

INTEGRACYJNE PODEJŚCIE DO LECZENIA ZŁOŻONEGO PTSD I ZABURZEŃ DYSOCJACYJNYCH

KATHY STEELE

Co wyróżnia złożone PTSD?

PODOBIENSTWA I RÓŻNICE WZGLĘDEM PTSD

Zaburzenie złożonej traumy rozwojowej: Proponowane w DSM-V zaburzenie dziecięce

- ▶ Doświadczenie wielokrotnych i/lub przewlekłych, przedłużających się, niekorzystnych dla rozwoju dziecka zdarzeń traumatycznych, najczęściej o charakterze interpersonalnym (np. wykorzystywanie seksualne lub fizyczne, wojna, przemoc w społeczności lokalnej), występujących we wczesnym okresie życia.
- ▶ Takie zdarzenia często mają miejsce w rodzinie dziecka.
- ▶ (Van der Kolk, 2005)

Objawy PTSD

1. Odrętwienie i unikanie (doświadczanie zbyt mało)
2. Intruzje pamięci traumatycznej (zbyt intensywne przeżywanie)
3. Nadwrażliwość / przesadny strach przed bodźcami
4. Dysregulacja w stosunku do bodźców związanych z traumą:

Podstawową emocją jest strach

Nadmierne pobudzenie w klasycznym PTSD

Niedostateczne pobudzenie / Depersonalizacja w dysocjacyjnym podtypie PTSD (DSM 5)

Złożone PTSD

- ▶ Podobne do PTSD
- ▶ Odrętwienie i unikanie
- ▶ Nadmierna czujność / odruch zaskoczenia
- ▶ Nadmierna czujność
 - ▶ Różni się od PTSD: Zaburzenia w obrębie poczucia ja
- ▶ Rozległa dysregulacja emocjonalna, z przewagą wstydu i innych emocji obok strachu.
- ▶ Utrzymujące się trudności interpersonalne związane głównie z unikaniem
- ▶ Utrzymująca się negatywna samoocena

Różnice między złożonym PTSD a zaburzeniami dysocjacyjnymi (OSDD i DID)

- ▶ Zaburzenia dysocjacyjne obejmują objawy złożonego PTSD oraz dodatkowo przewlekłą, utrzymującą się dysocjację, w tym bardziej nasiloną amnezję i zdysocjowane poczucia "ja".
- ▶ Kryteria diagnostyczne są ograniczone, ale można wyróżnić różne formy prezentacji klinicznej:
- ▶ Stopień dysocjacji
- ▶ Zaobserwowane częściowe lub całkowite wyłączenie kontroli wykonawczej
- ▶ Subiektywne doświadczenie klienta jako więcej niż jednej "osoby".
- ▶ Poczucie "ja" w CPTSD jest "złe", "bezwartościowe". Poczucie ja w DID jest złożone i sprzeczne.

Różnice w leczeniu między złożonym PTSD a OSDD / DID

- ▶ Leczenie ukierunkowane na etapy jest takie samo
- ▶ Przynajmniej pewien stopień ustabilizowania w obu typach zaburzeń; zwykle bardziej rozległy w DID
- ▶ Skupienie się na poprawie funkcjonowania całej osoby: somatycznego, poznawczego (nadawanie znaczenia), emocjonalnego, relacyjnego i wykonawczego w obu typach zaburzeń
- ▶ Dodatkowy nacisk w OSDD / DID kładzie się na eksplorację i rozwiązywanie konfliktów, które sprawiają, że części dysocjacyjne są od siebie oddzielone, oraz na strategię poprawiającą wewnętrzną świadomość i komunikację między częściami dysocjacyjnymi.

Leczenie złożonego PTSD/zaburzeń dysocjacyjnych

Podejścia zintegrowane skoncentrowane na traumie

Podejścia psychodynamiczne

- ▶ Sposób funkcjonowania klienta; konflikty, mechanizmy obronne i opór

Podejścia relacyjne

- ▶ Model oparty na współpracy, który umożliwia radzenie sobie z trudnościami związanymi z przywiązaniem

Podejścia poznawcze

- ▶ Schematy, przekonania i nieadaptacyjne myślenie

Podejścia zintegrowane skoncentrowane na traumie

Podejścia skoncentrowane na emocjach

- ▶ Sposoby, jak klient doświadcza i reguluje emocje; korzystanie z emocji pozytywnych

Podejścia somatyczne

- ▶ W jaki sposób doświadczenie klienta objawia się somatycznie i jak możemy interweniować na poziomie somatycznym; teoria poliwagalna

Przetwarzanie traumy

- ▶ EMDR
- ▶ Ekspozycja
- ▶ Wiele innych

▶ Terapia stanów ego

Rozumienie dysocjacji

Cztery sposoby opisywania "dysocjacji" w literaturze

12

Zaburzenia świadomości i przytomności (problemy z koncentracją uwagi)

Przestrzenność

Zaabsorbowanie lub ruminacja

Głębokie "oderwanie dysocjacyjne"(J. Allen) – myślenie o niczym i nie zdawanie sobie z niczego sprawy (może być związane z fizjologicznym odcięciem)

Fizjologiczne odcięcie (problem fizjologiczny)

- ▶ Reakcja grzbietowo-błędna (Porges; Schore)

Depersonalizacja (problem percepcyjny)

- ▶ powszechne doświadczenia peritraumatyczne
- ▶ powszechne także wśród różnych kategoriach diagnostycznych
- ▶ oraz w normalnych populacjach w okresach stresu, zmęczenia lub

Cztery sposoby opisywania "dysocjacji" w literaturze

4. Dysocjacja ja / osobowości

- ▶ Stany ego są czymś normalnym
- ▶ Części dysocjacyjne (stany ja, częściowe jaźnie, tożsamości, alter-ego, różne sposoby bycia sobą)
- ▶ Każda część jest zbyt mało elastyczna i niezbyt otwarta na zmiany, co sprawia, że bieżąca integracja stanowi wyzwanie
- ▶ Może być związane z :
 - ▶ Z różnymi odczuciami self
 - ▶ Emocjami
 - ▶ Treściami poznawczymi, wspomnieniami i uwagą
 - ▶ Postrzeganie (i przewidywanie)
 - ▶ Impulsy i zachowanie
 - ▶ Doznania somatosensoryczne

Czym jest dysocjacyjna część?

