) wnoszonym przez pacjenta „tu i teraz” – nie ma tu miejsca na „opowiadanie historii”.

Krótkoterminowa – krótka w sensie przechodzenia do sedna problemu (obieramy najkrótszą drogę do osiągnięcia zmiany).

Dynamiczna – terapia nie korzysta ze statycznych koncepcji, ale używa dynamicznego procesu (ciągła uwaga na widzeniu przez pacjenta, rozumieniu i rozwiązywaniu wewnętrznego konfliktu).

mierzalnymi wynikami. Jedną z jego głównych, krytycznych uwag dotyczących psychoanalizy była ta, że psychoanalityk swoją wycofaną postawą, jak i brakiem interwencji nie zatrzymuje, nie zakłóca destrukcyjnej funkcji Super Ego pacjenta. W ramach katedry psychiatrii Uniwersytetu Mc Gill w Montrealu Davanloo pod koniec lat 60. tworzy zręby rewolucyjnego podejścia psychoterapeutycznego. Przez kolejne lata doskonalili metodę tak, by mogły z niej korzystać osoby skarżące się na objawy świadczące o zdeorganizowanej strukturze osobowości, charakterologicznych tendencjach autodestrukcyjnych oraz masowym nasileniu lęku. Nowe podejście badawcze – polegająca m.in. na precyzyjnym obserwowaniu nagrań audiowizualnych z sesji terapeutycznych – stało się podwalinami nowatorskiej metody psychoterapii pozwalającej na osiągnięcie głębokich i trwałych zmian wewnątrzpsychicznych w stosunkowo krótkim czasie. Teoretyczne podstawy ISTDP oparte są na założeniach psychoanalitycznych oraz teorii przywiązania Johna Bowlby'ego, zintegrowanych ze współczesną wiedzą neurobiologiczną.

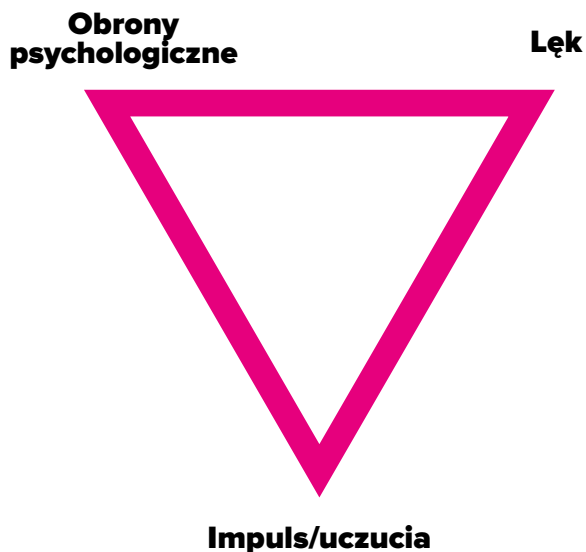
ISTDP zakłada aktywną rolę zarówno terapeuty, jak i pacjenta. Pierwszym celem jest zatem wypracowanie świadomego i nieświadomego Przymierza Terapeutycznego. Pacjent przeżywający od wielu lat problemy w relacjach społecznych będzie zarówno w swoim życiu, jak i w gabinecie z terapeutą (terapeuta nie może być wyjątkiem) nieświadomie i automatycznie bronił się przed otwartym kontaktem i bliskością emocjonalną. Terapeuta, używając techniki konfrontacji, identyfikacji, klaryfikacji, pracuje z tzw. obronami frontowymi (pasywność, uległość, mówienie ogólnikami, unikanie kontaktu wzrokowego itp.), ucząc pacjenta uważności na tego typu nawykowo i automatycznie stosowane obrony. Terapeuta w pierwszej fazie terapii ISTDP pokazuje pacjentowi, jak ten nieświadomie pod dyktando Super Ego odrzuca pomoc i/lub czyni

relację z terapeutą bezużyteczną. Terapeuta pokazuje koszty stosowanych obron, że jeśli pacjent świadomie nie zechce porzucić tych obron i wybierze kontynuowanie swych destrukcyjnych mechanizmów – np. pasywności w relacji z terapeutą – w ten sposób jego problemy nadal zostaną nierozwiązane, a jego cierpienie i jego własne problemy oraz lęk w relacjach z innymi będą miały swoją kontynuację.

