MATERIAŁ KLINICZNY DLA TERAPEUTÓW

100 Protokołów Psychodynamicznych

Gotowe protokoły kliniczne do prowadzenia sesji terapii psychodynamicznej -- z dynamikami, ochronami, podejściem terapeuty i uwagami klinicznymi.

100 PROTOKOŁÓW · 10 OBSZARÓW KLINICZNYCH

WPROWADZENIE

O tym materiale

Sto gotowych protokołów klinicznych psychodynamicznych dla dziesięciu obszarów terapeutycznych -- z fokusem, dynamikami, ochronami, podejściem terapeuty i uwagami klinicznymi.

10 obszarów klinicznych

- **Przywiązanie i Więź (10)** -- lękowe, unikające, zdezorganizowane, powtórzenie traumy.
- **Obrony i Opory (10)** -- intelektualizacja, wyparcie, rozszczepienie, dysocjacja.
- **Przeniesienie i Kontratransfer (10)** -- erotyczne, wrogie, idealizujące, acting-out.
- **Traumy i Rany Archaiczne (10)** -- prewerbalre, wstyd, wina edypalna, transgeneracyjne.
- **Żałoba i Strata (10)** -- zablokowana, melancholia, nieistniejąca relacja, antycypacyjna.
- **Narcyzm i Self (10)** -- grandiozja, pustka, fałszywe self, narcystyczna wściekłość.
- **Relacje i Wzorce (10)** -- kompulsja powtórzenia, ratownik, saboterowanie, zazdrość.
- **Lęk i Poczucie Winy (10)** -- lęk sygnałowy, neurotyczna wina, surowe superego.
- **Seksualność i Intymność (10)** -- inhibicja, kompulsywność, trauma seksualna.
- **Zakończenie i Separacja (10)** -- przygotowanie, sabotaż, internalizacja, autonomia.

> **Zastrzeżenie.** Terapia psychodynamiczna wymaga odpowiedniego szkolenia, superwizji i własnej terapii. Ten materiał jest pomocą warsztatową dla wykwalifikowanych specjalistów i nie zastępuje szkolenia, superwizji ani oceny klinicznej. Praca z nieświadomym bez odpowiednich kwalifikacji może być szkodliwa dla pacjenta.

1

Przywiązanie i Więź

PROTOKOŁY 001--010

Przywiązanie i więź są fundamentem każdej psychiki. Te protokoły prowadzą przez różne style przywiązania, wzorce relacyjne i ich korzenie w pierwszych relacjach życia.

001

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Lękowy styl przywiązania

Pacjent z chronicznym lękiem przed odrzuceniem, nadmierną potrzebą bliskości i silną zależnością od walidacji ze strony innych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wczesnodziecięcych doświadczeń z niespójnym lub nieprzewidywalnym opiekunem jako źródła chronicznego lęku relacyjnego.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Lęk przed opuszczeniem jako organizator wewnętrzny
- Hiperaktywacja systemu przywiązania
- Trudność z regulacją afektu bez obecności obiektu

TYPOWE OBRONY

- Lgnienie i uzależnienie od terapeuty
- Projekcja odrzucenia
- Dramatyzowanie w celu zatrzymania uwagi

Postawa terapeuty i przebieg

Utrzymuj stabilną, przewidywalną ramkę jako korekcyjne doświadczenie relacyjne. Eksploruj wzorzec: co się dzieje wewnętrznie, gdy pacjent czuje oddalenie. Interpretuj przeniesienie lękowe stopniowo, łącząc je z historią wczesnodziecięcą.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne poczucie bycia niegodnym miłości; obraz opiekuna jako niedostępnego; terror pozostania samemu.

UWAGA KLINICZNA

Przy silnym lęku przywiązaniowym praca z przeniesieniem może nasilić zależność od terapeuty. Monitoruj poziom zależności i pracuj na autonomii równolegle.

002

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Unikający styl przywiązania

Pacjent emocjonalnie dystansujący się w relacjach, minimalizujący potrzebę bliskości, z trudnością w dostępie do uczuć.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wczesnodziecięcego doświadczenia z opiekunem chłodnym lub niedostępnym emocjonalnie, które ukształtowało dezaktywację systemu przywiązania.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Dezaktywacja systemu przywiązania jako adaptacja
- Pseudo-autonomia maskująca potrzebę bliskości
- Izolacja afektu jako centralna obrona

TYPOWE OBRONY

- Intelektualizacja
- Izolacja uczuć
- Minimalizowanie znaczenia relacji

Postawa terapeuty i przebieg

Nie naciskaj na uczucia zbyt szybko -- to pogłębia wycofanie. Zapraszaj do zbadania, co byłoby, gdyby coś poczuł/a. Pracuj z ciałem i obrazem jako pośrednikiem do afektu. Bądź cierpliwy wobec milczenia i chłodu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Ból odrzucenia zbyt bolesny, by go czuć; brak wewnętrznego obiektu kojącego; poczucie, że potrzeby są wstydem.

UWAGA KLINICZNA

Terapeuta może czuć się odrzucany lub nieważny. Kontratransfer chłodu lub frustracji jest ważną informacją do superwizji.

003

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Zdezorganizowany styl przywiązania

Pacjent z historią traumy relacyjnej lub zaniedbania, z chaotycznymi wzorcami w relacjach, ambiwalencją wobec bliskości.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z paradoksem: opiekun był jednocześnie źródłem strachu i schronieniem -- co wytworzyło dezorganizację wewnętrzną.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Bliskość = zagrożenie; oddalenie = opuszczenie
- Brak koherentnej strategii relacyjnej
- Fragmentacja reprezentacji self i obiektu

TYPOWE OBRONY

- Dysocjacja
- Acting-out
- Idealizacja i dewaluacja naprzemienne

Postawa terapeuty i przebieg

Priorytet: stabilizacja i bezpieczeństwo ramki. Pracuj powoli z momentami dysocjacji w sesji. Buduj koherentną narrację z fragmentów. Interpretacje podawaj małymi dawkami, sprawdzając jak są przyjmowane.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że relacja niszczy; terror bliskości współistniejący z terrorrem opuszczenia.

UWAGA KLINICZNA

Zdezorganizowane przywiązanie wymaga długiej, cierpliwej pracy i doświadczenia klinicznego. Wysoki risk acting-out i przerw w terapii. Superwizja obowiązkowa.

004

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Poszukiwanie matki w relacjach dorosłych

Pacjent wchodzący w relacje z silnie zależnym poszukiwaniem opieki, kojenia i bezpieczeństwa, jakich nie doświadczył od matki.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja niezaspokojonej potrzeby pierwotnej opieki i tego, jak organizuje ona dorosłe relacje i przeniesienie.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Potrzeba pierwotnego kojenia w relacjach dorosłych
- Rozczarowanie jako powtórzenie wczesnego zawiedzenia
- Gniew na matkę przeniesiony na partnerów

TYPOWE OBRONY

- Regresja do potrzeb dziecięcych
- Idealizacja przed rozczarowaniem
- Somatyzacja frustracji

Postawa terapeuty i przebieg

Pozwól, by przeniesienie macierzyńskie rozwinęło się, zanim je zinterpretujesz. Eksploruj, czego pacjent szukał od matki i czego nie dostał. Interpretuj, jak ten wzorzec pojawia się teraz w relacjach i w gabinecie.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wczesnodziecięcy głód bliskości i kojenia; poczucie bycia niechcianym niemowlęciem; tęsknota za matką, której nie było.

UWAGA KLINICZNA

Uważaj na nadmierne gratyfikowanie potrzeb regresywnych -- celem jest wgląd i integracja, nie zastąpienie matki.

005

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Wzorzec relacyjny z ojcem — autorytet i granice

Pacjent z trudnościami wobec autorytetów, granic i własnej sprawczości, powiązanymi z relacją z ojcem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja reprezentacji ojca (silny/słaby/agresywny/nieobecny) i jej wpływu na relację z autorytetem, władzą i własnym agentywnością.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Ojcowski obiekt wewnętrzny jako organizator granic i sprawczości
- Identyfikacja lub anty-identyfikacja z ojcem
- Trudności z internalizacją zdrowego autorytetu

TYPOWE OBRONY

- Bunt jako obrona przed zależnością
- Idealizacja siły
- Pasywność jako unikanie sprawczości

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię relacji z ojcem bez pośpiechu. Zbadaj, jak wyobrażenie ojca pojawia się w relacji z terapeutą. Śledź, czy pacjent poddaje się lub buntuje -- i dlaczego.

Spodziewany materiał nieświadomy

Potrzeba i lęk przed silnym ojcem; nieusymbolizowana agresja wobec ojca; pragnienie bycia widzianym i uznanym przez figurę ojcowską.

UWAGA KLINICZNA

Płeć terapeuty może znacząco wpływać na przeniesienie ojcowskie. Bądź świadomy/a własnych uczuć wobec buntu lub poddania pacjenta.

006

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Utrata wczesnego obiektu — separacja i strata

Pacjent z historią wczesnodziecięcej straty (śmierć rodzica, rozstanie, adopcja) wpływającej na obecne wzorce relacyjne.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wpływu wczesnej straty na wewnętrzne reprezentacje obiektów i zdolność do tworzenia trwałych więzi.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Stała utrata obiektu jako organizator wewnętrzny
- Trudność ze stałością obiektu
- Żałoba archaiczna nieopłakana

TYPOWE OBRONY

- Unikanie przywiązania ('żeby nie stracić znowu')
- Kompulsywna opieka nad innymi
- Depresja jako zamaskowana tęsknota

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz przestrzeń na opłakanie wczesnej straty bez pośpiechu. Eksploruj, jak pacjent wyobraża sobie utraconą osobę wewnętrznie. Pracuj ze stałością obiektu terapeutycznego jako korekcyjnym doświadczeniem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarny ból po utracie; poczucie, że strata jest winą pacjenta; terror kolejnej utraty.

UWAGA KLINICZNA

Przerwy terapeuty (urlopy, choroba) mogą retraumatyzować wzorzec straty. Przygotowuj je z wyprzedzeniem i eksploruj reakcje pacjenta.

007

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Rodzeństwo — rywalizacja, wykluczenie i więź

Pacjent z silnymi dynamikami rywalizacji, zazdrości lub wykluczenia, zakorzenionymi w relacjach z rodzeństwem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wewnętrznych reprezentacji rodzeństwa i ich wpływu na aktualne relacje rówieśnicze, zawodowe i terapeutyczne.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Rywalizacja o miłość i uznanie rodziców
- Zazdrość jako nieprzetworzone uczucie primarne
- Lojalność i wina wobec rodzeństwa

TYPOWE OBRONY

- Dewaluacja innych ('i tak jestem gorszy/a')
- Eliminacja rywali w fantazji
- Kompulsywne bycie najlepszym

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię relacji z rodzeństwem i uczucia, które się z nimi wiązały. Śledź, jak rywalizacja pojawia się w innych relacjach. Interpretuj przeniesienie braterskie/siostrzane w grupach lub superwizjach.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna zazdrość i pragnienie bycia jedynym, wyjątkowym; wina za wrogość wobec rodzeństwa; tęsknota za sojusznikiem.

UWAGA KLINICZNA

Pacjenci mogą ukrywać silną zazdrość wobec rodzeństwa ze wstydu. Twórz bezpieczną przestrzeń dla uczuć, które mogą wydawać się 'nieakceptowalne'.

008

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Przywiązanie do choroby i roli pacjenta

Pacjent z chronicznym identyfikowaniem się ze swoją chorobą lub cierpieniem, oporny wobec zdrowienia.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja funkcji symptomu jako sposobu utrzymania więzi, uwagi lub tożsamości.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Symptom jako obiekt przejściowy
- Choroba jako jedyna relacja z opiekunem
- Zdrowienie = opuszczenie lub zdrada

TYPOWE OBRONY

- Somatyzacja potrzeb relacyjnych
- Chroniczne narzekanie jako komunikacja
- Sabotaż zdrowienia

Postawa terapeuty i przebieg

Nie walcz z symptomem bezpośrednio -- eksploruj jego znaczenie relacyjne. Zapytaj: kto był przy tobie, gdy byłeś/aś chory/a? Co byś stracił/a, gdybyś wyzdrowiał/a? Pracuj ze wstydem potrzeby bycia zaopiekowanym/ą.

Spodziewany materiał nieświadomy

Głęboka potrzeba opieki możliwa do wyrażenia tylko przez chorobę; lęk, że zdrowy/a będzie niepotrzebny/a; tożsamość zorganizowana wokół cierpienia.

UWAGA KLINICZNA

Konfrontacja z funkcją symptomu bez wystarczającego przymierza grozi zerwaniem terapii. Waliduj cierpienie, zanim zaproponujesz hipotezę o jego znaczeniu.

009

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Więź terapeutyczna jako główna relacja

Pacjent, dla którego relacja terapeutyczna jest jedyną znaczącą relacją; silna zależność od terapeuty.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z granicami relacji terapeutycznej jako model uczenia się zdrowej bliskości z odrębności.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Terapeuta jako jedyny obiekt bezpiecznej więzi
- Pragnienie fuzji lub specjalnego statusu
- Lęk przed zakończeniem jako egzystencjalny

TYPOWE OBRONY

- Omnipotentne przekonanie, że terapeuta jest wyjątkowy
- Wymazywanie granicy gabinetu/życia
- Ataki na ramkę

Postawa terapeuty i przebieg

Utrzymuj ramkę życzliwie, lecz stanowczo. Eksploruj, co pacjent czuje wobec ograniczeń relacji. Interpretuj fantazje o wyjątkowości relacji. Aktywnie pracuj na rozwijaniu relacji poza terapią.

Spodziewany materiał nieświadomy

Przekonanie, że żadna inna relacja nie da tego, co terapia; lęk przed rozczarowaniem poza gabinetem; prymarne pragnienie fuzji z obiektem.

UWAGA KLINICZNA

Uważaj na własne odczucia bycia wyjątkowym terapeutą -- to element przeciwprzeniesienia. Superwizja kluczowa przy silnej zależności.

010

PRZYWIĄZANIE I WIĘŹ

Powtórzenie traumatycznej więzi

Pacjent wchodzący w relacje odtwarzające wczesnodziecięcą relację z krzywdzącym lub niedostępnym opiekunem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja kompulsji powtórzenia jako próby opanowania i przepracowania traumatycznej relacji pierwotnej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Kompulsja powtórzenia wzorca traumatycznej więzi
- Identyfikacja z agresorem lub pozycją ofiary
- Erotyzacja traumy jako jej opanowanie

TYPOWE OBRONY

- Idealizacja partnera traumatycznego
- Racjonalizacja zachowań krzywdzącego
- Masochizm jako aktywne podporządkowanie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj wzorzec relacyjny z neutralnością i ciekawością. Pomóż pacjentowi nazwać powtórzenie bez wstydu. Interpretuj kompulsję powtórzenia jako próbę opanowania -- nie jako głupotę lub masochizm.

Spodziewany materiał nieświadomy

Nieświadoma nadzieja, że tym razem będzie inaczej; identyfikacja z wzorcem rodzinnym; poczucie, że tylko taka relacja jest 'prawdziwa'.

UWAGA KLINICZNA

Nie pathologizuj szybko wzorca -- ma on swoją logikę i historię. Najpierw rozumienie, potem konfrontacja.

2

Obrony i Opory

PROTOKOŁY 011--020

Obrony i opory nie są przeszkodami -- są ważnymi informacjami o obszarach bólu. Te protokoły pomagają rozpoznać, eksplorować i ostrożnie pracować z mechanizmami obronnymi.

011

OBRONY I OPORY

Intelektualizacja jako główna obrona

Pacjent omawiający swoje problemy z analitycznym dystansem, bez kontaktu z emocjami; często z wykształceniem akademickim.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja funkcji intelektualizacji jako bariery przed bólem emocjonalnym i praca z jej stopniowym mięknięciem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Rozum jako armor przed uczuciem
- Kompetencja intelektualna jako substytut emocjonalnej sprawczości
- Strach przed tym, co byłoby, gdyby poczuć

TYPOWE OBRONY

- Intelektualizacja (główna)
- Racjonalizacja
- Abstrakcja od konkretu

Postawa terapeuty i przebieg

Nie rywalizuj z pacjentem intelektualnie. Delikatnie zapraszaj do ciała i uczucia: 'To bardzo precyzyjna analiza. Co pan/pani przy tym czuje?' Obserwuj i odzwierciedlaj momenty emocjonalnego przebłysku.

