

Ekлекtyczna psychoterapia indywidualna pacjentki z dystymią – opis przypadku

The eclectic individual psychotherapy of a dysthymic patient – case study

Witold Simon

Klinika Nerwic IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi

Summary

The article describes the case of eclectic individual psychotherapy of a dysthymic patient. The therapeutic process integrated elements of the following psychotherapeutic approaches: psychodynamic, behavioural-cognitive, systemic, interpersonal, existential and Gestalt. The paper discusses history of treatment, diagnosis of dysthymia, indications for psychotherapy, course of the sessions. Anamnesis, factors contributing to the disorder, triggers and factors sustaining the symptoms, personality factors were also analysed. Therapeutic goals and applied techniques are presented.

Słowa klucze: przypadek, psychoterapia indywidualna, ekлекtyzm, dystymia

Key words: case study, individual psychotherapy, eclecticism, dysthymia

Wstęp

Niemal od zarania psychoterapii żywa jest dyskusja dotycząca tego, czy styl i formę psychoterapii należy dostosować do pacjenta, czy też wręcz przeciwnie – każdy pacjent, bez względu na symptomatykę, powinien być leczony według jednego, ściśle określonego kanonu postępowania terapeutycznego.

Charakter niniejszego artykułu uniemożliwia wyczerpujące przedstawienie argumentów zarówno za ekлекtycznym (integrującym), jak i formalistycznym (ortodoksyjnym) prowadzeniem psychoterapii, należy jednak zaznaczyć, że autor skłania się w swej pracy terapeutycznej do ekлекtycznego rozumienia pacjenta i procesu jego leczenia. Tego rodzaju podejście jest szeroko rozpowszechnione w literaturze. Zainteresowany czytelnik może sięgnąć do dobrze udokumentowanych metateoretycznych modeli terapii ekлекtycznej opracowanych np. przez: Dollarda i Millera [1], Lazarusa [2], Prochaskę i DiClementego [3], Norcrossa [4], Orlinsky'ego i Howarda [5] oraz Beutlera i Clarkina [6]. Wymienieni badacze wychodzą z założenia, że rzadko kiedy jeden ściśle określony styl psychoterapeutyczny jest na tyle uniwersalny, by zapew-

niał wystarczająco szeroki zakres oddziaływań, bez względu na charakter objawów, spektrum cech osobowości czy jakość relacji interpersonalnych pacjenta.

Spośród wielu definicji eklektyzmu w psychoterapii autorowi niniejszej pracy najbliższa jest ta, która uznaje styl prowadzenia psychoterapii za eklektyczny wtedy, gdy jest to elastyczny, dopasowany do pacjenta proces dokonywania selekcji pojęć, metod i strategii – różnych dobrze udokumentowanych teorii – przez terapeutę nie będącego zwolennikiem jakiegoś pojedynczego systemu, ale czerpiącego wiedzę i umiejętności praktyczne z różnych szkół psychoterapeutycznych [7].

Powyższe założenia znalazły odzwierciedlenie w opisanej poniżej psychoterapii indywidualnej¹. Prowadzono ją, starając się zarówno integrować elementy poszczególnych teorii (w sensie zrozumienia pacjenta), jak i stosując różnorodne techniki terapeutyczne. Czerpano z następujących podejść psychoterapeutycznych: psychodynamicznego, behawioralno-poznawczego, systemowego, interpersonalnego, egzystencjalnego oraz Gestalt.

Wprowadzenie do psychoterapii

Jest to opis *psychoterapii indywidualnej* 40-letniej zakonnicy. Terapia była prowadzona w gabinecie prywatnym. Pierwsza sesja miała miejsce 20.05.2002, ostatnia 22.01.2003. Sesje odbywały się przeważnie co tydzień (z wyjątkiem ostatnich dwóch, między którymi był odstęp dwóch tygodni), w stałych godzinach popołudniowych, w stałym dniu tygodnia, w tym samym pokoju. Jedna sesja trwała około 50 min. Zgodnie z początkowym kontraktem przerwa w terapii trwała cały sierpień. Pacjentka odwołała jedną sesję. Odbyło się 31 sesji.

Na psychoterapię skierowały pacjentkę dwie osoby: jej spowiednik i psychiatra. Spowiednik od około roku sugerował, że część spraw poruszanych podczas spowiedzi nie można rozpatrywać w kategoriach grzechu, lecz wymagają one pomocy psychoterapeuty. Pacjentka opierała się tym sugestiom. Zdecydowała się na podjęcie psychoterapii dopiero, gdy opinię spowiednika podzielił psychiatra, który lecząc ją z powodu bezsenności podkreślał, że leczenie samymi lekami będzie niewystarczające.

Bezpośrednim powodem rozpoczęcia psychoterapii było narastające od dwu lat przewlekłe zmęczenie, przygnębienie, obniżony nastrój, zaburzenia snu, a przede wszystkim z coraz większym trudem skrywana wrogość do otoczenia i w konsekwencji częste konflikty interpersonalne. Stan taki nie był przez pacjentkę akceptowany, coraz silniej obwiniała samą siebie, co przyczyniało się do jej niskiego poczucia własnej wartości.

Dotychczasowe leczenie:

Pacjentka przyjmowała otrzymywaną od koleżanki lekarki benzodiazepinę lormetazepam (Noctofer) – od 36 do 38 r. ż. Następnie, przez pół roku, brała alprazolam (Xanax). Zażywała te leki z powodu „trudności z zasypianiem, nerwów i napięcia związanych z pracą.”³, niemniej coraz gorzej spała, była coraz bardziej zmęczona

¹ Opisana tu psychoterapia podlegała superwizji według standardów Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

² Opis psychoterapii został sporządzony za zgodą pacjentki, po wcześniejszym utajeniu jej danych personalnych.

³ Cytaty pochodzą z wypowiedzi pacjentki spisanych z taśmy magnetofonowej.

i drażliwa. Zgłosiła się więc do psychiatry i podjęła leczenie farmakologiczne (1,5 roku przed rozpoczęciem psychoterapii). Początkowo otrzymywała clorazepat (Tranxene), doxepin (Doxepin), następnie mianserynę (Lerivon). W momencie rozpoczęcia terapii była na moclobemidzie (Aurorix) à 150 mg: 2–2–0 (od 5 miesięcy) i zolpidemie (Stilnox) 1 tabletką à 10 mg na noc (od 3 miesięcy).

Nigdy nie brała udziału w psychoterapii.

Poważniej nie chorowała, nie była hospitalizowana ani operowana. Chorobowy wywiad rodzinny: alkoholizm ojca i brata, cukrzyca I typu matki. Pacjentka była drobnej budowy, bez widocznych zmian fizycznych. Przez cały czas terapii przychodziła na sesje ubrana w habit.

Sesje miały następujący przebieg:

Sesja 1. Wstępne określenie problemów psychologicznych i dolegliwości somatycznych pacjentki, ustalenie kontraktu terapeutycznego, uzyskanie jej zgody na terapię.

Sesje 2–7. Zebranie wywiadu, emocjonalne odreagowanie.

Sesje 8–19. Analiza genogramu, identyfikacja konfliktów wewnętrznych, analiza mechanizmów spustowych.

Sesje 20–28. Trening nowych zachowań i sposobów reagowania, analizowanie różnych alternatywnych planów na przyszłość, na podstawie znajomości uczuć i konfliktów wewnętrznych pacjentki.

Sesje 29–31. Podsumowywanie terapii, pożegnanie oraz określenie wskazań do dalszej ew. pracy terapeutycznej.

Przez znaczną część psychoterapii pacjentka była jednocześnie leczona lekami, co było zgodne ze standardami terapii osób z podaną poniżej diagnozą [8].

Diagnoza została wstępnie postawiona po pierwszej sesji, a następnie rozszerzona po siódmej. Pacjentkę znamionowały cechy charakterystyczne dla **osobowościowego wymiaru dystymii**, w rozumieniu DSM-IV, w tradycyjnym nazewnictwie europejskim tożsamego z pojęciem nerwicy depresyjnej: utrwalone obniżenie nastroju z komponentą lękową, ale nie osiągające poziomu depresji, poczucie zmęczenia, zaburzenia snu, niska samoocena, trudności w podejmowaniu decyzji, poczucie beznadziejności. Stwierdzone przewlekłe obniżenie nastroju można było rozumieć jako reakcję na trudne przeżycia w połączeniu z poczuciem winy oraz jako próbę łagodzenia lęku i napięcia poprzez częściową ich transmisję w depresję i deprecjację siebie. Ponadto można było u pacjentki rozpoznać: uzależnienie od benzodiazepin – z okresowym nadużywaniem, zaburzenia snu oraz cechy współzależnienia typowe dla dorosłego dziecka alkoholika z doświadczeniem silnego zaniedbania emocjonalno-intelektualnego. Przez cały okres terapii pacjentka nie ujawniała przekonań urojeniowych ani doznań omamowych. Nie stwierdzono również fazowości nastroju ani obecności natręctw.

Na podstawie pierwszej sesji terapeuta stwierdził, że pacjentka spełniała podstawowe **wskazania do rozpoczęcia psychoterapii**:

- miała taki rodzaj i takie nasilenie przewlekłych zaburzeń, które nie poddawały się samej farmakoterapii,
- zachowanie na pierwszej sesji mogło sugerować jej zdolność do tworzenia więzi terapeutycznej, co stwarzało szansę na odreagowanie emocjonalne,

- na pierwszej sesji była aktywna i spontaniczna w wypowiedziach, co dawało szansę na jej aktywny udział w procesie leczenia,
- wyrażała pragnienie zrozumienia siebie i życia w mniejszym stresie,
- cechowała się wystarczającą inteligencją, niezbędną do podjęcia pracy wglądowej.

Przebieg psychoterapii

Sesja 1

W czasie pierwszej sesji pacjentka wypowiadała się swobodnie, mówiła dużo, nawiązując spontaniczny kontakt z terapeutą. Jedyne nt. swego życia w zakonie wypowiadała się bardzo ogólnikowo, spuszczać wzrok.