Kiedy ego i super ego pacjenta jest rozdzielone, a pacjent sam widzi, jak się SAM krzywdził i nieświadomie pozbawiał bliskości, co prowadziło do jego samotności przez lata (że nieświadomie ignorował swoje tęsknoty i pragnienia, imitując np. zachowania ojca, który ignorował potrzeby i pragnienia syna. Na przykład, gdy pacjent był dzieckiem – doświadczał od ojca przekazu: „Ty nie jesteś ważny, twoje pragnienia nie są ważne, skoro już jesteś, to jedyną słuszną rzeczą będzie to, że będziesz mi służył i mnie zadowalał”. Pacjent zaczyna np. widzieć, że jego relacje z innymi są przedłużeniem jego nawykowego „bycia na służbie” kosztem ignorowania i zaniedbywania swoich praw i tęsknot.

Ten moment w terapii daje pacjentowi dostęp do np. smutku, żalu. Jeśli ego adaptacyjne pacjenta jest obudzone, pacjent może dopiero być w stanie głębiej i uczciwiej niż dotąd doświadczać swoich uczuć i impulsów. Dopiero wtedy, gdy w gabinecie terapeutycznym mamy przed sobą pacjenta uważnego na swoje fizyczne reakcje, umiającego monitorować i regulować swój lęk, wolnego od projekcji, pacjenta, który sam decyduje się razem z terapeutą eksplorować swoje uczucia i pragnienia – wówczas możemy uznać, że mamy przymierze terapeutyczne z pacjentem. Terapeuta pomaga i wspiera zdrową część pacjenta, zachęcając go do kontaktu i doświadczenia możliwie najgłębiej, uczciwie swoich pogrzebanych uczuć, używając między innymi techniki wizualizacji.

Terapeuta patrzy na pacjenta przez pryzmat tzw. trójkąta osób i trójkąta konfliktu (Malan 1979).



U części pacjentów terapeuta nadal będzie pracował z lękiem i/lub obronami (obronami na drzwiach piwnicznych, które mają utrudniać pacjentowi kontakt z jego uczuciami i reakcjami, np. pacjent może generalizować, racjonalizować, zaprzeczać lub minimalizować reakcje, swoją osobistą historię i prawdę emocjonalną w służbie podległości patologicznemu Super Ego.)

Reakcje pacjenta (uczucie/impuls, lęk, obrona) reprezentują wierzchołki trójkąta konfliktu. Badamy je zawsze na bazie konkretnej sytuacji dotyczącej: relacji z terapeutą w czasie sesji, relacji z obecnego życia pacjenta bądź relacji z ważnymi osobami w przeszłości (trójkąt osób). W ten sposób pomagamy pacjentowi zrozumieć jego obecne reakcje i powiązać je z unikalną

historią jego dzieciństwa. Doświadczenie przez pacjenta zablokowanych emocji i tęsknot z wczesnych relacji otwiera go na świadome przeżywanie uczuć i pragnień w aktualnych sytuacjach interpersonalnych. Istotne znaczenie dla przebiegu procesu terapeutycznego ma precyzyjna diagnoza charakterystycznego, swoistego dla pacjenta wzorca rozprzestrzeniania lęku oraz pomoc pacjentowi w przywróceniu jego zdrowej regulacji. Prowadzone podczas sesji stałe monitorowanie poziomu lęku – na początku przez terapeutę, a z czasem i pacjenta – pozwala uniknąć zbyt pochopnych interwencji, które mogłyby skutkować jego niekontrolowanym wzrostem i zablokowaniem procesu terapeutycznego albo też narażeniem pacjenta na niepotrzebne cierpienie. Rzeczywisty, pełny dostęp do uczuć i zdrowe regulowanie lęku wiążą się z ich doświadczaniem na poziomie fizycznym, dlatego też terapeuta stale kieruje własną, jak i pacjenta uwagę na reakcje mobilizowane w ciele.

