

Psychoterapia oparta na teorii relacji z obiektem i psychodramie – integracyjne podejście w leczeniu zaburzeń odżywiania

Psychotherapy based on object relation with object and psychodynamic attitude to treatment of eating disorders

Bernadetta Izydorczyk

Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej. Uniwersytet Śląski w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. J. M. Stanik

Summary

The article presents a proposal of integrating the basic concepts of object relations theory with the psychodramatic techniques by Moreno in treatment of eating disorders (anorexia and bulimia nervosa).

The author pays attention to the common elements and also on the differences in psychopathology of eating disorder from a medical perspective, psychoanalytic and psychodynamic paradigm and moreover psychodrama by Moreno.

Moreover she points to common elements and the possibility of applying psychodramatic and psychodynamic therapeutic techniques in individual and group psychotherapy in persons with eating disorders.

The presented attempt of integrating psychotherapy based on relation with object and psychodramatic techniques by Moreno can enlarge the repertoire of therapeutic techniques which intensify the recovery process in the group of persons with eating disorders (anorexia and bulimia nervosa).

Słowa kluczowe: teorie relacji z obiektem, psychodrama wg Moreno, zaburzenia odżywiania się

Key words: relation with object theory, psychodrama by Moreno, eating disorders

Wstęp

Tematyka terapii zaburzeń odżywiania się, a szczególnie anoreksji i bulimii psychicznej, stanowi obszar moich klinicznych zainteresowań i doświadczeń zdobytych w terapeutycznej pracy z osobami chorującymi na zaburzenia jedzenia. Moje zawodowe doświadczenia w pracy psychoterapeutycznej z tą grupą pacjentów z biegiem lat wzmacniały kompleksowe, zarówno w diagnozie, jak i terapii, podejście do rozumienia psychopatologii rozwoju i specyfiki oddziaływań wobec osób reprezentujących tę grupę zaburzeń. Ową kompleksowość rozumiem szeroko, nawiązując do wykorzystania całokształtu współczesnej, naukowo udokumentowanej, wiedzy o głównych trendach w leczeniu tej grupy chorych. W prowadzonej przeze mnie praktyce psy-

choterapeutycznej (jako terapeuta indywidualny i grupowy) wykorzystuję podejście integracyjne, wiążące się z zastosowaniem zarówno wiedzy dotyczącej rozumienia psychopatologii zaburzeń odżywiania się, jak i technik terapeutycznych, bazujących na podejściu psychoanalityczno-psychodynamicznym (szczególnie tym opartym na relacji z obiektem), oraz na koncepcji psychodramy według J. Moreno. Jako relacje z obiektem rozumiem wykorzystanie w terapii i diagnozie podstawowych założeń zespołu tych teoretycznych koncepcji, które wskazują na istotne znaczenie „emocjonalnej więzi” w kształtowaniu się relacji terapeutycznej i jej wpływu na przebieg całego procesu leczniczego tej grupy chorych [1, 2].

Zaburzenia odżywiania się stanowią tę psychopatologiczną kategorię, która cechuje się zróżnicowanym (neurotycznym i głębszym, nie wykluczając psychotycznego) poziomem dysfunkcji struktury osobowości. Poziom tych dysfunkcji wyznacza zarazem kierunek i siłę diagnostycznych i terapeutycznych interwencji stosowanych w przebiegu całego procesu leczenia. Utrzymanie równowagi pomiędzy pracą nad wglądem w psychologiczne mechanizmy zaburzeń odżywiania się a budową więzi terapeutycznej stanowi ważny obszar leczniczych oddziaływań wobec tej grupy chorych.

Teoretyczne podstawy psychoterapii prowadzonej w paradygmacie psychoanalityczno-psychodynamicznym często wskazują na to, że głównym źródłem rozwoju objawów psychopatologicznych u osoby z zaburzeniami odżywiania się są nieprawidłowo (destrukcyjnie) funkcjonujące w jej strukturach osobowości mechanizmy psychologiczne (najczęściej stosowane nieświadomie). Specyfika ich funkcjonowania wypływa często z osobistych emocjonalnych doświadczeń osoby chorej. Reprezentowane przez teorie relacji z obiektem podejście do psychoterapii podkreśla przewagę roli ludzkich związków i relacji nad dominującą rolą popędów w psychicznym rozwoju człowieka [1, 2]. Ich podstawowa teza zakłada istotny wpływ (przez zjawisko tzw. przeniesienia) matrycy wczesnodziecięcej relacji z podstawowymi, znaczącymi obiektami (matką, ojcem, opiekunem) na późniejsze emocjonalne i społeczne funkcjonowanie w życiu dorosłym [1, 2]. Ta zależność stanowić może punkt styczny z koncepcją psychodramy Moreno, która również w procesie rozumienia wszelakich emocjonalnych trudności podkreśla kluczowe dla ich genezy znaczenie psychologicznego i utrwalonego w relacjach społecznych podłoża. To ono pełni decydującą rolę w generowaniu dysfunkcyjności reakcji i zachowań.

Opierając się na poznanej literaturze przedmiotu i moich własnych refleksjach, wynikających z prowadzonych indywidualnych i grupowych terapii chorych na anoreksję czy bulimię psychiczną (szczególnie dziewcząt i młodych kobiet), chciałam wskazać na przydatność takiego integracyjnego, diagnostyczno-terapeutycznego działania w procesie ich leczenia. Moją intencją było wskazanie raczej elementów wspólnych i zarazem uzupełniających się w metodzie psychodramy i opartej na teorii relacji z obiektem psychoterapii tej kategorii chorych.

1. Psychopatologia rozwoju anoreksji i bulimii psychicznej – rozumienie z perspektywy teorii relacji z obiektem i psychodramy morenowskiej (wybrane wątki teoretyczne)

W psychiatrii klinicznej rozumienie wszelakiej psychopatologii zaburzeń, w tym również zaburzeń odżywiania się, zakłada obecność, zgodnie z obowiązującymi

kryteriami medycznych klasyfikacji, objawów chorobowych diagnozowanych jako konkretne zaburzenie psychiczne (choroba). Nawiązując do zagadnienia rozwoju psychologicznych mechanizmów zaburzeń jedzenia, zakłada się, iż za ujawnianą chorobową symptomatologią kryją się nierozwiązane konflikty wewnętrzne i zablokowane stany emocjonalne, których ekspozycja następuje dzięki zróżnicowanym, specyficznym dla tych zaburzeń objawom. Z perspektywy psychodramy w ujęciu Moreno musimy natomiast uznać, że po pierwsze nie istnieje pojęcie psychopatologii, a więc zaburzenia, po drugie – wszystko, z czym dana osoba przychodzi, staje się przedmiotem pracy na scenie [3, 4].