Spodziewany materiał nieświadomy

Terror uczuć jako zagrażających kontroli; przekonanie, że emocje dezorganizują; wczesnodziecięce środowisko karące za uczucia.

UWAGA KLINICZNA

Zbyt szybka konfrontacja z intelektualizacją może sprowokować wycofanie. Pracuj cierpliwie, towarzysząc intelektowi pacjenta, zanim zaproponujesz inne drogi.

012

OBRONY I OPORY

Wyparcie jako organizator symptomu

Pacjent z symptomami (lęk, depresja, somatyzacja) bez wyraźnego powiązania ich z wydarzeniami życiowymi lub uczuciami.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Stopniowe odsłanianie wypartego materiału emocjonalnego lub wspomnieniowego leżącego u podstaw symptomu.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wyparcie jako ochrona przed nieakceptowanymi treściami
- Powrót wypartego przez symptom
- Koszt psychiczny utrzymania wyparcia

TYPOWE OBRONY

- Wyparcie (główne)
- Rozszczepienie
- Amnezja selektywna

Postawa terapeuty i przebieg

Podążaj za lukami w narracji -- to, czego brakuje, jest równie ważne jak to, co jest. Używaj snów, skojarzeń i ciała jako dróg do wypartego. Nigdy nie 'wyciągaj' wypartego siłą.

Spodziewany materiał nieświadomy

Treści emocjonalne, wspomnieniowe lub fantazyjne zbyt zagrażające, by pozostać w świadomości; konflikty moralne lub seksualne wyparte w dzieciństwie.

UWAGA KLINICZNA

Szybkie odsłanianie wypartego bez gotowości ego może prowadzić do kryzysu. Monitoruj zdolność regulacyjną pacjenta i dawkuj pracę.

013

OBRONY I OPORY

Projekcja i zewnętrzne umieszczanie winy

Pacjent chroniczne obwiniający innych za swoje trudności, z trudnością w przyjmowaniu własnej odpowiedzialności.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja projekcji jako mechanizmu obrony przed nieakceptowanymi aspektami self, praca z introjektem i integracją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Projekcja nieakceptowanych impulsów na innych
- Lęk przed odpowiedzialnością jako lęk przed karą
- Ego zewnętrzne szukające winowajców

TYPOWE OBRONY

- Projekcja (główna)
- Eksternalizacja
- Racjonalizacja wrogości

Postawa terapeuty i przebieg

Nie konfrontuj projekcji zbyt szybko -- wzbudza defensję. Najpierw eksploruj uczucia pacjenta, potem delikatnie pytaj o własny udział. Interpretuj projekcję w kontekście jej ochronnej funkcji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Własne nieakceptowane impulsy agresywne lub seksualne; wstyd przed własną wadliwością; lęk przed karą za bycie 'złym'.

UWAGA KLINICZNA

Pacjent może projektować na terapeutę. Monitoruj własne uczucia -- kontratransfer jest tu cennym wskaźnikiem klinicznym.

014

OBRONY I OPORY

Rozszczepienie na dobre i złe

Pacjent z wyraźnym rozszczepieniem (idealizacja/dewaluacja), trudnością z ambiwalencją, czarno-białą oceną siebie i innych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z integracją rozszczepionych reprezentacji self i obiektu -- ku tolerancji ambiwalencji i złożoności.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Rozszczepienie jako ochrona przed mieszanymi uczuciami wobec obiektu
- Idealizacja poprzedzająca dewaluację jako cykl
- Brak stałości obiektu

TYPOWE OBRONY

- Rozszczepienie (główne)
- Identyfikacja projekcyjna
- Omnipotencja i dewaluacja

Postawa terapeuty i przebieg

Odzwierciedlaj oscylacje pacjenta bez opowiadania się po żadnej stronie. Stopniowo wprowadzaj 'zarówno/jak i' -- 'jest pani zła na kogoś, kogo jednocześnie kochasz'. Pracuj ze stałością obiektu terapeutycznego jako modelem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna niemożność utrzymania ambiwalentnych uczuć wobec obiektu; terror zniszczenia dobrego obiektu przez złe uczucia.

UWAGA KLINICZNA

Rozszczepienie jest wczesnodziecięcym mechanizmem charakterystycznym dla organizacji borderline. Wymaga długiej, cierpliwej pracy i stałej superwizji.

015

OBRONY I OPORY

Identyfikacja projekcyjna

Pacjent nieświadomie wywierający presję na terapeutę lub innych, by zachowywali się zgodnie z jego wewnętrznymi reprezentacjami.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Rozpoznanie identyfikacji projekcyjnej w sesji przez pracę z kontratransferencją i ostrożna interpretacja.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Projektowanie nieakceptowanej części self w obiekt
- Wywieranie presji na obiekt, by 'stał się' tą projekcją
- Interakcja jako scenariusz wewnętrznego konfliktu

TYPOWE OBRONY

- Identyfikacja projekcyjna (główna)
- Omnipotentna kontrola
- Acting-in i acting-out

Postawa terapeuty i przebieg

Pracuj intensywnie z własną kontratransferencją. Zanim zinterpretuj, upewnij się, że nie działasz pod wpływem projekcji. Interpretuj ostrożnie: 'Zauważam, że w tej chwili coś chce mnie sprowokować do powiedzenia/zrobienia...'

Spodziewany materiał nieświadomy

Części self nieakceptowane ze wstydu lub lęku; konflikt między agresją a miłością; przekonanie o własnej destrukcyjności.

UWAGA KLINICZNA

Identyfikacja projekcyjna jest jednym z najtrudniejszych mechanizmów do pracy w terapii. Superwizja regularna jest konieczna.

016

OBRONY I OPORY

Opór wobec wglądu

Pacjent pozornie współpracujący, lecz sabotujący interpretacje, zapominający o sesjach, 'nie pamiętający' ważnych rzeczy.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja oporu jako ważnej informacji o obszarach konfliktu i pracy z nim jako materiałem terapeutycznym.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Opór jako ochrona przed bólem zmiany
- Wtórne korzyści z symptomu
- Lęk przed tym, co kryje się pod obronami

TYPOWE OBRONY

- Opór (jako metacechyniowe)
- Formowanie reakcji
- Odizolowanie

Postawa terapeuty i przebieg

Nie walcz z oporem -- eksploruj go. 'Zauważam, że w ostatnim czasie coś przeszkadza w pracy. Co pan/pani myśli, co to może być?' Traktuj opór jako sojusznika, nie wroga.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed zmianą jako porzuceniem znajomego self; lęk przed tym, co ujawni się po usunięciu obrony; ambivalencja wobec zdrowienia.

UWAGA KLINICZNA

Interpretowanie oporu zbyt bezpośrednio może wzmocnić defensję. Najpierw waliduj trudność pracy, potem eksploruj opór ze wspólną ciekawością.

017

OBRONY I OPORY

Regresja w terapii

Pacjent wykazujący regresję do wcześniejszych stanów w toku terapii -- zwiększoną zależność, dziecięce zachowania, nasilenie symptomu.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja znaczenia regresji -- czy jest to regresja w służbie ego (terapeutyczna) czy regresja ucieczki.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Regresja jako powrót do wczesnodziecięcych wzorców
- Regresja terapeutyczna vs. regresja ucieczki
- Terapeuta jako obiekt pierwotny w regresji

TYPOWE OBRONY

- Regresja (jako mechanizm)
- Somatyzacja w regresji
- Bezradność infantylna

Postawa terapeuty i przebieg

Oceń funkcję regresji. Jeśli jest terapeutyczna -- towarzysz jej spokojnie, utrzymując ramkę. Jeśli jest ucieczką -- delikatnie wskaż na nią i zaproś do eksploracji jej sensu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Potrzeba pierwotnej opieki; lęk przed dorosłością i odpowiedzialnością; wczesnodziecięce stany nieprzetworzone.

UWAGA KLINICZNA

Regresja głęboka może wymagać zmiany podejścia (bardziej wspierającego niż interpretacyjnego). Oceniaj ego pacjenta na bieżąco.

018

OBRONY I OPORY

Formowanie reakcji i moralność jako obrona

Pacjent o sztywnych zasadach moralnych, osądzający innych i siebie, z trudnością w kontakcie z 'zakazanymi' impulsami.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja sztywnych norm moralnych jako odwrócenia nieakceptowanych impulsów i praca z integracją cienia.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Nieakceptowane impulsy odwrócone w swoje przeciwieństwo
- Moralność jako tarcza przed wstydem
- Sztywność superego

TYPOWE OBRONY

- Formowanie reakcji (główne)
- Moralizowanie
- Reaktywna czystość

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co kryje się po drugiej stronie moralnej pozycji pacjenta. Nie atakuj moralności -- pytaj ciekawość. 'Co by się stało, gdyby miał/a pan/pani takie uczucie?' Pracuj ze wstydem cieniowym.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wyparty impuls agresywny lub seksualny odwrócony w moralne potępienie; wstyd przed własną 'nieczystością'; superego opresyjne.

UWAGA KLINICZNA

Podważenie moralnych przekonań bez wystarczającego przymierza może wywołać kryzys tożsamości. Pracuj powoli i z szacunkiem.

019

OBRONY I OPORY

Zaprzeczenie rzeczywistości i omnipotencja

Pacjent zaprzeczający trudnym faktom rzeczywistości, z poczuciem wyjątkowości i nietykalności.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja omnipotentnego zaprzeczenia jako ochrony przed lękiem przed bezradnością i skończonością.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Zaprzeczenie jako magia wobec zagrażającej rzeczywistości
- Omnipotencja jako anty-helplessness
- Grandiozja jako ochrona przed małością

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczenie (główne)
- Omnipotencja
- Izolacja od konsekwencji

Postawa terapeuty i przebieg

Nie konfrontuj zaprzeczenia z faktami -- to nie działa. Eksploruj: 'Jak wyobraża sobie pan/pani, że to się potoczy?' Stopniowo zapraszaj do kontaktu z rzeczywistością przez relację, nie przez logikę.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie o własnej wyjątkowości i nietykalności; lęk przed zwykłością i śmiertelnością; wczesnodziecięce środowisko potwierdzające omnipotencję.

UWAGA KLINICZNA

Omnipotencja może maskować głęboką depresję lub narcystyczne zaburzenie osobowości. Oceń poziom organizacji osobowości przed intensywną pracą interpretacyjną.

020

OBRONY I OPORY

Dysocjacja jako obrona przed przytłaczającym afektem

Pacjent z epizodami 'wypadania' z kontaktu, depersonalizacją, poczuciem nierealności lub amnezją w sesjach.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja dysocjacji jako adaptacyjnej obrony przed przytłaczającym afektem i praca z integracją dysocjowanych stanów.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Dysocjacja jako mechanizm przetrwania w obliczu przytłoczenia
- Fragmentacja self jako efekt chronicznej dysocjacji
- Stany ego niekomunikujące się ze sobą

TYPOWE OBRONY

- Dysocjacja (główna)
- Depersonalizacja
- Amnezja dysocjacyjna

Postawa terapeuty i przebieg

Gdy dysocjacja pojawia się w sesji -- zatrzymaj się. Zaproś do uziemienia (stopy, oddech, kontakt wzrokowy). Pracuj powoli, obserwując oznaki dysocjacji jako sygnał do zwolnienia tempa.

Spodziewany materiał nieświadomy

Treści emocjonalne lub wspomnieniowe zbyt przytłaczające dla spójnego ego; fragmenty traumatycznych doświadczeń zamknięte w odseparowanych stanach.

UWAGA KLINICZNA

Dysocjacja wymaga doświadczenia klinicznego i często specjalistycznego podejścia (np. terapia stadialnego leczenia traumy). Oceń nasilenie przed podjęciem pracy interpretacyjnej.

3

Przeniesienie i Przeciwprzeniesienie

PROTOKOŁY 021--030

Przeniesienie i kontratransferencja to serce pracy psychodynamicznej. Te protokoły prowadzą przez różne formy przeniesienia i pracę z reakcjami terapeuty.

021

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Erotyczne przeniesienie

Pacjent wyrażający romantyczne lub seksualne uczucia wobec terapeuty, komplikujące ramkę i pracę.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja erotycznego przeniesienia jako materializacji wczesnodziecięcego pragnienia i pracy z nim bez odrzucania ani gratyfikowania.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Przeniesienie erotyczne jako reaktywacja wczesnodziecięcego pragnienia
- Seksualizacja potrzeby bliskości i uznania
- Fantazja specjalnej relacji z terapeutą

TYPOWE OBRONY

- Seksualność jako kanał dla potrzeb relacyjnych
- Erotyzacja konfliktu
- Acting-in poprzez uwodzenie

Postawa terapeuty i przebieg

Przyjmij ujawnienie spokojnie, bez zawstydzania ani odrzucania. Eksploruj: 'Co by dla pana/pani znaczyło, gdyby te uczucia zostały odwzajemnione?' Interpretuj przeniesienie jako ważne okno na wczesnodziecięce pragnienia.

Spodziewany materiał nieświadomy

Pragnienie bycia wyjątkowym obiektem miłości dla rodzica-terapeuty; reaktywacja wczesnodziecięcych pragnień edypalnych; samotność szukająca kanału przez erotykę.

UWAGA KLINICZNA

Erotyczne przeniesienie wymaga jasnej, niezmiennej ramki etycznej i doświadczonej superwizji. Własny kontratransfer seksualny terapeuty musi być aktywnie adresowany w superwizji.

022

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Wrogie i negatywne przeniesienie

Pacjent wyrażający złość, nieufność, rozczarowanie lub wrogość wobec terapeuty.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z negatywnym przeniesieniem jako cennym materiałem klinicznym i szansą na przepracowanie wrogości w bezpiecznej relacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Gniew przeniesiony z pierwotnych obiektów na terapeutę
- Testowanie: czy terapeuta przetrwa atak
- Lęk przed własną destrukcyjnością

TYPOWE OBRONY

- Projekcja agresji
- Prowokacja
- Wycofanie jako forma ataku

Postawa terapeuty i przebieg

Nie defensywuj się i nie odpowiadaj wzajemną wrogością. Przyjmuj negatywne przeniesienie z ciekawością i spokojnie. Interpretuj: 'Widzę w panu/pani duże rozczarowanie lub złość. Chciałbym/chciałabym zrozumieć, co ją wywołuje.'

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna wrogość wobec obiektów, które zawiodły; lęk, że złość niszczy; tęsknota za obiektem, który przetrwa.

UWAGA KLINICZNA

Własny kontratransfer obronny lub ofensywny jest tu największym ryzykiem. Superwizja regularna. Nie interpretuj przeniesienia w szczycie złości pacjenta.

023

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Idealizacja terapeuty i przeniesienie idealizujące

Pacjent stawiający terapeutę na piedestale, widzący go jako cudownego, wszechwiedzącego i wyjątkowego.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja idealizacji jako formy przeniesienia i praca z tym, co stoi za idealizacją i co nastąpi po jej rozpadzie.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Idealizacja jako mechanizm poszukiwania mirroring i potwierdzenia
- Omnipotentna kontrola przez idealizację
- Nieuchronny rozpad idealizacji i jego konsekwencje

TYPOWE OBRONY

- Idealizacja (główna)
- Unikanie rozczarowania przez idealizację
- Dezawuowanie własnej wartości na tle 'wielkiego' terapeuty

Postawa terapeuty i przebieg

Nie przyjmuj idealizacji ani nie odpychaj jej zbyt szybko. Eksploruj: 'Co czuje pan/pani, kiedy wyobraża sobie, że jestem omylny/a lub mam ograniczenia?' Pracuj z rozpadem idealizacji jako nieuniknionym etapem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna potrzeba idealnego obiektu kojącego; narcystyczna potrzeba mirroring przez wielkiego innego; lęk przed rozczarowaniem obiektem.

UWAGA KLINICZNA

Idealizacja zasila narcyzm terapeuty -- własna kontratransferencja musi być aktywnie monitorowana.

