

Adam Kuśnierzowski

DONIESIENIE Z TERAPII — PERSPEKTYWA RELACJI Z OBIEKTEM

A THERAPY REPORT VIEWED IN THE PERSPECTIVE OF THE OBJECT RELATION THEORY

Krakowski Ośrodek Terapii
Dyrektor: mgr Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

**borderline personality
relation with an object
individual psychotherapy**

Autor przedstawia pierwszy rok pracy psychoterapeutycznej z 20-letnim mężczyzną cechującym się strukturą osobowości typu borderline z silną skłonnością do samouszkodzających acting-outów. Opis związku terapeutycznego z uwzględnieniem zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia jest podstawą do analizy pierwotnych relacji pacjenta z częściowymi obiektami oraz ich wpływu na jego interpersonalne funkcjonowanie.

Summary: The author presents first the year of psychotherapeutic work with a 20 year-old patient with a borderline personality organisation and the tendencies of self-destructive behaviours. On the base of transference — countertransference relation and biographical data, he attempts to show and analyse the importance of the original relations with partial objects in the intrapsychic life of patient and also in his interpersonal functioning.

„Pierwsze (nie zapowiedziane) spotkanie miało miejsce w sekretariacie, gdzie uzgodniłszy termin konsultacji. Podczas tego krótkiego kontaktu Mariusz wyraził chęć i zadowolenie z możliwości podjęcia terapii. Pamiętam, że chciał powiedzieć mi jak najwięcej o sobie. Miałem wrażenie, że pochłaniał wtedy całą moją uwagę i wydawało się, że niemożliwy w tej sytuacji był mój powrót do obowiązków. Przerwałem to nie zaplanowane spotkanie, aby zająć się oczekującym pacjentem. W moich myślach i uczuciach pozostał jednak ślad czegoś, co pozostawił Mariusz — coś na kształt oczekiwań, że doskonale go zrozumiem i w pełni zaspokoje jego pragnienia...”¹

Mariusz, zgłaszając się do Krakowskiego Ośrodka Terapii w połowie maja 2001 roku, miał 20 lat. Był uczniem II klasy szkoły zawodowej o profilu odzieżowym. Wcześniej uczęszczał do „budowlanki”, jednak ze względu na częste absencje i kłopoty w nauce musiał zmienić miejsce edukacji. Kłopoty w szkole zaczęły się od samego początku „podstawówki”. Mariusz miał zdiagnozowaną dysleksję. Korzystał również z pomocy logopedy ze względu na niewyraźną mowę oraz jąkanie się. Głównym problemem w szkole była

¹ Notatka własna sporządzona po spotkaniu z pacjentem.

jednak jego agresja w stosunku do rówieśników. Często czuł się jak osoba prześladowana przez kolegów — był przezywany, wyśmiewany, efektem czego były dwojaki zachowania: bądź to ucieczka i odreagowanie w ruchu (bieg, samotna gra w piłkę), bądź bójki, w których tracił zupełnie kontrolę.

Mariusz wychowywał/wychowuje się w tzw. rozbitej rodzinie. Ma młodszego o 4 lata brata. Matka zajmuje się handlem oraz rzemiosłem (krawcowa z niepełnym średnim wykształceniem). Ojczym pracuje z matką. Rodzice wzięli rozwód, gdy Mariusz był w końcowych klasach szkoły podstawowej. Wtedy też pojawił się w domu konkubent matki, obecny ojczym. Ojciec znęcał się fizycznie nad rodziną. Często nadużywał alkoholu, stawał się wtedy podejrzliwy i agresywny. Sprawa rozwodowa rozpoczęła się, gdy Mariusz był w II klasie szkoły podstawowej. Ciągnęła się zatem kilka lat. Cały ten okres mieszkali razem.

Mariusz jest wysokim, dobrze zbudowanym, wysportowanym mężczyzną. Ma zdecydowaną, wyraźną gestykulację. W jego twarzy odmalowane są bardzo silne uczucia, coś na kształt zaciętości, wrogości.

