

Psychoterapia doświadczeniowa koncentruje się wokół procesu doświadczania, wokół funkcji orientacyjnych organizmu: emocji, zmysłów, znaczeń. Pełne niezakłócone doświadczanie rozumiane jest tutaj jako warunek zdrowia psychicznego. Praca terapeutyczna i jej metody zmierzają do osiągnięcia tego celu.

*„jeśli nie przyjmiesz swojego bólu
odnajdzie cię w snach
jeśli nie uznasz swojej historii
napisze kolejną bez ciebie” I.K.*

Ireneusz Kaczmarczyk

„Momenty zmiany” w psychoterapii doświadczeniowej osób cierpiących z powodu uzależnienia.

W pracy terapeutycznej interesuje mnie najbardziej, jak pacjent przeżywa swoje życie. Zwracam uwagę na przejawy emocjonalnego bólu i sposób, w jaki pacjent sobie z nim radzi. Mógłbym po latach powiedzieć (za L. Greenbergiem), że zajmuję się problemami pacjentów w kontekście ich schematów emocjonalno-poznawczych, starając się rozumieć i uwzględniać wszystko, co te schematy zbudowało. To oznacza spojrzenie na sytuację pacjenta, w którym to całość jego doświadczeń stanowi o dynamice procesu zmiany.

* * *

Czerpiąc z wiedzy, dokonań neuronauki, własnych badań (czynników zmiany we wspólnocie AA) i doświadczeń z prowadzonych terapii prezentuję w tym artykule założenia terapii humanistyczno-doświadczeniowej w pracy z osobą cierpiącą z powodu uzależnienia. Opisuję „momenty zmiany” i staram się zwrócić uwagę na to, co w tym podejściu „leczy”. Przedstawiam - oczywiście niepełny - kontekst teoretyczny i metody pracy. Na ten opis nie składa się tylko jeden proces, lecz suma wielu doświadczeń, które prezentowałem również we wcześniejszych artykułach. Dla bardziej praktycznego ujęcia posługuję się transkrypcjami fragmentów sesji wraz z omówieniem. Odwołuję się pośrednio lub bezpośrednio do dokonań Rogersa, Gendlina, Greenberga (integracyjna psychoterapia humanistyczno-doświadczeniowa) rozwijanych w praktyce terapeutycznej w ośrodku INTRA w Warszawie

(w roku ubiegłym ukazała się publikacja pt. „Doświadczenie a psychoterapia” będąca pokłosiem pracy seminarium naukowego INTRY).

Ten artykuł traktuje również o tym, jak symptomy i używka, a w konsekwencji uzależnienie, wpływają na kierunek tendencji aktualizacyjnej (rozwojowej) człowieka i o tym, jak korzystać w terapii z jej organizmicznej energii. Treści tu zawarte prezentowałem w trakcie Międzynarodowej Konferencji pt. „Momenty zmiany” zorganizowanej przez Ośrodek INTRA w maju 2019 roku.

Traumy

Tym, co sprzyja rozwojowi i stanowi jedną z najważniejszych kompetencji człowieka, jest zdolność do przetwarzania doświadczeń, czyli sposób, w jaki człowiek organizuje swoje doświadczenia w kontekście relacji z innymi (M. Warner). Jeśli rozwojowi towarzyszą traumy, to ten proces ulega zniekształceniu, wpływając na kształtowanie tożsamości oraz zdolność nawiązywania relacji i budowania więzi. Traumy prowadzą do różnego rodzaju zaburzeń, w tym do zerwania lub uszkodzenia połączenia między ważnymi systemami i obszarami w mózgu. Wiemy już też, że bez współpracy sieci neuronalnych i między półkulami – mówiąc w nieco uproszczony sposób – proces zmiany jest znacznie ograniczony. Czemu ta współpraca ma takie znaczenie?

Reakcją na traumę jest często nieusymbolizowany ból, który skutkuje reakcjami organizmu: samoblokowaniem, dysocjacją etc. Ktoś, kto mało wie na swój temat, kto był pozbawiony opieki, kieruje się tam, gdzie może zmienić swój stan psychiczny. Tym, co przynosi ulgę, są substancje i czynności, które ten ból koją lub/i od źródeł bólu odcinają. Pozwalają przetrwać momenty jego nasilenia, ale jednocześnie wpływają na zdolność rozumienia siebie, swoich reakcji, potrzeb, ich zaspokajania, rozpoznawania okoliczności, odkrywania ich sensu. Pod „spodem” niejako pozostaje wiele niewyrażonych „zamrożonych” doświadczeń, które dają o sobie znać w sytuacjach kryzysowych, ujawniając w bólu „kruche” miejsca, zdysocjowane fragmenty. Ciało migdałowe w mózgu reaguje (poza wolą) na konkretne zdarzenia i napięcie. Człowiek tworzy system szybkiego reagowania (samoorganizacji), co z czasem zmienia również funkcjonowanie sieci neuronalnych. Taki schemat staje się częścią JA, odpowiadając na większość emocjonalnych potrzeb. W tak konstruowanym schemacie nie ma jednak dużych szans na modyfikację swoich zachowań, a tylko na dalszą adaptację do warunków życia, pozbawiając człowieka zdolności do adekwatnego przetwarzania (reflektowania) doświadczeń. Zachowaniom nadaje się przy

tym znaczenia, co zaspokajają potrzebę sensu i utrzymuje w spójności JA. Najczęściej odbywa się to w odwołaniu do okoliczności, warunków życia, społecznych przekonań, środowiska.