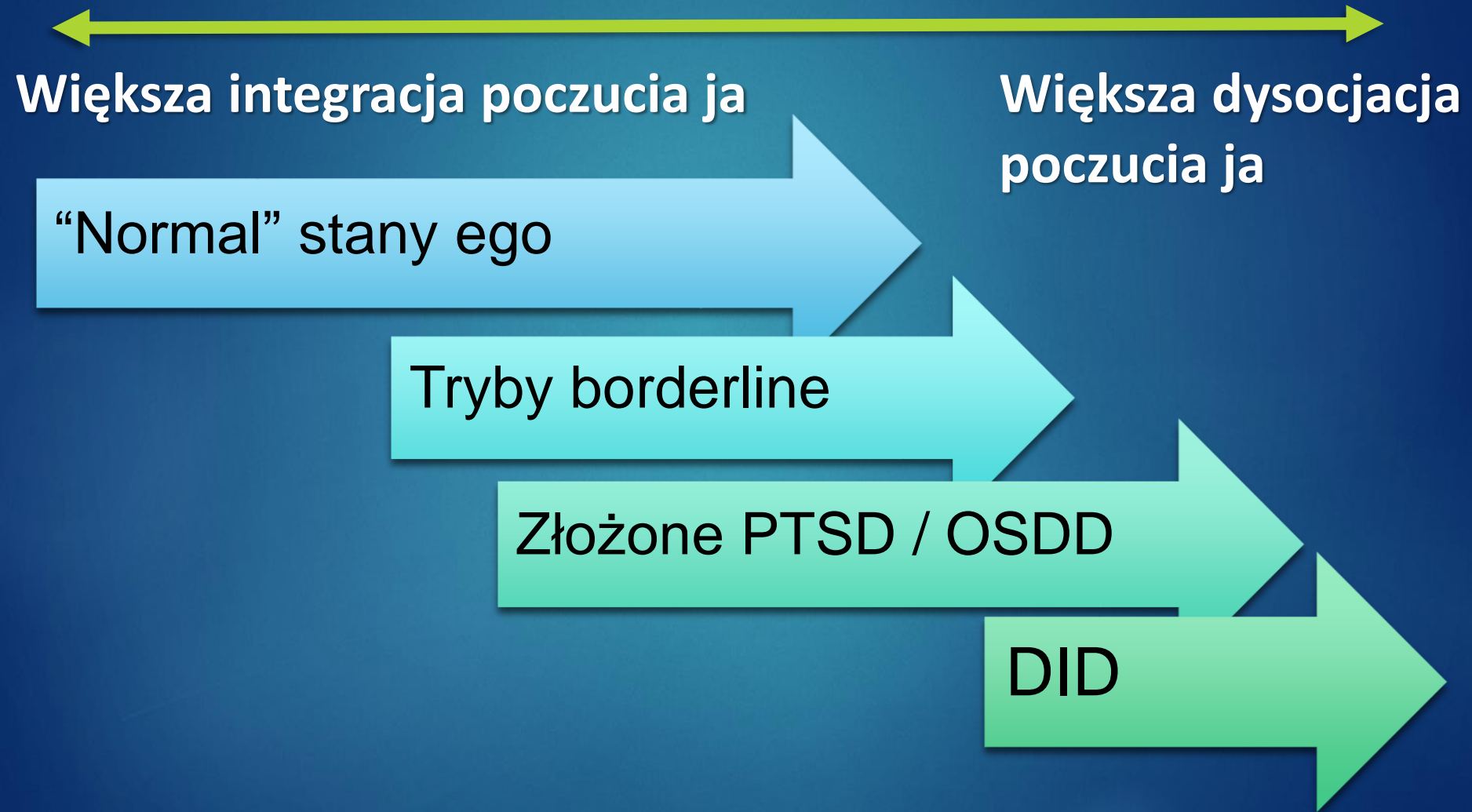
- ▶ "Osobowość" i "self" nie są rzeczami.
- ▶ Są to umysłowe reprezentacje tego, jak jesteśmy skonstruowani jako ludzie i jak postrzegamy siebie i innych.
- ▶ Części dysocjacyjne nie są prawdziwymi "rzeczami", "osobami" czy "osobowościami".
- ▶ Są to utrzymujące się wzorce myślenia, odczuwania, spostrzegania, przewidywania, odbierania doświadczeń za pomocą zmysłów i zachowania, uporządkowane w ramach wielu, czasem sprzecznych ze sobą, sposobów postrzegania siebie.

Dysocjacyjna struktura osobowości

- ▶ DID i OSDD wiążą się z wewnętrzną dysocjacyjną strukturą osobowości, która obejmuje różnorodne i często (nie zawsze) niekompatybilne poczucia "ja".
- ▶ Każde "ja" jest ośrodkiem (częściowej) sprawczości i świadomości. Każde "ja" jest mniej otwarte na zmiany niż zwykle i ma bardziej ograniczony pogład na świat niż zwykle

Kontinuum stanów ego i części dysocjacyjnych

16





- ▶ Granice są przekraczalne
- ▶ Brak wyraźnej amnezji
- ▶ Należy do “mnie,” nawet jeśli pozostaje nieświadomione
- ▶ Brak odrębnej autobiografii
- ▶ Metafory “wewnętrznego dziecka”
- ▶ Nie są doświadczane jako odrębne

Złożone PTSD i OSDD

18



- Mniej przekraczalne granice
- Pewna amnezja w odniesieniu do przeszłości, ale nie do teraźniejszości
- Większe poczucie dosłownego "Nie ja,,
- "Wiem, że te części to ja, ale nie czuję się jakby były mną,,
- Nieco oddzielna autobiografia
- Głównie dotyczy to utrwalonych zwierzęcych mechanizmów obronnych: walka, ucieczka, zmrożenie, omdlenie

DID

19



- Względnie szczelne granice
- Amnezja w odniesieniu do przeszłości, czasami także do teraźniejszości
- "Nie ja" - skrajnie fobiczne unikanie
- "Ona NIE jest mną!"
- Doświadczenie posiadania odrębnych historii
- Większa autonomia i rozwój części
- Może również obejmować funkcje życia codziennego
- Ciężkie i przewlekłe objawy dysocjacji

Nierealne,
nieprawdziwe,
nie moje,
nie ja

- ▶ Niemożność *uświadamiania* sobie jest główną cechą zaburzeń dysocjacyjnych, które zostały nazwane :
 - ▶ *Syndromy nierealizacji* (Janet, 1935)
 - ▶ *Zaburzenie wielorakich rzeczywistości* (Kluft, 1983)

Niepowodzenia w uświadomianiu sobie

- ▶ Zaburzenia związane z traumą dotyczą przede wszystkim **braku uświadomiania**

Osoba, która doznała traumy, nie jest w stanie uświadomić sobie :

- ▶ Traumatycznych przeszłych zdarzeń, lub
- ▶ Traumatycznych zdarzeń, które przytrafiły się “mnie”
- ▶ Niektórych aspektów zdarzeń, które “mnie” się przydarzyły
- ▶ Tego, że terażniejsze działania są “moje”
- ▶ Zdarzenia się zakończyły, tj. że przeszłość nie ma miejsca w terażniejszości
- ▶ Ja" z tamtego czasu jest częścią "ja" z teraz
- ▶ Jestem tu i teraz, a nie wtedy i tam.