ZNAJOMOŚĆ NEUROBIOLOGII W SŁUŻBIE ROZUMIENIA REGULACJI EMOCJI I LĘKU

Pacjenci przychodzący na konsultację z lękiem na pierwszym planie często wcale lub tylko częściowo są świadomi objawów lęku manifestujących się w ich ciele. Najczęściej ma to związek z ich obronami charakterologicznymi (ignorowanie, zaniedbywanie, zaprzeczanie i/lub minimalizowanie ich wewnętrznego stanu.)

Pacjenci latami cierpią w wyniku licznych objawów lęku w ciele, ale nie zgłaszają ich terapeutom. Ponieważ niewłaściwie odczytują swój wewnętrzny stan, co czyni ich niezdolnymi do autoregulacji lęku i z czasem ten lęk pogłębia się i wreszcie generalizuje. W efekcie do terapii przychodzą często pacjenci, którzy przeszli korowód lekarzy specjalistów i zostali przekierowani na terapię.

EFEKTEM UDANEJ TERAPII JEST:

- ▶ **rozumienie przez pacjenta procesów, które uruchamia, umiejętność patrzenia na swoje reakcje w kategoriach trójkąta konfliktu (uczucie/lęk/obrona),**
- ▶ **zdolność pacjenta do monitorowania swojego lęku i regulowania go w zdrowy sposób,**
- ▶ **świadoma rezygnacja z destruktywnych obron,**
- ▶ **możliwie pełne doświadczanie swoich pragnień i uczuć oraz umiejętność wyrażania ich w konstruktywny sposób.**

Zdolność pacjenta do odróżniania i adekwatnego identyfikowania wewnętrznego stanu jako lęku w procesie terapii jest niezbędną funkcją jego uważnego i obserwującego ego.

Terapeuta uczy pacjenta, by ten zechciał w uważny i precyzyjny sposób patrzeć na siebie w służbie porzucenia nawykowego ignorowania i zaniebdywania fizycznych objawów lęku.

Lęk\ napięcie w ciele rozprzestrzenia się, zaczynając od ścieżki mięśni szkieletowych, czyli:

- objawów somatomotorycznych,
- przez objawy współczulne,
- objawy przywspółczulne,
- do objawów z układu percepcyjno-poznawczego.

Ścieżka lęku zaczyna kierować się do: mięśni rąk, ust i/lub okolic okołoooczodołowych, następnie idzie do mięśni przedramion, ramion, szyi, twarzy, strun głosowych, ściany jamy brzusznej, mięśni międzyżebrowych pleców, nóg i stóp.

Obejmuje **autonomiczne reakcje współczulne**. W reakcji na lęk, mamy tu do czynienia z: suchością ust, gardła, oczu, poceniem się pod pachami, potliwością dłoni, zimnymi dłońmi, rumienieniem się, przyspieszeniem tętna, mocniejszym biciem serca, drżeniem.

Następnie uruchamiają się **autonomiczne reakcje przywspółczulne**:

Poczucie lekkości w głowie, senność, zawroty głowy, omdlenia, zaparcia (blokada reakcji przywspółczulnych), biegunka, parcie na mocz, nudności wzmożone wydzielanie kwasu żołądkowego, „nogi jak z waty”.

Kolejnym etapem są zaburzenia w układzie percepcyjno-poznawczym:

- zaburzenia procesów myślowych: niespójne, opóźnione lub przyspieszone myślenie,
- zaburzenia treści myślenia: dezorientacja dotycząca czasu, przestrzeni, osób,
- zaburzenia percepcji: zmiany w ostrości widzenia i słyszenia, widzenie tunelowe, dzwonienie w uszach, halucynacje, dysocjacje.