Kryzys

Samoorganizacja prowadzi do wzrastającego cierpienia egzystencjalnego regulowanego wciąż w ten sam sposób. Z czasem następuje utrata kontroli nad życiem i własnymi reakcjami, nad którymi kontrolę do tej pory zapewnić miała chemia bądź czynności. Kryzys w tym kontekście nie jest „bezradnością i bezsilnością” wobec używki, lecz doświadczeniem kruchości struktury JA wobec narastającego emocjonalnego bólu (nieusymbolizowanego cierpienia). To często „otwarte” doświadczenie pierwotnego zranienia, któremu towarzyszy samotność i rozpacz, „chronione” dotąd w zamrożonej strukturze wraz z innymi o podobnym charakterze.

W takim doświadczeniu uruchamia się zwykle potrzeba odzyskania poczucia bezpieczeństwa, co kieruje w stronę poszukiwania pomocy, Boga, siły wyższej, wspólnoty etc.

Terapia

Gdyby myśleć w ten sposób o uzależnieniu, można postawić tezę, że prowadzi do niego wiele następujących po sobie traumatycznych doświadczeń, które nie zostały włączone w obszar JA. Regulacja emocjonalnego bólu prowadzi do zmian w procesie doświadczania; zniekształcając funkcje orientacyjne organizmu (reakcje ciała, emocje, zmysły, znaczenia, motywacje). Leczenie oznaczałoby więc uwzględnienie całego systemu, który bierze udział w przetwarzaniu doświadczeń. Kora mózgowa jest zdolna do integracji – do hamowania, przetwarzania i organizowania impulsów oraz emocji. Terapia obejmuje również te uszkodzone traumami szlaki między układem limbicznym a korą, bo to one są odpowiedzialne za przetwarzanie doświadczeń, integrację sieci neuronalnych między półkulami (choć nie zawsze oczywiście istnieje taka możliwość.)

Dobra współpraca między lewą półkulą i prawą zaczyna się w terapii wtedy, kiedy lewa „pozwala” prawej przeżyć coś jeszcze raz, a prawa uruchamia przy tym lewą, aby nadać temu doświadczeniu adekwatne znaczenie „tu i teraz”. Kiedy świadome i nieświadome procesy stają się coraz bardziej zsynchronizowane, zmniejsza się emocjonalny ból. Następują procesy integracyjne. W „obecności” pacjenta kształtuje się poczucie jego tożsamości i sensu doświadczeń.

Dynamika zamrożonych, wczesnych doświadczeń posttraumatycznych oraz kolejnych bolesnych doświadczeń (w efekcie ryzykownych zachowań) będących już skutkiem wieloletniego używania jest ogromna. Impulsy i ciało migdałowate uruchamiają system samoorganizacji w reakcji na konkretne sytuacje. Intensywny ból staje się nie do wytrzymania i nie do opanowania. Psychologia empiryczna stworzyła szereg metod wspomagających to „wytrzymywanie”, nie zawsze jednak i nie we wszystkich przypadkach są one skuteczne.

Rozwój

Jesteśmy w ciągłym poszukiwaniu efektywnych metod, opieramy się na badaniach, które za punkt wyjścia brały objaw, jego kontrolowanie, abstynencję, w odwołaniu do „widocznych” zmian. Większość z tych badań pochodzi z czasów, kiedy nie wiedzieliśmy tak wiele o relacji traumy, uzależnienia i aktywności mózgu (M. Cooper, M. Wojnar i inni). W ostatnich latach wielu terapeutów decyduje się na szkolenie w różnych nurtach, które mają już do zaproponowania tak zintegrowane założenia terapii osób uzależnionych, co wzbogaca dotychczasowe dokonania w tej dziedzinie.

Ukierunkowanie tylko na objaw (przez umysł) utrudnia uruchomienie transformacyjnej funkcji emocji, blokuje współpracę międzypółkulową. Dla części pacjentów może się to okazać wystarczające, aby jakiś czas „nie pić, nie brać”, choć nie uwalnia ich od bólu i porażek. Doświadczają wciąż bezradności wobec swojego stanu dlatego, że ich organizm wciąż nie wie, czego naprawdę potrzebuje. Pacjent, pozostając „wyjaśniony” w modelu choroby, nie kieruje się w stronę swoich „zamrożonych” całości, raczej się „śledzi” i ocenia, tworząc źródła wewnętrznego napięcia. Wiele rozdarć, urazów, w których „utknął”, determinuje jakość życia, poczucie jego sensu. Celem terapii jest przekształcenie systemu samoorganizacji w system samoregulacji, przejście od kontrolowania siebie, do uzyskania/odzyskania zdolności do możliwie najpełniejszego doświadczania, a w tym procesie docierania do swojej mocy sprawczej. Jak ten proces przebiega, zależy już od charakteru indywidualnych doświadczeń pacjenta.

Substancja czy utrwalone zachowania pozostają siłą, która reguluje i obezwładnia, ale nie zaspokaja potrzeb akceptacji i miłości niezbędnych do zmiany i odzyskania wpływu na życie. Dlatego jest pułapką, w którą wpada wielu ludzi obarczonych pokoleniowymi traumami. Odkrywanie jej charakteru i skutków w terapii bywa dramatycznym, ale już nie tragicznym, bezładnym procesem.

