

## Dr Piotr Drozdowski „Psychoterapia psychodynamiczna”

*Wykład z kwietnia 2007 roku – opracowany na podstawie zapisu cyfrowego. Wszelkie podkreślenia, śródtytuły, nawiasy itp. - autorstwa redagującego!*

### Początki podejścia psychodynamicznego

(...) Pojęcie nieświadomości wprowadził do myślenia filozofii i psychologii europejskiej Leibnitz. Z kolei, pojęcie „psychodynamiczne”, pierwszy zastosował Fechner. Kontrastował je wówczas z pojęciem „statyczne”, potem było ono wielokrotnie używane przez tak zwanych „fizjologów francuskich” (XIX w.) Freud przejął to pojęcie od Fechnera i używał go właściwie do końca XIX wieku. Potem w pewnym sensie zarzucił. Cały czas określenie „psychodynamiczne”- to, co pozostaje w ruchu, w dynamicznej zmianie - używane było w kontraście do czegoś, co jest organiczne, statyczne i niewzruszone. Ono zanikło, podobnie jak pojęcie borderline, na dłuższy okres czasu i zostało reaktywowane z końcem lat 60-tych przez Neuroscience, przez neurobiologię współczesną i jest w tej chwili bardzo różnie rozumiane.

Na terenie psychoterapii, najogólniej rzecz biorąc, można powiedzieć, że pod pojęciem „psychodynamiczny” rozumie się pewien kierunek psychiatryczny i, zarazem, kierunek psychoterapeutyczny. Poziom precyzacji słowa nie jest do końca zamknięty, ale nie traktowałbym tego jako zbyt daleko idącą egzotykę, ponieważ sami państwo wiecie, że pojęcie „psychologii” współczesnej jest też daleko niedoprecyzowane. Pojęcie „psychoanalizy” współczesnej – (jak to się słyszy czasami, że z psychoanalitycznego -, z psychologicznego -, czy z psychiatrycznego punktu widzenia coś jest albo czegoś nie ma) - również nie jest do końca precyzyjne. Ponieważ byliśmy pierwszymi osobami, które użyły pojęcia „psychodynamiczny” i to podejście starały się doprecyzować w Polsce (w Stanach Zjednoczonych robiła to głównie grupa Horowitza), wypada posunąć się dalej i przedstawić (w pewnym sensie moimi ustami) w sposób bardziej rozwinięty, co my (nasze środowisko krakowskie) pod tym pojęciem rozumiemy. Czyli co rozumiemy pod pojęciem, które jest dla nas najbardziej interesujące - pod pojęciem psychoterapii psychodynamicznej, a nie psychiatrii psychodynamicznej, bo to drugie jest bardziej wąskim pojęciem? Jakie więc byłoby nasze ewentualne stanowisko, albo może precyzyjniej, jaka byłaby moja propozycja, aby było to nasze stanowisko?

### Założenia wstępne

Gdy się zastanawiałem jak to przedstawić, to wydawało mi się, że trzeba sięgnąć do trzech założeń wstępnych. Jedno, stworzone poza teorią, czyli niewywodzące się z samej wiedzy

tylko jakby zewnętrzne w stosunku do przedmiotu, którym się będę zajmować, czyli do psychodynamiczności, nazwałem sobie założeniem częściowo paradygmatycznym. Drugie założenie pozostaje w związku częściowo tautologicznym z definiowanym pojęciem. Można by powiedzieć, że z wiedzy wynikają pewne założenia, a te założenia z kolei potwierdzają wiedzę - tak jak swego czasu została stworzona psychoanaliza. Bo przecież psychoanaliza w stosunku do histerii, jak Państwo wiecie, ma związki tautologiczne!

Jakże wyglądałyby w takim razie te założenia podstawowe, jak mówiłem, o częściowo paradygmatycznej urodzie, które były z poza teorii?

1. Pierwsze to przyjęcie nieświadomości, a właściwie refleksji nad człowiekiem z uwzględnieniem nieświadomości.
2. Drugie to jest przyjęcie reguły rozdzielności sądów epistemologicznych, a więc sądów poznawczych, od sądów etycznych, estetycznych i ontologicznych.
3. Trzecie to jest zasada rozdzielność psychologii od psychopatologii.

One nie wynikają z naszej wiedzy. Są stanowiskiem w stosunku do tej wiedzy zewnętrznym, a więc noszą pozory paradygmatyzmu z tego względu, że paradygmat jest klasycznie nieuświadomiony, a one są uświadomione. Jest to wybór bardziej arbitralny. To stanowisko posiada więc także pewne cechy paradygmatyczne. Poświęcę parę słów każdemu z tych założeń.

Ad 1. Jeśli chodzi o założenie pierwsze, a więc o decyzję, żeby dokonywać refleksji na temat wpływu nieświadomości na patologię, to zdajemy sobie wszyscy sprawę, że można człowieka leczyć, a co za tym idzie zmieniać, nie uwzględniając wpływu nieświadomości. Co do tego nie ma wątpliwości. Decyzję na to, żeby uwzględniać nieświadomość, trzeba uznać za wybór arbitralny. Nie musi się jej uwzględniać, ale można. Nie ma żadnego znanego mi przekonującego badania, które by w sposób jednoznaczny warunkowały, że zmiany w drugim człowieku chorym psychicznie czy zaburzonym emocjonalnie musimy dokonywać przy pomocy czy z uwzględnieniem nieświadomości. Oczywiście to, że tego dokonujemy, jest splotem wielu czynników. Jak sami państwo wiecie, dziesięć takich wykładów nie wystarczyłoby, aby się zastanowić, jakie to składniki w indywidualnych wypadkach prowadzą do tego, że jesteśmy czymś zainteresowani - bo to się do tego sprowadza. Generalnie to trzeba powiedzieć, że pewien typ osobowości każdego z nas ma przypuszczalnie dość istotny wpływ na to, że właśnie dokonujemy takiej arbitralnej decyzji. Reflektujemy, zastanawiamy się, czy też uważamy, że należy do wiedzy nad patologią przywołać również wiedzę o nieświadomości, a więc o obszarze, który jest alogiczny, nieciągły, obrazowy, metaforyczny („poezja”) i w odróżnieniu od metonimicznego („proza”), logocentrycznego systemu świadomościowego

jest obszarem symbolicznym i przede wszystkim obszarem prewerbalnym. Sami Państwo wiecie, że trzeba mieć, nazwijmy to tak, pewne preferencje, żeby się czymś takim zainteresować, żeby tą wiedzę pogłębiać i żeby tą wiedzę później stosować. Tak mnie się osobiście przynajmniej wydaje, że nie możemy chronić się za żadnym empirycznym argumentem. Musimy przyznać, że jest to nasz arbitralny, wolny wybór, wynikający z bardzo wielu możliwych do prześledzenia i niemożliwych do prześledzenia czynników. To niewątpliwie w pewnym sensie nas łączy.

