

# Wstyd i utrata przywiązania

Praktyczne działanie terapii reparatywnej

Dr Joseph J. Nicolosi

Przedmowa: Dr H. Newton Malony, Dr Robert Perloff

Tytuł oryginału:

SHAME AND ATTACHMENT LOSS  
*The Practical Work of Reparative Therapy*

Copyright © 2009, InterVarsity Press

Copyright © 2011 for the Polish edition  
Wydawnictwo Mateusza  
[www.mateusza.pl](http://www.mateusza.pl)

Wszelkie prawa zastrzeżone

Tłumaczenie: Anna Jetkowska

Konsultacja merytoryczna: dr Elżbieta Galińska

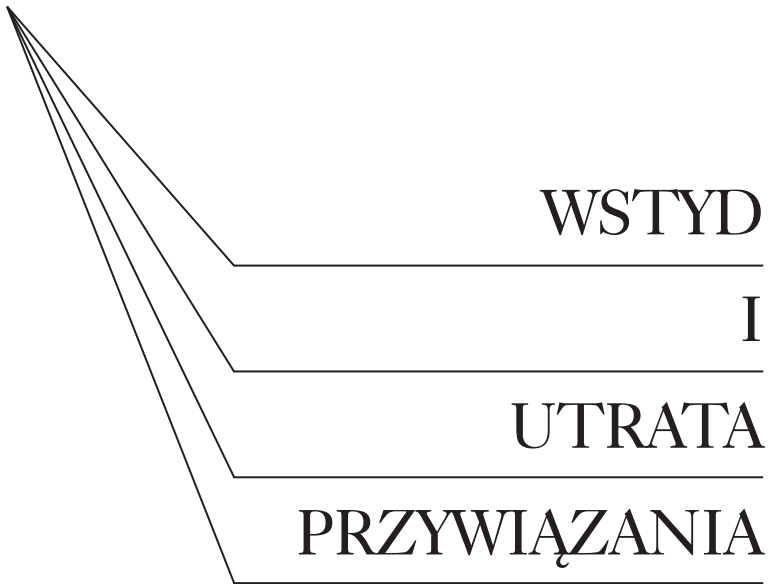
Dystrybucja: Księgarnia Mateusza [www.kmt.pl](http://www.kmt.pl)  
pl. Wolności 5/1 85-004 Bydgoszcz  
tel. 52 321 16 32 [zamowienia@kmt.pl](mailto:zamowienia@kmt.pl)

ISBN 978-83-924003-5-6

Wydanie I

Projekt okładki: Maciej Owsiany

Opracowanie graficzne, skład i druk: Kreska, Bydgoszcz



WSTYD  
I  
UTRATA  
PRZYWIĄZANIA

Praktyczne działanie  
terapii reparatywnej

---

Dr Joseph J. Nicolosi

---

Przedmowa: Dr H. Newton Malony, Dr Robert Perloff



Dedykacja:

---

Najdroższej Lindzie, kochającej żonie i wytrwałej współpracownicy.  
Dzięki jej oddaniu naszej pracy przeniósłem moje idee na papier.  
Sprawiła, że mogły powstać wszystkie moje publikacje.



## Spis treści

Zestawienie rysunków i tabel .....	9
Wstęp dr Elżbiety Galińskiej .....	1?
Przedmowa: H. Newton Malony .....	11
Przedmowa: Robert Perloff .....	13
Podziękowania .....	15
Wstęp .....	17
<b>CZĘŚĆ PIERWSZA: Psychodynamika homoseksualizmu .....</b>	<b>29</b>
1. Przegląd. Postępy w terapii reparatywnej .....	31
2. Dynamika rodziny .....	41
3. Homoseksualizm jako objaw zbudowany na wstydzie .....	59
4. Homoseksualizm jako przymus powtarzania .....	89
5. Homoseksualizm jako popęd reparatywny .....	97
<b>CZĘŚĆ DRUGA: Leczenie: Terapia zogniskowana na afekcie .....</b>	<b>131</b>
6. Prymat afektu .....	133
7. Ciało .....	145
8. Reparatywna praca z ciałem. Koncepcja sekwencji dwóch trójkątów .....	155
9. Reparatywna praca z ciałem. Przepracowywanie sekwencji dwóch trójkątów .....	183
10. Podwójne wiązanie .....	211
11. Wzajemne dostrojenie .....	219
12. Od podwójnego wiązania do wzajemnego dostrojenia .....	237
13. Scenariusz poprzedzający zastosowanie homoseksualizmu .....	253
14. Przepracowywanie scenariusza poprzedzającego zastosowanie homoseksualizmu .....	273
15. Prowadzenie dziennika .....	301
16. Doradzanie nastolatkom .....	305
17. Przyjaźnie z mężczyznami .....	321
18. Relacje z kobietami .....	337

CZĘŚĆ TRZECIA: Praca z żalem .....	367
19. Rola pracy z żalem w terapii reparatywnej .....	269
20. Zbliżanie się do pierwotnego zranienia .....	377
21. Mechanizmy obronne przeciwko żalowi .....	419
22. Zastosowanie homoseksualizmu jako okazja do pracy z żalem ...	441
23. Rozwiązanie problemu żalu. Życie bez iluzji i zniekształceń ....	453
Dodatek: Desensytyzacja za pomocą ruchu gałek ocznych .....	465
Przypisy .....	475
Bibliografia .....	485
Indeks .....	487
Opinie o terapii... ..	48?



## Zestawienie rysunków i tabel

### Rysunki

2.1. Klasyczna relacja triady .....	42
2.2. Bliższe spojrzenie na klasyczną relację triady rodzinnej .....	44
3.1. Niepowodzenie więzi rodzicielskiej .....	75
3.2. Cztery fazy tożsamości gejowskiej .....	84
5.1. Pokora .....	120
7.1. Język ciała .....	148
8.1. Przebieg sesji .....	160
10.1. Podwójne wiązanie .....	212
10.2. Komunikat podwójnego wiązania .....	214-215
11.1. Przekaz wzajemnego dostrojenia .....	221
11.2. Wzajemne dostrojenie: Bezpieczeństwo emocjonalne .....	222
11.3. Wzajemne dostrojenie: Wewnętrzpsychiczna i interpersonalna ....	223
12.1. Podwójne wiązanie i wzajemne dostrojenie .....	238-239
12.2. Zdejmowanie podwójnego wiązania poprzez wzajemne dostrojenie .....	248
13.1. Ja fałszywe .....	259
13.2. Strefa szarości .....	263
13.3. Emocje strefy szarości .....	264
13.4. Strefa szarości i zastosowanie homoseksualizmu .....	266
14.1. Wstyd prowadzi do strefy szarości bądź żalu .....	275
14.2. Model konfliktu asertywność – wstyd .....	282
14.3. Unikanie scenariusza poprzedzającego zastosowanie homoseksualizmu .....	286
14.4. Moment zazdrości, szczególny rodzaj momentu wstydu .....	294
14.5. Podstawowe metody interwencji .....	300
20.1. Dwie drogi do żalu .....	378
20.2. Wstyd i żal .....	391
20.3. Trójkąt powstrzymywania .....	391
22.1. Zastosowanie homoseksualizmu jako okazja do pracy z żalem ....	442

## Tabele

3.1. Podstawowe rozróżnienie między homoseksualistami „sprzed fazy identyfikacji płciowej” i „po fazie identyfikacji płciowej” .....	86-87
5.1. Cechy Ja prawdziwego i Ja fałszywego .....	130
7.1. Cztery negatywne i dwa pozytywne afekty wrodzone .....	151
12.1. Dwa sposoby, w jakie klient próbuje udaremnić wzajemne dostrojenie terapeutyczne .....	250
13.1. Pięć stanów Ja i kryteria Foshy .....	271

## Terapia reparacyjna mężczyzn z ego-dystonicznym homoseksualizmem.

### Wstęp do książki Josepha Nicolosiego

Na rynku wydawniczym pojawia się pierwsza w Polsce<sup>1</sup> pozycja naukowa dotycząca psychoterapii reparacyjnej mężczyzn o orientacji homoseksualnej. Jej autor doktor psychologii Joseph Nicolosi, członek Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA), dyrektor Kliniki Psychologicznej Thomas Aquinas w Encino, w Kalifornii, prezentuje tu własne dwudziestopięcioletnie doświadczenia kliniczne z ponad tysiącem osób z tej populacji. Jest on uważany za pioniera i międzynarodowego eksperta w swej dziedzinie.