Ucząc pacjenta regulować jego symptomy lęku w ciele, chcemy, by szczególnie pacjent z objawami w układzie percepcyjno-poznawczym był uważny na swoje zaniedbywanie reakcji lękowych w ciele. By – sam nie ignorując i jednocześnie nie zadowolając terapeutę

w podążaniu za treścią sesji – stawał się osobą aktywnie troszczącą się o swoje potrzeby i efekt terapii. Rozumiejąc neurobiologiczną regulację lęku w ciele pacjenta jako terapeuci mający dobre przzymierze terapeutyczne, z obudzonym i uważnym pacjentem możemy uniknąć wielu błędów i pułapek terapeutycznych, przez które terapia może utknąć. Współpracujący i zmotywowany do traktowania siebie poważnie, z uwagą, troską, precyzją i uczciwością pacjent ostrzeże nas, np. że zaczyna źle widzieć i pojawiła się przed sekundą pustka w głowie „chyba weszliśmy na niebezpieczny grunt, rozmawiając o tym, jak ojciec w mojej obecności uderzył matkę – rozmyło mi się widzenie i nagle mam pustkę w głowie”. Pacjent z uważnym i obserwującym ego po uregulowaniu lęku i zniesieniu objawów z układu percepcyjno-poznawczego może wrócić do pracy i eksplorowania faktów z jego życia oraz powiązanych z nimi reakcji i uczuć.

MOJA OSOBISTA PRZYGODA Z ISTDP

Pracowałam już ponad 10 lat jako terapeutka psychodynamiczna, gdy zetknęłam się z terapią ISTDP. Miałam za sobą wiele doświadczeń pracy z pacjentami i ciągle wiele wątpliwości oraz pytań, szczególnie gdy pacjent mimo wiedzy: co, skąd i dlaczego mu to dolega – nadal wracał w trudnych momentach swojego życia do destrukcyjnych zachowań, reakcji psychosomatycznych. Nie pomagały w moim poszukiwaniu superwizje, na których czasami padała konkluzja przerzucająca na stronę pacjenta ocenę: „pacjent trudny, oporujący”.

Spotkanie z warsztatami, a później Core Training ISTDP było czymś więcej niż tylko odnalezieniem brakującego łącznika między teorią psychoanalityczną a precyzyjnymi technikami terapeutycznymi, niezbędnymi w dialogu z pacjentem autodestrukcyjnym czy pacjentem z silnym lękiem na pierwszym froncie pracy terapeutycznej. ISTDP weszło w moje życie osobiste i zawodowe z całą siłą precyzji, troski, uwagi, uczciwości i miłości: w traktowaniu siebie i samorealizacji w uczeniu tego pacjenta. Dziś wiem lepiej niż kiedykolwiek dotąd, iż jedynie zaangażowana postawa terapeuty z „widzącą swoimi oczyma”, rozumiejącą proces zdrową częścią pacjenta prowadzić może do rzeczywistego zaangażowania w terapię również pacjenta tak, by ten – kończąc z sukcesem terapię – mógł być swoim własnym terapeutą.

Skuteczność ISTDP dokumentują liczne badania naukowe. Metoda może być z powodzeniem stosowana w przypadku większości zaburzeń, w których wskazane jest leczenie psychoterapią, za wyjątkiem pacjentów psychotycznych, psychopatów i osób uzależnionych od alkoholu czy narkotyków (tacy pacjenci mogą rozpocząć terapię, jeżeli najpierw poddadzą się leczeniu uzależnień i utrzymują abstynencję).

PRZYKŁAD FRAGMENTU PRACY ISTDP Z LĘKIEM

Zapis sesji pochodzi z książki Josette ten Have-de Labije and Robert J. Neborsky: *Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, A Roadmap to the Unconscious*.

