

Sny u osób doświadczających totalitaryzmu w swoim życiu dają możliwość odtworzenia równowagi, jaką się straciło w ciągu dnia...

Agnieszka Litwa-Janowska

ŚNIENIE O WIĘZI U PACJENTÓW W PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ DLA OSÓB Z SYNDROMEM DDA

Życie dziecka w przewlekłym stresie, w strumieniu chronicznego i ostrego urazu, niesie cierpienie wynikające z naruszenia jego autonomii oraz poczucia utraty kontroli. Totalitaryzm rodziny z problemem uzależnień sprzyja powstaniu syndromu DDA. Dzieci przychodzące na świat w rodzinie alkoholika, narkomanki, hazardzisty, czy sicioholika przechodzą długoletni trening życia w tabu, zaprzeczaniu i iluzji, dominowania cierpienia, niezaspokajania potrzeb, izolacji i braku bliskości, stałego napięcia, chaosu i zagrożenia. Bardzo często drugi dorosły w rodzinie także nie daje wystarczającego oparcia ze względu na swoje współuzależnienie, a czasem także uzależnienie. Parentyfikacja, o której pisze Katarzyna Schier (2014), jest w tych okolicznościach niezbędnym czynnikiem umacniającym złudzenie oparcia i kontroli przy tak poważnej kruchości i niestabilności znaczących obiektów. Z perspektywy praktyka wydaje się, że można mówić o doświadczaniu „pijanego”, czy raczej „uzależnionego” i „współuzależnionego” obiektu skutkującego niemożnością dotarcia dziecka do prawdziwej osobowości rodziców, kiedy zadaje im pytania na temat swojej egzystencji. Ujmując to inaczej, dziecko dorastające w rodzinie z problemem uzależnień nie może przejrzeć się w swoich rodzicach, bo barierą jest wstyd.

ANALIZA MARZEŃ SENNYCH

Definicja mówi, że „osoby z syndromem DDA, to osoby dorosłe, u których siła zapisu traumatycznych wydarzeń życiowych w rodzinie z problemem uzależnień przekroczyła możliwości zaradcze ich systemu samoobrony, zostawiając trwałe ślady w obrazie siebie i funkcjonowaniu osoby, o cechach złożonego stresu pourazowego, nałożonego na różną konfigurację cech osobo-

wości.” (za Litwa, A, 2009).

W oparciu o liczne badania populacji DDA K. Schier (2014) uważa, że uzależnienie behawioralne tworzy podobne podłoże do rozwoju syndromu i że podobnie jak o DDA, możemy mówić o dorosłych dzieciach praco- i seksuoholików czy hazardzistów. Schier opisuje, jak parentyfikacja i dysocjacja, której podlegają osoby z głębokimi zaniedbaniami i nadużyciami emocjonalnymi, przyczynia się do poważnych ograniczeń w dorosłym życiu w zakresie mentalizacji i przywiązania, zatrzymuje lub spowalnia procesy indywidualizacji i separacji.

W około 60% zgłaszanych aktów przemocy domowej w Polsce czynnikiem spustowym lub współuczestniczącym jest substancja psychoaktywna, np. alkohol.

Przyznam, że w swojej niespełna trzydziestoletniej praktyce pracy z pacjentami zgłaszającymi się z syndromem DDA praktycznie nie spotkałam się z osobami, które nie miałyby w swoim życiorysie traum wynikających z nadużyć i przemocy. Uzależniony czy współuzależniony obiekt ma często ograniczoną, a nawet niewykształconą, zdolność do tego, by funkcjonować jako „pomocnicze ego”, co naraża dziecko na obezwładniające emocje, gdy doświadcza ono utraty i lęku separacyjnego. Jako osoba towarzysząca pacjentom w „odpamiętywaniu” i urealnianiu swojej historii mogę jedynie potwierdzić, że czasem jedynym wyjściem dla dziecka w rodzinie z problemem uzależnień, aby przetrwać, jest wyparcie cierpienia i idealizacja okrucieństwa.