Podstawowe funkcje części w celu uniknięcia realizacji

22

- ▶ Unikaj bólu, wrażliwości, straty i żałoby
- ▶ Utrzymanie kontroli
 - ▶ Skłonienie terapeuty do "rozwiązania" problemu
 - ▶ Szukanie przywiązania
- ▶ Unikanie lub wzbranianie się przed przywiązaniem

Funkcje ochronne dysocjacji

- ▶ Dysocjacja jest próbą ochrony przed tym, co wydaje się nie do zaakceptowania.
- ▶ Dysocjacja to przede wszystkim deficyt: klient nie jest w stanie zaakceptować i zintegrować się, co oznacza, że najpierw potrzebne są umiejętności.
- ▶ Dysocjacja jest wtórnie mechanizmem obronnym, co oznacza, że niektórzy pacjenci mają zdolność do integracji, ale jej unikają.

Zasady leczenia

Model wewnętrznej struktury i procesu: Osoba jako system

- ▶ Terapeuta potrzebuje sposobu myślenia o wewnętrznej strukturze doświadczenia i siebie.
- ▶ Może myśleć w kategoriach głęboko skłóconego wewnętrznego systemu "rodzinnego" lub w kategoriach konfliktów i mechanizmów obronnych
- ▶ Problemem jest sposób funkcjonowania systemu, a nie jego poszczególne elementy.
- ▶ Jeśli to możliwe, uwzględniaj wszystkie "części" podczas sesji.
- ▶ Problemem nie są "oporne" lub "odstające" części, ale raczej to, w jaki sposób osoba jako całość podchodzi do tych części i radzi sobie z nimi (oraz związanymi z nimi emocjami, pragnieniami, zachowaniami, itp.)

Zasady leczenia

- ▶ Skupiaj się na procesie, nie na treściach
- ▶ Pomagaj klientowi pozostawać w ramach okna tolerancji
- ▶ Rozpoznawaj i wykorzystuj subiektywne doświadczenie klienta w danej chwili
- ▶ Wykorzystuj poziom funkcjonowania w życiu codziennym jako wyznacznik postępów
- ▶ Traktuj wszystkie części jednakowo i nie traktuj żadnej z nich jak oddzielnej osoby

Zasady leczenia

- ▶ Nie próbuj „pozbywać się części“
- ▶ Traktuj wszystkie części jako aspekty jednej osoby
- ▶ Koncentruj się na powtórnych reakcjach relacyjnych (przeniesienie i przeciwprzeniesienie)
- ▶ Naprawa z klientem w przypadku rozłamu
- ▶ Bądź konsekwentny i przewidywalny, ale nie ciągle dostępny
- ▶ Uważaj na opiekowanie się i ratowanie; utrzymuj postawę współpracy, zachowując optymalny poziom dystansu.
- ▶ Z życzliwością i troską traktuj opór jako formę ochrony

Zasady leczenia

- ▶ Ocena czynników prognostycznych
 - ▶ Ogólnych
 - ▶ Typowych dla dysocjacji

Czynniki prognostyczne (1)

- ▶ Klient potrafi dzielić się ważnymi osobistymi przemyśleniami i uczuciami
- ▶ Klient jest gotów uczyć się doświadczania, tolerowania i regulowania bolesnych emocji, myśli, pragnień
- ▶ Jest zmotywowany do zmiany
- ▶ Psychologicznie ukierunkowany, zdolny do refleksji i wglądu
- ▶ Jest gotów przestrzegać ram i granic leczenia
- ▶ Stopień nasilenia oporu

Czynniki prognostyczne (2)

- ▶ Pozytywnie reaguje na relację terapeutyczną i empatyczne dostraja się
- ▶ Jest zdolny do odczuwania pozytywnego afektu i przyjemnych doświadczeń, towarzyszy mu poczucie humoru
- ▶ Posiada zdolność mentalizacji i refleksji
- ▶ Posiada co najmniej minimalny system wsparcia społecznego
- ▶ Jest gotów i zdolny do zachowywania się w bezpieczny sposób
- ▶ Stopień dostosowania osobowości

Czynniki prognostyczne (3)

- ▶ Ekstremalna fobia wobec poszczególnych części
- ▶ Ogromne zaangażowanie w utrzymanie rozdzielności
- ▶ DID jako styl życia
- ▶ Skrajne konflikty między częściami, które nie poddają się pracy terapeutycznej

Zorientowane na etapy leczenie zaburzeń dysocjacyjnych

Leczenie zorientowane na etapy

33

Etap 1

Bezpieczeństwo, budowanie umiejętności, stabilizacja i redukcja objawów; ustanowienie relacji opartej na współpracy z zachowaniem granic.



Etap 2

Leczenie traumatycznych wspomnień i związanych z nimi objawów; praca z traumatycznym przeniesieniem i lojalnością wobec oprawcy



Etap 3

Integracja osobowości, adaptacyjne przeżywanie żałoby; wzmacnianie intymności.

Zalecenia dotyczące przeprowa dzania wywiadu o historii traumy

- ▶ Zbyt szybkie zadawanie zbyt wielu pytań może przytłoczyć pacjenta
- ▶ Prośzenie klienta o podawanie informacji w „telegraficznym skrócie” bez wchodzenia w szczegóły
- ▶ Unikanie pozwalania klientowi, by ten wchodził w szczegóły, gdyż jest to często triggerujące
- ▶ Bądź świadomy, że historia jest opowiadana w sposób zdepersonalizowany - zwykle po sesji występuje dysregulacja
- ▶ Natychmiast przerwij, jeśli ktoś ma flashbacki podczas opowiadania historii

Meta-historia

- ▶ "Byłem zraniony i przestraszony i nikt mi nie pomógł / nikt nie wiedział / nikt się nie troszczył" (brak lub bardzo mało szczegółów)
- ▶ "Czy możesz mi podać tylko hasła?"
- ▶ "Czy możesz przedstawić mi tę historię z lotu ptaka lub z perspektywy 10 000 metrów?"
- ▶ "Czy możesz mi o tym opowiedzieć w dwóch lub trzech zdaniach?„
- ▶ "Jaka jest jedna najważniejsza rzecz, którą chciałbyś dzisiaj powiedzieć na ten temat?".
- ▶ "Jak myślisz, jak twoje dzieciństwo wpływa na ciebie dzisiaj? (odnieś je do terażniejszości)

Potrzeba ustabilizowania

- ▶ Ponieważ trauma rozwojowa wiąże się z długotrwałymi i rozległymi deficytami rozwojowymi (w tym z dysocjacją, dysregulacją i dezorganizacją przywiązania),
- ▶ okres stabilizacji i budowania umiejętności jest zwykle niezbędnym elementem pracy przed rozpoczęciem terapii traumatycznych wspomnień
- ▶ Dlatego też leczenie jest ukierunkowane na poszczególne etapy.
- ▶ Każdy etap jest równie ważny. Stabilizacja, bezpieczeństwo, przełamywanie oporu i wzmacnianie pozytywnych doświadczeń są równie ważne jak radzenie sobie z traumatycznymi wspomnieniami.