Jako **główne powody zgłoszenia się na psychoterapię** podała:

- „zagubienie duchowe”, rozumiane przez nią jako trudności w dotrzymywaniu słów (wydawanie pieniędzy zakonnych na swoich rodziców, za mało modlitw), i obwinianie się, że nie jest dobrą zakonnica,
- pracoholizm i w konsekwencji przemęczenie; od 3 lat nie była na urlopie,
- kłopoty ze snem polegające na trudności w zasypianiu i wczesnym budzeniu się,
- generalny brak satysfakcji z życia i czasami myśli samobójcze i rezygnacyjne (bez prób samobójczych),
- niską samoocenę,
- obniżenie nastroju,
- trudności w podejmowaniu decyzji,
- lęk przed spotkaniami z ludźmi,
- poczucie beznadziejności,
- poczucie spięcia w piersiach,
- biegunki i bóle żołądka – bez względu na stosowaną dietę,
- bóle głowy.

Powiedziała, że objawy te nasiliły się mniej więcej 2,5 roku temu, gdy została przełożoną w domu zakonnym. Przyznała jednak, że większość z nich występuje „co najmniej od szkoły podstawowej”, z okresami zaostrzeń (trwającymi do 2–4 tygodni).

Opisała również swoją obecną **sytuację zawodową i osobistą**:

- prowadzi program w mediach – od 4 lat,
- jest na studiach podyplomowych – od 3 lat,
- jest przełożoną jednego z domów swego zgromadzenia – od 2,5 roku,
- mieszka 25 km od miejsca pracy, dokąd dojeżdża, nie mając samochodu – od 4 lat,
- utrzymuje finansowo dwoje schorowanych rodziców – od 10 lat.

Wspomniawszy o powyższych kwestiach, pacjentka podkreśliła, że nie widzi powiązania pomiędzy stylem życia a dolegliwościami somatycznymi czy emocjami. Dodała jednak, że ma nadzieję, że poprzez psychoterapię poprawi się jej sen i stan somatyczny. Na tym etapie nie wyrażała oczekiwań dotyczących osiągnięcia wglądu lub zmian interpersonalnych. Jednocześnie wyraziła **obawy związane z terapią**:

- czy zdobędzie się, by powiedzieć wszystko,
- czy będzie to korzystne moralnie.

W odpowiedzi na pytania pacjentki terapeuta *poinformował ją o generalnych celach psychoterapii*, o swoim stylu jej prowadzenia, o swoich kwalifikacjach, o możliwości superwizji tego procesu terapeutycznego. Przekazał również *informacje o potencjalnych korzyściach oraz o przypuszczalnych (i w pewnym sensie niezbędnych) kosztach poznawczo-emocjonalnych* związanych z terapią. Pacjentka rozważyła możliwość udziału w terapii grupowej, ale biorąc pod uwagę swe obawy dotyczące poufności zdecydowała się na indywidualną.

Ustalono, razem z pacjentką, *kontrakt terapeutyczny*, w tym częstotliwość sesji oraz długość trwania terapii – na 6 miesięcy. Terapeuta, będący jednocześnie psychiatrą, zaproponował również plan kontynuacji farmakoterapii oraz ewentualne odstawienie leków, w miarę postępów w psychoterapii.

Po otrzymaniu wyżej wymienionych informacji pacjentka *udzieliła formalnej pisemnej zgody* na udział w terapii. Wyraziła również zgodę na nagrywanie sesji i odsłuchiwanie ich na superwizji. Poprosiła, by zwracać się do niej per „pani”.

Sesje 2–7

Na tym etapie leczenia, na początku każdej sesji pacjentka mogła poruszać sprawy bieżące – dotyczyły one głównie jakości snu oraz relacji w mediach. Powracała też do swoich oczekiwań związanych z terapią, próbując dostrzec, które z nich są realne, a które mało realne.

Główną treścią tych sesji było jednak zbieranie wywiadu nt. życia pacjentki i rozwoju zaburzeń. Proces ten był połączony z częściowym emocjonalnym odreagowaniem i niekiedy z reintegracją faktów z wypartymi uczuciami. Pacjentka przeważnie trzymała się chronologii wydarzeń. W większości przypadków starała się mówić tonem spokojnym, sprawiając wrażenie dystansu emocjonalnego do poruszanych kwestii, ale gdy opowiadała o alkoholizmie ojca i pasywności matki oraz – o decyzji pójścia do zakonu widać było wyraźne napięcie – często przełykała ślinę, badała wzrokiem reakcje terapeuty, wierciła się na fotelu, odbiegała od tematu oraz stosowała retorykę religijną. W tym okresie często ujawniała poczucie winy, szczególnie gdy mówiła o swych zachowaniach kłócących się z normami życia zakonnego.

Autoanamneza

Ciąża, poród, okres wczesnodziecięcy

Pacjentka urodziła się jako pierwsze dziecko rodziców. Jej matka miała wtedy 17 lat i z powodu ciąży przerwała naukę w LO, ojciec miał 21 lat i odbywał służbę wojskową. Urodziła się i do 19 r. ż. mieszkała w małej miejscowości. W dalszej rodzinie mówiło się, że „bez ciąży nie byłoby tego ślubu”. Pacjentka nigdy nie rozmawiała z rodzicami nt. początków ich małżeństwa, przebiegu ciąży, porodu czy jej wczesnodziecięcego rozwoju. Jej zdaniem od wczesnego dzieciństwa uchodziła za dziecko bystre oraz płacziwe.

Okres przedszkolny

Od 6 m. ż. do 4 r. ż. pacjentka była wychowywana przez rodziców ojca na wsi. Nie jest pewna, czy rodzice ją tam odwiedzali. Nigdy ich nie pytała, dlaczego tak postąpili, gdyż, jak stwierdziła na sesji, „nie było to tak istotne”. Po uwadze terapeuty, że być może nie jest to jedyne wytłumaczenie, po chwili ciszy dodała, że w dzieciństwie nie pytała z lęku przed ponownym odesłaniem jej do dziadków, a w okresie dorosłym – „by nie przysparzać rodzicom trosk”. Na tym etapie pacjentka obawiała się głębszego wglądu i konsekwencji z nim związanych, stosowała więc mechanizm racjonalizacji, twierdząc, że rzeczywistym powodem były kłopoty materialne rodziców, wynajmujących jeden pokój.

W 3 r. ż. pacjentki urodził się jej pierwszy brat, który przez cały czas, nawet w okresie wychowywania jej przez dziadków, był przy rodzicach. Mówiąc o tym wyrażała żal i jednocześnie niepewność, czy może taki żal odczuwać. Ponownie starała się racjonalizować, mówiąc, że „on mniej był płaczący”.

W 4 roku jej życia rodzice wynajęli większe mieszkanie i wzięli ją do siebie. Mieszkanie było usytuowane nad piwiarnią. Zdaniem pacjentki od tego czasu ojciec zaczął stopniowo coraz więcej pić, wszczynać awantury i bić matkę.

Gdy miała 6 lat, urodził się drugi brat. Pamięta, że obawiała się, iż rodzice będą się teraz mniej nią opiekować. Pamięta też powtarzaną wypowiedź ojca: „Dobrze mieć trójkę, bo zwykle któreś odpada”. Gdy to mówiła, łamał się jej głos, ale powstrzymywała łzy.

Nie chodziła do przedszkola, dziećmi opiekowały się dwie sąsiadki. Szczególnie jedną z nich wspominała jako ciepłą i serdeczną osobę. Pacjentka dzieliła pokój z matką. Ojciec miał osobny pokój, synowie mieszkali w trzecim.

Okres szkoły podstawowej

W tym czasie matka pracowała na dwie, a ojciec na trzy zmiany i rzadko kiedy obydwójce byli w tym samym czasie w domu. Matka pracowała w sortowni skupu butelek i dojeżdżała w jedną stronę do pracy prawie godzinę. Ojciec był ślusarzem w fabryce. W domu była ciężka sytuacja materialna. Pacjentka pamiętała, że zazdrościła dzieciom zabawek. Początkowo ze zdziwieniem, a następnie ze smutkiem przyjęła hipotezę terapeuty, że być może bardziej niż zabawek brakowało jej zabaw. W domu do jej obowiązków należała między innymi opieka nad braćmi, co było dla niej bardzo męczące i stresujące. Ojciec coraz więcej pił, bił matkę na oczach dzieci. Młodszy bracia czasami przychodzili do niej płacząc, ale uciekali, gdy chciała ich przytulić. Czowała się wtedy zagubiona.

Pacjentka chętnie chodziła do szkoły, bo tam „było spokojnie”. Zawsze miała żal, że rodzice nie uczyli jej czytać oraz że nie stymulowali jej intelektualnie, np. nigdy nie podsunęli jej jakiejś książki do czytania. Bardzo chciała się uczyć i zależało jej, by być w czołówce uczniów w klasie. Gdy mówiła o tym na terapii, uśmiechała się i jednocześnie werbalnie wyrażała żal i złość na siebie, że w ten sposób bezskutecznie chciała zyskać aprobatę rodziców. Na uwagę terapeuty, że być może taka motywacja

stymuluje jej działanie do tej pory, zamilkła, by po chwili zgodzić się z tym przypuszczeniem. Po czym smutnym głosem dodała, że pomimo swoich sukcesów zawsze była samotna – kiedyś im bardziej nauczycielki ją chwaliły, tym bardziej była nie lubiana przez dzieci, a teraz im większe ma sukcesy zawodowe, tym bardziej odsuwają się od niej siostry zakonne.

W szkole podstawowej miała same 4 i 5, nigdy nie powtarzała klasy. Nie preferowała żadnego przedmiotu. Lubiła czytać książki i „uciekać w fantazjowanie”. Radość sprawiało jej uprawianie sportu w SKS-ie, uczestnictwo w kółku recytatorskim, i to, że należała do zuchów. Rodzice nie chodzili na wywiadówki, nie interesowali się jej nauką. Matka poprosiła nauczycielkę, by zwolniła ją z wywiadówek, tłumacząc się zapracowaniem. Pacjentka twierdziła, że choć było jej przykro, to nawet jej to odpowiadało, bo dzięki temu nikt, jak sądziła, nie wiedział, co się dzieje z jej ojcem.

W 10 r. ż. była podtapiana przez starsze dzieci w basenie. Obecny tam ojciec nie bronił jej, ani nie reagował na jej płacz po wyjściu z basenu. Był wtedy pijany. Pacjentka ze smutkiem stwierdziła, że od tego czasu straciła ochotę i odwagę, by mówić mu o sobie.

W 11 r. ż. zginęła w wypadku samochodowym jej dalsza koleżanka. Będąc na pogrzebie, pacjentka zazdrościła jej, że „ludzie tak pięknie o niej mówili”. Jej zdaniem wtedy po raz pierwszy pojawiły się myśli rezygnacyjne.