W trakcie pierwszej sesji Mariusz siedział na skraju fotela, w pozycji pochylonej ku mnie z wyraźnym napięciem w ciele. Sprawiał wrażenie, jak gdyby powstrzymywał jakieś bardzo silne uczucia. Bardzo dużo mówił, nie pozostawiając miejsca dla moich komentarzy. Na próby klaryfikowania wnoszonych przez niego treści reagował silną złością. Problemem, z którym zgłosił się na terapię, były trudności w kontaktach z rówieśnikami, w szczególności zaś poczucie bycia od nich gorszym. Wspominał, że czuje się silniejszy, większy od kolegów, sądził jednak, że oni mają przeciwne zdanie. Zachowaniem, którym, jak mówił, próbował wzmacniać swoją wartość było bieganie. Często doprowadzało ono jednak do wyczerpania organizmu oraz silnego bólu, zdarzało się bowiem, że treningiem powodował uszkodzenia mięśni. W sytuacjach, gdy wysiłek fizyczny nie dawał ukojenia, chodził na most, gdzie odnajdywał „radość” w myślach o samobójstwie.

Mariusz był wyraźnie niezadowolony z pierwszej sesji. Wprost wyraził swoje rozczarowanie oraz zaprzeczył jakoby terapia mogłaby mu w ogóle pomóc. Dewaluacja spotkania nie była dla mnie zbyt zrozumiała. Zestawiając jednak moje przeżycia z pierwszego kontaktu z Mariuszem w sekretariacie z przebiegiem sesji odniosłem wrażenie, że rządzą nim na przemian dwa sprzeczne ze sobą porządki. W jednym (w sekretariacie) byłem obiektem idealnie dobrym, do którego adresowane były niezaspokojone pragnienia oraz nadzieja na ich spełnienie. W drugim (pierwsza sesja) stałem się obiektem frustrującym. Wskazywało to najprawdopodobniej na splitting, jaki pomieszczał w sobie pacjent.

Był to już jakiś krok w rozumieniu. Niejasne jednak ciągle pozostawały natura pragnień pacjenta oraz charakter zagrożenia. Pomocne w tym obszarze wydało się drążące mnie uczucie lęku, jakoby miał utracić Mariusza — z jednej strony pacjenta „trudnego”, z drugiej, z jakichś powodów, ważnego. Nasunęło to hipotezę, iż być może sama bliskość była przeżywana przez niego raz jako dająca satysfakcję, raz jako niebezpieczna. Znaczący wydawał się również wyłaniający się destrukcyjny stosunek Mariusza do własnego ciała. Na trzy kolejne sesje przybiegał z odległych rejonów miasta. Był bardzo spocony, pot wręcz spływał po nim strugami, trudno mu było wyrównać oddech. Twierdził, że ma za szerokie biodra, że w celu poprawienia sylwetki używałby sterydów — powstrzymywał go jedynie lęk przed wypryskami. Pojawiły się fantazje, iż jest ktoś lub jakaś siła, która chce go

zniszczyć. Mówił również, iż w autobusie pojawia się nieraz strach, że ktoś wbije mu nóż w plecy. Ostatnio nakrzyczał na nauczycielkę za to, że patrzy na niego jak na zwierzę.

Stawało się jasne, że Mariusz konfrontuje się z niszczącym, złym, wewnętrznym obiektem. Ilustracją niech będzie sen wprowadzony spontanicznie przez niego na czwartej sesji. Relacjonował:

„Szedłem przez ciemny las. Nagle przede mną wyłonił się dom okrążony murem. Wszedłem do środka. Miałem wrażenie, że schodzę w dół. Znalazłem się w mrocznym pomieszczeniu, którego ściany były z luster. Na jego końcu siedziała ładna, trzydziestoletnia kobieta o kruczoczarnych włosach. Jej odbicie w zwierciadle było obrazem starości i brzydoty. Zobaczyłem w lustrze, jak odpadają mi kawałki ciała. Kobieta nagle rzuciła się na mnie. Zmieniła się w wielkiego skorpiona, którego z trudem udało mi się wrzucić pod stół. Wyszedłem stamtąd. Wydawało się, że poruszam się w górę. Znalazłem się na piętrze, w jasnym pokoju z ogromnym łóżem. Przez okno widać było spacerujących ludzi i bawiące się dzieci. W łóżku dostrzegłem trzy identycznie wyglądające kobiety, różniły się jedynie wzrostem. Miałem uczucie, że dwie z nich są dla mnie nieprzychylne, trzecia sprawiała wrażenie dobrej. Wciągnęły mnie do łóżka. Nagle zrobiło się ciemno. Byłem przerażony... Odzyskałem przytomność na trawie, poza murami domu. Byłem cały we krwi, nie miałem jednak na sobie śladu najmniejszego zranienia. Całe górne piętro budynku było zniszczone, pozostały zgliszcza i rozrzucone belki. Poszedłem przed siebie do lasu. Robiło się coraz ciemniej”.

Sen ten potwierdził moje wcześniejsze przypuszczenia co do splittingu pacjenta, jasne zatem stawało się, że i ja, tak jak nauczycielka czy pasażerowie autobusu, jestem ekranem dla projekcji jego częściowych obiektów. W jego przeżyciu musiałem się więc jawić raz jako spełniający pragnienia, a raz jako je frustrujący. Z tego też powodu, wydaje się, nie pozostawił mi czasu na skomentowanie marzenia sennego; prezentację skończył, gdy minął czas spotkania, obawiając się zapewne, że interpretacja będzie stanowiła dla niego jakieś zagrożenie. Jeśli tak, to podobnie jak we śnie, gdy zniszczył „całe piętro”, przeżył w relacji ze mną własną omnipotencję, pozwalającą mu na kontrolowanie dobrych i złych introjektów umieszczonych w mojej osobie. Dało mi to możliwość zrozumienia, jak silne mogą być jego manipulacje, mające skłonić mnie do zaspokajania jego pierwotnych pragnień.

W roku szkolnym, kiedy Mariusz zgłosił się do ośrodka, odbyło się pięć sesji. Objasniałem podczas ich przebiegu zaprzeczanie ambiwalencji, idealizację i dewaluację ujawniającą się w relacji terapeutycznej oraz lęk przed bliskością. Starłem się również kontenerować wrogość i ujawniać ją pacjentowi w bardziej przetworzonej formie.

Po pierwszych pięciu spotkaniach złożyłem Mariuszowi propozycję zagęszczenia kontaktu do dwóch spotkań tygodniowo. Zgodził się i bez zapowiedzi przerwał kontakt na dwa miesiące.

Na podstawie pierwszego okresu relacji z pacjentem zbudowałem pewien zarys jego rozumienia. Oczywiście było, że struktura jego osobowości wywodziła się z okresu przedypalnego. Dodatkowo, jego zniknięcie sugerowało, iż splitting rozgrywany był między symbiotycznymi pragnieniami totalnego zaspokojenia a silnym lękiem przed fuzją. Pacjent wystraszył się bliskości, która najprawdopodobniej w jego odczuciu byłaby zlanie się z symbiotycznym, pochłaniającym obiektem. Z drugiej strony powstał w nim lęk związany z utratą mojej osoby, a raczej introjektu „dobrej piersi”, co przejawiało się jego okresowymi

wizytami w ośrodku, jednak tylko pod warunkiem mojej nieobecności. Świadczyłoby to o przeżywaniu mojej osoby raczej w kategorii spełniania pewnej funkcji, zaspokajania potrzeb, samo zaś przychodzenie podczas mojego urlopu nosiło znamiona budowania omnipotentnej kontroli nad obiektem.

