

Rozdział 4

Wstępne interwencje - cztery konsultacje terapeutyczne.

Linda Young

Wprowadzenie

W tym rozdziale przedstawię historię pewnego pacjenta, opierając się na materiale pochodzącym z naszych spotkań. Mężczyzna został skierowany do mnie, na Oddział Traum, przez swojego lekarza domowego. Konsultacja była rozłożona na cztery sesje, przeprowadzane w odstępie dwóch – trzech tygodni, obejmujące w sumie okres trzech miesięcy. Każda z sesji trwała półtora godziny, jedynie pierwsza była – celowo – nieco dłuższa. Większość osób kierowanych na Oddział Traum otrzymuje propozycję czterech spotkań, co stanowi formę wstępnej interwencji. W tym rozdziale zaprezentuję, na czym polega taka interwencja. W wybranym przeze mnie przypadku przyniosła ona, jak sądzę, pewne pozytywne skutki. Oczywiście przebieg konsultacji bywa zupełnie inny – czasami pacjenci są bardziej załamani, nie potrafią formułować myśli, nie przychodzą na sesje, rozgrywają uczucia w działaniu, i tak dalej. Jednak w każdym przypadku stawiamy sobie zasadniczo takie same cele, i to właśnie pragnę zaprezentować.

Życie to ambiwalentna przygoda – składają się nań elementy dobre i złe. Ogólnie rzecz biorąc, ludzie radzą sobie z trudnościami opierając się na dostępnym wsparciu – znajomych, przyjaciółach i rodzinie, a także na własnych zasobach wewnętrznych. Pomoc proponujemy tylko wtedy, gdy pacjent sam o nią prosi, czasem za radą innego specjalisty – nie jest to standardowa interwencja dla każdego, kto doświadczył traumatycznych wydarzeń. Nie każdy potrzebuje profesjonalnej pomocy. Jeśli ktoś zgłasza się do nas, dzieje się tak

dlatego, że stracił zdolność do samodzielnego radzenia sobie trudnościami. Niektórzy pacjenci są w stanie odzyskać tę umiejętność dzięki krótkoterminowej interwencji – dzieje się tak dlatego, że terapeuta potrafi zmobilizować **ich własne** zasoby, z których wcześniej korzystali; mogą więc znowu radzić sobie samodzielnie. Inni pacjenci, zapewne o mniejszych wyjściowych zasobach zewnętrznych i wewnętrznych, bądź też ci, którzy doświadczyli szczególnie niszczących wydarzeń, potrzebują pomocy długoterminowej.

Dane wydarzenie możemy nazwać traumatycznym, jeśli jest obezwładniające, przytłaczające, i fizycznie **nie sposób sobie z nim poradzić**. W miejsce kreatywnego, elastycznego myślenia pojawiają się koszmary senne i retrospektywne odbicia (*flashback*), czasem także nieświadomie motywowane ponowne rozegrania traumatycznego wydarzenia. Doświadczenie traumy nie może zostać **pomieszczone** w umyśle za pomocą myśli (odwołując się do terminologii Biona (1967) – dochodzi do załamania zdolności przekształcania elementów beta w elementy alfa). Wpływ traumy na osobę można opisać także za pomocą psychoanalitycznego modelu wewnętrznego świata relacji z obiektami. Melanie Klein (1929a/2007, 1929b/2007, 1945/2007) opisała umysł jako świat wewnętrzny, od początku życia – za pośrednictwem prymitywnych, nieświadomych fantazji – zaludniony postaciami, nazwanymi przez nią obiektami wewnętrznymi. Obiekty wewnętrzne mogą być życzliwe i pomocne, mogą także być złośliwe i niebezpieczne. Według Klein wszystkie wydarzenia są w fantazji przeżywane jako **spowodowane** przez dobre bądź złe obiekty (w zależności od charakteru wydarzenia). Można zatem pomyśleć, że wewnętrzne przeżywanie traumatycznego wydarzenia to doznanie bycia porzuconym przez kochający, dobry, chroniący i pomieszczający wewnętrzny obiekt na pastwę znienawidzonego i nienawidzącego złego obiektu, który w odczuciu jednostki **doprowadził** do traumy. Ten opis ma szczególne znaczenie w odniesieniu do rzeczywistych katastrof zewnętrznych, ponieważ właśnie ochrony przed tak

skrajnymi przeżyciami, a także przed śmiercią (innych osób i własną) **najbardziej** oczekujemy od dobrego obiektu. Jeśli próba nawiązania kontaktu w trakcie konsultacji okaże się skuteczna, dla pacjenta stanie się ona dobrym doświadczeniem, poczuje się on zrozumiany, pomieszczony. Dzięki temu terapeuta jest w stanie – na tyle, na ile pozwala taka krótka interwencja – pomóc pacjentowi w ponownym ustanowieniu wewnętrznego dobrego obiektu, niezbędnego do zdrowego funkcjonowania psychicznego.