Założenia i oczekiwania dotyczące charakteru interakcji z pierwszymi opiekunami kształtowane w dzieciństwie w rodzinie z problemem uzależnień są u podstaw budowania więzi i stanowią o stylu wchodzenia w relacje

z grupą i terapeutami. Znacząca część osób w naszych grupach ma doświadczenia ukształtowania innego niż ufnego stylu przywiązania, są to styl lękowo-unikający, lękowo-ambiwalentny, a także często zdeorganizowany.

Oprócz pracy życiorysowej, czy psychodramy ważną częścią maratonowej terapii grupowej, którą współprowadzę, jest analiza marzeń sennych. Intensywne sny pacjentów z grupy psychoterapeutycznej w Bukowinie Tatrzańskiej są bogatym materiałem do interpretacji znaczeń i dalszej pracy wglądowej.

Czytelnikowi proponuję przyjrzenie się śnieniu naszych pacjentów w toku rozwoju procesu grupowego i poznanie przydatności takiej formy pracy dla budowania bezpiecznej bazy w toku psychoterapii w grupie, refleksyjności dokonującej się zmiany w stylu przywiązania. Oczywiście ze względu na poufność szczegóły zostały zmienione tak, by jednak pokazać w tym artykule rozumienie śnienia pacjentów.

Wyjazdowa terapia odbywa się z dziesięcioosobową grupą prowadzoną przez parę terapeutów (czasem też w koterapii) w rytmie cztery wyjazdy po sześć dni. Niespecyficznym, a jak sądzę znaczącym czynnikiem leczącym w tych okolicznościach, są wspólne niemal tygodniowe pobyty, a co za tym idzie mieszkanie razem, posiłki i spędzanie czasu poza sesjami przez pacjentów (ma to na celu wyłączenie się z bieżących spraw i skupienie na swoim przeżywaniu i funkcjonowaniu), a także obecność pary, która poza pracą terapeutyczną utrzymuje jasne granice w podsystemach (grupa i terapeuci), będąc równocześnie obecną.

Podczas wyjazdów maratonowych zawierających łącznie około 240 godzin pracy z grupą odbywa się praca życiorysowa naszych pacjentów, a następnie rozwija praca nad relacjami ze znaczą-

cymi obiektami, traumami, dokonuje się przeżycie żałoby i rekonstrukcja wewnętrznych obiektów. Dzieje się to w toku wyrazistego i głębokiego przeżywania procesu grupowego.

Pracując w ten sposób, zaobserwowałam interesujące zjawisko intensywnego śnienia pacjentów. Spisując je w sposób systematyczny od pewnego czasu, potwierdziłam wstępne spostrzeżenie, że sny odzwierciedlają zazwyczaj głębokie trudności osób z syndromem DDA do budowania ufnego przywiązania.

Teoria przywiązania Johna Bowlbyego wywodzi się z psychoanalizy, zwłaszcza teorii relacji z obiektem i jest odnoszona do badań nad rozwojem wczesnodziecięcym. Stanowi próbę integracji koncepcji przywiązania z paradygmatem psychoanalitycznym, systemowym i poznawczo – behawioralnym. Tworzenie intymnych emocjonalnych więzi pomiędzy osobami ma podstawowe znaczenie dla rozwoju jednostki i pełni funkcję biologiczną. W układzie

nerwowym przechowywane są reprezentacje self, obiektu i ich wzajemnych relacji. Wielki wpływ na rozwój dziecka ma sposób, w jaki było traktowane przez rodziców, a szczególnie przez osobę będącą w roli matki. Zachowania przywiązaniowe towarzyszą człowiekowi przez całe życie, są szczególnie aktywizowane w bliskich relacjach, miłości, w sytuacjach stresu, lęku, choroby. Relacja przywiązania jest ze swojej natury niesymetryczna, skierowana do osoby przeżywanej jako silniejsza i mądrzejsza, po prostu do dorosłego. Możemy założyć, że tak skonstruowana propozycja psychoterapii grupowej, jaką tworzy rama wyjazdowej maratonowej psychoterapii, daje szczególnie dużą szansę na tworzenie wartościowych warunków korektywnego doświadczenia dla jej uczestników.

