

Trauma zerwanych więzi

Dysocjacja, a samookaleczenia

Zdrowe monitorowanie i regulowanie lęku przez pacjenta w układzie somatomotorycznym jest podstawą prewencji przed gwałtownym narastaniem lęku w układzie parasympatycznym i percepcyjno-poznawczym, które grozi pojawieniem się u pacjenta zaburzeń dysocjacyjnych.

W poprzednim numerze „Psychologii w Praktyce” opisywałam znaczenie i rolę pracy z regulacją lęku w terapii ISTDP. W tym artykule:

- Przedstawię model neurobiologicznego rozumienia wpływu zerwanych więzi z ważnymi opiekunami w życiu dziecka na rozwój i funkcjonowanie mózgu w późniejszych okresach życia.
- Przybliżę rozumienie mechanizmu dysocjacji jako konsekwencji dysfunkcji prawej półkuli mózgu (efekt wczesnego strauumatyzowania w historii życia pacjenta) w rozpoznawaniu i przetwarzaniu informacji ze świata zewnętrznego oraz integrowaniu jej z informacją pochodzącą z ciała.
- W dalszej części artykułu przedstawię moją pracę w konwencji ISTDP z samookaleczającą się pacjentką, gdzie prześledzimy wpływ ignorowania nasilonego

lęku na pojawianie się dysocjacji i jednoczesnych zachowań autodestrukcyjnych. Zobaczymy destrukcyjny wpływ nieodseparowanego ego od patologicznego superego na automatyczne kontynuowanie przez pacjentkę – w ramach identyfikacji z zaniedbującymi ważnymi obiektami z jej życia – ignorowania oraz okaleczania siebie.

SAMOOKALECZANIE JAKO WYRAZ AUTODESTRUKCJI

Jeśli zajrzemy na pierwszy z brzegu blog osób cierpiących na samookaleczenia, możemy przeczytać, że problem ten dotyczy około 5% populacji studenckiej i w znacznie większym stopniu młodzieży szkolnej.

JEDEN Z TYPOWYCH WPISÓW NA BLOGU:

13.12.2016

„W sumie... tak sobie czytam te wszystkie odpowiedzi i mam dzisiaj okropny dzień więc... czemu nie?”

Zacząłam to robić w 6 klasie podstawówki. Czemu? Tak więc, w 5 klasie zmieniłam szkołę, bo miałam problemy z klasą, ale niestety w tej drugiej było jeszcze gorzej. Ta piąta klasa minęła jeszcze jakoś w tej nowej szkole, ale w 6 klasie dowiedziałam się, że inne dzieciaki mnie obgadują i opowiadają jakieś głupoty o mnie. Zabołało. Pewnego dnia (była akurat lekcja w-f) poszłyśmy z dziewczynami do szatni, a kiedy z niej wyszłyśmy, to jeden z chłopaków w mojej klasie na mnie naskoczył i zaczął wyzywać od szmat i dziwek (serio...). Nie wiedziałam, o co mu chodzi, no i poryczałam się, bo zrobił to na korytarzu przy wszystkich. Zamknęłam się w kiblu i był jeden wielki ryk. To był piątek chyba? A jak wróciłam do domu i usiadłam na łóżku, to znowu zaczęłam płakać. Następnego dnia wzięłam stary nożyk do papieru i skupiając się na tym, jak bardzo jestem zła, pocięłam sobie nadgarstek. Przez resztę weekendu siedziałam w pokoju i wychodziłam, jak byłam głodna. Przy-

pomina mi się, że w niedzielę obudziła mnie mama i zobaczyła moje rany, a ja jej, że kot mnie podrapał. My nie mamy kotów. Najwidoczniej miała to w dupie.

W poniedziałek, jak wróciłam do szkoły, to na lekcji gadaliśmy o tej sytuacji, przeprosili mnie i okazało się, że to chłopaki mu takie bzdury nagadali. Co za [CENZURA].