Nicolosi jest postacią znaną nie tylko w Stanach Zjednoczonych (jako jeden z trójki założycieli National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH, [www.narth.com](http://www.narth.com)) lecz również poza swoim krajem. Jego cztery książki:

- 1) *Reparative Therapy of Male Homosexuality*, 1992 (published by Jason Aronson, Inc.);
- 2) *Healing Homosexuality*, 1994 (Jason Aronson, Inc.);
- 3) *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality*, 2002 (Intervarsity Press);
- 4) *Shame and Attachment Loss: The Practical Work of Reparative Therapy*, 2009 (InterVarsity Press)

zostały przetłumaczone na wiele języków m.in. rosyjski, włoski, hiszpański i polski. Obecnie Wydawnictwo Mateusza wydaje jego najnowszą książkę: *Wstyd i utrata przywiązania. praktyczne działanie terapii reparatywnej*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Pojawiło się już w 2009 r. tłumaczenie jego pierwszej książki *Reparative Therapy of Male Homosexuality*, ale jest wydane przez Fundację Mikołaja Reja w tak małym nakładzie, że praktycznie niedostępne.

<sup>2</sup> Będę używała polskiej nazwy „reparacyjny”, gdyż ostatnio w tłumaczeniach anglojęzycznej literatury psychologicznej widoczna jest tendencja do konstruowania końcówek wyrazów na sposób angielski np. manipulative, manipulatywny, zamiast manipulacyjny, obsessive obsesywny, zamiast obsesyjny, reparative reparaatywny zamiast reparaacyjny itd. Środowisko psychiatrów pozostaje przy nazwach polskich np. obsesyjny, reparaacyjny, manipulacyjny, autodestrukcyjny itd.

Książka poprzedzona jest rekomendacjami kilkunastu osób, głównie profesorów psychologii, psychiatrii i neurologii. Wstęp do niej napisał: prof. H. Newton Malony – z Podyplomowej Szkoły Psychologii, Fuller Theological Seminary oraz były prezydent Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego prof. Robert Perloff z Uniwersytetu w Pittsburgu. Wszyscy rekomendujący książkę podkreślają jej dużą wartość, a niektórzy wskazują na konieczność włączenia jej jako pozycji obowiązkowej do szkolenia psychoterapeutów.

Jak wiadomo, orientacja nieheteroseksualna jest współcześnie obiektem licznych sporów i kontrowersji. W 1974 roku w referendum Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego podjęto decyzję o usunięciu homoseksualizmu z listy zaburzeń psychicznych. Warto dodać, że wynik głosowania nie był jednomyślny. 5854 członków tej organizacji głosowało za jego usunięciem, ale aż 3810 głosów było przeciwnych podjęciu takiej decyzji. A więc decyzja merytoryczna została podjęta w drodze głosowania, a nie w toku uzgadniania stanowisk ekspertów (Carson i in., 2003). Taki stan rzeczy potwierdza tezę, iż kryteria, według których uznaje się daną jednostkę za „chorą psychicznie”, zależą od subiektywnego podejścia specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego”. Jak podkreśla Julia Sowa (1984), uznanie jednostki za zdrową zależy nie od właściwości tego, kto jest oceniany, ale od postawy oceniającego wobec takich właściwości. Zdrowie nie jest wtedy kategorią ontologiczną, ale efektem wartościowania.

Zdrowym jest wg niej każdy: (1) u kogo nie występują objawy chorób psychicznych, (2) kto jest taki, jak ludzie stanowiący większość liczebną, (3) kto jest przystosowany do kultury, w której żyje, czyli spełnia przepisy nałożone w tej kulturze, (4) kto jest przystosowany w sensie ogólnobiologicznym, posiada umiejętność zaspokajania potrzeb własnego organizmu, (5) kto rozwija się w pełni, aktualizuje możliwości własnej osoby, (6) kto postrzega rzeczywistość i myśli o niej w sposób realistyczny, (7) kto potrafi realizować własne cele, rozumieć swoje zachowanie i panować nad nim własną wolą, (8) kto nie ma defektów w sferze psychicznej i w funkcjach psychicznych, (9) u kogo elementarne procesy psychiczne (fizjologiczne) pobudzenia i hamowania mieszczą się w granicach odpowiedniej ich siły i wzajemnych relacji. A więc funkcjonuje wiele definicji pojęcia „zdrowia”, jakie autorka uwzględniła.

Mimo powszechnie znanego faktu usunięcia homoseksualizmu w roku 1992 z międzynarodowej klasyfikacji chorób DSM IV oraz ICD 10 przez Światową Organizację Zdrowia, nie do końca zniknął problem. Pozostała duża grupa osób, dla których nieheteroseksualna orientacja jest źródłem cierpienia. Tak zwani terapeuci pozytywni uważają, że wynika ono

z homofobii i w związku z tym ich terapia afirmatywna ukierunkowana jest na przystosowanie klienta do swej odmiennej orientacji i do zaakceptowania jej (zob. D. Bąk)<sup>3</sup>. Uważają oni, że klient cierpi z powodu wstydu przed ujawnieniem publicznym swej orientacji seksualnej. Tymczasem w prezentowanej tu książce wstyd jest traktowany jako skutek wczesnodziecięcej traumy – utraty więzi z rodzicami, opartej na poczuciu bezpieczeństwa. Stąd jej tytuł: *Wstyd i utrata przywiązania*.

Obok psychoterapii afirmatywnej istnieją inne formy terapii homoseksualizmu, pod nazwą terapii konwersyjnej i terapii reorientacyjnej, ukierunkowane na zmianę orientacji seksualnej. Książka Nicolosiego prezentuje jeszcze inną (głębszą, niż wymienione powyżej) formę psychoterapii, zwaną terapią reparatorną (pojęcie „reparacji” i jej założenia wywodzą się z psychoanalizy, zob. niżej). Dotyczy tu ona mężczyzn z „niechcianym homoseksualizmem” – ego-dystonicznym, czyli odrzucanym przez ich ego. Osoby z niechcianym homoseksualizmem nie chcą przyjmować tożsamości gejskiej. Ich popęd seksualny skierowany ku tej samej płci (SSA *Same Sex Attraction*), jest dla nich źródłem cierpienia i niedostosowania. Jak widać homoseksualiści nie stanowią jednorodnej grupy (zob. niżej, s. 11).

Ze względu na presję wielu amerykańskich środowisk psychologicznych na to, żeby zakazać leczenia osób nieheteroseksualnych, ewentualnie zezwalać jedynie na terapię afirmatywną, Nicolosi podkreśla, że uczciwość kliniczna wymaga by 1) przyznawać klientowi prawo wyboru celów psychoterapii, 2) nie zmuszać go do zmiany orientacji seksualnej, 3) ale też nie zabraniać mu, by dążył do takiej zmiany i wtedy nie zabraniać terapeutom, aby mu w tym pomagali. Nicolosi powołuje się na słowa Freuda (1918), „*że pacjent nie jest naszą własnością i działanie wobec niemu jest formą przemocy*” (s. 21). Jak widać, pojawiają się tu problemy etyczne związane z tym, czy klientowi z niechcianym homoseksualizmem wolno wybierać, kim chce być, czy musi przyjąć obowiązującą, nakazową tożsamość i światopogląd gejski. Warto zaznaczyć, że etyka lekarska dopuszcza nadal, a nawet coraz częściej, okaleczające operacje chirurgiczne na genitaliach osób z transwestytyzmem, będące dla nich silną traumą i przynoszące często odwrotne skutki, pogarszające ich funkcjonowanie. Natomiast kwestionowana jest możliwość stosowania psychoterapii, która jest formą oddziaływania nie intruzywną i jest podejmowana za zgodą klienta, przy pełnej świadomości jej celów. Polskie Towarzystwo Seksuologiczne nie zakazuje stosowania terapii reparatornej homoseksualizmu, jednakże krytycznie ją ocenia<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> D. Bąk. Afirmatywna psychoterapia osób homo- i biseksualnych (w druku)

<sup>4</sup> Informacja bezpośrednia od prof. Lwa Z. Starowicza

Nicolosi kieruje swoją ofertę terapeutyczną do klientów z niechcianym homoseksualizmem. Stanowią oni około 95% klientów jego Kliniki. Książka przeznaczona jest dla psychoterapeutów, z nadzieją, że zatroszczą się o tę zaniedbaną (jak stwierdza autor) grupę klientów, poznając bliżej mechanizmy, które leżą u podłoża homoseksualizmu – jego psychodynamikę – (temu poświęcona jest pierwsza część książki) oraz wynikającą z niej koncepcję leczenia (druga część książki). Tym samym Nicolosi poszerza rozumienie homoseksualizmu o perspektywę psychologiczną, nie ograniczając go do determinacji biologicznej (ujęcie zgodne z wymogami „poprawności politycznej”). Nie oznacza to, że nie uwzględnia on czynników biologicznych, np. generalnie mówi o wyższym poziomie reaktywności u tej grupy klientów, a także sygnalizuje „prenatalne wpływy hormonalne, które mogą prowadzić do słabej maskulinizacji mózgu” (s. 18). Nicolosi stwierdza jednak, że nawet w takim przypadku nie można podchodzić do klienta w sposób deterministyczny. Tym bardziej, że współczesna neurobiologia dostarcza dowodów na to, że pod wpływem psychoterapii (mimo iż jest ona interwencją psychologiczną) mogą dokonywać się zmiany nie tylko funkcji, lecz także struktur mózgu, a zatem prawdopodobnie można wpływać na zwiększenie jego maskulinizacji.