W 12 r. ż. miała miejsce pierwsza menstruacja. Pacjentka nie była na to przygotowana. Nie wiedziała, jak o tym z matką rozmawiać, czuła wstyd. Ostatecznie zwróciła się do zaprzyjaźnionej sąsiadki. Rodzice nie uświadomili pacjentki seksualnie. Jeszcze w 17 r. ż. myślała np., że zakonnicy rodzą się w habicie. Od około 15 r. ż. uprawiała, jak sama to nazwała, samogwałt i czuła się obarczona poczuciem winy z tego powodu.

W VI klasie (13 r. ż.) miał miejsce pierwszy poważny kryzys. Pacjentka załamała się, gdy nie została wybrana na przewodniczącą klasy (w wyborach zajęła 2 miejsce). Przez jakieś 2 tygodnie nie chodziła do szkoły, miała falującą gorączkę, zaczęła myśleć o samobójstwie, planując odkręcenie gazu pod nieobecność rodziny. Mówiąc o tym na terapii wyraziła smutek, że wszyscy w rodzinie myśleli, że to była tylko grypa. Zaprzeczyła, żeby czuła złość z tego powodu.

W VII klasie (14 r. ż.) zajęła drugie miejsce w finale wojewódzkim z olimpiady z języka polskiego. Nikt jej w domu tego nie gratulował. Stwierdziła, że nie miała o to żalu do rodziców. Natomiast miała wyraźne poczucie krzywdy w stosunku do dyrektora, ponieważ to jego córka zajęła pierwsze miejsce. W VIII klasie (15 r. ż.) pacjentka była pierwsza na olimpiadzie z polskiego i pierwsza na turnieju recytatorskim. Nie przeżywała jednak radości, raczej „wściekłą satysfakcją, że się w końcu udało”. Mówiąc o tym uniosła się na krześle i gwałtownie gestykulowała. Po czym przyznała, że zawsze bardzo trudno było jej wyrażać złość na rodziców, bo ciągle miała nadzieję, że może się zmienić i bała się, że krytykując ich może ich stracić.

Pamięta, że w szkole podstawowej była płaczliwa, skryta. Radość w tym okresie sprawiały jej zabawy na podwórku – „w domu trzeba było być cicho, bo mama lub tata zawsze spali”. Miała jedną bliższą koleżankę, razem dużo spacerowały. Nie zapraszała jej jednak do domu i nie opowiadała o swej sytuacji rodzinnej. Z obojętnością w głosie wspominała przy tej okazji, że nie mogła okazywać słabości, musiała być silna, by

opiekować się braćmi. Sprawdziała im lekcje i pocieszała. Pomimo jej zaangażowania, bracia stopniowo się od niej odsuwali, byli zajęci własnymi sprawami, częściej też „narażali się ojcu” niż ona i mieli do niej o to pretensje.

Atmosfera domu rodzinnego była pełna napięcia: „stałe kłótnie i bójki między rodzicami”. Rodzice czasami rozmawiali ze sobą za jej pośrednictwem – „Byłam przekaźnikiem między rodzicami”. Matka się nie broniła, tłumaczyła ojca i zabraniała mówić o nim poza domem. Od 5 r. ż., pod nieobecność mamy, robiła ojcu kolacje, których on nie doceniał. Pacjentka z płaczem wspominała, jak podczas kłótni chowała się do własnego pokoju i zasypiała, by niczego nie słyszeć. Była kilkakrotnie uderzona przez ojca, gdy próbowała bronić matki.

Mówiąc o ojcu i relacji między rodzicami unikała szczegółowego opisu wydarzeń, skąpo okazywała emocje. Twierdziła nawet, że te wydarzenia nie miały wpływu na jej obecne życie. Do szóstej sesji wypowiedzi na temat alkoholizmu ojca miały charakter infantylnych racjonalizacji, np. „wącha alkohol”. Pacjentka uogólniała, mówiąc o nim. Snuła też rozważania natury teologicznej o grzechu i „bezwzględny szacunek”. Klaryfikacje ze strony terapeuty budziły początkowo przeniesieniową złość pacjentki na niego: „Przez pana mam niechęć do spotkań z nimi”. Jednakże częściowo odreagowawszy swoje emocje i dostrzegłszy po jakimś czasie, na kogo są one w istocie skierowane, zaczęła ujawniać więcej szczegółów. Wydaje się również, że zdecydowała się jednak na rozwinięcie tematu rodziców, po stwierdzeniu terapeuty, że „gdy ktoś jest takim przekaźnikiem, to łatwo może się rozstroić”. Przyznała, że rodzice nie byli dla niej autorytetem. Jej zdaniem ojciec był zawsze zasadniczy i surowy. Nie okazywał miłości dzieciom, bił, wyklinał, nie przeproszał, nie przynosił żadnych prezentów i nigdy nie leczył się z alkoholizmu. Miewał napady padaczki alkoholowej, nie zgodził się na proponowane formy leczenia. Pacjentka bała się go, nie ufała mu i przez długi czas czuła obrzydzenie. Matki się nie bała, ale dodawała: „To nie znaczy, że byliśmy blisko”. Zawsze jej współczuła, bo uważała, że jest słabsza niż ojciec. Wstydziła się jej, bo nie dbała o swój wygląd, i miała do niej żal za to, że „nie pokazała, jaka powinna być kobieta”.

Okres liceum i kształtowanie się decyzji o pójściu do zakonu

Do liceum pacjentka dostała się bez problemów, jako laureatka olimpiad. Choć dalej dużo się uczyła, nie rywalizowała już tak bardzo z innymi. Natomiast dużo energii i czasu pochłaniało jej zaangażowanie się w religię.

Nie otrzymała wychowania religijnego w domu. Ojciec był w PZPR i nie interesował się religią, jednakże przez dłuższy czas nie zabraniał córce praktyk religijnych. Matka chodziła do kościoła 2–3 razy w roku. W domu nie było rozmów na tematy religii czy wiary, natomiast ojciec potrafił z pasją opowiadać o „sprawiedliwości społecznej”. Pacjentkę pociągał zapach ojca i myślała, by wstąpić do partii, gdy dorośnie. Mówiąc o tym na terapii zauważyła, że pewnie miała nadzieję, że zostanie wtedy przez niego zaakceptowana.

Uczęszczała na lekcje religii, „bo wszyscy tak robili”. „Nie wierzyłam, że Bóg dba o ludzi, choć chciałam, by istniał. Nie wierzyłam, bo nie były wysłuchane moje

modlitwy, by ojciec przestał pić”. W 16 r. ż poruszyła i zafascynowała ją książka o św. Faustynie: „Zazdrościłam jej, że spotkała Jezusa, który tak ją wyróżnił”. Wtedy zaczęła zastanawiać się, czy nie zostać zakonnice.

W 17 r. ż. przeżyła „wewnętrzny wstrząs”. Dzięki Solidarności odkryła powołanie, bo zrozumiała, że można „być wolnym i dokonywać własnych wyborów”. W tym samym roku była na spotkaniu z papieżem „i zapragnęła być w Kościele, nie w partii pijanego ojca”. Mówiąc o tym podkreśliła, że wtedy czuła ulgę i radość, przemieszane z poczuciem winy za odejście od ideałów ojca. Zaczęła wtedy chodzić na spotkania Oazy. Pomogły jej one „zdusić pretensje i złość do ojca i matki – bo trzeba ich szanować”. Aż do czasu Oazy nie miała bliższych znajomych. Tam zbliżyła się szczególnie do dwóch dziewczyn, z którymi prowadziła długie rozmowy o Bogu, unikając tematów osobistych.

Do 18 r. ż. nie miała żadnego bliższego kolegi ani sympatii. „Czułam się za młoda; matka urodziła za młodu i miała potem problemy przez całe życie”. Zachęcona do refleksji przyznała, że uważała się za „brzydką i mniej rozwiniętą od innych koleżanek”. W 18 r. ż. zakochała się w starszym o rok koledze, ale ponieważ on rozważał pójście do seminarium, więc nic mu nie powiedziała. Miała wtedy poczucie, że „z Bogiem się nie wygra”.

Zakon – przed ślubami wieczystymi

Do zgromadzenia wstąpiła w miesiąc po zdaniu matury. Rodzicom powiedziała o swej decyzji tydzień przed, idąc za radą spowiednika, by nie mówić im do ostatniej chwili. Ojciec klął: „Żebyś chociaż szła na księdza, a tak to będziesz miała zmarnowane życie”. Mama płakała i błagała: „Nie zostawiaj mnie z ojcem”. Pacjentka mówiła o tym spokojnie, jednocześnie relacjonując swoje roztrzęsienie w tamtym czasie. Uciekła z domu w nocy przez okno, po czym, bez butów, ale „w solidnych kapciach”, przejechała ok. 350 km do zakonnego ośrodka formacyjnego.

Nie potrafiła wytłumaczyć, dlaczego wybrała właśnie to zgromadzenie, a nie inne. Po dłuższej ciszy powiedziała, że kiedyś wydawało się jej, że dlatego, iż pociągała ją wychowawcza misja zakonu. Po latach jednak doszła do wniosku, że być może decydujące było to, że zakon znajdował się daleko od domu. Co powiedziawszy wykrzyknęła ze złością: „Ale to nie podważa mego powołania!”.

Pierwszy rok w zakonie (19 r. ż.) – to Aspirantat. W ciągu pierwszego miesiąca pobytu pacjentki w zakonie jej matka zachorowała na cukrzycę i zaczęła przyjmować zastrzyki. Zgodnie z regułą przez pierwszy rok pacjentka nie mogła się osobiście kontaktować z rodziną, tylko listownie. Miała poczucie winy, że nie ma jej przy matce, ale i ulgi, że jest daleko od ojca, oraz radość, że znalazła lepszą matkę-mistrzynię. W tym okresie zaczęły się u niej poważne problemy ze snem, okresowo spała po 3–4 godziny. Gdy odwiedziła rodziców po roku, ojciec powiedział jej: „Nie pisz do mnie więcej. Nie mam już córki. Wszystkie listy wyrzucę”. Matka przez cały weekend milczała. Pacjentka bardzo to przeżyła, odjeżdżała z domu rodzinnego z mieszanymi uczuciami: winy, ale i ulgi, że nie musi tam zostać.