To była piękna historia, jak się zaczęło; -; Jak głęboko to robię? No... nie potrafię tego opisać. Są głębokie, po prostu.

Czy żałuję? Smutno mi tylko dlatego, że zaczęłam to robić przez takich śmieci jak oni.

Zauważyła moja mama i tata oraz sis. Nie tylko wtedy jak tam opisywałam. Wiele razy zapominało mi się zakryć moje rany i blizny oraz wiele razy widzieli mnie w kostiumie kąpielowym. Pytali się, co to, a ja im opowiadałam, że z drzewa spadłam lub że się mocno podrapałam (lubię się wspinać, więc to było możliwe). Moi rodzice mają na to wyjębkę, więc równie dobrze mogę się przy nich powiesić xDD. Zauważyła też moja sis w 1 gimnazjum. Zjebała mnie strasznie, a potem przytuliła i przez 4

miesiące mnie codziennie sprawdzała. Wkurzała mnie, więc się z nią wtedy często kłóciłam. Potem przestała.

Moja przyjaciółka się cięła, ona pierwsza zaczęła, a potem ja z nią. Nawet razem żyłki se kupowałyśmy. Całą 1 gim. razem to robiłyśmy, a potem zaczęła gadać z psychologiem i on jej pomógł. Namawiała mnie i mówiła, że on jest fajny, ale ja nie chciałam. Ona już z tego wyszła i jest z nią OK, z czego się bardzo cieszę. Ja siedzę w tym po uszy.

Z autoagresją mam problemy od 4 lat, do tego można jeszcze dopisać szlugi i alko od czasu do czasu. Robię to nadal i na skończenie z tym jak na razie się nie zapowiada. Nie jestem od tego uzależniona (tak mi się wydają). Mam swoje powody, czemu nadal to robię. A jeśli chodzi o psychologów, to nie mam zamiaru się do nich zbliżyć nawet na krok. Moje życie, moje problemy i koniec kropka. Przyznaję się, że raz gadałam z pedagogiem, ale to wyglądało tak, że nagadałam mu kłamstw, on uwierzył i se poszłam xD.

Ogólnie to nie polecam zaczynać według tego. Róbcie wszystko, ale nie to; -;”

To smutny (blog Psychika.net) opis młodej dziewczyny nieświadomej swej identyfikacji w traktowaniu siebie i patrzeniu na siebie oraz na swoje cierpienie oczami rodziców/matki.

Wzajemna miłość, konstruktywne i stabilne przywiązanie emocjonalne między nami i naszymi opiekunami ma zasadniczy wpływ na postrzeganie nas samych jako zasługujących na miłość, jako zdolnych do otrzymywania miłości, zrozumienia, ochrony i troski o ludzi, którzy są wokół nas i których uważamy za ważnych (Josette ten have de Labije, 2016).

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO AUTODESTRUKCJI:

- **Zwiększony poziom beta-endorfin**

Niektórzy badacze sugerowali, że skłonność do samookaleczenia wiąże się z poziomem pewnych neurotransmiterów. Beta-endorfiny to endogeniczne substancje przypominające opiaty w mózgu, a samookaleczenie

może wzmóc wytwarzanie i/lub uwalnianie tych endorfin. W wyniku tego osoba doświadcza skutków przypominających znieczulenie i wygląda na to, że nie odczuwa bólu podczas takich zachowań (Sandman, 1983). Ponadto uwolnienie endorfin może wywoływać stany przypominające euforię. Potwierdzenie tych wyjaśnień pochodzi z badań, w których z powodzeniem zastosowano leki blokujące wiązanie w receptorach opiatów (takie jak naltrekson i nalokson) do zmniejszenia samookaleczeń (Herman et al., 1989).

- **Wczesnodziecięce zaniedbanie**

Jak pokazują liczne badania, zaniedbanie we wczesnym dzieciństwie, a następnie ukształtowanie się wzorca pozabezpiecznego przywiązania w sposób znaczący wpływają na wystąpienie zachowań autodestrukcyjnych.