Forma krótkiej interwencji jest związana z możliwościami obciążonej dużą ilością zgłoszeń kliniki, funkcjonującej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Czynniki formalne nie jest jednak jedynym istotnym. Ludzie kierowani na Oddział Traum, jak pan A., nie szukają psychoterapii. Potrzebują pomocy, czują się przytłoczeni jakimś wydarzeniem i chcą, by ich życie wróciło do stanu sprzed tego wydarzenia. Nie uważamy, by w takim wypadku proponowanie jednej czy dwóch konsultacji wstępnych do terapii było najlepszym rozwiązaniem. Prezentowana tutaj forma konsultacji **nie jest** zatem jedynie procesem diagnostycznym, lecz także interwencją terapeutyczną. Oferowanie **na samym wstępie** długoterminowej pomocy psychoanalitycznej nie byłoby pomocne. Na początku konsultacji pacjent, jako główny temat, wprowadza **zewnętrzne, traumatyczne wydarzenie** i załamanie zdolności do sensownego myślenia o tym wydarzeniu. Pewien czas należy poświęcić na rozmowę i myślenie o szczegółach samego realnego wydarzenia, co prowadzi do uwzględnienia jego wewnętrznego znaczenia i bilansu końcowego w życiu danej osoby. Pacjent potrzebuje pomocy w znalezieniu innej perspektywy myślenia o tym, co mu się przydarzyło; w porzuceniu swojego pragnienia „wyzdrowienia”, czyli czucia się tak, jakby trauma nigdy nie miała miejsca i w przeżyciu żałoby po tym pragnieniu. Podobnie jak każda forma psychoanalitycznej pracy klinicznej, tak też opisywany tu rodzaj konsultacji nie polega na proponowaniu przez terapeutę wątków czy tematów. Terapeuta raczej

podąża za pacjentem, niż prowadzi go, i pozwala na rozwój przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Praca wykonana na konsultacjach może skłonić pacjenta do podjęcia długoterminowej terapii, może także okazać się wystarczającą pomocą sama w sobie.

Przykład kliniczny

Pan A. przeniósł się do Anglii z Irlandii w wieku dwudziestu kilku lat. Do Kliniki trafił tuż po czterdziestce. Zrobił na mnie dobre pierwsze wrażenie – był to przystojny, utalentowany mężczyzna, ale szybko zdałam sobie sprawę, że dominuje w nim rozpacz i poczucie klęski. Przedstawię w ogólnym zarysie historię pacjenta. Pan A. był kuratorem, osiągnął w tym zawodzie bardzo wysoką pozycję. Trzy lata wcześniej przeżył bardzo dotkliwy incydent w trakcie wizyty u swojego klienta, w więziennym szpitalu. Kiedy rozmawiał z podopiecznym, od tyłu podkraść się do niego inny pacjent szpitala, osadzony za brutalne napaści. Bił pana A. nogą od krzesła po twarzy i po głowie, aż ten upadł, krwawiąc z odniesionych ran. Kiedy leżał na ziemi, więzień stanął na jego szyi, naciskając butem tak mocno, że pan A. stracił przytomność. Ostatnie wspomnie z tej sytuacji to okropny ból i myśl, że za chwilę umrze. Dopiero po kilku minutach pomógł mu inny z jego podopiecznych. Później zjawiał się personel, który odciągnął stawiającego opór napastnika. Pan A. trafił na ostry dyżur ze wstrząsem mózgu, pokiereszowaną twarzą i dużą, otwartą raną głowy, na którą założono kilkadziesiąt szwów. Dopiero po kilku tygodniach odzyskał fizyczną sprawność na tyle, by wrócić do pracy. Niedługo po tym wydarzeniu odwiedziło go w domu dwóch wysoko postawionych pracowników więziennego szpitala, z którymi od pewnego czasu współpracował. Ostrzegli, by w trakcie dochodzenia nie mówił, co dokładnie się wydarzyło, i zasugerowali inną wersję wydarzeń. Pan A. pomyślał, że obawiają się zarzutów o zaniedbanie

obowiązków. Zagrozili mu, że jeśli powie prawdę, zostanie oskarżony o popełnienie błędu. Mimo to, pan A. w sprawozdaniu opisał sytuację zgodnie z rzeczywistymi wydarzeniami. Współpracownicy wcielili w życie swoje groźby, i przeciwko panu A. wszczęto postępowanie dyscyplinarne. Sprawa zakończyła się dopiero po dwóch i pół roku, zaś w międzyczasie pan A. został przeniesiony na niższe stanowisko. W ostatecznym orzeczeniu oczyszczono pana A. z zarzutów, zaś przedmiotem dyscyplinarnego dochodzenia stali się jego współpracownicy.

Kiedy pan A. trafił na Oddział, trzy lata po pobiciu, powiedział mi, że mimo uchylecia oskarżeń jego życie w dużej mierze straciło sens, i nie potrafi już patrzeć w przyszłość z optymizmem. Nie pracował, właściwie bał się nawet wyjść z mieszkania, cierpiał na chroniczny lęk i przerażenie. Dręczyły go koszmary senne i retrospektywne odbicia; jego związki z ludźmi, w szczególności małżeństwo, coraz bardziej się komplikowały, całkowicie stracił pewność siebie. Doświadczał w boleśnie wyrazisty sposób, wszelkich klasycznych objawów PTSD (zaburzenia stresu pourazowego) – lęk, bezsenność, poczucie winy, koszmary senne i retrospektywne odbicia, niskie poczucie własnej wartości i trudności w relacjach. Miał poczucie, że zawalił się cały jego świat – także psychiczny.

