

PSYCHOTERAPIA 1 (144) 2008

strony: 43–54

Maciej Musiał

ODZYSKIWANIE UTRACONYCH CZĘŚCI SIEBIE W PROCESIE TERAPII PSYCHOANALITYCZNEJ

THE RECOVERING OF LOST PARTS OF THE SELF IN THE PROCESS OF PSYCHOANALYTIC THERAPY

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej

Autor przedstawia przebieg terapii głęboko zaburzonej depresyjnej pacjentki. W jego przekonaniu jest jedna technika psychoanalityczna, jakkolwiek są różne poglądy na temat czynników leczących. Praca terapeutyczna ilustruje terapeutyczne działanie: wglądu, settingu, korektywnego doświadczenia emocjonalnego i identyfikacji z obiektem kontenerującym. Te czynniki umożliwiają odzyskiwanie utraconych części siebie w procesie terapii psychoanalitycznej.

Psychoanalytic technique

Summary: The author presents clinical material of his work with a deeply disturbed patient with depressive symptoms. He presumes that there is one psychoanalytic technique although there are various conceptualizations of what it cures. The therapeutic work illustrates the curing factors: insight, setting, corrective emotional experience and identification with the containing object. Those factors enable the recovering of lost parts of the self in the process of therapy.

Technika psychoanalityczna jest jedna, choć istnieją różne konceptualizacje tego, co leczy. Zygmunta Freuda podkreślał, że w psychoanalizie — będącej teorią osobowości, metodą psychoterapii i instrumentem badania naukowego — leczenie jest badaniem i odkrywaniem. Badanie i odkrywanie modyfikuje objawy choroby, osobowość pacjenta rozwija się i reorganizuje [1].

Hanna Segal [2] twierdzi, że gdy w ten sposób będziemy rozumieć naszą praktykę, uznamy wgląd, uzyskany przez pacjenta w przeniesieniu dzięki interpretacji, jako podstawowy czynnik leczący. Wgląd jest leczący, ponieważ prowadzi do odzyskania i ponownej integracji utraconych części ego, umożliwiając normalny rozwój osobowości i bardziej adekwatną percepcję rzeczywistości. Wiedza zastępuje wszechmoc pacjenta i dlatego umożliwia radzenie sobie z uczuciami i światem zewnętrznym w bardziej realistyczny sposób [2].

Przypisuje się także walor leczący settingowi oraz zasadom postępowania terapeutycznego, co wynika m.in. ze wzajemnego powiązania etyki, techniki i teorii psychoanalitycznej tworzącego spójną całość, która służy psychicznej zmianie pacjenta [1]. Podkreślana jest wartość korektywnego doświadczenia emocjonalnego polegającego na nieidentyfikowaniu się terapeuty z projekcjami części self czy wewnętrznych obiektów pacjenta i niereagowaniu na nie. Identyfikacja pacjenta z obiektem kontenerującym i innymi funkcjami psychicznymi widzianymi w terapii także postrzegana jest jako lecząca.

Istnieje również pogląd, że gdy niewystarczająca okazuje się technika klasyczna, należy wprowadzić jej modyfikacje (np. formy wsparcia) i powrócić do interpretacji, gdy tylko to stanie się możliwe. Modyfikacje nie leczą, ale pozwalają utrzymać terapię — powiadają ich zwolennicy.

Gdy celem pracy jest odkrywanie i badanie preedypalnych poziomów psychiki, destruktywnych i libidynalnych jej obszarów, pierwotnych mechanizmów obrony wymagających relacji z kontenerującym obiektem — modyfikacje techniki są najczęściej wyrazem bezradności terapeuty, jego braku rozumienia pacjenta oraz przeciwprzeniesieniowych uczuć, których nie jest w stanie przekształcić w interpretację.

Betty Joseph [3] podkreśla, że przeciwprzeniesieniowe reakcje terapeuty zawsze w jakimś stopniu związane są z psychiką pacjenta i mogą służyć jego zrozumieniu.

Klasyczna psychoanaliza Freuda, w której centralne miejsce zajmowała problematyka edypalna, skierowana była do pacjentów z górnej części skali psychopatologii, charakteryzujących się silnym ego i zdolnością do myślenia zgodnie z procesem wtórnym.

Melania Klein udostępniła naszej świadomości wewnętrzną rzeczywistość preedypalną, wraz z funkcjonowaniem pierwotnych mechanizmów obronnych: rozszczepienia, projekcji, introjekcji, identyfikacji projekcyjnej, oraz wewnętrzny świat lęku prześladowczego, zawiści, sadystycznych fantazji. Wraz z rozwojem warsztatu psychoanalitycznego interpretacje zaczęły obejmować te podstawowe przeżycia i mechanizmy obrony. Otworzyła się możliwość pracy z pacjentami głębiej zaburzonymi, opartej na związku z kontenerującym obiektem [4, 5, 6].

Jak podkreśla John Steiner [7] pacjent taki nie jest zainteresowany rozumieniem siebie, lecz chce, aby terapeuta go rozumiał. Rzeczywistość jest dla niego bolesna i prześladowcza. On nie tyle mówi o myślach samobójczych, rozpacz, lęku, i o tym, że już nie wytrzymuje terapii i tego, co jest w jego życiu, ile przekazuje te swoje przeżycia niewerbalnie, całym sobą, rozgrywa w działaniu (acting-out). Niechciane i niemożliwe do przeżywania stany psychiczne projektuje w terapeuta i identyfikuje go z tym, co w nim umieścił (identyfikacja projekcyjna). Nie używa słów do komunikowania o sobie [7].