Co wymaga ustabilizowania?

Brak poczucia
bezpieczeństwa

Emocjonalne
rozregulowanie

Unikanie
wewnętrznych
doświadczeń

Sztywne
przekonania /
myśli

Konsekwencje
odczuwanego
wstydu

Zachowania
wynikające z
zaburzeń
osobowości

Trudności w
mentalizowaniu

Dysocjacja

Kiedy dążyć do ustabilizowania

38

- ▶ Klient ma niewielkie lub żadne umiejętności regulacji i łatwo ulega przytłoczeniu
- ▶ Klient ma trudności z refleksją nad doświadczeniem wewnętrznym
- ▶ Części dysocjacyjne nie współpracują ze sobą i występuje strata czasu w terażniejszości.
- ▶ Klient ma ciągłe flashbacki i nie może być obecny w terażniej chwili
- ▶ Klient jest przytłoczony sprawami życia codziennego
- ▶ Niestabilna relacja terapeutyczna
- ▶ Istotne zachowania związane z zaburzeniami osobowości uniemożliwiają pracę

Wchodzenie w drugi etap

- ▶ Zwiększanie świadomości i współpracy części wzajemnie się tolerujących
- ▶ Praca z oporem /fobicznym unikaniem
- ▶ Odwrażliwienie intensywności
 - ▶ W razie potrzeby włącz części dysocjacyjne
- ▶ Miarkowanie pamięci traumatycznej
 - ▶ Miarkuj doświadczenie (samo odczucie itp.) i/lub czas (tylko przez 10 sekund).
 - ▶ Nadaj pamięci kontekst, określając jej początek i koniec
 - ▶ W razie potrzeby włącz części dysocjacyjne

Czym różni się przetwarzanie pamięci traumatycznej u klientów z zaburzeniami dysocjacyjnymi?

- ▶ Niektóre części klienta mogą nie znać traumatycznego wspomnienia albo nie być zbyt świadome lub połączone z częściami, które przechowują to traumatyczne wspomnienie.
- ▶ Decyzje o tym, które części powinny brać udział w przetwarzaniu, w tym strategię zabezpieczania
- ▶ Plusy i minusy braku przetwarzania w ramach całego systemu
- ▶ Różne części mogą zawierać różne elementy traumatycznego wydarzenia
- ▶ Różne części mają różne znaczenia dla danego wydarzenia, a nawet różne sposoby postrzegania tego, co się wydarzyło
- ▶ Zdolności integracyjne mogą być niższe niż u innych klientów, dlatego praca jest bardziej stopniowana i przebiega wolniej.

Kiedy należy przestać pracę poświęconą traumie

- ▶ Wzrost liczby samookaleczeń lub zachowań samobójczych
- ▶ Odłączenie się lub nadaktywność podczas sesji lub po niej przez dłuższe okresy czasu
- ▶ Każda niezdolność do utrzymania podwójnej uwagi
- ▶ Wzrost poziomu skonfliktowania między częściami
- ▶ Wzrost oporu lub niezdolność do pokonania oporu
- ▶ Niekontrolowane przestawianie się między częściami
- ▶ Niezdolność dorosłego poczucia ja do zaangażowania się w pracę
- ▶ Amnezja na sesjach
- ▶ Relacyjne trudności pomiędzy terapeutą i klientem



Planowanie pracy z klientami dysocjacyjnymi

Modyfikacja standardowych technik dla osób z zaburzeniami dysocjacyjnymi

Można zastosować praktycznie każdą technikę lub podejście, o ile się rozumie, że:

Wszystkie zdysocjowane części muszą być włączone do leczenia.

Różne dysocjacyjne części mogą mieć zupełnie różne reakcje na daną interwencję.

Przeniesienie będzie złożone, a każda część będzie miała inną reakcję na terapeutę

Spostrzeżenia i zmiany w jednej części nie muszą być przenoszone na inną część

Leczenie musi odbywać się w ramach okna tolerancji dla wszystkich części

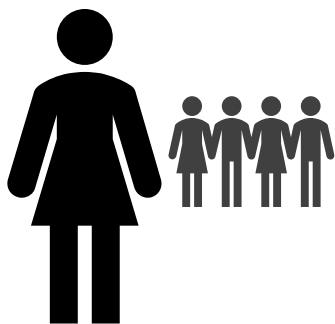
~Van der Hart, et al., 2006; Steele & Van der Hart, 2009

Kiedy nie należy pracować z dysocjacyjnymi częściami

- ▶ Gdy wszystkie części są przeciążone lub mają podłoże traumatyczne
- ▶ W sytuacjach życiowych, które wymagają od klienta pełnego zaangażowania się
- ▶ Gdy występuje brak motywacji, wglądu,
- ▶ Gdy klient nie chce podtrzymywać dorosłego funkcjonowania w życiu codziennym
- ▶ Podczas terapii krótkoterminowych lub wspomagających - dostęp do części może wywoływać zbyt duży ból i dystres.
- ▶ Części mogą być rozpoznane, jeśli pomoże to klientowi, ale bez bezpośredniego dostępu do nich.
- ▶ Kluft (2006, pp. 296)

Najbardziej zintegrowany sposób pracy z klientem

Wszystkie części:
dochodzą do głosu



Umiarkowanie zintegrowany

2 lub więcej części



Najmniej zintegrowany

1 część



Systemowe podejście do dysocjacji

- ▶ Wszystkie interwencje są ukierunkowane na zwiększenie integracji i zmniejszenie dysocjacji.
- ▶ Zawsze stosuj interwencje celem osiągnięcia jak najwyższego poziomu integracji.
- ▶ Jeśli to możliwe, stosuj interwencje, które obejmują całą osobę: rozmowa, umożliwienie wszystkim częściom słuchania, miejsce spotkania.
- ▶ Używaj języka o charakterze integrującym. Język "części" jest w porządku, ale podkreślaj, że chodzi o "części ciebie".
- ▶ Zawsze bądź ciekaw, czego dana część nie jest w stanie zrobić.

Systemowe podejście do dysocjacji

- ▶ Rozpocznij pracę z dorosłym "ja" klienta, aby stworzyć stabilne podstawy do pracy z częściami ugruntowanymi w traumie.
- ▶ Jeśli nie jest możliwa jednoczesna praca ze wszystkimi częściami, należy pracować z dwoma lub więcej częściami, aby zwiększyć współpracę między nimi
- ▶ Na przykład: niech część dorosła ukoji część dziecięcą; część funkcjonalna wesprze część niefunkcjonalną; buduj współpracę między częściami, które są aktywne w codziennym życiu
- ▶ Unikaj pracy z częściami dziecięcymi zbyt wcześnie lub bez obecności części dorosłej (nie ma mowy o "opiece nad dzieckiem w przedszkolu!").