024

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Przeniesienie rodzicielskie -- tęsknota za matką/ojcem

Pacjent wyraźnie poszukujący w terapeucie figury matki lub ojca, z odpowiadającymi temu oczekiwaniami.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja przeniesienia rodzicielskiego jako reaktywacji niezaspokojonych potrzeb i pracy z jego przepracowaniem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Reaktywacja relacji z matką/ojcem w relacji z terapeutą
- Oczekiwania bezwarunkowej miłości i opieki
- Gniew, gdy terapeuta nie spełnia roli rodzica

TYPOWE OBRONY

- Regresja do pozycji dziecięcej
- Infantylna zależność
- Idealizacja lub dewaluacja figury rodzicielskiej

Postawa terapeuty i przebieg

Pozwól, by przeniesienie rodzicielskie rozwinęło się i ujawniło swój materiał. Nie spełniaj oczekiwań rodzicielskich, lecz eksploruj je. Interpretuj gradualnie, łącząc z historią.

Spodziewany materiał nieświadomy

Niezaspokojona potrzeba pierwotnej opieki; tęsknota za miłością bezwarunkową; wewnętrzne dziecko szukające rodzica.

UWAGA KLINICZNA

Spełnianie oczekiwań rodzicielskich (gratyfikacja przeniesienia) wzmacnia zależność i hamuje terapeutyczną zmianę. Utrzymuj ramkę.

025

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Kontratransfer: miłość do pacjenta

Terapeuta doświadczający silnych, ciepłych lub romantycznych uczuć wobec pacjenta, wpływających na pracę kliniczną.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z kontratransferencją miłosną jako cennym materiałem klinicznym i sygnałem o dynamikach relacyjnych pacjenta.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Kontratransfer miłosny jako odpowiedź na przeniesienie erotyczne lub zależnościowe
- Ryzyko naruszenia granic etycznych
- Informacja o potrzebach relacyjnych pacjenta

TYPOWE OBRONY

- Racjonalizacja uczuć kontratransferencjalnych
- Nadmierna troska jako kanał
- Specjalne traktowanie pacjenta

Postawa terapeuty i przebieg

To protokół dla terapeuty w superwizji lub własnej terapii. Superwizja jest obowiązkowa. Zbadaj: skąd pochodzi to uczucie, co mówi o pacjencie i o tobie samym. Przywróć ramkę.

Spodziewany materiał nieświadomy

(terapeuty) Własne niezaspokojone potrzeby relacyjne; identyfikacja z pacjentem; reaktywacja własnych wzorców przywiązania.

UWAGA KLINICZNA

Kontratransfer miłosny nigdy nie uzasadnia gratyfikowania przeniesienia. Wszelkie wątpliwości etyczne wymagają natychmiastowej superwizji.

026

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Kontratransfer: wrogość i znużenie pacjentem

Terapeuta doświadczający złości, znużenia, nudy lub chęci skrócenia sesji wobec konkretnego pacjenta.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z negatywną kontratransferencją jako ważną informacją o dynamikach relacyjnych i własnym stanie klinicysty.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Kontratransfer negatywny jako odpowiedź na identyfikację projekcyjną lub testowanie
- Znużenie jako sygnał wypalenia lub uwikłania
- Wrogość jako odzwierciedlenie własnej agresji pacjenta

TYPOWE OBRONY

- (terapeuty) Udawanie zainteresowania
- Unikanie trudnych tematów
- Kliniczne oddalenie

Postawa terapeuty i przebieg

To protokół dla terapeuty w superwizji lub własnej terapii. Zbadaj: czy moja wrogość odzwierciedla agresję pacjenta? Czy jest to wypalenie? Czy działa identyfikacja projekcyjna? Nie działaj pod wpływem uczucia.

Spodziewany materiał nieświadomy

(terapeuty) Własne trudności z agresją; reaktywacja wzorców z trudnymi postaciami z przeszłości; granica wypalenia.

UWAGA KLINICZNA

Działanie pod wpływem negatywnego kontratransferu (np. wrogość, zimny dystans) może poważnie uszkodzić terapię i pacjenta.

027

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Przerwy terapeutyczne -- urlopy i absencja terapeuty

Nasilone reakcje pacjenta na przerwy (urlopy, choroba terapeuty) -- złość, regresja, somatyzacja.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja przerwy jako reaktywacji doświadczeń separacji i straty; praca z dynamikami wokół absencji terapeuty.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Przerwa jako reaktywacja pierwotnej separacji
- Czas między sesjami jako pustka lub przepełnienie
- Fantazje o tym, co robi terapeuta podczas przerwy

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczenie znaczenia przerwy
- Złość jako maskarada tęsknoty
- Regresja przed przerwą lub po niej

Postawa terapeuty i przebieg

Zapowiadaj przerwy z odpowiednim wyprzedzeniem. Eksploruj znaczenie przerwy przed jej nastąpieniem i po powrocie. Interpretuj reakcję w kontekście historii separacji pacjenta.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna tęsknota za nieobecnym obiektem; reaktywacja wczesnodziecięcych doświadczeń separacji; fantazje o tym, czy terapeuta wróci.

UWAGA KLINICZNA

Pacjenci z historią nagłych strat mogą reagować na przerwy krizysem. Planuj przerwy z wyprzedzeniem i zapewnij dostęp do wsparcia.

028

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Acting-out jako komunikacja przez działanie

Pacjent wyrażający nieprzetworzone uczucia przez działania (spóźnienia, nieobecności, impulsywne decyzje) zamiast słów.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja acting-out jako komunikacji nieświadomej i praca z przeniesieniem jej do przestrzeni słownego opracowania.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Acting-out jako prymitywna komunikacja prewerbalnego materiału
- Działanie jako unikanie symbolizacji
- Ciało i zachowanie jako kanał nieświadomego

TYPOWE OBRONY

- Acting-out (jako mechanizm)
- Eksternalizacja konfliktu
- Somatyzacja psychicznego bólu

Postawa terapeuty i przebieg

Traktuj acting-out jako ważną komunikację, nie jako zachowanie do skarcenia. Zapytaj spokojnie: 'Nie przyszedł/a pan/pani w tamtym tygodniu. Co się działo?' Eksploruj, nie moralizuj.

Spodziewany materiał nieświadomy

Treści prewerbalnych lub niewerbalnych, zbyt prymitywne dla symbolizacji; prymarna komunikacja przez ciało i działanie.

UWAGA KLINICZNA

Nie reaguj na acting-out karą lub moralizowaniem -- to wzmacnia defensję. Utrzymuj ramkę spokojnie i eksploruj znaczenie zachowania.

029

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Milczenie w sesji -- znaczenia i dynamiki

Regularne lub długotrwałe milczenia w sesjach o różnych znaczeniach (opór, przeniesienie, integracja, wrogość).

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja różnych rodzajów milczenia i ich znaczenia w kontekście relacji terapeutycznej i dynamik pacjenta.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Milczenie jako komunikacja niewerbalną
- Milczenie jako opór lub przeniesienie
- Milczenie jako moment integracji i myślenia

TYPOWE OBRONY

- Milczenie wrogie
- Milczenie wycofujące
- Milczenie zawstydzające

Postawa terapeuty i przebieg

Nie wypełniaj każdego milczenia słowami. Potrafi milczeć razem z pacjentem. Gdy milczenie zdaje się obciążone -- delikatnie zapytaj: 'Co się teraz dzieje?' lub 'Co pojawia się w milczeniu?'

Spodziewany materiał nieświadomy

Treści zbyt bolesne lub zagrażające do zwerbalizowania; prymarny opór; stan kontemplacji lub integracji.

UWAGA KLINICZNA

Nietolerancja terapeuty na milczenie (własna) jest ważną informacją do superwizji. Uciekanie od milczenia przez gadatliwość może hamować pracę.

030

PRZENIESIENIE I PRZECIWPRZENIESIENIE

Przeniesienie rodzeństwa w terapii grupowej lub indywidualnej

Pacjent wyrażający rywalizację, zazdrość lub sojusz wobec terapeuty lub innych pacjentów w kontekście dynamik rodzeństwa.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja przeniesienia bratersko-siostrzanego i jego korzeni w historii relacyjnej z rodzeństwem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Reaktywacja rywalizacji o uwagę i miłość rodzica/terapeuty
- Zazdrość o innych pacjentów (znana lub nieznana)
- Sojusz przeciwko wspólnemu wrogowi

TYPOWE OBRONY

- Dewaluacja innych jako rywali
- Pozycjonowanie się jako 'ulubieńca'
- Sabotaż innych w grupie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj świadomość pacjenta o innych pacjentach terapeuty. 'Co myśli pan/pani o tym, że ma pan/pani do dzielenia ze mną z innymi?' Interpretuj zazdrość bez wstydzenia.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna zazdrość o rodzeństwo przeniesiona na kontekst terapeutyczny; pragnienie bycia wyjątkowym jedynym dzieckiem terapeuty.

UWAGA KLINICZNA

W terapii grupowej przeniesienie rodzeństwa jest centralne i wymaga szczególnej uwagi dynamik grupowych.

4

Traumy i Rany Archaiczne

PROTOKOŁY 031--040

Rany archaiczne kształtują psychikę na długo przed tym, gdy mamy słowa. Te protokoły towarzyszą w pracy z wczesnodziecięcymi traumami, wstydem i konfliktami.

031

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Trauma wczesnodziecięca bez słów -- pamięć ciała

Pacjent z somatycznymi objawami bez wyraźnego powiązania ze wspomnieniami; historia trauma pre- lub periwerbalnej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z ciałem jako nośnikiem przedwerbalnych wspomnień traumatycznych; stopniowe budowanie symbolizacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Pamięć traumatyczna zakodowana somatycznie
- Brak narracji dla prewerbaldych doświadczeń
- Ciało mówi to, czego słowa nie dosięgają

TYPOWE OBRONY

- Somatyzacja (jako kanał)
- Dysocjacja od ciała
- Brak języka dla uczuć (aleksytymia)

Postawa terapeuty i przebieg

Pracuj powoli z doznaniami ciała jako punktem wejścia. Pytaj o to, co pacjent czuje fizycznie, gdy zbliżamy się do trudnego materiału. Buduj metafory i obrazy jako pośredniki do symbolizacji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prewerbalne ślady traumatyczne zakodowane w ciele; stany emocjonalne bez narracji; prymarne doświadczenia niezintegrowane.

UWAGA KLINICZNA

Praca z pamięcią ciała wymaga bardzo powolnego tempa i doświadczenia w podejściach somatycznych. Nie wymuszaj werbalizacji.

032

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Wstyd archaiczny i poczucie wadliwości

Pacjent z głębokim, chronicznym poczuciem bycia wadliwym, gorszym lub brakującym -- niezwiązanym z konkretnymi zdarzeniami.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wstydu archaicznego jako centralnej rany narcystycznej i praca z jego stopniową integracją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wstyd jako prymarna emocja organizująca self
- Ukrywanie wadliwości jako centralna strategia
- Podatność narcystyczna jako wierzchołek wstydu

TYPOWE OBRONY

- Ukrywanie i maskowanie
- Perfekcjonizm jako anty-wstyd
- Wycofanie społeczne

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz przestrzeń, w której wstyd można wyrażać bez ryzyka zawstydzenia przez terapeutę. Odzwierciedlaj z empatią, nie z litością. Interpretuj wstyd w kontekście jego wczesnodziecięcych źródeł.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie o własnej wadliwości przekazanej przez wczesnodziecięce doświadczenia zawstydzania; wstyd przed wstydem.

UWAGA KLINICZNA

Każda nieuwaga terapeuty może retraumatyzować wstyd. Ton głosu, wyraz twarzy, milczenie -- wszystko jest monitorowane przez pacjenta ze wstydem.

033

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Narcystyczna rana i uraza

Pacjent reagujący intensywnie na perceived insults -- krytyką, pominięciem, brakiem uznania -- z narcystyczną urazą.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja narcystycznej urazy jako odzwierciedlenia wczesnodziecięcych zranień w obszarze uznania i mirroring.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wrażliwość na pominięcie lub krytykę jako rana prymarna
- Wycofanie lub zemsta po narcystycznym zranieniu
- Stała potrzeba mirroring i potwierdzenia

TYPOWE OBRONY

- Uraza jako zamrożona agresja
- Wycofanie grandiozyjne
- Dewaluacja tego, kto zranił

Postawa terapeuty i przebieg

Bądź szczególnie uważny/a na własne słowa i ton -- nie retraumatyzuj narcystycznie. Waliduj ból zranienia, zanim zaczniesz eksplorować jego historię. Interpretuj urazę w kontekście pierwotnych ran.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna potrzeba mirroring niezaspokojona; ból bycia niewidzianym; gniew za niezauważenie jako rana egzystencjalna.

UWAGA KLINICZNA

Nawet nieintencjonalne pominięcia terapeuty mogą wywołać intensywną narcystyczną reakcję. Monitoruj sesje pod tym kątem.

034

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Rany edypalne -- trójkąt i winna miłość

Pacjent z dynamikami edypalnymi: rywalizacja, zakazana miłość, poczucie winy wobec rodzica tej samej płci.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja konfliktu edypalnego jako nierozwiązanego i jego wpływu na dorosłe relacje seksualne i rywalizacyjne.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Triangulacja i rywalizacja edypalna
- Poczucie winy za zwycięstwo lub porażkę edypalną
- Seksualność jako zakazane terytorium

TYPOWE OBRONY

- Inhibicja seksualna (wina edypalna)
- Kompulsywna rywalizacja
- Symptom jako kara za zakazane pragnienie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj relacje trójkątne w historii i teraźniejszości pacjenta. Zbadaj uczucia wobec rodzica tej samej płci i płci przeciwnej. Interpretuj konflikty edypalne stopniowo, nie forsując terminologii freudowskiej.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne pragnienie wyłączności z rodzicem płci przeciwnej; rywalizacja i agresja wobec rodzica tej samej płci; wina za 'wygraną' edypalną.

UWAGA KLINICZNA

Praca z konfliktem edypalnym wymaga ostrożności kulturowej i terminologicznej. Dostosuj język do pacjenta.

035

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Trauma relacyjna -- chroniczne zaniedbanie emocjonalne

Pacjent z historią chronicznego zaniedbania emocjonalnego (bez wyraźnych zdarzeń traumatycznych) wpływającego na wszystkie relacje.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja 'traumy przez zaniedbanie' -- tego, czego nie było, a co było potrzebne -- i jej wpływu na wewnętrzny świat.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Brak regulacji emocjonalnej ze strony opiekuna jako rana prymarna
- Pusty wewnętrzny świat obiektowy
- Niemożność zbudowania bogatego życia wewnętrznego

TYPOWE OBRONY

- Pustka jako obrona przed poczuciem niezaspokojonej potrzeby
- Uzależnienia jako wypełniacz pustki
- Chroniczna nuda

Postawa terapeuty i przebieg

Praca z zaniedbaniem wymaga dostrojenia terapeuty jako korekcyjnego doświadczenia. Bądź responsywny/a emocjonalnie -- to samo w sobie jest korekcją. Eksploruj, jak wygląda wewnętrzna pustka i co się w niej kryje.

Spodziewany materiał nieświadomy

Ból pustki po braku wystarczającego obiektu; tęsknota za tym, czego nigdy nie było; przekonanie, że nic nie może wypełnić tej pustki.

UWAGA KLINICZNA

Zaniedbanie emocjonalne jest trudne do identyfikacji przez pacjenta -- 'nie działo się nic złego'. Pomagaj w nazwaniu braku, nie tylko zdarzeń.

036

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Tajemnice rodzinne i zakazana wiedza

Pacjent wychowany w atmosferze rodzinnych tajemnic, z poczuciem, że pewne rzeczy są zakazane, niebezpieczne lub nieistniejące.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wpływu tajemnic rodzinnych na tożsamość i wewnętrzną spójność; praca z wiedzą zakazaną.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Tajemnica jako organizator rodzinnej rzeczywistości
- Identyfikacja z zakazaną wiedzą
- Lęk przed 'wiedzeniem za dużo'

TYPOWE OBRONY

- Wyparcie wiedzy jako rodzinna lojalność
- Podwójna bookkeeping (dwie wersje rzeczywistości)
- Dysocjacja od zakazanej wiedzy

Postawa terapeuty i przebieg

Twórz przestrzeń, w której można zbliżać się do zakazanej wiedzy stopniowo. Eksploruj, co pacjent 'wie' na różnych poziomach i co blokuje integrację tej wiedzy.