W klasycznych, psychoanalitycznych teoriach, opartych na koncepcji Z. Freuda, podstawowe założenie terapii podkreślało istnienie biologicznego podłoża zaburzeń [1, 2]. Teoretycy relacji z obiektem widzą to nieco inaczej. Co prawda nie tworzą oni jednolitej szkoły, ale mają podobne poglądy na temat uwarunkowań i rozwoju zaburzeń. Do tej grupy należą m.in.: brytyjska szkoła relacji z obiektem (Klein, Fairbairn, Guntrip, Winnicott), amerykańska szkoła relacji z obiektem (Mahler, Kernberg, Kohut), amerykańska szkoła interpersonalna (Sullivan). Według przedstawicieli tych szkół istotne źródło rozwijającej się przyszłej psychopatologii zaburzeń stanowią traumatyczne doświadczenia emocjonalne, deficyty uczuciowe i destrukcyjne relacje z obiektami znaczącymi, szczególnie okresu dzieciństwa, które potem, poprzez utrwalone uwewnętrznione, destrukcyjne, deficytowe emocjonalnie wzorce (matryce) relacji ze znaczącym obiektem, są powielane w relacjach społecznych [1, 2]. Tworzą one patologiczne wzorce rozwojowe i styl charakteru (osobowości). Teorie relacji z obiektem ukierunkowują nas na rozumienie uwewnętrznionych związków interpersonalnych oraz na ich znaczący wpływ na rozwijające się z biegiem lat życia i rozwoju zachowania [1, 2]. Szczególnie koncentrują się one na dziecięcej internalizacji wczesnych wzorców interakcyjnych z rodzicami lub opiekunami. Powstająca w umyśle dziecka intrapsychiczna matryca składa się z obrazu siebie w relacji z wewnętrznymi obiektami – reprezentacjami doświadczeń w relacjach z opiekunami (szczególnie z matką i ojcem). Diagnoza tego wewnętrznego obrazu relacji z opiekunem (obiektem) pozwala nam lepiej zrozumieć i rozpoznawać w procesie psychoterapii interpersonalne zachowania chorej osoby i modyfikować jej wewnętrzną strukturę charakteru (reprezentacje obiektów, siebie oraz świat uczuć). W przeciwieństwie do klasycznej psychoanalizy Freuda, w podstawowych założeniach teorii relacji z obiektem pierwotną motywacją podmiotu do działania nie jest zaspokajanie popędu seksualnego i agresywnych impulsów, ale potrzeba emocjonalnego związku z innymi ludźmi. Zatem, aspekty relacyjno-społeczne w rozwoju człowieka zbliżyły się w swoich założeniach do psychodramatycznego rozumienia trudności emocjonalnej czy chorobowego objawu w procesie psychoterapii [3, 4, 5].

We współczesnej psychologii klinicznej zaburzenie nie jest definicyjnie utożsamiane z diagnozowaną nozologicznie (medycznie) jednostką chorobową, lecz łączy się z dysfunkcjonalnością i brakiem stanu zdrowia psychicznego, nazywanymi często zaburzeniami emocjonalnymi, nerwicowymi, osobowości itp. [5]. W medycznej i psychologicznej perspektywie istnieje więc pojęcie psychopatologii i zaburzenia. W diagnozie funkcjonowania osoby, która ujawnia chorobowe objawy anoreksji czy

bulimii, opisujemy genezę i patomechanizm rozwoju powstałych u ich źródeł mechanizmów psychologicznych. W języku tzw. psychologicznie rozumianej psychopatologii mówimy często o diagnozie negatywnej – tego, czego brak, co jest dysfunkcjonalne. Istniejące mechanizmy chorobowe należy korygować i redukować poprzez profesjonalne działania terapeutyczne [6]. Leczenie to działanie na rzecz ich zwalczania. W tym procesie pomagają tzw. „zasoby”, potencjalne możliwości konkretnej osoby (siła ego, mechanizmy obronne, adaptacyjne, konstruktywne strategie radzenia sobie w stresie itp.).

W prowadzonej przeze mnie diagnostyczno-terapeutycznej pracy klinicznej z chorymi na anoreksję czy też bulimię pacjentkami, ważny, teoretyczny punkt odniesienia w psychoterapii ich zaburzeń stanowią podstawowe założenia teorii relacji z obiektem. Pracując nad diagnozą anorektycznego (na przykład restrykcyjnie podejmowane próby fizycznych ćwiczeń, odchudzania, kontrola spożywanych kalorii w pokarmach) czy bulimicznego (na przykład prowokowane wymioty, przeczyszczanie się) objawu, niejednokrotnie odwołuję się do diagnozowania aktualnego i przeszłego wzorca relacji z opiekunem (znaczącym obiektem). Najczęściej jednak, nie pomijając diagnozowania i brania pod uwagę znaczenia wzorca matrycy relacji z ojcem, skupiam się na wnikliwej analizie relacji mojej pacjentki z matką [5]. Znaczenie tej właśnie relacji i jej wczesnodziecięcego wzorca, powiązanego z relacją karmienia, stanowi w życiu konkretnej osoby istotny czynnik warunkujący rozwój późniejszych dysfunkcji w podejściu do pokarmów i jedzenia. Potwierdzają to chociażby wieloletnie badania i kliniczne doświadczenia Hildy Bruch [7, 8] i innych autorów [9, 10, 11].

W koncepcji psychodramy według Moreno nie mówi się wprost o istnieniu psychopatologii jako odrębnego fenomenu. Do pracy na scenie wychodzi się po to, aby zrozumieć, co się dzieje. Tutaj wszystko jest ważne. Od samego początku między osobami na scenie odbywa się spotkanie. W psychodramie pracujemy z całą siecią społeczną (otoczeniem), z cechami osobowości, konfliktami wewnętrznymi, relacjami społecznymi [7, 8]. Możemy więc powiedzieć, że tutaj psychopatologia jest ważna, ale inaczej do niej podchodzimy, inaczej ją rozumiemy. Pracujemy głównie nad zasobami osób chorych i usuwaniem występujących deficytów, a nie nad ich przeszłością – wszystko, co ważne, dzieje się tu i teraz, na scenie. Istotniejsze stają się zasoby pacjenta niż koncentrowanie się na jego emocjonalnych i poznawczych czy też behawioralnych brakach. Dzięki spotkaniu poznajemy, czego mu brakuje, co jest psychopatologiczne, chociaż tego tak nie nazywamy, poznajemy jego deficyty i korygujemy je poprzez możliwości, jakie dają techniki psychodramatyczne. Praca na scenie w tzw. poszerzonej rzeczywistości (umożliwienie pacjentowi realizacji tego, co miało się zdarzyć, ale się nie stało w jego dotychczasowym życiu) może być tego dobrym przykładem [3, 4, 5].