Pierwsza sesja

Na pierwszym spotkaniu pan A. zrobił na mnie wrażenie osoby fizycznie i psychicznie zniszczonej. Mimo, że jego rany i stłuczenia dawno się zagoiły, z całej postawy przebijała rozpacz i załamanie; ramiona miał opuszczone wzrok wbity w podłogę. Rozpoczął od pytania – zapytał, co chciałabym wiedzieć. Chciał współpracować, robić, co w jego mocy, by dostarczyć wiadomości, które mogłyby **mi** pomóc. Poczulałam, że ten pacjent – dawniej ambitny i zaradny

mężczyzna – już na wstępie informuje mnie o bierności i podległości. Podczas pierwszego spotkania usłyszałam od pana A. – nie zdziwiło mnie to – kilka wypowiedzi o różnych lekarzach, którzy w pewnym zakresie mu pomogli. Mimo, że ich pomoc miała niewątpliwą wartość, zdawałam sobie sprawę z tego, że pacjent jednocześnie mówi mi, jak bardzo zależny czuje się obecnie – w porównaniu z jego wcześniejszymi umiejętnościami „pozbiierania się”, jak to określił. „Opowiadałem już moją historię lekarce zakładowej, dr X. w klinice Y., która pomagała mi razem z dr W. Właściwie wszystko za mnie załatwili. Dr W. zorganizował pomoc psychiatryczną, dostawałem antydepresanty i leki uspokajające. Kontakt z dr W. się zakończył, a ja nie czuję się pozbiierany”. Poczulałam się pod presją, by osiągnąć lepszy efekt – pomyślałam, że być może pan A. kieruje w tym momencie do mnie, tak, jak wcześniej do dr W. i dr X., prośbę, bym stała się idealnym, magicznym obiektem, który mógłby „pozbiierać go” bez jego udziału. Przekazałam tę myśl panu A., który odparł – „Tak, teraz jestem w pani rękach”, potwierdzając tym samym moje wrażenie i podkreślając, jak bardzo chciałby być przez mnie przygarnięty, jak bardzo chciałby, bym zaopiekowała się nim i wyleczyła go.

Terapeuci, rzecz jasna, nie potrafią używać magii. I całe szczęście, bowiem jeśli pan A. miał w jakimś zakresie ponownie ułożyć swoje życie, musiał odzyskać choć część swoich wcześniejszych zdolności radzenia sobie i zrezygnować z całkowitej zależności od opieki drugiej osoby. Mimo to, jego pragnienie było silne – co zrozumiałe. W trakcie napaści współpracownicy pana A. uciekli. Minęło kilka minut, zanim dwóch z nich wreszcie odzyskało odwagę i ruszyło mu na pomoc, zatem lęk pana A. przed byciem porzuconym, pozbawionym wsparcia, był szczególnie natężony. Pragnął, bym była potężną, pomocną postacią, która przeciwstawi się prześladowaniu ze strony złośliwego, złego, opuszczającego wewnętrznego obiektu. Ponownie odwołałam się do jego chęci znalezienia się w moich rękach i otrzymywania ode mnie troski, z czym

ponownie się zgodził. Powiedział, że ma nadzieję, że potrafię go pozbierać, po czym osunął się w fotelu, spuścił oczy w dół i pasywnie czekał, aż „zrobię cokolwiek, co będę chciała, by mu pomóc”. Przytakiwanie moim komentarzom powtarzało się na wszystkich czterech spotkaniach diagnostycznych, co było kolejnym przykładem bierności pacjenta. Zdawałam sobie sprawę z tego, że pan A. czasem mnie drażni, wówczas chciałam tchnąć w niego trochę życia. Pan A. nie był w stanie podejmować samodzielnie żadnych działań (poza chowaniem się w domu z zaciągniętymi zasłonami, ponieważ ulica była zbyt niebezpiecznym miejscem); jego stan był ewidentny także na naszym pierwszym spotkaniu, w trakcie którego był gotów wykonać wszystkie zalecenia, moje i innych lekarzy.

W trakcie sesji pan A. milczał. Odniosłam się do tego, mówiąc, że wydaje się, iż nie wie, co chciałby mi powiedzieć. Zgodził się, po czym dodał, że chciałby opowiedzieć mi o pobiciu. Przez krótki moment był w stanie myśleć na własną rękę, nie tylko wierzyć, że ktoś będzie myślał za niego. Przez dwadzieścia następnych minut mówił bez przerwy – powoli, zmusznie, cichym, zrezygnowanym głosem opowiedział mi o szczegółach oraz konsekwencjach tego wydarzenia.

Powiedział, że napaść powraca w jego umyśle w formie niezwykle wyrazistych przeblysków. Powiedział: „To tak, jakby wszystko zdarzyło się wczoraj. Widzę mężczyznę, który mnie zaatakował, mogę go opisać. Widzę, ile ma sygnetów na palcach, słyszę, co mówi. Widzę, co robi. To jest właśnie najgorsze. Nie mogę się tego pozbyć”. Pana A. ogarniało oraz większe przygnębienie i niepokój. Miał ogromne trudności z zasypianiem, a w nocy budził się zlany potem – koszmary senne odtwarzały wspomnienie o napaści. Przez kilka miesięcy usiłował jeszcze pracować, ale gdy tylko pojawiało się jakieś zagrożenie przemocą ze strony podopiecznych, ogarniało go paniczne

przerażenie. Niedługo przed zgłoszeniem się do mnie, uznał, że lęki są zbyt silne i zrezygnował z pracy.

