

Umiejętnie zastosowane techniki wyobrażeniowe mogą stanowić alternatywę w pracy z oporem, który jest integralną częścią każdego procesu psychoterapii

Serafin Olczak

WYOBRAŻENIOWE TECHNIKI PRACY Z OPOREM

Opór jest powszechnym zjawiskiem w psychoterapii bez względu na system teoretyczny, jakim posługuje się terapeuta czy rodzaj problemu, z którym przychodzi pacjent. To również potężna siła działająca w przeciagu całego procesu terapeutycznego. Siła ta może działać w sposób destrukcyjny na ów proces. Czy można jednak zaprząć energię zawartą w oporze do konstruktywnych celów w psychoterapii?

Celem niniejszego artykułu będzie próba prezentacji technik wyobrażeniowych, które nie atakują oporu, lecz pozwalają terapeutę zdiagnozować jego znaczenie i zrozumieć jego istotę. Techniki te pozwalają na ominięcie oporu i jednocześnie podjęcie nad nim pracy. Na przykładzie konkretnego przypadku zostaną zaprezentowane fragmenty pracy terapeutycznej, gdzie zostały użyte konkretne techniki.

Czym jest opór?

Sposób postrzegania i ujmowania świata stanowi bardzo często czynnik mający znaczący udział w powstawaniu zaburzeń. Z uwagi na występujący w sposób naturalny opór w psychoterapii, odwoływanie się do treści świadomych często okazuje się niewystarczające – pomocne bywa odwołanie się do sposobów nieświadomej symbolizacji świata.

W psychoterapii opór został odkryty i opisany przez psychoanalityków. Najkrócej można go zdefiniować jako „(...) wszystkie świadome i nieświadome impulsy, emocje, czynności i motywy kierujące pacjentem, które przeciwdziałają postępowi w terapii” (za B. Killingmo, 1995, s.114). Psychoanalitycy opisują również to zjawisko jako wewnętrzną, nieświadomą siłę, która przeciwdziała postępowi w psychoterapii i zmianie u pacjenta. Wskazują,

że wiąże się on z łamaniem kontraktu terapeutycznego. Poprzez opór pacjent dąży do zachowania status quo i powtórza obrony z własnej przeszłości, co zapobiega powrotowi przykrych doznań i cierpień wiążących się z tym, co przeżył. Opór może też wynikać z głębszych treści związanych z własnymi impulsami agresywnymi lub seksualnymi. Klasyczna praca z oporem zakłada cztery etapy: konfrontacja zachowań, klaryfikacja uczuć, interpretacja w odniesieniu do przeszłości i przepracowanie.

W trakcie pracy psychoterapeutycznej opór potrafi przejawiać się na różne sposoby. Pacjent może unikać pewnych treści lub przeciwnie, może być nadmiernie skoncentrowany na określonych tematach. Ważne obszary zdarza mu się traktować w sposób ogólnikowy i sztywny. Czasami nagła poprawa funkcjonowania bywa wyrazem oporu. Jedną z ważniejszych form oporu są zachowania typu acting-out, które w skrócie można by scharakteryzować jako rozgrywanie emocji w działaniu, bez objęcia ich refleksją (za L. Grzesiuk, 1995, s.161).

Wyobrażenia i projekcje

Techniki wyobrażeniowe mogą stanowić alternatywę w pracy z oporem. W sytuacji, gdy pojawi się on w procesie psychoterapii, można podjąć nad nim pracę poprzez zachęcenie pacjenta do wyobrażenia oporu lub wyobrażenia objawu (którego pojawienie się może symbolizować ów opór). Następnie prosi się o relacjonowanie wyobrażenia i w trakcie pojawiania się określonych obrazów terapeuta dopytuje, zachęca do eksplorowania. Taki rodzaj pracy pełni rolę diagnostyczną. Na podstawie tego, co pacjent sobie wyobrazi, możemy stawiać hipotezy na temat tego, co jest źródłem pojawiających się trudno-

ści. Mówi się wtedy o projekcji symbolicznej, gdzie pojawiające się treści wyobrażeniowe są nasycone projekcjami pacjenta. To ważne, by dokładnie je omówić po skończeniu wizualizacji.