Systemowe podejście do dysocjacji

- ▶ Jeśli nie jest możliwa praca z dwoma lub więcej częściami jednocześnie, należy pracować z jedną częścią do momentu jej ustabilizowania i natychmiast wprowadzić inne części.
- ▶ Na przykład, angażowanie gniewnej części, która jest destrukcyjna i pomaganie jej w uspokojeniu się, zanim połączy się z innymi częściami.
- ▶ Unikaj sytuacji, w której jedna z części dominuje w terapii, zdradza "sekrety" lub tłumi inne części

Z którymi częściami najpierw podejmować pracę?

49

- ▶ Części, które są aktywne w życiu codziennym - celem poprawy funkcjonowania
- ▶ Części, które mogą wspierać inne części wewnątrz
- ▶ Części, które unikają terapii

Niechęć do terapii

Punitive / karzący / naśladujący sprawcę

Części dziecięce często ujawniają się jako pierwsze (problemy z zależnością), ale nie im powinien poświęcać uwagę terapeuta

Zaangażuj inne części do zajmowania się młodszymi częściami

Konflikty pomiędzy częściami związane z celami

50

Steele



Budowanie konsensusu

51

- ▶ Wszystkie części mają zazwyczaj nieświadomione wspólne cele
- ▶ Praktycznie wszystkie części pragną ulgi lub poczucia się lepiej
- ▶ Nawet te części, które nie chcą być na terapii, pragną ulgi, choćby tylko od innych części, które im przeszkadzają, lub choćby tylko poprzez bycie martwym.



Jak pracować z częściami

- ▶ Nie należy obwiniać pozostałych części za problemy w życiu klienta; to dotyczy "całej osoby".
- ▶ "Jeśli nie jesteś częścią rozwiązania, jesteś częścią problemu" - jest to system, w którym każda część odgrywa rolę w utrzymywaniu status quo
- ▶ Nie faworyzuj części; traktuj je jednakowo
- ▶ Nie próbuj "pozbywać się" części ani ich wykluczać
- ▶ Nie lekceważ stopnia nierealizacji i nie daj się w to wciągnąć.
- ▶ Empatyzuj się z kontekstem, w którym w danym momencie znajduje się określona część, ale ustalaj granice dla jej zachowań

Techniki wewnętrznej komunikacji

- ▶ Rozmawiaj z całą osobą
- ▶ Zachęcaj wszystkie części klienta do współpracy i zaangażowania w leczenie ("Wszyscy jesteście w tym razem")
- ▶ Wzmacniaj akceptację wszystkich części, ale będących jedną osobą
- ▶ Środki: dziennik, spotkania wewnętrzne między częściami, jeśli nie są one destabilizujące



Praca ze zdysocjowanymi częściami

55

Jak najszybsza zmiana sposobu komunikacji wewnętrznej na bardziej łagodny.

Ustrukturyzowanie wewnętrznej komunikacji

Rozpoczęcie od zrozumienia poszczególnych części

Następnie wspólne cele w terapii i w obecnym życiu

Na początkowym etapie nie dopuszczaj, aby części dzieliły się traumatycznymi wspomnieniami

Praca ze zdysocjowanymi częściami

56

- ▶ Skoncentruj się na świecie wewnętrznym razem z klientem, pracując w tempie dostosowanym do jego możliwości
- ▶ Spróbuj zrozumieć funkcję danej części w obrębie systemu: W jaki sposób ta część klienta podtrzymuje nie-realizację?
- ▶ Spróbuj poznać dynamiczne relacje z pozostałymi częściami
- ▶ Dlaczego teraz? Dlaczego dana część ujawnia się właśnie w tym momencie?

Praca ze zdysocjowanymi częściami

- ▶ Jaka jest relacyjna funkcja części? Części mogą stosować strategie minimalizowania lub maksymalizowania przywiązania, a także strategie kontrolowania opieki lub kontrolowania karania.
- ▶ Jakie funkcje pełni ten styl relacyjny w kliencie jako całości?
- ▶ Zrozum przyczynę oporu wobec zmian w tej części i w systemie jako całości
- ▶ Jakie jest tempo tej części i czym może się ona różnić od systemu jako całości lub innych części mających duży wpływ?

Przestrzeń wewnętrznych spotkań

58

- Zmodyfikowana wersja “Techniki dysocjacyjnego stołu” (Fraser, 1991, 2003)
- Tworzenie wewnętrznej "przestrzeni" spotkań (zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz)
- Zachęcaj części do udziału, mogą przyjmować określone "role,,
- Określ zasady odpowiedniego zachowania podczas spotkań
- Aby zapewnić bezpieczeństwo, należy zachęcać części do wspólnego rozwiązywania problemów, planowania i zarządzania bezpieczeństwem

Kiedy przestrzeń wewnętrznych spotkań nie jest użyteczna

- ▶ Kiedy klient może już zaangażować się w wewnętrzną komunikację bez użycia określonej techniki przez terapeutę
- ▶ Kiedy klient spędza w wewnętrznym świecie za dużo czasu
- ▶ Kiedy części są zbyt fobiczne względem siebie w związku z:
 - ▶ Ogromnym wewnętrznym konfliktem
 - ▶ Niemożnością mentalizacji
 - ▶ Strachem lub wstydem

Kiedy wewnętrzna praca spotyka się z oporem

- ▶ Wielu klientów unika wewnętrznej pracy z częściami.
- ▶ Niektórzy jednak mogą być tak zafascynowani i skoncentrowani na wewnętrznym świecie części, że ma to negatywny wpływ na codzienne życie i relacje z innymi.
- ▶ Jeśli klient tworzy wiele treści poprzez pisanie dzienników lub wyobrażanie sobie wewnętrznych spotkań, zastanów się, czy nie służy to unikaniu czegoś w życiu codziennym lub w terapii.
- ▶ Albo sprawdzić, czy treść wywołuje u terapeuty fascynację i troskę.

Rodzaje zdysocjowanych części, ich funkcje i znaczenia

Często
spotykane
rodzaje
zdysocjo-
wanych
części

- ▶ Dziecko
 - ▶ Przerażone
 - ▶ Kapryśne, pragnące uwagi
- ▶ Niemowlę
- ▶ Nastolatek
 - ▶ Zły
 - ▶ Zseksualizowane
- ▶ Dorosły
- ▶ Części gniewne / zawstydzone
- ▶ Sprawca introjkcji

Rzadziej spotykane rodzaje zdysocjowa nych części

- ▶ Dziecko skłonne do zabawy, unikające kontaktu z otoczeniem
- ▶ Zwierzę (zwykle dziczące, wściekłe)
- ▶ Przedmioty nieożywione (np. drzewo)
- ▶ Bohaterowie komiksów, filmów, książek
- ▶ Postacie religijne lub duchowe
- ▶ Wyimaginowani towarzysze zabaw, którzy zyskują własne życie
- ▶ Inne? W oparciu o doświadczenia dziecka

Ukryte części

- ▶ Z definicji dysocjacja jest problemem związanym z ukrywaniem się ⁶⁴
- ▶ Klient "ukrywa" doświadczenie przed samym sobą
- ▶ Części mogą być stosunkowo niedostępne podczas leczenia przez długi czas, wywierając wpływ na klienta, ale nie chcąc brać udziału
- ▶ Opór ten jest zazwyczaj "dwustronny": zarówno dorosłe "ja", jak i części dysocjacyjne mają powody, by pozostać rozdzielone.