Małżeństwo pana A. również przechodziło trudny okres. Powiedział: „Od czasu pobicia nie utrzymuję seksualnych kontaktów z żoną. Na razie nie ma mowy o rozwodzie, ale zaczęliśmy sypiać w osobnych pokojach – a to może być początek drogi do rozstania”. Pomyślałam, że w relacji z żoną pan A. także nie może sobie pozwolić na aktywne, sprawcze zachowanie; spali osobno, a pacjent unikał seksu. Powiedziałam, że moim zdaniem chce mi powiedzieć, jak trudno podjąć mu jakiegokolwiek działanie, być potentnym, zatem oczekuje, że to ja podejmę ten trud w jego imieniu. Pan A. odparł, że czuje się bardzo bezradny, ale nie wie, jak mógłby to zmienić. W trakcie pobicia także był bezradny, i teraz nie wie, jak odzyskać zdolność do skutecznego działania. Dodał, że szczególnie trudnym momentem była chwila, gdy leżał na podłodze, przekonany, że umrze, ale nie mógł nic zrobić. Powiedział także, że gdy tak leżał cały we krwi, przed oczami stanął mu obraz syna, mówiącego, by wstał i uciekał – ale nie był w stanie. Wydaje się, że w tamtej chwili wyprojektował w syna wszelkie **życie**. Opowiedział także o innej strasznej chwili, gdy współpracownicy w jego własnym domu grozili mu przy obecności żony i dziecka. Pomyślałam, że były to dwa momenty szczególnie upokarzające dla pana A. –czuł się pozbawiony męskości i okryty hańbą. Miał wówczas poczucie, że zawiódł swoją rodzinę. „Byłem mężem, ojcem rodziny, a jednak nie mogłem nic zrobić. Pozwoliłem, by ci ludzie zastraszyli moją żonę i syna – i nie zareagowałem. Płakałem przy rodzinie, co nie zdarzyło mi się nigdy wcześniej. Płacz jest dla mnie oznaką słabości”.

Wówczas powiedziałam, że **pan A. mówi mi o tym**, dlaczego stał się taki, jak teraz: bardzo wysoko cenił swoją siłę, aktywność, umiejętność radzenia sobie. Na tej podstawie zbudował znaczną część obrazu własnej osoby, i był z tego dumny. Pan A. przyznał mi rację, po czym dodał, że w czasie, gdy

przeniesiony na niższe stanowisko oczekiwał na wynik postępowania dyscyplinarnego, miał myśli samobójcze. Czuł, że utracił wszystko: „Straciłem żonę, dzieci, wszystko, co miałem – i nie potrafiłem dać sobie rady”. W rzeczywistości żona została przy nim i dawała mu wiele wsparcia, ale sądzę, że pan A. utracił obraz siebie jako kogoś, kto może opiekować się żoną. Pierwszy raz w życiu nie poradził sobie. Czuł się zdradzony, ale miał także wrażenie, że zdradza swoją żonę i własny wizerunek silnego obrońcy. Skomentowałam, mówiąc, że wydaje mi się, że do momentu pobicia myśl o tym, że kiedyś mógłby sobie z czymś nie poradzić, nigdy nie przysłała mu do głowy. Tak, jakby czuł się w jakimś sensie niezniszczalny. Pan A. przytaknął. Miałam wrażenie, że nieomylność, którą pragnął widzieć we mnie (i zdolność do przywrócenia mu zdrowia) była porównywalna do jego obrazu samego siebie sprzed napaści, i że wpłynęło to na późniejsze skutki traumatycznych wydarzeń na jego psychikę. Po tym, jak pan A. „zawiódł”, poczuł, że **cały stał się** porażką, kimś kompletnie bezradnym i słabym. Zastanawiałam się nad tym, czy fakt, że nie jestem w stanie wszystkiego naprawić, zostanie potraktowany przez pana A. jako moja porażka, czy też może pacjent będzie w stanie skorzystać z mojej pomocy – mimo, iż niedoskonałej. To drugie rozwiązanie stanowiłoby alternatywę dla skrajnych identyfikacji pana A.: z jednej strony z doskonałym, wszechmocnym obiektem, z drugiej – z obiektem kompletnie bezradnym.

Druga sesja

Na drugie spotkanie pan A. przyszedł równie przygnębiony, co na pierwszą sesję. W pierwszych słowach powiedział, że nic się nie zmieniło, a wręcz jest jeszcze gorzej. Skomentowałam, że czuje się tym rozczarowany. Pan A. przyznał mi rację, po czym dodał, że zawsze pokładał wielkie nadzieje w terapii, ale ma wątpliwości, czy ktokolwiek może mu w ten sposób pomóc.

Bezpośrednio po urazowym wydarzeniu pan A. z całą pewnością nie miał wrażeń, by osoby, do których zwracał się po pomoc, rzeczywiście mu pomogły. Było to szczególnie przytłaczające doświadczenie, bowiem ci, których miał za godnych zaufania i dobrych, zdradzili go dwukrotnie – pierwszy raz uciekając w trakcie pobicia, i drugi raz, kiedy obarczyli go winą za całą sytuację. W świecie wewnętrznym pana A. dobre obiekty rozpadły się na kawałki, a kontrolę przejęły złe obiekty – poprzez projekcję te drugie zaczęły zaludniać także świat zewnętrzny. Z tego powodu dominującymi uczuciami były złość i nieufność, szczególnie wobec tych osób, które proponowały pomoc: profesjonalną, przyjacielską, czy rodzinną. Takie uczucia narastały, kiedy okazywało się, że osoba mająca pomóc – tak jak ja – nie jest w stanie wszystkiego naprawić.

W trakcie konsultacji miałam ochotę wspierać pana A. – zapewne dlatego, że jego okropne przeżycia nastąpiły bezpośrednio ze strony innych osób. Konsultując pacjenta po takich przeżyciach, można doświadczać własnego pragnienia, by wyraźnie odciąć się od prześladowcy, przekazać pacjentowi komunikat: „Ja taka nie jestem, jestem tutaj by ci pomóc, nie zdradzę cię ani nie zawiodę”. Jednak jedną z konsekwencji przyjęcia takiej postawy jest umieszczenie złości pacjenta **poza** gabinetem. Zatem, mimo, że pragnęłam wesprzeć pana A. – stwierdziłam, że gdybym to zrobiła, poczułby, iż nie jestem w stanie wytrzymać naporu jego złości i nieufności. Nie byłoby to pomocne, tym bardziej, że pan A., jak większość ofiar traumatycznych zdarzeń, przejawiał bardzo silny i uporczywy brak zaufania. Poza tym, każdy terapeuta jest nieuchronnie skazany na sytuacje, w których w jakiś sposób zawiedzie pacjenta; nikt nie jest w stanie wszystkiego naprawić, ani zagwarantować, że w przyszłości nie przydarzy się coś podobnie okropnego.