W psychodramatycznej pracy z objawem chorobowym, czy też emocjonalno-społecznymi trudnościami, które zgłasza osoba w roli protagonisty, szczególnego znaczenia nabierają role, jakie dla niej odgrywa tzw. ego pomocnicze [12]. Stanowią je, wybrani do odegrania danej osoby, sekwencji, uczucia itp., inni członkowie grupy, tzw. aktorzy, bądź rekwizyty, jakie ta osoba w tym celu wybiera. Z perspektywy diagnozy i terapii osób chorych na anoreksję czy bulimię szczególnego znaczenia nabierają tzw.

role psychosomatyczne (np. rola osoby jedzącej, śpiącej, pełzającej, role seksualne). Opisują one psychofizyczne rodzaje zachowań i łączą się z wczesnym okresem życia, tj. z dzieciństwem. Role somatyczne służą zachowaniu funkcji organizmu, opisują wpływ funkcji organicznych bądź zapewniają rozmnażanie i zależą od fazy rozwoju danej osoby. Można na nie wpływać poprzez kondycję psychiczną. Na ich podstawie budują się role psychiczne. Dziecko karmione, będąc w kontakcie cielesnym z matką, zostaje zaspokojone na poziomie fizycznym i emocjonalnym. Relacja z matką jest predyktorem tego, w jaki sposób niemowlę zaspokaja rolę jedzącego – czy cieszy się na myśl o jedzeniu i po nim, czy będzie dalej rozwijać role psychiczne jako smakosza adekwatnie reagującego na zaspokajanie potrzeby głodu fizycznego, czy też nie. Dziecko może rozwijać, na bazie roli jedzącego, rolę psychiczną, która nie będzie się wiązać z przyjemnością jedzenia i zaspokajania autentycznego głodu fizycznego. Jedzenie może służyć do realizacji potrzeb emocjonalnych i rozładowania doświadczanych napięć. Rola psychosomatyczna i rozwój charakterystycznego wzorca interakcji, jaki tworzy się pomiędzy matką a niemowlęciem w procesie karmienia (źródła zdobywania różnych doświadczeń), staje się bazą do kształtowania się konstelacji roli osoby jedzącej. Rola ta może być powielana/uruchamiana w różnych okresach życia [4, 5, 12].

Reasumując, możemy powiedzieć, że perspektywa patrzenia na uwarunkowania oraz psychologiczne mechanizmy kształtowania się rozwoju człowieka i jego zróżnicowanej psychopatologii poszerzyła się. Uznaje ona komplementarność wielu teoretycznych, dawniej nie do pogodzenia, podejść. Różnice nadal są, ale nie stanowią przeszkody nie do pokonania w całościowym podejściu do diagnozy i terapii osób z zaburzeniami odżywiania się. Mogą one być przyczynkiem do rozwoju większej różnorodności sposobów leczenia tej grupy chorych i sprzyjać łączeniu rozumienia podłoża zaburzenia i matrycy terapeutycznej relacji, zarówno w oparciu o teorię relacji z obiektem, jak i jednoczesnego zastosowania technik psychodramy w procesie terapii tej grupy chorych. To, co pojawia się w dialogu terapeutycznym i wynika z uwarunkowań matrycy relacji z obiektem, może stanowić przyczynek do poszukania i poszerzenia zakresu zintensyfikowania interwencji terapeutycznych w kierunku wglądu i reparacji. Psychodrama może w tym względzie stanowić interesujące uzupełnienie leczniczych oddziaływań wobec osób chorych na zaburzenia odżywiania się.

2. Terapia wglądowa, więź terapeutyczna i relacja z obiektem a techniki psychodramatyczne w leczeniu zaburzeń odżywiania się (próba integracyjnego podejścia w stosowaniu psychoterapii)

Jak pisano we wstępie, poziom destabilizacji struktury osobowości u osoby chorej na określony typ zaburzeń odżywiania się, wyznacza sposób (kierunek i jakość) interwencji terapeutycznych podejmowanych w całym procesie jej leczenia. W rozumieniu teoretycznym, które przedstawiam, relacja z obiektem i terapeutyczna więź wraz z pracą nad intelektualnym i emocjonalnym wglądem, połączone z zastosowaniem do tego celu technik psychodramy, stanowią dominujące kierunki mojej diagnostycznej i terapeutycznej pracy z osobą chorą.

W klasycznym, psychoanalitycznym podejściu do procesu psychoterapii podstawowym celem terapeutycznych działań wobec pacjenta, nie tylko chorego na anoreksję czy

bulimię psychiczną, nadal pozostaje tzw. wgląd intelektualny i emocjonalny. Niemniej jednak cała rozwijająca się szkoła współczesnej psychoanalizy, w tym szkoła relacji z obiektem, mimo uznawania siły leczniczego znaczenia wglądowych oddziaływań na pacjenta, uznaje również (szczególnie w obszarze głębszej psychopatologii osobowości) za ważny czynnik leczący specyficzną (korektywną) rolę emocjonalnej relacji pacjenta z osobą terapeuty [1].

W psychoterapeutycznych działaniach terapeuty, stosującego również techniki psychodramatyczne, wgląd ma duże znaczenie. Występujący na scenie w roli protagonisty chory na anoreksję czy bulimię pacjent odtwarza z udziałem ego pomocniczego (aktorów na scenie) swój wewnętrzny dramat również po to, aby uzyskać wgląd w swoje nieświadome motywy, emocje, konflikty itp. Intelektualna refleksja nad tym, co się dzieje w wewnętrznym świecie protagonisty, zobrazowanym na scenie, staje się często źródłem jego wglądowych doświadczeń. Dokonuje się to niejednokrotnie często dzięki możliwości zajęcia tzw. metapozycji, lustra, tj. zobaczenia na scenie obrazu, który pacjent (protagonista) wykreował. Aktorzy w roli ego pomocniczego, odgrywający na przykład obraz takich objawów, jak wymioty, odchudzanie się, przedstawiający na scenie różne elementy ciała (żołądek po prowokowanych wymiotach), mogą wskazywać stojącemu na metapozycji w roli postronnego obserwatora protagoniście znaczące poznawcze aspekty patomechanizmu ich rozwoju. Kiedy protagonista wchodzi, w zamianie ról, w rolę swojego żołądka, przełyku, gardła, może przekonać się i poczuć własne (trudne do doświadczenia) emocje, związane z tym zjawiskiem, ale z pozycji „udręczonego”, na przykład odchudzaniem się, lub wymiotami, własnego narządu czy też doznań całego ciała. Doświadcza wtedy części samego siebie i ma możliwość pogłębienia emocjonalnego wglądu w symboliczne znaczenie i rozwój patomechanizmu anorektycznych czy bulimicznych objawów [5, 13].

Poza wspieraniem wglądowych aspektów, ważnym elementem leczniczego procesu psychodramatycznego jest możliwość oddziaływań korektywnych. Staje się to możliwe dzięki działaniu tzw. poszerzonej rzeczywistości. Oznacza ona stworzenie protagoniście na scenie możliwości przeżycia tego, co mogło się zdarzyć, ale z różnych względów w jego życiu się nie zdarzyło. Często w ten sposób znacząco skracamy drogę do reparacji emocjonalnych deficytów pacjenta, emocji, które zostały zablokowane w rozwoju, bądź niezaspokojonych potrzeb i powstałych deficytów rozwojowych.

W podstawowych założeniach, opartego na relacji z obiektem, podejścia psychoterapeutycznego struktura i specyfika dynamiki tej relacji zmienia się, mając na celu przede wszystkim nabycie przez pacjenta doświadczeń reparatornych. Jak już wspomniano, symptomatologia anoreksji i bulimii psychicznej w swojej etiopatogenezie często opiera się na psychologicznych mechanizmach zaburzeń w strukturze osobowości, dlatego uwzględnienie w procesie ich leczenia podejścia komplementarnego, obejmującego zarówno elementy wglądu w mechanizmy choroby, jak i działania korektywno-reparatorne (dialog i relacja terapeutyczna w trakcie pracy opartej na podejściu psychodynamicznym, wspierana na przykład elementami mono- i psychodramy), ma swój sens terapeutyczny.