Skuteczność psychoterapii prowadzonej naszą metodą wykazały badania naukowe, prowadzone w latach 2012–2013 w OPDDA przez Aleksandrę

Wieczorek. Jej wystąpienie podsumowujące badania wykazało wysoką skuteczność leczenia w OPDDA, a zwłaszcza formuły maratonów wyjazdowych. Zaprezentowane na Konferencji „Więź – intymność seksualność w psychoterapii osób z syndromem DDA” wystąpienie „Obraz więzi u pacjentów z syndromem DDA – badania własne” (październik 2013) wykazało:

- U pacjentów z syndromem DDA badanych w Ośrodku Psychoterapii DDA psychoterapia wpływa na postrzeganie przez nich więzi z rodzicami.
- W relacji z matką wzrasta postrzeganie kontroli a spada postrzeganie opieki – obraz więzi ulega niekorzystnej zmianie, co może świadczyć o „urealnieniu” tej relacji u pacjentów DDA, gdzie wstępnie ojciec postrzegany jest jako osoba uzależniona, problemowa.
- Postrzeganie relacji z ojcem jest bardziej stabilne, poza grupą W, gdzie znacząco spada postrzeganie opieki.



- W grupach wyjazdowych zmiany są większe i prawie we wszystkich wymiarach istotne statystycznie.

Posttraumatyczna historia relacji ze znaczącymi obiektami ujawnia się w silnych pragnieniach i równocześnie gwałtownych obronach przed powierzeniem się w relacji z terapeutami i grupą. Sny naszych pacjentów opowiadają nieświadomie o konsekwencjach doznanego urazu psychicznego takich jak:

- oddziaływanie na struktury Ja, poczucie przywiązania i sensu,
- pogwałcenie wiary w naturalny porządek świata,
- kryzys egzystencjalny.

SNY I PRACA W GRUPIE

Oprócz indywidualnej pracy z treścią snu pacjenta, uznajemy, że fantazje i sny są jednocześnie silnie związane z grupą i życiem jej uczestników. Analiza znaczeń snów i szukanie wspólnych mianowników daje wartościowy materiał do rozumienia procesu grupowego.

Pan X: „... byliśmy oglądać tv, szedł thriller... zaczęło się z tego odbiornika jakieś zastraszanie, ktoś nami manipulował... przerażenie... przyszedł na to ktoś inny i powiedział, że to nieprawda, że to on udawał zastraszanie, nie ma się czego bać...”

Beradt i Bettelheim są zdania, że sny u osób doświadczających totalitaryzmu w swoim życiu dają możliwość odtworzenia równowagi, jaką się straciło w ciągu dnia. Szczególnie zwracają uwagę na śnienie osób, u których, jak u DDA, nierozwiązane konflikty z dzieciństwa występują na podłożu głęboko traumatycznych doświadczeń. W snach takich osób przejawia się zdezorientowanie, depersonalizacja, utrata tożsamości i kontekstu. Są autorzy, jak np. Masud Khan, którzy zwracają uwagę, że głęboko zaburzeni pacjenci nadużywają snów i ich interpretacji – mają bowiem zniekształcone funkcje Ego, które mają integrować sen.

W trakcie pracy nad snami w naszych grupach te obserwacje potwierdzały

taką diagnostyczność skomplikowanych chaotycznych snów, z dziwacznymi niespójnymi elementami, które z czasem, w toku psychoterapii, ulegały zmianie. Pacjent śnił już w sposób bardziej czytelny i świadczący o odzyskiwaniu spójności Ego.

Analizując funkcje snów, neojungści zwracają uwagę na dwie istotne role:

- Komplementarna (uzupełnienie świadomości)
- Kompensacyjna (tendencja w nieświadomości do rozwiązywania problemów).