Nicolosi deklaruje się jako wyznawca „filozofii esencjalizmu, a nie socjalistycznego konstruktywizmu” (s. 19). „*Wierzę, że tożsamość płciowa i orientacja seksualna umocowane są w rzeczywistości biologicznej. Ciało mówi nam kim jesteśmy; seks analny jest destrukcyjny dla ciała*” (s. 19). Z drugiej strony „*przekonanie, że ludzkość stworzona jest do heteroseksualizmu wywodzi się z dziedzictwa kulturowego i religijnego, które nie jest fobią, ani patologicznym lękiem*” (tamże). Aczkolwiek w dzisiejszych czasach nastąpiło odwrócenie kwalifikacji – to tradycja kulturowa i religia zostały uznane za chorobę psychiczną – homofobię, dlatego, że łączą heteroseksualizm ze zdrowiem (stwierdza dalej Nicolosi).

Warto zaznaczyć, że wszystkie wielkie religie nie pochwalają homoseksualizmu, przy czym religia chrześcijańska oraz judaizm reprezentują podobne stanowisko: nie potępiają osoby nieheteroseksualnej jako takiej, lecz jedynie za grzech uważają podejmowane przez nią akty homoseksualne. Natomiast przez islam homoseksualizm jest zakazany. Penalizacja homoseksualistów w krajach muzułmańskich jest powszechna, a rozpiętość kar jest szeroka: od chłosty po karę śmierci. Kara śmierci obowiązuje w Iranie, Arabii Saudyjskiej, Jemenie, Nigerii, Mauretanii i Zjednoczonych Emiratach Arabskich.

Hinduizm potępia zachowania homoseksualne, wymieniając je obok kazirodztwa, cudzołóstwa, prostytutki, gwałtu i zoofilii. Według tego wierzenia za podobne czyny w następnym życiu grozi wcielenie się w zwierzę.

Jednak w 2009 r. Hinduska Rada Brytyjska orzekła, że hinduizm nie potępia homoseksualności. Kwestia ta jest więc niejednoznaczna.

Wobec homoseksualizmu buddyzm zajmuje różne stanowiska. Dalajlama XIV wyraził pogląd, iż homoseksualizm stanowi wykroczenie przeciwko niektórym regułom. W odróżnieniu od gwałtu, morderstwa i innych czynów sprawiających ludziom cierpienie, nie jest sam w sobie szkodliwy. Niektóre szkoły pozostają w tej sprawie neutralne. Buddyzm nie nakazuje i nie zakazuje; daje wskazówki i mówi o konsekwencjach.

Autorzy powyższego przeglądu stanowisk głównych religii wobec homoseksualizmu (Zdrojewicz i współpr. 2009) w podsumowaniu stwierdzają, że żadna z pięciu religii<sup>5</sup> nie ma poglądów całkowicie zbieżnych z naukowym. Aczkolwiek należy dodać, iż prace naukowe, dane empiryczne nie zawsze okazują się być jednoznaczne. Najlepszym przykładem w zakresie homoseksualizmu są wyniki opisane w latach 50. XX w. przez Alfreda Kinseya (za: Carson i in., 2003). Wyłaniał się z tych badań obraz powszechnego homoseksualizmu obejmującego 10% populacji. Opracowanie to okazało się niewiarygodne, ponieważ osobami badanymi byli ochotnicy. Badania pozbawione tego błędu metodologicznego, wykonane w latach 90. XX w. w Stanach Zjednoczonych i w Anglii ujawniły znacznie mniejszy odsetek mężczyzn podejmujących wyłącznie zachowania homoseksualne – wyniósł on 1-2%.

Wracając do prezentowanej książki to, jak wspomniano wyżej, przed przystąpieniem do terapii w Klinice Nicolosiego klient podpisuje zgodę na leczenie i jest świadomy, że oddziaływania ukierunkowane są na zmianę jego tożsamości płciowej i rozwijanie jego potencjału heteroseksualnego, czyli że nie są terapią pozytywną homoseksualizmu. Jednak terapia reparacyjna Nicolosiego nie sprowadza się do terapii seksualności klienta. Problematyka seksualności jest tu poruszana w takim wymiarze, jak w każdej innej formie psychoterapii. Terapia reparacyjna mężczyzn z niechcianym homoseksualizmem jest głębokim oddziaływaniem mającym na celu przebudowę osobowości i zmianę Ja. Efektem może być (ale nie musi) zmiana orientacji seksualnej. Jeśli klient mimo terapii decyduje się na tożsamość gejoską, jest to respektowane przez terapeute. Podobnie respektowany jest jego system

<sup>5</sup> *Autorzy spośród ponad 10 tysięcy religii i wyznań istniejących na świecie wyróżniają pięć posiadających największą liczbę wyznawców: chrześcijaństwo (dotyczy 33% ludności), islam (21%), hinduizm (14%), buddyzm (6%) i judaizm (0,22%); natomiast 16% stanowią ateści, agnostycy i osoby wierzące w Boga czy inną siłę wyższą, ale nie identyfikujące się z żadną religią. Poszczególne religie mają odmienne kodeksy moralności seksualnej przypisujące tylko niektórym zachowaniom status normy.*

wartości, aczkolwiek nie oznacza to, że terapeuta wypiera się własnych wartości. Wręcz przeciwnie, „*ujawniam je, skoro terapeuci pozytywni bardzo propagują swoją filozofię, mówią klientom, że uczucia do tej samej płci są „święte”, zachęcają do rewolucjonizowania postaw społecznych i kościelnych*” (s. 26). Nicolosi uważa, że postawa neutralna terapeuty osłabia siłę przeniesienia i pozostawia klienta z poczuciem niepełnego zrozumienia i niepełnego wsparcia.

Terapia reparacyjna okazuje się nieskuteczna wobec osób, których główną motywacją do zmiany orientacji seksualnej jest poczucie winy związane z wyznawaną religią czy zajmowanym miejscem w społeczeństwie. Jednym z głównych warunków sukcesu tej terapii jest zatem wewnętrzna motywacja klienta, chęć zmiany siebie. Chodzi o to, żeby mężczyzna SSA był bardziej heteroseksualny, a nie żeby się zachowywał się jak heteroseksualiści, żeby dobrze czuł się w relacjach z heteroseksualnymi mężczyznami, żeby nauczył się polegać na swej męskiej autonomii w kontaktach z kobietami, czyli żeby wykorzystywał w relacjach społecznych swój potencjał heteroseksualny. A zatem pojęcie sukcesu terapeutycznego nie odnosi się tu jedynie do eliminacji objawu zainteresowania tą samą płcią (SSA), lecz oznacza wzrost i dojrzałość całego człowieka. Dlatego przed podjęciem terapii klient zawiera kontrakt terapeutyczny, w którym otrzymuje informację, że będzie pracował nad wszelkimi problemami życiowymi, które okażą się ważne dla jego rozwoju. Ze względu na to, że przyjmuje się tu, że pochodzenie SSA tkwi w niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych oraz niezrealizowanej potrzebie identyfikacji z tą samą płcią, psychoterapię prowadzi mężczyzna.

Książka posiada trzy części. Jak wspomniano wyżej pierwsza część stanowi ujęcie psychodynamiczne problematyki, polegające na wykazaniu w jaki sposób uformował się homoseksualizm w rodzinie, którą Nicolosi określa jako triadyczno-narcystyczną. Druga część dotyczy leczenia niechcianego homoseksualizmu za pomocą terapii reparacyjnej opartej na koncepcji Affect-Focused-Therapy – terapii skoncentrowanej na emocjach. Obejmuje ona pracę z ciałem, jako technikę dialogu werbalnego między terapeutą a pacjentem, w której nie jest stosowany ani dotyk, ani ruch<sup>6</sup>. Trzecia część książki dotyczy pracy z żalem. Nicolosi nie włącza jej do leczenia, traktując żal jako powrót do zdrowia, do prawdziwych uczuć, a nie jako patologiczny mechanizm obronny „melancholii” w rozumieniu Freuda. Książkę kończy dodatek, który Nicolosi tytułuje: Desensytyzacja za pomocą ruchu gałek ocznych. Chodzi tu o zyskującą obecnie dużą popularność i częste zastosowanie metodę EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing)

---

<sup>6</sup> Obydwaj partnerzy dialogu siedzą na przeciwko siebie w fotelach.



Francis Shapiro. W książce zawarte są ponadto przypisy do każdego z 23 rozdziałów, Bibliografia obejmująca ok. 200 pozycji, tabele i rysunki oraz indeks rzeczowy. Wydawnictwo Mateusza dołączyło także 15 pozycji zagranicznych wydanych w Polsce.