Książka ta jest tłumaczona na język polski i niebawem będzie osiągalna w języku polskim.

Josette ten Have-de Labije była jedną z pierwszych uczennic H. Dawanloo.

Zapis sesji zaczyna się po około 2 min od spotkania.

P: Eee, problemy, które teraz mam, jak to powiedzieć, są związane z faktem... obecnie jestem w trakcie rozwodu, procedury rozwodowej i ta procedura, ona ma udział...

T: Rozwód, przygnębienie.

P: Tak, jak to powiedzieć, wszystko razem.

T: Proszę posłuchać, przerwę panu. Myślę, że jest pan w dużym lęku, często pan wzdycha, drży pan, mam rację?

Pacjent jest bardzo napięty, drży, wzdycha, a jego głos jest zduszony.

P: Tak, to prawda.

T: W takim razie powinniśmy może najpierw przyjrzeć się temu, jak fizycznie odczuwa pan swój lęk. Jak go pan odczuwa fizycznie?

P: Eee, zdenerwowany, bardzo zdenerwowany.

T: Drzę.

Momenty kluczowe u pacjenta występuje w pewnym stopniu obserwacja ego, która jednak w oczywisty sposób nie działa na jego korzyść ani na korzyść jego stanu wewnętrznego.

T: Drży pan od stóp do głów, prawda?

P: Tak, zdenerwowanie, brak poczucia bezpieczeństwa, oczywiście.

T: Ale pytam pana: jak doświadcza pan tego w ciele?

P: Presja, wzburzenie od środka i jak to powiedzieć, po prostu przygnębienie, napięcie, presja.

T: Widziałam, że musi pan często i głęboko wzdychać.

P: Tak, tak.

T: Jest pan tego świadomy?

P: Eee, eee, tak.

Terapeutka nie jest pewna, czy pacjent uświadamia sobie własne westchnienia, czy też usiłuje zachować pozory. Stąd odzwierciedla napięcie mięśni międzyżebrowych pacjenta.

T: A więc tak, wszystko tutaj jest napięte. Dostrzega pan to, kiedy o tym mówię?

P: Tak, ale według mnie tutaj jest większe napięcie pacjent wskazuje na głowę.

Wskazując na głowę pacjent potwierdza, że nie uświadamia sobie wysokiego napięcia mięśni międzyżebrowych i zachowuje pozory. Powiedzmy, że jego ego obserwujące wciąż jest w znacznej mierze uśpione.

T: Cóż, pokazuje pan, że najwyraźniej nie ma pan w zwyczaju starannie i dokładnie się sobie przyglądać. Wie pan, że jest pan bardzo zdenerwowany, ale kiedy pytam pana, jak pan to dokładnie odczuwa w swoim ciele, ma pan problemy z precyzyjną odpowiedzią.

Konfrontacja, identyfikacja nieprecyzyjnego monitorowania stanu wewnętrznego przez pacjenta.

P: To prawda.

T: Tak więc, rzecz jasna, napotykamy tutaj na problem numer jeden. Najwyraźniej pana nawykiem, normą jest niedbałe traktowanie siebie. Jeśli tak mówię/tak to przedstawiam, to czy może pan to rozpoznać?

P: Tak.

T: Wydaje mi się, że to bardzo niekomfortowa sytuacja: siedzieć tutaj przez cały czas z tak wysokim lękiem i ignorować go, i brnąć przez niego. Zauważyłam, że jest pan do tego przyzwyczajony, mam słusność?



Rzeczywisty, pełny dostęp do uczuć i zdrowe regulowanie lęku wiążą się z ich doświadczaniem na poziomie fizycznym, dlatego też terapeuta stale kieruje własną, jak i pacjenta uwagę na reakcje mobilizowane w ciele.

Konfrontacja, identyfikacja, klaryfikacja zaprzeczenia/ignorowania/zaniedbywania (reakcja), utrzymywania pozorów oraz dawania pierwszeństwa terapeutce (ignorowanie własnego lęku, bodziec).