Rozgniewane części

- ▶ Części rozgniewane są zazwyczaj uwięzione w obronie walki. Często są inne niż części naśladowujące sprawcę.
- ▶ Czują się zagrożone. Pierwszą interwencją jest zapewnienie bezpieczeństwa i ustalenie granic, a nie przywiązanie. Po zapewnieniu bezpieczeństwa można rozwijać relację.
- ▶ Gniew może być emocją wtórną, która pomaga klientowi uniknąć wstydu, strachu, konfrontacji z bolesnym faktem itp.

Praca z rozgniewanymi częściami

- ▶ Kiedy klient staje się wrogi lub gniewny podczas sesji, terapeuta powinien natychmiast przerwać i sprawdzić, co się dzieje: *Wygląda pan teraz na zdenerwowanego. Czy możemy się zatrzymać i spróbować zrozumieć, co się właśnie stało?*
- ▶ Postaraj się zrozumieć, co wywołuje złość.
- ▶ Przyjrzyj się niewłaściwemu dostrojeniu, wstydomi lub potrzebie, które zostały wywołane.

Praca z rozgniewanymi częściami

- ▶ Należy uprawomocniać gniewne uczucia klienta, nawet jeśli istnieje potrzeba ustalenia granic dla gniewnych zachowań: *Rozumiem, dlaczego Pan/Pani - lub ta część Pana/Pani - może czuć z tego powodu złość i bardzo chciałabym usłyszeć więcej o Pana/Pani doświadczeniu.*
- ▶ Przerywaj niewłaściwe lub niedopuszczalne zachowania.

Radzenie sobie z gniewem

- ▶ Samo wyrażanie gniewu, czy jakichkolwiek innych emocji, nie jest pomocne.
- ▶ Klient musi nauczyć się, jak skutecznie wyrażać gniew w sposób werbalny, a nie fizyczny, oraz w sposób społecznie odpowiedni i opanowany
- ▶ Nacisk kładziony jest *na sposób* wyrażania gniewu oraz na to, czy pozwala on klientom pozostać w terażniejszości, zachować ważne relacje i uniknąć autodestrukcji.

Funkcje części imitujących sprawcę

69

- ▶ Ochrona klienta przed zagrożeniami ze strony sprawcy, które w teraźniejszości są nadal doświadczane jako realne
- ▶ Obrona klienta przed niemożliwym do zniesienia uświadomieniem sobie, że jako dziecko był bezradny i bezsilny
- ▶ Odtwarzanie traumatycznych wspomnień z perspektywy sprawcy, tak jak wyobraża je sobie dziecko
- ▶ Służą jako obrona przed wstydem poprzez atakowanie klienta i unikanie wewnętrznych doświadczeń wstydu
- ▶ Zapewnienie ujścia dla wypieranych sadystycznych i karzących skłonności klienta
- ▶ Przechowywanie trudnych do zniesienia traumatycznych wspomnień
- ▶ Utrzymanie przywiązania do sprawcy

Praca z częściami imitującymi sprawcę

70

- ▶ Części te są sprecyzowanymi introjekcjami sprawcy
- ▶ Zarówno terapeuta, jak i klient mogą chcieć "pozbyć się" lub "zabić" część "naśladowającą sprawcę".
- ▶ Zawierają one również w sobie gniew, kontrolę i sadyzm klienta, które muszą być przez niego zaakceptowane i rozwiązane
- ▶ Klienci mogą postrzegać je jako dosłownego sprawcę i z tego powodu być przerażeni

Ciekawość

- ▶ Przeformułuj część jako formę ochrony
- ▶ Należy pamiętać, że klient musi móc również odczuwać wściekłość, kontrolę, sadyzm itp.
- ▶ Zachęcaj do ciekawości, potem do zrozumienia, następnie do komunikacji, współpracy, a potem do współczucia
- ▶ "Mam wrażenie, że choć ta część wydaje się sprawiać wiele kłopotów, pełni ona bardzo ważną funkcję, którą powinniśmy spróbować zrozumieć".
- ▶ "Czy zastanawiałaś się kiedyś, dlaczego ta część ciebie tak intensywnie komunikuje o tym, jak bardzo cię nienawidzi?".

Współpraca

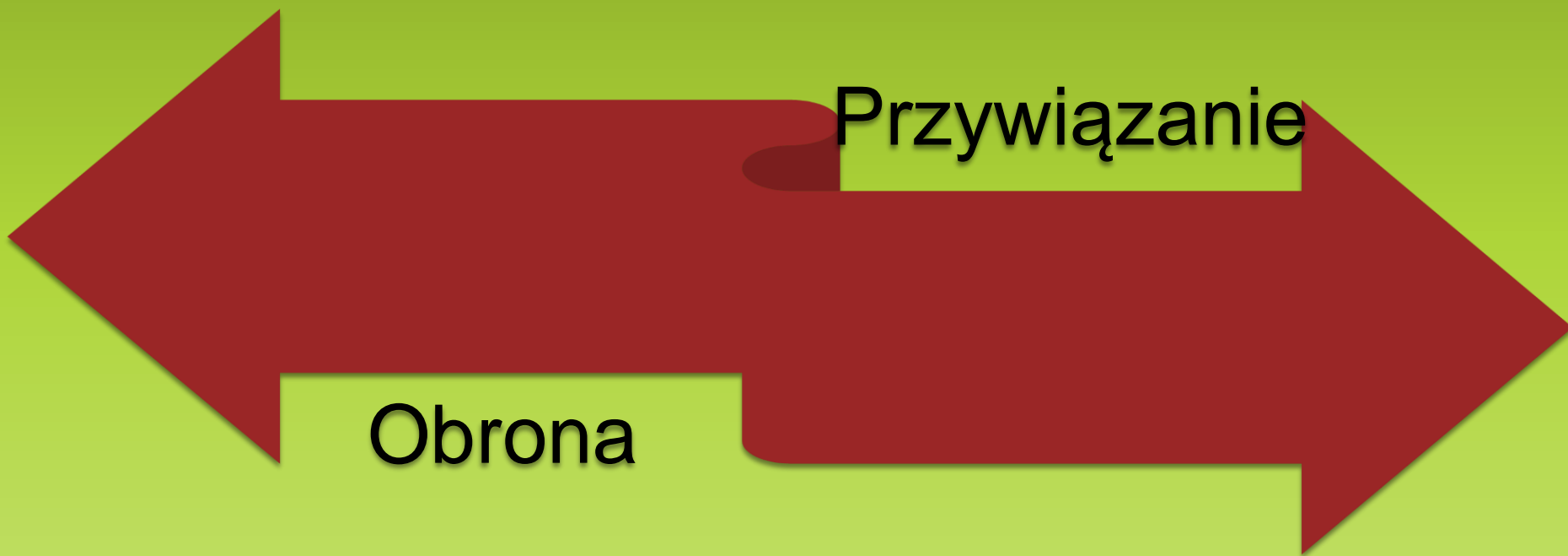
- ▶ Tak więc ta część chce, abyś był akceptowany przez innych. Czy ty też tego chcesz? Oczywiście, wszyscy tego pragniemy, więc ta część jest całkiem zdrowa i normalna pod tym względem.
- ▶ To, co jest wspólne i dla ciebie, i dla tej części, to wasz najważniejszy cel.
- ▶ Zarówno ty, jak i ta część was od dłuższego czasu bardzo ciężko pracujecie nad tym problemem i nie wydaje się, żebyście robili jakieś postępy. I to nie z powodu braku prób!
- ▶ A gdyby istniał więcej niż jeden sposób na osiągnięcie celu, którego tak bardzo pragniecie? Czy ty i ta część bylibyście zainteresowani jego zbadaniem?