Opis przypadku

Marek ma 45 lat. Nadużywał alkoholu i od 25 lat palił marihuanę, ostatnie pięć lat praktycznie bez przerw. Jest samotny. W trakcie konsultacji powiedział: *„Tracę pamięć, nie wiem, co czuję, czego potrzebuję, nie wiem, kim jestem, czuję lęk, nie rozumiem, co się ze mną dzieje, inni ludzie mają rodziny, a ja nie wiem, czy chcę być z kimś, czy nie. Siedzę sam w domu, coraz trudniej mi pracować. Choruję, tracę pamięć. Jestem zmęczony życiem, koniecznością ciągłej walki, lęku i braku stabilizacji. Nie wiem, czego chcę – kariery czy rodziny? Zmęczony jestem myślami z przeszłości, w których pojawiają się konkretne osoby i relacje z nimi, dużo przemocy. Dręczą mnie koszmary. Nie kończę spraw, wciąż się zastanawiam, co by było gdyby. Najlepiej działam pod presją czasu i strachu”*.

Wypowiadając te słowa, prosił, aby go po tej konsultacji już nigdzie nie odsyłać, to była jego trzecia próba szukania pomocy.

Komentarz

Pan Marek zmuszał się do wytrzymywania bez palenia, i do akceptacji tego stanu: „nie mogę czuć bólu”. Jednak nie dawał rady. Obwinił się, wstydził, ocenił i oskarżał, tworząc kolejne źródła napięcia. Kiedy palił – cierpiał. Kiedy nie palił – cierpiał również, tylko nie wiedział, dlaczego, choć z czasem „rozumiał” tyle, że powinien przestać. Był przekonany, że jest nienormalny, że to się nigdy nie skończy i myślał o samobójstwie. Znalazł przyczynę i rozwiązanie. Droga do zmiany była w nim całkowicie zablokowana.

Proces terapii

Terapia nie zakładała rozwiązania kwestii uzależnień pacjenta. Tego nie oczekiwał. Raczej chciał „siebie zmienić”. Kontrakt dotyczył pracy nad tymi problemami, które zgłosił, przyglądania się codzienności, pracy nad kwestiami, które stanowią obszary egzystencjalnego bólu i pustki. Kanwą terapii była codzienność, razem z jego paleniem. Raz po raz ujawniały się problemy z przymusem palenia, z sytuacjami, które je wywołują. Rozpoznawał funkcje palenia w kontekście egzystencjalnego bólu – zmagania z pustką i lękiem przed przyszłością (*nic nie osiągnąłem*). Dość szybko odkrył, że jego palenie ma związek z relacjami. Palił bowiem zawsze w sytuacjach związanych z ryzykiem kontaktu z innymi bądź jego brakiem. Zaczęły się przy tym odsłaniać historie z życia. Marek relacjonował te historie, a jego

doświadczenia zaczęły się wypełniać treścią i nabierały znaczenia. Przemoc ze strony ojca, opuszczenie ze strony matki, brak oparcia w rodzinie. Agresja. Bójki i alkohol stały się codziennością już w szkole średniej. W ulicznej subkulturowej „wspólnocie” poczuł swobodę z takimi jak on sam. Nie musiał się ukrywać. Jednocześnie doświadczał rozdarcia, był bowiem w jakiejś części zdyscyplinowanym uczniem o artystycznych uzdolnieniach. Między ludźmi był „obserwatorem”, będąc bliżej, pozwalał się często nadużywać i cierpieć.

Wszystkie dotychczasowe próby stabilizacji życiowej były nieudane. Wyjechał z kraju. Unikał kontaktu z rodziną pochodzenia. Związki oparte na wspólnie używanych narkotykach rozpadały się. Marek „błądził” i starał się przed wszystkimi wytrzymać. Obsesyjnie i bezskutecznie szukał bezpieczeństwa w kolejnych pracach i edukacji.

Czynniki zmiany - pierwszy etap

Emocjonalny ból i jego regulacja używkami pojawiają się w efekcie zniekształconej, najczęściej traumą relacyjną, zdolności do pełnego doświadczenia. To właśnie relacja „z sobą samym” w psychoterapii i relacji terapeutycznej wymaga uzdrowienia. Jeśli kontakt ukierunkowany jest z obu stron na objaw, nie tworzy w pełni przestrzeni służącej zmianie. Terapia wymaga więc, aby terapeuta wiedział, co i dlaczego tu działa, aby był świadomy procesu, własnego udziału w kształtowaniu tego, co dzieje się „między nami”.

Komentarz

Część pacjenta, ta „która wie”, identyfikując się z objawem, obwinia się i wstydzi, szuka akceptacji, ujawniając przy tym emocjonalne problemy w relacjach (nie spotkałem nikogo, kto by ich nie miał w efekcie traum relacyjnych). Kiedy pacjent uzyskuje poczucie bezpieczeństwa w relacji, uspokaja się. Lewa półkula „ogłasza” wtedy, że nie ma się czego bać i mogą się ujawniać źródła bieżącego cierpienia. Zamiast „muszę to zaakceptować i wytrzymać”, pacjent odkrywa z czasem, że potrzebuje tej akceptacji od drugiego człowieka, od terapeuty.