Inną modyfikacją, którą może wprowadzić terapeuta, jest praca nad treściami projekcyjnymi, już w trakcie wizualizacji. Wtedy raczej przypomina to symbolodramę, gdzie stosuje się określone techniki jak w przypadku metody projekcji symbolicznej według Leunera (za J. W. Aleksandrowiczem, 1987).

Do technik tych zalicza się między innymi wprowadzanie postaci uspokajających w przypadku osób przeżywających silne objawy lękowe. Można również próbować nakłaniać do prób konfrontacji z treściami zagrażającymi w wyobrażeniu, w celu przywrócenia kontroli nad swoim lękiem. Inną modyfikacją jest karmienie bestii lub zaprzyjaźnianie się z wrogimi postaciami. W przypadku pacjentów psychosomatycznych można stosować procedurę „magicznych płynów”, w których pacjent się zanurza. Te modyfikacje powinny się wprowadzać tylko wtedy, gdy źródło oporu jest już rozpoznane i wstępne hipotezy co do jego natury zostaną wraz z pacjentem zweryfikowane. Koniecznie należy zachować dużą ostrożność, a nawet zrezygnować z tego sposobu pracy w przypadku osób o skłonnościach do dekomensacji psychotycznych.

Opisana poniżej praca dotyczy pacjentki nieuzależnionej, ale nasuwa się też pytanie nad możliwością zastosowania tego typu pracy w psychoterapii osób uzależnionych.

Wydaje się, że w początkowym okresie terapii stosowanie technik wyobrażeniowych może nieść za sobą ryzyko oddalania pacjentów od obszaru zwią-

zanego z rzeczywistością. Osoby te przecież w związku z używaniem destrukcyjnych środków psychoaktywnych mają osłabiony kontakt z rzeczywistością.

Celem pracy w podstawowym etapie terapii jest ponowne „zakorzenie” pacjentów w rzeczywistości. Podobnie jak w intensywnym etapie psychoterapii odradza się stosowanie w trenowaniu relaksacji treningu autogennego Schulza, natomiast zaleca się wybór treningu Jacobsona. Należy jednak zawsze wziąć pod uwagę zmienne indywidualne, gotowość i możliwości podjęcia tego typu pracy przez konkretnego pacjenta.

W pogłębionym etapie psychoterapii osób uzależnionych praca wyobrażeniowa może natomiast przyczynić się do pogłębienia rozumienia problematyki aktualnie wnoszonej przez pacjen-

ta. Problematyki również związanej z oporem, który, jak wspomniałem, jest nieodłączną siłą towarzyszącą każdej pracy psychoterapeutycznej bez względu na rozpoznanie.

Opis pracy terapeutycznej z pacjentką w zaawansowanej fazie terapii nad oporem związanym z problematyką separacji

Dane z pierwszej konsultacji

Pacjentka N., lat 29, zamężna, bezdzietna. Zgłosiła się do terapeuty, ponieważ „podobnie jak siostra chciałaby, aby uczucia wewnętrzne korespondowały z tym, co jest na zewnątrz”.

Zgłaszane objawy: obawy, lęki, poczucie, że ma dwa oblicza, brak poczucia bezpieczeństwa, przekonanie, że drobne porażki są tragedią, duża wraź-

liwość na ocenę, problem z emocjami, brak odczuwania szczęścia, poczucie wewnętrznej blokady, impulsywność, biegunowe funkcjonowanie, trudności z zaufaniem, perfekcjonizm.

Pacjentka mówi, że chciałaby to zmienić, aby drugiemu człowiekowi lepiej się żyło. Wyrzeka się siebie, kosztem innych. Mówi, że często towarzyszy jej lęk przed tym, co nowe. Poza tym zwykle towarzyszy jej poczucie winy w związku z wyrażaniem przez nią złości.