Spodziewany materiał nieświadomy

Zakazana wiedza zinternalizowana bez możliwości jej przetworzenia; podwójna rzeczywistość jako organizator psychiczny; lojalność wobec rodziny przez niewiedzenie.

UWAGA KLINICZNA

Odkrywanie rodzinnych tajemnic może być destabilizujące. Pracuj powoli i monitoruj stabilność ego pacjenta.

037

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Transgeneracyjna transmisja traumy

Pacjent noszący symptomy lub wzorce powiązane z traumą poprzednich pokoleń (Holokaust, deportacje, przemoc historyczna).

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja nieprzetworzonej traumy poprzednich pokoleń i jej wpływu na tożsamość, fantazje i symptomy pacjenta.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Transmisja nieprzetworzonej traumy przez generacje
- Identyfikacja z 'duchem w pokoju' (zasymilowanym cierpieniem przodka)
- Wierność symptomem wobec losów przodków

TYPOWE OBRONY

- Milczenie rodzinne jako forma transmisji
- Identyfikacja z ofiarą lub prześladowcą
- Dysocjacja od historii rodzinnej

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię rodzinną, ze szczególną uwagą na to, co nigdy nie było mówione. Pytaj o losy dziadków i pradziadków. Interpretuj symptomy jako możliwe echa nieprzetworzonej historii.

Spodziewany materiał nieświadomy

Zasymilowane cierpienie przodka; identyfikacja z tym, kto nie mógł żałować; wierność przez symptom wobec tych, którzy cierpieli.

UWAGA KLINICZNA

Praca z traumą pokoleniową wymaga szczególnej wrażliwości kulturowej i historycznej. Nie interpretuj pochopnie -- eksploruj razem z pacjentem.

038

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Rana przyswajalnej omnipotencji -- dziecko jako zbawca

Pacjent który w dzieciństwie pełnił funkcję ratownika, rodzica lub zbawiciela rodziny; parentyfikowany.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja konsekwencji parentyfikacji dla tożsamości i relacji z własną bezradnością i potrzebami.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Odwrócenie ról: dziecko opiekuje się rodzicem
- Brak zezwolenia na własną słabość i potrzeby
- Tożsamość zorganizowana wokół bycia potrzebnym

TYPOWE OBRONY

- Kompulsywna opieka nad innymi
- Niemożność proszenia o pomoc
- Perfekcjonizm jako kontynuacja roli zbawiciela

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię parentyfikacji bez oceniania. Pytaj: 'Kto opiekował się tobą, gdy ty opiekowałeś/opiekowałaś się nimi?' Pracuj z dozwoleniem na bycie zaopiekowanym/ą.

Spodziewany materiał nieświadomy

Dziecko bez prawa do własnych potrzeb; tożsamość zależna od bycia przydatnym; głód bycia zaopiekowanym bez ryzyka odwrócenia ról.

UWAGA KLINICZNA

Terapeuta może stać się nowym 'dzieckiem' wymagającym opieki ze strony pacjenta. Monitoruj tę dynamikę w kontratransferze.

039

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Rana porzucenia -- rzeczywistego lub wyobrażonego

Pacjent z głębokim, prymarnym lękiem przed porzuceniem wpływającym na wszystkie relacje i organizującym jego życie.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja prymarnej rany porzucenia -- rzeczywistego lub wyobrażonego -- i jej wpływu na zdolność do budowania bezpiecznych relacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Lęk przed porzuceniem jako organizator wewnętrzny
- Samoopuszczenie jako antycypacja cudzego porzucenia
- Porzucenie fantazyjne vs. rzeczywiste

TYPOWE OBRONY

- Porzucanie jako pierwszy ('zanim ty mnie porzucisz')
- Idealiza przed dewaluacją
- Klinowanie się

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię porzuceń rzeczywistych i wyobrażonych. Pracuj ze stałością obiektu terapeutycznego. Interpretuj lęk przed porzuceniem przez terapeutę jako reaktywację prymarnego wzorca.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że zostanie porzuconym jest nieuniknione; tożsamość organizowana przez antycypację utraty.

UWAGA KLINICZNA

Zakończenie terapii będzie wyjątkowo trudne dla tych pacjentów. Pracuj z nim przez długi czas i z dużą uważnością.

040

TRAUMY I RANY ARCHAICZNE

Przekonania o własnej destrukcyjności

Pacjent przekonany, że jego miłość lub gniew niszczy innych; unikający bliskości ze strachu przed destrukcją.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja prymitu destrukcyjności jako fantazji ochronnej i praca z integracją agresji i miłości.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Przekonanie, że własne uczucia niszczą obiekt
- Ambiwalencja miłości i nienawiści
- Wycofanie jako ochrona obiektu przed sobą

TYPOWE OBRONY

- Izolacja jako ochrona innych przed sobą
- Poczucie winy za uczucia (nie za czyny)
- Inhibicja agresji

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, skąd pochodzi przekonanie o własnej destrukcyjności. Interpretuj je jako prymitywną fantazję omnipotencji (moje uczucia mają moc niszczenia). Pracuj z integracją agresji jako normalnej części miłości.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że miłość i nienawiść współistniejące niszczą obiekt; nieprzetworzone Edypalne lub preedypalne ambwalencje.

UWAGA KLINICZNA

Bezpośrednia konfrontacja z przekonaniem o destrukcyjności może wywołać wstyd. Eksploruj je powoli i z empatią.

5

Żałoba i Strata

PROTOKOŁY 041--050

Żałoba i strata przenikają całe ludzkie życie. Te protokoły towarzyszą w opłakiwaniu różnych form straty -- od śmierci po utratę własnego dzieciństwa.

041

ŻAŁOBA I STRATA

Zablokowana żałoba po stracie rodzica

Pacjent, który nie był w stanie opłakać śmierci rodzica; żałoba zablokowana przez splot lojalności, winy lub ambiwalencji.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja wielowarstwowych uczuć wobec utraconego rodzica -- miłości, gniewu, żalu, ulgi -- i praca z ich integracją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Ambiwalencja miłości i gniewu uniemożliwiająca żałobę
- Wina za mieszane uczucia wobec utraconego
- Identyfikacja z utraconym jako zatrzymanie żałoby

TYPOWE OBRONY

- Idealizacja utraconego (bez gniewu -- niemożna opłakać)
- Patologiczna identyfikacja
- Depresja jako zamaskowana żałoba

Postawa terapeuty i przebieg

Twórz przestrzeń na wszystkie uczucia wobec utraconego -- zwłaszcza te wstydliwe (gniew, ulga, pretensje). Interpretuj blokadę żałoby w kontekście ambiwalencji. Przeprowadź pacjenta przez wielowarstwowe opłakiwanie.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wina za mieszane uczucia wobec utraconego; niemożność zintegrowania miłości i gniewu wobec tej samej osoby; lęk, że gniew niszczy pamięć.

UWAGA KLINICZNA

Nie pośpiesz żałoby. Towarzysz jej w rytmie pacjenta. Uważaj na pacjentów z ryzykiem depresji po otwarciu żałoby.

042

ŻAŁOBA I STRATA

Melancholia i chroniczna depresja jako żałoba po self

Pacjent z chroniczną depresją bez wyraźnej przyczyny; stan melancholii jako utrata wewnętrzna.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja melancholii jako żałoby po utraconym lub nigdy niezdobytym obiekcie lub aspekcie self.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Introjekcja utraconego obiektu z towarzyszącym gniewem skierowanym na siebie
- Utrata idealnego self jako centralna strata
- Ambiwalencja wobec obiektu przetworzona w samoatak

TYPOWE OBRONY

- Introjekca wroga i samosadyzm
- Samokrytyka jako zastępcza agresja wobec obiektu
- Depresja jako kara za gniew

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, za czym tak naprawdę pacjent żałuje. Pytaj o obiekty wewnętrzne i ich utratę. Interpretuj samokrytykę jako przesunięty gniew wobec obiektu. Pracuj z integracją ambiwalencji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna ambivalencja wobec obiektu z gniewem skierowanym na self; utrata idealnego self lub obiektu; niemożność skierowania gniewu tam, gdzie on naprawdę należy.

UWAGA KLINICZNA

Melancholia może wiązać się z ryzykiem samobójczym. Regularnie oceniaj ryzyko i w razie potrzeby kieruj do psychiatry.

043

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba po niemożliwej relacji

Pacjent opłakujący relację, która nigdy nie zaistniała -- z wyidealizowanym rodzicem, partnerem 'jaki mógłby być', utraconym dzieckiem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z żałobą po tym, czego nie było i być nie mogło -- opłakanie ideału i pogodzenie się z rzeczywistością.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Opłakiwanie wyidealizowanego obiektu, który nigdy nie istniał
- Wierność fantazji kosztem kontaktu z rzeczywistością
- Niemożność wypełnienia pustki po stracie wyobrażonego

TYPOWE OBRONY

- Idealizacja jako ochrona przed żałobą
- Fantazja jako substytut rzeczywistości
- Depresja jako reakcja na zderzenie z rzeczywistością

Postawa terapeuty i przebieg

Towarzysz pacjentowi w opłakiwaniu zarówno rzeczywistej straty, jak i straty wyobrażonego. Eksploruj, czym byłaby ta relacja, gdyby zaistniała. Interpretuj tęsknotę za niemożliwym jako ważny materiał.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne pragnienie niemożliwej miłości lub relacji; tęsknota za ideałem, który nigdy nie istniał; niemożność porzucenia fantazji.

UWAGA KLINICZNA

Praca z żałobą po niemożliwym wymaga dużej empatii i cierpliwości. Nie konfrontuj pacjenta z 'nierealnością' jego tęsknoty.

044

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba po własnym dzieciństwie

Pacjent opłakujący dzieciństwo, którego nie miał; utrata beztroski, ochrony i dziecięcości.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Stworzenie przestrzeni na opłakanie skradzionego lub niebyłego dzieciństwa i praca z integracją tej straty.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Utrata dziecięcości jako centralna rana
- Tęsknota za bezpieczeństwem i beztroski, której nie było
- Zablokowany żal za sobą jako dzieckiem

TYPOWE OBRONY

- Minimalizowanie trudności dzieciństwa ('inni mieli gorzej')
- Idealizacja jako ochrona przed gniewem
- Intelektualizacja własnego cierpienia

Postawa terapeuty i przebieg

Towarzysz opłakiwaniu własnego dzieciństwa z głęboką empatią. Pozwól na gniew wobec rodziców, którzy nie dali wystarczającego bezpieczeństwa. Pracuj z dziecięcymi stanami ego w sesji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne cierpienie dziecka, które musiało być dorosłe; tęsknota za rodzicielską ochroną; wstyd za własne potrzeby dziecięce.

UWAGA KLINICZNA

Praca z żałobą po własnym dzieciństwie może wywołać intensywną regresję. Utrzymuj ramkę wspierającą, nie gratyfikującą.

045

ŻAŁOBA I STRATA

Reaktywna żałoba -- strata otwierająca poprzednie straty

Pacjent, u którego aktualna strata reaktywuje wcześniejsze, nieprzetworzone żałoby; kumulatywna żałoba.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z wielowarstwową żałobą -- rozpoznanie, które straty są aktualne, a które reaktywowane ze przeszłości.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Aktualna strata jako wyzwalacz wcześniejszych nieprzetworzonej strat
- Kumulatywna intensywność żałoby
- Dezorientacja co do źródła bólu

TYPOWE OBRONY

- Skupienie na aktualnej stracie unikanie wcześniejszych
- Zaprzeczanie poprzednim stratom jako nieważnym
- Somatyzacja kumulatywnego bólu

Postawa terapeuty i przebieg

Mapuj straty pacjenta chronologicznie. Eksploruj, które straty nie zostały w pełni opłakane. Pracuj z każdą warstwą żałoby, nie tylko z aktualną stratą.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wielowarstwowe nieopłakane straty czekające na przestrzeń; prymarne straty reaktywowane przez aktualne zdarzenie.

UWAGA KLINICZNA

Kumulatywna żałoba może być przytłaczająca. Monitoruj zdolność pacjenta do znoszenia bólu i dawkuj intensywność pracy.

046

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba po własnej zdrowości i dawnym self

Pacjent z chroniczną chorobą lub niepełnosprawnością opłakujący siebie sprzed choroby i możliwości, które utracił.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z żałobą po poprzednim self -- tożsamości, sprawności i planach -- i budowanie nowej tożsamości.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Utrata tożsamości sprzed choroby
- Ambiwalencja między starym a nowym self
- Gniew na siebie za chorobę lub niepełnosprawność

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie trwałości zmiany
- Idealizacja dawnego self
- Depresja jako zamrożona żałoba po sobie

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz przestrzeń na opłakanie dawnego self bez pośpiechu. Eksploruj, co pacjent tak naprawdę stracił. Pracuj ze stopniowym budowaniem nowej tożsamości.

Spodziewany materiał nieświadomy

Utrata integralności self; gniew na własne ciało; niemożność wyobrażenia sobie wartościowego życia w nowych warunkach.

UWAGA KLINICZNA

Nie spiesz z 'akceptacją choroby'. Żałoba po dawnym self jest naturalną i konieczną częścią adaptacji.

047

ŻAŁOBA I STRATA

Anticipatory grief -- żałoba antycypacyjna

Pacjent doświadczający żałoby wobec nieuchronnej straty (choroba terminalna bliskiego, własna śmierć, nieuchronny koniec).

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Towarzyszenie w procesie anticipacyjnej żałoby i praca z lękiem przed utratą jeszcze przed jej nastąpieniem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Żałoba jako proces jeszcze przed stratą
- Konflikt między byciem obecnym a antycypowaniem straty
- Poczucie winy za anticipowanie śmierci

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie nieuchronności
- Hiperkontrola warunków
- Odcinanie się emocjonalne w celu 'przygotowania'

Postawa terapeuty i przebieg

Towarzysz antycypacyjnej żałobie bez minimalizowania. Eksploruj ambiwalencję między pragnieniem, by to się skończyło, a niepragnięciem utraty. Pracuj z poczuciem winy wobec antycypowanych uczuć.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wina za 'chcenie, żeby już było po wszystkim'; ambivalencja miłości i zmęczenia; lęk przed własną reakcją po stracie.

UWAGA KLINICZNA

Antycypacyjna żałoba nie zastępuje żałoby po stracie -- przygotuj pacjenta na kontynuację procesu po śmierci bliskiego.

048

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba jako wierność wobec utraconego

Pacjent blokujący własne szczęście lub powrót do życia ze strachu przed zdradą utraconego.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lojalności przez cierpienie i praca z dozwoleniem na życie po stracie.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Cierpienie jako dowód miłości
- Powrót do życia jako zdrada utraconego
- Lojalność wobec martwego jako organizator egzystencji

TYPOWE OBRONY

- Sabotaż własnego szczęścia
- Chroniczne noszenie żałoby
- Niemożność tworzenia nowych relacji

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj poczucie lojalności wobec utraconego. Pytaj: 'Co myśli pan/pani, co by powiedział/a utracony/a, widząc pana/panią szczęśliwym/ą?' Interpretuj żałobę jako wyraz miłości, nie jako warunek przynależności do utraconego.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że szczęście po stracie jest zdradą; identyfikacja z cierpieniem utraconego; tożsamość zorganizowana wokół żałoby.

UWAGA KLINICZNA

Praca z 'dozwoleniem na szczęście' wymaga bardzo solidnego przymierza. Nie spiesz z 'puszczaniem' żałoby.

049

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba po terapii i terapeucie

Reakcja pacjenta na zakończenie terapii jako doświadczenie straty i żałoby.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z żałobą po zakończeniu terapii jako kulmynacją pracy i momentem integracji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Zakończenie terapii jako strata znaczącej relacji
- Reaktywacja wszystkich wcześniejszych strat przez zakończenie
- Internalizacja terapeuty jako cel pracy

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie znaczeniu zakończenia
- Dewaluacja terapii przed zakończeniem
- Sabotaż zakończenia przez nasilenie symptomu

Postawa terapeuty i przebieg

Zaplanuj zakończenie z dużym wyprzedzeniem. Eksploruj uczucia wobec kończenia w każdej z ostatnich sesji. Interpretuj zakończenie jako integrację pracy i test internalizacji terapeuty.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie straty reaktywowane przez zakończenie; lęk przed samodzielnością; pytanie: czy internalizacja wystarczy?