Ad 2. Drugim założeniem, jak wspomniałem, jest rozdzielność sądów epistemologicznych, czyli procesów poznawczych od wszystkich innych sądów. Tutaj, tak mi się wydaje, wspólnie przyjmujemy tak zwany sofizmat naturalistyczny: z tego, że coś jest, nie wynika, że być musi. W każdym razie ja przynajmniej przeżywam się jako uczeń Hume'a, który uważał, że nie ma żadnej możliwości wywiedzenia ze zdań obserwacyjnych zdań normatywnych. Mówiliśmy o tym wielokrotnie. Nie chcę więc tego poszerzać. Była taka konferencja pod Warszawą poświęcona tak zwanej etyczności w psychoterapii, gdzie omawiałem temat dosyć szeroko. Na różnych spotkaniach wykładowych mówiliśmy, że nie sposób z tego, co jest, wywieść to, co być powinno(!). Jednym słowem, w każdym człowieku istnieje świat paradygmatów i świat imperatywów, świat irracjonalny i świat racjonalny. A dlaczego to jest istotne? Ponieważ jeśli wychodzimy od takiego sofizmu naturalistycznego, to musimy sobie powiedzieć, że z psychodynamicznego punktu widzenia nie możliwe jest utworzenie ideału wzorca dla terapii (!!!) Wszystkie szkoły psychoterapeutyczne, wszystkie orientacje z psychoanalizą włącznie tego rodzaju ideały tworzą. Znać Państwo na pewno ideały Freuda wyprowadzone prosto z oświeceniowych ideałów. Wszyscy Państwo znacie ideały Roger'a i Maslow'a z psychologii humanistycznej. Jest to oczywiste. Jednym słowem, terapeuta każdej innej orientacji siadając przed pacjentem, w pewnym sensie wie, jak powinien on funkcjonować, żeby być zdrowym, nie tyle żeby nie mieć objawów, co żeby mieć status normy. My przy takim założeniu tego nie wiemy (!). Nie dysponujemy zintegrowaną antropologią wywodzącą się z psychoterapii. W tym sensie, w tym znaczeniu jesteśmy podobni do psychiatrów. Ja nie chcę się w tym momencie zatrzymywać nad pojęciem zdrowia i czynnikami, które je tworzą, ale generalnie rzecz biorąc, jesteśmy do nich podobni i to mi się wydaje najistotniejszą konkluzją. Jednym słowem, ta racjonalność - irracjonalność również ukrywa w nas to, co w każdym z nas jest opozycyjne, czyli struktury wiedzy i struktury wiary. W coś wierzymy, jednocześnie coś wiemy, tak jak swego czasu powiedział Arystoteles: żeby uwierzyć trzeba wiedzieć, żeby wiedzieć trzeba uwierzyć. I to jest, moim zdaniem, stwierdzenie dla nas dosyć reprezentatywne.

Ad 3. Trzecim założeniem, proszę Państwa, jest reguła rozdzielność psychologii od psychopatologii, która się sprowadza do stwierdzenia, że objaw może mieć różne przyczyny (!!!), czyli jeśli my fenomenologicznie rozeznajemy jakiś objaw np. urojenia, to z tego rozeznania wcale nie wynika, co jest powodem tego urojenia. Ale jeżeli byłoby to dla nas oczywiste, no to wtedy musielibyśmy opisywać nasze stanowisko jako stanowisko relatywizmu przyczynowości. I tutaj się pojawia po raz pierwszy to, co jest niewątpliwie wkładem współczesnej Neurosciece, czyli propozycja, żeby rozumieć objaw albo jako ujawnienie się struktury konfliktowej, albo jako struktury deficytowej. To jest ta wieloprzyczynowość - ale trzeba stanąć na stanowisku relatywizmu. Wtedy pojawia się pojęcie deficytu. Jeśli więc może być ten sam objaw rozeznawany fenomenologicznie, postrzegany jako wynik zupełnie dwóch różnych procesów, wtedy oczywiście istnieją tego następstwa teoretyczne i następstwa praktyczne.

#### Następstwa teoretyczne

Następstwa teoretyczne, proszę Państwa, będą się sprowadzać do doprecyzowania naszego stanowiska teoretycznego, dotyczącego poznania psychodynamicznego; określenia, z czego się składa i czym się różni od poznania (diagnozy) w innych bratnich podejściach.

Otóż moim zdaniem, poznanie psychodynamiczne składa się z czterech komponentów; są to komponenty; (1) fenomenologiczne i (2) racjonalne oraz komponenty (3) intuicyjne i (4) empatyczne.

Bardzo ciekawa jest komponenta racjonalna, ponieważ (nie mam tu oczywiście na myśli żadnego czystego rozumu), jak wszyscy państwo doskonale wiecie, to, co nazywamy sądem racjonalnym w danej kulturze, jest relatywizowane do standardów kultury. To, co jest zdroworoządkowe czy racjonalne dzisiaj, niekoniecznie było wczoraj i będzie jutro. Czyli jest to więc komponenta uwarunkowania kulturowego naszego rozumu, ale na tym się nie chciałem zatrzymywać. W dzisiejszym czasie istotną komponentą tego, co nazywamy racjonalnością, jest ten element, który ja reflektuję, zastanawiając się nad tym, co jest mojemu pacjentowi. Bo fenomenologicznie go rozeznaję, zarówno racjonalnie, jak i intuicyjnie i empatycznie go postrzegam. Pacjenta poznaję fenomenologicznie, intuicyjnie i empatycznie, a w pewnym sensie kategoryzuję go racjonalnie. W tej racjonalnej komponentce jest oczywiście element empiryzmu, bo taki jest czas, w którym żyjemy. W tym sensie jest to bardzo istotne. Poznanie psychiatryczne jest poznaniem fenomenologiczno- racjonalnym. Poznanie klasycznie psychoanalityczne jest poznaniem klasycznie heglowskim, czyli można by powiedzieć, że w tym poznaniu rzeczywistość jest utożsamiona ze sposobem jej pojmowania, co doprowadza nas do tego, co jest istotą poznania psychoanalitycznego, czyli do determinizmu

psychologicznego. Napisano z końcem XX wieku bardzo dużo takich podsumowujących książek i artykułów zakreślających różnicę między psychoanalizą i innymi podejściami. Rzeczywiście, ten swoisty determinizm psychologiczny, czyli zanegowanie wpływu czynników biologicznych, a w klasycznej psychoanalizie również socjologicznych na powstawanie patologii wydaje się być dalej aktualny. Co prawda, pojawiają się psychoanalityczne konstrukty, takie jak w kleinizmie, w których się mówi o komponencie konstytutywno-genetycznej. W klasycznej psychologii ego zawiera konstrukty, określające dobrą adaptację społeczną jako pomieszczającą w sobie biologiczne determinanty popędu. Ale one są formułowane na takim poziomie ogólności, że nie są operacyjne. I w gruncie rzeczy dalej się uważa, że psychoanalityczne pojęcie wywodzące się czysto z heglizmu, jeśli chodzi o metodologię, będzie bardzo blisko determinizmu psychologicznego. I tu jest ta różnica! Mianowicie, nasz, psychodynamiczny, czynnik poznania jest racjonalistyczny, ale rozumiany na dzień dzisiejszy jako czynnik empiryczny. I to jest ta podstawowa różnica!