Ważne w powyższej perspektywie wydaje się to, iż pacjent przejawiał niską odporność na frustrację, na którą reagował dewaluacją, uczuciami strachu i wściekłości, oraz używał pierwotnych mechanizmów obronnych: począwszy od rozszczepienia, projekcji przez projekcyjną identyfikację, prymitywną idealizację aż po zaprzeczanie [1]. Ujawniał także splitting w atakach na swoje ciało, w którym raz było ono przeżywane jako źródło narcystycznej gratyfikacji, w innym przypadku jawiło się jako przyczyna niemocy. Reasumując, postawiłem hipotezę diagnostyczną, wskazującą na organizację struktury osobowości typu borderline.

Po przerwie w kontakcie Mariusz przyszedł odmieniony. Wydawał się spokojniejszy i bardziej stabilny emocjonalnie. Okazało się, że podczas wakacji pracował w drukarni. Na spotkaniach ujawniał złość do autorytetów (rządu, państwa) w związku z trudnościami w zdobyciu zatrudnienia. Zaczął interesować się polityką i problematyką społeczną. Mówił, iż obecnie w jego życiu ważne jest, by rozwijać swój światopogląd. Wspominał, że rzadziej trenuje. Przez dłuższy czas nie zdarzyło się również, by przybiegał na sesje.

Miałem wrażenie, że „kontrolowana separacja” zwiększyła w nim poczucie autonomii i sprawstwa — pracował, zdał zaległy egzamin z rosyjskiego, otrzymał odroczenie z wojska. W treści spotkań zaczął przewijać się zasygnalizowany przed przerwą temat ojca. Opowiadał o sytuacjach, gdy był przez niego bity. Jego stosunek do tej przemocy był jednak chwiejny. Raz wspominał, że był wręcz katowany, innym razem mówił, że przecież nie było to nic strasznego. Wydawało się, że jest uwięziony między potrzebą wyrażenia żalu, złości i smutku w stosunku do ojca a pragnieniem identyfikacji z dobrymi aspektami jego obrazu.

Na jednej z sesji powiedział, iż potrzebuje na co dzień męskiego wsparcia i rad. Z wściekłością zaznaczył, że ze względu na moją rolę nie mogę mu tego dać, więc nasze dalsze spotkania nie mają sensu. Skomentowałem to jako realną tęsknotę i pragnienie, by objaśniano mu świat, kładąc przy tym silny nacisk na złość do rodziców wyrażającą się w chęci wykorzystywania i poniżania ich. Odczułem intuicyjnie, że to jeden z tych momentów, w których pacjent zaprasza mnie do złamania zasad psychoterapii.

Na kolejnych spotkaniach Mariusz opowiadał o coraz częstszych kontaktach z dziewczynami. Wcześniej raczej ich unikał. Obawiał się, że jest dziwny, może chory psychicznie, i z tego powodu zostanie wyśmiany. Brakowało mu jednak związku. Zaczął spotykać się z jedną z koleżanek ze szkoły. Spędzali dużo czasu na spacerach, czasem biegali. Mariusz wspominał, że po prostu musiał chodzić. Wraz z rozwijaniem się relacji z dziewczyną narastało w nim doznanie braku uczuć w stosunku do niej. Niepokój ten sięgnął zenitu, gdy pierwszy raz spróbowała go pocałować. Mariusz przeżył wtedy poczucie pustki. Jak później to nazwał — doświadczył wewnętrznej martwoty. Zacząłem podejrzewać, że obawiał się, by również dziewczyna, przez obcowanie z nim, nie stała się martwa. Podzieliłem się tym z nim. Jednak dopiero około czterech miesięcy później zrozumiałem to pełniej. Okazało się, że uczucia te miały na celu ochronienie obiektu, pacjent przeżywał bowiem lęk przed jego zniszczeniem przez jego wewnętrzny zły introjekt.