Powiedziałam panu A., że pomyślałam, iż jest mną rozczarowany, i że sam już nie wie, czy może mi ufać, i czy mu pomogę. W odpowiedzi

usłyszałam, że jest mu przykro, iż sprawia wrażenie kogoś podejrzliwego; być może dzieje się tak dlatego, iż obawia się, że skontaktuję się z jego lekarzem zakładowym, co utrudni mu w przyszłości zdobycie pracy. Odparłam, że kiedy pomyślał o mnie jako o kimś potężnym – pojawiła się także myśl, że wykorzystam siłę przeciwko niemu, zachowam się jak jego niegodni zaufania współpracownicy. Pan A. przytaknął, ale zrobił to w niepewny, jakby przeprasający sposób. Odniosłam wrażenie, że jeśli jestem dla niego kimś złowrogo potężnym, to musi mnie obłaskawiać; nie czuł do mnie złości, nie był także w stanie przeciwstawić się mi, tak samo, jak nie potrafił stawić czoła współpracownikom przed trzema laty. Podzieliłam się z nim tym spostrzeżeniem, na co odpowiedział, że w jego rodzinie złość nie była powodem do dumy. W tym momencie pierwszy raz wspomniał o rodzinie, z której pochodzi. Skomentowałam, że on sam nadal tak myśli o złości, a pan A. przytaknął. Powiedział, że jego ojciec był stanowczym człowiekiem, silnym, ale i sprawiedliwym, a przy tym nigdy się nie okazywał gniewu. Wychował go w przekonaniu, że mężczyźni nie okazują uczuć, pod żadnym pozorem nie płaczą, a także nie pozwalają sobie na niekontrolowaną agresję. Pan A. zastanowił się, czy może dlatego tak trudno jest mu teraz przyjąć w sobie takie uczucia. Ponownie wrócił do opisu pobicia i przesłuchań w toku postępowania dyscyplinarnego. Tym razem jego uwagę zwrócił uderzający fakt, że nie czuł wówczas żadnej złości – po prostu się bał.

Trzecia sesja

Spotkaliśmy się ponownie po trzech tygodniach. Pan A. był tym razem lepiej ubrany, w marynarce i krawacie. Dzięki temu wydawał się bardziej pewny siebie, bardziej opanowany. Na wstępie powiedział jednak – nadal cichym, ale lekko zniecierpliwionym głosem – że nie rozumie, w jaki sposób dwie pozostałe

sesje mogą mu pomóc. Popatrzył wprost na mnie, oczekując odpowiedzi, i dopiero potem wbił wzrok w podłogę. Poczułam się nieco zbита z tropu, choć nie tak rozdrażniona, jak to bywało w trakcie poprzednich sesji; jedyne, co przyszło mi do głowy, to komentarz, że pan A. czuje się rozczarowany i być może zły. Spojrzał na mnie i potwierdził – czuł się rozczarowany.

Ponownie spuścił wzrok, przyjmując pozycję, w jakiej zazwyczaj go widziałam. Skarżył się, że nie może się na niczym skupić, więc nie prowadzi samochodu. W sklepie ekspedientka pomyliła się na jego niekorzyść, a on po prostu dał jej pieniądze. Boi się ludzi, unika kontaktu z nimi. Odparłam, że być może podkreśla swój lęk i bezradność, by uciec od chwilowego rozczarowania i rozdrażnienia moją osobą. Pomyślałam też, choć tego nie powiedziałam, że przez chwilę pan A. poczuł złość, a nie tylko projektował ją na świat zewnętrzny i innych ludzi. Sądzę, że moje rozdrażnienie w kontakcie z panem A. przynajmniej w jakiejś części było wynikiem jego niechcianej, wyprojektowanej agresji.

Pan A. stwierdził, że boi się swojej złości. Odparłam, że może dzieje się tak dlatego, iż przeżywa własną złość jak szaloną przemoc napastnika, który go pobił. Pacjent odpowiedział, że często myśli o tamtym człowieku. Pomyślałam, że jest to dla niego ważny wątek; po traumatycznym przeżyciu związanym z przemocą często zdarza się, że w obliczu rzeczywistej przemocy i destrukcji ofiara boi się własnych agresywnych uczuć. Silne przeżycia wewnętrzne w takim wypadku trudno odróżnić od rzeczywistego brutalnego zachowania. Niektórzy radzą sobie z przeżytym atakiem, identyfikując się z agresorem, jednak pan A. – ze względu na historię życia i osobowość – nie był do tego zdolny. Gdyby pan A. miał zacząć funkcjonować skutecznie i odbudowywać pewność siebie, narażałby się na kolejne ataki i zdrady. Pozostawanie w pasywnej, upokarzającej pozycji było więc dlań bezpieczniejsze, niż narażanie się na kolejną brutalną napaść.