P: Tak, to prawda.

T: I to też jest zaniedbywanie. Jeśli tak mówię, pan rozumie mnie, że zaniedbuje pan siebie? Rozumie mnie pan czy nie?

Klaryfikacja.

P: Eeee, zaniedbujący, tak, zaniedbujący, tak, taki jestem, jak niedawno... czy ostatnio, jak to pani nazywa, taki ostatnio mam nawyk, by tak żyć.

T: Tak, ale zaniedbywaniem nie rozwiąże pan swoich problemów

Klaryfikacja.

P: Hm, hm.

T: A więc to pierwszy problem, jakim powinniśmy się zająć, który ukazał się w pełni już w pierwszych minutach. To podstawowy problem, olbrzymi problem.

Obserwujące ego pacjenta ciągle jest jeszcze na wpuł uśpione. Ciągłe funkcjonują jego obrony w postaci zaprzeczenia/ignorowania/zaniedbywania na poziomie reakcji oraz zachowywanie

pozorów, a także dawanie pierwszeństwa terapeutce (poziom bodźca). Terapeutka kontynuuje wywiad, odwołując się do ego pacjenta oraz jego pragnienia współpracy. Następnie terapeutka ponownie koncentruje się na lęku pacjenta.

P: Hm, hm.

T: Chcę się ponownie skupić na pana lęku. A więc zauważam napięcie mięśni w pańskich rękach, ramionach, barkach, karku i dalej w pana plechach, i przedniej stronie tułowia, ponieważ pana nogi są również napięte. Zauważam też, że nie ma pan w zwyczaju zwracać na to uwagi

Konfrontacja, identyfikacja, klaryfikacja fizycznych przejawów lęku oraz konfrontacja, identyfikacja i klaryfikacja zaprzeczenia/ignorowania/zaniebdywania.

P: To prawda, ponieważ prawdopodobnie nie uważam tego za istotne albo to zaniedbuję.

T: Tak, w rzeczy samej, zaniedbuje pan to i mógłby pan tak robić dalej, ale w takim wypadku natychmiast utknęlibyśmy w martwym punkcie. Jeśli będzie pan to lekceważył/zaniedbywał siebie, to nie będziemy mogli kontynuować naszej pracy. Rozumie pan to?

Terapeutka znowu odnosi się do ego pacjenta, do jego pragnienia współpracy oraz ponownie wyjaśnia rolę jego obron w obszarze jego oporu przed bliskością emocjonalną z terapeutką.

P: Tak.

T: Tak? Więc napięcie mięśniowe pojawiło się natychmiast, bum! I to tak intensywnie, że zaczął się pan cały trząść, podobnie jak pański głos. Zauważa pan, kiedy to mówię?

Konfrontacja/identyfikacja/klaryfikacja.

P: Tak.

T: Suchość w gardle, suchość w ustach, rozpoznaje pan to jako objawy własnego lęku?

Konfrontacja/identyfikacja/klaryfikacja.

P: Hm, w mniejszym stopniu, zazwyczaj jest to podenerwowanie, poczucie skrępowania...

Pacjent zaprzecza/ignoruje/zaniedbuje te manifestacje lęku i wybiera minimalizację (podenerwowanie).

T: Ale „podenerwowanie” to jest niejasne, znów zaczyna być pan niedbały.

Konfrontacja/identyfikacja/klaryfikacja.

P: Tak podenerwowany, drżący.

Jako że pacjent pozostaje przy swoich obronach w postaci niejasności i minimalizacji, terapeutka w dalszym ciągu koncentruje się na jego obronach.

T: Jak pan zauważa to w swoim ciele, proszę opisać, ale nie w ogólny sposób, tylko proszę być precyzyjnym. Drżenie. Niech pan spojrzy, jeśli drżą panu tylko ręce, to jest to znacznie mniej denerwujące, niż gdyby drżało całe ciało, prawda?

P: Tak.