**Koncepcja terapeutyczna** przedstawiona w książce integruje różne podejścia. Bazę stanowi teoria psychoanalityczna oraz podejście psychodynamiczne. Nicolosi cytuje Freuda, zwłaszcza jego poglądy na temat głównych konstruktów, na których opiera się jego terapia reparacyjna, przede wszystkim wstydu, dysocjacji, odwrócenia afektu, utraty obiektu miłości, pracy z żalem, zasady przyjemności/rzeczywistości i innych. Podstawową techniką terapeutyczną jest tu analiza przeniesienia (i przeciwprzeniesienia). Zgodnie z tendencjami typowymi dla podejścia psychodynamicznego Nicolosi akcentuje zagadnienia struktury Ja, nawiązując zwłaszcza do teorii Heinza Kohuta i Daniela Sterna. Podkreśla, że struktura i funkcje Ja wywodzą się z wczesnych relacji z obiektem i mają niewiele wspólnego z popędem. Dlatego też omawiając rozwój Ja sięga do teorii przywiązania Johna Bowlby'ego (*attachment theory*), który wychodząc z teorii psychoanalitycznej poszerzył ją o ujęcie systemowe, formułując teorię rozwoju systemu zachowań tworzących przywiązanie. Chodzi tu m.in. o kształtujące się, począwszy od okresu niemowlęstwa, style przywiązania w relacji matka – dziecko: bezpieczny, ambiwalentny oraz lękowy, który wynika z przeżycia silnego lęku separacyjnego, co wywołuje u dziecka lęk przed unicestwieniem (anihilacją). Winnicott nazywa go lękiem agonialnym, a Nicolosi mówi o „emocjonalnej śmierci”. Doświadczenia przywiązania (*attachment*), separacji i utraty są rozpatrywane jako centralne dla rozwoju dziecka, ze względu na ich biologiczne znaczenie i głęboko emocjonalne konsekwencje.

Drugim filarem na którym opiera się terapia reparacyjna Nicolosiego jest podejście systemowe i analiza rodziny, zwłaszcza zaburzonego w niej procesu komunikacji, w którym nie ma wzajemnej wymiany i dialogu, lecz jest „podwójne wiązanie” (*double bind* – termin Gregory Batesona). Zamiast do kontaktu, prowadzi ono do sytuacji patowej, bez wyjścia, w której każdy krok jest krokiem złym. W taki bowiem sposób działają na dziecko sprzeczne komunikaty wysyłane przez rodziców. Rodzic wypowiada słowami jakąś treść, a jednocześnie niewerbalnie (tonem głosu, ruchem ciała, mimiką twarzy) zaprzecza jej. Badania wykazują, że ludzie w sytuacji nakładania na siebie dwóch sygnałów, mają tendencję do chwytania sygnału bardziej emocjonalnego, niewerbalnego. Dziecko, które wychowuje się w takim stylu komunikacji, zaczyna wątpić w to, co słyszy, widzi lub myśli. Traci zaufanie do własnych sądów i odczuć, ponieważ rodzic zaprzecza jego spostrzeżeniom

niezgodnym z treścią werbalną. W ten sposób, zdaniem Nicolosiego kształtują się mechanizmy rozszczepienne: dysocjacja między werbalnym zachowaniem a wykonaniem, między funkcjami poznawczymi, intelektualnymi, a przeżywaniem emocji, w tym także odczuwaniem poprzez ciało. Zerwaniu (rozszczepieniu) ulega ponadto kontakt z osobą, nadającą komunikat typu „podwójnego wiązania”.

Nicolosi korzysta także z technik terapii poznawczej, kiedy w końcowej fazie każdej sesji terapeutycznej dokonuje wraz z klientem transformacji dotychczasowych znaczeń<sup>7</sup> a poszukiwanie sensu każdej sesji nazywa „procesem rekonstrukcji narracyjnej”. Ponadto na wzór terapii emotywno-racjonalnej A. Ellisa modyfikuje fałszywe sądy klientów: 1) „iluzje” – jako fałszywie pozytywne, narcystyczne, wielkościowe przekonania na własny temat oraz 2) „zniekształcenia” fałszywie negatywne przekonania o sobie samym, powstające wskutek introjekcji negatywnego obrazu Ja przekazywanego klientowi przez rodziców. Jako Dodatek Nicolosi zamieszcza na końcu książki opis zastosowania wspomnianej wyżej Techniki EMDR Francis Shapiro, która rozpatrywana jest w literaturze jako podejście behawioralne, nawiązujące do neurobiologii. Ale przyznaje się do tej techniki także terapia Gestalt, dla której stanowi ona istotne wzbogacenie repertuaru interwencji terapeutycznych (zob. Ginger, 2007)<sup>8</sup>. EMDR nie jest tu jedynym odniesieniem do neurobiologii. Nicolosi cały fragment trzeciego rozdziału poświęca na zaprezentowanie teorii Alana Schore’a (1994, 2003), która jako wielowymiarowy model, integrujący neurofizjologię, teorię interakcyjną i psychologię Ja, pokazuje jak zdarzenia interpersonalne wywołują zmiany w mózgu. Jest to dla Nicolosiego niezwykle ważny argument za tym, że psychoterapia w przypadku mężczyzn, u których podkreśla się biologiczne uwarunkowania ich orientacji homoseksualnej, może korzystnie zmodyfikować funkcje i struktury mózgu (począwszy od zwiększenia połączeń między komórkami nerwowymi i wzrostu ich neuroplastyczności). Docierając do śladów pamięciowych wydarzeń i przeżyć traumatycznych, może usuwać i modyfikować leżące u ich podstaw utrwalone, patogenne schematy emocjonalne

---

<sup>7</sup> Jest to rodzaj zasady poznawczej *reframing* zob. König, Volmar 1989 König, E., Volmar, G. (1989). Referenztransformation als Prinzip kognitiver Therapien. Transformation of the frame of reference as principle of cognitive therapies. *System Familie. Forschung und Therapie*. Band 2, Heft 1, Januar, 12-20 (Springer-Verlag).

<sup>8</sup> Ginger, S. (2007) Enrichir la Gestalt-thérapie par l’EMDR. Congrès de l’*European Association for Psychotherapy* (EAP) Florence (Italie), amphithéâtre central, 15 juin 2007.

i poznawcze oraz matryce ról, przede wszystkim roli ofiary (pamięć proceduralna). W warunkach bezpiecznych, dających wsparcie, uruchamiany jest proces uczenia się, włączający działanie i doświadczenia emocjonalne, który modyfikuje skutecznie psychologiczne i neurofizjologiczne mechanizmy dezadaptacyjne.

Jak wspomniano wyżej, homoseksualiści nie stanowią jednorodnej grupy. Nicolosi odróżnia tu grupę mężczyzn sprzed identyfikacji płciowej (stanowią oni jego zdaniem ok. 80% całej populacji) oraz tę, w której homoseksualizm ukształtował się później, w fazie po-identyfikacji płciowej (pozostałe 20%), zwykle pod wpływem późniejszej traumy np. molestowania seksualnego, czy odrzucenia przez starszego brata lub rówieśników<sup>9</sup>. Dostrzega on analogię do faz rozwojowych: przed i po edypalnej, ale nie wyjaśnia bliżej tego powiązania. W terapii reparacyjnej skupia się na mężczyznach z fazy rozwojowej sprzed identyfikacji płciowej. Pochodzenie tego rodzaju homoseksualizmu wiąże z wychowaniem syna w rodzinie triadyczno-narcystycznej.

Klasyczny układ triady rodzinnej wywodzi on z literatury psychoanalitycznej dotyczącej homoseksualizmu, np. Bienera, Socaridosa, Kronmeyerera i innych, która w Polsce jest nieznana. Z tego względu przekład polski aparatu pojęciowego Nicolosiego, stanowił duże wyzwanie dla tłumacza. **W rodzinie triadycznej** występuje dysproporcja między rodzicami w dostarczaniu stymulacji dziecku oraz w tworzeniu z nim więzi. Matka jest tu dominująca, nadmiernie zaangażowana i stymulująca, co przekracza możliwości odbioru dziecka (i już w okresie niemowlęctwa dziecko reaguje obroną dysocjacyjną na jej zachowanie, np. odwracając główkę, czy zamykając oczy). Wyczerpaniem emocjonalnym reaguje również ojciec, który wycofuje się z relacji zarówno z żoną, jak i z synem. Jest bierny, uległy i przestaje być atrakcyjnym wzorem do identyfikacji dla syna, a także nie potrafi go ochronić przed matką. Matka w związku z tym zagarnia dla siebie syna, wikkając go w zależność. Ten nadmiernie „bliski” związek formuje *Ja fałszywe*, „grzecznego chłopczyka”, „bezcieleśnego” i „bezpłciowego”, jak „meduza”<sup>10</sup> i tłumiące emocje negatywne. Taka relacja jest względnie bezpieczna dla matki i syna, gdy syn zastępuje jej wycofującego się z relacji męża. Zajęcie miejsca przy boku matki przez syna budzi rywalizacyjne nastawienia ojca,

---

<sup>9</sup> Mężczyźni z fazy po-identyfikacji płciowej pozornie przypominają heteroseksualnych, nie są zniewieściali, odczuwają pożądanie do kobiet, ale nie na bazie uczuć, przyjaźni. Przeciwnie do mężczyzn z fazy przed identyfikacją płciową, poszukują delikatnych, chłopięcych, biernych partnerów, którzy reprezentują ich własne młodsze Ja, zagubione i niewinne.