- **Akceptacja własnego ciała i proces dysocjacji**

Do czynników wewnątrzpsychicznych zwiększających ryzyko autodestrukcji zaliczyć można z kolei: stosunek do własnego ciała, obejmujący m.in. stopień jego

akceptacji oraz proces dysocjacji. Dysocjacja w ujęciu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oznacza, że: „co najmniej dwa procesy lub dwie treści psychiczne nie zostają zintegrowane, podczas gdy z reguły, w normalnych warunkach współwystępują one w świadomości, pamięci, tożsamości”. Oznacza to, że określone ciężkie do zniesienia doznania (np. bólowe) lub emocje zostają wyłączone z pola świadomości, co redukuje napięcie i utrwała tendencje autodestruktywne. Dysocjacja „ułatwia” atak na siebie, w tym reakcje samouszkodzenia ciała.

IDENTYFIKACJA Z PATOLOGICZNYM SUPEREGO

Większość naszych pacjentów przychodzi na konsultację psychoterapeutyczną z wysokim poziomem patologii superego. Jako terapeuci wiemy, że im większa identyfikacja z patologicznym superego, tym bardziej autodestrukcyjne zachowanie pacjenta jest nieświadome, autodestrukcyjne i automatyczne – sterowane pilotem identyfikacji z agresorem/agresorami z przeszłości pacjenta.

Jeśli pacjent doświadczał od wczesnego dzieciństwa traumy nadużycia, chronicznej krytyki, przemocy fizycznej i/lub psychicznej, seksualnej, opuszczenia, zaniedbania lub bycia ignorowanym, a w jego dziecięcym życiu nikt mu nie pomógł, nie miał cywilnej odwagi postawić granice oprawcy i nauczyć dziecko konstruktywnie wyrażać swoje uczucia i reakcje na przemoc, wówczas konstruktywna część ego ulega osłabieniu i staje się zbyt krucha, podległa dyktatowi patologicznego superego. Posłuszeństwo dyktatowi superego staje się syntoniczne. Ego staje się ściśle zidentyfikowane z superego i działa w służbie kontynuacji przez pacjenta pozbawiania i odcinania się od własnych pragnień, własnych norm, własnych wartości, opinii, uczuć, impulsów.

TRAUMA WCZESNODZIECIĘCA I JEJ NEUROBIOLOGICZNY WPŁYW NA SCHEMAT RADZENIA SOBIE Z LĘKIEM I REAKCJAMI AUTODESTRUKCYJNYMI

Przeglądu i syntezy współczesnych odkryć i prac neurobiologów w temacie zerwanych więzi i ich wpływu na rozwój dysocjacji dokonała w artykule *Frontiers* Josette ten Have de Labije. W oparciu o jej artykuł przedstawię poniżej wybrane doniesienia z obszaru neuropsychologii.

Wielu badaczy teorii więzi i przywiązania, takich jak Ainsworth (1978) czy Bowlby (1969, 1980, 1988) potwierdziło, że więź emocjonalna lub przywiązanie uformowane w okresie przed i po urodzeniu pomiędzy noworodkiem i opiekunem/opiekunami ma znaczący wpływ na strukturę i funkcjonowanie rozwijającego się mózgu noworodka oraz na funkcjonowanie jednostki w relacji z innymi oraz z samym sobą.

W literaturze rozróżniamy cztery schematy przywiązania:

- 1) bezpieczne,
- 2) niepewne-unikające,
- 3) niepewne-przeciwne/sprzeczne,
- 4) chaotyczne-zdezorientowane-niepewne.

Gdy w pierwszych latach życia główny opiekun regularnie lub chronicznie jest niedostępny, niereagujący lub w inny sposób traumatyzujący i niezapewniający interaktywnej naprawy w relacji przez dostrojenie do potrzeb dziecka, to wkrótce wywoła on długotrwałe ekstremalne poziomy pobudzenia u noworodka lub dziecka. Udowodniono, że psychobiologiczna reakcja dziecka na silny stres składa się z dwóch osobnych schematów odpowiedzi: początkowego stanu nadpobudzenia/nadreaktywności i późniejszej dysocjacji (Perry, 1995; Schore 1997).