W świetle psychiatryczno-psychologicznej literatury przedmiotu etiologia i patomechanizm zaburzeń odżywiania się niejednokrotnie rozpatrywane są w paradygmacie

psychoanalityczno-psychodynamicznym, z ukierunkowaniem na założenia teoretyków brytyjskiej (Klein, Winnicott, Guntrip) i amerykańskiej teorii relacji z obiektem (Mahler, Kernberg, Kohut). Założenia wymienionych teorii wskazują na znaczenie relacji z obiektem w rozwoju zakłóceń w trakcie procesu separacji i indywiduacji oraz w rozwoju ego u chorującej osoby [1, 2].

W głównych założeniach tych koncepcji jakość wczesnodziecięcej matrycy, ukształtowanej relacji niemowlęcia z matką, ma znaczący wpływ na rozwój wzorca późniejszych wzajemnych relacji społecznych pomiędzy osobami dorosłymi. Dotyczy to szczególnie relacji pomiędzy pacjentem a jego terapeutą w trakcie leczenia. Ten ostatni często przyjmuje na siebie rolę emocjonalnego kontenera, matczynego obiektu, dzięki któremu proces grupowy czy indywidualny może się rozwijać. Jak się wydaje, empatyczny, ale nie blokujący tego, czego chce protagonista, rozumiejący i wspierający reparacyjną część jego doświadczeń na scenie, lider stanowi również ważny punkt w rozwoju korektywnej relacji pacjenta (protagonisty) z drugą osobą.

Zarówno podstawowe założenia teorii relacji z obiektem Melanie Klein, jak i rozwojowe podejście do zaburzeń odżywiania się Hildy Bruch podkreślają znaczenie w patogenezie tych zaburzeń, specyfiki rozwoju wczesnodziecięcej komunikacji pomiędzy matką a dzieckiem, odbywającej się na poziomie niewerbalnym [7, 8]. Nieprawidłowo rozumiejąca płynące od dziecka sygnały matka nie potrafi potwierdzić i w sposób adekwatny zaspokoić jego potrzeb. W ten sposób w ich miejsce wprowadza jako dominujące własne potrzeby. Wyobrażenia matki o dziecku nie są poddawane weryfikacji, następuje zatarcie granic między jej fantazjami o niezaspokojonych potrzebach a rzeczywistością.

Z perspektywy psychodynamicznej i rozwojowej, zaburzenia odżywiania się stanowią nieadaptacyjne rozwiązanie wielu dylematów i wewnętrznych konfliktów, towarzyszących okresowi dorastania i osiągnięcia autonomii człowieka dorosłego. Najczęściej konflikty te nie mają szans na rozwiązanie, bo są „gaszone” w zarodku poprzez „wyłączenie” popędów – ich biologiczne „uśmiercenie” na przykład na skutek głodzenia się. Zamiast rozwiązania w relacjach interpersonalnych, zostają „przemieszczone na pożywienie i ciało”.

Teoretycy relacji z obiektem podkreślają wpływ wczesnych, znaczących dla dziecka, więzi emocjonalnych na kształtowanie się jego charakteru i generowanie wzorca jego późniejszych uczuciowych i społecznych relacji z ludźmi. Pojęcie korekcyjnego doświadczenia interpersonalnego oraz wglądu w psychologiczne mechanizmy, tkwiące u źródeł relacji z innymi ludźmi, stanowią ważny punkt odniesienia w pracy terapeutycznej z pacjentami [1].

Brytyjska i amerykańska szkoła relacji z obiektem podkreśla we wskazaniach do leczenia skupienie się na zrozumieniu wewnętrznego świata reprezentacji pacjenta poprzez diagnozę powtarzających się wzorców interakcji z innymi ludźmi, zapewnienie mu terapeutycznego (korektywnego) związku, który umożliwiałby rozwiązanie rozszczepienia ego [1]. Harry Stack Sullivan [za: 1], jako przedstawiciel amerykańskiej szkoły interpersonalnej, również wskazywał na znaczenie w procesie leczenia osobistej więzi z pacjentem, nawiązywanej po to, aby pomóc mu w stworzeniu spójnego systemu self i lepszych relacji interpersonalnych. Jak widać, podkreślanie znaczenia

jakości relacji interpersonalnych i relacji ze znaczącymi obiektami w rozwoju i terapii, to główny element wielu koncepcji w podejściu do procesu psychoterapii.

Według Fairbairna [za: 1] terapia ma umożliwić przywrócenie pacjentowi zdolności do pełnego i bezpośredniego kontaktu z ludźmi. Dzięki terapii staje się on świadom złych wewnętrznych obiektów, które kiedyś były w jego świadomości czymś niezbędnym dla funkcjonowania. Terapeuta staje się tutaj wystarczająco dobrym realnym obiektem, umożliwiającym choremu zerwanie więzi ze złymi (wewnętrznymi) obiektami, dlatego nie może wzbudzać w nim poczucia winy i wstydu [1]. Teoretycy relacji z obiektem (na przykład Mahler, Winnicott) wskazywali, że jeśli terapia ma ułatwić rozwój prawdziwego self, to powinna:

- odtwarzać dość dobre matczyne środowisko, tak aby wypełnić deficyt w tym zakresie, który doprowadził do rozwoju fałszywego self,
- wywoływać kontrolowaną regresję, w której pacjent powraca do okresu niespełnionych wczesnych potrzeb i błędów otoczenia, i odpowiednio na nią zareagować,
- zapewnić wystarczająco dobre funkcje matczyne i otoczenia, których pacjent był pozbawiony w dzieciństwie [1].

Psychologia self Kohuta [za: 1] również podkreśla znaczenie internalizacji związków dla rozwoju osobowości i self. Self dziecka rozwija się według niego poprzez interakcję między jego wrodzonym potencjałem a reaktywnością rodziców ze wskazaniem na znaczenie dla rozwoju prawdziwego self dobrej (empatycznej) matki. Stworzenie terapeutycznego związku opartego na empatii pozwala na uaktywnienie pierwotnych problemów rozwojowych pacjenta, daje mu możliwość idealizowania terapeuty lub traktowania go jako lustra, pokrewnej duszy, pozwala na wyrażenie wielkościowych fantazji, co czyni je bardziej świadomymi i dostępnymi dla terapii [1].

Kernberg [za: 1] formułuje specyficzne wskazania do leczenia zależnie od poziomu patologii charakteru. Zwrócił uwagę na konieczność uwzględnienia w procesie psychoterapii (szczególnie pacjentów głębiej zaburzonych) pomocy w łączeniu obrazów częściowych self i obiektu, aby pacjent mógł stworzyć „wielowymiarowe, spójne i zintegrowane obrazy siebie i innych”. Ponadto, wskazał na znaczenie konfrontacji pacjenta z jego negatywnym przeniesieniem i prymitywnymi mechanizmami obronnymi, szczególnie z jego nieprzetworzoną, silną agresją. Postulował strukturalizowanie terapeutycznej sytuacji minimalizującej zachowania acting-out [1].