20–21 r. ż to następny etap formacji – Postulat. Związała się tam emocjonalnie z kolejną matką-mistrzynią. Była o nią bardzo zazdrosna, gdy rozmawiała ona z inną postulantką. Zachowania pacjentki wobec mistrzyni były skrajne – raz miała „atak szału zazdrości” i pobiła ją pięściami, kiedy indziej pragnęła „wtulić się w nią, jak małe dziecko”. Terapeuta wyraził przypuszczenie, że być może wobec mistrzyni pozwoliła sobie na okazywanie uczuć, które chciała nieraz okazać matce, ale brakło jej odwagi. Matka-mistrzyni, w przeciwieństwie do matki rodzonej, przyjmowała wszystko ze spokojem, „nie obwiniając nikogo”. Ta interpretacja terapeuty była ważna dla pacjentki i pogłębiła proces uzyskiwania wglądu.

22–23 r. ż – to kolejny etap: Nowicjat. Pacjentka otrzymała wtedy habit. Od tego roku co 12 miesięcy składała śluby czasowe. Przed każdym ze ślubów miała okresy 2–4-tygodniowego obniżenia nastroju, gorzej spała i izolowała się od otoczenia. „Często budziłam się w nocy z pytaniem do siebie samej: co ty głupia tu robisz?” Przełamywała te kryzysy, przypominając sobie wypowiedzi założycielki zakonu, że „tyle biedy jest na świecie i że trzeba jakoś pomagać innym”. Przełożeni mieli wątpliwości, czy pacjentka może dostąpić ślubów wieczystych. Jej zdaniem przeszkodą było to, że została poczęta przed ślubem, „a przecież zakonnica ma być dobrą wychowawczynią”. Próbowała na zewnątrz znosić to z pokorą, ale wewnątrz czuła złość i rozczarowanie, że znowu jej nie zaakceptowano. Mimo to śluby wieczyste złożyła w 1992 roku. (30 r. ż.). Z rodziny na uroczystości przyjechała tylko matka, ojciec i bracia tłumaczyli się pracą. Generalnie, w tym czasie pacjentka uchodziła za osobę smutną i izolującą się, i tak też się postrzegała.

Przez cały okres formacji zaprzyjaźniła się szczególnie z 4 siostrami. Ale żadnej z nich nie mówiła o swej przeszłości ani wątpliwościach. „Była reguła, że można o tym rozmawiać tylko z mistrzynią”. Gdy mimo to próbowała, słyszała, że zakon jej potrzebuje, więc nie może odejść. Obecnie utrzymuje z tą czwórką tylko sporadyczny kontakt, 1–2 razy do roku podczas spotkań ogólnych.

Po ślubach wieczystych

Po ślubach wieczystych pacjentka przez 6 lat pracowała jako nauczycielka w szkole podstawowej. Praca ją męczyła. „Było tak jakbym ponownie opiekowała się braćmi. Ja zbliżałam się do dzieci, ale one ode mnie uciekały”. W 36 r. ż. podjęła, za zgodą władz zakonnych, pracę w mediach. Rodzice wreszcie byli z niej dumni i chwalili się nią przed znajomymi. W mediach pacjentka prowadziła program cieszący się dużą popularnością. Do jej obowiązków należało opracowywanie scenariusza, osobiste zapraszanie gości i samo prowadzenie programu. Dawało jej to z jednej strony dużo satysfakcji, z drugiej – męczył ją charakter pracy „na wczoraj”. Udzielała licznych wywiadów i brała udział w imprezach, „które uświetniała swą osobą”. Pracując w mediach zarabiała duże pieniądze, miała z tego powodu poczucie winy, bo tylko małą część przeznaczala na potrzeby zgromadzenia. Wysokość wydatków zatajała przed przełożonymi. Resztę pieniędzy wydawała na siebie (kosmetyki) i wysyłała rodzicom. Mówiła o tym z napięciem w głosie, zdając sobie sprawę, że jest to złamanie reguły

zakonnej. Głębsza refleksja dotycząca nierealistycznych zabiegów i oczekiwań wobec rodziców była na tym etapie niemożliwa.

W 37 r. ż. została przełożoną jednego z domów swego zgromadzenia. Była odpowiedzialna za organizację rekolekcji oraz życie duchowe kilku siostr. Jej zdaniem od tego czasu zaczął narastać obecny kryzys, gdyż coraz trudniej było jej pogodzić styl życia ze „świętą regułą”.

W 38 r. ż. otworzyła przewód doktorski. Gdy umarł pierwszy promotor, miała duże trudności w znalezieniu drugiego, który by zgodził się na kontynuację tematu. Pisanie pracy na koniec studiów podyplomowych przynosiło jej dużą satysfakcję, tym bardziej że praca miała unikalny charakter. Mówiąc o swych rozlicznych obowiązkach, pacjentka zauważyła, że „pracy jest tak dużo, że nie starcza na modlitwę ani na refleksję nad sobą”.

Po ślubach wieczystych rzadko odwiedzała rodziców (1–2 razy do roku). Przez cały ten czas nie miała nikogo, kogo mogłaby określić mianem przyjaciółki czy przyjaciela. Zachęcona przez terapeutę do refleksji nad przyczynami jej powierzchownych relacji z innymi ludźmi, próbowała wszystko wytłumaczyć tym, że rodzice ją tak wychowali. Przyznała jednak, że często sama przyczyniała się do tego, np. gdy nie odpowiadała na zachętę koleżanek do rozmów o bardziej osobistych sprawach.

Seks i związki z mężczyznami

Pacjentka rozpoczęła współżycie seksualne w 32 r. ż., w 2 lata po ślubach wieczystych. Wcześniej podobali jej się różni mężczyźni, zawsze księża. Pozostawała wtedy jednak pod uważną kuratelą przełożonych. Dopiero po ślubach wieczystych miała więcej swobody. Jej pierwszym partnerem był starszy o 15 lat ksiądz, z którym spotykała się przez około rok, „bo okazywał ciepło i zrozumienie”. Nie przeżywała orgazmów i „nie miała satysfakcji erotycznej”. Przed ciążą zabezpieczała się stosując naturalne metody. Retrospektywnie uważała, że najradośniej przeżywała wspólne spacerowanie po lesie i górach. Zakładała wtedy „świeckie ubranie” i czuła się „wreszcie wolna”. W tamtym okresie odczuwała przeważnie zamęt, okresy satysfakcji przeplatały się z ogromnym poczuciem winy oraz męczącymi i „nie dającymi spać” rozważaniami nad ewentualnym odejściem ze zgromadzenia. Nie podjęła takiej decyzji, nie wiedziała bowiem „dokąd ma iść”. Jej zdaniem powodem końca związku było przeniesienie księdza na inną parafię. Na tym etapie terapii nie dostrzegała swej własnej ambiwalencji w tej relacji. Nikomu nie opowiadała o tym związku.

W ciągu następnych 8 lat była związana kolejno z trzema księżmi, starszymi od niej o 5–10 lat. Za każdym razem miało miejsce pełne współżycie. Nie przeżywała orgazmu, seks jej się „średnio podobał”, godziła się jednak na niego, ponieważ była adorowana. Jednocześnie przeżywała silne poczucie winy. Związki te trwały po ok. 10–14 miesięcy. Pacjentka była w stanie „zerwać związek tylko poprzez zakochanie się w następnym księdzu”.

Od około pół roku pozostawała w relacji z księdzem starszym o 2 lata. Czuła się przy nim bardziej „zrelaksowana, wolna i kobieca” niż przy wcześniejszych partnerach, ale nie przeżyła orgazmu, „co ją martwiło”. Czuła się szczególnie win-

na, ponieważ ksiądz ten miał szansę na błyskotliwą karierę i ona nie chciała mu w tym przeszkodzić. Męczyło ją też ukrywanie tej relacji. Czasami czuła narastające wewnętrzne rozdarcie: „Wiem, że tego nie chcę, bo jestem osobą konsekrowaną, ale po kobiecemu tego pragnę”. Pacjentka wyjawiała informacje nt. seksu i związków pod sam koniec opowieści o swym życiu (na sesji 7). Bała się odrzucenia i potępienia ze strony terapeuty. Poczuła ulgę, gdy tak się nie stało.

Sesje 8-19

Po siódmej sesji pacjentka, nie zapowiadając, opuściła jedno spotkanie – była na rekolekcjach w górach. Wróciła zadowolona i wypoczęta. Twierdziła, że chociaż podczas rekolekcji „odnowiła motywację do bycia w zakonie”, to od powrotu do Warszawy czuła ucisk w gardle i w czole. Odczuwała lęk i zaczęła brać dodatkowe zlecenia, „by uciec w pracę”. Zachęcana do refleksji, dostrzegła, że lęka się przyszłości, a ponadto silnie emocjonalnie przeżywa ważny dla niej konflikt wewnętrzny: z jednej strony częściej się modli – by „być fair wobec Jezusa”, z drugiej bardzo tęskni za swym partnerem.

Po zebraniu wywiadu, na ósmej sesji terapeuta określił, nie informując o tym pacjentki, czynniki sprzyjające rozwojowi zaburzeń, czynniki wyzwalające i podtrzymujące, oraz cechy jej osobowości, w tym mechanizmy obronne. Jednocześnie razem z pacjentką omówił i sprecyzował główne cele dalszej terapii.

Czynniki sprzyjające rozwojowi zaburzeń

- Opuszczenie przez rodziców we wczesnym dzieciństwie i późniejsze niewystarczające wsparcie z ich strony – było to powodem zaniedbania emocjonalno-intelektualnego pacjentki.
- Ojciec alkoholik budził lęk, nienawiść, nie dawał bezpieczeństwa – uniemożliwiło to zaspokojenie potrzeb bliskości i wsparcia oraz zrodziło nieufność do mężczyzn.
- Uzależniona matka, słaba i narzekająca, otwarcie deklarująca brak uczuć do męża, a jednocześnie jemu uległa, nie potrafiąca radzić sobie w sytuacjach trudnych – doprowadziło to do trudności w identyfikacji z matką, braku akceptacji własnego wyglądu i niepełnej identyfikacji własnych potrzeb seksualnych.
- Konflikty między rodzicami i brak postrzegania ich jako autorytetów – nie sprzyjało to zaspokojeniu w dostateczny sposób potrzeb bezpieczeństwa, miłości i przynależności, co przyczyniło się do lękowej więzi z rodzicami i światem oraz utrudniało założenie własnej rodziny. Świat jawił się jako groźny i nieatrakcyjny, co później rzutowało na opóźniony i niepełny proces separacji i indywidualizacji. Proces ten był zniekształcony poprzez próby zyskania zainteresowania i akceptacji rodziców poprzez sukcesy szkolne, a w późniejszym okresie zawodowe. Pacjentka pozostała samotna emocjonalnie pomimo swych osiągnięć, co doprowadziło do pojawienia się myśli rezygnacyjnych, wewnętrznej pustki, lęku i tłumionej wrogości.
- Kluczowym konfliktem intrapsychnym pacjentki był, odtwarzany w rodzinie, a potem w zgrupowaniu, konflikt:

- lojalność (i związane z nią zależność i tłumienie własnych emocji, a z drugiej strony potrzeba opieki i akceptacji) versus
- niezależność (i związane z nią lęk przed odrzuceniem i przed wzięciem odpowiedzialności za swe pragnienia, a z drugiej strony potrzeba rozwoju i autonomii).