Pacjent oznajmił, że sporo myślał o ojcu; o tym, że nie pochwalał on wyrażania złości, i że pacjent nigdy nie widział go . Uznał, że być może wpływa to na jego obecny stosunek do złości. Pomyślałam, że mówi mi także o obawach przed gniewem wewnętrznej postaci ojca, który mógłby go dosięgnąć, gdyby sam poczuł złość. Pan A. dodał także, że w jego pracy trzeba było umieć sobie radzić ze złością – miało to szczególną wagę w wypadku potencjalnie agresywnych podopiecznych; w kontakcie z nimi należało zachowywać się spokojnie i nieprovokacyjnie. Teraz trudno mu zareagować inaczej. Ja jednak odniosłam wrażenie, że w reakcjach pana A. zaszła pewna zmiana. Przede wszystkim uderzyło mnie to, że tym razem sam szukał odpowiedzi na pytanie, które na początku bezradnie mi postawił: **dlaczego stał się taki, jaki jest teraz?** Za pomocą własnych myśli zaczynał w pewien sposób porządkować doświadczenia, które do tej pory go przytłaczały. Powiedziałam, że moim zdaniem mówi o wpływie wcześniejszych przeżyć na to, jak sprawy mają się obecnie. Stwierdził, że sam tak o tym nie myślał – ale może to prawda.

Poprosiłam, by powiedział coś więcej o swojej przeszłości i dzieciństwie. Nie jest to konieczny wymóg techniczny, ale uznałam, że w tym momencie warto bliżej przyjrzeć się tym informacjom. W każdej prowadzonej serii spotkań mam w istocie nadzieję na uzyskanie tego rodzaju danych o pacjencie. Pan A. opowiedział, że był najmłodszym spośród ośmiorga dzieci w biednej, irlandzkiej rodzinie. Ojciec zmarł osiemnaście lat temu, matka – piętnaście. Ojciec był celnikiem, ciężko pracował, by utrzymać liczną rodzinę. Pacjent wspominał, że matka przed śmiercią bardzo ciężko chorowała; mówiąc o jej słabości i kruchości w ostatnich miesiącach życia, miał łzy w oczach. Wydawało się, że matka nadal jest dla niego bardzo żywą osobą. Opisywał jej wielkie poświęcenie dla rodziny, a kiedy zapytałam o pierwsze wspomnienie, opowiedział o swojej zabawie na podwórku, nieopodal domu, w którym mieszkali, ale w dość odosobnionym miejscu. Był wówczas boso, i w trakcie zabawy głęboko rozciął

stopę o potłuczone szkło. Rana bolała, ale przede wszystkim bał się, że nikt nie przyjdzie, by mu pomóc. Kulejąc, zaczął iść w stronę domu, kiedy nagle pojawiła się jego matka. Wzięła go na ręce, zniosła do domu, i wezwała pogotowie. Był to zatem obraz troskliwego rodzica (obiekta wewnętrznego w świecie wewnętrznym), który nie rozczarowuje; przychodzi na pomoc i nie pozwala wykrwawić się na śmierć. Pomyślałam, że taki obraz matki może wiązać się ze wypowiedzianym na pierwszej sesji pragnieniem pana A., bym „przejęła go w swoje ręce”, czyli była jak jego troskliwa matka.

Po ukończeniu szkoły pan A., śladami ojca, wstąpił do służb celnych. Jednak po półtora roku odszedł z tej pracy, by rozpocząć karierę w zawodzie kuratora. Odniosłam wrażenie, że wybór zawodu stanowił połączenie identyfikacji z troskliwą, oddaną matką, i z silnym, czujnym ojcem; pan A. nie zajmował się „łapaniem” złoczyńców – pracował, jak ojciec, z przestępcami, ale w ramach „troskliwej” instytucji. Jego pewność siebie i poczucie własnej mocy opierało się w dużej mierze na identyfikacji z rodzicami. Udało mu się osiągnąć sukces w wybranym zawodzie, czasami potrafił skutecznie radzić sobie z niebezpiecznymi przestępcami, był także bardzo oddanym mężem i ojcem. Wierzył, że poradzi sobie w każdej sytuacji, zarówno w pracy zawodowej, jak i w życiu rodzinnym – w podobny sposób postrzegał wcześniej swoich rodziców. Wydawało się, że taki wizerunek własnej osoby towarzyszył mu od dziecka, i pełnił szczególną rolę, gdyż był osobą najmłodszą w rodzinie, potencjalnie najśłabszą i najbardziej wrażliwą. Kiedy pan A. po raz pierwszy zjawił się w moim gabinecie, czułam, że utracił właśnie ów obraz siebie. Na trzeciej sesji powiedział mi o czymś wyjątkowo zawstydzającym i upokarzającym – od czasu pobicia zdarzało mu się raz na jakiś czas moczyć łóżko. „Dziwne, że wcześniej o tym nie wspomniałem... Zdarzało mi się to przez pewien czas, kiedy byłem mały, i wówczas czułem się taki żaloszny, mały i bezradny”. Odparłam, że pobicie miało dla niego tak szczególne znaczenie, ponieważ ograbiło go ze