Jak wykazał Bion, pacjent wymaga kontenerowania — przechowania w terapii uczuć i treści nie do zniesienia po to, aby ten przez proces przetwarzania wewnątrz siebie oddał je z powrotem w postaci zmodulowanej, tak jak to się dzieje we wczesnej relacji między matką a dzieckiem [za: 8]. John Steiner uważa, że kontenerowanie zależy od zdolności terapeuty do rozpoznania i bycia z tym, co zostało przez pacjenta wyprojektowane — i nadania tym treściom właściwego znaczenia — oraz użycia interpretacji skoncentrowanej na analityku dającej pacjentowi poczucie bycia rozumianym. Interpretacja skoncentrowana na analityku ma walor kontenerujący, choć jest etapem do osiągnięcia wglądu umożliwianego przez interpretacje skoncentrowane na pacjencie [7]. Wilfried Bion mówił o interpretacji podanej w libidinalnym kontekście jako kontenerującej. Presja niektórych pacjentów, abyśmy przynieśli ulgę i dali poczucie bezpieczeństwa jest tak intensywna, że terapeuta próbuje coś zrobić (acting-out), aby rzeczywistość pacjenta „poprawić”. Czuje się przyparty do muru lub emocjonalnie pochłaniany, czuje się zdominowany przez żądania pacjenta i jeśli nie rozumie, dlaczego tak jest — pozostaje we władaniu tych emocji i broni się, próbując spełnić te żądania. Terapeuta nie może pełnić wtedy funkcji kontenerującej. Traci pozycję terapeutyczną, czyli przestaje realizować podstawowe funkcje terapeutyczne

oparte na zasadach neutralności (bo reguluje własne uczucia), optymalnej frustracji (bo zaspokaja potrzeby pacjenta) oraz nieulegania *furor curandis* (intensywnej chęci wyleczenia go). Wskazanie Biona dla postawy terapeutycznej „bez chęci i bez pamięci” wydaje się wypływać wprost z przestrogi Freuda. Uświadomienie sobie i zrozumienie przez terapeutę zakłóceń umożliwia powrót do pozycji terapeutycznej [1].

Chciałbym przedstawić materiał kliniczny pracy z pacjentką głębiej zaburzoną. Niejednokrotnie przeżywałem w niej trudne chwile w związku z atakami na mnie i terapię, wyrażanymi w formie *acting-outów*, silnego oporu i używania przez pacjentkę identyfikacji projekcyjnej oraz zaprzeczania. Dyskusja i spory na temat tego, co leczy, i sposobu leczenia, stosowania modyfikacji, bądź też nie, które trwają od dziesięcioleci, spowodowały i u mnie wewnętrzne wahania co do zmagania różnych opcji i ciągły wysiłek o właściwy przebieg terapii, nieraz o jej utrzymanie.

Informacje wstępne o pacjentce

Pacjentka A, l. 33, mężatka, dwie córki — zgłosiła stany depresyjne utrudniające jej, a nieraz uniemożliwiające pracę zawodową, opiekę nad dziećmi. Twierdziła, że niczego nie czuje i nie ma potrzeb. Skarżyła się na niemożność porozumienia z mężem w sprawie kontaktów seksualnych w związku z nieodczuwaniem przez nią potrzeby seksualnej. Powiedziała także, że postrzega siebie jako inną, dziwną. Twierdziła: „co dla innych ma sens, dla mnie nie ma”. Pacjentka problemy depresyjne i „z uczuciami” przeżywa od ok. 15. roku życia. Miała za sobą 2 pobyty na oddziale psychiatrycznym na przestrzeni dwóch ostatnich lat przed podjęciem terapii. Przebywała tam z powodu depresji i myśli samobójczych. Zaproponowałem jej terapię o częstotliwości 2 sesji w tygodniu.

Pacjentka wywodzi się z wielodzietnej rodziny i jest najmłodsza wśród rodzeństwa. Wspominała matkę jako obciążoną obowiązkami domowymi i dlatego nie chciała jej kłopotać swoimi sprawami. Często kojarzyła matkę z czynnościami związanymi z karmieniem, gotowaniem, a siebie — z dzieckiem, które „przychodziło do stołówki z kuponem na posiłek”, pośród wielu innych dzieci, niezauważone, nieważne. Widziała matkę jako zrównoważoną, radzącą sobie z problemami, godną szacunku i obciążoną impulsywnymi zachowaniami ojca. Ta lakoniczna uwaga na temat ojca w związku z opisem trudności matki podana na jednej z pierwszych sesji zapoczątkowała ponaddwuletnie milczenie pacjentki na jego temat. Po 2 latach trwania terapii nadal oceniała go jednoznacznie negatywnie — mówiła, że zachowuje się prymitywnie wobec kobiet, podkreślała gwałtowność jego reakcji, upór. Dziwiła się matce, że jest z nim, że nie odchodzi, nie rozwodzi się. Twierdziła, że bycie matki z ojcem przynosi tylko problemy jej samej oraz innym.

Męża widzi jako przychylnego jej i cierpliwego, choć nie ufa jego uczuciom. Twierdzi, że jest zajęty sobą oraz sądzi, że kocha i potrzebuje jej niejako dla siebie, dużo od niej chce seksualnie. Od początku terapii pacjentka wypowiadała się oszczędnie, mówiła powoli, z dużą nieufnością, z niepokojem obserwując moje reakcje na jej wypowiedzi. W ich trakcie robiła pauzy. Nieraz milczała kilka minut. Wydawała się bardzo bierna, oczekiwała mojej aktywności. Komentowała, iż nie chce mówić nieracjonalnie, głupio, pochopnie oraz nie chce się powtarzać. Zdarzało się, że przerywała wypowiedź mówiąc „to bez sensu”. Kiedy pytałem ją o coś, często odpowiadała pytaniem — „o co konkretnie panu

chodzi”, „dlaczego pan o to pyta” lub „co pan ma na myśli”. Na interpretacje reagowała pytaniami o to, co ma zrobić lub „jak to zmienić”. Zadawała ogólne pytania, „teoretyczne”, prowokowała rozmowę na tematy poboczne. Od początku do końca sesji praktycznie nie zmieniała pozycji ciała na fotelu, siedziała prawie nieruchomo nie opierając pleców oraz ramion na oparciach fotela, często patrzyła w dół.

Początkowa faza terapii — rozszczepienie obiektu i zaprzeczanie potrzebom

Na jednej z pierwszych sesji pani A. odebrała mnie jako osobę „stateczną i potrafiącą słuchać”, tak jak jej matka. Pozytywne przeniesienie ze wstępnej fazy terapii, możliwe dzięki rozszczepieniu obiektu — terapeutę, było nie do utrzymania, choć wystarczające do zbudowania dobrego przymierza terapeutycznego. Pacjentka była wtedy punktualna, opłaty za terapię realizowała na bieżąco, z wyprzedzeniem informowała o sporadycznych zresztą absencjach na sesji.

Najpierw przez 6 miesięcy trwania terapii idealizowała matkę, potem zaczęła aktywnie ochraniać jej wizerunek w sobie i przede mną. Mówiła, że nie ma prawa się wypowiadać o niej, bo to mogłoby być krzywdzące. Projektowała na mnie swój krytycyzm wobec matki zaznaczając, że nie chce mówić o niej, bo mógłbym ją źle ocenić. Obawiała się własnych ocen i emocji wobec matki. Utrzymywanie przez pacjentkę takiego obrazu matki (przez rozszczepienie, zaprzeczenie i projekcję) było tym trudniejsze, im bardziej ozywiały się myśli i uczucia żalu, złości i frustracji w związku z coraz intensywniej przez nią wyrażanym poczuciem braku zaangażowania i zainteresowania jej osobą w dzieciństwie.

Według Pani A. jej matka nie była pozbawiona uczuć opiekuńczych; kierowała je na — o rok starszego od pacjentki — kalekiego brata oraz, w mniejszym stopniu, na starsze siostry. Mówiąc inaczej, matka mojej pacjentki, w jej odczuciu, nie okazywała jej zainteresowania i uwagi; obiekt pomijał ją, odrzucał, był niezainteresowany, obiekt zajęty był kimś innym. Opisany sposób wiązania się ja pacjentki z jej wewnętrznymi obiektami ujawnił się w przeniesieniu. Pacjentka manifestowała silny lęk prześladowczy w relacji do terapeuty, który, jak twierdziła, nie jest nią zainteresowany, zapomina o niej, gdy kończy się sesja, jest skąpy w słowach i wycofany, bo nic o sobie nie mówi, nic od niej nie chce, jest przeciążony pracą z nią, znudzony lub zirytowany, oraz zapewne chce ją zostawić. Sądziła, że zajęty jest innymi, którym ofiarowuje wszystko, co ma. Wycofywała się wtedy, starała się nie mieć potrzeb i uczuć, milczała. Klimat wielu sesji wyznaczało milczenie pacjentki, sygnalizowanie przez nią uczuć nie do zniesienia — lub brak uczuć, potrzeb i nadziei — myśli samobójczych. Gdy milczała, czułem się zbędny i zirytowany. Raz dopuściłem do milczenia przez wiele minut, co, jak sądzę, było wyrazem mojego sadyzmu, nad którym nie mogłem zapanować, dopóki nie zrozumiałem, że pacjentka czuje się samotna i jest przepełniona chęcią niszczenia. Mogłem wtedy powiedzieć jej, że wiem, jak moje milczenie jest dla niej bolesne i odpychające ją oraz jak bardzo czuje się niechciana. Gdy pacjentka mówiła, że chce skończyć, że nic nie ma sensu, lub popadała w odrętwienie, dręczył mnie lęk o nią i żywiłem obawę, czy sposób mojego postępowania jest właściwy. Po chwili czułem się, jak prześladowca, którego interpretacje niszczą osobę cierpiącą.

Pacjentka zaprzeczała swoim potrzebom, libidinalnym i agresywnym uczuciom do obiektu. Na jednej z sesji wyznała, że „nie chceć» to ideał, oznacza też radzić sobie, nie

obciążać innych, być samodzielnym — to się wiąże z mamą”. Skojarzyło się jej to z rodzinną historią, mającą klimat rodzinnego tabu, w której matka jako młoda dziewczyna zakochała się w chłopcu, z którym uciekła z domu na wiele miesięcy. Gdy skomentowałem tę wypowiedź jako chęć pacjentki bycia taką jak mama — powiedziała: „Wydawało mi się, że mama nie toleruje potrzebowania, mazania się. Zauważyłam, że ja bardziej niż siostry staram się nie robić kłopotu, niczego nie potrzebować”. Powiedziałem wtedy, że chce być wolna od potrzeb, ponieważ obawia się, że ja nie zareaguję tak, jak ona by chciała.

W tym materiale pacjentka identyfikuje się z matką jako obiektem antylibidynalnym, atakującym potrzeby, nietolerującym zależności. Pacjentka zaangażowała się w walkę przeciwko swoim potrzebom jednocząc się w tym z antylibidynalnym obiektem. Antylibidinalne ja i obiekt przystępują do ataku na libidinalne ja [9]. Jakikolwiek negatywne myśli na temat matki wzbudzają w niej silny opór. Pacjentka zaprzecza wrogim impulsom w stosunku do obiektu i kieruje je przeciwko sobie. W teorii Melanii Klein obiekt jest doświadczany jako zły, wskutek wcześniejszych projekcji wrogich impulsów na obiekt. Pacjentka, jak sądzę, ma nieświadome przekonanie, że jej impulsy agresywne są silne i mogłyby zniszczyć wewnętrzny dobry obiekt [5, 6].

Utrata, złość i wina

Wraz z rozwojem procesu terapeutycznego zaczęło pojawiać się coraz więcej regresywnego materiału z jej przeszłości, wspomnień z dzieciństwa, a także — w przeniesieniu — pierwotne mechanizmy obronne i wczesne związki z obiektem stawały się coraz bardziej wyraźne. Raz po długim milczeniu powiedziała o obawie, czy wytrzymam jej brak zaufania. Dodała, że dotyk męża przyjmuje ze złością, bo „dotyk się skończy”, mąż odejdzie. Zinterpretowałem to, podejrzewa mnie, że cierpliwość zachowuję dla kogoś innego i że w związku z tym ma dużo niechęci i złości do mnie, oraz obawia się, że nie wytrzymam jej niezadowolenia. Komentowałem dalej, że moje interpretacje są dla niej jak dotyk, są kontaktem ze mną, którego potrzebuje, lecz boi się, że ją zostawię. Lepiej nie mieć kontaktu niż go stracić. Niemal wykrzyknęła, że potrzebuje moich interpretacji i natychmiast dodała, że nie potrzebuje tego dla siebie, lecz dla córek i męża. Po chwili wyznała: „...nie potrzebuję, tzn. myślę, żeby ze sobą skończyć, ale tego nie robię” i dodała, jak trudno jej przeżywać każdy kolejny dzień, nie widzi w tym sensu. Poczułem się bezradny i po chwili powiedziałem, że pewnie czuje się bardzo osamotniona i chciałaby, abym myślał o niej więcej. Milczała patrząc na mnie.

Kiedy zapytałem: „z czym chce skończyć w sobie?” — odpowiedziała, że nie będzie czuć zimna i straty. Powiedziała, że gdy się urodziła, była otoczona osobami z rodziny, „przechodziła z rąk do rąk”, była pokazywana, oglądana, a mama wtedy gotowała obiad. Powiedziała dalej — o czym w ciągu 1,5 roku terapii do tego momentu nie wspomniała — o swoim starszym o rok kalekim bracie: „gdy się narodziłam, on był”. Jego problemy ze zdrowiem koncentrowały uwagę rodziców. Pacjentka często przebywała u najstarszej siostry (w jej mieszkaniu), która się nią opiekowała.

Zinterpretowałem, że pacjentka widzi brata jako kogoś, kto uniemożliwił jej kontakt z mamą, czuje się osamotniona i bardzo by chciała, abym martwił się o nią.

Na jednej z kolejnych sesji powiedziała o pokoju, w którym mieszkała w dzieciństwie. Jej pokój i kuchnia, w której często przebywała matka, znajdowały się po przeciwnych

stronach mieszkania. Dodała: „w pokoju tym mieszkał też brat”. Gdy mama była przy bracie — ona starała się być spokojna. Gdy jednak płakała — brat płakał głośniejsze i matka szła do niego. Twierdziła, że brat był zazdrosny. Pacjentka projektowała na niego zazdrość, zawiść, ekspansję w domaganiu się opieki i rywalizację o obiekt. Na koniec powiedziała o poczuciu, że nie może przyciągnąć uwagi, zainteresować sobą. Kilka sesji później stwierdziła: „jak mama przychodziła do pokoju, to wybierała brata. Przegrywałam te wybory i myślałam, że to z mojej winy. Nic nie mogłam dać mamie, dziś też nic nie mogę dać, niczego nie czuję, zamykam się”.

Byłem pod wrażeniem informacji, jakie wniosła pacjentka. W trakcie tej sesji zinterpretowałem, że czuje się zostawiona przeze mnie między sesjami i ma poczucie, że jestem zainteresowany kimś innym, ważniejszym od niej, innymi pacjentami, i obawia się o to, czy mając do „nakarmienia” tak wiele osób zostawię coś dla niej. Powiedziałem również, że zastanawia się, jak dotrzeć do mnie — sposobem, jaki dobrze zna, jest nie sprawiać sobą kłopotu, nie obciążać, nie potrzebować. M. Klein twierdzi, iż z perspektywy dziecka jego wrogość jest pierwotna, a utrata wtórna. Pacjentka ma poczucie, że na miłość musi zapracować, zasłużyć, musi coś mamie dać. Istotą winy jest poczucie bycia czyimś dłużnikiem [6].

W tej fazie terapii pacjentka zaczęła przejawiać silną obawę przed opuszczeniem, która uaktywniła się wraz z ożywieniem potrzeby kontaktu ze mną. Fakt przywołania relacji z matką i bratem rozumiałem jako przejaw wzbudzenia pragnienia obiektu oraz agresji, zawiści i zazdrości o matkę i brata. Wraz z większym dopuszczeniem libidinalnych potrzeb, pacjentka zmobilizowała presję antylibidinalnego ja i obiektu przeciwko libidinalnemu ja [9]. Wyrazem tej presji była myśl o unicestwieniu się. Odszczepiona agresja do obiektu została skierowana przeciwko pacjentce. Uczucia „zimna i straty” odzwierciedlały stan izolacji i opuszczenia, który utrzymywała w przeniesieniu.

Twierdziła, że była nieplanowana, niechciana i nie miała istnieć. Sądziła, że miała być chłopcem, upragnionym, i wreszcie zdrowym. Można domniemywać, że moja pacjentka wobec kalekiego brata czuła się podwójnie gorsza jako zdrowa dziewczynka. Zawiść wobec brata, której tłem było pragnienie miłości i uwagi matki, w nieświadomym poczuciu mojej pacjentki była siłą niszczącą jego zdrowie. Model „winy pozostałego przy życiu” [10] pozwala przypuszczać, że pacjentka żywi nieświadome przekonanie, iż to, że ona jest zdrowa, a brat nie — jest zdradą wobec niego. Innym aspektem tego poczucia winy jest „wina z powodu zabierania”: „jeśli ktoś ma coś dobrego, to jest to kosztem kogoś innego, kto został tego pozbawiony”. Ona jest zdrowa kosztem brata. Raz wspomniała, że w dzieciństwie bawiła się lalkami, lecz lalką był chłopiec. Zinterpretowałem to, że jej chęć kontaktu z bratem jest próbą zadośćuczynienia jego krzywdzie. Pani A. rozwinęła swą myśl, że będąc odrzucona jako żywa i zdrowa — przetrwa jako „martwa”, bezwładna. Identyfikuje się z kalekim bratem, nosi w sobie kaleki, bezwładny aspekt. Chce ocalić brata (tym samym siebie) przez „bycie martwą”, niesprawianie sobą kłopotu tak, aby matka mogła troszczyć się o niego. Jednak to, co miało ocalić — niszczy. Niszczenie siebie łagodzi poczucie winy. Wszystko to można odnieść do opisanego przez Freuda i Klein dynamiki identyfikacji z utraconym bądź cierpiącym obiektem i nieświadomionego pragnienia połączenia się z obiektem w śmierci. Ego jest karane za nienawiść odczuwaną wobec utraconego obiektu [4, 11].

Wspomniane procesy przejawiały się w przeniesieniu i były z nim związane. Wydaje się, że dla pacjentki kontakt z obiektem matczynym — terapeutą — „sam na sam” w gabinecie, w którym nie ma brata, wzbudzał doświadczenie niedostępności obiektu, poczucie, że kolejna szansa kontaktu, zaspokojenia potrzeb zaraz się skończy, oraz, że jest ktoś (nieraz coś) ważniejszy dla tego obiektu. Tego typu relacja z wewnętrznym obiektem — złym lub/i nieobecny, zajęty kimś innym, niezainteresowanym nią, porzucającym — decydowała o objawach depresyjnych. Staralem się pomóc pacjentce zobaczyć, jak w przeniesieniu zakłada, że mam chore dziecko wymagające troski i uwagi, i inne dzieci, oraz jak bardzo pragnie takiej uwagi, i czuje się jej pozbawiona. Stopniowo interpretowałem silne uczucia agresywne, zawistne oraz zazdrości, jakie żywi do mnie.

Oscylacja między pobudzającym a odrzucającym obiektem oraz walka o utrzymanie dobrego obiektu

W odróżnieniu od pierwszej fazy terapii, w której pacjentka idealizowała matkę, utrzymywała, że nie ma żadnych potrzeb — w kolejnej fazie zaczęła ostrożnie mówić o lęku przed potrzebami, dopuściła krytyczne spojrzenie na matkę, uczucia żalu i złości, badała nieufność i złość do terapeuty, a także powiedziała o pragnieniach z nim związanych. Ta faza pozwoliła także lepiej poznać złożoność działania niszczącego antylibidinalnego ja pacjentki, jej walkę o utrzymanie dobrego obiektu oraz oscylacje między pobudzającym a odrzucającym obiektem [9].

Na jednej z sesji zrelacjonowała rozmowę z siostrą, od której usłyszała, że była dzieckiem spokojnym, niesprawiającym kłopotów, oraz że lepiej traktowana od niej była jej starsza siostra. Relację z tej rozmowy zakończyła rozgoryczona: „byłam gorsza”. Po chwili powiedziała, że ma żal, pretensje do matki oraz że „przeszła trening, jak nie czuć, i teraz nie zna swoich potrzeb”. Pod koniec tej sesji wyraziła gorzko refleksję, że jej matka nie potrafi emocjonalnie wyczuć dziecka i jest ono dla niej nieważne.

Były to pierwsze jednoznacznie negatywne wypowiedzi na temat matki, pierwsze sygnały o uczuciach rozzarowania i złości do niej. Bardzo ostrożnie mówiła o złości do terapeuty. Tuż przed przerwą urlopową mówiła, że jest zła na mnie, bo ją opuszczam. Innym razem powiedziała o swojej irytacji, bo nie wie, co myślę. Po chwili, po raz pierwszy w trakcie trwania terapii, wyznała, będąc wyraźnie poruszona, że „dużo by chciała” ode mnie i bardzo się tego boi. „Chciałabym pana uwagi, chciałabym być ważna dla pana” — powiedziała z niepokojem, przywierając wzrokiem i czekając, co się wydarzy. Poczulem się bardzo niezręcznie, znieruchomiałem. Pomyślałem, że jest w tym dużo desperacji. Powiedziałem wtedy, że chciałaby ode mnie, w jej odczuciu, za dużo. Nic nie odpowiedziała. Poczulem się wtedy jakbym czegoś jej nie dał.

Silnym niepokojem napawała ją myśl, czy i co zdoła utrzymać w sobie w czasie przerwy wakacyjnej. Miała poczucie, że po sesji znika z mojego umysłu, tak jak z umysłu matki, gdy ta wychodziła z pokoju. Starła się utrzymać w sobie choćby fragment dobrego obiektu, z którym mogłaby być podczas przerwy. Wyjaśniłem, że pragnie być w moim umyśle tak samo, jak chciałaby mieć mnie w swoim, chciałaby mieć poczucie łączności ze mną, aby czuć się bezpiecznie w czasie przerwy urlopowej.

Pacjentka oscylowała między dwoma aspektami rozszczępionego złego obiektu: odrzucającym, antylibidinalnym obiektem i pobudzającym, libidinalnym obiektem. Zaczęła

bardziej dopuszczać uczucia związane z libidinalnym pobudzeniem, lecz natychmiast budził się w niej lęk, zawiść i wycofanie [9]. Między sesjami zaczęła intensywniej przeżywać pragnienie kontaktu ze mną, a następnie w gabinecie wzbudzały się w niej silne obawy. W tej dynamice ścierały się dwie siły: pragnienie dobrego obiektu, którego uwewnętrznienie dawałoby bezpieczeństwo na czas przerwy, oraz nieufność i agresja wobec obiektu. Podchodziła nieufnie do tego, co jej dawałem. Raz powiedziała: „Jak mąż daje mi coś zamkniętą dłonią, to ja wtedy nie wezmę. Ostatnio upuściłam mandarynkę, jak mi dawał”.

Pokarm terapeuty, którego pragnęła, był przez nią niszczoney tak samo, jak niszczyła postać tego pokarmu — pozostawała niezaspokojona. Na jednej z sesji, gdy po raz kolejny w tej fazie terapii powiedziała o chęci rozmowy ze mną więcej, przyznając, że często milczy, stwierdziła: „Chciałabym, aby pan też tu był, bo pan jest jak lustro, pan pracuje, a ja bym chciała, aby pan był inaczej. Ja bym chciała, żeby pan potrzebował — bo tylko brać i nic nie dawać to tak nie chcę”.

Interpretowałem to jako obawy angażowania się w kontakt ze mną oraz przekonanie, że jeśli ja bym jej potrzebował, czułaby się bezpieczniej. Wskazywałem, iż stara się zaprzeczyć swoim potrzebom, swojej zależności i umieścić ją we mnie.

Problematyka edypalna

Pewnego razu moja pacjentka wyjechała na tydzień do koleżanki ze studiów, która mieszkała teraz w innym regionie kraju. Z wizyty wróciła zadowolona, stwierdziła, że docenia teraz, że ma różne osoby wokół siebie. Zauważyła, że ludziom tam trudniej żyć z powodu dużych odległości, jakie muszą pokonywać, aby coś załatwić i mieć ze sobą kontakt. Podkreśliła, że z koleżanką ma partnerski układ, potrzebują siebie nawzajem, w odróżnieniu od naszej relacji, w której ja jej nie potrzebuję.

Można powiedzieć, że wewnętrzny obiekt pacjentki był bliżej dobrego. Pacjentka zidentyfikowała się z obiektem, który mówi, że możliwy jest związek. Identyfikacja z obiektem, dla którego związek jest możliwy, walka ze złym obiektem oraz nacisk libidinalnych potrzeb spowodowały wyłanianie się materiału związanego z relacją z ojcem. Pacjentka przez ponad 2 lata terapii pomijała jego postać. Stopniowo zaczęła wносить ten materiał, choć charakterystyczne w tych miesiącach było przeplatanie się przeniesienia związanego z obiektem matczynym i ojcowskim. Był to czas, gdy trudno mi było rozpoznać i rozróżnić kierunek przeniesienia. Fluktuacje kierunku przeniesienia rozumiałem jako przejaw silnego lęku pacjentki przed ojcem, nie pozwalającego jej na kontakt z nim. Żeby z nim być, potrzebowała obecności matki. Stopniowo stawało się możliwe bardziej skoncentrowane badanie relacji z obiektem ojcowskim, co umożliwiała badanie relacji edypalnych w przeniesieniu.

Na jednej z sesji pacjentka powiedziała o lekturze książki o przemocy i przywołała scenę, w której postrzelony przez agresora ma pretensje do niosącego pomoc sanitariusza. Skomentowała, że matka pomaga jej, a ona ma do niej pretensje, i dodała, że obawia się utraty i braku wsparcia z jej strony, a nie tego, że zrobi coś złego, tak jak ojciec. Podkreśliła impulsywne reakcje ojca, awantury rodziców, twierdziła, że matka popełniła mezalians — określiła ją jako zrównoważoną, pochodzącą z lepszej rodziny niż impulsywny ojciec. Chciała widzieć ich osobno. Bycie razem niosło groźbę awantury. Raz powiedziała o lekturze

książki, według niej napisanej z męskiej perspektywy, dodając, że „najlepiej jakby seks nie istniał”. Twierdziła, że matka na pewno nie potrzebowała seksu. Ojciec żądał seksu i nie obchodziła go odmowa.

Kiedyś zwróciła uwagę na blisko siebie ustawione fotele. Myślała, że to jest moja ingerencja, przed którą się broni, „nie chcąc mnie wpuścić”. Miała skojarzenie z dwoma balonami, których środki się zbliżają i może dojść do ich eksplozji. Obiekt męski gwałtownie atakuje, jest seksualnie pobudzony (liczne rodzeństwo), gotowy wykorzystać, nie można się z nim porozumieć. Pacjentka boi się ojca i potrzebuje matki, do której ucieka. Obawia się być z ojcem (terapeutą) sam na sam. Nie może uznać, że jest owocem seksualnej relacji rodziców. Starła się niszczyć tę relację, jak również własną seksualność. Niszczy seksualność matki w poczuciu, że matka ma coś dla ojca (i z ojcem), czego ona nie ma. Widzi rodziców jako osobnych. Myśl o mezaliansie matki wyraża jej poczucie, że składa się z dwóch obcych, osobnych części. W poczuciu mojej pacjentki związek jest łączeniem wody z ogniem. Można powiedzieć, że objawy, z jakimi zgłosiła się na terapię, wynikały z odłączenia w sobie części kojarzonej z ojcem. Przepracowywaniu materiału edypalnego towarzyszyła seria acting-outów. Wspomnę o jednym z nich.

W tygodniu przed świętami, 5 minut przed godziną rozpoczęcia sesji, zostawiła informację na automatycznej sekretarce, że nie zdąży z ważnych powodów, oraz że zadzwoni później, „aby umówić się” (!). Ku mojemu zdziwieniu, po kwadransie, pojawiła się w gabinecie z córką. Chciała dostać sesję w zamian za tę, którą właśnie zniszczyła. Sprawiała wrażenie rozpromienionej, z uśmiechem i błyskiem w oku spoglądała raz na córkę, raz na mnie. Czuję się „przyparty do muru”. Zanim ochłonąłem i mogłem zrozumieć to, co się stało — zgodziłem się na dodatkową sesję. Miałem ponieść koszty terapii, których ona sama nie była w stanie unieść. Pacjentka przeciwstawiła się terapii, mnie jako terapeutę i wszystkim „złym” uczuciom, jakie przeżywała w związku z tym. Można powiedzieć, że w odbyciu sesji przeszkodziło jej „dziecko”, które bardzo mnie potrzebuje, lecz czuje, że lęk i zawiść uniemożliwiają jej wziąć cokolwiek. Miałem też myśl, że stworzyła ze mną związek, z którego jest dziecko, zaprzeczający temu, że ona sama jest dzieckiem swoich rodziców. Innymi słowy pacjentka chce dostać się do czegoś, co mam poza terapią, bo w terapii dostaje „złe”. Najlepsze jest między rodzicami. O tym mogliśmy rozmawiać dopiero w kolejnych tygodniach. Powiedziała wtedy o ważnych, jak sądzę, faktach ze swojego życia.

Gdy miała 12 lat, rodzice zamienili mieszkanie na dwa mniejsze. W 15. roku jej życia nastąpiła kolejna przeprowadzka, po której do nowego domu ojciec, matka i brat wprowadzili się bez niej. Ona zamieszkała ze starszymi siostrami. Twierdziła, że z ojcem „nie dałoby się” mieszkać. Podkreślała obawy i niechęć do niego, wyraziła życzenie, aby nie istniał. Zastanawiała się, dlaczego, skoro ja jestem inny niż jej ojciec, przeżywa ze mną trudności w kontakcie. Zinterpretowałem, że ze mną tak samo jak z ojcem nie chce mieć nic wspólnego, bo czuje się urażona brakiem takiego stosunku do siebie, jakiego by chciała i który dawałby poczucie, że jest dla mnie najważniejsza. Powiedziałem dalej, że „mieć coś wspólnego ze mną” budzi jej pragnienia i obawę, że być może inne kobiety bardziej mnie angażują niż ona.

Pacjentka doświadczyła edypalnego opuszczenia. W fazie dojrzewania, stawania się kobietą, pragnienia i obawy w relacji z obojgiem rodziców są intensywne. Córka pragnie

wtedy, aby jej kobiecość była przez ojca zauważona i zaakceptowana. Można przypuszczać, że udziałem pacjentki była nieświadoma fantazja, w której mieszkanie razem z rodzicami spowodowałyby wybór jej jako kobiety przez ojca i tym samym zwycięstwo córki nad matką. Na początku terapii oświadczyła, że swoje objawy ma od 15. r.ż. Gdy przypomniałem jej o tym, powiedziała, że miała wtedy bóle i zawroty głowy. Objawy te były wyrazem wykluczenia i poczucia seksualnej nieatrakcyjności. Ojciec odrzucił jej ciało (płeć) i ona sama teraz atakuje ten aspekt siebie [12].

Rok później nastąpił najpoważniejszy kryzys w terapii. Jego tłem była przeprowadzka — zmiana gabinetu. Pacjentka chciała redukcji terapii do 1 sesji w tygodniu, co de facto byłoby jej zniweczeniem. Przez miesiąc przychodziła na 1 sesję, nie regulowała opłat. Uważała, że zmiany odbywają się jej kosztem. Czuła się urażona i chciała odwetu. Postawiła mnie w sytuacji, w której miałem poczuć się tak jak ona: niechciana, bezradna i zirytowana.

Dyskusja

Rozumienie depresyjnych objawów pacjentki

Na podstawie przedstawionego materiału objawy depresyjne pacjentki można rozumieć w następujący sposób. W jej relacjach z wewnętrznym obiektem przejawia się odczucie pustki po obiekcie, poczucie odrzucenia, wrogości do siebie i winy [4, 11]. Obiekt zajmuje się kimś innym, porzuca, nie jest zainteresowany jej trudnościami, nie chce kontaktu. W historii życia pacjentki są zdarzenia, które reaktywują uczucia straty i odrzucenia. Zamieszkanie bez rodziców, włącznie z wcześniej opisanymi złożonymi relacjami z członkami rodziny, wzbudzały przeżycia utraty i odrzucenia we wczesnej relacji z matką. Uwewnętrznienie kalekiego aspektu brata również traktować należy jako element składający się na objawy depresyjne. Pacjentka symbolicznie wyraża utratę i niedostępność obiektu: „duże odległości” między kuchnią i pokojem, różnymi miejscami (osobami) w regionie zamieszkanym przez koleżankę, między miejscem zamieszkania rodziców i swoim po przeprowadzce, w ustawieniu foteli w gabinecie (blisko—daleko). Silną wrogość pacjentka kieruje do obrazu wewnętrznego obiektu. Złość odczuwana pierwotnie do utraconej osoby zostaje skierowana przez nią na samą siebie.

Ocena przebiegu terapii — wskaźniki progresu

Prowadzenie terapii stawia przed terapeutą problem oceny jej przebiegu — rozpoznanie, czy proces terapii rozwija się pomyślnie, czy też rysują się takie zjawiska, jak impas; czy negatywna reakcja terapeutyczna zależy od tego, jakimi środkami opisu progresu i regresu dysponuje terapeuta?

Wartością tej terapii, którą chciałbym podkreślić, jest podjęcie przez pacjentkę wymagań konwencji pracy, kontraktu i — mimo naruszania settingu i więzi terapeutycznej w różnych jej fazach — utrzymanie przymierza terapeutycznego. Wiąż terapeutyczna i sama terapia wystawiona była na próbę rozgrywania w działaniu (acting-out), które mogło być przepracowywane. W utrzymanie przymierza zaangażowana była zdrowa (zdrowsza) część pacjentki, z której mogła ona korzystać i oprzeć się na niej.

W przedstawionym przebiegu terapii można rozpoznać kilka wskaźników jej postępu, efektów. Pacjentka wykazuje większą integrację uczuć do obiektu. W zaprezentowanym

materiale widoczne jest przejście od rozszczepienia obiektu w kierunku integracji jego dobrych i złych aspektów, gdy pacjentka, początkowo idealizując obiekt, stopniowo zaczyna odczuwać do niego złość. Większa integracja uczuć do obiektu owocuje mniejszym nasileniem ich projekcji i zwiększeniem ambiwalencji. Dzięki asymilacji i integracji odciętych, zaprzeczonych i wypartych aspektów ja zwiększa się jego spójność.

Konsekwencją tego i kolejnym wskaźnikiem progresu było przejście od relacji diadycznej, dziecko–rodzic, relacji z obiektem preedypalnym — do relacji trójkątnej, z obiektem edypalnym, dwojgiem rodziców. Po 2 latach pomijania w terapii postaci ojca pacjentka była gotowa zgodzić się na jego istnienie, różne uczucia do niego, oraz dopuścić uczucia w relacji trójkątnej.

Bardziej dopuszcza libidinalne JA, mniej zaprzecza potrzebom, lepiej je rozpoznaje i akceptuje. Rozpoznaje i dopuszcza uczucia związane z oscylacją libidinalnego pobudzenia i z antylibidinalnym odrzuceniem, gdy pragnienia wobec obiektu budzą w niej lęk.

W przebiegu terapii widoczne jest wzmocnienie funkcji ego obserwującego. Rozszczepienie ego w pierwszej fazie terapii uniemożliwiało dobrą samoobserwację. Wraz ze wzrostem integracji ego możliwe było angażowanie funkcji obserwującej ego. Można powiedzieć, że pacjentka mogła patrzeć na obiekt edypalny, na oboje rodziców. Była w stanie tolerować ambiwalencję. Sądzę, że w pewnym zakresie uwewnętrzniła funkcję terapeutyczną [13, 14].

Piśmiennictwo

1. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac Books; 1991.
2. Segal H. The work of Hanna Segal. A Kleinian approach to clinical practice (1981) London: Karnac Books; 1986.
3. Joseph B. Transference: the total situation. W: Bott Spillius E, red. Melania Klein today. Vol. 2: Mainly practice. London: Routledge; 1988, s. 61–72.
4. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. W: Klein M. Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. London: Vintage; 1997.
5. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. W: Envy and gratitude and other works 1946–1963. London: Vintage, 1997.
6. Klein M. Envy and gratitude. W: Klein M. Envy and gratitude and other works 1946–1963 (1975) London: Vintage, 1997.
7. Steiner J. Problems of psychoanalytic technique: patient-centred and analyst-centred interpretations. W: Steiner J, red. Psychic retreats. London and New York: Routledge; 1993.
8. Segal H. Marzenie senne, wyobraźnia i sztuka. Kraków: Universitas; 2003.
9. Czownicka A, Wojciechowska E. Psychopatologia i psychoterapia problemu schizoidalnego w ujęciu H. Guntripa. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa: Agencja Wyd. Santorski & Co.; 1991.
10. Modell A. The origin of certain forms of pre-Oedipal guilt and the implication for a psychoanalytic theory of affects. Int. J. Psycho-Anal. 1971, 52, 337–346.
11. Freud Z. Żaloba i melancholia. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Kraków: Wydawnicwo KR, 2007.
12. Britton R. The missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. London: Karnac; 1989.

-
13. Klein M. Kryteria kończenia psychoanalizy. W: Klein M. Zawiść i wdzięczność. Gdańsk: GWP; 2007.
 14. Quinodoz J-M. The taming of solitude: separation anxiety in psychoanalysis. London, New York: Tavistock/Routledge and the Institute of Psycho-Analysis; 1993.

Adres: Maciej Musiał
Ośrodek Psychoterapii Psychoanalitycznej „Trójmiasto”
80-824 Sopot
ul. Armii Krajowej 95/1a