T: Tak więc, jeśli chce pan sobie poradzić ze sobą, wówczas najpierw musi pan starannie przyjrzeć się sobie. „Drzę i to wszystko” to stwierdzenie typowe dla niechlujnego, zaniedbującego siebie mężczyzny, które nie przyniesie dobrych rezultatów. Kim jest pan z zawodu?

P: Pracuję w dziedzinie technologii informatycznych, prowadzę firmę.

T: Pracuje pan w dziedzinie technologii informatycznych, prowadzę firmę, co pan robi?

P: Sprawdzam systemy dla moich klientów.

T: I postępuje pan w ten sam sposób? Och, przyrzekamy się pobieżnie systemowi i gotowe. A może przygląda się pan wszystkiemu dokładnie, od A do Z?

P: Tak, najpierw trzeba się wszystkiemu przyjrzeć od A do Z.

T: Czym się więc różni jedno od drugiego?

P: Uważam...

T: Na czym polega różnica?

P: Nie ma różnicy. Jedyna tkwi we mnie.

Pacjent w końcu zrozumiał szkodliwą funkcję własnych obron. Zauważmy, że jego ego obserwujące będzie bardziej przebudzone.

T: O tym właśnie mówię. Stosuje pan podwójne standardy.

P: Hm...

T: W pańskim organizmie znajdują się różne układy. Pierwszym z nich jest układ lęku. Drżenie od stóp do głów, tak jak przed chwilą, napięcie rąk, ramion, karku, pleców, nóg, ust, splecenie i skrócenie oddechu. Jakie jeszcze fizyczne objawy lęku dostrzega pan u siebie?

P: Moja głowa robi się ciepła.

T: Ciepła głowa, tylko głowa?

P: Najczęściej mam przy tym też zimne ręce i stopy.

T: Zimne ręce i stopy, tak.

P: I jak to się mówi, czuję się zakłopotany, to nie jest fizyczne.

T: Tak, to nie jest fizyczne odczucie, to prawda. Co jeszcze... nie zauważa pan suchości w ustach ani w gardle. Biegunka?

P: Tak, czasami, w zależności od tego, jak radzę sobie w danej chwili z życiem.

T: Przepraszam (nie rozumiem)?

P: Tak, od kiedy żyję niezdrowo, mam biegunkę.

T: Och, kiedy pan zaniedbuje siebie, wówczas cierpi pan z tego powodu. W jaki sposób pan siebie zaniedbuje?

P: Kiedy coś mnie męczy, tak wtedy, nie... to znowu niechlujność czy lekceważenie siebie, wtedy nie mogę jeść, jestem zamknięty.

T: I potem może pan jeść?

P: I to może trwać pięć dni.

T: Och, ale to nie ma nic wspólnego z niedbałością.

P: Cóż...

T: To ma związek z... kiedy jest pan w lęku, z pewnością bywa pan w takim lęku, że jedzenie staje panu kością w gardle, a trawienie nie działa. I to trwa pięć dni?

P: To może trwać pięć dni.

T: Wówczas pańskie stolce są raczej jak woda czy raczej jak konsystencja kremu?

- P:** Raczej jak woda.
- T:** Naprawdę wodniste?
- P:** Tak.
- T:** Szumy uszne?
- P:** Niekiedy.
- T:** Uczucie, że nogi się pod panem uginają?
- P:** To też, kiedy wchodzę po schodach, wówczas mam uczucie, że nie dojdę na górę, że padnę w połowie drogi.
- T:** Ojej, to dopiero wysoki lęk. Czy ma pan w zwyczaju określać te objawy lękowymi, czy też są one dla pana tak powszechne, że je pan nazywa słowem lęk?
- P:** Nie, te objawy są dla mnie tak powszechne, że nie nazywam ich lękowymi.
- T:** Czy to istotne? Według mnie lęk jest uczuciem, którego nikt woli nie doświadczać, prawda?
- P:** Prawda.
- T:** Tak. Jeśli chce pan się uporać z własnym lękiem, uporać się z nim po to, by umieć nim kierować i stopniowo go zmniejszać, wówczas oczywiście nie może pan go ignorować. Nie trzeba być psychologiem, by to zrozumieć

Klaryfikacja.