Bo jeżeli chodzi o poznanie empatyczno-intuicyjne to tu jesteśmy zgodni z psychoanalizą, szczególnie w tych najbardziej ortodoksyjnych podejściach kleinistowskich, gdzie empatia, czyli projekcyjna identyfikacja jest podstawowym sposobem poznania drugiego człowieka (a cała reszta jest zupełnie nieistotna).

A więc nasze poznanie, które jest fenomenologiczno-racjonalne z komponentą empiryczną oraz intuicyjno-empatyczne, w gruncie rzeczy jest starym dobrym poznaniem konceptualnym, łączącym poznanie intelektualne, najogólniej rzecz biorąc, z poznaniem emocjonalnym, najogólniej rzecz biorąc (doświadczenie + rozumiane). I wtedy za naszych antenatów będziemy głównie spostrzegać Arystotelesa, a przede wszystkim Abelarda, bo to on stworzył takie pojęcie. Zdecydowanie nie będzie naszym antenatem Hegel (perspektywa psychoanalityczna).

Ze sformalizowanego punktu widzenia my, jako psychoterapeuci psychodynamiczni, powinniśmy być zaliczani do nurtu realizmu niereprezentatywnego. Realistyczni jesteśmy w przyjęciu tezy, że świat istnieje poza naszą wolą, istnieje w sposób dla siebie właściwy, jest niezależny od naszej wiedzy, niezależnie od tego, co my na jego temat sobie myślimy. W tym jesteśmy realistami. A w czym jesteśmy niereprezentatywni? Zakładamy, że nasze teorie mogą w równoważny sposób opisywać świat. Jednym słowem, zakładamy subiektywizm. Zakładamy, że to, co my nazywamy wiedzą o świecie, jest pochodne teorii, a nie jest pochodne obiektywnie istniejącej rzeczywistości.(!!!) Jednym słowem, negujemy możliwość odwzorowywania. Teorie są tworem ludzkimi. Można je poddawać daleko idącym zmianom, a stopień ich stosowalności jest bardzo różny.

W każdym razie realizm niereprezentatywny to nasze stanowisko poznawcze czy filozoficzne w odróżnieniu od stanowiska heglowskiego, które przynależy psychoanalizie.

### Następstwa praktyczne

Jeśli chodzi o rozdział między psychologią a psychopatologią, są również następstwa o charakterze bardziej praktycznym. Mianowicie, w rzeczywistości musimy zdecydowanie rozdzielać jakość psychologiczną od patologicznej tych samych terminów.

Do czego zmierzam? Tylko zasygnalizuję to, czego nie widać bardzo często w naszym myśleniu. Musimy rozróżnić pojęcie lęku od patologicznego lęku, winy od patologicznej winy. Zauważcie Państwo jak w kulturze, która moim zdaniem jest kulturą znarcyzowaną, rzeczy te się nakładają. W gruncie rzeczy każdy poziom lęku i każdy poziom poczucia winy uważany jest jako kwalifikujący się do terapii. Ideałem jest żyć bez winy, bez lęku, bez wstydu i bez wstrętu. Do czego to wiedzie, nie będę komentował. Ale takie są standardy kultury, w której żyjemy. W związku z tym warto o tym pamiętać, że ten rozdział daje nam możliwość myślenia o lęku również jako o uczuciu, które jest proadaptacyjne i prorozwojowe. Wina jest proadaptacyjna i prorozwojowa. Nie sposób być człowiekiem dojrzałym, który nie funkcjonuje z poczuciem winy. Nie sposób być człowiekiem dojrzałym, który nie funkcjonuje bez wstydu. Nie chodzi o wstyd, winę i lęk, ale chodzi o patologiczne poziomy winy, wstydu i lęku – podstawowe emocje, które nami rządzą i powodują neurotyzację. Ale to też powoduje, że musimy rozdzielić neurotyczność od nerwicy; psychotyczność, czyli obecność psychotycznych mechanizmów, które w różnych konstelacjach i w różnym stopniu wszyscy jak tu siedzimy mamy, od psychozy oraz przede wszystkim perwersyjność, którą musimy mieć wszyscy i jak Państwo wiecie wszyscy mamy, od perwersji. I dopiero wtedy, gdy rozróżniamy te rzeczy, to możemy się sytuować w roli terapeutów. Inaczej jesteśmy ideologami, którzy realizują standardy kultury, w której żyją, a nie leczą osoby, nazwijmy to sobie najogólniej, zaburzone.

Tak więc w ten sposób, proszę Państwa, omawiając relatywizm przyczynowy, doszliśmy do istotności pojęcia deficytu i pojęcia konfliktu. Parę słów na ten temat chciałem w tej chwili powiedzieć.

### Deficyt i konflikt

Pojęcie deficytu i pojęcie konfliktu są, proszę Państwa, zakorzenione w historii. Długo by na ten temat mówić, chyba że Państwo przypomniecie sobie, jak powstała psychoanaliza. Psychoanaliza powstała z dyskusji Breuera i Freuda na temat nieświadomości, mianowicie: czy nieświadomość jest czymś szkodliwym, jest czymś zbędnym, jest tym słynnym, jak Charcot

mówił, „zepsutym zębem”, który trzeba usunąć, czy jest czymś nieodzownym, korzystnym, dającym nam możliwość funkcjonowania. Breuer, Charkot i Janet uważali, że nieświadomość ma status czegoś niekorzystnego, że treści, które się tam znajdują są związane z tak zwaną „słabością syntezy umysłu”. Można powiedzieć, że pewne kłopoty w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego powodują, że część treści świadomych ucieka i staje się dysfunkcyjna. Czyli w tym ujęciu nieświadomość była gorszą wersją świadomości. I oto, proszę Państwa, dlaczego o tym wspominam. Bo od tego się wszystko zaczęło! W gruncie rzeczy już wtedy, u zarania psychoanalizy, powstało pojęcie deficytu; deficytu – bo ta słabość syntezy umysłowej, ta wybujała wyobraźnia tworząca scenariusze ataków histerycznych (głównie o tym mówiono) to nic innego jak właśnie pewien rodzaj deficytu. Konflikt odkrył Freud, idealizując nieświadomość, tworząc wartość nieświadomości, pomieszczając tam wyparte wstydem konflikty. Dlatego więc można by powiedzieć, że problem ten zarysował się już od samego początku. Aktualne osiągnięcia neurobiologiczne, które przede wszystkim koncentrują się na tych samych obszarach, co wczesna psychoanaliza, czyli na histerii i na depresji, wprowadzają już wyraźnie pojęcie deficytu i defektu, w pewnym sensie również jako źródła tak zwanej słabości syntezy umysłu.

Jaka jest natura tych deficytów?

Natura tych deficytów jest tajemnicza, tak jak natura konfliktu. Trzeba pamiętać, że to są pojęcia abstrakcyjne. Oczywiście, że można przywołać deficyt czy defekt organiczny pod postacią uszkodzenia określonej struktury mózgowej, która owocuje tak zwanym urojeniem organicznym i perseweracją. Ale to nie jest takie proste, bo przecież, jeżeli się nad tym bardziej zatrzymać, to trzeba powiedzieć, że znamy przykłady rozległych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Na przykład, świętej pamięci profesor Adam Szymusik pokazywał opinię dotyczącą jednego z pacjentów, który w zamachu samobójczym odstrzelił sobie, można by powiedzieć, całą lewą półkulę mózgu. Był praktycznie bez lewej półkuli mózgowej i nie wykazywał żadnych specjalnych widocznych grubych zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak dlatego, że uszkodzenia organiczne wcale nie przekładają się jednoznacznie na uszkodzenia psychiczne, a bardzo często ciężkie zaburzenia psychiczne nie mają w ogóle nic wspólnego z organicznością. Jest teraz tak zwana teoria „holograficzna mózgu”, ale... nie chcę się teraz skupiać na szczegółach. Chcę tylko powiedzieć jedno - deficyty i defekty mają podwójną naturę, to znaczy, że ujawniają się w umyśle i ujawniają się w mózgu. Najlepszym dowodem jest na to następstwo nadużyć, w tej chwili już nie wiem przez ilu badaczy to potwierdzone. Wczesne dziecięce traumatyczne nadużycie przejawia się utratą „opiekuna wewnętrznego”, czyli niemożnością samouspokojenia, a więc nieobecnością wincottowskiego wewnętrznego „obiekta przejściowego”, a jednocześnie przejawiają się uszkodzeniem przybrzuszej części

hipokampa - struktury, która uniemożliwia to, co się nazywa w tej chwili modnym postmodernistycznym językiem, narrację. Okazuje się więc, że te trudności, które my klinicznie spostrzegamy u naszych pacjentów jako obronę dysocjacyjną i niemożność stworzenia swojej ciągłej historii, z jednej strony są wynikiem niemożności samouspokojenia, a z drugiej strony są wynikiem organicznych uszkodzeń hipokampa. Istotne jest to, że i deficyt i defekt mają reprezentację podwójną: umysłowo-mózgową, a w gruncie rzeczy bardzo ważne jest to, że nie sposób jest wyrokować o ich trwałości. Co to znaczy?

Diagnoza i terapia deficytów i defektów w dużej mierze są związane z terapeutą. Jeżeli prawdą jest, że poznanie i leczenie naszych pacjentów prowadzimy przy pomocy fenomenologiczno-empiryczno-intuicyjno-empatycznej aktywności, czyli w ten sposób funkcjonujemy, rozeznając problematykę pacjenta i zmieniając ją przy pomocy technik, które Państwo znacie, to oczywiste jest, że o ile fenomenologiczno-racjonalna komponenta najprawdopodobniej będzie do siebie podobna w różnych relacjach terapeutycznych, to intuicyjno-empatyczna nie. Rosenfeld pisał, że prawdziwy talent psychoterapeutyczny polega na harmonijnym zestawieniu czynników intelektualnych i emocjonalnych. W związku z tym to, co jest odbierane fenomenologicznie jako deficyt, czyli coś trwałego, trudno zmienialnego, niepoddającego się dynamicznemu wpływowi, może ulec, proszę Państwa, w zależności od rozmówcy czy terapeuty, bardzo różnym przemianom, ponieważ niewątpliwie część deficytów jest wyrównywalna w procesie terapeutycznym, a część nie. Wszyscy znamy pojęcia aleksytymii i pseudoaleksytymii, czy też wtórnej aleksytymii i pierwotnej aleksytymii. Konia z rzędu temu, kto rozpozna pierwotną aleksytymię od wtórnej aleksytymii. Sposób rozmowy, sposób prowadzenia dialogu terapeutycznego bardzo często powoduje, że jeden terapeuta jest skuteczny może nie w usuwaniu, ale w osłabianiu działań deficytu, a drugi nie. Niewątpliwie dlatego nie chciałbym, żebyśmy pojęcie deficytu i defektu traktowali jako pojęcie skonstrastowane w ten sposób z pojęciem konfliktu, że to pierwsze jest organiczne, a to drugie dynamiczne, jak się to często uważa. Niewątpliwie jest ono relacyjne, relacyjne do terapeuty. Jest wiele opisów, że coś, co wydawało się być bardzo stabilne i nie do zruszenia, okazuje się, że w kontakcie z danym człowiekiem ulegało pewnej modyfikacji. Oczywiście nie chodzi o to, żeby zlikwidować pojęcie deficytu, tylko żeby nie nadać mu piętna pesymizmu całkowitego. Oczywiście, że klasyczna psychoanaliza abstrahuje od pojęcia deficytu, mając jeden sposób na zjawiska z nim związane – intensyfikacje spotkań. To znaczy, jeżeli terapeuta natrafia na opór w terapii, proces terapeutyczny ogarnia stagnacja - to najczęściej jedyną na to reakcją jest zwiększenie ilości sesji do trzech, do czterech, do pięciu spotkań (!!!). Oczywiście, że wtedy w olbrzymim przypadku, jak pisze Wallerstein, zmiana w terapii opiera się na efekcie zintensyfikowania procesów identyfikacyjnych z terapeutą, bo jeżeli ja z kimś przebywam pięć godzin tygodniowo, w zależności i regresji, to w sposób automatyczny dochodzi do



nieświadomych identyfikacji. I tu też konia z rzędu komuś, kto rozróżni, jaka zmiana u mnie jest związana z procesem nieświadomych identyfikacji związanych z procesem „reparentingowym”, a jaka uzyskana jest przez nową wiedzę, np. wglądową.