W ósmym miesiącu terapii, w okresie ferii bożonarodzeniowych, pacjent wprowadził treść kolejnego snu. Była ona następująca:

„Przede mną był nasyp kolejowy. Chciałem przejść na drugą stronę, wszedłem na niego jednak. Nie mogłem się przedostać, bo zaczęły jeździć pociągi. Rzucałem się pomiędzy nimi, aby uniknąć wypadku. Wróciłem na dół. Zobaczyłem, że pod nasyp prowadzi jakiś tunel. Spotkałem tam dwoje starszych ludzi. Nie wiem, jakiej byli płci. Schodziliśmy razem w dół. Znaleźliśmy się w pięknej komnacie, w której był barek z jedzeniem i napojami. Zacząłem jeść. Starsi ludzie zakazywali mi tego, mówili, że wszystko na pewno jest zatrute. Ja dalej jadłem ze smakiem i nic złego się ze mną nie działo. Poszliśmy dalej, do sali, gdzie małe dzieci pod nadzorem młodzieży cięły piłami drewniane drągi. Wszyscy świetnie się przy tym bawili. Przypominali trochę obóz harcerski. Bałem się, czy nie zrobią sobie krzywdy”.

Sen ten był zupełnie inny od opowiedzianego na początku terapii. Miałem wrażenie, że został poddany pracy marzenia sennego — nie był tak dosłowny i wprost. Moje emocje, które towarzyszyły jego prezentacji przez Mariusza wahały się między radością a satysfakcją. Widziałem również wiele alternatyw konceptualizacji ujawnionych treści. Przede wszystkim rozumiałem go jako transformację pierwotnych, paranoidalnych lęków pacjenta w dojrzałe lęki kastracyjne. W samym komentarzu ująłem chęć Mariusza do dalszego rozwijania związku terapeutycznego oraz zgodę na przyjmowanie ode mnie interpretacji.

W dziewiątym miesiącu spotkań Mariusz został wyrzucony z domu przez matkę. Jak opowiadał, rano pokłócili się, gdy zaś wieczorem wrócił ze spotkania z dziewczyną, zastał drzwi zamknięte, z kluczem w zamku. Noc spędził na schodach. Rano, gdy ojczym wyszedł, próbował wejść do mieszkania. Usłyszał przez drzwi, żeby się wynosił. Na sesji wskazałem mu miejsce, gdzie może próbować załatwić sobie nocleg, oraz wyznaczyłem termin dodatkowej konsultacji, uznałem bowiem, że realna interwencja jest w tym trudnym momencie jego życia zasadna. W komentarzach ograniczyłem się do klaryfikacji przeżywanych przez niego uczuć.

Mariusz spędził 5 dni poza domem. Wrócił po ingerencji pedagoga szkolnego. Spotkałem się z jego matką. Zaproponowałem jej wspierający kontakt z psychologiem. Nie skorzystała jednak z tej oferty. Po powrocie do domu Mariusz rozdarty był między poczuciem winy wobec matki a doznaniem zranienia jego męskości. Przestał się kłócić i „dyskutować” z rodzicami. Zrezygnował ze spotkań z koleżanką. Wydawało się, że wycofał całą swoją aktywność z relacji pozarodzinnych. Sprawiało to wrażenie reparacji symbiotycznej relacji [2], w której winą okupywał przeżycie ataku na pierwotną więź. Na nowo zaczął rozgrywać swoje uczucia poprzez bieganie. Wrócił do starych, sprawdzonych sposobów radzenia sobie z wewnętrznym złym obiektem. Robił to jednak rzadziej. Odnosiłem wrażenie, że był w stanie zapanować nad własną impulsywnością.