Psychodrama wydaje się dostarczać w tym przypadku wiele dobrych rozwiązań: lider na scenie staje się jednocześnie ważnym dorosłym, który zwykle (jeśli zostanie w terapii grupowej i indywidualnej wybrany do prowadzenia mono- czy psychodramy) obdarzony jest szczególnym zaufaniem, wspierającym niwelowanie poczucia winy i wstydu. W pewnym sensie jest w roli „wystarczająco dobrej matki”. Psychodrama uczy, jak się nie bać, nie wstydzić i nie czuć winnym, daje bowiem na scenie możliwość odgrywania wszystkiego, traktując to, co się dzieje, jako element rzeczywistości, świata. Psychodrama zachęca wręcz do ekspresji emocji i ich specyficznego rozładowania (acting-in, katharsis). Odpowiednio dobrane techniki psychodramatyczne umożliwiają w czasie prowadzonej przez lidera na scenie gry szybką regresję u protagonisty. Może on uzyskać właśnie to, co jest podstawą do realizacji niespełnionych, sfrustrowanych

dziecięcych potrzeb. Dzięki ego pomocniczemu, zamianie ról protagonista uzyskuje możliwość przeżycia na nowo, w sprzyjających warunkach (materialne środowisko) korektywnego doświadczenia dotyczącego wcześniej niezaspokojonych potrzeb. Poprzez technikę dublowania, zamianę roli uzyskuje również możliwość wglądu w nieświadome zjawiska swego wewnętrznego, emocjonalnego świata. Praca z tzw. poszerzoną rzeczywistością daje szansę na korekcję tego, co w dziecięcej (i nie tylko) przeszłości zaistniało z powodu braku „matczynego środowiska”. Regresja i wprowadzenie technik pracy w poszerzonej rzeczywistości stanowią ważny element terapeutycznych, reparacyjnych doświadczeń osoby chorej na zaburzenia odżywiania. Ona to przecież w psychopatologii rozwoju mechanizmów i chorobowych objawów tego najbardziej potrzebuje, by rozwinąć wgląd i zdolności separacyjno-indywidualne.

Teoria relacji z obiektem zakłada, że wewnętrzny świat jednostki stanowi serię wewnętrznych interakcji ze znaczącymi innymi (matką, ojcem, rodzeństwem, partnerem lub ważnym opiekunem). Zinternalizowana percepcja rodziców i innych jest stale rozgrywana w postaci wewnętrznych minidramatów, które oddziałują w widoczny sposób na zachowanie osoby chorej. W trakcie stosowania psychodramatycznych technik na scenie dochodzi do eksternalizacji nieuświadomianych sobie poprzednio dramatów wewnętrznych, co umożliwia ich znaczną modyfikację i transformację. W pracy z pacjentkami cierpiącymi na zaburzenia jedzenia kładzie się duży nacisk na ich stosunek do własnego ciała, na myśli i emocje związane z własną cielesnością, wiele bowiem wspomnień sięga poziomu prewerbalnego. Zwracanie pacjentowi uwagi na sygnały płynące z ciała umożliwia mu poszerzenie świadomości swego ciała. Źródłem zaburzeń odżywiania się jest porażka matki w udzielaniu adekwatnej odpowiedzi na sygnały cielesne, wysyłane przez niemowlę, które były przez nią w sposób błędny odczytywane.

Z literatury przedmiotu oraz moich klinicznych doświadczeń pracy z kobietami chorującymi na zaburzenia odżywiania się wynika, że w rozwoju psychologicznych mechanizmów anoreksji czy bulimii psychicznej znaczącą rolę odgrywają relacje, jakie zachodzą pomiędzy self chorujących kobiet a ich matkami [5, 13]. Relacje te nacechowane są walką i bardziej bądź mniej świadomą rywalizacją. Wykorzystanie technik psychodramatycznych (np. zamiany roli protagonisty w pracy na scenie) może być pomocne w eksploracji tematu tej matrycy relacji ze znaczącym obiektem i z jego wewnętrzną reprezentacją. Technika ta może stanowić dobry, usprawniający proces wglądu w nieświadome emocje i mechanizmy zaburzeń u chorej osoby. Zamiana roli osoby chorej, w roli protagonisty, z matką daje szansę na doświadczenie ambiwalencji uczuć, jakie żywi ona do postaci, którą odgrywa.

Warto zatem zwrócić uwagę, w jakim stopniu, stosując podstawowe założenia w rozumieniu rozwijającej się psychopatologii zaburzeń jedzenia w kategoriach relacji z obiektem, możemy wykorzystać techniki psychodramatyczne w trakcie psychoterapii (z uwzględnieniem elementów wglądu i pracy nad więzią).

3. Postawa terapeuty, przeniesienie i opór w pracy psychoterapeutycznej z wykorzystaniem technik psychodramy i relacji z obiektem

Dokonując krótkiego porównania charakteru aktywności klasycznego, analitycznego terapeuty z aktywnością terapeuty stosującego psychodramę, podkreślamy często

ich zdecydowaną różność. Tę pierwszą cechuje zwykle tzw. mała aktywność własna, powiązana zazwyczaj z eksploracją interpretacji, neutralność i brak transparencji. Analityk, jako „projekcyjny ekran” dla pacjenta, stanowi podstawę pracy nad jego przeniesieniem. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę współczesne psychoanalityczne rozumiane podejścia do psychoterapii, zauważamy znaczące zmiany w tym aspekcie. Osoba analitycznego terapeuty nie stanowi już „bezosobowego projekcyjnego ekranu”. Sama praca nad przeniesieniem nie jest traktowana jako jednostronny akt projekcji pacjenta na terapeutę, ale jako złożony, interpersonalny proces, w którym analityk odgrywa również czynną rolę.

Spotkanie „twarzą w twarz” stanowi jedną z pozycji pracy terapeutycznej, często podlegającej modyfikacji i zmianom w różnych formach tak rozumianej psychoterapii, np. psychoterapii psychodynamicznej, podczas której aktywność i transparentność terapeuty wzrasta. W pewnym sensie możemy powiedzieć, że między terapeutą a jego pacjentem odbywa się spotkanie. Może nieco różne w swej dynamice od spotkania w psychodramie, ale czy na pewno aż tak zróżnicowane? Sądzę, że nie. Tutaj również kontakt „twarzą w twarz” z protagonistą nacechowany jest znaczną aktywnością, jest spotkaniem lidera z osobą odgrywającą swój wewnętrzny dramat. Lider, w odróżnieniu od typowego analityka, nie dokonuje na scenie interpretacji, tylko działa: angażuje się w kreację na scenie, jest transparentny i wspiera spontaniczność. Niemniej jednak w pracy terapeuty stosującego bardziej zróżnicowane podejście do technik psychoanalitycznych, ujawniają się również, może nie tożsame, ale zbliżone, formy aktywności ukierunkowane na „spotkanie z drugą osobą”. W psychoanalityczno-psychodynamicznym podejściu do terapii zakładamy, że nasze oddziaływania i techniki pracy polegają na werbalnym dialogu i analizie tego, co pacjent świadomie i nieświadomie ze „sobą przynosi”, zwróceniu uwagi na katharsis oraz na niedopuszczaniu do reakcji typu acting-out. W przypadku psychodramatysty dominują na scenie działania wprost, zapraszające do emocjonalnego rozładowania (acting-in). Wydobyć i rozegrać na scenie tego, co pacjent-protagonista doświadcza w wewnętrznym świecie przeżyć (konfliktów, emocji), daje szansę ich rozładowania (katharsis), wsparcia procesu wyrównywania ich deficytu, a przez to usprawnienia słabo zintegrowanych struktur osobowościowych.