UWAGA KLINICZNA

Zbyt szybkie zakończenie może retraumatyzować wzorzec straty i porzucenia. Zaplanuj zakończenie starannie i daj wystarczająco dużo czasu.

050

ŻAŁOBA I STRATA

Żałoba po porzuconych projektach i nieżytych życiach

Pacjent w średnim lub starszym wieku opłakujący drogi nieprzebyte, projekty nieukończone, życia, których nie przeżył.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z żałobą po nieżytych możliwościach i integracja ambiwalencji między życiem wybranym a możliwościami utraconymi.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Rozliczenie z nieprzeżytymi możliwościami w połowie życia
- Ambiwalencja między akceptacją a żalem
- Lęk egzystencjalny wobec własnej skończoności

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie regretom
- Obsesyjne powracanie do momentów wyboru
- Depresja jako zamrożona ambiwalencja

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj regret z empatią, nie z minimalizowaniem. Pomagaj pacjentowi opłakać drogi nieprzebyte bez negowania wartości drogi przeżytej. Pracuj z integracją wyborów jako budowaniem narracji autobiograficznej.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk egzystencjalny przed skończonością; poczucie, że coś ważnego zostało pominięte; pytanie o sens wyborów.

UWAGA KLINICZNA

Praca z egzystencjalnym żalem może otworzyć głębokie pytania o sens i wartość. Bądź gotowy/a na pracę egzystencjalną, nie tylko psychologiczną.

6

Narcyzm i Self

PROTOKOŁY 051--060

Narcyzm i self to obszar fundamentalny dla rozumienia tożsamości. Te protokoły prowadzą przez grandiozję, podatność narcystyczną i budowanie spójnego self.

051

NARCYZM I SELF

Grandiozja i nadęte self

Pacjent z wyraźną grandiozją, poczuciem wyjątkowości i przytłaczającą potrzebą podziwu, z trudnością w relacjach równorzędnych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja grandiozji jako obrony przed archaicznym wstydem i dewaluacją; praca z integracją realistycznego self.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Grandiozja jako obrona przed narcystyczną raną
- Naprzemienne stany grandiozji i pustki
- Dewaluacja innych jako podtrzymanie grandiozy

TYPOWE OBRONY

- Grandiozja (główna obrona)
- Dewaluacja
- Omnipotencja

Postawa terapeuty i przebieg

Nie atakuj grandiozji bezpośrednio -- wzbudzi to intensywną narcystyczną reakcję. Eksploruj z ciekawością, co leży pod nią. 'Kiedy czuje się pan/pani wyjątkowo, co tam pod tym jest?' Pracuj stopniowo z realistycznym self.

Spodziewany materiał nieświadomy

Archaiczny wstyd i poczucie bycia niedostatecznym pod grandiozją; prymarna potrzeba mirroring niezaspokojona; pustka jako alternatywa grandiozji.

UWAGA KLINICZNA

Praca z narcyzmem wymaga dużego cierpliwości i wytrzymałości na przeniesienie idealizujące i dewaluujące. Superwizja regularna.

052

NARCYZM I SELF

Podatność narcystyczna i wrażliwość na krytykę

Pacjent reagujący intensywnie na wszelką krytykę, dezaprobatę lub brak uznania -- z wycofaniem, gniewem lub depresją.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja podatności narcystycznej jako odzwierciedlenia niezaspokojonej potrzeby mirroring w dzieciństwie.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Krytyka jako katastrofa narcystyczna
- Stałe monitorowanie opinii innych
- Regulacja poczucia wartości przez uznanie zewnętrzne

TYPOWE OBRONY

- Wycofanie po krytyce
- Uraza jako zamrożona gniew
- Perfekcjonizm jako antycypacja krytyki

Postawa terapeuty i przebieg

Bądź szczególnie uważny/a na sposób formułowania interpretacji -- to, jak powiesz, jest równie ważne jak co. Waliduj ból podatności narcystycznej przed jej eksplorą. Pracuj powoli z budowaniem wewnętrznych źródeł wartości.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna potrzeba mirroring niezaspokojona przez opiekuna; self zorganizowane wokół zewnętrznej walidacji; terror braku uznania.

UWAGA KLINICZNA

Nawet minimalne pominięcia terapeuty mogą wywołać kryzys narcystyczny. Monitoruj własny styl komunikacji i jego wpływ na pacjenta.

053

NARCYZM I SELF

Pusty narcyzm i poczucie pustki wewnętrznej

Pacjent z zewnętrznie poprawnym funkcjonowaniem i sukcesami, lecz z głębokim poczuciem wewnętrznej pustki i braku sensu.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja pustki narcystycznej jako braku prawdziwego self i praca z budowaniem autentycznego życia wewnętrznego.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Fałszywe self jako powierzchnia bez głębi
- Pustka jako doświadczenie w tle
- Sukcesy bez satysfakcji

TYPOWE OBRONY

- Kompulsywna aktywność jako ucieczka od pustki
- Uzależnienia jako chwilowe wypełnienie
- Perfekcyjne funkcjonowanie bez życia wewnętrznego

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj przestrzeń między sukcesami a wewnętrznym doświadczeniem. 'Co pan/pani czuje po tym sukcesie -- prawdziwie, w środku?' Pracuj z budowaniem kontaktu z autentycznym self przez uczucia i relacje.

Spodziewany materiał nieświadomy

Brak prawdziwego self jako przestrzeni wewnętrznej; prymarne zahamowanie spontaniczności; tożsamość jako performance bez wnętrza.

UWAGA KLINICZNA

Praca z pustką wymaga czasu -- nie ma natychmiastowych rozwiązań. Eksploruj ją cierpliwie, nie wypełniaj zbyt szybko interpretacjami.

054

NARCYZM I SELF

Fałszywe self i tożsamość jako maska

Pacjent z poczuciem, że jest 'tylko maską', nie wie, kim naprawdę jest; chroniczne poczucie nieautentyczności.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja fałszywego self jako adaptacji do środowiska wymagającego określonego funkcjonowania i praca z dostępem do prawdziwego self.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Fałszywe self jako adaptacja do wymagań środowiska
- Prawdziwe self ukryte lub nierozwinięte
- Lęk przed odkryciem 'kto jestem naprawdę'

TYPOWE OBRONY

- Maska społeczna jako permanentna tożsamość
- Konformizm jako ochrona prawdziwego self
- Pustka jako wnętrze za maską

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, kiedy pacjent czuje się 'prawdziwy' a kiedy 'fałszywy'. Zapraszaj do chwil spontaniczności w sesji. Interpretuj maskę w kontekście jej ochronnej funkcji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prawdziwe self ukryte ze strachu przed odrzuceniem lub zniszczeniem; prymarny warunek 'bądź inny niż jesteś'; tożsamość jako odpowiedź na cudze oczekiwania.

UWAGA KLINICZNA

Odkrywanie prawdziwego self za maską może być dezorganizujące. Pracuj powoli i stabilizuj każdy etap odkrycia.

055

NARCYZM I SELF

Narcystyczna wściekłość po rozczarowaniu

Pacjent z nieproporcionalnymi wybuchami gniewu po doświadczeniu pominięcia, krytyki lub rozczarowania.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja narcystycznej wściekłości jako reakcji na rozczarowanie narcystyczne i praca z jej źródłem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Intensywna wściekłość po narcystycznym rozczarowaniu
- Prymarne doświadczenie wstydu jako katalizator wściekłości
- Zniszczenie obiektu, który zawiódł, w fantazji i/lub działaniu

TYPOWE OBRONY

- Wściekłość jako anty-wstyd
- Dewaluacja obiektu po rozczarowaniu
- Acting-out agresji

Postawa terapeuty i przebieg

Nie wchódź w pole wściekłości -- utrzymaj spokój i ciekawość. Po uspokojeniu eksploruj: 'Co się stało chwilę przed tym gniewem? Co pan/pani poczuł/a?' Szukaj wstydu lub małości za wściekłością.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie wstydu katalizujące wściekłość; terror bycia małym; omnipotentna kontrola przez zniszczenie obiektu, który zawiódł.

UWAGA KLINICZNA

Nie konfrontuj narcystycznej wściekłości w jej szczycie. Poczekaj na deeskalację, zanim zaczniesz eksplorację.

056

NARCYZM I SELF

Narcystyczna potrzeba wyjątkowości i specjalnego traktowania

Pacjent oczekujący wyjątkowego traktowania, specjalnych zasad i ponadstandartowej uwagi od terapeuty i innych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja potrzeby wyjątkowości jako odzwierciedlenia wczesnodziecięcego braku wystarczającego mirroring.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Przekonanie o własnej wyjątkowości wymagającej specjalnych zasad
- Gniew wobec 'zwyczajnych' zasad jako upokorzenie
- Fantazja specjalnej relacji z terapeutą

TYPOWE OBRONY

- Żądanie wyjątkowego traktowania
- Dewaluacja zasad jako 'dla przeciętnych'
- Acting-out gdy potrzeba nie jest zaspokojona

Postawa terapeuty i przebieg

Utrzymuj ramkę życzliwie, lecz jasno. Eksploruj, co znaczy dla pacjenta bycie traktowanym 'jak wszyscy'. Interpretuj potrzebę wyjątkowości w kontekście wczesnodziecięcego braku mirroring.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie bycia niewidzianym lub niewystarczająco ważnym; kompensacja przez roszczenie do wyjątkowości; terror bycia jednym z wielu.

UWAGA KLINICZNA

Nie gratyfikuj potrzeby wyjątkowości przez naruszanie zasad -- wzmacnia to wzorzec i narusza etykę.

057

NARCYZM I SELF

Narcystyczne zaburzenie osobowości -- praca długoterminowa

Pacjent z diagnostyką lub cechami narcystycznego zaburzenia osobowości w terapii długoterminowej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca długoterminowa z konsolidacją self, regulacją narcystycznych wahań i budowaniem zdolności do prawdziwej intymności.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wahania grandiozja-wstyd jako centralne
- Brak stabilnej zdolności do empatii
- Instrumentalne traktowanie relacji

TYPOWE OBRONY

- Grandiozja, idealizacja, dewaluacja jako centralne
- Brak stałości obiektu
- Identyfikacja projekcyjna

Postawa terapeuty i przebieg

Praca długoterminowa (wieloletnia) z fokusem na stabilizację self, budowanie empatii i tolerancję ambiwalencji. Utrzymuj stałą ramkę. Eksploruj znaczenie relacji terapeutycznej jako modelu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Fragmentacja self pod grandiozja; prymarne doświadczenia braku mirroring; niemożność doświadczenia innego jako odrębnego podmiotu.

UWAGA KLINICZNA

Narcystyczne zaburzenie osobowości wymaga długoletniej, specjalistycznej pracy i regularnej superwizji. Kontratransfer jest trudny i wielowarstwowy.

058

NARCYZM I SELF

Self kohezja i fragmentacja self

Pacjent doświadczający dezorganizacji poczucia self pod wpływem stresu, kryzysu lub wyzwań narcystycznych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z fragmentacją self i budowanie kohezji przez doświadczenie korekcyjnego mirroring w relacji terapeutycznej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Fragmentacja self jako odpowiedź na narcystyczne zagrożenie
- Brak kohezji jako dezorganizacja wewnętrzna
- Potrzeba obiektu self w chwili fragmentacji

TYPOWE OBRONY

- Somatyzacja fragmentacji
- Acting-out w chwilach dezorganizacji
- Grandiozja jako próba re-kohezji

Postawa terapeuty i przebieg

Bądź stabilnym, regulującym obiektem self dla pacjenta. W chwilach fragmentacji -- spokój terapeuty jako kotwica. Stopniowo buduj wewnętrzne zasoby kohezji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie dezorganizacji self; brak internalizowanego obiektu regulującego; terror fragmentacji jako nicości.

UWAGA KLINICZNA

Fragmentacja self może wymagać zmiany techniki w kierunku bardziej wspierającym. Nie interpretuj w szczycie dezorganizacji.

059

NARCYZM I SELF

Self idealne i rozszczep z self realnym

Pacjent żyjący w chronicznym napięciu między idealną wersją siebie a self realnym, z towarzyszącą depresją lub wstydem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja przepaści między self idealnym a realnym jako źródła chronicznego wstydu i pracy z integracją realistycznego ideału.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Idealne self jako niedościgniony standard
- Self realne jako źródło wstydu
- Dynamika aspiracji-porażki-wstydu

TYPOWE OBRONY

- Perfekcjonizm jako próba osiągnięcia idealnego self
- Depresja po konfrontacji z nieidealnością
- Wycofanie społeczne ze wstydu

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, skąd pochodzi idealne self i czyje oczekiwania reprezentuje. Pracuj ze zmniejszeniem przepaści przez akceptację self realnego. Interpretuj wstyd jako efekt niemożliwego standardu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Wczesnodziecięce wymagania idealizacji ze strony rodziców; wstyd za bycie 'zwykłym'; identyfikacja z ideałem jako warunek miłości.

UWAGA KLINICZNA

Perfekcjonizm może być głęboko zakorzeniony i pełnić funkcję adaptacyjną. Pracuj z nim powoli i bez wymuszania natychmiastowej zmiany.

060

NARCYZM I SELF

Mirroring -- potrzeba bycia widzianym

Pacjent z głęboką, chroniczną potrzebą bycia widzianym, zauważonym i potwierdzonym jako prawdziwa osoba.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja potrzeby mirroring jako niezaspokojonych wczesnodziecięcych potrzeb narcystycznych i korekcyjne doświadczenie w relacji terapeutycznej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Prymarna potrzeba mirroring niezaspokojona
- Szukanie potwierdzenia w każdej relacji
- Ból bycia niewidzianym jako prymarne doświadczenie

TYPOWE OBRONY

- Performance jako szukanie mirroring
- Kompulsywne opowiadanie o sobie
- Gniew gdy mirroring nie przychodzi

Postawa terapeuty i przebieg

Odzwierciedlaj uważnie i precyzyjnie. Twoja uwaga i responsywność same w sobie są korekcyjnym doświadczeniem. Stopniowo eksploruj historię niewidzenia. Interpretuj potrzebę mirroring w kontekście wczesnodziecięcym.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie niewidzenia przez opiekuna; tożsamość nieukonstytuowana przez brak mirroring; prymarna tęsknota za okiem, które naprawdę widzi.

UWAGA KLINICZNA

Nadmierne mirroring (przytakiwanie, echowanie) gratyfikuje narcyzm bez zmiany. Celem jest autentyczny kontakt, nie echo.

7

Relacje i Wzorce Powtarzające się

PROTOKOŁY 061--070

Relacje i powtarzające się wzorce są główną sceną nieświadomego. Te protokoły eksplorują kompulsję powtórzenia, trudności z bliskością i wzorce relacyjne.

061

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Kompulsja powtórzenia w relacjach romantycznych

Pacjent wchodzący wciąż w podobne, destrukcyjne lub niesatysfakcjonujące relacje romantyczne, mimo świadomości wzorca.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja kompulsji powtórzenia jako nieświadomej próby opanowania lub przepracowania pierwotnego wzorca relacyjnego.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Powtórzenie wzorca relacyjnego z figur wczesnodziecięcych
- Nieświadoma nadzieja innego wyniku ('tym razem będzie inaczej')
- Identyfikacja z rolą ofiary, agresora lub zbawiciela

TYPOWE OBRONY

- Racjonalizacja wyboru partnera
- Idealizacja przed dewaluacją
- Zaprzeczanie rozpoznanemu wzorcowi

Postawa terapeuty i przebieg

Mapuj historię relacji chronologicznie, szukając powtarzającego się wzorca. Eksploruj, co w każdym nowym partnerze wydawało się podobne. Interpretuj kompulsję powtórzenia bez osądzania.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna nadzieja, że powtórzenie przyniesie inne zakończenie; identyfikacja z rolami z historii rodzinnej; nieświadoma wierność wzorcowi.

UWAGA KLINICZNA

Nie interpretuj wzorca, zanim pacjent sam go nie zaczyna dostrzegać. Przedwczesna interpretacja może wywołać defensję lub poczucie winy.