Współpraca

- ▶ Oboje jedziecie na tym samym wózku i choć bardzo byście chcieli, nie możecie wyrzucić się nawzajem za burtę. W ten sposób nie osiągniecie swoich celów, które tak naprawdę są wam wspólne.
- ▶ Czy każde z was byłoby gotowe nauczyć się nowych sposobów współpracy, aby poczuć się lepiej?
- ▶ Czy każdy z was chciałby teraz trochę bardziej wsłuchiwać się w drugiego?
- ▶ Rozpocznijmy wspólny dialog o tym, czego naprawdę chcecie i jak to osiągnąć.

Zarządzanie relacją terapeutyczną

Dylemat przywiązania



Fobia związana z
przywiązaniem i
jego utratą

Problematyczne strategie relacyjne

Zdezorganizowana:
zdezorientowany,
zamglony,
niewerbalny,
rozproszony.

**Kontrolująco-
karząca:** Musisz dać
mi to, czego
potrzebuję i chcę,
albo jesteś zły

**Kontrolująca
opieka:** Będę się
tobą opiekował,
żebyś ty opiekował
się mną

Płacz separacyjny:
Rozpaczliwe, oparte
na Ignięciu podejścia.

Ambiwalentna:
Pragnie pomocy, ale
nic nie działa

Wrogie/bezradne:
Musisz mi pomóc, a
nie robisz tego
dobrze! Nie mogę
sam(a) sobie pomóc!

Pośrednie:
Nawiązywanie relacji
z pomocą dystresu i
kryzysu

Współpraca

Każdy z nas ma wrodzoną potrzebę bycia rozumianym przez innych ludzi i rozumienia ich. Tylko wtedy możemy dzielić wspólne doświadczenia i cele.



Przywiązanie i pozostałe systemy

- ▶ Nie mamy innego wyjścia, jak pomóc w aktywowaniu systemów przywiązania naszych klientów - jest to nieuniknione.
- ▶ Możemy jednak wykorzystać **eksplorację** (ciekawość/zainteresowanie) i systemy **współpracy**, aby zmniejszyć konflikt między fobią przywiązania a fobią utraty przywiązania.
- ▶ I zwiększyć aktywność nerwu błędnego brzuszego
- ▶ Można również aktywować inne systemy, takie jak zabawa

Nowy paradygmat

- ▶ "Na początku leczenia (...) najlepiej radzić sobie ze złożoną traumą, starając się prowadzić dialog, w którym próbuje się ograniczyć aktywację systemu przywiązania, wykorzystując naturalną tendencję do chęci współpracy i współdziałania na równym poziomie".
~ Cortina & Liotti, 2014, p. 892

Model współpracy vs. model opiekuńczy

- ▶ Mniej koncentrować się na tym, "Co mogę zrobić, aby złagodzić cierpienie mojego klienta w tej chwili?"
- ▶ A bardziej na "Jak mogę pomóc mojemu klientowi zacząć zauważać i tolerować całe jego doświadczenie w tej chwili, zarówno cierpienie, jak i poczucie więzi?"
- ▶ "Jak on lub ona doświadcza cierpienia i bycia ze mną w tej chwili i jak mogłoby się to zmienić?"

Na pierwszym miejscu bezpieczeństwo, na
ostatnim przywiązanie

Zapewnienie bezpieczeństwa w pierwszej kolejności
przed przywiązaniem

Po zapewnieniu bezpieczeństwa, nawiązanie ciekawości i
współpracy - praca zespołowa nad wspólnymi celami w terapii -
nie skupianie się na początku intensywnie na relacji

System przywiązania klienta jest już aktywny,
skonfliktowany i będzie działał w tle

Podjęcie oparte na współpracy zapobiega dalszemu nasilaniu
się dylematu "potrzebuję cię / nie jesteś bezpieczny", będącego
skutkiem zdezorganizowanego przywiązania.

Odkrywanie doświadczeń klienta w bieżącej chwili

82

Czy klient zwraca uwagę na chwilę obecną, czy też tkwi w przeszłości lub przyszłości?

Jakie są fizyczne odczucia klienta w danej chwili?

Jakie są myśli i przekonania klienta?

Jak klient odbiera naszą relację?

Jak doświadczam siebie w kontakcie z klientem?

Cykl Potrzeba – Wstyd – Wściekłość



Strategie współpracy

- ▶ Jednym z najsilniejszych pozytywnych doświadczeń jest poczucie bycia wysłuchanym i rozumianym przez drugą osobę.
- ▶ Dlatego momenty, w których klient czuje się rozumiany w relacji terapeutycznej podczas sesji, będą dla niego źródłem natychmiastowych pozytywnych doświadczeń
- ▶ Należy regularnie zwracać uwagę klienta na te doświadczenia i jego odczucia w ciele.