Problemy zaczęły się około dwiętnastego roku życia, kiedy zaczęła gorzej się czuć. Wtedy też przestała uważać za normę to, co działo się u niej w domu. Objawy pogłębiały się w miarę dorastania, ale największe nasilenie miało miejsce przed ślubem.



Do terapii zachęciła ją siostra, która została skierowana na terapię przez spowiednika.

Pacjentka ma dwoje rodzeństwa: siostrę starszą o dwa lata i brata młodszego o sześć lat. Brat mieszka jeszcze z rodzicami. Ojciec jest uzależniony od alkoholu. Pije ciągami. Pacjentka mówi, że dziadek również pił. Ojciec jeszcze przed uzależnieniem był osobą despoticzną, chłodną emocjonalnie. Nigdy nie miała z nim kontaktu uczuciowego. Picie ojca zaczęło się na przełomie jej szkoły podstawowej i średniej.

Matkę pacjentka określa jako uczuciową kobietę, religijną, która pod wpływem ojca straciła wartości i jest wypalona emocjonalnie. Z matką ma dobry kontakt. Jak podkreśla, w domu zawsze była napięta atmosfera. Mówi, że nie ma już siły, aby tak żyć. Chce to zmienić, aby to nie odbijało się na „drugim człowieku” oraz na jej dzieciach. Leków nie zażywa. Alkoholu ani papierosów także nie używa.

Oczekiwania: Czuć spokój wewnętrzny, szczęście, chciałyby żyć mniej emocjonalnie i nie przejmować się tak bardzo oceną innych. Chciałyby podbudować samoocenę.

Przebieg terapii

Kontrakt terapeutyczny obejmował pracę nad pozbyciem się lęku w małżeństwie. Zmodyfikowano go w trakcie pracy. Pacjentka odkryła, że to, co dzieje się w małżeństwie, jest związane z doświadczeniami z domu rodzinnego, od których nie mogła się uwolnić.

Zaproponowano pacjentce psychoterapię indywidualną, z sesjami raz w tygodniu. Ustalono również rozpoczęcie grupy psychoterapeutycznej. W trakcie trwania grupy pojawiła się praca wyobrazeniowa związana z tematyką separacji. Treścią wizualizacji był powrót do domu rodzinnego i spakowanie się przed podróżą w nieznane. Pacjenci mogli zapakować do swojego bagażu wszystko to, co chcieli, co według nich mogło być im potrzebne. Jednocześnie mogli zostawić wszystko to, co uznali za zbędne. Następnie uczestniczący wyobrażali sobie samo wybieranie się w podróż i jej przebieg. Końcowym etapem tej pracy było wyobrażenie sobie etapu docelowego podróży.

Pacjentka wyobraziła sobie, że jest w swoim rodzinnym domu i widzi na

łóżku pustą torbę podróżną. Nie ma nic do spakowania, niczego nie zamierza zabierać z domu. W drzwiach stoi matka, która się nie odzywa.

Następnie pojawia się obraz przygotowania się do podróży, gdzie pacjentka zabiera ze sobą wszystko, nie tylko ubrania, ale również zastawę. Udaje się w podróż samolotem. Na początku jest przyjemnie, ale im bliżej słońca, tym robi się duszniej. Ląduje na plaży (w samolocie znalazł się również obecny mąż, ale na plaży już go nie ma). Tam pacjentka jest sama i widzi przed sobą czarno-szare skały. Pokonuje je, chociaż nie wie do końca, jak to się dzieje i potem jest już z mężem i czuje się szczęśliwa.

Pacjentka „obejrzała” poszczególne etapy wizualizacji z jej wychodzeniem z domu i pragnieniem rozpoczęcia nowego życia całkowicie samodzielnie i niezależnie od rodziców. Jej szczególną uwagę zwrócił motyw skał, które stały niejako na drodze do szczęśliwego życia. Był to etap przejściowy w jej procesie budowania niezależności. Jednocześnie przykuwający uwagę pacjentki okazał się fakt, że nie wiedziała, jak przez te skały przeszła.