062

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Wzorzec opiekuna -- chroniczne poszukiwanie kogoś do uratowania

Pacjent wchodzący w relacje, gdzie przyjmuje rolę opiekuna lub ratownika, zaniedbując własne potrzeby.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja roli ratownika jako obrony przed własną bezradnością i instrumentu regulacji relacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Potrzeba bycia potrzebnym jako organizator relacji
- Opieka jako substytut bliskości i równości
- Nieświadoma identyfikacja z ratowanym (proyektyjna)

TYPOWE OBRONY

- Kompulsywna opieka
- Negowanie własnych potrzeb
- Resentyment tłumiony pod opieką

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pacjent czuje, gdy nie ma nikogo do uratowania. Pytaj o własne potrzeby i trudność w ich zaspokajaniu. Interpretuj opiekę jako kanał dla niezaspokojonych własnych potrzeb.

Spodziewany materiał nieświadomy

Własna bezradność projektowana na ratowanego; prymarne pragnienie bycia zaopiekowanym bez ryzyka zależności; identyfikacja z rodzicielską rolą opiekuna.

UWAGA KLINICZNA

Rola ratownika może być głęboko związana z tożsamością. Zmieniaj ją powoli, eksplorując lęk przed utratą tej roli.

063

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Saboterowanie sukcesu i sukcesofobia

Pacjent regularnie niszczący własne sukcesy, odmawiający lub podważający je tuż przed lub po ich osiągnięciu.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja nieświadomych zakazów wobec sukcesu -- z konfliktem edypalnym, winą wobec rodzeństwa lub lojalnością wobec losu rodziny.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Sukces jako naruszenie lojalności lub zasady familiarne
- Wina edypalna za zwycięstwo
- Lęk przed zawiścią innych

TYPOWE OBRONY

- Sabotaż
- Minimalizowanie sukcesu
- Depresja po sukcesie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię sukcesów i ich zniszczenia. Pytaj: 'Co by się stało, gdyby naprawdę się panu/pani udało?' Interpretuj sabotaż jako wyraz nieświadomego konfliktu, nie jako masochizm.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że sukces nie jest dozwolony; wina za przegonięcie rodzica lub rodzeństwa; lęk przed zawidzią jako magicznym niebezpieczeństwem.

UWAGA KLINICZNA

Sabotowanie może być związane z lękiem przed sukcesem bardziej niż z jego brakiem chęci. Eksploruj z ciekawością, nie z ocenianiem.

064

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Wzorzec ofiary -- chroniczne poczucie bycia skrzywdzonym

Pacjent chroniczne postrzegający siebie jako ofiarę okoliczności lub innych, z trudnością w uznaniu własnej sprawczości.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja tożsamości ofiary jako organizatora self i praca z odzyskiwaniem poczucia sprawczości.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Identyfikacja z pozycją ofiary
- Zewnętrzny locus of control jako organizator
- Wtórne korzyści z pozycji ofiary

TYPOWE OBRONY

- Eksternalizacja odpowiedzialności
- Pasywność jako antycypowana bezsilność
- Roszczeniowość

Postawa terapeuty i przebieg

Nie kwestionuj doświadczenia bycia skrzywdzonym -- jest realne. Stopniowo eksploruj przestrzeń sprawczości w ramach trudnych okoliczności. Interpretuj tożsamość ofiary bez jej dewaluowania.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna bezsilność z wczesnych relacji; tożsamość zorganizowana wokół cierpienia; lęk przed sprawczością jako nowym typem odpowiedzialności.

UWAGA KLINICZNA

Pozycja ofiary może mieć funkcję ochronną i tożsamościową. Zmiana bez wystarczającego przymierza i gotowości ego może wywołać kryzys.

065

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Trójkąty i relacje z osobą niedostępną

Pacjent wchodzący w relacje z osobami niedostępnymi (żonaty/a, niedostępna emocjonalnie, w innym mieście), unikający dostępności.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja preferencji dla niedostępnego obiektu jako bezpiecznej formy pragnienia bez ryzyka prawdziwej intymności.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Pragnienie bez ryzyka spełnienia
- Niedostępność jako gwarancja bezpieczeństwa emocjonalnego
- Triangulacja jako reaktywacja edypalna

TYPOWE OBRONY

- Wybór niedostępnego jako 'bezpieczna' miłość
- Romantyzacja nieosiągalnego
- Unikanie dostępności przez niedostępność partnera

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co by się stało, gdyby obiekt pragnień stał się dostępny. 'Co by się zmieniło, gdyby nie był/a zajęty/a?' Interpretuj wybór niedostępnego jako unikanie intymności przez pozory pragnienia.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed prawdziwą intymnością ukryty za romantyczną tęsknotą; edypalna trójkąt jako bezpieczna forma pragnienia; prymarne doświadczenie niedostępnego rodzica jako modelu miłości.

UWAGA KLINICZNA

Nie interpretuj zbyt szybko wzorca jako 'unikania' -- może to wzbudzić poczucie winy. Eksploruj ciekawością.

066

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Relacja z partnerem dominującym lub kontrolującym

Pacjent w relacji z dominującym, kontrolującym lub przemocowym partnerem; eksploracja dynamik władzy w relacji.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja nieświadomych korzeni wchodzenia lub pozostawania w relacji z dominującym partnerem.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Identyfikacja z obiektem kontrolującym
- Nieświadome zapotrzebowanie na zewnętrzną strukturę
- Reprodukcja wczesnodziecięcych relacji władzy

TYPOWE OBRONY

- Racjonalizacja dominacji jako opieki
- Identyfikacja z agresorem
- Zaprzeczanie przemocowemu charakterowi relacji

Postawa terapeuty i przebieg

Oceniaj bezpieczeństwo pacjenta na każdej sesji. Eksploruj z cierpliwością, dlaczego ta relacja ma sens dla pacjenta -- nie tylko dlaczego jest zła. Interpretuj wzorzec w kontekście historii.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie relacji z dominującym opiekunem jako modelu miłości; lęk przed równorzędnością; poczucie, że słabość wymaga silnego.

UWAGA KLINICZNA

Bezpieczeństwo pacjenta jest priorytetem wobec pracy terapeutycznej. Jeśli jest przemoc -- plan bezpieczeństwa jest konieczny przed jakąkolwiek interpretacją.

067

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Trudności z asertywnością i chroniczne ustępowanie

Pacjent chronicznie ustępujący innym, niezdolny do wyrażenia własnych potrzeb i granic, z głębokim lękiem przed konfliktem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja korzeni pasywności i ustępowania -- superego opresyjne, lęk przed agresją, zakaz własnych potrzeb.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Lęk przed własną agresją jako motywacja ustępowania
- Superego opresyjne zabraniające własnych potrzeb
- Prymarne doświadczenie, że wyrażanie potrzeb jest niebezpieczne

TYPOWE OBRONY

- Pasywność jako unikanie agresji
- Unikanie konfliktu kosztem siebie
- Somatyzacja zablokowanej asertywności

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co grozi w wyobraźni pacjenta, gdy wyraża potrzebę lub granicę. 'Co by się stało, gdyby powiedział/a nie?' Pracuj z integracją asertywności jako wyrazu zdrowej agresji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna agresja zakazana jako niebezpieczna; przekonanie, że własne potrzeby niszczą relację; identyfikacja z pokorą jako warunkiem miłości.

UWAGA KLINICZNA

Asertywność może wywoływać silny lęk i poczucie winy. Pracuj z nią bardzo powoli i w kontekście rozumienia jej korzeni.

068

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Zazdrość i rywalizacja w relacjach

Pacjent z intensywną zazdrością wobec partnerów, przyjaciół lub kolegów, nieproporjonalną do sytuacji.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja zazdrości jako wyrazu niezaspokojonych potrzeb, prymitywnej agresji lub reaktywacji wczesnodziecięcego wzorca rywalizacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Zazdrość jako prymarne uczucie organizujące percepcję
- Rywalizacja o ograniczone dobro miłości lub uznania
- Gniew i agresja pod zazdrością

TYPOWE OBRONY

- Projekcja zazdrości na partnera ('to ty jesteś zazdrosny/a')
- Dewaluacja osoby, o którą jesteś zazdrosny/a
- Odizolowanie zazdrości jako nieakceptowalnej

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz bezpieczną przestrzeń dla zazdrości bez zawstydzania. Eksploruj, o co tak naprawdę pacjent jest zazdrosny i co ta zazdrość mówi o jego potrzebach. Interpretuj zazdrość w kontekście historii rywalizacji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna zazdrość rodzeńska reaktywowana; przekonanie o ograniczoności dóbr emocjonalnych; agresja wobec preferowanego rywala.

UWAGA KLINICZNA

Zazdrość bywa głęboko wstydliwa. Twórz szczególnie bezpieczną przestrzeń i nie retraumatyzuj wstydem.

069

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Lęk przed intymności i zbliżeniem

Pacjent pragnący bliskości, lecz wycofujący się, gdy staje się ona realna; chroniczne oscylowanie między pragnieniem a unikaniem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku przed intymnością jako efektu wczesnodziecięcych doświadczeń bliskości jako zagrożenia.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Zbliżenie jako wyzwalacz lęku
- Paradoks pragnienie-unikanie
- Dystans jako ochrona przed przewidywaną stratą lub zranieniem

TYPOWE OBRONY

- Unikanie bliskości przez konflikt
- Wycofanie przy zbyt dużej bliskości
- Sabotowanie relacji gdy stają się bliskie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co dokładnie przeraża w bliskości. 'Co by się stało, gdyby ta osoba naprawdę cię poznała?' Pracuj ze stopniowym budowaniem tolerancji bliskości w relacji terapeutycznej.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie bliskości jako niebezpiecznej lub bólu przynoszacej; przekonanie, że poznanie niszczy; lęk przed fuzją i utratą self.

UWAGA KLINICZNA

Relacja terapeutyczna sama w sobie jest kontekstem lęku przed intymnością. Monitoruj dynamikę w sesji uważnie.

070

RELACJE I WZORCE POWTARZAJĄCE SIĘ

Problemy z granicami w relacjach

Pacjent z trudnością w utrzymaniu lub ustanawianiu granic -- albo zbyt przepuszczalnych, albo zbyt sztywnych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja historii korzeni trudności z granicami i praca z rozwojem elastycznych, zdrowych granic.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Granice jako odpowiedź na wczesnodziecięce środowisko
- Brak modelowania zdrowych granic przez opiekunów
- Granica jako zagrożenie relacji lub samotność

TYPOWE OBRONY

- Fuzja jako anty-granica
- Rigidność jako hiper-granica
- Oscylacja między fuzją a izolacją

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię granic w rodzinie i ich znaczenie. Relacja terapeutyczna jest modelem zdrowej granicy. Interpretuj trudności z granicami w kontekście ich historycznych korzeni.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie granic jako porzucenia lub odrzucenia; brak wewnętrznego wzorca zdrowej granicy; granica jako wróg bliskości.

UWAGA KLINICZNA

Własna ramka terapeutyczna jest konkretnym przykładem granic. Pracuj z reakcjami pacjenta na ramkę jako materiałem klinicznym.

8

Lęk i Poczucie Winy

PROTOKOŁY 071--080

Lęk i poczucie winy są głównymi siłami napędowymi konfliktów psychicznych. Te protokoły eksplorują różne formy lęku i winy jako sygnałów nieświadomego konfliktu.

071

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk jako sygnał konfliktu wewnętrznego

Pacjent z chronicznym lękiem bez wyraźnej zewnętrznej przyczyny; lęk jako sygnał nieświadomego konfliktu.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku jako sygnału konfliktu między impulsem a zakazem i praca z nieświadomym konfliktem leżącym u podstawy.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Lęk sygnałowy jako ostrzeżenie ego
- Konflikt id-superego generujący lęk
- Lęk jako substytut nieświadomego uczucia

TYPOWE OBRONY

- Obrony uruchomione przez lęk
- Unikanie wyzwalaczy lęku
- Somatyzacja lęku

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pojawia się chwilę przed lękiem lub co lęk zastępuje. 'Czy jest jakaś myśl lub uczucie, które pojawia się tuż przed lękiem?' Szukaj konfliktu pod objawem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Nieświadomy impuls (agresja, pragnienie seksualne, zależność) generujący lęk jako sygnał; konflikt między pragnieniem a zakazem.

UWAGA KLINICZNA

Psychodynamiczna praca z lękiem jako symptomem (nie z samym lękiem) wymaga dobrego przymierza. Nie pomijaj leczenia objawowego, jeśli lęk jest silnie dezorganizujący.

072

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk przed własną agresją

Pacjent z silnym lękiem, inhibicją lub somatyzacją wywołanymi przez trudność z przeżywaniem i wyrażaniem gniewu.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku przed własną agresją jako wyuczonego zakazu i praca z integracją agresji jako naturalnej i funkcjonalnej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Gniew jako zagrożenie relacji lub self
- Agresja jako destrukcyjna -- zakaz prymitywny
- Inhibicja agresji i jej skutki somatyczne i psychiczne

TYPOWE OBRONY

- Tłumienie gniewu
- Kierowanie agresji na siebie
- Somatyzacja zablokowanej agresji

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię gniewu i komunikatu o nim w rodzinie. 'Co działo się w domu, gdy ktoś się złościł?' Pracuj z normalizacją agresji i stopniową integracją jako zdrowej, chroniącej siebie siły.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że gniew niszczy; wczesnodziecięce środowisko karące za ekspresję agresji; identyfikacja z pokorą jako warunkiem miłości.

UWAGA KLINICZNA

Otwarcie dostępu do agresji może być destabilizujące. Pracuj powoli, budując zasoby regulacyjne przed głębszą pracą z gniewem.

073

LĘK I POCZUCIE WINY

Poczucie winy nieadekwatne (neurotyczne)

Pacjent z chronicznym, rozlanym poczuciem winy nieadekwatnym do rzeczywistych działań -- bez konkretnych przewinień.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja neurotycznego poczucia winy jako wyraz konfliktu superego z id i praca z liberalizacją opresyjnego superego.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wina za myśli i impulsy (nie tylko czyny)
- Superego jako wewnętrzny prześladowca
- Samokaranie jako zapobieganie zewnętrznej karze

TYPOWE OBRONY

- Samoukaranie jako antycypacja kary
- Samooskarzanie w celu zachowania kontroli
- Wyznania jako ulga tymczasowa

Postawa terapeuty i przebieg

Rozróżniaj winę za czyny (funkcjonalna) od winy za myśli i impulsy (neurotyczna). Eksploruj, skąd pochodzi standard moralny pacjenta i czyj głos go tworzy. Pracuj z humanizacją superego.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne impulsy generujące poczucie winy; superego jako internalizacja karzącego rodzica; wina jako dowód wewnętrznej niegodziwości.

UWAGA KLINICZNA

Poczucie winy jest często wstydliwe. Eksploruj je bez dodawania wstydu poprzez moralizowanie lub ocenianie.

074

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk przed sukcesem i szczęściem

Pacjent sabotujący swoje szczęście lub sukces z nieświadomego poczucia, że nie zasługuje lub że za sukces grozi kara.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja zakazu szczęścia jako superego-zakazów lub lojalności wobec wzorców rodzinnych.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Szczęście jako prowokacja losu lub Boga
- Wina wobec tych, którzy nie mają szczęścia
- Nieświadome przekonanie o własnej niegodności

TYPOWE OBRONY

- Sabotaż
- Minimalizowanie szczęścia
- Antycypacja katastrofy po dobrostanie

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pojawia się, gdy coś idzie dobrze. 'Co się dzieje w środku, gdy jest naprawdę dobrze?' Szukaj antycypowanej kary lub winy. Interpretuj zakaz szczęścia w kontekście jego źródeł.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne przekonanie, że szczęście jest kradzione lub sprowadza katastrofę; wina wobec tych, którzy cierpieli; przekonanie o własnej niegodności dobrostanu.

UWAGA KLINICZNA

Sabotaż sukcesu lub szczęścia może być subtelny i trudny do uchwycenia. Eksploruj z uważnością momenty dobrostanu i to, co po nich następuje.