Strategie współpracy

- ▶ Opracowywanie wspólnych celów
- ▶ Wspólna praca nad celem
- ▶ Zwracanie uwagi na chwilę obecną
- ▶ Wspólne dostrzeganie wzorców (przeniesienie i przeciwprzeniesienie)
- ▶ Przedkładanie wartości bycia w chwili obecnej i uważności nad treść procesów poznawczych
- ▶ Wspólne zauważanie procesu

Strategie współpracy

- ▶ Wspólne tolerowanie niepewności
- ▶ Humor i zabawa
- ▶ Normalizowanie doświadczeń
- ▶ Terapeuta nie jest ekspertem ani autorytetem
- ▶ Unikanie troski o klienta, a zwłaszcza o jego "dziecięce" części
- ▶ Bycie współczującym
 - ▶ Bycie ciekawym
 - ▶ Byciem uważnym na i obecnym z doświadczeniem klienta

Strategie współpracy

- ▶ Klient opiekuje się swoimi stanami ego lub częściami dysocjacyjnymi (paradygmat rodzic-dziecko)
- ▶ Wyobraź sobie, że terapeuta jest wspierany, podczas gdy on wspiera klienta we wspieraniu dziecięcych części siebie
- ▶ Dzielenie się perspektywami i funkcjami dorosłych z częściami dziecięcymi (paradygmat współpracy)
- ▶ "Dorastanie" części dziecięcych
- ▶ Integracja części dziecięcych (metafory adopcji, powrotu do domu)

Rozwijanie felt sense w wymianie z chwili na chwilę

- ▶ Jakie jest twoje doświadczenie, gdy teraz pracujemy razem?
- ▶ Czy wszystkie części ciebie doświadczają tego, jak pracujemy razem w tej chwili?
- ▶ (Jeśli nie:) Czy moglibyśmy wspólnie zastanowić się, co może powstrzymywać te części ciebie przed odczuwaniem tej chwili?
- ▶ Czy istnieje jakiś konflikt związany z tym wspólnym czasem?
- ▶ Czy te części Ciebie, które odczuwają tę chwilę, mogą dzielić ją z tymi, które jej nie odczuwają? Pozwól im poczuć, jak to jest, tylko przez chwilę, i zauważ, co się dzieje.

“Zabierz mnie ze sobą:” rozwijanie felt sense pozytywnej, innej osoby

- ▶ Skup się na tym, jak klient doświadcza pozytywnych momentów bycia z terapeutą i innymi osobami
- ▶ I jak to stopniowo przekłada się na większą zdolność do przywoływania pozytywnych obrazów mentalnych lub wspomnień związanych z przebywaniem z innymi.
- ▶ Niezbędne dla poczucia (felt sense) przywiązania

“Zabierz mnie ze sobą:” rozwijanie felt sense pozytywnej, innej osoby

- ▶ Nasi klienci mogą nauczyć się rozwijać odczuwanie doświadczenia bycia dostrojonym, ugruntowanym i obecnym z terapeutą (i wspierającymi go innymi osobami).
- ▶ Terapeuta zachęca "wszystkie części ciebie, byś poczuł, jak to jest, gdy jesteśmy teraz razem. Zabierz to ze sobą i nieś gdziekolwiek się wybierzesz. Jest twoje, kiedy tylko będziesz chciał się do niego odwołać".

Rozwijanie felt sense dla innej, bezpiecznej osoby

91

- ▶ Poproś klienta o wykonanie "obrazu ciała" odczuwanego uczucia (bycia rozumianym, poczucia spokoju, bezpieczeństwa itp.)
- ▶ Wzmocnij to doświadczenie jako wspomnienie, z którego klient może czerpać wsparcie.
- ▶ "Zabierz je ze sobą, do wnętrza swojego umysłu i serca, gdzie nic nie może odebrać tego uczucia. Jest ono twoje, kiedy tylko zechcesz z niego skorzystać".
- ▶ "Poznajmy kilka sposobów, które pomogą ci zachować to uczucie w pamięci, kiedy cię tu nie będzie".

Rozwijanie utrzymywania felt sense innego bezpiecznego

- ▶ Pomóż klientowi zauważyć, co dzieje się tuż przed pojawianiem się "płaczu separacyjnego"
- ▶ Może to być aktywowane poprzez wewnętrzny konflikt dotyczący bliskości lub akceptacji ze strony drugiej osoby
- ▶ Wstyd często powoduje trudność w utrzymaniu pozytywnego obrazu innej osoby

Uczenie się utrzymywania felt sense innej, bezpiecznej osoby

- ▶ Co dzieje się w momencie, w którym klient traci poczucie więzi z tobą lub z inną osobą?
- ▶ Co klient mówi sobie na temat poczucia więzi w tym momencie?

Dlaczego terapia potrafi utknąć: Obrona i opór

Dlaczego interwencje nie działają

95

- ▶ Klient może mieć poważny opór
- ▶ Wiele standardowych interwencji wymaga wyższego poziomu funkcjonowania niż ten, który posiada sporo klientów z silną traumą: np. zdolność do tolerowania emocji, używania wyobrażeń, refleksji i mentalizacji, rozpoznawania i radzenia sobie z wewnętrznym konfliktem, współczucia dla samego siebie.
- ▶ Dokonuj analizy umiejętności
- ▶ Oczekuj pojawiania się mechanizmów obronnych
- ▶ Bądź otwarty na współpracę
- ▶ Podejmuj interwencje w znacznie mniejszych krokach

Dlaczego interwencje nie działają

96

- ▶ Terapeuta powinien być dostrojony i empatyczny wobec wielu strategii unikania stosowanych przez pacjenta.
- ▶ Ostra konfrontacja z mechanizmami obronnymi prowadzi do ich nasilenia
- ▶ Szukaj sposobów na otwieranie się na ich sytuację i zaciekawianie ich tym, czego potrzebują, by ruszyć naprzód
- ▶ Sprawdzaj, czego obawiają się w związku ze zmianą, świadomością lub żałobą
- ▶ Podejmuj małe kroki
- ▶ Staraj się nie frustrować brakiem postępów

Utrzymywanie obrony związanej z tym, co jest pożądane

97

- ▶ Pomóż klientowi powstrzymać konflikt:
- ▶ "Tak bardzo chcesz poczuć się lepiej, a jednocześnie tak mocno boisz się wyrażać swoje uczucia. Jak możemy dziś o tym wspólnie pomyśleć?"
- ▶ "Chcesz pozbyć się tych części siebie, ale wiesz też, że to niemożliwe. Czy możemy pracować nad małymi krokami, próbując zrozumieć, co te części sobą reprezentują?"
- ▶ "Chcesz mi zaufać, ale wydaje ci się to niemożliwe, biorąc pod uwagę, jak wiele bólu doświadczyłeś. Rozumiem to i chcę znaleźć sposób na wspólną pracę, która uwzględni oba te aspekty".

Podstawowe fobie związane z traumą

- ▶ Fobia przed wewnętrznym doświadczeniem (myśli, emocje, życzenia, fantazje, sny, odczucia, ruchy)
- ▶ Fobia zdysocjowanych części
- ▶ Fobia związana z przywiązaniem i utratą przywiązania
- ▶ Fobia przed traumatycznymi wspomnieniami
- ▶ Fobia przed zmianami adaptacyjnymi i podejmowaniem ryzyka

Potrzeba oddzielenia jest terapeutycznym celem

- ▶ Dlaczego w tym czasie klient nadal odczuwa potrzebę oddzielenia (dysocjacji)?
- ▶ Co sprawia, że dwie części pozostają oddzielone?
- ▶ Odpowiedzi na te pytania są celami terapii, a nie częściami same w sobie.