W efekcie pacjentka wykazywała silne pragnienie przynależności, nawet kosztem tłumienia uczuć. W dzieciństwie objawiało się to między innymi opóźnionym i niepełnym eksperymentowaniem z otoczeniem, w dorosłości wyborem drogi życiowej według nie w pełni zinternalizowanych norm. Z trudem przychodziło jej rozpoznawanie własnego przyczynienia się do różnych sytuacji urazowych, nawet tych z okresu dorosłości. Konflikt ten wpasowuje się w napięcie między pragnieniami id a nakazami superego, w napięcie, z którym nie mogło sobie poradzić niedojrzałe ego, opisywane przez pacjentkę jako słabe, bezradne i z niskim poczuciem wartości. W okresie dorosłości obrazuje ten konflikt cytowana już wypowiedź pacjentki: „Wiem, że tego nie chcę, bo jestem osobą konsekrowaną, ale po kobiecemu tego pragnę”.

- Brak wychowania seksualnego w domu, nie rozbudzona na czas i nie spełniona w czasie adolescencji sfera potrzeb seksualnych prowadziły do silnej negacji i infantylizacji własnej seksualności w okresie adolescencyjnym oraz do późniejszego obrazu popęduowości pacjentki: fantazjowania towarzyszącego masturbacji oraz wyborom na partnerów specyficznej grupy mężczyzn, którzy stwarzali iluzję bezpiecznej seksualności i większej niż przeciętnej dojrzałości emocjonalnej. Proces identyfikacji psychoseksualnej był utrudniony z powodu „słabej”, lękowej i chorej matki, a z drugiej strony z powodu dominującego i nie dającego realnego wsparcia ojca. Rozwinięte zostały więc formy kompensacyjne, głównie w zakresie funkcjonowania społecznego, w którym pacjentka odnosiła duże sukcesy.
- Utrudniony proces separacji i indywidualizacji, związany z niewystarczającym zaspokojeniem potrzeb, przyczynił się do przedłużonego okresu zależności od rodziców. Roczny zakaz odwiedzin rodziny podczas Aspirantatu ułatwił wprawdzie pacjentce wejście w proces separacji, ale nasilił konflikt lojalności i niezależności oraz utrudnił dojrzałe podejmowanie własnych decyzji.
- W dzieciństwie i adolescencji – głównie poprzez mechanizmy wyparcia, zaprzeczania i racjonalizacji – pacjentka nie rozwinęła pełnego obrazu psychopatologicznego. Doprowadziły do tego dopiero czynniki wyzwalające.

Czynniki wyzwalające:

- okoliczności pójścia do zakonu oraz ucieczkowa motywacja wyboru tej drogi,
- osamotnienie w zakonie, pomimo podjęcia wielu zadań,
- nominacja na przełożoną oraz praca w mediach, które nasiliły wewnętrzny konflikt między pragnieniami a obowiązującymi normami,
- próba wyjścia z przedłużonego okresu adolescencyjnego poprzez nawiązanie szeregu relacji ze starszymi mężczyznami, relacji o charakterze edypalnym,
- podjęcie seksualnej aktywności – wbrew ustalonym normom – prowadziło do dekomensacji depresyjno-lękowej; próbą rozwiązania konfliktu było zaprzeczanie własnej popęduowości i obwinianie samej siebie,

- narastające rozdarcie związane z negacją obecnego związku, a jednocześnie z towarzyszącym mu poczuciem spełnienia – bezpośrednio poprzedziło decyzję o podjęciu terapii.

Czynniki podtrzymujące zespół objawów:

- deprawacja snu,
- nadmiar obowiązków zawodowych i długie dojazdy,
- utrzymywanie finansowe rodziców,
- kontynuowanie aktywności nie przynoszących wewnętrznej radości lub satysfakcji,
- zmiany partnerów i związane z nimi poczucie niezaspokojenia,
- łatwy dostęp do benzodiazepin,
- utrwalone zniekształcenia poznawcze dotyczące własnej osoby (np.: niskie poczucie własnej wartości, brak zaufania do swej intuicji, osamotnienie, lęk przed przyszłością).

Osobowość:

- steniczna, sprawny intelekt przy jednocześnie zaniżonej samoocenie, silnie zaznaczone potrzeby zależności i opieki, trudności w utrzymywaniu trwałych i satysfakcjonujących związków, skłonność do obwiniania siebie i racjonalizowania, niektóre normy i wartości pozostają niezinternalizowane, mały repertuar postaw asertywnych, pojawiające się niekiedy trudności w kontroli impulsów, stosunkowo mała zdolność do integracji niepomysłnych doświadczeń życiowych;
- **konflikty intrapsychiczne:** lojalność – niezależność, zależność – niezależność, miłość – nienawiść, zaufanie – nieufność, wrogość – uległość, bliskość - agresja, tłumienie – ekspresja;
- **mechanizmy obronne:** wyparcie, zaprzeczenie, racjonalizacja, tłumienie, projekcja, intelektualizacja, sublimacja;
- **postrzeganie siebie** (w momencie rozpoczęcia terapii): niskie poczucie własnej wartości; słaba, bezradna, zagubiona, samotna, skrzywdzona, izolująca się, pragnąca uznania, bezpieczeństwa i bliskości;
- **potrzeby najbardziej deprywowane:** bezpieczeństwo, przynależność, akceptacja, afirmacja, ekspresja, poznawcze, bliskość, stabilizacja, potrzeby seksualne;
- **pozytywne zasoby:** inteligencja, poczucie humoru, poczucie własnej wytrzymałości, nadzieja na zmianę, odwaga.

Tematem, któremu poświęcono należytą uwagę podczas superwizji, był ewentualny **konflikt moralny** pacjentki. Zakładano, że powinna unaocznic się rozbieżność pomiędzy normami – nie do końca zinternalizowanymi i jednocześnie przekazywanymi młodszymi siostrami zakonnymi – a zachowaniem pacjentki, np. w sferze seksualnej czy gospodarowania pieniędzmi. Ewentualny wpływ przeciwprzeniesienia terapeuty, który mógłby zablokować poruszanie na sesji tego rodzaju tematów, był poddany szczegółowej analizie. W istocie rzeczy pacjentka nie prezentowała jednak oznak konfliktu moralnego na opisanym powyżej tle. Być może było to spowodowane jej

historią życiową, pełną zaniedbania emocjonalnego. Zostanie siostrą zakonną mogło więc jawić się jej np. nie jako droga do mistycznego obcowania z Bogiem czy sposób na efektywne słuźenie ludziom, lecz jako próba ucieczki od wewnętrznych konfliktów.

Cele terapii:

- podwyższenie dystymicznie obniżonego nastroju oraz zaburzeń snu – rozumianych jako obrona przed nieświadomym lękiem (związany z konfliktem lojalność
- zależność).

Plan terapii zakładał:

- a) przełamanie oporu i dalsze ujawnianie treści konfliktów i towarzyszących im emocji,
- b) umożliwienie odreagowania emocjonalnego,
- c) pogłębianie wglądu intelektualnego,
- d) odstawienie benzodiazepin i w miarę możliwości innych leków,
- e) wzmocnienie zdrowych funkcji ego (by umożliwić pacjentce lepszą adaptację) poprzez odkrywanie jej zasobów i treningi nowych sposobów radzenia sobie,
- f) redefiniowanie i urealnianie relacji z otaczającymi pacjentkę ludźmi.

Terapeuta miał nadzieję, że taki plan terapii pomoże pacjentce wyzbyć się nierealistycznych oczekiwań od otoczenia, wybrać dalszą drogę życiową według własnych zinternalizowanych pragnień i norm – co w konsekwencji przyniesie jej większą satysfakcję z życia. Terapeuta zdawał sobie jednak sprawę, że osiągnięcie tego rodzaju zmian może wykroczyć czasowo poza ramy prowadzonej psychoterapii.

Podczas sesji 8–19 pacjentka dalej pogłębiała wgląd, między innymi poprzez *analizę genogramu* (sesje 8–10). Genogram posłużył jako narzędzie do identyfikacji oraz analizowania przekazów i delegacji rodzinnych oraz wzorców zachowań obecnych w rodzinie pacjentki, a przyjmowanych przez nią samą. Pacjentka zidentyfikowała osoby będące dla niej wzorami (ideałami) oraz antywzorami emocjonalnymi, intelektualnymi i ideologicznymi. Ze smutkiem skonstatowała, że do tej drugiej kategorii należą jej rodzice. Za pomocą genogramu analizowała też powtarzające się, zarówno korzystne, jak i niekorzystne cechy osobowości w systemie rodzinnym. Odkrycie korzystnych mechanizmów funkcjonujących w jej poszerzonej rodzinie pomogło jej dostrzec własne pozytywne zasoby i przyczyniło się do podniesienia poczucia wartości. Cały proces pracy nad genogramem był związany z jednoczesną pracą pacjentki nad szukaniem powiązań między:

- przekazami i delegacjami rodzinnymi a jej obrazem samej siebie,
- jej doświadczeniami z przeszłości a jej obecnym życiem (emocjami, decyzjami itp.).

Pracy tej towarzyszyły mieszane uczucia: lęku, smutku oraz ulgi i zaufania do samej siebie. Pacjentka stopniowo dostrzegała rodzinnie uwarunkowane trudności w podejmowaniu decyzji, związane z tym jej własne narastające zmęczenie oraz rozdarcie między własnymi pragnieniami a normami, wśród których żyła. Jej lęk objawiał się między innymi poprzez wyraźne i twarde stwierdzenie, że nie chce wystąpić ze zgromadzenia.

