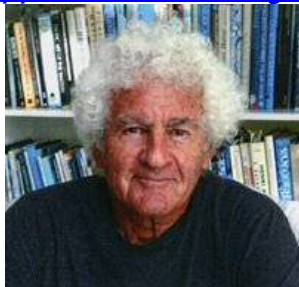


O RÓŻNYCH RODZAJACH PAMIĘCI

<http://www.arthurjanov.com/>



Arthur Janov's blog, 16 grudnia, 2012

(tłum. Robert TULO Waśkiewicz)

Zbyt często myślimy o pamięci jak o czymś, co możemy pamiętać... werbalnie, tak jest. Ale istnieje też kilka innych rodzajów pamięci i każdy poziom świadomości (czy nieświadomości), w tym także wyrażany fizycznie, ma swój sposób pamiętania. Pamięta nasz system emocjonalny, dając nam znać o tym, czego możemy nie być „świadomi”, gdy coś np. porusza nas do łez. W ten sposób nosimy w pamięci zdarzenia na poziomie niewerbalnym i w zapisane w sposób niewerbalny. Prócz tego, jest jeszcze jedna forma pamięci, najbardziej „prymitywna”, którą wyraża poziom czysto instynktownych reakcji; mieści się ona jeszcze niżej, pod pamięcią emocjonalną. Jej przejawem są zawładnięcia lub wtargnięcia, a także napady apopleksji i coś takiego zdarzyło się u mnie na terapii grupowej, gdy jeden z moich pacjentów, epileptyk, miał zaraz mieć atak. Wtedy powiedziałem mu, że może chodzić o poród i spytałem, czy chciałby w to wejść. Zgodził się i – wszedłszy – przekształcił zaczynający się atak w przeżywanie traumy porodowej, kiedy dusił się z niedotlenienia. Wiedziałem, skąd płynie jego symptom, inaczej nigdy nie odważyłbym się zasugerować mu tego. Jednak tego rodzaju sugestie-interwencje tylko czasami są możliwe.

Są rodzaje pamięci, które nazywam pierwszoliniowymi, jak np. unikanie zamkniętych, ciasnych miejsc stanowiących „wyzwalacz” pamięci stanu pozbawienia lub niedoboru tlenu w życiu płodowym. Unikanie takich miejsc przez osoby mające tego rodzaju wdruk pozwala im omijać ich wspomnienia pierwotne, które wywołałyby atak paniki. To nie zamknięte, ciasne pomieszczenie jest zagrożeniem; zagrożeniem jest wydostanie się pamięci, jakie to miejsce prowokuje. Terapeutyczny akt pierwotny (a primal) może ją podnieść do poziomu jawnej świadomości, ale także gdy pamięć ta spoczywa w nieświadomej głębi, to wciąż jest pamięcią. W terapii pierwotnej dążymy do tego, by – z czasem i powoli – połączyć te nieświadome poziomy, poprzez ich przytomne doświadczenie: wprowadzić niewerbalną czy prewerbalną pamięć stanu i emocji – w obręb przeżyć świadomych. Nigdy nie próbujemy „przetłumaczyć” tej w sposób intelektualny lub słowny z języka nieświadomego na świadomy. Nie zachęcamy też pacjentów do werbalnego przypominania sobie lub opisywania materiału, który jest prewerbalny, i staramy się odwozić ich od takich prób. Prowadzić one mogą co najwyżej do płytkiego odreagowania – redukcji „ciśnienia”, które napędza proces terapeutyczny – co wcale nie pomaga i jest oszukiwaniem pacjenta: próbą zmienienia jego struktury pamięci. Często robią to niestety terapeuci trzymający się poziomu intelektualnego... każde doświadczenie rozmieniają na słowa, „wmuszając” pamięć w tryb słowny.

Naszym pierwszym zadaniem na sesji jest zorientowanie się, z jakim typem pamięci mamy właśnie do czynienia. Trauma porodowa nigdy nie uwalnia się w sposób słowny, ani nawet poprzez łzy – nie padają żadne słowa. Zachęcanie pacjenta do krzyku gdy przeżywa na nowo sytuację, w której pamięci nie zapisał się krzyk ani nawet jego potrzeba, to jeszcze jedna droga do jałowego odreagowania – rozładowania energii emocjonalnej lub instynktownej na nie odpowiadającym jej

poziomie jawnej świadomości. Nie wolno nam mylić poziomów: przenosić jednego systemu pamięci na poziom innego systemu.

Tak się dzieje w przypadku ataku apopleksji, choć oczywiście może on też pochodzić z uszkodzeń mózgu, ale punktem orientacyjnym jest tu ukryty lęk. Sprowadzamy pacjenta na poziom poniżej jego jawnych symptomów, tam, gdzie może siedzieć ukryty lęk, ale już nie jawny atak epilepsji, i w ten sposób staje się jasne, z jakim systemem pamięci mamy do czynienia. W terapii wglądowo-poznawczej zbyt często ekspresja werbalna wyłącza inne, głębsze poziomy, więc poprawa jest tylko częściowa, bo odnieśliśmy się tylko do części pamięci. Dla jasności, w przypadku epilepsji w grę może wchodzić kilka czynników, w przypadku lęku – może być jeden. Gdy go redukujemy, pomagamy pacjentowi zejść poniżej poziomów symptomatycznych. Nie jest to ostateczne uleczenie, ale pomaga. Ostateczne uleczenie następuje, gdy sprzęgniemy neurologię i fizjologię z kluczową pamięcią pierwotną. Nie możemy oczekiwać pełnego uzdrowienia pominąwszy jakikolwiek aspekt swojego organizmu. Możemy stosować pigułki do zablokowania lęku, ale to nie będzie leczenie. Musimy upewnić się, z jakim systemem pamięci mamy do czynienia wiedząc jak różne są ich rodzaje i jak trudno jest im się spotkać. Jeśli je pomieszymy, pacjent nie wydobrzeje. To nie jest jakiś teoretyczny punkt widzenia, ale przede wszystkim