Gdy pracuję ze snami na grupie, podejmuję wraz z pacjentem interpretację snów na tle grupy. Istotnym zjawiskiem, o którym trzeba pamiętać, jest rozumienie i uruchamianie analizy snów jako odzwierciedlenia procesów grupowych. Bliskie mi jest zdanie Foulkesa, że psychoterapia grupowa powinna zawierać:

1. Pracę nad szukaniem wspólnych mianowników.
2. Wydobywanie tego, co różne i spe-



cyficzne dla każdego pacjenta.

Istotne są też dla mnie i inspirujące wskazówki Junga, który uważa, że interpretator snu powinien odłożyć wszystkie swoje założenia czy poglądy i traktować sny jako źródło informacji o stanach nieznanego mu natury, o których ma dowiedzieć się tyle samo, co śniący.

Co zatem „weryfikuje” walor wglądu danej interpretacji? Są nimi:

- zgodność z interpretacjami innych snów danego pacjenta;
- potwierdzenie od pacjenta, „zaskakuje”;
- działa, daje efekty w dostrzegalnym postępie w terapii.

Interpretując, warto pamiętać, że jeden sen może mieć kilka niewykluczających się wzajemnie interpretacji. Każda część snu może stanowić fragment osobowości wyprojektowanej z Ego w poszczególne elementy snu. Zauważalne w senniej narracji konflikty pomiędzy poszczególnymi elementami snu mogą odzwierciedlać konflikty między elementami osobowości.

Pani Y: „Umówiłam się na randkę, była z nami koleżanka, w chwili intymnej zastanawiałam się, dlaczego ona tu jest, chciałam jej się pozbyć; on mówił, że to nic nie szkodzi, może zostać...”

Pan O: „Jechałem przez osiedle, było tam dużo osiłków, blockersów, kogoś miałem uratować, potrafiłem największego gangstera... odjechaliśmy białym samochodem”.

Jedną z interpretacji tych snów było szukanie, jaką wewnętrzną częścią pacjentów był ów „gangster” czy „obserwująca koleżanka”.

Od dawna już wiemy, że znaczący materiał w psychoterapii grupowej to zarówno przeżycia płynące z interakcji, jak i fantazje i sny związane z grupą oraz życiem jej uczestników. Co zatem może być treścią tych ostatnich?

Spróbowałam wyodrębnić pewne charakterystyczne zjawiska będące wspólnym mianownikiem w grupach dla osób z syndromem DDA:

- Intensywne zniekształcenia poznawcze.
- Tematy obwarowane silnym tabu.
- Nieufność, czujność interpersonalna i silna potrzeba kontroli.

Pani P: „Miałam walizkę... zobaczyłam autobus... był tam P (kolega z grupy) i trzy inne osoby z grupy siedziały z tyłu. W czasie jazdy P prowadzący zostawił kie-

rownicę i wyskoczył z autobusu... autobus pękł na pół... coś jechało naprzeciwko... czemu jadą nie tym pasem?... zobaczyłam siebie, jak idę i ciągnę walizkę, stoi tam inny kolega z grupy, ma marsową minę, wystraszyłam się i odeszłam na bok...”

- Próby utrzymania parentyfikacji – zazwyczaj przejawiające się atakiem na parę lub jedno z terapeutów, próbami wejścia w koalicję, wykluczenia z roli jednego z nich itp..

- Walka o władzę.
- Idealizacja vs dewaluacja.
- Tłumienie sfery popędowej – lęk przed agresją i seksualnością /dominacja superego.

Pan J: „Pracowałem w policji... wezwali mnie do wypadku. Ktoś chciał skoczyć z wieży, pod którą leżały już dwie martwe osoby. Wszedłem na tę wieżę, żeby sprawdzić... ktoś mnie wypchnął, czuję, że spadam, zbliżam się do tych trupów... ale się nie boję... mam czyste sumienie...”

- Elementy fanatyzmu i ideologii pod przykrywką „religijności” – jako część silnych mechanizmów obronnych.