Jeśli chodzi o deficyt, to ja uważam, nie będąc zbytnim optymistą, za bardzo istotne, żeby pamiętać, że taka diagnoza nie jest wyrokiem. Dlaczego?

Deficyt rozwojowy, kontakt z problematyką deficytową u pacjenta, zmienia naszą aktywność terapeutyczną. Jeśli my mówimy, że nasze podejście, psychodynamiczne, stanowi spektrum form od tych ekspresywnych do tych podtrzymujących, no to kiedy się ujawnia nasza wewnętrzna, subiektywna diagnoza deficytów? Wtedy, kiedy:

Po pierwsze:

- zaczynamy stosować techniki podtrzymujące,
- przestajemy klasyfikować, konfrontować, interpretować,
- stajemy się „podtrzymujący”.

Jest to pierwszy sygnał, że terapeuta, chcąc czy nie chcąc, wiedząc, czy nie wiedząc, jakiś fenomen, jakiś obszar z psychiki swojego pacjenta definiuje jako trudno zmienialny, albo niekonfliktowy. Oczywiście, że może to być odpowiedź przeciwprzeniesieniowa obronna, oporowa. Jest to jasne. Ale od tego, aby poprawnie wnioskować w oparciu o przeciwprzeniesieniowe reakcje, jest superwizja. To po pierwsze.

Po drugie,

- moim zdaniem przynajmniej, wewnętrzna definicja czy rozeznanie deficytu przez terapeutę, następuje wtedy, gdy traci on ambiwalencję w stosunku do pacjenta. Bardzo to wyraźnie widać, kiedy dochodzi do identyfikacji terapeuty z pacjentem. /Ostatnio miałem bardzo ciekawą superwizję. Jedna z kursantek prezentowała terapię, w której zetknęła się z klasyczną anhedonią depresyjną u swojej pacjentki. Pacjentka ta nie była w stanie przeżyć żadnej satysfakcji. My oczywiście spostrzegliśmy to jako odpowiedź na obszar tak zwanej „martwej matki”, na który nie ma odpowiedzi. I rzeczywiście jest on wypełniony pustką, niemożnością uzyskania satysfakcji. To samo zresztą pojawiło się później w terapeutce. Ona również nie miała satysfakcji w tej terapii. Obie tkwiły w klasycznym układzie przeniesieniowo- przeciwprzeniesieniowy. Doszło u terapeutki do klasycznego przeciwprzeniesienia identyfikacyjnego głównie z self pacjentki (przeciwprzeniesienie zgodne, Racker). Obserwowaliśmy klasyczny pat

przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy: terapeutka przeżywała się wampirycznie w stosunku do pacjentki, była całkowicie pozbawiona satysfakcji, miała poczucie, że musi ją leczyć i coraz bardziej czuła się tym zmęczona /.

Myślę, że to pewnego rodzaju zrównanie, a więc identyfikacja albo z „self” albo z „obiektem” pacjenta jest dowodem na to, że być może terapeuta dotyka czy subiektywnie diagnozuje obszar deficytu.

Po trzecie

- utrata symbolizacji w relacji terapeutycznej (najczęściej wyraża się ona poprzez nudę).

W każdym razie te trzy rzeczy są istotne w kontakcie z patologią „deficytu”: pojawienie się nadmiernej ilości interwencji podtrzymujących, pojawienie się utarty symbolizacji i pojawienie się identyfikacji.

Tyle mogę powiedzieć o tych deficytach, żeby nie wdawać się w szczegóły neurofizjologiczne. Najbardziej zależałoby mi na tym, aby z naszej perspektywy nie traktować tego jako obszar psychopatologii, który się nie zmienia i który musimy tylko „protezować” u naszych pacjentów. Jeśli się zdecydujemy na „protezowanie”, najpierw powinniśmy wziąć pod uwagę, że to my być może nie potrafimy pewnych rzeczy do końca uruchomić w pacjencie, czyli powinniśmy wziąć pod uwagę pewną subiektywizację pojęcia deficytu.

Konfliktowość

Jeśli chodzi o „konfliktowość” to wiadomo, że wynika ona z opozycji: świadomy – nieświadomy, kultura – natura, freudowska konfliktowość strukturalna i metafizyczna konfliktowość tanatos – eros, czy konfliktowość kleinowska. Tych konfliktów jest bardzo wiele i można by je mnożyć bez liku. Ja chciałbym tylko powiedzieć, że z naszego punktu widzenia zajmujemy się konfliktami, które są nierozwiązywalne, ale mogą być okresowo rozwiązane. Konflikt ma znaczenie kluczowe. Z naszego dynamicznego punktu widzenia nie jest on czymś szkodliwym, jest on czymś immanentnym, jest wymiarem antropologicznym człowieka i ma bardzo dużo pozytywów. Nie sposób sobie wyobrazić twórczości, rozwoju czy braku neurotyczności bez konfliktowości. Konflikt ma więc również prorozwojowy, proadaptacyjny charakter. Celem naszym nie powinna być likwidacja wszystkich przykrych emocji. Tak samo celem naszym nie może być likwidacja wszystkich konfliktów. To odróżnia nas od wszystkich innych szkół, które posiadają jasno wyrażony ideał człowieka, bo przypomnę, że za tym idzie przekonanie, że każdy konflikt da się rozwiązać, tylko się go nie rozwiązuje, bo brak jest dobrej woli, albo brak jest motywacji do terapii albo z powodu jakiegoś innego zestawu niekorzystnych czynników.

Z teoretycznego punktu widzenia zarówno z perspektywy kognitywno- behawioralnej, jak i z humanistycznej czy systemowej każdy konflikt mógłby ulec rozwiązaniu. (!!!)

Inne tezy podstawowe

Natomiast jeśli chodzi o dalsze rozstrzygnięcia, które, jak powiedziałem, są częściowo tautologiczne, to są nimi:

- zależność poglądów od emocji,
- powszechność, nieodzowność konfliktowości,
- sceptycyzm w stosunku do możliwości doprecyzowania socjogenii objawów.

Parę słów powiem o zależności poglądów od emocji. Tylko wymienię, co nam jest bliskie, co przyjmujemy. Przyjmujemy koncept epistemofilii freudowskiej. Przyjmujemy kernbergowską koncepcję tworzenia tożsamości, procesu selekcji empirycznych doświadczeń zgodnych z prekoncepcją siebie. My zgodnie z tą koncepcją nie tworzymy swojej tożsamości, że tak powiem, poprzez wolną asymilację wszystkich faktów, tylko jesteśmy wybiórczy. Przyłączamy z rozlicznych doświadczeń życiowych te, które nam się zgadzają z wcześniejszymi nieświadomymi identyfikacjami. Czyli to, co Kant nazywał „pustym myśleniem”, w koncepcji kleinowskiej nazywa się to prekoncepcją. Oczywiście, przyjmujemy bionowską koncepcję „alfa funkcji” i „beta elementów”.