Kiedy relacja jest kształtowana przez akceptację, empatyczne rozumienie i autentyczność terapeuty, uwalnia się ta część pacjenta, która w lęku była dotąd represjonowana. Pojawiają się emocje, pacjent staje się bardziej „obecny”, próbując składać w całość swoje doświadczenia. Wzrasta przy tym, z sesji na sesję, zdolność do modulowania emocji, tworzą się warunki do wiązania ich ze słowami, do nadawania im znaczenia, odczytywania reakcji z

ciała. „Korekcyjnym doświadczeniem nazywamy takie doświadczenie, które sprawia, iż człowiek zyskuje zrozumienie wydarzenia lub relacji albo skutecznie ich doświadcza w inny niespodziewany sposób”. „Odsłonięcie się przed drugą osobą i akceptacja z jej strony przynoszą korekcyjne doświadczenia emocjonalne, zmieniają poczucie izolacji i często pozwalają na utworzenie związku i odczucie bliskości, co jest nowym doświadczeniem i niespodziewanym. Pojawiają się zarówno w aspekcie interpersonalnym w relacji terapeutycznej, jak i wewnątrz klienta, w wyniku przyjęcia do świadomości nowego doświadczenia. (L.Greenberg, R.Elliott)

„Krańc kontakt”

M. Lux opisał czynniki zmiany terapeutycznej (triada Rogersa), które wpływają również na neuroplastyczność mózgu:

- bezpieczeństwo w relacji – wpływa na układ zaangażowania, obniża lęk,
- zaufanie w relacji – sprzyja ujawnianiu siebie przez pacjenta w relacji, redukuje napięcie, umożliwia autentyczność, uruchamia wzajemne zaangażowanie (wydziela się oksytocyna – hormon bliskości),
- dostrojenie interpersonalne w relacji – tworzy poczucie jedności, następuje sprzężenie/parowanie neuronów po obu stronach, co pozwala na lepsze rozumienie i odkrywanie znaczenia opowiadanych historii; wzmacnia uwagę, solidarność, zmniejsza fizyczny ból, pozwala regulować emocje, pogłębia relacje i tworzy więź,
- parafrazowanie doświadczeń przez terapeutę – nazywanie emocji obniża napięcie i je reguluje, uruchamia systemy nagrody w mózgu, rodzi się poczucie bycia zrozumianym i przyjętym (brak zrozumienia z kolei na powrót uruchamia obrony),
- empatyczna eksploracja doświadczenia – nadawanie znaczenia temu, co się pojawia, umożliwia przetwarzanie doświadczeń bieżących i przeszłych. Empatia pozwala wyczuwać i reagować na granice możliwości radzenia sobie pacjenta z emocjami, na towarzyszenie mu na „krawędzi” tego, co znane i tego, co nieznanne.

Pacjent najczęściej nie akceptuje siebie (to efekt „społecznego JA” i warunków wartości). Tymczasem, jeśli doświadcza akceptacji w relacji terapeutycznej bądź relacji z grupą, dokonuje się korekcyjna zmiana. Właśnie poprzez takie doświadczenie pacjent uczy

się relacji ze sobą. Te dwa procesy, doświadczenie bycia przyjętym i odkrywanie dzięki temu własnej odrębności, uruchamiają potencjał zmiany. (M. Fijewska, Doświadczenie a psychoterapia...). Doświadczenie tego, co w ciele, niejako organizmicznie (pierwotnie), również jako doświadczenie istnienia, „zyskuje przewagę” nad tym, co dotąd przy pomocy środków psychoaktywnych regulowało emocjonalny ból.

Pierwszy etap tej terapii polegał właśnie na „przyjmowanie pacjenta”, w efekcie pojawiło się doświadczenie relacji z terapeutą. Marek doświadczał organizmicznej (pierwotnej) potrzeby „bycia z kimś” zaspokojonej w bezwarunkowej akceptacji. Razem z jego zachowaniami, obwinianiem się, z nieufnością, bezradnością i wstydem. Mówił w niepewności: *nigdy tak z nikim nie byłem i nie wiedziałem, że to możliwe*. Czasem trudno mi było pomieścić jego ból, porażki i sam wtedy doświadczałem pokusy kierowania się w stronę używki i objawu jako celu terapii. Ilekroć sytuacja kierowała się w tę stronę, pacjent czuł się opuszczony: *„jestem nie taki, nie daje rady, nic ze mnie nie będzie etc.”*.

Zmianę w terapii poprzedza więc zwykle uruchomienie „mózgu relacyjnego”. Opowiadanie historii w takich bezpiecznych warunkach odsłania nowe fakty (tworzą się nowe połączenia w sieciach neuronalnych – por. M. Lux), układając się powoli w całość. Starłem się dzielić z pacjentem swoimi reakcjami w taki sposób, aby mu to pomagało odnajdywać się w tych doświadczeniach i aby czuł przy sobie moją obecność (sojusz, kontrakt etc). Tak wyglądało pierwszych trzydzieści sesji. Z czasem pojawiało się w opowieściach coraz więcej traumatycznych doświadczeń, zamrożonych dotąd, które skutkowały w życiu wieloma bolesnymi symptomami.

Proces terapii w kontekście powyższego ma rzeczywiście swoje etapy (P. Fijewski, Doświadczenie a psychoterapia). Pozostaje w tym przypadku jednak procesem, tak aby doświadczenie pacjenta było jego własnym, a nie tym wynikającym z objawu i opisanych mechanizmów. W tym artykule skupiam się na pierwszych etapach, które w tym podejściu wydają mi się kluczowe w pracy z pacjentem uzależnionym.