W dalszej części tego etapu terapii (sesje 11–19) pacjentka powracała jeszcze do genogramu, jednakże więcej czasu zaczęła poświęcać bieżącym wydarzeniom ze

swego życia. Przyglądała się im pod kątem własnych konfliktów wewnętrznych oraz „wyzwalaczy” silnych emocji.

Pracy takiej sprzyjały interwencje terapeuty: empatyczne rezonowanie, klaryfikacje emocji, formułowanie przypuszczeń oraz rzadsze interpretacje i konfrontacje. W tym okresie pacjentka wykonywała w domu *pisemne zadania* o charakterze poznawczym, które miały za zadanie skatalizowanie procesu wglądowego. Sprecyzowanie zadania było związane z wcześniejszym ujawnieniem przez pacjentkę konkretnych przekonań bądź emocji. Przykłady zadań:

***Tabela konfliktów**, która składała się z następujących kolumn:

- nazwa konfliktu wewnętrznego: „być blisko – izolować się”
- obecna jego manifestacja (jak jest odtwarzany): „Mam wielu znajomych – ale czy przyjaciół?”
- pierwsza sytuacja, gdy miał on miejsce: „Nie wiedziałam, czy przytulać pijanego tatę czy uciekać od niego”
- koszty emocjonalne, „napiecie, niepewność, samotność”
- koszty społeczne (osobiste i zawodowe): „Zrażam sobie ludzi”
- własne przyczynianie się do konfliktu: „Nie mówię, co czuję, sama nie wiem, czego pragnę”
- próba alternatywnego rozwiązania konfliktu: „Co by było, gdybym była z kimś naprawdę blisko? Czy zostałabym przyjęta taka, jaka jestem?”

***Tabela „wyzwalaczy” silnych emocji:**

- co budzi w Pani wzburzenie: „Gdy ludzie krzyczą”,
- kiedy tak było ostatnio: „Gdy siostry kłóciły się między sobą”,
- kiedy tak było pierwszy raz: „Gdy rodzice wydzierali się na siebie”,
- co chciała Pani wtedy zrobić: „Krzyknąć: zamknijcie się!”
- co Panią powstrzymało: „Bałam się, że ojciec będzie jeszcze bardziej wściekły”,
- co zrobiła Pani zamiast tego: „Poszłam do pokoju i płakałam w łóżku”
- co Pani wtedy myślała: „To moja wina”
- jak Pani teraz reaguje: „Gdy ktoś krzyczy, uciekam i płaczę na osobności”
- czy jest inny lepszy sposób: „Może warto, bym mówiła im, że to mi przeszkadza? Lub porozmawiała z kimś komu ufam”.

***Psychorysunek** – np.: dzieciństwo, jakie było – dzieciństwo, jakie mogło być.

Omówieniu zadań była poświęcona część każdej sesji (11–19). Szczególny akcent terapeuta kładł na analizę tego, w jaki sposób pacjentka przyczyniała się do danego konfliktu. Pacjentka przeważnie chętnie wykonywała zadania, choć w jednym przypadku rozumiała je inaczej niż myślał terapeuta. Rozpoczęła tę sesję z lękiem i obawą, czy nie zostanie zganiona i odrzucona. Korektywnym dla niej doświadczeniem było przyjęcie jej zadania bez agresji i rozczarowania, a raczej z próbą zrozumienia mechanizmu, który stał za zniekształceniem jego treści. Przypadkiem tym było narysowanie dwóch niemal identycznych rysunków na dwa różne tematy: „dzieciństwo, jakie było – dzieciństwo, jakie mogło być”. Terapeuta zaproponował kilka możliwych hipotez tego rodzaju zniekształcenia. Pacjentka zareagowała płaczem. Była wdzięczna za zrozumienie jej pragnienia idealizacji i zaprzeczania.

Między 11 a 12 sesją miała miejsce miesięczna przerwa, ustalona w początkowym kontrakcie. W tym czasie pacjentka spędziła pięć dni ze swymi rodzicami i miała okazję zaobserwować niektóre zjawiska, które poruszyła podczas omawiania genogramu.

Zmotywowało ją to do kontynuacji terapii. Jednocześnie przez ten miesiąc przeżywała wzmożone objawy somatyczne, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego.

Na tym etapie terapii (sesja 11–19) pacjentka wносиła dużo treści nieświadomych poprzez **ujawnianie treści snów**. Główne tematy: „dziewczyna myje brudne miasto, brudne okna”, „defekacje”, „galop na koniu, który wpadł w potrzask”, „duszenie ojca kocem w szpitalu”, „własna operacja”. Pacjentka dokonywała własnej analizy snów, po czym czynił to terapeuta. Sen zaczął się stopniowo poprawiać od około 12 sesji. Pacjentka budziła się coraz bardziej wypoczęta, co łączyła ze zmianą kultury snu. Szczególnie w weekend, gdy nie było konieczności wstawania do pracy, sypiała o wiele lepiej. Po 15 sesji odstawiono Aurorix, kontynuowano kurację Stilnoxem: 1 tabletkę na noc. Od 22 do 26 sesji brała tabletki Stilnoxu na noc. Całkowitemu odstawieniu leków towarzyszyły przejściowe bóle głowy i dużo „ciężkich snów”.

Pacjentka odbyła też **trening asertywności**, szczególnie w stosunku do osób z pracy i zakonu. Nie podjęła próby asertywnej rozmowy z rodzicami.

Na tym etapie terapii dostrzegła, że akceptację ojca i matki próbuje pozyskać poprzez przybieranie maski siły, sukcesu oraz utrzymywanie ich finansowo. Dostrzegła też, że toksyczne wzorce relacji małżeńskich wpłynęły na wytworzenie się u niej postaw lękowych oraz utrudniły zbudowanie w pełni satysfakcjonującego związku uczuciowego. Stopniowo dostrzegła, że jest podobna do matki, która „zawsze była bierna i pasywna, a odkąd choruje na cukrzycę, to już w ogóle wszystko odpuściła i większość dnia spędza w łóżku”. Odkrycia te powodowały częściową ulgę, ale i niepokój związany z tym, co będzie dalej. Pacjentka, wracając do swego dzieciństwa, odkryła, że irytowało ją to, że matka nie była „w stanie przeciwstawić się ojcu, pozwoliła mu się zdominować i zrezygnowała z własnych ambicji”. Odkryła, że wybór zakonu był w jakiejś części chęcią oderwania się od rodziny, nie chciała bowiem powtórzyć „drogi życiowej matki”.

Poszukiwanie wglądu było związane z kosztami emocjonalnymi pacjentki – częściej płakała. Stopniowo odchodziła od posługiwania się religijnym językiem podczas sesji terapeutycznych. Niemniej, gdy napięcie związane z osiąganiem wglądu nasilało się, kompensacyjnie czytała książki o papieżu, by czerpać pociechę, „skoro on nie narzeka na swą chorobę, ja też nie mogę”. Miała dużą potrzebę zasięgnięcia rad, ujawniając tym samym swą skłonność do bycia zależną. Terapeuta stymulował ją do analizy jej potrzeb i konfliktów. Starał się ukazać pacjentce jej skłonność do deprecjonowania własnej intuicji i doświadczenia oraz tendencję do poszukiwania rozwiązań i wzmocnień w zewnętrznych obiektach (np. zakon, terapeuta). Pacjentka ujawniała też tendencje do oskarżania siebie: „Jestem ambitna, tzn. pyszałkowata. Nie ma we mnie za grosz pokory”.

Pacjentka analizowała, czy i w jaki sposób chce utrzymywać kontakty z rodziną. Trudno jej było przyznać się do własnej niechęci do tak powierzchownych kontaktów z rodzicami. Próbowwała racjonalizować, rezygnując z własnej odpowiedzialności, podpierając się regułą zakonną: „W zakonie mówią, że należy zostawić rodzinę dla Boga i ew. jeździć tylko na pogrzeby, a na śluby już nie.” Podobny mechanizm można było zauważyć, gdy wypowiadała się nt. reguł zakonnych dotyczących pieniędzy. „Nie powiedziałam nic w zakonie o chorobie matki, bo i tak by nie dali pieniędzy. Nasze zgromadzenie pomaga już Gruzji”.

Pacjentka, analizując rolę ważnych mężczyzn w swoim życiu, zauważyła, iż zawsze pociągali ją mężczyźni będący przeciwieństwem ojca: „pobożni, uporządkowani, bezpieczni”. A ksiądz lub chłopak z LO myślący o seminarium „stwarzali taką szansę”. Zachęcana przez terapeutę do analizy własnego przyczyniania się do tego, jak związek wyglądał i w jaki sposób się kończył, zauważyła, że często była skryta i nie mówiła zarówno o swoich obawach, jak i radościach.

Na sesjach 18–20 pacjentka stosunkowo dużo czasu poświęciła na *omówienie swej relacji wobec terapeuty*. Mówiła o początkowej idealizacji i o swoim „ugrzecznieniu”, o pojawiającej się złości i rozczarowaniu tym, że nie udzielał jej rad, co jest dobre, a co złe. Gdy zaczął jej współczuć, początkowo dziwiła się, potem złościła na niego. Wyrzuciwszy te uczucia i wątpliwości wobec terapeuty, pacjentka poczuła, ku swemu zdziwieniu, że czuje się przy nim w miarę bezpiecznie i swobodnie w odkrywaniu swoich uczuć. Ważne było dla niej, że po wyrażeniu złości na terapeutę, nie została przez niego w żaden sposób zaatakowana, ani że terapeuta nie zaczął użalać się nad sobą. Uważała, że pomogło jej też to, iż nie osądzał jej w kwestiach moralnych. Na tym etapie nastąpiło więc korektywne doświadczenie, poprzez przeżycie do terapeuty uczuć i emocji jak do substytutu utraconego obiektu osoby znaczącej. Pacjentka miała natomiast żal do terapeuty, że nie określił jasno i precyzyjnie swej religijności.