<sup>10</sup> Określenie Nicolosiego.

który nie dość, że wycofuje się z relacji z synem, to przekazuje mu ponadto wrogość. Rywalizacja o pozycję męską w rodzinie może pojawić się od razu po narodzinach syna (jak pokazują doświadczenia z naszej Kliniki Nerwic w Warszawie, gdzie pierworodny syn od razu został oddany na wychowanie do babć i cioć, natomiast córka pozostała w rodzinie). W tej sytuacji syn zostaje osłabiony w swej męskości, w swej identyfikacji z mężczyzną przez obojga rodziców i z konieczności identyfikuje się z matką, z którą ma więcej kontaktu, staje się dla niej „kimś wyjątkowym”. Nicolosi określa to jako naśladowczy mechanizm obronny, syn identyfikuje się z matką na sposób karykatury kobiety; rozwijają się u niego zdolności aktorskie i artystyczne. Identyfikacja z kobietą ma negatywny wpływ na rozwijający się mózg i sprzyja feminizacji obszarów odpowiadających za tworzenie się tożsamości płciowej.

Zarówno matka jak i ojciec nie dostarczają synowi ciepła, bezpiecznego przywiązania. Przeżywa on traumę utraty prawdziwej, bliskiej więzi, która produkuje uczucie wstydu. Wstyd jest również konsekwencją uczucia upokorzenia ze strony rodziców, zwłaszcza matki, z powodu podejmowania prób bycia męskim. Rozszerza się on następnie na wstyd z powodu odmiennej orientacji seksualnej. Nie jestem godny miłości rodziców, czegoś mi brakuje, jestem do niczego, starszy brat jest lepszy ode mnie (zwykle go odrzuca, podobnie jak rówieśnicy). Syn sądzi, że jest negatywnie oceniany przez rodziców i dokonuje introjekcji tego negatywnego obrazu Ja. Stosuje mechanizm obronny w postaci Ja fałszywego i Ja narcystycznego (zob. niżej). Czuje się odrzucony, czuje się nikim, nie czuje miejsca dla siebie, jest ustawicznie wytrącany z pozycji asertywnej i wtłaczany w stan wstydu równy stanowi anihilacji, unicestwienia. Nicolosi utratę bezpiecznego przywiązania traktuje jako główną traumę, uszkadzającą jądro Ja. Formuje ona konflikt asertywność-wstyd – kluczowy dla homoseksualizmu ego-dystonicznego.

Drugim modelem relacji, w której kształtuje się homoseksualizm jest **rodzina narcystyczna**. Na cechy narcystyczne u osób o orientacji homoseksualnej wskazywali już Freud, Fenichel, van der Aardweg i Hatter. Prace tych autorów Nicolosi przytacza w Bibliografii do swej książki. Matka narcystyczna jest również niedostrojona: albo hyperstymulująca, albo niedostymulująca, obojętna, ojciec pozostaje podobnie nie znaczący, jak w rodzinie triadycznej. Rodzina narcystyczna skupiona jest na potrzebach rodziny, na swym „idealnym wizerunku”. Zaspokaja własne potrzeby kosztem dziecka. Dzieci muszą mieć swój wkład w tworzeniu takiego wizerunku. Następuje tu „odwrócenie afektu”, jak określa to Nicolosi za Freudem, kiedy to nie rodzice martwią się o potrzeby dzieci, lecz dzieci martwią się

o potrzeby rodziców. Potrzeby dzieci nie są dostrzegane. Inaczej niż w rodzinie triadycznej, w której tworzy się koalicja matka-syn, tutaj podział przebiega na linii rodzice-dzieci.

I w tym przypadku nie ma bliskości w relacjach. Rodzina narcystyczna formuje *Ja narcystyczne*, wielkościowe, idealne, które ma kompensować deficyty rodzinne. Syn próbuje znaleźć się w centrum zainteresowania rodziców za pomocą nadmiernej, przesadnej ekspresji (gdyż przy słabszej ekspresji ma poczucie, że jest niedostrzegany). *Ja narcystyczne* różni się większą witalnością, inicjatywą i aktywnością od *Ja fałszywego „dobrego chłopczyka”* (w dorosłym życiu – „miłego gościa”), który jest bierny, uległy, wytłumiony, pozbawiony energii. Nicolosi wskazuje, że osoby, u których uformowała się orientacja homoseksualna wywodzą z rodziny, która łączy zarówno cechy rodziny triadycznej jak i narcystycznej. W obu przypadkach zaburzona jest więź emocjonalna z rodzicami, a zwłaszcza z ojcem. Dla formowania się prawidłowej relacji syna z ojcem ważna jest nie tylko bliska obecność ojca, ale i przeżywanie z nim przyjemności zwłaszcza podczas wspólnej zabawy. Matka poprzez swoje bezpieczne przywiązanie powinna przygotować syna do dalszej rozwojowo relacji z ojcem. Jednakże tego nie robi, a przeciwnie – utrudnia synowi kontakt z ojcem. Nie potrafi dostroić się do uczuć i potrzeb syna, nie potrafi odzwierciedlać adekwatnie jego pobudzenia. Schore mówi tu o „momentach centralnych” dostrojenia, które trwają od 30 sek. do 3 min. Dla zakończenia fazy separacji-idnwiduacji konieczne jest nauczenie przez matkę regulacji emocji tj. naprzemiennego przebiegu dostrojenia/rozstrojenia i ponownego dostrojenia. W momentach braku koordynacji dziecko ćwiczy umiejętność radzenia sobie samemu bez matki, rozwijając poczucie własnej autonomii (Winnicott, 1965). Za każdym razem, gdy po odłączeniu się od matki następuje ponowne połączenie wzrasta umiejętność radzenia sobie ze stresem u dziecka oraz poczucie sukcesu. Ten cykliczny proces odłączania i ponownego połączenia pomaga też zrozumieć różnicę między zachowaniami i potrzebami matki a własnymi, uczy kompetencji interpersonalnej; brak tej zdolności prowadzi do dezorganizacji uczuciowej oraz do nałogowych, bezosobowych form regulacji emocji (uzależnienie od seksu, alkoholu, narkotyków itp.).

Ustawiczne przeżywanie wstydu z powodu odrzucenia, także za podejmowane próby zachowań męskich, prowadzi do „strefy szarości” – martwoty emocjonalnej, apatii, poczucia bezsilności, „melancholii” jako patologicznego mechanizmu obronnego w rozumieniu Freuda. Pozorna witalność i aktywność *Ja narcystycznego* jest jedynie inną formą (niż *Ja fałszywe*) zamknięcia się na przeżywanie głębokich emocji. W tej sytuacji zastosowanie

homoseksualizmu zyskuje wielofunkcyjne znaczenie, podobnie jak wiele objawów neurotycznych; jest ono mechanizmem obronnym:

- 1) objawem zbudowanym na wstydzie,
- 2) kompulsywnym przymusem powtarzania,
- 3) popędem reparatornym.

W pierwszej kolejności jest formą zachowania typu acting – out – buntu przeciwko całej tej sytuacji, a zwłaszcza roli „grzecznego chłopczyka” lub „miłego gościa”. Pozwala na wyrażenie złości, złamanie norm społecznych, jest ponadto silną dawką adrenaliny, która pozwala się wyrwać ze „strefy szarości”, ale na zasadzie kompulsywnego przymusu powtarzania, (podobnie jak obserwowana u naszych pacjentów w Klinice, masturbacja w sytuacjach zagrożenia i nadmiernego napięcia, która przynosi chwilową ulgę). Przymus powtarzania zgodnie z teorią psychoanalizy to ciągle odtwarzanie dawnego traumatycznego wydarzenia, w nadziei na odniesienie zwycięstwa i uleczenie zranionej tożsamości (Stark, 1944). Przymus powtarzania zawiera 3 elementy: 1) próbę samokontroli, 2) formę samokarania oraz 3) unikanie ukrytego konfliktu.

Homoseksualizm rozumiany jako popęd reparatorny oznacza samoistną próbę uzupełnienia deficytu męskości, poprzez kontakt erotyczny z innymi mężczyznami, którzy mają zastąpić ojca. Partnerzy seksualni są wykorzystywani jako przedłużenie Ja narcystycznego, jako obiekty Ja, są idealizowani, są ucieczką od własnego Ja negatywnego do Ja innego mężczyzny. Mechanizm ten ma zrekompensować utratę więzi z ojcem i dostarczyć dostrojenia, bliskości i akceptacji, której nie otrzymało się od ojca. Ma to prowadzić do odbudowania pozycji asertywnej u klienta, naprawienia jego samooceny, naprawienia roli (naprawienia rozszczępionego Ja fałszywego) oraz wzmocnienia identyfikacji męskiej.

Jednakże zastosowanie homoseksualizmu tylko pozornie i na krótko „naprawia” czy uzupełnia wymienione deficyty. Stanowi jedynie namiastkę asertywności, dlatego, że ma formę zachowania kompulsywnego, pozbawionego własnej woli. Ponadto nie towarzyszy mu tak oczekiwane przywiązanie do drugiej osoby. Związki homoseksualne są najczęściej krótkotrwałe, powierzchowne, prowadzą do ustawicznych rozczarowań, partnerzy są bowiem łatwo zmieniani. Jak wynika z badań i obserwacji klinicznych scenariusza poprzedzającego zastosowanie homoseksualizmu, występuje on wtedy, gdy mężczyzna wypada z pozycji asertywnej i przeżywa stan wstydu, zapadając się stopniowo coraz bardziej w „strefę szarości”. Powrót do pozycji asertywnej, do Ja prawdziwego, do autentycznych emocji zmniejsza, a nawet likwiduje pożądanie kierowane do tej samej płci. Z własnych doświadczeń

z Kliniki Nerwic w Warszawie pamiętam pacjenta<sup>11</sup>, który po latach oddawania go na wychowanie do innej rodziny, został wreszcie przygarnięty przez ojca ze łzami w oczach (przed którym wcześniej ukrywał fakt homoseksualizmu). Następnie poszedł na spotkanie z mężczyzną umówionym uprzednio przez Internet, ale nie mógł już podjąć aktywności seksualnej, zareagował na nią objawem wymiotnym. Jak informują klienci Kliniki Nicolosiego, pozycję asertywną można przywrócić poprzez rozmowę z innym mężczyzną, wspólny wyjazd na wycieczkę górską i wszelkie wspólne działanie, które prowadzi do poczucia pewności siebie i równorzędności w kontakcie. A zatem, gdy znika poczucie wstydu i niższej pozycji społecznej, zastosowanie homoseksualizmu traci rację bytu. Pożądanie homoseksualne jest zatem generowane nie przez atrakcyjność innego mężczyzny, lecz przez to, jak klient czuje się sam z sobą. Wyleczenie ze wstydu osiąga się dzięki wzrastającemu współczuciu dla siebie i innych oraz konsekwentnemu byciu prawdziwym w relacjach z ludźmi (Freudowska „zasada rzeczywistości”).

**Leczenie** w niniejszej książce jest określane terminem „terapia reparacyjna”. Pojęcie „reparacji” związane z nazwiskiem Melanie Klein jest tu jednak rozumiane inaczej i szerzej. Klein traktuje je z jednej strony jako normalny mechanizm w rozwoju dziecka, z drugiej jako patologiczny. Ze względu na wczesne rozwojowo rozszczepianie obiektu miłości na „dobry” i „zły” i kierowanie fantazji niszczyielskich wobec „złego”, dziecko w momencie przejścia do etapu „całościowego” spostrzegania matki, chce jej wynagrodzić własną wrogość. Dzięki temu przewycięża „pozycję depresyjną” (poczucie winy) a jego ego uzyskuje stabilną identyfikację z „dobrym obiektem”. Reparacja może także pełnić patologiczne funkcje obronne – ma wtedy charakter maniakalnego i onnipotentnego zachowania lub natrętnego powtarzania czynności reparacyjnych (Segal, 1976)<sup>12</sup>. W tym drugim znaczeniu Nicolosi przedstawia zastosowanie homoseksualizmu jako „popęd reparacyjny”. Natomiast w odniesieniu do leczenia, Nicolosi rozumie terapię reparacyjną nie jako „wynagrodzenie za własną wrogość”, lecz jako rekonstrukcję procesu utraty bezpiecznego przywiązania. Korzysta przy tym z technik emocjonalnych i somatycznych, pamiętając o tym, że jego klient jest odcięty (zdysocjowany) zarówno od emocji, jak i od swego nie doinwestowanego ciała męskiego (stąd fascynują go duże rozmiary ciała innego mężczyzny).

---

<sup>11</sup> Chodzi tu również o mężczyznę z fazy przed-identyfikacją płciową, z zaburzeniami identyfikacji płciowej uwarunkowanej rodzinnie.

<sup>12</sup> za: Stig Fahnér (1996). Słownik Psychoanalityczny. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.

Jego podejście skoncentrowane na emocjach zgodne jest z najnowszymi trendami w psychoterapii. Opiera się on tu na tzw. Affect Focused Therapy (AFT) – terapii zogniskowanej na afekcie, która wykorzystuje pionierskie badania Davanloo (1978), rozwinięte przez Neborsky'ego (2000), Coughlin Della Selva (1996), Alperta (2001) i Foshę (2000). Niestety Nicolosi nie referuje ich, zakładając, że są powszechnie znane. Jedynie w różnych miejscach książki nawiązuje do nich, co wymaga śledzenia ich uważnie przez czytelnika, który chciałby sobie odtworzyć te koncepcje w sposób bardziej całościowy. Podobnie wielokrotnie nie definiuje wprowadzanych do tekstu nowych pojęć, powołując się jedynie na ich autorów. AFT uwzględnia teorię przywiązania Bowlby'ego, a także ma podobne zapatrywanie się na homoseksualizm, że jest on zasadniczo problemem niepewnego przywiązania, zwłaszcza do ojca. Nicolosi wyraża pogląd, że współcześnie proces leczenia odszedł daleko od tradycyjnych prób rozwiązywania konfliktów intrapsychicznych i skierował większą uwagę na regulację uczuć. Stąd podstawą jego terapii reparacyjnej jest głęboki rezonans terapeutyczny, który opierając się na wzajemnie dostrojonej komunikacji między terapeutą a klientem może przeterować nowe, naprawcze połączenia neurobiologiczne.

Terapia AFT wysuwa jako główny cel dotarcie i otwarcie klienta na wrodzone afekty. Są to cztery afekty negatywne: 1) strach/przerażenie, 2) gniew/złość, 3) rozpacz/cierpienie, 4) wstyd/upokorzenie oraz dwa afekty pozytywne: 5) zadowolenie/radość i 6) zainteresowanie/ekscytacja.

Nicolosi przejmuje tu modele emocji opisane przez Tomkinsa (1981, 1991) i rozwinięte przez Nathansona (1992). Ze względu na to, że pierwotna trauma utraty bezpiecznego przywiązania jest zapamiętana przez ciało, a odcięta od świadomości, terapia reparacyjna bazująca na koncepcji AFT jest w istocie pracą z ciałem – jako punktem wyjścia do dalszych oddziaływań (zob. niżej sekwencję pracy wg dwóch trójkątów; pierwszy trójkąt to rozpoznanie konfliktu i zlokalizowanie go w ciele). Dzięki wsłuchaniu się we własne ciało, a także zastosowaniu metafory („mam suche serce”), klient może zrozumieć, co się z nim dzieje w trakcie sesji i jakie ma to odniesienia do przeszłości (drugi trójkąt). Bardzo ciekawe są „mapy sześciu afektów ucieleśnionych w ciele”, (wym. wyżej), które Nicolosi zamieszcza w licznych tabelach. Wskazuje też, jak w ciele przejawia się opór i różnego rodzaju zachowania obronne. Mapy te mogą pełnić rolę przewodnika dla wszystkich psychoterapeutów, nie tylko tych pracujących z problemem homoseksualizmu. Zmiany, które zachodzą w terapii u klienta Nicolosi dostrzega najpierw jako „ucieleśnione zmiany”, towarzyszy im zmiana postawy, barwy i intensywności głosu itd. Wśród poddawanych terapii emocji, jedynie wstyd nie powinien być intensyfikowany. Klient powinien zostać



uwolniony od niego. Ten pogląd zbiega się z moim własnym, kiedy pracując metodą biograficznej psychodramy Morenowskiej (par excellence reparacyjnej), protagonista zwykle oddaje wstyd swemu rodzicowi np. alkoholikowi, za którego wstydził się przed rówieśnikami w szkole. Można by to określić jako „przywrócenie afektu” na właściwe miejsce. Pamiętamy, że zarówno Freud, jak i Nicolosi wskazywali na „odwrócenie afektu” zwłaszcza w rodzinach narcystycznych (zob. wyżej).

Do pracy reparacyjnej z ciałem Nicolosi używa zmodyfikowanej, łagodniejszej wersji techniki o nazwie „intensywna krótkoterminowa terapia psychodynamiczna” ISTDP (Caughlin Della Selva (1966), ponieważ pierwotna jej wersja jest zbyt konfrontacyjna dla silnie podatnych na zranienie mężczyzn z niechcianym homoseksualizmem. Nowa wersja tej techniki nie ogranicza się do analizy przeniesienia, która jest bardziej jednostronnym kontaktem, lecz wprowadza dwustronne i równorzędne zaangażowanie terapeuta i klienta we wzajemnym zniuansowanym dostrojeniu emocjonalnym na zasadzie rezonansu. Technika ta nie poprzestaje na odreagowaniu emocji (katharsis), lecz włącza także „obróbkę” intelektualną materiału przeżyciowego związanego z wydarzeniami urazowymi. Czynność tę Nicolosi nazywa „rekonstrukcją narracyjną”, albo „transformacją znaczenia” (zob. wyżej).

Nie każda sesja wymaga pracy z ciałem. Praca z ciałem może też być niewskazana, gdy klient reaguje silnymi reakcjami somatycznymi np. napadem lęku i hyperwentylacją, zawrotami głowy lub objawami psychotycznymi. Dlatego Nicolosi stosuje sesję próbną, w której klient może zdecydować, czy podejmie tego typu terapię. Każde działanie odbywa się zatem za zgodą klienta i przy jego poczuciu wpływu na sytuację.

Praca reparacyjna z ciałem, która jest w istocie techniką dyskusyjną, werbalną psychoterapii indywidualnej (nie włącza ani dotyku, ani ruchu), przebiega w określonej kolejności. Nicolosi ujmuje ją jako sekwencję dwóch trójkątów: 1) pierwszy zaczerpnięty jest z „*trójkąta wglądu*” Meningera (1958), a 2) drugi z „*trójkąta osób znaczących*” Malana (1979). W dyskusji należy posuwać się po punktach wyznaczonych przez boki każdego trójkąta. Najogólniej ujmując – pierwszy trójkąt oznacza: wspólne rozpoznanie konfliktu (pierwszy bok trójkąta), w obecności dostrojonego, pełnego empatii, ciepłego terapeuty (drugi bok) i odniesienie go do odczuć w ciele (trzeci bok”; zadawane jest tu pytanie „gdzie w ciele?”). Następnie przechodzi się do „trójkąta osób” (zadawane są tu pytania „kto ? i kiedy?”), co oznacza rozpoznanie obecnych uczuć w ciele (bok terażniejszości T), odniesienia ich do przeszłości, do osób uczestniczących w wydarzeniu urazowym (drugi bok – przeszłość P) i przeżycie prawdziwych emocji: gniewu (niekiedy stosowana jest wizualizacja „scenariusza przemocy”), smutku, rozpacz, bólu itd.

w obecności dostrojonego terapeuty (trzeci bok „wzajemna więź”). Właśnie to ponowne przeżycie traumy anihilacji – porzucenia, przerażenia w warunkach „przymierza terapeutycznego”, w obecności terapeuty, rezonującego na nią emocjonalnie i dającego wsparcie na zasadzie „kontenera”, stanowi istotną część rekonstrukcji utraconego w dzieciństwie przywiązania. Terapeuta monitoruje bezustannie przymierze terapeutyczne, pytając „czy czujesz, że masz ze mną kontakt?” Celem terapeutycznym jest połączenie wszystkich trzech punktów obu trójkątów, podążając za emocjami klienta, unikając w każdej sesji niepokoju i zachowań obronnych oraz powtarzając ten proces w toku leczenia.

Kolejną istotną częścią terapii reparacyjnej jest praca nad prawidłową, otwartą i jednoznaczną komunikacją. Jak wspomniano wyżej, komunikacja w rodzinie triadyczno-narcystycznej opiera się na „podwójnym wiązaniu” (double bind), czyli na maksymalnym rozregulowaniu kontaktu, rozbieżności między treścią komunikatu a jego formą, niewerbalnym sposobem przekazania tej treści (Nicolosi nazywa to „procesem”). Dostrojony precyzyjnie do klienta terapeuta, akceptujący w pełni jego potrzeby i uczucia, uczy go integracji ekspresji werbalnej z niewerbalną oraz uwewnętrznienia pozytywnego obrazu siebie, tym samym integrując jego rozszczerzone Ja i uwalniając go od wstydu przeszłego i obecnego. Jest to leczenie interakcyjne, wzajemna dostrojona relacja zmienia strukturę neurologiczną mózgu klienta. Zagadnieniu emocji oraz komunikacji poświęcona jest największa część książki, dotycząca leczenia.

Ważną częścią terapii jest **prowadzenie „dziennika” przez klienta**. Jest to procedura powszechnie znana w polskiej psychoterapii. W Klinice Nerwic w Warszawie nazywa się on „dzienniczkiem uczuć”. Ma na celu rozpoznawanie u siebie sądów typu narcystycznych wielokościowych iluzji i zniekształceń, które prowadzą do samoponizujących i autodestrukcyjnych zachowań i ich korektę. Celem jest także nauczenie rozpoznawania sygnałów z ciała i stanów Ja prowadzących do zastosowania homoseksualizmu (ZH), przechodząc od „kognitywnego wspomnienia do wspomnienia kinestetycznego”, do umiejętności „zrozumienia tego bez słów”. Ważne jest tu rozpoznawanie wstydu antycypacyjnego przed odrzuceniem. Dziennik można pisać w postaci luźnych refleksji 1) zaraz po sesji terapeutycznej, 2) w momentach wstydu i niepokoju, zwłaszcza gdy są częścią scenariusza prowadzącego do ZH i 3) po ZH. Cała ta praca refleksyjna pozwala dostroić się do samego siebie, gdy opisując wrażenia, doznania cielesne, uczucia integruje się je z myśleniem. Uczy ponadto umiejętności oddzielania potrzeb emocjonalnych od odczuć seksualnych. Jest formą prowadzenia dialogu z sobą samym, a także obserwacją patologicznych i nowych zachowań. Należy jednak uważać, żeby klient nie pisał dziennika „pod terapeutę”.

Opisywanie refleksji w sposób strukturalizowany prowadzone jest na wzór terapii racjonalno-emotywniej A. Ellisa. Po przykrym wydarzeniu należy zadać 5 pytań, pytając o 1) wydarzenie, 2) reakcję, 3) założenia (jak zrozmiałeś wydarzenie, co cię w nim zdenerwowało, czy twoja reakcja była przesadna), 4) ocenę (zakwestionuj wartości i sądy i postawy, które nierealistycznie przyjmowałeś za prawdziwe; oceń w jakim stopniu sądy twoje wywołały daną reakcję i zastosuj dwa kryteria: iluzji i zniekształceń, zwróć uwagę na słowa: *powiniennem*, *muszę*, *potrzebuję* oraz na rzekome uprawnienia, które ci się należą, 5) podsumowanie – napisz krótką wypowiedź, uwzględniającą te 4 punkty i napisz czego dowiedziałeś się o sobie samym.

Terapia reparacyjna ma także na celu zwiększenie „kompetencji uczuciowej” klienta, sposobu w jaki radzi on sobie z doświadczeniami emocjonalnymi. Nicolosi powołuje się tu na koncepcję stanów Ja i kryteriów Foshy (2000). Opiera się ona na założeniu, że nie wystarczy odczuwać, należy także wyrażać emocje, czyli radzić sobie z nimi. Odczuwanie i radzenie sobie są warunkami wstępnymi dla autentyczności i integracji Ja wewnętrznego z zewnętrznym.

Stany Ja	Odczuwanie	Radzenie sobie
Asertywność	tak	tak
Wstyd	tak	nie
Strefa szarości	nie	nie
Zastosowanie homoseks.	nie	tak
Żal	tak	tak

Z tabeli wynika, że zgodność między odczuwaniem, a radzeniem sobie występuje jedynie w przypadku stanu asertywności i żalu. Oba te stany są zatem zdrowymi stanami Ja. Przeciwnością ich jest strefa szarości, w której nie ma ani odczuwania ani radzenia sobie.

Ciekawie przedstawia się zastosowanie homoseksualizmu (ZH), w którym nie ma odczuwania, ale jest to pewien sposób radzenia sobie z sobą, stan ja jest zatem wewnętrznie rozszczepiony, wskutek odłączenia przeżywania.

Trzecia część książki dotycząca **pracy z żalem** (termin Freuda) nie została włączona do leczenia. A zatem praca z żalem jest traktowana przez Nicolosiego jako etap zdrowienia i utrwalania nowych zachowań. Ma ona na celu urealnienie klienta – życie bez iluzji i zniekształceń, pogodzenie się ze swoim życiem, akceptacją całej sytuacji, także rodzinnej. Dokonuje

się to poprzez przeżycie wszystkich najtrudniejszych emocji, w tym także gniewu i smutku. Zranione zostało bowiem jądro Ja. Podobnie jak w poprzednich etapach pracy reparacyjnej, tak i tutaj terapeuta dostrojony do klienta i dający mu wsparcie, którego nie miał on w rodzinie, stanowi czynnik leczący, a zarazem czynnik zdrowia. Przepracowując traumę porzucenia-unicestwienia pozostaje z nim wspólnie „w otchłani”. Klient zyskuje dzięki temu tolerancję na nie dające się znieść uprzednio trudne uczucia. Terapeuta modeluje klienta, dając mu zdrowe wzorce kontaktu opartego na dialogu, wzajemnej wymianie i zaangażowaniu, wzorce przeżywania emocji, wzajemnego respektowania granic i radzenia sobie ze stresem. Przepracowanie żalu po stracie jest niezbędne dla zakończenia terapii reparacyjnej. Jest to porzucenie wstydu i patologicznych, niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz budowanie nowego Ja, prawdziwego Ja płciowego.

Czytając z zainteresowaniem opis terapii reparacyjnej Nicolosiego porównywałam ją z prowadzoną przez siebie w Klinice Nerwic w Warszawie. Są to jednak dwie różne metody, gdyż ja prowadzę reparację z pacjentami (niekoniecznie homoseksualnymi) metodą psychodramy Morenowskiej, biograficznej pracy na scenie, w której protagonista odgrywa swoje życie mając do dyspozycji *ega pomocnicze*, odgrywane role rodzinne przez członków grupy terapeutycznej, często obsadzone instrumentami muzycznymi. Moja praca reparacyjna trwa jedynie 1,5 godziny dla jednego pacjenta i odbywa się na tle i przy udziale grupy. Zgodnie ze strukturą psychodramy Morenowskiej po przejściu przez fazę katharsis – wyrażenia emocji negatywnych do osób znaczących i niekiedy rówieśników, następuje praca w tzw. „poszerzonej rzeczywistości”, w której uzupełnia się deficyty, i przywraca właściwą strukturę rodziny, w której wyrażany jest żal, ale dorosłe dzieci otrzymują wsparcie, obdarzane są bliskością, ciepłem i miłością, uczuciami pochodzącymi z „dobrej i zdrowej części” rodziców. Są także przytulane przez osoby odgrywające role ich rodziców, o ile tego potrzebują i chcą. Wychodząc z Sali zabierają ze sobą „na życie”, jako pewnego rodzaju model – „dobry i prawidłowy obraz rodziny”, w którym ojciec np. jest wzmocniony jako mężczyzna, a matka jako kobieta i w którym pozostają w bliskiej relacji, której nigdy dotąd nie widzieli u swoich rodziców. Wiedzą jednak o tym, że w życiu realnym mogą nie spotkać się z takim obrazem. W związku z tym pozytywnym obrazem, który sami tworzą, zgodnie ze swoimi potrzebami, w zakończeniu sesji przeżywają uczucia ulgi, bliskości, a nawet błogości<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Galińska, E. (2003). Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „portretu muzycznego” (PM), *Psychoterapia*, 1 (124), 19-40. Galińska, E. (2004). Elementy reparacji w psychodramie i w muzykoterapii według teorii Melanie Klein. *Psychoterapia*, 4 (131), 17-28.

Tymczasem Nicolosi prawdopodobnie pracuje na dłuższej przestrzeni czasowej, jak to zwykle ma miejsce w psychoterapii analitycznej, o czym jednak nie pisze w książce. I wtedy bliski kontakt z terapeutą np. dwuletni może dostarczać klientowi wym. wyżej pozytywnych uczuć, przeżywanych przez moich pacjentów w „poszerzonej rzeczywistości”. Jest on przeciwny temu, żeby terapeuta przytulał klienta (z czym także się zgadzam). Zresztą nie ma on żadnej możliwości, pracując w terapii indywidualnej, ażeby zrealizować taką potrzebę klienta. Nicolosi podaje wprawdzie w przypisach do rozdziału IX-go, że jego klienci mają ogromną potrzebę bycia przytulonymi, ze względu na to, że nigdy tego nie otrzymali od ojców, ale racjonalizuje sobie tę niemożność spełnienia potrzeb klienta tłumacząc, że jest to potrzeba regresji, i że wzmacnia ona poczucie zależności i słabości. Moje doświadczenia kliniczne wskazują na coś wręcz przeciwnego. W psychodramach regresywnych, gdy protagonista na scenie cofa się do wieku 3 lat, 10 lat itp. dopiero uzupełnienie deficytu bliskości miłości, czyli wyrażenie tych uczuć przez rodziców, wraz z przytuleniem i innymi działaniami reparacyjnymi, jest czynnikiem leczniczym, niekiedy natychmiastowego powrotu (a nawet przeskoku) do obecnego, dorosłego wieku. Wiek i stan emocjonalny protagonisty są wskaźnikami reparacji. Jeśli protagonista nie rozwija się i pozostaje nadal w wieku dziecka, oznacza to, że reparacja nie zachodzi, że psychodrama jest źle prowadzona przez terapeutę. Nie stosuje się najczęściej przytulenia, gdy było molestowanie ze strony rodzica, który przekraczał granice ciała dziecka. Protagonista jest zawsze pytany przeze mnie, czego chce i czego potrzebuje; nigdy nie stosuje się przytulenia bez jego zgody. A zatem wprost przeciwnie niż obawia się Nicolosi, zastosowania pozytywnych przekazów zarówno słownych, jak i cielesnych od rodziców, pozwala dorosnąć „dorosłemu dziecku” i pozwala mu uniezależnić się i odejść z domu. Zostaje ono wyposażone na nową drogę i czuje się na niej dzięki temu bezpiecznie.

Nicolosi sygnalizuje, że zagadnienie uzupełnienia deficytu kontaktu cielesnego z ojcem jest obecnie przedmiotem dyskusji i ma coraz więcej zwolenników.

Kończąc prezentację książki wspomnę, że w części dotyczącej leczenia Nicolosi zawiera rozdziały poświęcone uczeniu się nawiązywaniu przyjaźni z mężczyznami i przechodzeniu od eros do filia (braterstwa), a także dotyczące relacji z kobietami: uczenia się jak ufać kobiecie, jak stawiać granice, jak nie tracić autonomii, jak wychodzić z inicjatywą, jak przeżywać intymną relację. Książka wprowadza też wątek psychoedukacyjny dla rodziców w rozdziale pt. „Doradzanie nastolatkom”. W zakończeniu udostępnia technikę EMDR desensytyzacji za pomocą ruchu gałek ocznych, stosowaną

w pracy z traumą. Książka zawiera wiele wykresów i rysunków oraz ogromne bogactwo protokołów z sesji terapeutycznych, które stanowią na bieżąco egzemplifikację omawianych przez Nicolosiego zagadnień teoretycznych. Bardzo cenne są ponadto mapy „ucieleśnionych emocji”.

Książka Nicolosiego nie obiecuje obowiązkowo zajścia zmiany orientacji seksualnej u klienta po terapii reparacyjnej. Ale w żadnej psychoterapii nie obiecuje się, że pacjent uzyska absolutnie to, czego oczekuje. Proces zdrowienia i zmian jest procesem złożonym, zależnym od konfiguracji wielu czynników. Nie oznacza to jednak, że nie należy go podejmować. Istnieje bardzo wiele terapii, borykających się z trudnościami w leczeniu (alkoholizm, narkomania, czy zaburzenia odżywiania), ale mimo to, nie rezygnuje się z ich stosowania.

Należy jednak podkreślić, że koncepcja terapii reparacyjnej Nicolosiego prezentowana w omawianej tu książce dotyczy niechcianego, ego-dystonicznego homoseksualizmu, sprzed fazy identyfikacji płciowej, podczas gdy wobec osób z homoseksualizmem ego-syntonicznym stosowana jest terapia afirmacyjna.

Warto wspomnieć, że ostatnio zaprezentowałam książkę Nicolosiego zespołowi psychoterapeutycznemu Kliniki Nerwic w Warszawie Instytutu Psychiatrii i Neurologii i została ona przyjęta z dużym zainteresowaniem. Dopytywano o możliwość dotarcia do niej. Sądzę, że ta reakcja najwyższej klasy fachowców swojej dziedzinie, powinna zachęcić do przeczytania książki, zarówno psychoterapeutów, jak i ich klientów.

Elżbieta Galińska

*dr n. hum. E.Galińska – od 1983 r. adiunkt w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, psychoterapeuta certyfikowany przez SNP PTP (sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), terapeuta i trener psychodramy (międzynarodowy certyfikat Psychodrama Institut fur Europa).*