Efekty

Marek ograniczył palenie, a potem sam uznał, że jednak nie chce już używać marihuany. Napady paniki pojawiały się jednak bardzo często i wtedy palił. Kupował „działkę”, połowę wypalał, uspokajał się, a resztę „towaru” wyrzucał, jakby w odpowiedzi na zapotrzebowanie swojej „drugiej części”, która mówiła „nie możesz palić, musisz

wytrzymać”. Rozpoznawaliśmy z czasem te obie części, napięcie, jakie się tworzyło między nimi, poszczególne myśli i „głosy”, ich siłę, bezwzględność w samoocenie. Przyjmując je, coraz częściej w akceptacji i uznaniu, że te jego części coś próbują powiedzieć.

Historia

Alkohol kiedyś regulował napięcie, ale uniemożliwiał działanie, co budziło ogromny lęk pacjenta. Marihuana zastąpiła alkohol. Była kompromisem w radzeniu sobie z uciążliwymi ruminacjami, symptomami nieprzetworzonego posttraumatycznego bólu (mycie rąk). Używki „chroniły” pacjenta również przed ryzykiem wchodzenia w relacje i tym samym przeżywania bólu i lęku związanego z doświadczeniem samotności (Marek wracał do palenia najczęściej, kiedy następowały przerwy w naszych sesjach). Doświadczał utrapienia związanego z OCD. Bez palenia przeżywał bolesnie swój stan jako „zamieszanie, bycie we mgle, panikę, rozpacz”, a przede wszystkim efekt traumy relacyjnej – pustkę.

Rozpoznanie traumatycznych doświadczeń i ich związków z uzależnieniem zwykle pozwala na prowadzenie procesu zgodnie z historią pacjenta. Tylko w optymalnych (bezpiecznych) dla niego warunkach „odsłaniały się” bolesne doświadczenia z jego życia. Czasem bardzo tego pragnął („*chciałbym się wreszcie wypłakać*”), ale samoblokujące reakcje chroniły do nich dostęp.

Systematyczne sesje z wykorzystaniem technik skoncentrowanych na doświadczaniu (EFT, Focusing) oraz praca w grupie terapeutycznej, tworzyły bezpieczną bazę, a przede wszystkim kierowały w stronę relacji. Można podsumować, że pierwszy etap procesu terapeutycznego wyglądał następująco:

1. Rozpoznanie w procesie doświadczania kontekstu „**JA – używanie**”. To otwierało jeszcze bardziej egzystencjalny wymiar cierpienia. Bezradność, pustka, lęk, rozpacz, samotność. Bycie w tym „razem” z terapeutą rodziło nadzieję i oparcie.
2. Rozpoznawanie funkcji używania otwierało drogę do relacji z własnym doświadczeniem. Palenie „wyłączało” lewą półkulę, a emocjonalne reakcje (z prawej) kołoiło i pozwalało „odpocząć”. Marek przechodził powoli od „kontroli przetrwania” (*nie czuć, ukoić, uspokoić się, zredukować myśli i napięcie, dokończyć pracę, odpocząć, uniknąć objawów OCD, spać, odpocząć*) do „przetrwania bez kontroli”. To sprzyjało rozpoznawaniu przez niego rzeczywistych potrzeb, w tym poczucia

bezpieczeństwa, które torowały powoli drogę do rozumienia „samego siebie” i reakcji swojego organizmu.

3. Przetwarzanie bieżących doświadczeń i „uczenie się” wszystkich reakcji, które biorą udział w tym procesie.
4. „Rozmrażanie” doświadczeń. Akcent na emocje i doświadczanie powoduje, że część, *która wie*, obejmuje coraz bardziej tę część, która była dotąd blokowana. To „przyjmowanie” siebie z akceptacją, poprzedzone akceptacją terapeuty (i w takiej kolejności), uruchamiało dalsze zmiany.

W efekcie objaw (panika i palenie) traciły na intensywności. Ujawniły się jednak przy tym psychosomatyczne reakcje, choroby, nasilone reakcje OCD, co jest dość typowym skutkiem pojawiającym się w wielu procesach terapeutycznych. Z czasem przy akceptującej również i refleksyjnej postawie wobec samego siebie, siła tych reakcji słabła.

W języku terapii doświadczeniowej trwała rekonstrukcja i rekonstytucja doświadczeń, czyli odkrywanie ich znaczenia na nowo, niejako „na świeżo” (Gendlin) i włączanie ich w JA, które staje się powoli zdolne do ich obejmowania bez paraliżującej samooceny. Marek mimo, że się wciąż bał, „nie musiał” się ukrywać, chronić, szukać rozwiązań, co dotąd uruchamiało system samoorganizacji (panika) i prowadziło do nawykowego reagowania. Po kilku miesiącach terapii pacjent zrezygnował zupełnie z palenia. Prezentowana niżej transkrypcja sesji ukazuje „moment zmiany”. To przykład wykorzystania technik doświadczeniowych w pracy z wewnętrznymi „głosami”, nazywanych również konfiguracjami. (E. Królak, Doświadczenie a psychoterapia...). Uznaję, że ten opisany tu „moment” otworzył kolejne etapy terapii pacjenta.

P - mam myśli od kilku dni, żeby zapalić, pojawiają nagle, a nic się nie dzieje...

T - nic się nie dzieje specjalnego, wszystko jak zwykle...