Poruszała też inne kwestie:

- Napięcie i poczucie winy, gdy – pozostając w konflikcie między nie w pełni zinternalizowanymi obowiązującymi normami a własnymi pragnieniami – miała wpajac innym siostronom te normy, prowadząc rozważania nad regułą zgromadzenia.
- Złość – gdy wysyłała pieniądze rodzicom na konto, którego właścicielem jest tylko ojciec.
- Samobójstwo syna kuzynki (15 lat), który rzucił się z wieżowca. Pacjentka była na pogrzebie i spotkała się z rodzicami. Szokiem dla niej było, że zobaczyła zimnych, nie współczujących rodziców. Od tego momentu bez większego poczucia winy mówiła o nie wyrażanej do nich od lat złości.
- Spotkanie na ulicy z młodszym bratem, który od prawie 10 lat jest alkoholikiem, a od 4 lat nie wiadomo, gdzie mieszka – „jest włóczęgą”. Pacjentka czuła się za niego odpowiedzialna i miała poczucie winy, bo „przecież go wychowywała”. Posłużyło to w terapii do przyjrzenia się odpowiedzialności za własne życie, a każdy ma swoje – także ona i brat. Dalsza analiza przyniosła pacjentce nieco ulgi – zrozumiała, że brat i ona wybrali dwa skrajne sposoby oddzielenia się od systemu rodzinnego: „przez świętość lub przez samozatrącenie”.
- Wyjazd na południe Europy ze swym obecnym partnerem. Wyjazd był dla niej bardzo satysfakcjonujący. Pacjentka wróciła zachwycona, ponieważ „współżycie było wspaniałe, jak nigdy”. Wyjazd ten pobudził ją do paru refleksji. Przyznała się sama przed sobą, że choć początkowo twierdziła, że nigdy nie inicjowała współżycia, że tylko przyjmowała „zaloty” księży, w zamian za akceptację i afirmację – teraz dostrzegła, że i we wcześniejszych związkach przejawiała inicjatywę w inicjowaniu seksu. Dalej cały czas miała poczucie skrępowania, wstydu, niewierności wobec norm, ale już nie grzeszności, jak w poprzednich związkach.

- Coraz to nowe zobowiązania zawodowe, które przyjmowała nie potrafiąc odmówić. Momentami przeżywała to niemal masochistycznie: pozornie akceptując je i ciesząc się, jednocześnie odbierając niechciane i generujące lęk, winę i tłumioną wrogość.

To wszystko posłużyło za materiał pracy wglądowej nad własnym przyczynianiem się pacjentki do różnych wydarzeń – urazowych i satysfakcjonujących – w jej życiu. Wykazywała ona silną tendencję do tłumaczenia przebiegu swego życia tylko i wyłącznie tym, co wyniosła z domu rodzinnego. Przyglądając się bliżej obecnym wydarzeniom dostrzegła, że ma jednak pewien wpływ na to, co się dzieje w niej i wkoło niej. Np. zauważyła, że relacje w mediach w jakimś stopniu są związane z tym, czy przedstawia swoje projekty asertywnie, z poszanowaniem zdania innych osób, czy też agresywnie lub pasywnie. Stwierdziła ponadto, że ten asertywniejszy sposób przynosi jej więcej satysfakcji. Podobne zależności dostrzegła w relacjach zakonnych, natomiast jeśli idzie o rodzinę – uznała, że zachowując się zdecydowanie nieasertywnie, niemal w pełni świadomie stara się kontrolować to, co się dzieje między rodzicami.

Sesje 20–28

Podczas tych sesji pacjentka głównie koncentrowała się na różnych alternatywnych planach na przyszłość, z rosnącą świadomością swoich uczuć i konfliktów. Trenowała też nowe formy rozwiązywania konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych poprzez ćwiczenie negocjowania realistycznych oczekiwań czy podejmowania racjonalnych decyzji. Podczas wcześniejszych sesji utożsamiała psychologiczne emocje winy i lęku z religijnym poczuciem grzechu i nie potrafiła zdobyć się na kompromis między rozumem a pragnieniem, pomiędzy pragnieniem a potrzebą bycia zaakceptowaną przez rodziców i środowisko. Stopniowo jednak uwalniała się od religijnego rozwiązywania konfliktu lojalność – niezależność i osiągnęła to bez dekompensacji depresyjno-lękowej.

Omawiając na tym etapie terapii swą religijność, pacjentka dostrzegła, że w dużym stopniu religia była dla niej zespołem norm, których z jednej strony nie przestrzegała, a z drugiej strony je głosiła, ale przede wszystkim wydawał się on atrakcyjną alternatywą dla wartości wyniesionych z domu. Dostrzegła też, że jej religijność została ukształtowana pod wpływem konfliktu dotyczącego winy i kary. Konflikt ten odzwierciedlał się podczas terapii poprzez próby skierowania przez nią treści sesji na silnie zintelektualizowaną dyskusję teologiczną. Omawiając swoją relację z ojcem, pacjentka odkryła, że podobnie postrzega swą relację z Bogiem. Religia, tak samo jak i życie domowe w dzieciństwie, była dla niej w istocie zbiorem często niezrozumiałych rytuałów, które utrudniały szczerze kontakty z ojcem, matką i Bogiem.

Temat religijności przeplatał się z omawianiem relacji pacjentki z jej obecnym partnerem. Z jednej strony mówiła o zadowoleniu i spełnieniu, z drugiej – o obawie, czy nie doprowadzi ją to do odejścia z zakonu. Rozważała trzy możliwe rozwiązania:

- a) pozostanie w zakonie i nieutrzymywanie relacji z mężczyzną,
- b) formalne związanie się z mężczyzną i wyjście z zakonu,
- c) pozostanie w zakonie i w związku z mężczyzną.

Największy lęk dotyczył pierwszego rozwiązania. Pacjentka stwierdziła, że nie chce już „hamować swej rozbudzonej seksualności”. Mówiąc o swym onanizmie wciąż używała terminu „samogwałt”, związanego u niej z dużym poczuciem winy. Stopniowo jednak dostrzegła, że masturbacja była dla niej stosunkowo bezpieczną i w pewnym sensie atrakcyjną formą rozładowywania napięcia seksualnego, ponieważ z jednej strony nie narażała jej na potencjalne trudności i odrzucenie w relacji z realnym partnerem, a ponadto pozwalała trwać w świecie kontrolowanych przez nią fantazji. Tak rozumiana masturbacja, zdaniem terapeuty, wpisywała się w infantylną próbę rozwiązania, generowanego przez konflikt lojalność – niezależność, lęku przed odrzuceniem.

Pacjentka uznała pragnienie bycia ze swym partnerem za „normalne i niegrzeszne”. Zdawała sobie sprawę, że jej partner – ksiądz raczej nie zdecyduje się na pozostawienie kapłaństwa, ponadto nie była pewna, czy go kocha. Tak więc nie chciała podejmować szybkiej decyzji. W tym okresie opowiedziała sen, w którym była na weselu i widziała, że ktoś przez pomyłkę brał ślub – nie ta osoba, która powinna.

Pacjentka podjęła *negocjacje* w swoim miejscu pracy, wcześniej ćwicząc różne ich warianty na sesjach. Negocjacje dotyczyły liczby godzin pracy oraz czasu potrzebnego na wykonanie zlecenia. W rzeczywistości negocjowała z szefem i koleżanką z pracy. W negocjacjach korzystała ze znajomości swych konfliktów oraz ich „wyzwalaczy”. Trudność sprawiało jej niekiedy kontrolowanie impulsów złości i frustracji. Okres przygotowań do negocjacji był dla niej trudny, przez prawie miesiąc mało sypiała i samowolnie przez tydzień brała Stilnox 1 tabletkę na noc.

Stosując *technikę pracy z pustym krzesłem* oraz uwzględniając swe uczucia, konflikty i potrzeby – *rozważała decyzję* o ew. zaprzestaniu wysyłania pieniędzy rodzicom. Przyznała, że wciąż chciałaby się łudzić, że idą one na leczenie matki, choć wie, że w rzeczywistości ojciec przepija znaczną ich część. Uświadomiła również sobie, że wysyłając pieniądze, ma nadzieję na utrzymanie związku małżeńskiego rodziców oraz przede wszystkim na podziw i wdzięczność z ich strony. Wydaje się, że dzięki temu posunęła do przodu proces separacji od rodziców i odżalowania straty idealnych rodziców.

Pacjentka określiła studia podyplomowe jako aktywność przynoszącą jej największą radość i stosunkowo najmniej obciążoną konfliktami z przeszłości.

We wszystkich tych kwestiach zmagala się mniej lub bardziej z tym, czy sama ma podejmować – często zresztą impulsywne – decyzje, czy czekać z nadzieją, że jakieś wydarzenie za nią zdecyduje. Niemniej pod koniec terapii osiągnęła wgląd, że unikanie odpowiedzialności za własne decyzje nasilało konflikt lojalność – zależność i prowadziło w przeszłości do przeżywania pustki, samotności, lęku i depresji.

Sesje 29-31

Ostatnie sesje były poświęcone podsumowaniu terapii, zamknięciu jej procesu i pożegnaniu z terapeutą. Dwie ostatnie sesje odbyły się w odstępach co dwa tygodnie. Zakończenie terapii zbiegło się z wyjazdem pacjentki za granicę, na stypendium. Pacjentka sama dokonała podsumowania tego, co uważa za swe osiągnięcie w terapii i z jakich zmian jest zadowolona. Zastanawiała się też, nad czym ew. dalej mogłaby pracować.

Zauważyła, że nie potrzebuje już tak bardzo rad terapeuty, zyskawszy większe zaufanie do swojej intuicji. Oceniała, że jest bardziej spontaniczna i mniej siebie kontroluje. Dostrzegła olbrzymią poprawę samopoczucia i stanu somatycznego. Jej zdaniem rok temu była o wiele bardziej zmęczona i smutna.

W momencie zakończenia terapii czuła się swobodniejsza i nie uwiązana przy rodzicach. Uważała, że pomogło jej w tym „wyrzucenie emocji” na terapii. Pod koniec terapii pacjentka wciąż, mimo wszystko, gotowa była wysyłać rodzicom pieniądze. Jak jednak sama podkreśliła, czyniła to już świadomie, nie obwiniając siebie, nie oczekując zbyt wiele od nich i „nie pogrążając się w lęku”. Terapeuta, doceniając odreagowanie emocjonalne pacjentki oraz nabycie przez nią pewnego wglądu w stosunku do rodziców, nie wykluczał, że w późniejszym terminie dojdzie również do zmiany jej zachowania w stosunku do nich.

Pacjentka zauważyła, że mogłaby dalej pracować nad kontrolą swych impulsów, by nie wyładowywać swego zdenerwowania na innych.