Praca analityczna i psychodynamiczna nacechowana jest deterministycznym myśleniem o umiejscowieniu przyczyn dysfunkcji w przeszłości pacjenta (często dziecięcej) i ujawnianiu się ich w jego aktualnych emocjonalno-społecznych trudnościach i chorobowych objawach. Psychopatologia matrycy relacji z obiektem i wewnętrzne jej reprezentacje u pacjenta stają się przedmiotem werbalnych interwencji terapeuty pracującego psychoanalitycznie. Służą one temu, aby pacjent uzyskał wgląd w ich znaczenie dla swego aktualnego życia i trudności. W psychodramie dominuje koncentracja na teraźniejszości, na tym, co się dzieje tu i teraz, aczkolwiek nie neguje się znaczenia przeszłości w życiu pacjenta w roli protagonisty. Na scenie rozgrywa się dramat z przeszłości, który może zostać jakby na nowo przeżyty, skompensowany, dzięki na przykład pracy w tzw. poszerzonej rzeczywistości. Pacjent z anoreksją czy bulimią, pracując nad tematem swojej deficytowej relacji z ojcem, matką bądź innym obiektem znaczącym ze swojej przeszłości, ma możliwość w warunkach scenicznych,

przeżyć i poznać (uzyskać wgląd) genezę swoich objawów, zachowań i trudności. Możliwa staje się analiza związków przyczynowo-skutkowych wewnętrznej reprezentacji matrycy tej relacji z obiektem aktualnych relacji z kobietami, mężczyznami itp. Nie spotykamy się w tym przypadku z deterministycznym myśleniem o genezie zaburzeń, ale nie mamy także do czynienia z całkowitą jego negacją. Coraz częściej również w pracy psychodramatycznej na scenie uwzględnia się rolę i siłę działania wczesno-dziecięcych, wzmacnianych licznymi powtórzeniami, wzorców reakcji, opartych na relacji z podstawowymi obiektami z przeszłości. Z jednej strony psychodramatyczne myślenie uwzględnia konieczność swobodnego, wolnego wyboru protagonisty na scenie (to on kreuje swoją rzeczywistość i decyduje o sposobach jej rozwiązania), z drugiej zaś – coraz częściej dopuszcza do uwzględnienia w pracy nad tu i teraz tego, co miało miejsce w przeszłości. Morenowska psychodrama nie jest w swoich założeniach deterministyczna w rozumieniu psychopatologii, ale jej techniki pozwalają tę zakodowaną w schematach poznawczych i emocjach przeszłość „rozgrywać i korygować”. W psychodramie pojęcie czasu ma charakter specyficzny, obejmuje w swoich korektywnych, terapeutycznych działaniach to, co dotyczy przeszłości, terażniejszości, ale i przyszłości (rozszerza się również perspektywa patrzenia na to, co ma się zdarzyć, czego pragnie protagonista, albo tego, czego nie chce zobaczyć).

Istotnym elementem pracy psychoterapeutycznej w paradygmacie psychodynamicznym i psychoanalitycznym jest zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Przeniesienie przez wiele lat było rozumiane w kategoriach bezpośrednich odniesień do terapeuty zawartych w materiale dostarczanym przez pacjenta. Razem z przeciwprzeniesieniem stanowią one istotne źródło wiedzy o sposobach funkcjonowania pacjenta. W takiej czy innej formie przeniesienie działa przez całe życie i wpływa na wszystkie międzyludzkie relacje. Poprzez elementy wglądu (na drodze werbalnych interwencji z dominacją interpretacji) starano się, aby pacjent próbował zobaczyć i „zdjąć je” z terapeuty, uświadamiając sobie, że jest on odrębną osobą, a nie matką, ojcem czy innym obiektem z wcześniejszego (dziecięcego) życia. W psychodramie także pracujemy nad przeniesieniem, ale w inny sposób.

Czy, posługując się technikami psychodramy, możemy zakładać, że nasz pacjent-protagonista w odgrywanym na scenie minidramacie na temat wybranego aspektu swego wewnętrznego (obraz przeżywanego lęku, różnych emocji, konfliktów wewnętrznych) czy też zewnętrznego świata (relacje społeczne), poprzez zamianę roli czy dublowanie, doświadczy zarówno emocjonalnego, jak i poznawczego wglądu? Z perspektywy mojego klinicznego doświadczenia w roli psychodramatysty wynika, że tak. Poprzez obraz na scenie, zogniskowanie wokół niego podstawowych wątków psychopatologicznego problemu i możliwość ich odegrania, identyfikację z wewnętrznymi aspektami w zamianie roli, usłyszenie z pozycji dublera swoistego, często niechcianego (nieuświadomionego) głosu, impulsu, emocji itp., dajemy pacjentowi szansę, aby w znacznie krótszym czasie zobaczył to, co dotychczas było nieświadome, niechciane i oczywiście bardzo trudne do przyjęcia wprost. Zajmowanie pozycji lustra (stanie z boku, w tzw. metapozycji) daje możliwość poznawczego wglądu w to, co się dzieje w wewnętrznym i zewnętrznym świecie protagonisty, natomiast wprowadzenie