P - tylko dużo pracy i boję się, że nie zdążę...

T - że Pan nie zdąży i z pracą, i z innymi sprawami, które się pojawiają...i tyle pośpiechu, żeby poradzić ze wszystkim...

P - no tak, te egzaminy w pracy ...już nie daję rady...

T - nie daje Pan rady żeby to poukładać i zdążyć na czas...

P - tak, a jeszcze źle się czuję, chodzę po lekarzach, nikt nic nie mówi, nie wiadomo, co mi jest, jestem słaby (wilgotnieją oczy)

T - jest Pan słaby i wydaje się, że przestraszony, i wciąż próbuje się pan mobilizować...

P - tak, ale nie mogę się za to zabrać, coraz trudniej mi rano wstać, nie mogę się pozbyć tych myśli... i chce mi się palić...

T - spróbujmy je zidentyfikować... (proponuje pracę z krytykiem. Ten krytyczny głos jest oceniający, straszy) Co on mówi...?

P - nie uda ci się, nie dasz sobie rady, a terapia nic ci nie pomoże... musisz sam na siebie liczyć... a ja już nie mam siły, jestem taki zmęczony... (pauza)

T - co Pan teraz czuje... (zwracam się do tej kruchej części...)

P - ciężar...

T - jak to jest - czuć ten ciężar...

P - oddychać trudno... (zwieszony na fotelu)... i smutno... (płacze)

T - czego się potrzebuje, czując ten ciężar?...

P - ...żeby ktoś we mnie uwierzył...

T - ...do kogo Pan mówi?...

P - do ojca, nigdy go nie było (płacze)...

T - ...nie dostawał Pan wsparcia w trudnych chwilach...

P - nigdy nie dostawałem... tylko kazania... (płacze)

T - nigdy nie dostawał Pan wsparcia, tylko kazania... teraz też jest bardzo trudno... czego Pan potrzebuje...

P - ...żeby mi Pan powiedział, że sobie poradzę... i że się zmieniam, że coś z tego będzie, że ze mnie coś będzie...

T - pamiętam, jak Pan przyszedł i co Pan mówił, a teraz Pan wie coraz więcej na swój temat, czego Pan potrzebuje... dba o swoje zdrowie, stara się, szuka pomocy, nie wiedział Pan, kim jest, i co czuje, a teraz Pan przeżywa swoje uczucia, i rozpoznaje swoją historię...

P - tak wiem... coraz bardziej i boję się, ile tego jeszcze jest...

T - martwi się Pan, co będzie dalej, że tyle tam bólu i kolejnych historii, i jak sobie Pan z tym poradzi... i dalej ze swoim życiem...

P - tak...

T - a teraz?

P - teraz jest lepiej, mogę o tym rozmawiać... pomagają mi nasze spotkania... chciałbym, żeby mi Pan dalej pomagał... (ociera łzy)

Pacjent i terapeuta w „momencie zmiany”

Pacjent dociera do doświadczenia braku oparcia w relacji z ojcem, odsłania się jego samotność w trudnych życiowych sytuacjach. W trakcie tej sesji dochodzi do zmiany –

pacjent identyfikuje potrzebę oparcia i kieruje ją do terapeuty.

Terapeuta „przyjmując” pacjenta w jego świecie znaczeń, „otwiera przed nim drzwi”, którymi wychodzi naprzeciw swoim doświadczeniom, uruchamiając proces ich przetwarzania i integrowania. Moment zmiany w tej sesji to: **uobecnienie tego, co nie było dotąd przyjęte** (przede wszystkim w relacji z ojcem) „*żeby ktoś we mnie uwierzył, żeby mi Pan powiedział, że coś z tego będzie, że ze mnie coś będzie*”.

Doświadczenia „przyjęcia” wypełnia tę dotychczasową i bolesną „pustkę”. Uruchamia proces zmiany. Rusza proces aktualizacji z tego momentu, w którym pacjent kiedyś utknął. Zmienia się sposób odczuwania i doświadczenia tego kryzysu.

Gendlin nazywa taki ruch „przesunięciem do przodu” (*carrying forward*). Doświadczenie więzi z terapeutą tworzy jednocześnie nowe połączenie neuronalne, uruchamia tendencję organizmiczną, co jest alternatywą wobec dotychczasowej samoorganizacji w reakcji na bodziec (palenie). To również początek rekonstrukcji uszkodzonych w traumie relacyjnej zdolności do budowania bezpiecznych więzi.

Rozumiałem ten objaw, pacjent znalazł się między tym, co o sobie wie, a tym, co się jeszcze nie może ujawnić – na „krawędzi”. Doświadcza znanej sobie emocjonalnej presji, pretensji do siebie, bezradności, niezidentyfikowanego lęku i bólu, uruchamia się panika, wraca reakcja mózgu – palić! Empatyzowałem z jego napięciem, zamieszaniem. Starłem się rozpoznawać, jaka jest funkcja tego pragnienia, w jakiej sprawie pragnie doświadczyć ulgi, poczuć się bezpieczniej. Kiedy powiedział, że czuje się słaby, był już przy swoich uczuciach. Widziałem, jak zmienia się jego twarz i jak reaguje jego ciało. Stawał się gotowy do otwarcia i przyjęcia interwencji. W jej trakcie pozwalał sobie na przeżywanie swojego cierpienia, poprzez nazywanie, wyrażanie, doświadczał siebie razem z potrzebami organizmu, w relacji. Ten moment jest doświadczeniem emocjonalnego przepływu i ożywienia. Równocześnie pozwoliło to pacjentowi inaczej niż dotąd rozumieć swój niepokój i panikę oraz ich źródła. Dokonuje się zmiana. Nastąpiło przejście od pragnienia unikania, uspokojenia (po to palił) do doświadczenia siebie, emocji, potrzeb dotąd nierozpoznanych i niewyrażonych, a dających o sobie znać.