075

LĘK I POCZUCIE WINY

Surowe superego i wewnętrzny prześladowca

Pacjent z wyjątkowo surowym wewnętrznym krytykiem, niemożliwymi do spełnienia standardami i chronicznym poczuciem bycia 'niedostatecznym'.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja opresyjnego superego jako internalizacji wczesnodziecięcych relacji karnych i praca z jego humanizacją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Superego jako wewnętrzny prześladowca
- Standardy niemożliwe do spełnienia jako stały źródło porażki
- Sadomasochizm wewnętrzny superego-ego

TYPOWE OBRONY

- Perfekcjonizm jako antycypacja kary superego
- Samokaranie przed karą zewnętrzną
- Prokrastynacja jako odmowa poddania się superego

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj głos wewnętrznego krytyka -- czyjego jest głosem, skąd pochodzi. 'Kto w twoim życiu mógłby mówić takie rzeczy?' Pracuj z humanizacją i liberalizacją superego przez kontakt z realistycznym standardem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Internalizacja karzącego rodzica jako permanentna wewnętrzna instancja; sadomasochistyczna relacja z własnym superego; identyfikacja z opresorem.

UWAGA KLINICZNA

Surowe superego jest oporne na szybką zmianę -- jest głęboko uwewnętrznione. Pracuj z nim długoterminowo i cierpliwie.

076

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk separacyjny u dorosłych -- psichodyn. perspektywa

Pacjent z intensywnym lękiem przed separacją od bliskich, pracą lub rutyny -- wykraczającym poza normę.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku separacyjnego jako reaktywacji wczesnodziecięcych doświadczeń separacji bez zapewnienia powrotu opiekuna.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Reaktywacja lęku z wczesnodziecięcej separacji
- Brak stałości obiektu jako fundament lęku
- Ciało jako kanał lęku separacyjnego

TYPOWE OBRONY

- Przyleganie jako antylęk
- Kontrola jako zapobieganie separacji
- Somatyzacja lęku separacyjnego

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj historię separacji w dzieciństwie i ich doświadczenie. Pracuj ze stałością obiektu przez relację terapeutyczną. Interpretuj lęk separacyjny jako reaktywację prymitywnego wzorca.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie separacji bez pewności powrotu obiektu; brak stałości obiektu jako jądro lęku; terror samotności jako nicości.

UWAGA KLINICZNA

Przerwy terapeuty będą szczególnie aktywizujące. Przygotowuj je starannie i eksploruj reakcje pacjenta.

077

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk egzystencjalny i świadomość śmiertelności

Pacjent z natrętną świadomością własnej śmiertelności, lękiem egzystencjalnym lub pytaniami o sens.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku egzystencjalnego jako konfrontacji z własnymi ograniczeniami i pracy z integracją skończoności.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Świadomość śmierci jako dezorganizator psychiczny
- Terror unicestwienia jako lęk prymitywny
- Zaprzeczenie śmierci jako organizator kultury i obrony

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczenie śmiertelności
- Omnipotencja
- Kompulsywna aktywność jako dowód na bycie żywym

Postawa terapeuty i przebieg

Twórz przestrzeń na eksplorację pytań egzystencjalnych bez narzucania odpowiedzi. Eksploruj, co konkretnie budzi lęk: unicestwienie, samotność, bezsens? Pracuj z integracją skończoności jako fundamentu autentycznego życia.

Spodziewany materiał nieświadomy

Terror unicestwienia jako prymitywny lęk; przekonanie, że śmiertelność jest niesprawiedliwością; lęk przed unikatowością własnego nieistnienia.

UWAGA KLINICZNA

Praca z lękiem egzystencjalnym wymaga od terapeuty przepracowania własnego stosunku do śmiertelności. Nieprzetworzona własna śmiertelność terapeuty hamuje pracę.

078

LĘK I POCZUCIE WINY

Wina przeżywającego (survivor guilt)

Pacjent z poczuciem winy za przeżycie katastrofy, tragedii lub trudności, podczas gdy inni nie przeżyli lub cierpieli bardziej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja poczucia winy przeżywającego jako reakcji na ocalenie i praca z integracją prawa do życia.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Wina jako sens logiczny z perspektywy przeżywającego
- Identyfikacja z tymi, którzy nie przeżyli
- Zakaz własnego dobrostanu z lojalności wobec ofiar

TYPOWE OBRONY

- Minimalizowanie własnego cierpienia
- Kompulsywna opieka nad innymi jako ekspiacja
- Depresja jako ukryta kara

Postawa terapeuty i przebieg

Waliduj logikę winy przeżywającego -- z własnej perspektywy ma sens. Eksploruj, co pacjent 'zawdzięcza' tym, którzy nie przeżyli. Interpretuj winę jako wyraz miłości i solidarności.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarna wina za bycie żywym gdy inni nie żyją; identyfikacja z ofiarą jako forma lojalności; zakaz własnej radości z szacunku do poległych.

UWAGA KLINICZNA

Wina przeżywającego może wiązać się z ryzykiem samouszkodzenia jako ekspiacji. Regularnie oceniaj ryzyko.

079

LĘK I POCZUCIE WINY

Lęk przed własną spontanicznością i impulsami

Pacjent z silną inhibicją spontaniczności, kreatywności lub impulsywnych wyrażeń, z lękiem przed 'utratą kontroli'.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja lęku przed spontanicznością jako wyuczonego zakazu i praca z odbiorem spontaniczności jako bezpiecznej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Kontrola jako antilęk
- Spontaniczność jako zagrożenie struktury
- Prymarne środowisko karace za nieobliczalność

TYPOWE OBRONY

- Rygorystyczna kontrola
- Intelektualizacja jako blokada spontaniczności
- Perfekcjonizm jako zapobieganie impulsowi

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz bezpieczną przestrzeń dla spontaniczności w sesji. 'Co by pan/pani powiedział/a, gdyby nie cenzurował/a?' Eksploruj, co grozi w wyobraźni w chwili spontanicznego wyrażenia.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie kary za spontaniczność lub impulsywność; kontrola jako warunek miłości i bezpieczeństwa; impulsy jako niebezpieczne siły.

UWAGA KLINICZNA

Rozluźnienie kontroli może wywołać intensywny lęk. Pracuj ze spontanicznością stopniowo i w bezpiecznych warunkach.

080

LĘK I POCZUCIE WINY

Prokrastynacja jako wyraz konfliktu psychicznego

Pacjent z chroniczną prokrastynacją niepoddającą się racjonalnym strategiom zarządzania czasem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja prokrastynacji jako wyrazu wewnętrznego konfliktu, oporu, sabotażu lub lęku przed oceną.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Prokrastynacja jako odmowa superego
- Lęk przed oceną przez działanie
- Ambiwalencja w działaniu jako 'ani tak, ani nie'

TYPOWE OBRONY

- Prokrastynacja (jako mechanizm)
- Racjonalizacja ('jak będzie dobry moment')
- Perfekcjonizm uniemożliwiający start

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pojawia się w wyobraźni tuż przed momentem działania. 'Co by się stało, gdyby pan/pani naprawdę zaczął/zaczęła?' Szukaj ukrytego konfliktu za prokrastynacją.

Spodziewany materiał nieświadomy

Ukryty konflikt między pragnieniem działania a zakazem lub lękiem; wina za działanie jako agresję; perfekcjonizm jako forma dezercji od nieidealnego.

UWAGA KLINICZNA

Prokrastynacja ma wiele form -- nie wszystkie są psychodynamiczne. Oceniaj, czy nie ma ADHD lub depresji wymagających odrębnego leczenia.

9

Seksualność i Intymność

PROTOKOŁY 081--090

Seksualność i intymność są terytorium głębokich pragnień, lęków i konfliktów. Te protokoły towarzyszą w pracy z seksualnością jako językiem psychiki.

081

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Inhibicja seksualna i lęk przed seksualnością

Pacjent z zahamowaniem seksualnym, lękiem lub awersją bez wyraźnej przyczyny medycznej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja inhibicji seksualnej jako wyraz konfliktu edypalnego, superego-zakazów lub wczesnodziecięcych doświadczeń z seksualnością.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Seksualność jako zakazane terytorium superego
- Konflikt edypalny jako organizator zahamowania
- Skojarzenia seksu z grzechem, bólem lub niebezpieczeństwem

TYPOWE OBRONY

- Inhibicja seksualna
- Dysocjacja od ciała
- Intelektualizacja seksualności

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz przestrzeń, w której seksualność można eksplorować bez wstydu lub oceny. Pytaj o pierwsze doświadczenia z seksualnością, przekazy rodzinne i religijne. Interpretuj inhibicję w kontekście konfliktu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne zakazanie seksualności jako niebezpiecznej lub grzesznej; konflikt edypalny nierozwiązany; strach przed siłą własnych pragnień.

UWAGA KLINICZNA

Praca z seksualnością wymaga szczególnej neutralności terapeuty i braku moralizowania. Własny dyskomfort terapeuty z tematem jest ważną informacją do superwizji.

082

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Kompulsywność seksualna i seksualność jako regulacja

Pacjent używający seksualności kompulsywnie jako regulatora napięcia, lęku lub pustki emocjonalnej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja funkcji seksualności kompulsywnej jako regulacji afektu i praca z innymi sposobami regulacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Seksualność jako anksiolity i regulator napięcia
- Ucieczka od bólu emocjonalnego w seksualności
- Erotyzacja potrzeby bliskości i kojenia

TYPOWE OBRONY

- Seksualizacja potrzeb relacyjnych
- Acting-out seksualny
- Dysocjacja od uczucia przez seks

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pacjent czuje tuż przed sięgnięciem po kompulsywną seksualność. 'Co się dzieje wewnętrznie, zanim to robisz?' Szukaj emocji pod impulsem. Pracuj z alternatywnymi formami regulacji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne potrzeby relacyjne seksualnie przeformułowane; erotyzacja jako jedyna dostępna forma bliskości; kompulsja jako jedyna regulacja.

UWAGA KLINICZNA

Seksualność kompulsywna może maskować traumę lub zaburzenie osobowości. Oceń przed podjęciem pracy.

083

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Trudności z intymnością emocjonalną w seksualności

Pacjent mogący być aktywny seksualnie, lecz niezdolny do emocjonalnej bliskości w relacji seksualnej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja rozszczepienia między erotyką a intymnością emocjonalną i praca z ich integracją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Rozszczepienie: eros i eros emocjonalny oddzielone
- Bliskość emocjonalna jako zagrożenie różne od seksualności
- Madonna-dziwka lub analogiczny rozłam

TYPOWE OBRONY

- Seksualność bez emocji jako bezpieczna forma kontaktu
- Wybór partnerów: albo seksualnych, albo emocjonalnych
- Dysocjacja podczas seksu

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj, co pacjent czuje podczas seksu z bliska emocjonalnie i z kimś tylko seksualnym. 'Co by się stało, gdyby połączyć obie formy bliskości?' Interpretuj rozszczep w kontekście wczesnodziecięcym.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne rozszczepienie obiektu -- kochany nie może być seksualny; zakaz poczucia winy wobec 'czystego' obiektu; edypalne korzenie rozszczepienia.

UWAGA KLINICZNA

Praca z intymnością seksualną wymaga szczególnej delikatności i bezwarunkowej neutralności. Własne przekonania seksualne terapeuty muszą pozostać poza sesją.

084

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Poczucie winy i wstyd wobec własnej seksualności

Pacjent z chronicznym wstydem lub poczuciem winy dotyczącym własnych pragnień, fantazji lub zachowań seksualnych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja winy i wstydu seksualnego jako wyraz superego-zakazów i praca z ich liberalizacją.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Superego seksualne jako prześladowca
- Fantazje seksualne jako dowód własnej niegodziwości
- Wina za normalne pragnienia seksualne

TYPOWE OBRONY

- Tłumienie fantazji seksualnych
- Dysocjacja od pragnień
- Samokaranie po aktywności seksualnej

Postawa terapeuty i przebieg

Stwórz przestrzeń, w której przekonania i uczucia o seksualności można eksplorować bez oceniania. Eksploruj źródła zakazów seksualnych. Interpretuj wstyd seksualny w kontekście jego historii.

Spodziewany materiał nieświadomy

Internalizacja zakazów seksualnych z religii, kultury lub rodziny; własne pragnienia seksualne jako dowód wadliwości; wina jako reakcja na normalne pragnienie.

UWAGA KLINICZNA

Nie podważaj przekonań religijnych ani kulturowych pacjenta. Pracuj z tym, co powoduje cierpienie, nie z normami kulturowymi.

085

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Orientacja seksualna i coming-out -- aspekt psychodynamiczny

Pacjent eksplorujący lub przeżywający wewnętrzny konflikt związany z orientacją seksualną lub gender.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Towarzyszenie w procesie eksploracji tożsamości seksualnej i integracji orientacji z innymi aspektami self.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Konflikt wewnętrzny między własną seksualnością a rodzinnymi/kulturowymi oczekiwaniami
- Wstyd i wina wobec orientacji
- Integracja orientacji seksualnej z tożsamością

TYPOWE OBRONY

- Wypieranie lub zaprzeczanie orientacji
- Konformizm seksualny jako obrona
- Dysocjacja od własnych pragnień

Postawa terapeuty i przebieg

Twórz absolutnie bezwarunkową, afirmującą przestrzeń dla eksploracji tożsamości seksualnej. Nie narzucaj żadnych wniosków ani kierunku. Eksploruj, co coming-out znaczy dla pacjenta w jego konkretnym kontekście.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne pragnienia seksualne zinternalizowane jako zakazane; strach przed odrzuceniem przez bliskich; pytanie: kim jestem, gdy zaakceptuję to, kim jestem?

UWAGA KLINICZNA

Terapia konwersyjna jest etycznie niedopuszczalna i szkodliwa. Celem pracy jest integracja i dobrostan pacjenta, nie zmiana orientacji.

086

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Ciało jako obszar konfliktów psychicznych

Pacjent z zaburzeniami odżywiania, dysmorfią lub chronicznym cierpieniem somatycznym jako wyrazem konfliktów psychicznych.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja ciała jako języka nieświadomego i praca z symbolicznym znaczeniem objawów somatycznych.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Ciało jako kanał nieświadomych konfliktów
- Kontrola ciała jako substytut psychicznej kontroli
- Ataki na ciało jako ataki na self lub introjekcję

TYPOWE OBRONY

- Somatyzacja
- Ataki na ciało
- Dysocjacja od ciała

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj relację pacjenta z własnym ciałem bez koncentrowania się wyłącznie na symptomie. Pytaj: 'Co twoje ciało by powiedziało, gdyby mogło mówić?' Pracuj z symbolicznym znaczeniem objawów.

Spodziewany materiał nieświadomy

Ciało jako obszar, gdzie toczy się nieświadomy konflikt; ataki na ciało jako ataki na zinternalizowany obiekt; somatyzacja nieprzetworzonej traumy.

UWAGA KLINICZNA

Zaburzenia odżywiania i ciężka somatyzacja wymagają często równoległego leczenia medycznego. Zawsze współpracuj z lekarzem.

087

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Fantazje seksualne -- eksploracja znaczenia

Pacjent przynoszący na sesję niepokojące fantazje seksualne lub pytanie o ich znaczenie.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja fantazji seksualnych jako okna na nieświadome konflikty, pragnienia i lęki.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Fantazje jako royal road do nieświadomego
- Erotyza konfliktu i lęku w fantazji
- Scenariusz fantazji jako scenariusz wewnętrznego konfliktu

TYPOWE OBRONY

- Wstyd przed fantazjami
- Odizolowanie fantazji od uczucia
- Racjonalizacja nieakceptowalnych fantazji

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj fantazje z ciekawością kliniczną, nie z oceną. 'Co w tej fantazji jest podniecające? Kto ma władzę, kto jest bezsilny?' Interpretuj scenariusz jako wyraz konfliktu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Pragnienia, lęki i konflikty nieświadome przetworzone przez erotykę; scenariusz fantazji jako dramatyzacja wewnętrzna.

UWAGA KLINICZNA

Nigdy nie oceniaj fantazji moralnie (o ile nie dotyczą realnej przemocy lub dzieci). Odróżnij fantazję od działania i nie mieszaj obu.