Ale co jeszcze przyjmujemy? Moim zdaniem przyjmujemy bardzo ważną ideę, jaką jest rola superego. Nasze superego, wiadomo, że w dużej części nieświadomie, jest wynikiem procesów depersonalizacji i internalizacji. W obrębie naszej tożsamości funkcjonuje pewien zestaw przekonań etycznych, sądów etycznych albo odruchów etycznych (do czegoś „tak” a do czegoś „nie”) i to stanowi część naszej tożsamości. W związku z tym neutralność etyczna jest w ogóle niemożliwa z punktu widzenia ,który przyjmujemy, mianowicie że posiadamy nieświadomość, ponieważ superego nie tylko jest źródłem wewnętrznego napięcia czy kar (w cudzysłowie czy bez cudzysłowia), ale jest również elementem naszej tożsamości. Wiedzieli to już dawno temu niektórzy, chociażby filozofowie.

Stevenson, współczesny etyk, pisze, że każdy z nas w sposób naturalny jest misjonarzem, czyli w gruncie rzeczy chce przekonać innych ludzi do swojego systemu wartościowania spraw. W ten sposób zachowuje się lojalnie w stosunku do samego siebie, uzyskuje wewnętrzny spokój i pozostaje w pewnej tożsamości. Nie możemy uważać, że pojęcie dobra i zła jest tylko wyrazem naszego myślenia, skoro przyjmujemy mechanizmy nieświadomego tworzenia identyfikacji i tożsamości. Chciałbym podkreślić, że ułudą jest wolność naszych

poglądów. Nasze poglądy w dużej mierze są na usługach naszej nieświadomości. Nie jesteśmy neutralni. Możemy chcieć być neutralni, ale nie jesteśmy, jeśli przyjmujemy wpływ nieświadomości na nasze funkcjonowanie.

Co jeszcze przyjmujemy?

Przyjmujemy koncepcję transmisji pomiędzy zewnętrznymi i wewnętrznymi obiektami. Jest to oczywiste, bo inaczej nie byłibyśmy psychoterapeutami. Przyjmujemy istotność reparentingu, wiązania K. Oczywiście, przyjmujemy, że w procesie psychoterapii zachodzą zjawiska są nie tylko acting outu, ale również acting in. Pacjent zmienia się i zmienia swoje życie poprzez nieświadomą identyfikację z osobą terapeuty. Przyjmujemy więc kolosalny wpływ osobowości terapeuty na pacjenta, tym większy im większa jest jego zależność i częstotliwość spotkań.

I to jest problem zależności poglądów od emocji, problem, który pojawił się w tej starej dyskusji między psychiatrami i pierwszymi psychoanalitykami, a przede wszystkim pomiędzy Jungiem i Breuerem, którzy ograniczając się przede wszystkim do patologii paranoicznej, dyskutowali na temat tego, co jest pierwotne; czy myśl czy uczucie. Stoimy za rozwiązaniem zdecydowanie analitycznym. Nie sposób naszego myślenia zobaczyć jako wolnego od emocji, całkowicie autonomicznego i będącego całkowicie na usługach rozumu.

Socjogenia objawów – czy relacje interpersonalne tworzą objaw?

Jeśli chodzi o sceptycyzm w stosunku do teorii socjologii objawów, to długo by na ten temat mówić. Znam moje poglądy. Chciałem tylko powiedzieć, że trzeba rozróżnić między doświadczeniem traumy od patologicznego wpływu tego doświadczenia. Nie każda osoba, która jest skrzywdzona w związku z tym musi wejść na patologiczną ścieżkę następstw tego skrzywdzenia (!). Mam nadzieję, że wszyscy tutaj zgadzamy się co do tego, że nie możemy w refleksji nad wpływem traumy pominąć takiego pojęcia jak „stan ego” w trakcie trwania traumy, czyli tego, o czym mówił już Janet - na kogo i w jakim momencie rozwojowym ta trauma działa. Nie możemy przecież poprzez traumę kategoryzować wszystkich ludzi. Należy wziąć pod uwagę „siłę ego”, która wtedy się pojawia, zjawisko „naznaczenia wtórnego”, wszyscy je Państwo znacie, oraz to, że my posiadamy właściwie kilka historii. Sami Państwo wiecie, w jaki sposób nasi pacjenci potrafią różnie opowiadać o swojej historii, w jaki sposób wybierać z aktualnej kultury pewne pojęcia do opisów pewnych stanów, które im się przydarzyły. „Naznaczenie wtórne” - zapomniany freudowski koncept, który jak najbardziej powinien być przez nas aktualizowany, sprowadza się do subiektywnego przeżycia traumy i do tworzenia wielokrotnej wersji tego samego wydarzenia. Jeżeli nie chcemy dokonać redukcji socjologicznej tego typu: jeżeli ktoś był bity, to z tego coś na pewno wynika, dość prostackie

myślenie, musimy poznać kiedy był bity, co się stało i jakie są wersje w przeżyciu osoby tego wszystkiego.

„Prawda” w terapii, definicja „faktu”

Z tym się oczywiście łączy pojęcie prawdy. Nie będę już o tym mówił, ale powiem tylko, że mówimy tu o prawdzie relacyjnej. Prawda wytwarza się pomiędzy pacjentem a terapeutą. Prawda w podejściach psychodynamicznych nie jest zewnętrzna. Ona nie leży gdzieś, my jej nie poszukujemy, tylko jest kreowana przez nas w trakcie dialogu. W związku z tym prawda ta jest zmienna, relacyjna, mieści się pomiędzy pacjentem a terapeutą.

I przede wszystkim nie mamy definicji faktu! My posługujemy się pojęciem psychologicznym faktu, a w nauce istnieje pojęcie faktu surowego, faktu naukowego i faktu historycznego. W związku z naznaczeniem wstecznym i z relatywizacją pojęcia prawdy mamy nowe pojęcie faktu psychologicznego, subiektywnego, opartego na fakcie surowym, ale wielokrotnie przetwarzanym w historiach, biografiach naszych pacjentów.

Jakie są postulaty praktyczne?

Postulaty praktyczne, proszę Państwa, są następujące:

proces psychodynamicznej diagnozy jest nadrzędny w stosunku do form terapii, rozumienie psychodynamiczne jest pierwotne wobec tworzenia psychoterapeutycznych strategii

W jakim sensie?