Niepewne, niestabilne lub chaotyczne/niezorganizowane przywiązanie spowodowane przez fizyczne/emocjonalne nadużycia, zaniedbania czy nieobecność emocjonalną opiekuna będą negatywnie wpływać na strukturę i funkcjonowanie mózgu, utrudniając podstawowe wymagania rozwoju jednostki oraz będą wywoływać zaburzenia neurotyczne (Perry, 2001).

Relacja pomiędzy:

- cechami poszczególnej więzi,
- poszczególnymi fazami rozwoju jednostki,
- późniejszą zdolnością jednostki do konstruktywnego regulowania emocji, przystosowywania się do nowych sytuacji i uczenia się jest spowodowana faktem, że wczesne społeczne środowisko/opiekunowie mają bezpośredni wpływ na wiele neurobiologicznych struktur pośredniczących w regulacji lęku i emocji.

Na przykład, pierwsze dwa lata życia są kluczowe dla rozwoju podkorowych obszarów limbicznych zaangażowanych w pośredniczeniu/przekazywaniu emocji i lęku przez resztę życia jednostki. Wczesne szkodliwe przypadki traumy zerwanych więzi w trakcie tego kluczowego okresu mogą mieć długotrwałe efekty. Objawy nieleczonej traumy (związanej z zerwaniem przywiązania) pogarszają się z czasem i mogą się coraz bardziej komplikować i wtedy powiązanie dawnych traumatycznych doświadczeń z obecnym zachowaniem staje się coraz trudniejsze. Uczucia i zachowania związane z dawną traumą są umacniane przez nowe traumatyczne doświadczenia, a objawy i zachowania destrukcyjne nieradzenia sobie z nimi stają się poważniejsze.

Schore (2008, 2009) podsumowuje badania nad neurobiologicznym przetwarzaniem bodźców emocjonalnych, nad przywiązaniem oraz komunikacją i opisuje, że:

- początkowa reakcja alarmowa dziecka wskazuje na aktywację prawej półkuli mózgu oraz osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA Axis). To z kolei wywołuje

DYSOCJACJA – może być definiowana jako częściowe lub zupełne odłączenie wspomnień od przeszłości, od świadomości siebie, tożsamości i bezpośrednich doznań; kontrola ruchów ciała wynikająca z dawnych doświadczeń, problemów nie do zniesienia lub zaburzonych relacji (Colman, 2003). Przedział przeżyć traumatycznych waha się od przypadków pojedynczych do powtarzających się oraz do trwałych/stałych. Wszystkie (te potencjalne) traumatyczne wydarzenia noszą w sobie pewien poziom zaangażowania interpersonalnego oraz interakcje ze strauumatyzowaną jednostką.

nagły wzrost aktywności współczulnej – znacząco podniesione tętno, ciśnienie krwi oraz przyspieszony oddech;

- drugą w kolejności formującą się reakcją jest dysocjacja, którą charakteryzuje odrętwienie, unikanie, uległość i ograniczone wyrażanie emocji/ograniczony afekt. Dziecko pasywnie odłącza się od zewnętrznych bodźców, by chronić i oszczędzać energię, wyhamować i stać się unieruchomionym/sparaliżowanym. W tym przywspółczulnym dominującym lub pasywnym hipometabolicznym stanie tętno, ciśnienie krwi i oddech maleją, a bolesne odrętwienie i otępienie endogeniczne opiatów wzrasta i pośredniczy w pojawieniu się głębokiej dysocjacji.

Nagła zmiana strauumatyzowanego dziecka ze współczulnego nadpobudzenia (hyperarousal) na przywspółczulną dysocjację jest opisana przez Porges (1997) jako szybki i nagły przeskok z nieudanej strategii zmagania wymagających ogromnej współczulnej aktywacji na metabolicznie zachowawcze stany znieruchomienia naśladujące śmierć.