go w zamianę roli, pozwolenie mu na usłyszenie od dublera najczęściej skrywanych treści, wykorzystanie tzw. poszerzonej rzeczywistości – szansę doświadczenia wglądu emocjonalnego, przeżycia katharsis oraz doświadczenia korektywnego. Psychodramatyczna praca nad przeniesieniem podstawowych wczesnodziecięcych relacji i ich uwewnętrznionych wzorców może w tym przypadku zyskać na znaczeniu, ponieważ pacjent-protagonista ma możliwość ich korekty dzięki wykorzystaniu „poszerzonej rzeczywistości”. Poprzez tzw. acting-in – jego świat wewnętrzny zostaje przeniesiony na scenę i tam rozegrany w grze psychodramatycznej. Ego pomocnicze zachowuje się zgodnie z wyobrażeniem protagonisty, a więc jest oparte o zjawisko przeniesienia. Często też protagonista niesie na sobie temat grupy, w której pracuje, odtwarza przeniesieniowe wzorce, które poprzez grę i stosowane techniki psychodramatyczne może skorygować (zdjąć swoje projekcje). Możemy spotkać się ze zjawiskiem przeniesienia na lidera (podobnie jak na analitycznie czy psychodynamicznie pracującego terapeute) funkcji rodzica. W psychodramie przeniesienie jest wykorzystywane, a przez osadzenie w roli wręcz prowokowane i rozwiązywane. Rozwiązaniu przeniesienia służą głównie: zwolnienie z roli i sharing (każdy z członków grupy po grze protagonisty na scenie „bierze” swój sygnalizowany w sharingu temat z powrotem jako swoje własne, wewnętrzne doświadczenie). Praca nad przeniesieniem to nie tylko, moim zdaniem, rozbudowana protagonistyczna gra czy też mniejsza jej forma, np. winiетка (pojedyncza, nie podlegająca rozbudowaniu scena, obrazująca jakiś wybrany, wewnętrzny aspekt psychiczny pacjenta, bez dokonywania zmiany ról), ale także możliwość opracowania tego tematu („na krzesła”) w trakcie trwania psychodynamicznie prowadzonej indywidualnej czy grupowej sesji terapeutycznej. Kiedy pacjent, pracując nad swoją interpersonalną, opartą na doświadczaniu nieadekwatnej agresji, relacją z innym członkiem grupy, czy też doświadczając podobnych uczuć do terapeuty, poczuje potrzebę ich rozładowania (katharsis), możemy, poprzez potraktowanie tego jako elementu gry „nieschodzenia z krzesła” zachęcić go do wizualizacji i ekspresji z analizą tkwiących u ich źródeł wątków przeniesieniowych. Chora na anoreksję osoba, rywalizująca o uwagę i siłę ważności swojego objawu z inną rozwijającą podobny typ zaburzeń osobą, poruszając temat swojej relacji z matką i przeniesienia jej na inne kobiety, które z nią identyfikuje, może np. poprzez technikę „pustego krzesła” łatwiej rozpoznać specyfikę tej zależności. Terapeuta, stojąc za krzesłem takiej pacjentki, może również ten proces zintensyfikować, stosując technikę dublowania, tj. nagłaśniania tego, co trudno tej drugiej wprost wypowiedzieć. Warto uwzględnić fakt, że wśród osób chorych na zaburzenia odżywiania się znajdujemy zróżnicowane poziomy psychopatologii struktury osobowości – od neurotycznego do psychotycznego [14]. Zarówno psychodynamicznie, jak i psychodramatycznie rozumiana praca z takim pacjentem wymaga zróżnicowanego podejścia i opracowania zjawiska oporu. Opór stanowi przeszkodę. Zarówno w podejściu uwzględniającym relację z obiektem, jak i w psychodramie ważna jest diagnostyka oporu – czym jest, skąd pochodzi, i powiązanie go z kontekstem sytuacji. Ważne jest określenie, z jakim etapem procesu mamy do czynienia, kiedy opór wystąpił, jak kształtowała się relacja pacjent–terapeuta. Od tego zależy sposób radzenia sobie z oporem, niezależnie od tego, czy wykorzystujemy w pracy psychodramę, czy podejście typowo psychodynamiczne, oparte na terapeutycznym dialogu.

Techniki psychodramatyczne pozwalały mi często pracować nad oporem na przykład w psychoterapii grupowej. W tym przypadku zastosowanie miały: odpowiednio tematycznie dobrane gry grupowe (aspołeczna rodzina, walki tygrysów, wspólna wyprawa), praca nad tzw. czyszczeniem (wyjaśnianiem) relacji pomiędzy członkami grupy, techniki socjometryczne, dublowanie. Praca z pacjentem nad jego oporem pojawia się w każdej psychoterapii, zarówno tej w paradygmacie psychoanalityczno-psychodynamicznym, jak i z zastosowaniem psychodramy. Najczęściej dotyczy tzw. „emocjonalnie trudnej do świadomej akceptacji” przez pacjenta problematyki. W psychodramie jest podobnie, różna jest tylko forma jej rozwiązywania. Opór pojawia się, kiedy spotykamy się z tzw. „trudnymi scenami”, tymi, które budzą uczucie wstydu u pacjenta (protagonisty). U chorych na zaburzenia odżywiania się tematyka odgrywaną na scenie minidramatów, odnoszących się do ich wewnętrznego świata, często dotyczy właśnie tego, co budzi wstyd, lęk i chęć ukrycia. Jest to temat postrzegania wizerunku własnego ciała (często połączony z doświadczeniem obrzydzenia) i objawów żeń płynących (na przykład prowokowane wymioty). Lider, jako znaczący obiekt, podejmuje zadanie zdjęcia z protagonisty odpowiedzialności za tak doświadczane uczucia. Stosuje odpowiednie interwencje, podobnie jak terapeuta psychodynamiczny, tyle tylko, że aspekt ten zostaje „rozegrany” i przez to zniwelowany bądź znacznie ograniczony na psychodramatycznej scenie.

Podsumowanie

Z perspektywy psychodynamicznej i rozwojowej zarówno anoreksja, jak i bulimia psychiczna stanowią zaburzenia, w których szczególną rolę odgrywają nieadaptacyjne wzorce rozwiązywania wewnętrznej konfliktowości i trudności procesu separacji i indywidualizacji, towarzyszących okresowi dorastania. Zamiast rozwiązywania ich w relacjach interpersonalnych, zostają one „przemieszczone na pożywienie i ciało”. Sądzę, że obecne w metodzie psychodramy kreatywność, spontaniczność, działania podejmowane tu i teraz, na scenie, pomagają osiągnąć podstawowe cele terapeutyczne, dotyczące szczególnie uświadomienia sobie przez osobę chorą tej właśnie wewnętrznej, „przemieszczonej na ciało” konfliktowości. Techniki morenowskiej psychodramy (na przykład zamiana roli, dublowanie, lustro, praca w tzw. poszerzonej rzeczywistości) odgrywają swoistą rolę interpretacyjną, pozwalającą niejednokrotnie pogłębić emocjonalny i poznawczy wgląd osoby chorej w zaburzenia odżywiania się. Jest ona tak bardzo uwikłana wewnętrzną konfliktowością we własną cielesność, że niejednokrotnie uzyskanie go na drodze werbalnych interwencji (klaryfikacji, konfrontacji, interpretacji) staje się bardzo trudne i długotrwałe. Z moich klinicznych doświadczeń wynika, że techniki psychodramy morenowskiej dają się łączyć z podstawowymi zasadami i technikami psychoterapii grupowej i indywidualnej w paradygmacie psychoanalityczno-psychodynamicznym, wykorzystującym główne założenia teorii relacji z obiektem, ukierunkowanym również na budowę emocjonalnej więzi, kontaktu i relacji z osobą chorą na zaburzenia odżywiania się. W obu sposobach rozumienia procesu terapii chodzi przecież o fenomen „bycia ze sobą w relacji”, czyli „spotkania” dwóch osób,

zmierzających do ustalonego w kontrakcie przez pacjenta i zaakceptowanego przez terapeutę (jako możliwego do realizacji z jego udziałem) celu.

Leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania się to dla wielu psychoterapeutów, psychologów i lekarzy droga nacechowana wieloma wyzwaniem. To, co wydaje się ważne, to próba wykorzystania w ich leczeniu wszelakich, naukowo udokumentowanych podstaw wiedzy o różnych technikach psychoterapeutycznych. Mimo że prezentowana przeze mnie próba łączenia psychoterapii opartej na relacji z obiektem z metodą psychodramy nie niweluje istniejących w tej grupie chorych osób różnic, warto skupić się, moim zdaniem, na poszukiwaniu obszaru równowagi między nimi po to, aby sprzyjać warunkom zdrowienia tych osób. Różnice te nie stanowią bariery nie do pokonania. Analityczne – psychodynamiczne myślenie o pacjencie, rozumienie znaczenia w psychopatologii anoreksji czy bulimii psychicznej matrycy wczesnodziecięcej relacji z obiektem oraz dostrzeganie jej wpływu na relację terapeutyczną, a także połączenie w pracy psychoterapeutycznej elementów psychodynamicznych z psychodramatycznymi jest możliwe do zrealizowania.