Ten temat był kontynuowany w psychoterapii indywidualnej. Uważałem bowiem, że to ważny moment w terapii pacjentki, która zaczęła konfrontować się z zagrażającymi treściami stojącymi na drodze jej dorosłego życia. Zdecydowałem się na kontynuowanie pracy wyobrazeniowej z uwagi na to, że w treści jawnej pacjentka czuła wyraźnie opór związany z niewiedzą i swego rodzaju otamowaniem treści związanych ze skałami. Pytana wprost o skojarzenia związane z nimi, nie potrafiła udzielić właściwie żadnej odpowiedzi.

Wyobrażenie, które pojawiło się w trakcie sesji indywidualnej, miało następującą treść:

pacjentka wisi w powietrzu obok szaro-czarnych skał, które są gładkie, nie ma się gdzie zaczepić. Po skałach płynie woda. Przesłaniają one wszystko. Znajdują się w pewnym oddaleniu tak, że nie można ich dotknąć. Pacjentka czeka, aż będzie mogła się przez nie przecisnąć. Im dłużej wisi, tym bardziej narasta strach i lęk. Pojawiają się somatyczne objawy, takie jak poczucie duszności, pocenie się. Po chwili skały rozmywają się i pojawia się wolna przestrzeń (pustynia), na której nie

ma życia. Pacjentka mówi o niepokoju związanym z niewiedzą, w którą stronę się udać. Kiedy już postanawia ruszyć się z miejsca, ukazują się oaza, a w niej palmy, woda oraz szalasy, ale nie ma tam ludzi. Mimo wszystko to obraz kojący, ale towarzyszy temu niepokój, że będzie on nietrwały i zaraz zniknie. Pacjentka decyduje się na zakończenie wyobrażenia.

Podczas omawiania wyobrażenia oporu pojawiają się nowe znaczenia skał. Pacjentka odnosi to zarówno do warstwy interpersonalnej – skojarzenia z dominującym i przerażającym ojcem, do którego nie można się zbliżyć, którego obecność zagraża i przesłania świat. Jednocześnie w trakcie omawiania pojawia się warstwa intrapersonalna, odnosząca się do aspektów popędowych pacjentki, między innymi związanych z przeżywaniem złości w bliskich relacjach.

Generalnie uwagę zwraca pewien proces, który pacjentka przeżyła w pracy z oporem, począwszy od skał przez pustynię aż po oazę jako zaczynu nowego życia. Praca z wyobrażeniem skał pozwoliła na ominięcie oporu i skonfrontowanie z trudnymi uczuciami, których opór dotyczył, jednocześnie poszerzając pola znaczeń, nad którymi może toczyć się dalsza praca psychoterapeutyczna.

Trzeba podkreślić, że praca z wyobrażeniem oporu nie może być traktowana jednorazowo i jako akt skończony. To raczej proces obrazów i znaczeń, który wpisuje się w szerszy kontekst procesu psychoterapii w ogóle. Nie można stosować samych technik wyobrazeniowych bez rozumienia aktualnego przebiegu pracy z pacjentem. Mechaniczne stosowanie technik, bez szerszego rozumienia momentu i kontekstu ich stosowania, zdaje się być ich deformacją i niesie ze sobą raczej ryzyko zwiększenia oporu niż jego konstruktywnego przepracowania.

Bibliografia

- B. Killingmo, „Psychoanalityczna metoda leczenia”, GWP, 1995
 L. Grzesiuk, „Psychoterapia”, PWN, 1995
 J. W. Aleksandrowicz, „Techniki wyobrazeniowe w psychoterapii”, *Psychoterapia nr 1 (60) 1987 r*

Serafin Olczak jest psychologiem, certyfikowanym specjalistą psychoterapii uzależnień, pracuje w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień.