DLACZEGO, ABY WYZDROWIEĆ, TRZEBA NA NOWO PRZEŻYĆ DAWNĄ TRAUMĘ?

Arthur Janov's bolg; posted: 13 Mar 2012 12:13 AM PDT

tłum. Robert TULO Waśkiewicz

Jeszcze raz, dlaczego musimy przeżywać na nowo swoją traumę, by wyzdrowieć? Na czym polega „magia" ponownego przeżywania, że wszystko leczy? W jaki sposób proces ten dokonuje przezwojenia obwodów nerwowych?

W trakcie sesji terapeutycznych cofamy się w czasie, by wchodzić w najwcześniejsze swoje cierpienia, które wtedy były ponad nasze siły, więc zostały odcięte od świadomości przez mechanizm wyparcia. Nie zniknęły jednak, ale zostały głęboko wdrukowane i z tych głębi systematycznie nas zniszczyły. Gdy zdejmiemy pokrywę tłumiącą te wdruki (powoli i w uporządkowany sposób) i integrujemy je, zmniejsza się w nas zasób nieświadomych sił napędzających kompulsywne zachowania i rodzących symptomy. W końcu stajemy się wolni od ukrytej autodestrukcji.

W jaki sposób cofamy się w czasie? Dobre pytanie, a odpowiedź prosta. To nie dzieje się na skutek tego, że sobie rozmyślnie zaplanujemy powrotną podróż i „zwiedzanie" wczesnego życia. Byłaby to recepta na odreagowanie. Nie możemy angażować kory mózgowej; przeciwnie – musimy ją wyprząc i zejść do poziomu odczuwania. Na tym polega nasza naukowa misja: otworzyć dostęp do uczuć i pozwolić całemu swojemu organizmowi podążać za nimi w głąb nieświadomości, w uporządkowany i powolny sposób. Jakkolwiek może to zdawać się dziwne, to nasze uczucia są wehikułem, który wiezie nas tam, gdzie potrzebujemy dotrzeć. Mamy w sobie pewien biologiczny zmysł, który wie w jakie miejsca swojej przeszłości mamy dotrzeć, kiedy i jak dalece.

W przypadku, gdy na terapię trafiają osoby mocno zaburzone, to z powodu znacznie uszkodzonego systemu zapór neuronalnych (gating system) z miejsca osuwają się w okolice traumy porodowej, wypadając z właściwej ewolucyjnie i biologicznie trajektorii. Zazwyczaj pacjenci tacy potrzebują najpierw odrestaurowania zapór i do tego zalecamy określone leki, które je okresowo wzmacniają, umożliwiając właściwe, powolne cofanie się. Jeśli toczy się ono zbyt szybko, nie następuje integracja, a więc nie ma uzdrowienia.

Prawidłowo prowadzona terapia zaczyna się od teraźniejszości i w teraźniejszości zakotwicza uczucia. Od niej wychodząc i idąc tą samą emocjonalną ścieżką, sprowadza nas ona ostatecznie na coraz głębsze poziomy. Uczucia – a ściślej ich biochemia i częstotliwości magnetyczne i elektromagnetyczne – wiążą lub opakowują razem podobne emocje i odsyłają je w głąb systemu. Tego procesu nie da się wymusić ani o nim zdecydować z wyprzedzeniem. Jeśli terapeuta zakłada z góry, gdzie pacjent ma się kierować, stwarza zagrożenie i wyklucza integrację. Musimy zaufać uczuciom pacjenta całkowicie. A jeszcze wcześniej musimy umieć je rozpoznać, gdy się pojawiają i odróżnić od odreagowywania, czyli rozładowywania energii emocjonalnej bez połączenia z jej źródłem. Nasza praca ma tylko otwierać dostęp i na każdym kroku podążać za ewolucją – a nie kroczyć przed nią. Przeżywanie na nowo traumy porodowej po kilku tygodniach terapii zaprzecza procesowi ewolucji i prowadzi do katastrofy. Oznacza przedwczesne i niedojrzałe dotarcie do głębin nieświadomości wskutek przeskakiwania naturalnych etapów, jakby w jakichś siedmiomilowych butach, i przechodzenie przez poruszenia emocjonalne bez rzeczywistego czucia. Nieraz trafiały do nas z ośrodków rebirthingu osoby w stanie prepsychotycznym.

Ilekroć terapeuta mówi pacjentowi, co ma lub powinien czuć, wiemy, że brnie w złą drogę. Musimy wychwytywać uczucia pacjenta i podążać za nim, a nie wyprzedzać go i prowadzić. Trzymamy go za rękę i idziemy tam, gdzie on się kieruje, a nie odwrotnie. Musimy, jako leczący, omijać pokusę bycia mądrzejszym od niego. To niełatwe, gdyż przez lata studiów uczono nas być bystrym i jak najmądrzejszym – jak wykazywać się wiedzą, a nie jak przyznawać się do nie-wiedzenia. Teraz musimy to, jak na ironię, zostawić. Mimo, że niemal cała historia psychoterapii jest intelektualna i zorientowana na przemawianie do intelektu – czyli na coś, czego wcale nie potrzebujemy – nie pozwalamy pacjentom na prezentowanie bystrości intelektu. Wspieramy za to ich działania mądre, t.j. rozpoznawanie swoich uczuć i stanów ciała oraz tego, jak one napędzają ich zewnętrzne zachowania odreagowujące (acting out behaviors). Kiedy klient próbuje być bystry i używa intelektu, pomagamy mu przedostać się do uczuć i przytrzymujemy przy nich. Kiedy widzimy, że działa tak, aby zadowolić mamę/tatę, kierujemy jego uwagę na jego własne potrzeby. W ostateczności zawsze jest to wielka ulga, gdy ktoś zaczyna być sobą prawdziwym i czuć, zamiast prezentować się tak, by być zaakceptowanym, wypełniać normy czy zaskarbiać sobie miłość.

Dlaczego większość terapii nie może pomóc pacjentom dotrzeć do głębszych uczuć? Głównym powodem jest to, że przemawiają one do niewłaściwego mózgu – do mózgu, który myśli, zamiast do tego, który czuje. Niestety, prawa półkula nie mówi wiele, nie rozumie angielskiego i siłą rzeczy nie zna słów. Nie dedukuje w taki sposób, jak zwykle pojmuje się rozumienie. Tymczasem to ona przechowuje naszą historię, nasz ból i nasze uczucia. Przez nią, i z niej w dół, idą połączenia do niższych struktur mózgowych, które procesują naszą traumę i które mogą ją z nas wyzwolić, a nas z niej. To prawa półkula rozumie uczucia, więc musimy mówić jej językiem, a jest to język niewerbalny. Musimy przekonać nasz chlustający słowami i pojęciami, bystry rozum o konieczności cofania się do wczesnych etapów życia i zanurzenia się w świecie opróżnionym z intelektu (dzieci nie są intelektualistami) oraz przeżywania na nowo pierwotnego bólu – stanów zagrożenia, zdrady zaufania i braku miłości – uczuć, które wtedy były absolutnie nie do udźwignięcia. Musimy przekonać lewą półkulę, by „poszła sobie na urlop” i pozwoliła wyłonić się niższym strukturom mózgu. Dopiero gdy odpuszczamy kontrolę, zaczynamy oddychać wolnością. Pełne uzdrowienie jest osiągalne, ale dzieje się to jedynie ukradkiem, a nie przez deliberacje. Uczucia muszą same przyjść do nas, a nie być ścigane i wyłapywane. Osiągamy to terapią pełną subtelności, niuansów i elastyczności – terapią wolną od dyrektyw i dominacji. Eksperci nie mogą leczyć, gdyż jedynym ekspertem w terapii jest sam pacjent. Psychoterapeuta ma odłożyć jakiekolwiek swoje nastawienie, oczekiwania czy nadrzędność. Nawet trzymanie pacjenta w stanie oczekiwania na sesję jest rodzajem nadrzędności. Nie toleruję tego w naszej terapii, bo tworzy to przekaz: „ ja jestem ważniejszy od ciebie i mój czas jest bardziej cenny”. I kiedy ty starasz się odzyskać nieco poczucia własnej wartości, ja, lekarz, obniżam je każąc ci czekać... To jest subtelne, ale jest. Ale ponad wszystko musimy wyzbyć się jakichkolwiek ograniczeń czasowych, które zmuszałyby płaczącego, zanurzonego w pierwotnym bólu pacjenta do przerwania swego procesu i odłożenia uczuć do następnej sesji.

Nie dotykamy pacjenta, gdy już dotarł do uczuć i potrzebuje przeżywać otwarty akurat stan cierpienia pierwotnego, np. bycie nigdy nie kochanym. Możemy dotknąć go wcześniej, gdy mocuje się jeszcze z blokadami (by go wesprzeć i pomóc mu odważyć się czuć), lub dotykamy dopiero gdy zdarzy się, że ból zbyt go przytłacza nadmierną siłą i długotrwałością. Wtedy nasz dotyk obniża dynamikę cierpienia i umożliwia zintegrowanie uwolnionych uczuć. Te dwa punkty uzasadnionego dotyku, to jedna z metod utrzymywania

pacjenta w strefie pierwotnych emocji. Jeśli terapeuta sam nie umie czuć, nie wychwyci tej różnicy i będzie dotykał w złych momentach lub w nieodpowiedni sposób. Pacjent z miejsca się orientuje, czy jest dotykany z potrzeby terapeuty, który próbuje koić własne emocje, czy w odpowiedzi na własną potrzebę: albo otuchy, by odważył się czuć, albo uśmierzenia, by nie „wykrwawił się" emocjonalnie i mógł zintegrować te uczucia. Tak więc, jeśli terapeuta nie uporał się wystarczająco z własnym bólem pierwotnym, terapia będzie się blokować lub toczyć w złą stronę. Tego wyczucia nie można nauczyć. Kiedy widzę, że student notuje cały czas, wiem, że nie potrafi utrzymać się w emocjonalnym przeżywaniu treści wykładu i potrzebuje intelektualnych, odrywających od czucia wskazówek, co należy robić w danej sytuacji. Tymczasem chodzi o poruszanie się zgodnie z procesem czucia pacjenta, a nie wypełnianie instrukcji punkt po punkcie. To sprawa współbrzmiącego czucia, intuicji i instynktu terapeutycznego. Plus oczywiście porcji treningu... Mnóstwa treningu... Jeśli terapeuta nie jest w stanie znieść cierpienia pacjenta, będzie chciał złagodzić własny niepokój jaki ono wywołuje, a więc pewnie zacznie go dotykać w nieodpowiedniej chwili, przerywając jego strumień czucia i „kładąc" sesję. Może też stać za tym jego własna niezaspokojona w dzieciństwie potrzeba dotyku i opieki. Ale i samo patrzenie na wijącą się z rozpaczy, wykrzywioną osobę nie jest łatwe i może „odpalać" masę własnych emocji, rodząc impuls zatamowania procesu ich uwalniania. Musimy przeżyć na nowo dawną traumę nie tylko po to, by samemu wyzdrowieć, ale i po to, by móc uzdrawiać innych. Nikt nie jest w stanie towarzyszyć drugiemu dalej, niż sam doszedł.