W naszych grupach pokazuje się zwykle u pacjentów i w całej grupie uporczywa tendencja do odtwarzania klimatu rodziny pochodzenia, a więc niepokój związany z lękiem przed nadużyciem, przed odrzuceniem, czy przedmiotowym potraktowaniem, który rzecz jasna wyraża się w śnieniu pacjentów i w ten sposób daje szansę na delikatniejszą i mniej konfrontacyjną pracę na tym materiale nad nieświadomymi treściami zawartymi w wyśnionej opowieści:

- **o lęku:** Pani F: „Część grupy siedziała przed dużym ekranem i w coś grała... z boku był mały ekran, ja grałam na tym małym... było miejsce przy tym dużym... ale bałam się, że jak tam siądę i będę grała, to inni zobaczą, że nie potrafię tego robić dobrze”. Pan Z: „Miałem spotkanie z papierzem, dał mi listę tych, których mam popierać i tych, których mam negocjować, mówił mi, że dam radę, pomyślałam, że mnie to przerosnie...”
- **wstydzie:** Pani Sz: „Zobaczyłam blisko siebie panią [terapeutkę]... pani z tym zeszytem... coś zapisuje... ja siedzę obok po lewej stronie i czytam, co pani tam napisała... czuję się taka naga.”
- **pragnieniu:** Pani U: „... Śniłam Państwa [terapeutów]... przyszedłam do rodziny z W, była daleka kuzynka z mę-

żem, rodzice... przecież nie mogę się spotkać z państwem poza terapią. Jak mogę się spotkać z państwem przy jednym stole? Poszłam do kuchni, gdzie indziej... zaczęli schodzić się inni członkowie rodziny, siadać... poczułam wstyd, afera będzie i państwo to zobaczq.”. Pani W: „Śnił mi się promotor. Był w wieku ojca... miałam poczucie, że jest mną zainteresowany... próbowałam się dostać do mieszkania... on wyciągnął klucze i to były klucze do tego mieszkania...”.

- **agresji i seksualnym popędie:** Pan C: „Śnił mi się pociąg, który mnie rozjechał i potem włókt... obudziłem się cały spocony...”. Pan K: „Siedzę na łące, a ktoś mi podaje na talerzu węża w galarecie...trudno mi było wziąć ten talerz... pomyślałem, że muszę mu urwać głowę...”.

W relacji z pacjentami z syndromem DDA, zwłaszcza na początkowym etapie psychoterapii ujawnia się traumatyczne przeniesienie. Cechuje je duża siła, intensywność i brak dystansu. Gdy pojawia się tęsknota i pragnienie bycia blisko w relacji z terapeutą lub grupą, uruchamia to w pacjencie gwałtowne przerażenie i tendencję do podejmowania prób skontrolowania obiektu, zaprowadzenia nad tą relacją:

Pani R: „Widziałam dom rodziców... były tam dwa pokoje, jeden przechodni... były w nim podsumowania, różne osoby przychodziły do terapeutki, ona była bezlitosna. Kolega z grupy wyszedł jak zbity pies, wszystko oglądałam na telebimie, zachęcałam pytających, czy tam warto wejść, że powinno się zaważczyć, bo to wiele daje...”. Pani M: „Byłam z koleżanką z grupy na łące... mężczyzna dał nam zadanie... bardzo się cieszyłam z tego i starałam, on potem powiedział, że ona jest fantastyczna i popłynął z nią na wyspę... tam były kukły – jak moja rodzina... oni razem topili kukły... a ja stałam na brzegu i na nich patrzyłam z boku...”.

Odczuwanie rodzącej się więzi, zaufania do terapeuty wywołuje równocześnie głębokie poczucie bezradności, za którym skrywa się potrzeba by terapeuta/grupa byli wszechmocni (Pan L: „Witałem się z prezydentem, jego żona mi dziękowała...on uściśnął mi rękę...”), a to z kolei wywołuje lęk, że tak nie jest.

Z kolei nieuchronne w toku wspólnej pracy odkrycie, że terapeuta nie jest omnipotentny, wywołuje lęk, furję i gniew:

Pani U: „Szedłam obok auta pożyczonego

od partnera, stało na parkingu. Zobaczyłam, że coś mu u dołu cieknie, może to zarty silnik? Zajechałam silnik!! ... pojawiła się matka – oni was tu zabijają...”. Pani L: „Byli wszyscy na balkonie, dużo ludzi, znajomi, rodzina... był mój znajomy i jego czteroletnia córka. Miała loczki, falbanki, kokardki, wyglądała jak ja... zobaczyłam, jak staje na barierce i skacze, leci, a oni dyskutują, że „może to jest niebezpieczne”...byłam w strachu – czemu dyskutują, jak ona leci?!..”.

Elementami przeniesienia, z którym przychodzi nam wtedy pracować, są też intensywne wrogość i przeniesienie seksualne. Charakterystyczne dla posttraumatycznych doświadczeń jest też odgrywanie mimowolne niektórych aspektów patologicznego związku.

Pani E: „Byłam w centrum handlowym, wjeżdżałam do góry, to były ruchome schody... była tam ekspedientka miła, uśmiechnięta, zapraszała mnie do sklepu z misiami. Chciałam tam iść, ale między schodami a podestem była przepaść, nie było połączenia. Pomyślałam, że aby tam się dostać, to musiałabym przeskoczyć, bałam się... widziałam ryzyko... stwierdziłam, że ode mnie to zależy, jak ja to zrobię...skoczyłam, a tam zobaczyłam, że zamiast sklepu z misiami jest sklep z damską bielizną, zobaczyłam jakiś szlafroczek.”.

W przeżyciu pacjenta nierzadko stajemy się jego oprawcą: pijaną matką, sadystycznym ojczymem czy np. kazirodczym wujkiem. W odpowiedzi na tak skonstruowany świat wewnętrznych obiektów w terapeutach może pojawiać się traumatyczne przeciwprzeniesienie. Mogą to być np. nie radzenie sobie z emocjami, odtwarzanie podobnych trudności w relacjach (nadwrażliwość, nieufność, katastrofizowanie, cynizm itp.), dzielenie poczucia bezradności pacjenta. Może w nas pojawić się utrata zaufania do siebie (nieumiejętność pomocy), w związek terapeutyczny czy w możliwość zmiany w grupie. Niezreflektowane przeciwprzeniesienie tworzy ryzyko przyjęcia pozycji dominacji czy władzy lub zgody na przejście władzy przez pacjenta albo grupę i godzi w przymierze terapeutyczne, grożąc powtórzeniem i utrwaleniem urazowych doświadczeń. My sami możemy śnić pacjentów i warto te sny analizować. W tej pracy należy szczególnie dbać o systematyczną superwzję ze

względem na dobro pacjentów i higienę psychiczną terapeutów.

Pod koniec procesu grupowego sny wyrażają często bardziej wprost poczucie bliskości z grupą i różne uczucia rozstaniowe. Obawa, że tylko w tym miejscu i tych relacjach można się czuć dobrze, smutek, ale też nadzieja na zmianę i zaufanie do siebie i innych.

Pan N: „Przyjechałam na ostatni zjazd i byli tam też inni oprócz naszej grupy, chciałam, żeby sobie już poszli, a tylko my żebyśmy zostali...”. Pani B: „Byłam w jakimś miejscu (innym niż tu) – obok miejsca pracy, obawiałam się trochę – jakieś takie nowe, obce. Pytałam siebie: czy tu będzie mi dobrze, czy sobie poradzę? Powiedziałam, że poradzę sobie, chcę iść... pomyślałam, że jak będzie trzeba, to ktoś mi pomoże...”.