CHARAKTERYSTYCZNE CECHY DYSOCJACJI

W artykule przeglądowym, Bob (2008) podsumowuje literaturę i opisuje, że charakterystyczne cechy psychicznych objawów dysocjacji zawierają:

- zmiany w pojęciu świata zewnętrznego, takie jak odrealnienie, halucynacje,
- zmiany pamięci,
- zmiany w pojęciu siebie (self)/tożsamości, takie jak depersonalizacja (poczucie oderwania od swoich własnych procesów mentalnych lub od ciała),
- w ciężkich przypadkach złożone zaburzenia osobowości.

Do typowych somatycznych objawów dysocjacji należą:

- zmiany w odczuwaniu bólu, bolesnych objawów,
- zahamowania motoryczne,
- utrata kontroli reakcji motorycznej,
- zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego,
- drgawki dysocjacyjne (Nijenhuis, 2000; Bob, 2008).

ROZUMIENIE SAMOOKALECZENIA W UJĘCIU ISTDP FRAGMENTY PRACY Z PACJENTEM

Pacjentka, lat 23, Studentka, samookaleczająca się od 4 lat

Pani Ania trafiła do mnie na konsultację pod wpływem jej nowego chłopaka, który według pacjentki „nie krytykował, nie moralizował, nie namawiał i nie przypominał ani sprawdzał wielokrotnie, czy już się umówiłam, tylko jeden raz powiedział, że mu na mnie zależy, bo jestem bardzo mu bliska i chce, bym poważnie potraktowała problem cięcia się”.

Fragment konsultacji – pierwsza minuta spotkania:

P:on (chłopak) mam wrażenie, że zna mnie lepiej niż ja sama i zależy mu na tym, bym się nie cięła. On sam z siebie chyba wie, że gdyby napierał, nie byłoby mnie tu dziś u pani, on chciał, bym zrobiła to dla siebie, ale sama (w oczach pacjentki pojawiają się łzy, pacjentka odwraca oczy i patrzy w okno, rozładowuje nadmiar napięcia, poruszając stopami, stawiając je na zmianę na palce i pięty). Bo ja już od roku myślałam, że potrzebuję pomocy, ale nie umiałam się zebrać. Mam takie dziwne objawy... Wie pani, studia medyczne nie są łatwe...

T: Pani Aniu, przerwę pani. Mówi mi pani, że dzisiaj przyszła pani do mnie, by prosić mnie o pomoc w pani problemie samookaleczenia w dużej mierze dzięki pani chłopakowi, który w swojej prośbie do pani potraktował panią jak partnerkę – dorosłą, młodą kobietę, zdolną potraktować siebie i swoje problemy z powagą i troską. W momencie kiedy pani mówi, że „on sam z siebie chyba wie, że gdyby napierał, nie byłoby mnie tu dziś u pani i chciał, bym sama zdecydowała o terapii” w pani oczach pojawiły się łzy, odwróciła pani oczy ode mnie do okna i jednocześnie natychmiast narósł w pani lęk w całym ciele, jego nadmiar rozładowuje pani stopami – zauważyła to pani?

P: *Hm, hm... coś w tym jest, co pani mówi.*

T: Najwyraźniej, kiedy pani dzieli się tu ze mną tym, jak pani chłopak traktuje panią i pani problemy z szacunkiem i uwagą, budzi to w pani jakieś reakcje i szybko narastające napięcie, którego pani nawykowo nie zauważa i ignoruje, w konsekwencji czego radzi pani sobie z tym napięciem przez odwracanie oczu od kontaktu ze mną i rozładowuje pani nadmiar lęku poprzez ruchy nóg.

Zatem nawykowe ignorowanie, ignorowanie siebie, ignorowanie swojego ciała, ignorowanie swoich uczuć i odwracanie się od siebie – prawdziwej Ani – jest tutaj naszym pierwszym problemem, prawda?