To znaczy, że wszystkim sytuacjom nadajemy porządek podwójny, eubulidowski, to znaczy realny i symboliczny. Nie tylko terapeuta jest obiektem realnym i symbolicznym, lecz także lek, który podaje jest obiektem realnym i symbolicznym (wiadomo, wiedza na temat przeniesienia na leki i symbolu leku jest olbrzymia). Środowisko leczące, grupa, oddział są również symbolizowane. Środowisko terapeutyczne, leki farmakologiczne, osoba terapeuty, wszystko to jest objęte tym samym paradoksem ebulidesa. To jest pierwsza rzecz.

Drugą rzeczą jest powszechność zjawiska przeniesienia w stosunku do oddziały, do leku, do terapeuty. Stanowi to priorytet myślenia psychodynamicznego nad metodą. W związku z tym rozumienie psychodynamiczne będzie nadrzędne w stosunku do form leczenia - psychoterapii krótkoterminowej indywidualnej, średnioterminowej, grupowej, itd., i do planowania typu interwencji - czy będą to raczej interwencje wglądowo-podtrzymujące, czy ekspresywne, czy tylko podtrzymujące.

To myślenie psychodynamiczne czy też ta diagnoza psychodynamiczna będzie musiała modyfikować nawet nasz stosunek i wybór metody w stosunku do tych samych chociażby jednostek nozologicznych.

Wszyscy znamy podejście do problemu leczenia patologii borderlinenowskiej. Jest szkoła adlerowska oparta o propozycje kohutowskie oraz szkoła Kanzlera, Kuttera i Kernberga. Do czego sięgniemy? Nie do tego, gdzie jest prawda: czy dokonywać wczesnego opracowania przeniesienia negatywnego, dlatego, że w ten sposób likwiduje się splitting, czy też w ogóle to pozostawić po to, żeby przede wszystkim budować obraz terapeuty jako osobę oddzielną, ale życzliwą i przyjazną, jak chce Kohut. To wszystko zależy od stanu ego. My musimy dokonać diagnozy siły ego, możliwości wytrzymania frustracji i dopiero wtedy zdecydować, w jaki sposób rozmawiać z pacjentem. Diagnoza ta powinna być zdecydowanie nadrzędna w stosunku do wyboru metody. Metoda nie może decydować wcześniej. Model indukcyjno-analityczny, czyli od przypadku do generalizacji, od generalizacji do przypadku, nie bardzo tutaj pasuje. Tutaj nadrzędny jest przypadek. I to nas moim zdaniem zdecydowanie odróżnia od innych podejść. To samo dotyczy procesu terapeutycznego. Refleksja na temat typu przeniesienia i typu oporu musi uwzględniać przypadek, musi uwzględniać danego pacjenta. Wszyscy Państwo wiecie, ile jest sposobów konceptualizacji przeniesienia i oporu. Nie chodzi o to, co jest prawdziwe, a co nie jest prawdziwe. Nie chodzi o to, żebyśmy się przypisywali do jednej szkoły i mówili, że druga szkoła jest niedobra, tylko żebyśmy się przypisali do podstawowej zasady: od przypadku zależy, który typ myślenia o oporze i który typ myślenia o analizie przeniesienia zastosujemy. Czyli myślenie psychodynamiczne jest w stosunku do form, zasad, całego procesu terapeutycznego pierwotne. Tak to by trzeba najkrócej spuentować.

Czym jest podejście psychodynamiczne?

Podejście psychodynamiczne jest według mnie stanowiskiem teoretyczno- terapeutycznym, które kwestionuje inne stanowiska: deterministyczne, redukcjonistyczne (redukcjonizm biologiczny, psychologiczny, socjologiczny) oraz eklektyczne.

Jest wyjściem w przypadku każdego pacjenta od stanu niewiedzy (nieświadomość źródłem patologii) i poszukiwaniem adekwatnego dla jego stanu psychopatologicznego opisu jego konfliktowości i deficytowości.

Podejście psychodynamiczne jest aplikacją psychoanalizy do zastanej u terapeuty wiedzy. To może być wiedza medyczna, psychologiczna, socjologiczna, pedagogiczna, wiedza, która jak każda wiedza przedanalizyczna jest sformalizowana, logocentrycznie skonstruowana

i poddana rygorom poperyzmu, i co według mnie jest najważniejsze, z której terapeuta nie rezygnuje. Dla mnie zawsze było konstruktem dziwnym to, że można się uczyć sześć lat medycyny, pięć lat psychiatrii, a potem to wszystko wyrzucić i zacząć wszystko od nowa, wierząc w ten czy inny determinizm psychologiczny. Dla mnie jest to ahistoryczne i w ogóle świadczące o tym, że taki człowiek nie za bardzo powinien leczyć pacjentów. Chodzi o aplikację nowej wiedzy. Wiedza psychoanalityczna zawsze przychodzi w pewnym sensie, oczywiście nie zawsze, są wyjątki, ale w olbrzymiej ilości przypadków jako wtórna, jako następna.

Powstaje pytanie, co z tą nową wiedzą (psychoanalizą) zrobić - niewątpliwie najlepszą wiedzą, jaką można sobie wyobrazić do zrozumienia nieświadomości - jeśli ktoś w ogóle nieświadomością się chce zajmować. Tylko co z tą wiedzą zrobić? Czy odrzucić wszystko? Czy dokonać tej swoistej aplikacji indywidualnej i autorskiej? Otóż ja jestem oczywiście za tym drugim. Uwaga, bo to jest bardzo otwierająca sprawa. Inaczej będzie ją aplikował lekarz, inaczej psycholog, inaczej socjolog, inaczej pedagog. Na przykład część Państwa ma doświadczenia z innych szkół psychoterapeutycznych przed poznaniem szkoły analitycznej. Proces, w którym następuje aplikowanie i syntezywanie nowych rzeczy do wcześniej zastanej wiedzy uważam za bardzo ciekawy, twórczy i kreatywny. Jest to więc stanowisko uznające historyczność terapeuty, który na podstawie rozstrzygnięć częściowo nieświadomych, indywidualnych a częściowo arbitralnych, świadomych, uznaje nieodzowność uwzględnienia wiedzy psychoanalitycznej w leczeniu, ale zachowuje rozdzielność w języku, formułując zakresy konfliktów, deficytów i defektów towarzyszących zespołom psychopatologicznym. W związku z tym musi pozostawać w stanie niepełnej wiedzy, niepewności, co umożliwia mu stawianie nowych pytań i formułowanie nowych hipotez. Terapia psychodynamiczna jest więc zapisem aplikacji i polemiki wewnętrznej terapeuty. Terapeuta psychodynamiczny zachowuje również w ten sposób ciągłość w obszarze profesjonalnego działania i profesjonalnej konceptualizacji.