wszystkich zdolności i umiejętności dorosłego mężczyzny, i doprowadziło do identyfikacji z kruchą, wrażliwą na zranienie matką z ostatniego okresu jej życia, oraz z bezradnym dzieckiem, które się moczy czy rani w stopę. Było to strasznie upokarzające przeżycie. Poczul, że utracił wszystko, co miał – w świecie wewnętrznym stracił kontakt z wczesnymi dobrymi obiektami; stabilnymi, odpornymi postaciami matki i ojca. Sądzę, że kruchość obiektów wewnętrznych zawsze budziła w panu A. lęk, ale radził sobie z nim, mocno wierząc w ich oraz swoją wszechmoc. Pobicie obaliło tę psychiczną obronę przed rzeczywistą ludzką kruchością. Tymczasem pan A. odparł, że od czasu napaści często śnił o matce i pragnął, by żyła. Czuł, że jej mógłby zaufać, zaś zaufanie do innych, obcych osób (na przykład do mnie) przychodziło z trudem, biorąc pod uwagę to, co go spotkało. Dodał, że nadal nie jest całkowicie pewny, czy może mi ufać, ale czuje mniej lęku niż na początku, co być może znaczy, że jest mu ze mną lepiej, niż mu się zdawało. Następnie stwierdził: „To, co pani powiedziała o mnie, dorosłym mężczyźnie, który widzi siebie jako osobę zdolną i silną – to jest bardzo trudne. Nie umiem już panować nad uczuciami, dużo płaczę. Wydawało mi się, że nadal jestem silny i dam sobie radę, ale gdzieś w środku wiedziałem, że jest źle. Próbowałem ukrywać to przed ludźmi i przed samym sobą, oszukiwałem się, że to przejściowy okres. Teraz wiem, że to nieprawda, i mam nadzieję, że będę mógł dalej korzystać z pomocy kliniki. Jeśli nie będzie takiej możliwości, poszukam pomocy gdzieś indziej. Wiem natomiast, że nie potrzebuję już leków. Potrzebuję po prostu rozmowy o tym, co mi się przydarzyło”.

Czwarta sesja

Na wstępie pan A. oznajmił, że nie wie, co teraz byłoby dla niego najlepsze; zapytał o moje zdanie w tej sprawie. Po krótkiej przerwie dodał, że w

ciągu kilku ostatnich dni nieustannie myślał o najgorszym i zapadał się w głąb siebie. Skomentowałam, że być może oddalił się od swojej bardziej samodzielnej, sprawniejszej części, która ujawniła się na poprzedniej sesji, kiedy mógł mi powiedzieć więcej o sobie. Pomyślałam, że wycofywanie się pacjenta może mieć coś wspólnego z faktem, że było to nasze ostatnie spotkanie – z jednej strony wycofanie chroniło pana A. przed uczuciami związanymi z zakończeniem kontraktu, zaś z drugiej mogło chronić mnie przed jego złością. „Sam nie wiem, co czuję” – odpowiedział pan A. „Myślę, że to za mało. Nadal nie wiem, jak sobie poradzić”. Odparłam, że być może w tym momencie czuje, że może jedynie starać się przekonać mnie, jak beznadziejnie mają się sprawy, żywiąc przy tym nadzieję, że ja w jakiś sposób zareaguję. Pan A stwierdził, uśmiechając się: „Nie chcę kończyć naszych rozmów; pomagają mi myśleć i rozumieć to wszystko”.

Następnie opowiedział mi o ostatnim śnie o matce. Nie pamiętał wielu szczegółów snu, ale po przebudzeniu czuł smutek. Odpowiedziałam, że moim zdaniem jest mu bardzo smutno, że matka nie żyje, i że nie może porozmawiać z nią o ostatnich, trudnych latach; a teraz ja także go opuszczam, i nie będzie mógł ze mną rozmawiać. Pan A. przyznał, że na samym początku był zadowolony z propozycji aż czterech spotkań. Jednak później poczuł, że w cztery sesje wszystkiego się nie naprawi – pomyślał, że być może to jego wina, i że w ten sposób zawiódł mnie. W ostatnim czasie pojawiła się nowa myśl, że cztery sesje to po prostu rzeczywiście niezbyt wiele. Powiedziałam, że moim zdaniem zaczął badać obszar swoich potrzeb i pragnień – zamiast obwiniać się. Odparł, że „od samego początku” zawsze obwiniął się za wszelkie niepowodzenia. Teraz uważa to za błąd: w końcu to nie on jest winny wszystkiemu, a dochodzenie oczyściło go z zarzutów; jednak nadal bardzo trudno jest utrzymać tę mniej obwiniającą perspektywę. „Myślałem, że będę się cieszył, kiedy zostanę uniewinniony; jednak było inaczej, żadnego świętowania. Pomyślałem raczej w ten sposób –

czemu w ogóle do tego dopuściłem? Uważam, że to wszystko było dla mnie takie trudne, bo zarówno mój ojciec, jak i moja praca uczyła mnie tego, by nie obwiniać innych i nie czuć złości. Biorąc pod uwagę moje wychowanie, utrata pewności siebie i skuteczności była strasznym upokorzeniem. Wcześniej zawsze sobie radziłem”.

Powiedziałam, że dzięki naszej wspólnej pracy udało mu się znaleźć trochę sensu w obecnej sytuacji. Zgodził się: „Rzeczywiście, uważam, że to było pomocne”. Zastanawiałam się, czy te słowa nie miały służyć obłaskawianiu mnie. Pan A. zaprzeczył – nie do końca wiedziałam, jak to rozumieć. Na samym początku spotkania byłam przekonana, że pan A. usiłuje mnie obronnie idealizować. Nie potrafiłam określić, czy powyższa wypowiedź pana A. jest oznaką, że ów mechanizm powraca, co mogłoby wiązać się z końcem naszego kontraktu i potrzebą pozbycia się niewygodnych uczuć, dotyczących obszarów, w których nie pomogłam bądź nie dość pomogłam pacjentowi. Był to jeden z głównych tematów ostatniej sesji.

Pod koniec czwartego spotkania miałam wrażenie, że obraz pana A. uległ zmianie, zarówno w jego, jak i w moich oczach. Pacjent już nie myślał o sobie jak o człowieku, który po prostu doświadcza skutków brutalnego pobicia; teraz był już osobą o określonej przeszłości, kształtującej jego osobowość; osobą bardzo silnie zidentyfikowaną z silnymi, oddanymi postaciami rodziców, zdeterminowaną, by osiągnąć sukces zawodowy i zbudować szczęście rodzinne. Odkrycie wartości tych celów oraz zrozumienie konsekwencji utraty wewnętrznych obiektów i identyfikacji pozwoliło zrozumieć wpływ, jaki wywarło na panu A. pobicie i późniejsze wydarzenia. Uważam, że po zakończeniu cyklu czterech konsultacji pan A. był w stanie nadać pewne znaczenie skutkom traumatycznego wydarzenia. Zauważył także, jak trauma wpasowała się w kontekst jego wewnętrznego świata i relacji z wewnętrznymi obiektami.