P: *(Pacjentka znowu ma łzy w oczach, kiedy terapeuta kończy zdanie, pacjentka znowu odwraca oczy, kontroluje świadomą uwagą jednak ruchy nóg).*

P: *Tak... często słyszę od koleżanek, że nie traktuję siebie dobrze.*

P: *Nie myślałam, że nogi mówią o lęku... (Pacjentka sięga po wodę, a następnie nieruchomieje w fotelu, zapada się w sobie, siedzi jak otumaniona) – narastają objawy lęku w układzie parasympatycznym.*

Dla terapeuty staje się jasne, że syntoniczne ego pacjentki jest zidentyfikowane z zaniedbującym i ignorującym schematem zachowań bliskich w jej historii życia.

Pacjentka ignoruje narastający lęk w jej ciele i robi to nawykowo. Lęk rozprzestrzenia się u pacjentki w układzie motorycznym, sympatycznym, parasympatycznym i percepcyjno-poznawczym.

W dalszej części sesji terapeuta zdecydował pracować z pacjentką nad obecnymi u niej w trakcie sesji i w jej życiu na co dzień objawami lęku, który – nie będąc przez nią rozpoznawany i zdrowo regulowany – uaktywniał reakcje dysocjacyjne. Pacjentka z czasem w trakcie konsultacji nabywa rozumienia swoich „dziwnych objawów”:

31 min sesji:

P: *Nigdy nie myślałam, że to lęk. Ten objaw zawieszania w próżni, waty w głowie, odklejenia od rzeczywistości brałam za moją tępotę, że jestem mało zdolna, głupia, by na egzaminie pokazać, co wiem, co rozumiem. Przykładowo, kiedy uczyłam się do kolokwium i przepytowałyśmy się z koleżanką, miałam satysfakcję, że wykonałam kawał roboty, bo ja lubię się uczyć. Fascynuje mnie ludzkie ciało. Ale na kolokwium wszystko to zniknęło, gdy*

przeczytałam pierwsze pytanie, którego od razu nie zrozumiałam, moje ciało stawało się jak robot, który jedynie ma drżący korpus i nie ma połączenia z głową i odnóżami. Nie mogłam myśleć, miałam zamazany obraz kartki, słyszałam głosy z sali jak z zaświatów, miałam wrażenie, jakby moje ręce, nogi i głowa nie były moje. Zrobiłam wiele badań i wiem, że nie jest to choroba... Myślałam, że tylko upośledzenie od czasu do czasu, że nie radzę sobie ze studiami. Czułam się wówczas nic nie warta, taka pusta w środku. Martwa. Wtedy najczęściej cięłam się...

W dalszej części terapii dowiadujemy się, że pacjentka straciła matkę, gdy miała 3 lata.

Jej matka chorowała na serce (miała wrodzoną wadę serca, ale zwlekała z podjęciem decyzji o operacji). Pacjentka pamięta z tego okresu, że bardzo płakała i domagała się mamy. Pamięta (głównie z opowiadań), że kiedyś niepostrzeżenie wyszła z domu, by poszukać mamy i o mało nie zginęła pod kołami auta. Od tego wydarzenia jej ojciec zapisał ją do przedszkola w nowej odległej miejscowości i straciła kontakt ze swoją opiekunką, którą miała od urodzenia i z dziadkami ze strony mamy, u których dotąd spędzała dużo czasu. Nie pamięta, żeby kiedykolwiek ojciec pytał ją o jej zdanie w sprawach jej dotyczących. Doświadczała go jako apodyktycznego, rozliczającego i wymagającego efektów we wszystkim, co robi (szkoła, studia). Jeśli dostała dwójkę, ojciec do czasów liceum bił ją pasem (po nogach, rękach i głowie – w dysocjacji pacjentka czuła, że „moje ciało stawało się jak robot, który jedynie ma drżący korpus i nie ma połączenia z głową i odnóżami”).