Przez kolejne trzy miesiące główną treścią spotkań stała się fabuła gier komputerowych. Mariusz cały swój czas spędzał przed monitorem. Miałem wrażenie, że teraz w świecie *fantasy* rozgrywa swoją wewnętrzną walkę. Szczególną uwagę poświęcał charakterystyce postaci, w które się wcielał. Były to osoby silne i sprawne fizycznie, nie miały jednak zbyt wysokiej inteligencji, nie umiały także posługiwać się magią. Miałem intuicję, iż Mariusz w tych symbolicznych zabiegach stara się zdobyć panowanie nad własną impulsywną

cielesnością. Podczas rozgrywki często gromadził różne przymioty i dobra. Miał jednak trudność w spożytkowaniu ich, co często prowadziło do przegranej. Przypominało to analne, kompulsywne wstrzymywanie się, w którym kontrola dawała satysfakcję. Komentowałem to. Przypomniałem sobie również, że podczas nieobecności w domu, kiedy matka go wyrzuciła, cały dzień był w stanie wstrzymać moc. Pojawił się również u niego niepokój związany z zaburzeniami wytrysku. Wspominał, że jego sperma czasami po prostu wypływa. Wprowadzenie przez pacjenta problematyki analno-uretralnej rozumiałem, z jednej strony, jako jego regresję po kolejnej próbie separacji, z drugiej — miałem intuicję, iż jest to obszar, w którym kompulsywnie mobilizuje siły, poszukuje swojej sprawczości, by znowu zawalczyć o autonomię.

W 11–12 miesiącu terapii nasilił się widoczny już wcześniej rys depresyjny pacjenta. Na sesjach opowiadał o niecodziennych sytuacjach, które ciągle mu się przydarzały. Raz był świadkiem kradzieży torebki młodej kobiety. Kiedy gonił sprawcę, złapał go jakiś przechodzień, myśląc go ze złodziejem. Innym razem, wracając do domu, przyłapał mężczyznę włamującego się do samochodu ojczyma. Zaczął się z nim szamotać. Przestępca miał młotek i nóż. Zdarzyło się również, że spóźnił się 30 minut na sesję — okazało się, że w tramwaju pijany mężczyzna uderzył go w twarz. W tym okresie dwa razy przybiegł do ośrodka, trenowanie jednak nie przynosiło ulgi, nie był zadowolony z efektów. Startował w zawodach. W jednym z biegów musiał zatrzymać się, wymiotował, w rezultacie przybiegł przedostatni. Innym razem poddał się już na początku. Miałem wrażenie, że pragnie, by ochronić go przed jego niszczącym wewnętrznym obiektem. Ilustracją niech będzie sytuacja, kiedy w drodze do ośrodka przewrócił się i mocno rozbił sobie kolano. Spóźnił się wtedy. Z roszczeniem w głosie poprosił o środek dezynfekujący. Na sesji, jak gdyby nigdy nic, z uporem dłubał palcami w ranie. Na jego twarzy pojawiał się grymas przypominający uśmiech.

Na spotkaniach odbywających się w tym czasie Mariusz zasygnalizował, iż wróciły mu myśli o samobójstwie. Pojawił się również niepokój, że w dzieciństwie mógł zabić chłopaka z podwórka. Przypomniał sobie sytuację z piaskownicy, gdzie bawił się samochodem. Miał wtedy 5 lat. Dużo starszy kolega zabrał mu auto. Mariusz uderzył go w głowę metalowym przecinakiem, który leżał nieopodal. Nie widział chłopca już nigdy.

Rozumiałem teraz siłę obiektu prześladowczego uwewnętrznionego w Mariuszu. Nie tylko niszczył siebie, obawiał się również, że unicestwi mnie — dobry obiekt. Jego autodestrukcja byłaby więc próbą ochrony relacji. Sytuację tę należy jednak ująć w szerszym kontekście, nie bez znaczenia było bowiem, iż Mariusz kończył właśnie szkołę zasadniczą. Stało zatem przed nim zadanie wejścia w dorosłe życie. Obawiał się, że sobie nie poradzi. Z drugiej strony matka wzmacniała ten lęk. W tajemnicy przede mną próbowała załatwić mu rentę psychiatryczną, „by zapewnić mu przyszłość”. Depresja Mariusza miała więc silny związek z antycypacją separacji i z lękami z nią związanymi. Nie mogłem jednak wykluczyć, mając na uwadze historię jego acting-outów, iż zrealizuje swoje autodestrukcyjne fantazje. Zagęściłem spotkania do dwóch sesji tygodniowo, aby móc na bieżąco omawiać jego ówczesną problematykę. Zdawałem sobie sprawę, że stałem się bardziej realnym obiektem podtrzymującym, a skoro tak, to być może w fantazjach pacjenta również łatwiej do manipulowania. Okazało się, że na tym etapie terapii Mariusz był już

w stanie znieść bliskość związaną z częstszym kontaktem ze mną...

Przedstawiony materiał ukazuje, jak ważna w pracy z pacjentami o strukturze osobowości typu borderline jest konceptualizacja ich przetrwałych, pierwotnych relacji z częściowymi obiektami. Wydaje się, że bez wsparcia ze strony teorii relacji z obiektem trudno byłoby zrozumieć wczesnodziecięce, skrajne pragnienia i lęki pojawiające się w przeżyciach tych pacjentów. Umknęłaby zatem cała swoistość gry toczącej się na granicy życia i śmierci, w której raz po raz chęć pełnego oralnego zaspokojenia i sytości ustępuje miejsca panice związanej z fantazją o zniszczeniu źródła pokarmu, a co za tym idzie — i siebie.

W zetknięciu z tak pierwotną problematyką często trudno jest sobie radzić z bardzo silnymi uczuciami pojawiającymi się w relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Masowo doświadczane wrogość, wściekłość, pierwotne lęki, przerażający strach, wraz z potrzebami idealizacji i dewaluacji, niejednokrotnie nabierają wymiaru realnie obecnych — proporcjonalnie do siły projekcyjnej identyfikacji. Postawa rozumienia, choć nie tylko ona, daje szansę terapii na stanie się dobrym kontenerem dla rzeczywistości intrapsychoicznej pacjentów [3]. Wraz z empatyzującą postawą terapeuty, stwarza możliwość wytworzenia związku terapeutycznego, w którym terapeuta, na wzór dobrej matki, jest w stanie przetwarzać prymitywne impulsy pacjentów, objaśniać świat i stymulować do dalszego rozwoju, a więc również frustrować. W tym ostatnim terapeuta pełni również funkcję ojca — elementu depsychotyzującego symbiotyczną diadę matka–dziecko [4].

Ze względu na charakter niniejszej pracy, pominięty w komentarzach został wątek konfliktowości popędowej prezentowanego pacjenta. Podkreślić należy, iż odgrywa on znaczącą rolę w obrazie klinicznym Mariusza. Za Eriksonem [5] można wskazać, iż przy tym poziomie zaburzenia ciągle nie dokończone pozostają wszystkie podstawowe zadania rozwojowe pierwszych sześciu lat życia — „ja jestem” (oralność), „ja mogę” (analność) oraz „jestem chłopcem, dziewczynką” (faza edypalna).

W obecnym okresie terapii szczególnie problematyka triangulacyjna pacjenta zajmuje pierwszoplanowe miejsce, gdzie gros wnoszonych treści odnosi się do silnych lęków kastracyjnych oraz prohibicji jego fallicznej agresji.

Piśmiennictwo

1. Kernberg O F. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York; 1976.
2. Winnicott D W. Dziecko, jego rodzina i świat. Warszawa; 1993.
3. Simo J. O uzdrowieniu nieznośnego żalu Ewy. Uwagi na temat funkcji kontenerującej i kontenerowania według Biona. Dialogi 2001; 3–4: 36–42.
4. Schon L. Synowie i ojcowie. Tęsknota za nieobecnym ojcem. Gdańsk: GWP; 2002.
5. Erikson E H. Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań: Rebis; 2000.

Adres: Krakowski Ośrodek Terapii