Stwierdziła, że łatwiej jest jej teraz żyć z napięciem związanym z jednoczesnym pozostawaniem w związku z mężczyzną i w zgromadzeniu, i że się tak bardzo nie potępia, oraz że uwolniła się od sztywnego myślenia: „Musisz zdusić w sobie cielesność i iść drogą powołania”. W momencie zakończenia terapii mogła również wyobrazić sobie siebie dalej jako siostrę zakonną, ale „nie chciała się zaduszać”. Mówiła o tym zdecydowanie i ze śmiechem. Martwiła się o swą przyszłość. Zdawała sobie sprawę, że nawet po zakończeniu studiów podyplomowych nie będzie miała żadnego konkretnego zawodu, pocieszała się jednak, że może starać się o pracę na uczelni.

Jej zdaniem, terapia pomogła jej zrozumieć samą siebie bardziej niż myślała, że to będzie możliwe. W momencie kończenia terapii wiedziała, że nie będzie pewna wielu decyzji, ale ta świadomość nie budziła w niej lęku, ani „automatycznego poniżania siebie”.

Nie wiedziała, czy nawiąże ponowny kontakt z rodzonym bratem. W ewentualnej dalszej terapii chciałaby się przyjrzeć swej relacji z drugim, żonatym bratem.

Cieszyła się z nabytych umiejętności, głównie z negocjowania realistycznych oczekiwań, asertywności i analizy snów. Martwiło ją, że dalej nie potrafi rozmawiać z rodzicami, bo ciągle „drzemie w niej ochota, by ich zmieniać i zabiegać o ich uwagę”. Ale doceniała fakt, że rozumiała, że są to nierealistyczne nadzieje.

Dostrzegła, że w poprawie snu pomogło jej „wyrzucenie z siebie wszystkich emocji i zdarzeń”. Odstawiła całkowicie Stilnox, czasami brała ziołowy Persen.

Pożegnanie oznaczało zadbanie o to, by po ostatniej sesji nie było żadnych zaległych emocji czy treści, które pacjentka chciałaby odkryć przed terapeutą.

Kończąc terapię, pacjentka wiedziała, że 3 tygodnie potem wyjedzie za granicę, by pracować tam naukowo. Odważnie i asertywnie zmierzyła się z reakcją matki: „Co my teraz zrobimy, zginiemy”. Pomimo tego, że odezwało się w niej poczucie winy, postanowiła nie rezygnować z wyjazdu.

Podsumowanie terapii:

- terapia nie została przerwana i zakończono ją w terminie określonym w kontrakcie;
- pacjentka aktywnie współpracowała z terapeutą, zarówno na sesjach, jak i wykonując zadania w domu;

- ustąpiły objawy dystymii, a pacjentka osiągnęła pewien wgląd w mechanizmy zaburzeń, co pozwoliło jej na lepszą adaptację pacjentki i przyczyniło się do remisji objawów;
- doszło do częściowej reorientacji postaw i przekonań;
- nabywanie przez pacjentkę przekonania, że sama przyczynia się zarówno do urazów, jak i sytuacji satysfakcjonujących oraz proces uczenia się brania odpowiedzialności za własne życie okazały się dojrzałą próbą rozwiązania konfliktu lojalność – zależność;
- stosowana równolegle z psychoterapią farmakoterapia pomogła pacjentce w zahamowaniu dalszego obniżania się nastroju oraz w wyrównaniu snu – zanim rozpoczął się proces uzyskiwania wglądu i odreagowywania emocjonalnego; w momencie zakończenia terapii nie przyjmowała leków psychotropowych;
- uzyskano wzmocnienie funkcji ego; pacjentka uzyskała zdolność do kontaktowania się intelektualnego i emocjonalnego z zagrażającymi treściami jej własnej psychiki;
- pacjentka była w stanie wytworzyć więź terapeutyczną;
- nie można wykluczyć nawrotu objawów, jeżeli w pacjentce zwycięży tendencja do unikania odpowiedzialności oraz do tłumienia emocji poprzez stosowanie benzodiazepin.

Kontynuując psychoterapię pacjentka mogłaby pracować nad dalszym redefiniowaniem i urealnianiem relacji z otaczającymi ją ludźmi oraz eksperymentować poprzez wybieranie aktywności w oparciu o zrozumienie własnych konfliktów i kontakt z emocjami. Na tym etapie życia pacjentki procesy te mogą zachodzić również bez psychoterapii.

Ciąg dalszy

Siedem miesięcy po zakończeniu terapii pacjentka przysłała terapeutce pocztówkę z zagranicy. Informowała o swoim wystąpieniu ze zgromadzenia i otrzymaniu zaliczki na napisanie książki.

Obserwacje końcowe

Terapeuta, korzystając z różnych podejść terapeutycznych, koncentrował się bardziej na tworzeniu struktury umożliwiającej systematyczne stosowanie poszczególnych procedur terapeutycznych niż na próbach łączenia przeciwstawnych często orientacji teoretycznych. Warto zauważyć, że przebieg niniejszej psychoterapii w zasadzie spełniał kryteria modelu psychoterapii zintegrowanej, według Beutlera i Clarkina [6]. Zgodnie z nimi terapeuta w trakcie prowadzenia terapii uwzględniał:

- właściwości pacjentki
- a) rodzaj i nasilenie objawów,
- b) cechy osobowościowe ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów obronnych podtrzymujących konflikty wewnętrzne i interpersonalne;
- c) właściwości środowiska pacjentki – ew. system wsparcia oraz sytuację zawodową;

warunki leczenia

- a) miejsce leczenia – ambulatoryjna terapia, odbywająca się regularnie raz w tygodniu,
- b) formę leczenia – terapia indywidualna;
zmienne relacji terapeutycznej
- a) wzajemne dostosowywanie się terapeuty i pacjentki,
- b) tworzenie przymierza terapeutycznego,
- c) tzw. niespecyficzne czynniki leczące;
indywidualny dobór strategii i technik leczniczych, poprzez
- a) zdefiniowanie natury problemu,
- b) ustalenie poziomu pracy,
- c) określenie strategii,
- d) dopasowanie strategii do pacjentki.

Zgodnie z regułami terapii eklektycznej, oraz biorąc pod uwagę wymienione wyżej czynniki, terapeuta stosował techniki psychoterapeutyczne pochodzące z różnych szkół. Ich zastosowanie w danym momencie terapii zależało od dynamiki procesu terapeutycznego. Dopasowanie tych technik do bieżącej tematyki i/lub wieloletnich problemów pacjentki było kluczowym założeniem opisanego procesu leczenia.

PODZIĘKOWANIA: Autor pragnie podziękować uczestnikom swej grupy superwizyjnej, z którymi na bieżąco analizował opisany powyżej proces terapii. Byli to: mgr Beata Kasperek-Żimowska, lek. Magdalena Namysłowska, dr Paweł Sala i dr Maryla Sawicka. Szczególne podziękowania autor składa superwizorowi tego procesu: prof. Czesławowi Czabale.

**Эклектическая индивидуальная психотерапия пациентки с дистимией
– описание наблюдения****Содержание**

В работе представлено описание эклектической индивидуальной психотерапии пациентки с дистимией. В терапевтическом процессе интегрированы элементы следующих психотерапевтических методов: психодинамический, бихевиорально-познавательный, системный, интерперсональный, экзистенциальный и Гештальт-терапия.

В работе обсуждены: история лечения пациентки, диагноз дистимии, показания к началу лечения психотерапией, течение отдельных сессий. Приняты во внимание анамнез, факторы, обуславливающие развитие нарушений, факторы, влияющие и поддерживающие круг симптомов, а также черты личности обследованной. Приведены предположения и успехи терапевтических воздействий и примененных терапевтических методов.

**Eklektische individuelle Psychotherapie der Patientin mit Dysthymie
- Fallbeschreibung****Zusammenfassung**

Der Artikel enthält die Beschreibung eines Falles der individuellen eklektischen Psychotherapie einer Patientin mit Dysthymie. Im therapeutischen Prozess wurden die Elemente folgender psychotherapeutischer Einstellungen integriert: psychodynamisch, behavioral - kognitiv, Systemeinstellung, interpersonal, existenziell und Gestalt. In der Arbeit wurden besprochen: Behandlungsgeschichte der Patientin, Diagnose Dysthymie, Indikationen zur Psychotherapie, Verlauf einzelner Behandlungen.

Es wurden auch Autoanamnese, Faktoren, die die Entwicklung der Störungen stützen, auslösende und die Symptomengruppe erhaltende Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften inbegriffen. Es wurden die angenommenen und erreichten therapeutischen Ziele und die angewandten therapeutischen Techniken beschrieben.

La psychothérapie individuelle éclectique d'une patiente souffrant de la dysthymie – description d'un cas

Résumé

L'article décrit la psychothérapie individuelle éclectique d'une patiente souffrant de la dysthymie. Cette thérapie joint les éléments de divers points de vue: psychodynamique, comportemental-cognitif, systémique, interpersonnel, existentiel, Gestalt. Il présente aussi: histoire de cette thérapie individuelle, diagnostic, indications, cours des sessions particulières. On analyse encore: anamnèse, facteurs contribuant au développement de ce trouble, facteurs stimulant les symptômes, traits de la personnalité. L'auteur présente aussi les techniques thérapeutiques et ses objectifs – projetés et obtenus.

Piśmiennictwo

1. Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill; 1950 [*Osobowość i psychoterapia*. Warszawa: PWN; 1956].
2. Lazarus AA. *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill; 1981.
3. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy. Toward a more integrative model of change*. *Psychother. Theory Res. Pract.* 1982; 19: 276–288.
4. Norcross JC. *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel; 1986.
5. Orlinsky DE, Howard KI. *A generic model of psychotherapy*. *J. Integr. Ecl. Psychother.* 1987; 6: 6–27.
6. Beutler LE, Clarkin JF. *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
7. Reber AS. *The Penguin dictionary of psychology*. London: Penguin Books; 1995 [*Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2000].
8. Rabe-Jabłońska J, Rzewuska M. *Dystymia. Rozpoznanie, obraz kliniczny, przebieg, leczenie*. Wrocław: Urban i Partner; 1999.

Otrzymano: 11.10.2005

Zrecenzowano: 12.12.2005

Przyjęto do druku: 12.01.2006

Adres: Klinika Nerwic IPiN

00-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9