Wraz z ilością przetworzonych później doświadczeń, w konsekwencji tego przeżycia, tworzyła się nowa ścieżka w schemacie reagowania pacjenta. Od sytuacji, przez rozpoznawanie reakcji w ciele, emocji, potrzeb, nadawanie im znaczenia, adekwatne do tego zachowanie, a przede wszystkim bycie „świadkiem” tego procesu. Następuje tu również integracja międzypółkulowa. To z czasem otwiera zwykle inne nieprzetworzone dotychczas doświadczenia, pacjent czuje bowiem, że ktoś przy nim jest. Staje się zdolny do ich integrowania bez poczucia, że kryzys nie jest końcem świata, lecz otwiera jakiś nieznany dotąd obszar. Poszerza się zakres świadomości (każda sesja potem była bogatsza o kolejne sytuacje).

Kończenie procesu

To była nasza trzydziesta sesja (wszystkich było 65). Marek porządkował coraz więcej męczących go spraw. Pomimo uciążliwych symptomów (na tym etapie korzystał z leków) pacjent był bardziej obecny w teraźniejszości. Pracowaliśmy również nad zmianą zachowań, zabezpieczając sytuacje potencjalnie kryzysowe. Odbywało się to na wyraźne oczekiwanie pacjenta: *proszę mi pomóc w tym i w tym...* Mogliśmy tu korzystać z repertuaru innych podejść.

Na kolejnych etapach terapii wiele sesji poświęconych było relacjom rodzinnym. Pomocne są tu techniki EFT, które mają wysoką skuteczność w terapii traum (M. Tarnowska).

Opis kolejnych przykładów „momentów zmiany” przekracza możliwości tej publikacji.

Po przetworzeniu doświadczeń z przeszłości, akcent w terapii przesunął się na naszą relację. Początkowe „związanie”, które umożliwiło zajmowanie się przeszłością Marka w sposób nieuchronny wymagało teraz zajęcia się tym, co dzieje się „między nami”. To konsekwencja osłabienia wcześniejszych objawów i przetworzenia traum. Pacjent ujawniał „tu i teraz” wiele ambiwalencji, lęku i złości, praca nad tym stanowiła być może najważniejszy etap terapii.

W okolicach pięćdziesiątej sesji pojawiły się zapowiedzi końca terapii. Rozmawianie o tym uruchomiło w Marku całą gamę najpierw ciepłych uczuć, które z kolei otwierały niespodziewanie drogę do ważnych i bolesnych relacji pacjenta z przeszłości. Falę gwałtownych emocji, pragnienie palenia, a nawet wycofania z terapii. To otworzyło ostatni etap procesu związany z doświadczaniem więzi, gruntowaniem efektów całego procesu. Ten proces trwał jeszcze kilka miesięcy.

P - znowu myślę o końcu terapii.

T - ostatnio przy doświadczeniu ciepłych uczuć poczuł Pan, że chce się Panu palić

P - tak...

T - chce Pan odejść, jednocześnie ujawniając jakiś kłopot...?

P - mówiłem tu kiedyś... że mam uczucia do Pana takie, że chciałbym się zaprzyjaźnić, a jednocześnie to niemożliwe...

T - zatrzymajmy się przy uczuciach...

P - jak mówię, że chcę odejść, to czuję smutek, że nie będzie spotkań...

T - nie będzie spotkań...

P -... Pana nie będzie...(wilgotnieją oczy)... nie chcę się zbliżać, będzie bolało... nie chcę się angażować... nie chcę czuć... straty...

T -...chce Pan odejść, żeby się nie angażować... tak jakby terapia dotyczyła tego, co nie pozwala żyć, a nie również tego, co życie umożliwia...

P - to dotyczy wszystkich moich związków... pragnąłem i się bałem... jak teraz... nigdy nie byłem przy tym tak świadomie...

T - możemy dalej o tym rozmawiać, we mnie też są różne uczucia do Pana...

P - to takie nowe...nieznane... dziękuję...(uśmiecha się)... a palić mi się już nie chce...

W obu przypadkach przeszliśmy od „objawu”, od bólu fragmentów zamrożonych całości do ich przyjęcia. W tych momentach pacjent stawał się świadkiem swojego doświadczenia, przestał bać się reakcji organizmu, tylko go „słuchał”. To dalej „przesuwało” proces zarówno w nim, jak i w jego bliskich relacjach. Nie wpadał w panikę przy „testowaniu” w nich swojej odrębności. Przede wszystkim w relacji z ojcem.

Terapia nie jest fajerwerkiem i kaskadą widocznych zmian. Bywa szeregiem mikroprocesów, które zmieniają w relacji terapeutycznej sposób przeżywania siebie przez pacjenta, prowadząc dopiero potem do zmiany specyficznej – widocznej w codzienności pacjenta, w jego ważnych relacjach i życiowych wyborach. Ważne, żeby ten proces „widzieć w całości”. Odzwierciedlanie efektów daje pacjentowi rzeczywiste oparcie w sobie i poczucie sprawczości. Na jednej z sesji pacjent zdecydował się powiedzieć, że chce ją zakończyć. Trwało to jeszcze kilka tygodni.