Są dwie drogi do osiągnięcia stanowiska psychodynamicznego.

1/ Pierwszy punkt wyjścia stanowi więc posiadana wiedza empiryczna o zjawiskach patologicznych, która konfrontowana jest z psychoanalityczną wiedzą o nieświadomych mechanizmach tworzących fenomeny spostrzegania jako patologiczne. W tym zakresie z naszego punktu widzenia stanem naturalnym jest stan sprzeczności i konfliktowości, który to możliwy jest do przewyciężenia w dialogu terapeutycznym przede wszystkim w płaszczyźnie epistemologicznej. Moim zdaniem dialog powinien głównie odbywać się w płaszczyźnie epistemologicznej, czyli powinien dotyczyć dróg, na jakich pacjent dochodzi do formułowania swoich sądów. W gruncie rzeczy nie powinniśmy się zajmować tym, co

według pacjenta jest, a czego nie ma, co jest dobre, a co złe, co czynić należy, a co czynić nienależy i co jest piękne, a co jest brzydkie. Takie etyczno-estetyczno-i nie tylko ontologiczne sądy powinny zostać poza dialogiem terapeutycznym, chyba że są one interesujące jako konkluzje końcowe drogi poznania. To nas w pewnym sensie zabezpiecza. I to jest pierwszy punkt wyjścia, punkt wyjścia od wcześniej posiadanej wiedzy empirycznej (z zakresu psychopatologii, i nie tylko...) i aplikowanie, przyłączanie do niej wiedzy psychoanalitycznej.

2/ Drugim punktem wyjścia jest wyjście od wiedzy psychoanalitycznej o warunkach tworzenia się patologii i dołączanie do niej nowej wiedzy empirycznej na miarę możliwości terapeuty. W związku z tym uważam, że można zostać terapeutą psychodynamicznym wychodząc z bardzo ortodoksyjnej szkoły psychoanalitycznej. Nic nie stoi na przeszkodzie. W tym ujęciu podejście psychodynamiczne jest niekoherentne i to trzeba bardzo wyraźnie powiedzieć, niespójne, w wysokim stopniu bardzo zindywidualizowane i szalenie autorskie, pełne konfliktu i pełne niekoherentności.

Jeśli ktoś szuka jasnych, otwartych i ostatecznych odpowiedzi, ten nie ma szans zostać terapeutą psychodynamicznym. Podejście psychodynamiczne nie daje oparcia w pewności, ale uniemożliwia autorytarność, za to umożliwia autorstwo procesu terapeutycznego.

Jakie jest nasze stanowisko do poprzednika, do prekursora? (...) Jeżeli by już się odnosić się do pojęcia ewolucji-rewolucji, to niewątpliwie nam jest najbliższe, tak mi się przynajmniej wydaje, stanowisko ewolucji wiedzy i niepewności, a obce stanowisko rewolucji i pewności.

To wszystko na dziś, dziękuję.

(opracował J. Kitrasiewicz)

Podejście psychodynamiczne w psychoterapii jest stanowiskiem teoretyczno-terapeutycznym, opierającym się na następujących założeniach:

1/ Rozumienie życia psychicznego wymaga refleksji nad nieświadomością. Psychoterapeuci psychodynamiczni dokonują arbitralnego wyboru poglądu, zgodnie z którym nie sposób jest skonceptualizować zdrowie i patologię człowieka bez refleksji na temat nieświadomości.

2/ Nie jest możliwe określenie ideału, wzorca psychoterapii – wybór strategii terapeutycznej jest wtórny do diagnozy psychodynamicznej (zasada maksymalnej indywidualizacji procesu terapii).



3/ Diagnoza psychodynamiczna jest ciągła, ma charakter heurystyczny – jest formowana wspólnie z pacjentem, przez cały okres procesu terapeutycznego.

4/ Objaw jest fenomenem wieloprzyczynowym; może wynikać z intrapsychicznych konfliktów, deficytów rozwojowych i defektów organicznych.

5/ Terapeuci psychodynamiczni arbitralnie rozstrzygają o przyjęciu, zarówno w rozumieniu procesu terapeutycznego jak i dla rozumienia uczestników tego procesu, podwójnego porządku poznania: realnego i symbolicznego (paradoks Eubulidesa). W wyniku tego rozstrzygnięcia psychoterapia psychodynamiczna asymiluje psychoanalityczne pojęcia oporu, przeniesienia, przeciwprzeniesienia, w ich klasycznym rozumieniu.

6/ Psychoterapia psychodynamiczna jest systemem otwartym i dynamicznym, ciągle syntetyzując pojawiające się nowe osiągnięcia psychoanalizy i psychiatrii.

Na czym polega terapia psychodynamiczna?

Toczy się w oparciu o relację terapeutyczną i dialog terapeutyczny, mający pomóc pacjentowi m.in. w rozumieniu dróg, na jakich dochodzi on do formułowania swoich sądów. Interwencje werbalne terapeuty przeplatają się z pojawiającym się z nowym rozumieniem doświadczenia pacjenta dotychczas nie ujmowanym w tym dialogu w taki sposób.

Metody i techniki terapii psychodynamicznej

Terapia psychodynamiczna jest terapią z grupy „talking cure”, czyli jej podstawowym narzędziem jest rozmowa. Rozumienie pacjenta jest pierwotne w stosunku do interwencji terapeutycznej, mającej charakter wypowiedzi terapeuty, lub też wyrażającej się rezygnacją z aktywności w danym momencie.

W zakres form terapii psychodynamicznej wchodzi zarówno terapia ekspresyjna (klaryfikacja, konfrontacja, interpretacja) jak i, na drugim biegunie, terapia wspierająca (poradnictwo, wyrażanie sądów o rzeczywistości, edukacja). Pośrednią formą jest psychodynamiczna terapia krótkoterminowa, z terapeutą funkcjonującym aktywnie.

---

Dla kogo ta terapia, w jakich problemach jest skuteczna?

Podjęcie psychodynamiczne w psychoterapii daje możliwość objęcia jej procedurami praktycznie pełną populację pacjentów, aczkolwiek jest szczególnie efektywna w tych zaburzeniach, do których likwidacji nieodzowna jest zmiana w zakresie wewnętrznych, nieświadomych obrazów obiektów i intrapsychicznych relacji. Jej skuteczność jest znacznie mniejsza, gdy konieczna jest zmiana nawyków behawioralnych pacjenta.

*/Opracował J.Kitrasiewicz, na podst. wykładów P. Drozdowskiego/*