- P:** Hm.
- T:** Tak. Oboje koncentrujemy się na pańskim lęku i nie wiem, czy to dobrze widzę, pański lęk ciągle jest stosunkowo wysoki, ale nie tak jak na początku. Mam rację?

Konfrontacja, identyfikacja.

- P:** Tak, ma pani rację.
- T:** Niech pan zgadnie, jak do tego doszło.
- P:** To ma coś wspólnego z tą rozmową z F. Osoba, która skierowała pacjenta.

Pacjent najwyraźniej nie zrozumiał, że spadek lęku jest wynikiem poważniejszego traktowania siebie samego i monitorowania własnego stanu wewnętrznego.

- T:** Ale niech pan zgadnie, skoro koncentrowaliśmy się na pańskim lęku, lęk spadł. Jak to możliwe?
- P:** Ponieważ czuję się bardziej swobodnie.
- T:** To dlatego, że nie ignoruje pan własnego lęku, że zaznajomił się pan z nim. Teraz go już pan nie ignoruje, nie traktuje jak nieproszonego obcego, ale jak niemiłego znajomego. Więc stąd występują szumy uszne, biegunka, ciepła głowa, zimne dłonie i stopy, miękkie nogi, natychmiastowe drżenie od stóp do głów, napięcie mięśni. Czy niekiedy miewa pan widzenie tunelowe?

Konfrontacja/identyfikacja/klaryfikacja.

- P:** Nie. Miewam ataki pocenia się.
- T:** Ataki pocenia się i zawroty głowy.
- P:** Tak
- T:** Zawroty głowy, ale pański wzrok jest...
- P:** Mój wzrok pozostaje niezakłócony.
- T:** Nie jest tak, że widzi pan wszystko jak przez mgłę?
- P:** Nie.

Obserwujące ego pacjenta jest teraz bardziej przebudzone. Pacjent rozpoznaje występujące u siebie manifestacje jako lęk. W większym stopniu uświadamia sobie swoje obrony, oraz ich szkodliwą funkcję, jednak ciągle jeszcze potrzebuje pomocy terapeutki w ich zauważeniu. Jego obrony syntonizne w postaci zaprzeczania, ignorowania i lekceważenia uniemożliwiają kontakt między układem percepcyjno-poznawczym a stanem wewnętrznym.

Powyższy fragment sesji pokazuje pracę z pacjentem, który nawykowo ignoruje swoje objawy lęku i nie widzi jak jego obrony ogólnikowości w automatyczny sposób podtrzymują jego zaniedbywanie i ignorowanie siebie, czyniąc go mężczyzną funkcjonującym poniżej swojego potencjału.

Elżbieta Brodowska – psycholog, psychoterapeutka. Absolwentka podyplomowego Studium Psychoterapii Psychoanalitycznej oraz Podyplomowego Studium Psychoterapii Indywidualnej i Grupowej oraz Treningu w Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie. Absolwentka i certyfikowana psychoterapeutka w podejściu ISTDP. Ukończyła drugą edycję szkolenia w zakresie ISTDP (Core Training) w Polsce. ISTDP uczyła się pod kierunkiem i superwizją znamienitych nauczycieli tego podejścia: Josette ten Have-de Labije, Roberta Neborsky'ego, Allana Abbasa, Keesa L. M. Cornellisena, Jona Fredericsona, Patricii Coughlin Della Selva. Prowadzi prywatną praktykę: Ośrodek Psychoterapii i Psychoprofilaktyki w Katowicach. Uczestniczy w zaawansowanym kursie ISTDP (ISTDP Advanced Core Training) w Berlinie pod kierunkiem Josette ten Have-de Labije.