**Психотерапия, опирающаяся на реляции с объектом и психодраме.
Интеграционное действие при терапии нарушений питания**

Содержание

В статье представлены предложения интеграционного подхода к применению главных основ терапии взаимоотношений с объектом и техник психодрамы по Морено при лечении больных с нарушением питания – анорексию и булимию. Автор обращает внимание на совместные и отдельные элементы в понимании психопатологии нарушений питания с перспективой психоаналитично – психодинамического парадигмата, так и Мореновской психодрамы. Кроме того, Автор работы указывает на совместные элементы и возможность применения психодраматических и психоаналитично-психодраматических терапевтических техник при индивидуальной и групповой психотерапии этой группы больных. Предлагаемая проба интеграции психотерапии, опирающейся на реляции с объектом и методе психодрамы. Такие методы можно применить у лиц, страдающих нарушениями питания, т.е. на психическую анорексию и булимию и могут также обогатить репертуар терапевтических техник, усиливающих процесс выздоровления у таких людей.

**Psychotherapie gestützt auf Beziehung zum Objekt und Psychodrama
– integrative Einstellung bei der Behandlung der Essstörungen**

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt den Vorschlag der integrativen Einstellung zur Anwendung der Hauptideen der Theorie der Beziehung zum Objekt und der Psychodrama -Technik nach Moreno in der Behandlung der Personen, die an Essstörungen (Anorexia nervosa und psychische Bulimie) krank sind. Die Autorin macht auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Hinblick auf die Psychopathologie der Essstörungen aufmerksam, besonders aus der Perspektive des psychoanalytisch – psychodynamischen Paradigmas, und auch das Psychodrama von Moreno. Außerdem weist sie auf die Gemeinsamkeiten und die Möglichkeit der psychodramatischen und psychoanalytisch-psychodynamischen therapeutischen Techniken in der individuellen Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie dieser Kranken hin. Der geschilderte Versuch der Integration der Psychotherapie, die sich auf die Beziehung zum Objekt und auf das Psychodrama bei den Personen stützt, die an Anorexia nervosa oder psychische Bulimie krank sind, kann die therapeutischen Techniken bereichern und den Prozess der Heilung dieser Personen stärken.

La psychothérapie basée sur la relation avec l'objet et sur le psychodrame –attitude psychodynamique dans la thérapie des troubles des conduites alimentaires**Résumé**

L'article présente la proposition d'intégrer l'attitude psychodynamique à la psychothérapie basée sur la relation avec l'objet et sur les techniques du psychodrame d'après Moreno dans la thérapie des troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie nerveuses). L'auteur accentue les éléments communs et disjoints de la psychopathologie des troubles des conduites alimentaires du point de vue du paradigme psychanalytique et psychodynamique ainsi que du point de vue des techniques du psychodrame de Moreno. De plus elle indique les éléments communs et les possibilités d'appliquer les techniques psychodramatiques et psychanalytiques-psychodynamiques dans la thérapie individuelle et en groupe de ces troubles des conduites alimentaires. Cet essai d'intégrer la psychothérapie basée sur la relation avec l'objet et sur le psychodrame peut enrichir les techniques thérapeutiques appliquées dans la thérapie d'anorexie et de boulimie nerveuses.

Piśmiennictwo

1. Glickauf- Hughes Ch, Wells M. *Object relations psychotherapy. An individual and integrative approach to diagnosis and treatment*. New York: Jason Aronson, Inc.; 1997.
2. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia; 2005.
3. Blatner A. *Foundations of psychodrama: history, theory and practice*. New York: Springer Publishing. Co; 1988.
4. Gliszczyński J. *Psychodrama i psychoanaliza. Podejście integracyjne*. W: Bielańska A, red. *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*. Warszawa: Eneteia; 2009.
5. Izydorczyk B. *Psychodrama w leczeniu anoreksji psychicznej*. W: Bielańska A, red. *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*. Warszawa: Eneteia; 2009.
6. Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.
7. Bruch H. *Death in anorexia nervosa*. *Psychosom. Med.* 1971; 33, 2.
8. Bruch H. *Psychotherapy in primary anorexia nervosa*. W: Esman HA, red. *The psychiatric treatment of adolescents*. New York: Int. Universities Press; 1983.
9. Emmet SW. *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Brenner/Mazel; 1980.
10. Sours J. *Starving to death in the sea of objects*. New York: Jason Aronson; 1985.
11. Wilson CP. Fear of being fat. *The treatment of anorexia and bulimia*. New York: Jason Aronson Inc; 1981.
12. Levens M. *Art therapy and psychodrama with eating disordered patients*. W: Doker D. *Fragile board Arts therapies and cliens with eating disorders*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
13. Clayton M. *Relationships and roles*. W: Holmes P, Karp M, Watson M, red. *Psychodrama since Moreno. Innovations in theory and practice*. London and New York: Rontledge; 1994.
14. Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 10.

Adres: Zakład Psychologii
Klinicznej i Sądowej UŚ
41-819 Zabrze, ul. Franciszkańska 32c/11

Otrzymano: 2.09.2009
Zrecenzowano: 12.04.2010
Otrzymano po poprawie: 29.06.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA. 2010; Tom 6

w ostatnich numerach Czytelnik znajdzie m.in.

Witold Simon META-ANALIZA W BADANIACH NAD SKUTECZNOŚCIĄ
PSYCHOTERAPII

Agnieszka Murzyn, Michał Mielimąka, Łukasz Müldner-Nieckowski
PSYCHOTERAPIA SCHIZOFRENII: CELE, SKUTECZNOŚĆ, SPECYFIKA
ODDZIAŁYWAŃ. INDYWIDUALNA PSYCHOTERAPIA
PSYCHODYNAMICZNA – PRZEGLĄD LITERATURY

Kornelia Zakrzewska TRUDNY POWRÓT DO DOMU – CO PRZEŻYWAJĄ
OSOBY DOŚWIADCZAJĄCE SZOKU POWROTNEGO?

Jerzy W. Aleksandrowicz KILKA UWAG O PROCESACH INTEGRACJI
TEORII PSYCHOTERAPII

Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski, Piotr Gałęcki
FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE PACJENTÓW W ZALEŻNOŚCI OD
WYKŁADNIKÓW KLINICZNYCH ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH
NAWRACAJĄCYCH

Magdalena Chodak, Łukasz Barwiński AUTOAGRESJA JAKO FORMA
RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Katarzyna Olejniczak, Józef Kocur, Agata Orzechowska, Monika Talarowska,
Antoni Florkowski TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W OKREŚLANIU
ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI NA PRZYKŁADZIE ZESPOŁU
MÜNCHAUSENA

Piotr Wierziński, Antoni Florkowski UKŁAD CHOLINERGICZNY
A SCHIZOFRENIA. POTENCJALNA TERAPEUTYCZNA ROLA
AGONISTÓW CHOLINERGICZNYCH