Staralam się pokazać, w jaki sposób nadawanie znaczenia – w przeciwieństwie do koszmarów sennych czy innych powtarzających się zachowań – rozpoczyna proces asymilowania traumatycznych przeżyć. Jeśli proces nadawania znaczenia jest realizowany wspólnie z drugą osobą, równolegle zaczyna się odbudowa świata wewnętrznych obiektów, w którym dobry obiekt nabiera stabilności i wiarygodności. To z kolei pozwala oceniać świat zewnętrzny w bardziej realistyczny sposób, a także uruchamia proces reintegracji wyprojektowanych na zewnątrz aspektów self – w przypadku pana A. były to agresywność, aktywność i potencja.

Pod koniec ostatniej konsultacji rozmawiałam z panem A. o możliwościach dalszej pomocy. Stwierdził, że widzi sens psychoterapii, ponieważ czuje potrzebę lepszego zrozumienia wpływu traumatycznych wydarzeń **na niego**. Wydaje się, że był to skutek przebytych konsultacji – trauma została połączona z przeszłą i obecną sytuacją pacjenta, w ten sposób stając się przedmiotem **myślenia**. Pacjent rozważał podjęcie długoterminowej psychoterapii, w której mógłby zająć się nie tylko wątkami bezpośrednio związanymi z pobiciem. Nie upierał się przy pomocy ze strony naszego wyspecjalizowanego Oddziału, bowiem swą sytuację widział już nie tylko w kontekście reakcji na zewnętrzną traumę.

Epilog

Pan A. skorzystał z otrzymanej propozycji udziału w długoterminowej grupie psychoterapeutycznej. Przez cztery lata uczestniczył w spotkaniach grupy; po kilku miesiącach terapii, pierwszy raz od momentu napaści udało mu się skutecznie komuś przeciwstawić. Potrafił odmówić roszczeniowej krewnej, która chciała, by zrzekł się praw do części spadku. Po jakimś czasie był uczestnikiem wypadku samochodowego; zdołał zachować zimną krew i do

czasu przyjazdu pogotowia pomagał rannym. Mimo, że nadal doświadcza poważnych trudności związanych z pasywnością i złością (własną i cudzą), co negatywnie wpływa na zdolność do radzenia sobie z życiowymi wyzwaniami (jeszcze nie wrócił do pełnoetatowej pracy), zaczyna odzyskiwać swoje kompetencje. Sam opisuje siebie jako mniej przygnębionego, mówi też – z wyraźną ulgą – że wbrew jego obawom małżeństwo przetrwało trudny okres.

Wnioski

Niektórzy pacjenci Oddziału po skorzystaniu z czterech sesji konsultacyjnych decydują się, jak pan A., na długoterminową psychoterapię. Konsultacje mogą być pomocne w podjęciu takiej decyzji. Inne osoby nie chcą dalszej pomocy; jeszcze inne – nie potrzebują jej. Cztery sesje to oczywiście niezbyt wiele i niektórzy pacjenci z całą pewnością potrzebują dłuższego kontaktu. Jednak ci, którzy go podejmują, robią to dla siebie, a nie ze względu na traumatyczne wydarzenia. Ważną funkcją cyklu konsultacji jest fakt, iż mogą służyć istotnemu procesowi wycofywania zaangażowania z samej traumy oraz odzyskiwaniu kontaktu z własną przeszłością, osobowością, a także z porzuconymi aspektami self, szczególnie z destrukcyjnością. Rozwijają się zdolność do opracowywania przeszłych i obecnych przeżyć oraz do pomieszczania ich w umyśle.

Ograniczona ilość sesji od samego początku wprowadza wątek nieuchronnego końca, a zatem konfrontuje z utratą. Zdolność do przeżycia żałoby po stracie siebie, takiego jaki istniał przed traumatycznym zdarzeniem, stanowi kluczowy czynnik zarówno dla procesu przepracowywania samej traumy, jak i dla żałoby nad śmiertelnymi ofiarami (wewnętrznymi i zewnętrznymi) i wszechmocą. Oczywiście sama liczba czterech sesji nie ma żadnej magicznej mocy. Po prostu tyle właśnie możemy – w kontekście ograniczeń Oddziału – zaproponować kierowanym do nas pacjentom. Cztery

spotkania pozwalają jednak na głębszą pracę niż jednorazowa konsultacja, a także na odniesienie się do treści, które pojawiły się na początku kontaktu, zaś pod jego koniec są przeżywane i odbierane w inny sposób. Cztery sesje pozwalają na wyodrębnienie początku, środka i końca konsultacji, także w kontekście relacji z terapeutą.

Mam nadzieję, że udało mi się przedstawić czytelny obraz procedury krótkich, wstępnych interwencji. Jej celem jest badanie i rozumienie wpływu traumy na pacjenta w terminach utraty zdolności do radzenia sobie z przeżyciami za pomocą myśli oraz utraty wewnętrznych relacji z obiektem, umożliwiających pomieszczanie doświadczeń. Próbowałam także nakreślić, w jaki sposób nadawanie znaczeń przeżyciom i myślenie o nich może służyć pomocą w odnajdywaniu się na powrót w życiu po traumatycznym wydarzeniu.