P - Przyszedłem tutaj z „poznawczą głową” i nie wiedziałem, jak żyć, teraz też nie wiem, ale nie muszę... czuję...i się coś z tego zawsze wylania...

T - co jest potrzebne do tego, żeby tak „wchodzić w jutro...”

P - taka uważność, żeby z iskry nie zrobiła się czarna dziura... trening codzienny, aż zrobi się z tego organiczna sprawa, że to się w sobie ma...

T - jak Pan zabezpieczy swoją zmianę?

P - tymi wszystkimi zmianami... pisałem sobie te momenty w dzienniku... potem wracałem do nich w trudnych chwilach... są jak schody, na których można przysiąść, odpocząć i znaleźć odpowiedź w tym, co było...

T - a ostatni schodek?

P - ostatnio żegnaliśmy się i nigdy nie robiłem tego inaczej, jak w złości i w zerwaniu, a teraz żegnam się z kimś, z kim chcę być... i nie chcę się żegnać, i to jest ta zmiana... że w tym jestem... przeżywam to...

T – ja też w tym jestem i też przeżywam...

(wzruszenie po obu stronach...)

T- coś jeszcze?

P - a wcześniej to, jak rozmawiałem z ojcem i powiedziałem, że nasza relacja jest ważniejsza niż pieniądze, które chce mi dawać... poczułem się częścią rodziny... nie musiałem nic udawać, byłem „sobą” z ojcem... i on mnie słuchał.

Marek skończył terapię (dwa lata), będąc w stałym związku, uporządkował sprawy z ojcem, rodziną, wrócił do relacji i przyjaźni, pracował rozsądnie, wyleczył swój organizm. Na tym etapie pacjent dokończył swoje zaległe projekty życiowe. Zmiana stała się mocno rozpoznawalna w przeżywaniu relacji z ojcem, który się nie zmienił, ale w efekcie zmiany syna zmienił się również jego do niego stosunek. Obaj są sobą i mogą ze sobą być, pomimo różnic. To oznacza zdolność do nawiązywania relacji, kształtowania więzi.

Można powiedzieć, że to był główny cel terapii, bo od tego bólu wszystko się w jego życiu „zaczęło” i na tym w terapii „skończyło”, aby otworzyć jego (mam nadzieję) kolejne etapy. Tendencja rozwojowa prowadziła Marka różnymi ścieżkami, teraz wydaje się, że ten proces jest bardziej spójny z tym, do czego w sobie dotarł i na czym może się już oprzeć.

Z perspektywy czasu wydaje się, że więcej czasu można było jednak poświęcić symptomom OCD i powiązanim z nimi emocjonalnym źródłom.

* * *

Im bardziej „obejmowałem” w całości doświadczenia pacjentów, tym bardziej mnie to zmieniało. I potrafiłem być przy różnych ich częściach. Źródła egzystencjalnego bólu leżą najczęściej w zdysocjowanych fragmentach doświadczeń. Odnajdywana „całość” w efekcie terapii obejmuje i ból, i jego źródła, nadając w ten sposób życiu sens, a istnieniu wyraz. To jedna z najważniejszych potrzeb człowieka.

Autor jest doktorem socjologii, psychoterapeutą (PCE EUROPE), superwizorem w procesie (PTIPDiES), superwizorem terapii uzależnień (PARPA), superwizorem grupowego treningu (PTP).

Bibliografia

1. *Cozolino L. The Neuroscience Of Psychotherapy: Healing The Social Brain (2Nd Ed.) [e-book]. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2010.*
2. *Cooper M., Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego, wyd. IPZ 2010.*
3. *Elliot, R, Watson J.C, Goldman R, Greenberg L., Psychoterapia skoncentrowana na emocjach, IPZ. Warszawa 2009*
4. *Mearns D, Thorn B. Terapia skoncentrowana na Osobie, Kraków 2010, Wydawnictwo U*
5. *Lux, M. (2010). The Magic of Encounter – The Person-centered Approach and the Neurosciences. Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 9, 274-289.*
6. *Kaczmarczyk. I. Terapeutyczne funkcje Wspólnoty AA, [w:] Psychoterapia pogranicza. Podręcznik akademicki. Red. L. Grzesiuk, H. Suszek. Warszawa 2012, Wydawnictwo Eneteia,*
7. *Kaczmarczyk I, „Psychoterapia doświadczeniowa w leczeniu uzależnień”. [w:] Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, Warszawa: 4/2018*
8. *Materiały z warsztatów L. Greenberga oraz organizowanych przez Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra warsztatów, które prowadzili K. Renders, C. Missiaen, M. Warner oraz seminarium naukowego Ośrodka INTRA.*

9. *Doświadczenie a psychoterapia, Red. Maria Król-Fijewska Wyd. Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra. Warszawa 2019*
10. *Tarnowska M. „Wyniki badań nad skutecznością interwencji”, [w:] Terapia uzależnienia i współuzależnienia 6/2018*
11. *Wojnar M., Lipiński M., Jakubczyk A., Nawroty w uzależnieniu od alkoholu cz. 2, [w:] Alkoholizm i Narkomania, 2007 t. 20. Nr. 1.*