088

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Problemy z erekcją lub podnieceniem -- aspekt psychodynamiczny

Pacjent z dysfunkcjami seksualnymi (erekcja, nawilżenie, orgazm) bez przyczyny medycznej.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja psychodynamicznego znaczenia dysfunkcji seksualnej jako wyrazu konfliktu lub inhibicji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Dysfunkcja jako wyraz inhibicji seksualnej
- Lęk przed oceną podczas seksu
- Przeniesienie lęku na ciało seksualne

TYPOWE OBRONY

- Unikanie aktywności seksualnej
- Racjonalizacja dysfunkcji
- Dysocjacja od ciała seksualnego

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj okoliczności dysfunkcji -- z kim, kiedy, w jakim kontekście. Pytaj o myśli i uczucia podczas seksu. Interpretuj dysfunkcję jako komunikat ciała o konflikcie psychicznym.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed oceną lub porażką skierowany na ciało; zakaz własnej seksualności wyrażony przez ciało; przeniesienie lęku relacyjnego na kontekst seksualny.

UWAGA KLINICZNA

Wyklucz przyczyny medyczne przed podjęciem pracy psychodynamicznej. Współpracuj z seksuologiem w razie potrzeby.

089

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Seksualność po traumie seksualnej

Pacjent z historią traumy seksualnej i jej wpływem na aktualną seksualność, intymność i relacje.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z wpływem traumy seksualnej na seksualność i intymność w oparciu o stabilizację i bezpieczeństwo.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Trauma seksualna jako organizator aktualnej seksualności
- Flashbacki i dysocjacja podczas seksu
- Seksualność jako wyzwalacz traumatycznych wspomnień

TYPOWE OBRONY

- Unikanie seksualności
- Dysocjacja podczas seksu
- Kompulsywna seksualność jako próba opanowania

Postawa terapeuty i przebieg

PRIORYTET: bezpieczeństwo i stabilizacja. Nie eksploruj traumy seksualnej bez ugruntowanego przymierza i zasobów regulacyjnych. Pracuj powoli, respektując tempo pacjenta w każdym aspekcie.

Spodziewany materiał nieświadomy

Trauma seksualna zakodowana w ciele; skojarzenia seksualne z zagrożeniem lub wstydem; fragmenty traumy reaktywowane przez bliskość.

UWAGA KLINICZNA

Praca z traumą seksualną wymaga specjalistycznego szkolenia. Nie eksploruj traumatycznych szczegółów bez ugruntowanej stabilizacji. Oceniaj ryzyko na każdej sesji.

090

SEKSUALNOŚĆ I INTYMNOŚĆ

Intymność jako droga do całości -- integracja eros i agape

Pacjent w fazie pogłębiającej pracę nad integracją miłości erotycznej i miłości agape w dojrzałej intymności.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z integracją różnych wymiarów miłości i intymności w kierunku dojrzałej zdolności do pełnej relacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Integracja eros i agape jako cel dojrzałości psychicznej
- Zdolność do pełnej relacji jako wynik przepracowania konfliktów
- Miłość jako tolerancja pełnego obrazu drugiego

TYPOWE OBRONY

- (minimalne -- to etap integracyjny)
- Ostatnie opory przed dojrzałą intymnością
- Nostalgia za prostszymi formami relacji

Postawa terapeuty i przebieg

Towarzysz procesowi integracji. Eksploruj, co zmienia się w zdolności do pełnej obecności z drugą osobą. Świętuj postęp bez zamykania przestrzeni na dalszą eksplorację.

Spodziewany materiał nieświadomy

Integracja wcześniej rozszczepionych aspektów self i obiektu; zdolność do tolerowania ambiwalencji w miłości; pełna obecność.

UWAGA KLINICZNA

To etap zaawansowanej pracy. Nie pospiesz integracji -- ona dokonuje się w swoim czasie.

10

Zakończenie i Separacja

PROTOKOŁY 091--100

Zakończenie i separacja są kulminacją pracy terapeutycznej i testem internalizacji. Te protokoły prowadzą przez różne aspekty kończenia terapii i budowania autonomii.

091

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Przygotowanie do zakończenia terapii

Etap planowania zakończenia terapii -- niezależnie od jego przyczyny (osiągnięcie celów, zakończenie zewnętrzne, wybór pacjenta).

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Staranne przygotowanie zakończenia terapii jako kulminacja pracy i doświadczenie zdrowej separacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Zakończenie jako test internalizacji
- Reaktywacja wcześniejszych separacji i strat
- Ambiwalencja wobec zakończenia

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie zbliżającemu się zakończeniu
- Nasilenie symptomu przed zakończeniem
- Dewaluacja terapii jako obrona przez żalem

Postawa terapeuty i przebieg

Zaplanuj zakończenie z dużym wyprzedzeniem (minimum 3-6 miesięcy przy długoterminowej terapii). Eksploruj uczucia wobec zakończenia w każdej z ostatnich sesji. Świętuj drogę z autentycznym uznaniem dla pracy pacjenta.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed samodzielnością po terapii; pytanie: czy internalizacja wystarczy?; reaktywacja wszystkich wcześniejszych separacji.

UWAGA KLINICZNA

Zbyt szybkie zakończenie może retraumatyzować wzorce straty. Dawaj wystarczająco dużo czasu na przepracowanie zakończenia.

092

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Żałoba po terapeucie i relacji terapeutycznej

Pacjent przeżywający intensywną żałobę po zakończeniu terapii lub po zmianie terapeuty.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Towarzyszenie w procesie żałoby po zakończeniu relacji terapeutycznej i praca z internalizacją terapeuty.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Utrata terapeuty jako realna strata znaczącej relacji
- Reaktywacja wszystkich wcześniejszych strat
- Test internalizacji: co ze mną zostaje?

TYPOWE OBRONY

- Dewaluacja terapii jako ochrona przed bólem straty
- Szukanie nowego terapeuty natychmiast
- Zaprzeczanie znaczeniu relacji

Postawa terapeuty i przebieg

Nie minimalizuj bólu zakończenia. Towarzysz żałobie z pełną obecnością. Eksploruj, co pacjent zabiera z relacji jako swoje. Pracuj z internalizacją terapeuty jako wewnętrznego głosu.

Spodziewany materiał nieświadomy

Prymarne doświadczenie straty reaktywowane przez zakończenie; lęk, czy terapia 'wystarczyła'; prymarna tęsknota za kontynuacją relacji.

UWAGA KLINICZNA

Żałoba po terapeucie może być głęboka i długa. Nie skracaj ostatnich sesji nawet gdy jest trudna.

093

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Sabotaż zakończenia terapii

Pacjent nasilający symptomy, wprowadzający nowy kryzys lub szukający powodów do kontynuacji terapii tuż przed planowanym zakończeniem.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja sabotażu zakończenia jako wyrazu lęku przed separacją lub nieświadomej prośby o wydłużenie relacji.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Nasilenie symptomu przed zakończeniem jako komunikat
- Nowy kryzys jako prośba o nie-opuszczanie
- Lęk przed samodzielnością po terapii

TYPOWE OBRONY

- Regresja objawowa
- Kryzys jako prośba o kontynuację
- Renegocjacja zakończenia

Postawa terapeuty i przebieg

Nie reaguj na sabotaż zakończeniem terapii ani automatycznym przedłużaniem. Eksploruj: 'Zauważam, że zbliżając się do zakończenia, coś się nasililo. Co się dzieje?' Interpretuj sabotaż jako ważną komunikację.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed samodzielnością; prymarna tęsknota za kontynuacją bezpiecznej relacji; test: czy terapeuta porzuci, gdy jest trudno?

UWAGA KLINICZNA

Różnicuj między sabotażem a realnym nasileniem stanu wymagającym zmiany planu zakończenia. Oceń klinicznie przed podjęciem decyzji.

094

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Zakończenie przedwczesne z inicjatywy pacjenta

Pacjent decydujący o zakończeniu terapii przed osiągnięciem celów -- z różnych powodów.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja motywów przedwczesnego zakończenia i praca z domknięciem tego, co możliwe, w pozostałym czasie.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Ucieczka z terapii jako acting-out
- Utrata wiary w proces lub terapeutę
- Zewnętrzne warunki wymagające zmiany

TYPOWE OBRONY

- Dewaluacja terapii przed zakończeniem
- Racjonalizacja ('nie potrzebuję już')
- Acting-out przez nieobecność

Postawa terapeuty i przebieg

Zaproponuj sesję poświęconą eksploracji motywów zakończenia. Nie zatrzymuj pacjenta siłą, lecz otwórz przestrzeń na rozmowę. Domknij tyle, ile możliwe. Zostaw otwarte drzwi na powrót.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed zbliżeniem przetworzone przez odejście; powtórzenie wzorca ucieczki z trudnych relacji; prymarna ambivalencja wobec pomocy.

UWAGA KLINICZNA

Nawet przy przedwczesnym zakończeniu dbaj o staranne domknięcie. 'Otwarte drzwi' wyrażone wprost mogą być ważną interwencją.

095

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Internalizacja terapeuty jako cel procesu

Etap zaawansowanej pracy, w którym pacjent zaczyna internalizować funkcje terapeutyczne jako własne.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Praca z internalizacją zdolności terapeutycznych -- samoobserwacji, empatii wobec siebie, refleksji -- jako celem terapii.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Internalizacja funkcji terapeutycznych
- Przeniesienie wewnętrznego rozmówcy z terapeuty na self
- Autonomia psychologiczna jako wynik przepracowania

TYPOWE OBRONY

- Opór przed internalizacją ('bez ciebie nie dam rady')
- Externalizacja nawet po internalizacji
- Zaprzeczanie własnym zasobom

Postawa terapeuty i przebieg

Odzwierciedlaj momenty, gdy pacjent używa własnych zasobów terapeutycznych. 'Zauważam, że pan/pani zrobił/a teraz to, co kiedyś robiliśmy razem -- czy pan/pani to widzi?' Świętuj internalizację.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed samodzielnością jako utratą relacji z terapeutą; pytanie: czy mogę być dla siebie tym, czym był terapeuta?

UWAGA KLINICZNA

Zbyt wczesne wskazywanie na internalizację może sprawić, że pacjent poczuje się 'odpychany'. Rób to stopniowo i z ciepłem.

096

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Separacja-indywiduacja w terapii -- Mahlerowski model

Pacjent, którego dynamika w terapii odzwierciedla klasyczne etapy separacji-indywiduacji: zależność, exploracja, zbliżenie, stałość.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Rozumienie i praca z etapami separacji-indywiduacji jako ramą interpretacyjną wzorców w terapii.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Etapy separacji-indywiduacji reaktywowane w terapii
- Faza zbliżenia jako oscylacja bliskość-dystans
- Stałość obiektu jako cel terapeutyczny

TYPOWE OBRONY

- Charakterystyczne dla danego etapu (np. faza zbliżenia: splitting)
- Regresja do wcześniejszych etapów
- Opór przed przejściem do kolejnego etapu

Postawa terapeuty i przebieg

Identyfikuj etap separacji-indywiduacji wyrażany przez pacjenta. Dostosuj technikę do etapu (np. zwiększona dostępność w fazie zbliżenia, więcej dystansu w fazie exploracji). Pracuj ze stałością obiektu jako centralnym celem.

Spodziewany materiał nieświadomy

Reaktywacja preedypalnych doświadczeń separacji-indywiduacji; prymarne potrzeby z każdego etapu.

UWAGA KLINICZNA

Model Mahler jest kontekstualny kulturowo i teoretycznie dyskutowany. Używaj go jako metafory klinicznej, nie jako literalnego opisu.

097

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Zakończenie z powodów zewnętrznych (przeprowadzka, zdrowie, finanse)

Terapia kończona z powodów niezależnych od pacjenta lub terapeuty -- z minimalnym czasem na przepracowanie.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Maksymalizacja przepracowania zakończenia w dostępnym czasie i domknięcie relacji z godnością.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Nagłość lub przymusowość zakończenia
- Niekompletność jako nieunikniony element
- Poczucie straty bez wystarczającego czasu

TYPOWE OBRONY

- Zaprzeczanie bólowi przedwczesnego zakończenia
- Racjonalizacja ('i tak musiało się skończyć')
- Gniew na okoliczności

Postawa terapeuty i przebieg

Skoncentruj ostatnie sesje na podsumowaniu pracy, ekspresji uczuć i domknięciu. Waliduj zarówno ból niekompletności, jak i wartość tego, co zostało osiągnięte. Zapewnij ciągłość opieki przez polecenie kolejnego terapeuty.

Spodziewany materiał nieświadomy

Reaktywacja doświadczeń nagłej straty; poczucie bycia porzuconym przez okoliczności; pytanie: dlaczego znowu?

UWAGA KLINICZNA

Zapewnij ciągłość opieki -- przy zakończeniu wynikającym z zewnętrznych przyczyn szczególnie ważne jest polecenie kolejnego terapeuty.

098

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Autonomia i samodzielność po terapii

Praca z budowaniem autonomii psychologicznej jako celem finalnym terapii.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Konsolidacja zdolności do samodzielnego funkcjonowania, samorefleksji i regulacji jako wyniku procesu terapeutycznego.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Autonomia jako wyraz internalizacji funkcji terapeutycznych
- Dojrzała zależność vs. infantylna zależność
- Zdolność do korzystania z relacji bez utraty self

TYPOWE OBRONY

- Opór przed autonomią jako utratą relacji
- Pozostawanie w zależności jako forma bliskości
- Zaprzeczanie własnym zasobom

Postawa terapeuty i przebieg

Eksploruj zdolność pacjenta do samodzielnego radzenia sobie z trudnościami, które kiedyś wymagały terapeuty. Odzwierciedlaj wzrost autonomii. Świętuj zdolność do samodzielności jako dojrzałości.

Spodziewany materiał nieświadomy

Autonomia jako samotność lub porzucenie; lęk, że samodzielność oznacza utratę relacji z terapeutą; prymarne pytanie: czy dam radę sam/a?

UWAGA KLINICZNA

Nie confound autonomii z izolacją. Celem jest dojrzała zdolność do korzystania z relacji przy zachowaniu własnego self.

099

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Powrót do terapii -- praca z powracającym pacjentem

Pacjent powracający do terapii po przerwie -- po poprzedniej terapii lub po zakończeniu z tym terapeutą.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Eksploracja znaczenia powrotu i praca z kontynuacją lub nowym rozdziałem procesu.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Powrót jako komunikat o niezakończonej pracy
- Reakcja na kryzys lub nowe wyzwanie
- Testowanie: czy terapeuta będzie dostępny

TYPOWE OBRONY

- Wstydzenie się powrotu ('zawiodłem/am')
- Minimalizowanie powodów powrotu
- Dewaluacja poprzedniej pracy jako uzasadnienie powrotu

Postawa terapeuty i przebieg

Witaj powrót bez oceniania lub triumfu ('wiedziałem/am, że wrócisz'). Eksploruj, co skłoniło do powrotu. Oceń, czy kontynuować wcześniejszą pracę czy zacząć nowy rozdział.

Spodziewany materiał nieświadomy

Lęk przed wstydem za powrót; prymarna potrzeba relacji reaktywowana przez kryzys; test dostępności terapeuty.

UWAGA KLINICZNA

Powrót pacjenta nie jest porażką ani jego, ani poprzedniej terapii. Unikaj komunikatów, które by to sugerowały.

100

ZAKOŃCZENIE I SEPARACJA

Całościowe spojrzenie -- narracja autobiograficzna

Etap końcowy długoterminowej terapii: integracja historii życia w spójną, znaczącą narrację autobiograficzną.

FOKUS TERAPEUTYCZNY

Budowanie koherentnej, integracyjnej narracji autobiograficznej jako wyraz zakończonej pracy i dojrzałości psychologicznej.

DYNAMIKI CENTRALNE

- Narracja autobiograficzna jako wyraz koherencji self
- Integracja przeszłości, teraźniejszości i przyszłości
- Historia jako niesiona, nie przenoszona

TYPOWE OBRONY

- (minimalne -- to etap integracyjny)
- Ostatnie opory przed zamknięciem historii
- Nostalgiczne wracanie do minionych etapów

Postawa terapeuty i przebieg

Zaproś pacjenta do opowiedzenia swojej historii -- od początku do teraz, w tym historii terapii. Eksploruj, jak rozumie swój przebyt szlak. Odzwierciedlaj koherencję i sens narracji.

Spodziewany materiał nieświadomy

Integracja wszystkich przepracowanych aspektów self; historia jako własna, nie narzucona; pytanie: kim jestem po tym wszystkim?

UWAGA KLINICZNA

Sesja narracyjna może być emocjonalnie intensywna. Zostaw czas na integrację i domknięcie w ramach tej samej sesji.