Ego pacjentki było syntoniczne, zidentyfikowane z wymagającym i krytycznym superego ojca. Pacjentka miała zablokowany świadomy dostęp do własnych reakcji emocjonalnych (w tym zablokowaną wściekłość do ojca), obwiniała się za śmierć mamy, patrząc na siebie jego oczami – gdy miała 8 lat jej ojciec wykrzyczał jej, że „zawsze była nieposłuszną i upartą i przez nią umarła matka, bo ją zamęczyła”. Nie miała w wyniku niezdrowego obwiniania dostępu do zdrowej żałoby po mamie i utraconym dzieciństwie. Wczesnodziecięca trauma utraty więzi z matką, opiekunką, dziadkami, obwinianie i brak wsparcia ze strony emocjonalnie zaniedbującego ojca wpłynęło na rozwojowe problemy pacjentki w radzeniu sobie z „zarządzaniem lękiem i zranionymi uczuciami” w jej życiu. Rozwiązaniem szybko narastającego napięcia i nieświadomego karania się „za brak sukcesów” w jej życiu (bycie pod dyktando superego ojca) stawało się autodestrukcyjne samookaleczenie.

Według Nijehuisa (2000) somatyczna dysocjacja jest wynikiem wczesnego początku traumatyzacji.

Powyższy przykład pracy z pacjentem nieświadomym swej dysocjacji jako efektu ignorowania swoich objawów lęku pokazuje, jak ważne jest jak najszybsze nauczenie pacjenta zauważania i regulacji szybko narastających objawów lęku, by pomóc mu stać się uważnym i obecnym w procesie terapeutycznym partnerem terapeuty w osiągnięciu wspólnego celu – odzyskiwaniu swojej tożsamości.

Najbardziej poruszającym momentem dla mnie jako terapeuty ISTDP w procesie terapii z pacjentem zadającym sobie fizyczne cierpienie jest moment, kiedy mogę mojemu pacjentowi powiedzieć: „Jak miło mi, pani Aniu, panie Tomku, panią/pana wreszcie poznać”. To moment, kiedy pacjent zaczyna patrzeć na rzeczywistość zewnętrzną i wewnętrzną własnymi oczami. Kiedy w terapii ego pacjenta staje się na nowo silne i odseparowane od patologicznego dyktatu superego mówiącego: „Nic nie jesteś wart, nie jesteś wart uwagi, troski ani współczucia”.

To moment w terapii, gdy pacjent z obserwowującym i uważnym ego zaczyna:

- rozumieć z uwagą, precyzją i uczciwością własne pragnienia, normy, wartości, uczucia, opinie,
- uczy się zachowywać z troską i miłością wobec siebie i innych osób,
- odkrywać i badać świat zewnętrzny w sposób konstruktywny,
- angażować się i rozwijać znaczące relacje,
- konstruktywnie radzić sobie z bolesnymi wydarzeniami związanymi z różnymi relacjami interpersonalnymi.

Tej zmianie w pacjencie często towarzyszy zmiana w wyglądzie fizycznym. Przykładowo, z pacjentki „przepraszam, że zawracam pani głowę moimi problemami”, unikającej kontaktu wzrokowego, zapadniętej w fotelu, autodestruktywnie traktującej swoje ciało, uśmiechającej się, gdy mówi o bolesnym wydarzeniu z jej życia, rozkwita osoba uważna, zdolna troszczyć się o siebie i mająca zdrowy kontakt ze swoim ciałem, kobiecością/męskością i ze swoimi uczuciami wnoszonymi do relacji w otwarty sposób – bez lęku i obron.



Patron medialny



Przewodnik dla rodziców dzieci z dysleksją zawiera:

- ✓ omówienie symptomów ryzyka dysleksji
 - ✓ formy pracy z dzieckiem dyslektycznym
- plus** szereg ćwiczeń wspomagających naukę czytania i pisanie

Difin

POLECAMY



Książki do nabycia w dobrych księgarniach i na www.ksiegarnia.difin.pl



facebook.com/Wydawnictwo-Difin