WEWNĘTRZNY ŚWIAT PACJENTA

Z mojej praktyki wynika, że warto w psychoterapii pożytkować się pracą ze snami, które wnoszą nasi pacjenci w celu wzmacniania i pogłębiania więzi oraz psychoterapii skutków doznanej w bliskich relacjach traumy. Warto w trakcie analizy wiązać je z pracą życiorysową, przebiegiem indywidualnego procesu na tle grupy, pomocniczą w ustalaniu kierunków terapii. Sen, jego element, symbol, a nawet cytat z relacji o śnie pacjenta, może stać się inspiracją do psychodram budowanych w oparciu o senną narrację. Symbolika snu bywa wpisana w język grupy, staje się pomocna w opracowaniu ważnych, wcześniej nieuświadomionych, treści, pomaga w nadawaniu i rozumieniu znaczeń, rozwija zdolność mentalizacji.

W prowadzonych przeze mnie warsztatach, podczas których szkolę terapeutów, jak pracować ze snami pacjentów, słyszałam czasem o trudności w podejmowaniu pracy nad snami, które wnoszą ich pacjenci zarówno w terapii indywidualnej, jak i w grupie. Zadawaliśmy sobie wspólnie pytanie, dlaczego tak się dzieje. Skoro pacjenci samoistnie włączają treści śnienia w swoją sesję, niezajmowanie się nimi wydaje się także jakimś elementem dysocjacji, pominięcia być może istotnych wątków do pracy. W ten sposób jakaś prawdopodobnie ważna, nieświadoma część wewnętrznego świata naszego pacjenta pozostaje w cieniu.

Odpowiedzi były różne, ale najczęściej okazuje się, że wielu z nas ciągle

jeszcze uważa interpretację snów za jakąś szczególną, ekskluzywną dziedzinę psychoterapii, wymagającą szczególnego przygotowania, niedostępną przeciętnemu terapeutce. Zastanawiam się, w jakim stopniu może to być wyraz omnipotentnych oczekiwań wobec siebie i przeciwprzeniesieniowego klimatu relacji z pacjentem, o której wiele już w tym tekście napisałam, a ile w tym jakiegoś braku odwagi i nawyku naturalnego wsłuchiwanie się w znaczenie opowiadanych snów. Może stoi za tym magiczna myśl, że byłby potrzebny jakiś kod rozszyfrowujący, taki np. sennik.. ale czy nie jest to aby rewers tego samego?

Zachęcam zatem do bardziej naturalnego traktowania snów w psychoterapii jako wyrazu tego, co zawiera wewnętrzny świat pacjenta i grupy. Będzie to z pewnością poszerzać świadomość indywidualną i grupową oraz służyć dalszemu pogłębianiu więzi w psychoterapii. W perspektywie może prowadzić naszych pacjentów ku budowaniu zdrowych, bardziej ufnych relacji z ludźmi.

Bibliografia

1. Herman. J.L. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. GWP, Gdańsk, 2004
2. *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Józef B. iniewicz G. (red.) Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2008.
3. Litwa A. „Syndrom DDA” w: Bętkowska-Korpała B.(red.) „Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne”;
4. Paweł J. red. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Eneteia, Warszawa, 2008r.
5. Schier K.: „Dorośle dzieci” Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2014.
6. Sobolewska Z.: „Odebrane dzieciństwo.” IPZiT Warszawa 1992;
7. Vedfeld O. „Wymiary snów. Istota, funkcje i znaczenie marzeń sennych. Eneteia, Warszawa ,1998r
8. „Wpływ psychoterapii wglądowej na postrzeganie więzi wczesnodziecięcej przez pacjentów z zaburzeniami osobowości” Autor: lek. med. Aleksandra Wiczorek. Promotor: prof. dr hab. Bogdan de Barbaro. Akredytacja: Zakład Terapii Rodzin, Katedra Psychiatrii UJ CM; Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic Szpitala im. J. Babińskiego w Krakowie; Ośrodek Psychoterapii DDA KCTU.



Agnieszka Litwa-Janowska
– psycholog, supervisor i specjalista psychoterapii uzależnień, psychoterapeuta PTP. Zajmuje się teorią i praktyką psychoterapii syndromu DDA, a szczególnie analizą wpływu traumy na więź. Pracuje w Ośrodku Psychoterapii DDA Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień.