

TEHNIKE RAZVOJNE ANALITIČNE PSIHOTERAPIJE

Polona Matijan

KLJUČNE BESEDE: tehnike razvojne psihoanalitične psihoterapije, psihoterapevtske tehnike patoloških objektnih odnosov,

POVZETEK

V pričujočem članku opisujem spremembe in posebnosti v tehniki razvojne analitične psihoterapije, ki so nastale z razvojem spoznanj o psihopatologiji objektnih odnosov in globoko regresivnih pacientov. Interpretacija je še vedno ključnega pomena, vendar se nanaša na razvojne fenomene. Tehnika prostih asociacij je modificirana, tako da terapevt aktivneje sodeluje pri izbiri vsebine seans. Seanse so običajno enkrat tedensko, terapevtova odsotnost je običajno zelo boleča za pacienta. Posebej pomembno pa je vzdušje v terapevtovem prostoru. Stiki med terapevtom in pacientom izven terapije niso zaželeni, vendar je terapevt običajno za pacienta realnejša oseba kot v klasični psihoanalizi. Imenovane in opisane so tehnike za izgradnjo ega. Opisane so tudi posebnosti v zaključevanju psihoterapije.

ABSTRACT

The following article is describing changes and specifics in the technique of developmental analytical psychotherapy that have been brought by new knowledge about psychopathology of object relations and deeply regressed patients. Interpretation is still the main source of work but it is related to developmental phenomena. The technique of free associations is modified, the therapist is more active in helping the patient to choose the content of sessions. Sessions are usually once a week and patients are extremely sensitive to the therapist's absence. The quality of the atmosphere in the therapist's office is of the main importance. Contacts between the therapist and the patient are not desired but the therapist is more a real person for the patient than in classical psychoanalysis. The ego building techniques are being described. Some specifics of the termination phase are mentioned.

Razvojna psihoanalitična psihologija je vnesla in prispevala kar nekaj novih spoznanj v teorije osebnosti, s tem pa so se spremenili tudi tehnični principi in način psihoterapevtovega dela s klientom. Kot smo lahko zaznali iz predhodnega prispevka, je najzgodnejša psihopatologija pravzaprav patologija objektivnih odnosov. Od tod sledi dovolj logična posledica, da je za zdravljenje tovrstnih motenj najpomembnejši odnos med pacientom in terapevtom, ne samo v smislu analize transfera, kot to poznamo iz klasične psihoanalize, ampak predvsem v smislu načina vzpostavljanja in doživljanja odnosa med psihoterapevtom in pacientom ter seveda posledična verbalna analiza odnosa, vendar hkrati z analizo postaneta korektivni atmosfera in kvaliteta odnosa.

Pomembnost vzdušja v terapevtovi sobi je opazil že Balint in motnje, ki jih pacienti izkazujejo predvsem s pretirano registracijo le-tega, imenoval "osnovna napaka". Že Balint opisuje razlike v terapevtovem delu, ki se kažejo predvsem kot osredotočenje na čustveno klimo, na neverbalno komunikacijo in na nezmožnost pacientov, da se ukvarjajo z verbalnimi sporočili. Naslednjih trideset let so teorija objektivnih odnosov, razvojna psihoanalitična teorija in "self" psihologija še naprej odkrivale tako novosti teoretičnih spoznanj kot tudi različnosti tehničnih intervencij.

Poglejmo osnovne tehnične posebnosti.

INTERPRETIRANJE

Interpretiranje je še vedno tisto orodje, ki daje pacientu osnovno razumevanje in vpogled v njegovo vedenje in ki bistveno loči druge odnose od psihoterapevtskega. Na prvem mestu se je interpretiranje znašlo zgolj zaradi karakterističnosti za psihoanalitično orientirane psihoterapije in psihoanalizo, ne pa zato, ker bi bilo v psihoterapevtskem procesu časovno prvo na vrsti. Vedeti moramo, da interpretiranje v resničnem procesu še zdaleč ni na prvem mestu in se mora med pacientom in terapevtom marsikaj dogoditi, preden je pravi čas za tako intervencijo.

Klasična psihoanaliza skozi interpretacijo naredi nezavedno zavedno in je torej bistveno orodje psihoanalitika. Pri tem psihoanalitik upošteva predpostavko, da skozi ozaveščanje pride do spremembe v strukturi osebnosti. Greenson definira interpretacijo kot spreminjanje nezavednega v zavedno, in sicer pomen, izvor, zgodovino, način ali vzrok določenega psihičnega dogodka. Za vse to je pogosto potrebno mnogo časa in več intervencij.

V razvojni analitični psihoterapiji je cilj za razliko od psihoanalize pogosto širše zastavljen. Poenostavljeno rečeno gre za nadaljevanje razvoja na vseh razvojnih linijah pacientovega ega, kjer je psihoterapevt v diagnostični fazi ugotovil zastoj in meni, da je za njegovo funkcioniranje in življenje pacienta to nujno in da je možno razvoj tam nadaljevati.

Tudi interpretacija v razvojni analitični psihoterapiji je razvojna, to pomeni, da se nanaša na razvojne fenomene. Kot primer naj navedem način vzpostavljanja objektnih odnosov, skozi katerega skušamo doseči, da pacient razume funkcioniranje svojega ega, saj tudi psihopatologijo razumemo pretežno kot psihopatologijo ega.

Interpretacija je nevarno orodje, kadarkoli jo uporabljamo in pri razvojno deficitarnih pacientih, moramo paziti, da ne interpretiramo prezgodaj, sicer pacienta le zmedemo, ne razume nas in krepimo mu anksioznost. Najbolje je, če interpretacijo podamo v obliki vprašanja, na primer: ali ne mislite, da gre mogoče za to in to... Taka razlaga ne vdre v pacienta preveč nasilno, da mu možnost, da razmisli in se sam odloči. Terapevt mora biti previden, da se ne

postavlja na onipotentno pozicijo, kjer je on tisti, ki vse ve in vse zna.

PRIMER:

22 letna pacientka je prišla po pomoč zato, ker se je pogosto polulala v hlačke, posebno ob komičnih situacijah ni mogla zadržati urina. Skozi seanse govori o tem, kako se prilagaja konkretni vsebini pogovora in kako povsem izgine prejšnja vsebina. Izkaže se, da ne more ponotranjiti oziroma zadržati. Prvič povežem s simptomom in intepretiram v 40. seansi.

T: "A ni mogoče to podobno temu, da tudi lulanja ne morete zadržati. Če bi se mogoče poskusili spomniti misli in čustev vsaj vsak dan za ves dan, bi se mogoče naučili zadržati".

VSEBINA SEANS

Osnovna psihoanalitična tehnika prostih asociacij je modificirana v tem smislu, da pacient sicer govori o tistem, kar želi, vendar pa psihoterapevt mnogo bolj skrbno izbira vsebino, na kateri bosta s pacientom delala, in le pri pacientih, kjer proces funkcioniranja teče na sekundarnem nivoju, uporablja tehniko prostih asociacij v ožjem pomenu besede.

Na vsebino seans pazi tako, da terapevt izbere tisto temo, o kateri pacient govori, kar meni, da je razvojno možno obdelati, pacienta o tem povpraša, da pripombo. Običajno je dovolj, da pokaže terapevt za tisti del več zanimanja, pa bo pacient temu tudi sam posvetil več pozornosti.

POGOSTOST IN TRAJANJE

Pogostost seans je običajno enkrat tedensko, četudi ni trdnega pravila in je lahko tudi dva do trikrat na teden. Pač pa, če je le mogoče, razmak med seansami ne sme biti več kot teden dni. Pacienti z razvojnimi deficiti ega imajo praviloma težave z internalizacijo in konstantnostjo objekta, tako da se vsebina psihoterapevtskega dela izgubi, če so seanse prerediti.

Posebej opozarjam na stalnost terapevta. Terapevtova odsotnost je namreč doživeta zelo travmatsko, pri pacientu najdemo znake strahu pred

izničenjem do strahu pred izgubo objekta in selfa, tako da morajo biti vse morebitne odsotnosti terapevta po njegovih najboljših možnostih napovedane veliko prej in primerno obdelane.

Seansa traja od petinštirideset do petdeset minut.

Psihoterapijo delamo vis a vis, ne leže na kavču, razen če imamo za to utemeljen razlog. Ležeč položaj običajno izziva preveč regresivnosti, ki je običajno maligne narave in zato krepí anksioznost. Kot si pri klasičnem "psihoanalitičnem pacientu" želimo, da bi popustila represija, da bi torej postal bolj regresiven in bi se na ta način zavedel svojega ida (izvenzavestnih, gonskih vsebin svojega doživljanja in vedenja), tako se pri bolj deficitarnih pacientih izogibamo dodatne regresije. Če jo sprožimo, večinoma oviramo terapevtsko delo. Pacient postane še bolj občutljiv na vzdušje, bolj odvisen in paničen, lahko pa tudi v objektnem odnosu, ki se kaže tudi skozi kontratransfer, bolj paranoiden. Zato delamo v položaju, ki dodatno ne povzroča regresivnih vsebin.

Kadar delamo s pacienti, ki imajo težave v simbiotični fazi, je zelo pomemben kontakt oči - oči in analiza teh pogledov, zato je pacientov sedeč položaj nasproti terapevtu naravnost zaželen.

Kljub izjemnemu pomenu čustvenega vzdušja v psihoterapevtski situaciji, pa je še vedno sredstvo razvojne analitične psihoterapije beseda, četudi je namenjena predvsem rekonstrukciji predverbalnih izkušenj.

Zadovoljevanje pacientovih potreb je v klasični psihoanalizi nedopustno, v razvojni analitični psihoterapiji pa mora psihoterapevt do določene mere, ki jo je mogoče določiti le skozi lastne izkušnje in empatijo, priti pacientu naproti. Nikoli pa ne sme terapevt uporabljati regresivnih tehnik komunikacije do te mere, da bi postale fiksacija v terapiji. Komunikacija mora potekati na simboličnem nivoju, to je v obliki besed, ne pa v dotiku, hranjenju, darilih ali podobno. Terapevti, ki ne ločijo direktnega zadovoljevanja potreb od simboličnega, ustvarjajo s pacientom realen odnos, ne pa psihoterapevtskega, ato pacientu ne omogočajo učenja oziroma internalizacije, preko katere bo nekoč terapijo lahko tudi zaključil in terapevta zapustil. Delajo večne paciente in vodijo večne terapije oziroma pacientu krepíjo maligno odvisnost od sebe. Naj navedem primer in ustrezno rešitev: ko gre terapevt na dopust, so mejni pacienti povsem izgubljeni, če ne vedo, kje je njihov terapevt, ne vedo, kje je njihova točka varnosti. V skladu s

poznavanjem pacienta in nivoja njegove tesnobe mu psihoterapevt pove, kam odhaja.

Dotikov v razvojni analitični psihoterapiji ne uporabljamo, ker bi zmedli in bi zopet dajali vtis pravega odnosa in pravih zadovoljitev potreb, kar pa ni res. Pacient se mora skozi psihoterapijo naučiti, kaj potrebuje in na kakšen način to najde, vendar pa mora svoj cilj poiskati v pravem življenju. Prav skozi to mejo, koliko in kakšne izkušnje naj psihoterapevt v psihoterapiji pacientu omogoči zaradi korekcije primarnih odnosov in od kod naprej pospešuje maligno odvisnost, se kaže spretnost, znanje in ne nazadnje empatija dobrega psihoterapevta. Skozi supervizijo se lahko do neke mere tehnike naučimo, vendar ne do popolnosti; tu se pokaže večja ali manjša nadarjenost za opravljanje tega poklica. Telesnim dotikom se torej izogibamo, izjema je rokovanje na začetku ali koncu seanse.

USTREZNO EMOCIONALNO OKOLJE

Poudarila sem že izjemen pomen vzdušja v terapevtovi sobi, zdaj pa si pogledjmo, kaj razumemo s tem izrazom:

1. zagotavljanje udobnega prostora, v katerem poteka psihoterapija;
2. terapevtova zanesljivost, ki se kaže v zagotavljanju rednosti seans;
3. uporaba seans izključno v pacientovo korist;
4. terapevt se vzdrži vrednostnih sodb, s čimer ohranja svojo nevtralnost;
5. sprejemanje tako pacientove kritike kot hvale brez narcisistične užaljenosti ali gratifikacije

Ustrezno emocionalno okolje pomeni optimalno, razvoj vzbujajočo frustracijo. Prezahtevnost in pretirana zaščita pacienta ne pospešujeta njegove rasti, po nepotrebnem dvigujeta anksioznost in zahtevata preverjanje kontratransfera.

V literaturi najdemo za emocionalno klimo v psihoterapiji vrsto izrazov, na primer nevtralnost, usmerjena pozornost, terapevtska aliansa, empatija, "holding" okolje, občutek varnosti. Vendar pa je potrebno poudariti, da je bistvo emocionalne atmosfere vendarle kvaliteten objektni odnos, ki ga psihoterapevt vzpostavlja s svojim pacientom.

Poleg ustreznega vzdušja, za katero je odgovoren psihoterapevt, pa ta ne

sledi le tistemu v odnosu, kar psihoanaliza razlaga kot posledico starševskega odnosa do otroka, ampak tudi aktivni udeležbi in prispevku, ki ga vnaša v odnos pacient. Dobro vemo, da motnja nastaja v interakciji otroka in staršev, kjer je otrok aktivno udeležen. Iščemo znake njegove udeležbe in njegovega prispevka in to interpretiramo.

PSIHOTERAPEVTSKA ALIANSA

Greenson jo definira kot nenevrotičen, racionalen delovni odnos s terapevtom. Blanckova pravita, da je terapevtska aliansa pridružitvev v skupnem cilju. Pacient sprejema terapevta kot osebo katalizatorja v njegovi osebnostni rasti. Alianso lajša občutek varnosti, ki ga ustvarja terapevt. Paziti pa mora, da ne producira pretirano veselega odnosa, ker ni produktiven. Delovna aliansa je dosežena tudi s tem, da se pacient jasno zaveda, da terapevta bolj zanimajo pacientova čustva, kot da bi terapevt vsiljeval svoja.

KONTAKTI IZVEN PSIHOTERAPIJE

Stiki načeloma niso zaželeni, vendar pa psihoterapevt ne more ostati tako anonimen kot pri psihoanalizi, ker psihoterapija objektivnih odnosov od njega zahteva, da se je zmožen ponuditi pacientu kot objekt. To pomeni, da je zmožen natančne pacientove eksploracije o sebi, ne da bi dajal konkretne odgovore. V razvojni analitični psihoterapiji mora biti terapevt bolj realen objekt, ne zadostuje, da ostane povsem anonimen in samo na simbolnem nivoju. Kot vidmo, je meja tanka in krhka in zahteva senzibilnega terapevta, ki zmore in zna ohraniti terapevtski delovni odnos. Če se pacient in terapevt srečata v situaciji izven psihoterapevtovega delovnega prostora, priporočamo bolj vljudnost kot pa socialni pogovor, ki bi vnesel v delovno alianso nemir in povsem druge prvine, ki ne koristijo napredovanju pacienta, ampak celo škodijo.

V isto kategorijo spada odločitev, da v individualni psihoterapiji hkrati ne obravnavamo več članov iz iste družine.

NEMOTIVIRANOST

Poseben problem je nemotiviranost pacientov. Kadar v klasični psihoanalizi naletimo na nemotiviranost, fenomen razlagamo kot odpor, ki ga razumemo kot posledico konflikta. Pri razvojno deficitarnih pacientih pa vemo, da ne gre za konflikt, ampak da težave v življenju ne znajo povezovati z načinom doživljanja in mišljenja. Kot redukcija napetosti se pogosto pojavlja še somatizacija, ki pa gre povsem mimo psihe, in pacient zelo težko prepoznava zveze s čustvovanjem in doživljanjem, ker so tako izvenzavedne. Zato tudi dolgo ni motiviran govoriti o stvareh, za katere mi mislimo, da bi mu pomagale, ampak se vrti okrog simptomov in telesnih senzacij izolirano od ostalih stvari v življenju.

Primer: Pacientka pride zaradi težav, ki jih ima z adolescentno hčerjo, ki o materinem obisku nič ne ve in tudi po pomoč ne bi prišla. Pomoč išče mati, vendar sama zase meni, da je povsem v redu. Psihoterapevt v svoji intervenciji skuša poiskati točko, kjer je lahko empatičen, lajša začetno paranoidnost in skuša pokazati, kje je edina možnost za pomoč.

P: Ne zaupam terapiji, vašemu znanju..

T: Prepričana sem, da imate dober razlog, da tako mislite in preveliko zaupanje na začetku je lahko celo prepreka. Ampak ker ste prišli vi, pogledjva, če vam lahko kaj pomagam.

TEHNIKE ZA IZGRADNJO EGA

1. Suport - izraz suport smo bili navajeni uporabljati, kadar z njim označujemo suportivno psihoterapijo, to pomeni površinski ukrep, kjer poiščemo pozitivno vedenje in doživljanje v pacientu in ga podpremo. V razvojni psihoterapiji je suport egu povsem nekaj drugega, pomeni namreč podporo naslednjemu koraku v razvoju. Ob vsebini, ki jo prinese v seanso pacient, se terapevt ob skrbni procesni diagnostiki odloča, kateri razvojni korak in na kateri razvojni liniji, je bistven in intervenira na tistem mestu.

Poleg ustreznega vzdušja, za katero je odgovoren psihoterapevt, pa ta ne

2. Izboljšanje obrambne funkcije ega - vsebina intervencije je namenjena prenašanju tesnobe in cilju, da pacient doseže signalno tesnobo.

3. Verbalizacija je ena od osnovnih tehnik, ki se uporablja kot sredstvo za izgradnjo ega. Mnogi pacienti izražajo željo, da jih terapevt razume na simbiotičen način, to je brez besed. Če je bila simbioza za pacienta preveč frustrirajoča, ni nič narobe, če sta pacient in terapevt skupaj v tišini, če pa je bila simbioza preveč zadovoljujoča, terapevt prijazno zahteva od pacienta, da skuša svoje misli in občutke izraziti v besedah.

Verbalizacija ni sinonim za govor. To je kompliciran proces, za katerega je med drugim potrebna simbolizacija, govor in semantična komunikacija.

4. Nevtralizacija impulzov je povezana z zadovoljevanjem potreb in ustrezno količino frustracij, torej izrazito z objektivnim odnosom. Agresije ne smemo izzivati, dokler ni vsaj malo nevtralizirana in izražena mora biti proti varnemu libidnemu objektu. Z drugimi besedami to pomeni, da mora terapevt najprej graditi in poskrbeti, da se pacient počuti varnega, sprejetega in razumljenega, šele nato lahko načenja probleme z besom ali drugimi razdiralnimi čustvi ter pomaga pacientu, da jih doživi in blaži - nevtralizira in sprejme kot del sebe na drug način.

Recimo še besedo o zaključevanju razvojne psihoanalitične psihoterapije. Tudi pojem zaključne faze je revidiran, čas za zaključevanje se pojavi, ko postaja pacient avtonomen in ker to ni trenutno stanje, ampak se pojavlja postopno, tudi na zaključek gledamo bolj kot na zaključevanje v psihoterapiji in ga razumemo kontinuirano. Končevanje nezadržno vsebuje tudi separacijo, tukaj ji ni moč uiti in ne moremo se izogniti ponovitvi procesa separacije - individuacije. Kriterij, po katerem lahko zaznamo, koliko se je pacient individualiral in separiral od terapevta, je pacientova reakcija na terapevtovo odsotnost, recimo dopust. Če je terapevtov dopust za pacienta kljub večletni psihoterapiji večji problem, potem v kontekstu razvojne psihologije nismo obdelali najpomembnejše faze, to je separacije in pacient za zaključek ni pripravljen. Če pa se pojavi zgolj milejša, normalna žalost ob ločevanju, pa ta seveda ne more biti več razlog, da bi pacienta še nadalje zadrževali v terapevtskem postopku.

Strah pred separacijsko anksioznostjo zadržuje pacienta predolgo v psihoterapiji le tedaj, kadar sovpade s terapevtovo separacijsko anksioznostjo. Sicer je terapevt zmožen v ustreznem času in na ustrezen način separacijo s pacientom predelati in terapijo zaključiti. Odločitev za zaključek naj bo običajno pacientova, vendar pa naj se s tako pomembno odličitvijo strinjata oba, pacient in psihoterapevt. Psihoterapevt mora imeti zaključek terapije v mislih od prvega kontakta dalje, ko eksplorira pacientov problem, diagnosticira in se odloča za način in pogostost psihoterapije. Ob načrtovanju načina psihoterapije igra pomembno vlogo možnost zaključka in konca, kot ga v začetni fazi lahko predvidi psihoterapevt.

Mnogi avtorji menijo, da je kriterij za zaključek zmožnost pacienta za žalovanje. Do občutkov žalosti pride na obeh straneh, tudi na terapevtovi, saj tako intimen kontakt, kot ga imamo s pacientom, prinese s seboj občutke topline, vendar za terapevta ne mislimo, da ob zaključku psihoterapije žaluje s pacientom. Za pacienta pa je običajno terapevt resničnejši objekt kot obratno, pa vendar če je postal preveč pravi, smo psihoterapijo napačno vodili. Pacient naj bi med psihoterapijo vzpostavljal in gradil odnose v svojem pravem življenju, ne s terapevtom, in ob koncu terapije se mora posloviti in ločiti predvsem od svojih preteklih objektov, s katerimi je bil pretirano povezan. Psihoterapevt ne bi smel predstavljati toliko resničnih vezi, da bi to postal problem. V primeru zaključevanja psihoterapije pacient reprezentacije objekta ne izgubi in razrešitev odnosa s terapevtom mu da več zmožnosti za objektivno angažiranje v resničnem življenju. Skozi skupno delo je pacient internaliziral razumevajočega in naklonjenega terapevta ter se naučil analize; zaključuje kontakt s svojim terapevtom. Analiza postaja proti koncu vedno bolj samoanaliza in na ta način mora biti srečevanje s terapevtom končno, sama analiza pa, kot je rekel že Freud, ostaja neskončna.

LITERATURA

1. Balint M. (1968). Osnovna greška. Terapijski aspekti regresije. Biblioteka Psiha, Zagreb.
2. Blanck G. and R. (1974). Ego Psihologija. Teorija in praksa. Biblioteka Psiha, Zagreb.
3. Blanck G. and R. (1979). Ego Psychology II. Psychoanalytic Developmental Psychology. Columbia University Press, New York.
4. Blanck G. and R. (1986). Beyond Ego Psychology. Developmental Object relations Theory. Columbia University Press, New York.
5. Greenson, R.R. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis. Volume 1. Madison, Connecticut, International Universities Press.
6. Kernberg O. (1976) Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. Jason Aronson Inc. New York, London.
7. Kohut H. (1977). Analiza sebstva. Biblioteka Psiha, Zagreb.
8. Manfield P. (1992). Split Self/Split Object. Understanding and Treating Borderline, Narcissistic, and Schizoid Disorders. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London.

POVZETEK

V prispevku poskušam osvetliti mesto razvojno analitičnega pristopa v psihoterapiji malih otrok. Poseben izziv v obravnavi majhnih otrok predstavlja dejstvo, da gre za osebnost v razvoju, kjer lahko neposredno opazujemo interakcijo med vrojenimi potenciali za dozorevanje in razvoj ter aktualnimi življenjskimi pogoji, ki to podpirajo in omogočajo ali pa omejujejo in zavirajo.

Motnje v funkcioniranju ega so redkeje znak regresije kot odgovora na nerazrešeni notranji konflikt, ampak so v mnogih primerih posledica različnih konstitucionalnih faktorjev in različnih vrst deprivacije v zgodnjem otroštvu, ki povzročajo zastoj in stranpoti na eni ali več razvojnih linijah v razvoju strukture ega. Kadar gre za deficite v razvoju ega, mora psihoterapevtska obravnava najti načine, kako otroke ponuditi izkušnje, ki bodo ponovno aktivirale njegove lastne razvojne kapacitete in mu pomagale premostiti kritične razvojne mejnike.

