

Mariusz Śłosarczyk

**PRZERWANIE TERAPII JAKO CENA UTRZYMANIA POZYCJI  
TERAPEUTYCZNEJ. OPIS PRZYPADKU PACJENTKI Z OSOBOWOŚCIĄ  
ZALEŻNĄ**

**THE BREAK-IN OF PSYCHOTHERAPY AS A COST OF MAINTENANCE OF THE THERAPEUTIC  
POSITION. PATIENT WITH DEPENDENT PERSONALITY DISORDER  
— A CASE REPORT**

Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie  
Kierownik: dr n. med. Maciej Wojciech Pilecki

**dependent personality disorder  
break-in of psychotherapy  
psychotherapeutic paradigms**

*Autor zachęca do przyjrzenia się różnemu rozumieniu zaburzeń psychicznych oraz celów terapii w zależności od przyjmowanego przez terapeutę paradygmatu. Wskazuje, jak przerwanie terapii wpisuje się w obraz zaburzeń pacjentki oraz odzwierciedla charakter jej motywacji do leczenia.*

**Summary:** The article is a case report of a woman with dependent personality disorder treated in individual psychodynamic psychotherapy. The essential background of the treatment is based on an earlier, 20 year long period of a previous therapy, which was conducted in the humanistic approach, in the Gestalt model. The immediate reason to begin the treatment described in the article was for the patient's worsening of her psychic state. This was after receiving the news of death of the therapist, who led the previous Gestalt therapy for a long time. In the discussion, the author focuses on the analysis of how the differences in diagnosis and ways of treatment depend on the psychotherapeutic paradigm in which the therapist works. The analysis is done on the examples of patients with psychopathology of over-dependence and takes into consideration both the therapeutic paradigms which the reported patient met. In the context of mode of ending the treatment through breaking it off by the patient, weaknesses and shortfalls of the presented process of psychotherapy are mentioned.

Niniejszy artykuł przedstawia opis kontaktu terapeutycznego z 39-letnią pacjentką z diagnozą osobowości zależnej. To, co szczególnie dla omawianej tu terapii charakterystyczne, wiąże się z jej kontekstem, była ona bowiem (nie do końca przez pacjentkę zamierzoną) kontynuacją poprzedniego leczenia, prowadzonego jednak w zupełnie innym paradygmacie psychoterapeutycznym. Rozwiązanie terapii, niekorzystne, bo następujące w sytuacji wchodzenia dopiero w fazę fenomenów przeniesieniowych, wydaje się w tym przypadku nieść dodatkowe znaczenia. Końcowy, dość spektakularny akt tego związku terapeutycznego spróbujemy więc zobaczyć i zinterpretować na tle linii życiowej pacjentki, jej dotychczasowych doświadczeń z psychoterapeutami, wydarzeń bezpośrednio poprzedzających podjęcie opisywanego w tym artykule leczenia oraz indywidualnej psychopatologii.

Wielkość szkół psychoterapeutycznych jest faktem. Podobnie faktem są również odmienności podejścia tych szkół do zjawisk psychopatologicznych i to zarówno od strony

diagnozy, jak i od strony podejmowanego postępowania. Na pewno nie jest to obojętne dla pacjentów. Można to bezpiecznie założyć, nawet jeśli zdecydujemy się powstrzymać od pochopnego wartościowania poszczególnych modalności terapeutycznych na poziomie ogólnym. Dużo łatwiej jednak jest analizować i wartościować modele diagnozy i leczenia na przykładzie konkretnego pacjenta. Wydaje się, że pacjent z osobowością zależną dobrze ilustruje wagę sygnalizowanych tu zagadnień. Celem niniejszej pracy będzie więc zarysowanie problemów, które rodzą się w momencie, kiedy przyjmujemy do leczenia psychoterapeutycznego pacjenta mającego wcześniejsze wieloletnie doświadczenie psychoterapii prowadzonej w zupełnie odmiennym paradygmacie. W jaki sposób poradzić sobie z sytuacją, kiedy nasz pacjent uwewnętrznił wcześniej zupełnie inny model terapii niż ten, który chcemy mu zaproponować i który wg nas będzie dla niego korzystny? Jak odnieść się w dialogu z nim do poprzedniego leczenia opartego przecież na zasadach, które są nam obce i które sami odrzucamy? W jakim stopniu możemy postępowanie poprzedniego terapeuty traktować jako błędne? Czy jest w ogóle możliwe stworzenie definicji błędu, porażki, czy też sukcesu w psychoterapii, które byłyby wspólne dla wszystkich podejść i które zaakceptowałyby wszyscy psychoterapeuci, niezależnie od podejścia terapeutycznego, w którym pracują?

### **Bezpośredni kontekst podjęcia terapii i stan psychiczny w czasie pierwszej wizyty**

Pacjentka zgłosiła się do prywatnego centrum psychoterapeutycznego, w którym miało praktykę szerokie grono psychologów i psychiatrów. Nazywała swój problem kryzysem życiowym i wiązała go ze śmiercią swojego wieloletniego terapeuty. Terapeuta, pracujący w ramach szkoły Gestalt, zmarł nagle około pół roku wcześniej. Pacjentka dowiedziała się o tym dopiero kilka miesięcy po jego śmierci, kiedy poczuła się gorzej i chciała umówić się na wizytę. Od tamtego momentu do zgłoszenia się na opisywaną terapię czuła się zdecydowanie źle, swój stan określała jako „pogłębienie się depresji”. Formułując swoje oczekiwania akcentowała w głównej mierze potrzebę farmakoterapii, a także „wsparcia psychicznego”.

W czasie pierwszej wizyty pacjentka była w umiarkowanie obniżonym nastroju, dużo płakała, była nieco niespokojna, mocno podkreślała, jakby celebrowała, swoje cierpienie psychiczne. Sprawiała wrażenie niecierplivej, łatwo wpadała w irytację, zwłaszcza wtedy, gdy terapeuta próbował doprecyzować fakty albo dowiedzieć się o jej uczuciach więcej niż ona sama mówiła spontanicznie. Prezentowała nieco wyższościową postawę oraz sporą nieufność wobec terapeuty, wypowiadała się w sposób dość egzaltowany; mówiąc o zmarłym terapeucie wyraźnie idealizowała jego osobę. Zgłaszała odczuwanie niejasnych lęków, twierdziła, że boi się członków swojej rodziny, którzy „mogliby odebrać jej energię życiową”. Według jej relacji zaczęła się izolować od przyjaciół i rodziny, stała się dla nich nieprzyjemna, zaczęli ją irytować. Równocześnie pojawił się lęk, że bliskie osoby już jej nie kochają albo niedługo przestaną kochać, oraz niepewność dotycząca tego, czy ludziom w ogóle można ufać, gdyż „i tak nie są oni w stanie odwzajemnić uczuć” i tylko „wampirują” na nich. Szczególnie niepokoiła ją zmiana jej stosunku do bardzo lubianego do tej pory siostrzeńca. Teraz miała wrażenie, że stał się on „zbyt dużym materialistą”, że zaczął być obojętny wobec wielu spraw, czuła, że bardzo się na nim zawiodła, a chwilami go nienawdziła. Wszystkie te uczucia niepokoiły ją, a czasem (nienawiść, irytacja,

opryskliwość) wręcz przerażały, a także sprawiały, że czuła się ciągle zmęczona, jakby pozbawiona sił. Opowiadała o tym, jak siedząc pod kościołem modliła się o przyływ sił życiowych.

### **Linia życiowa i realna sytuacja pacjentki w momencie rozpoczynania terapii**

Pacjentka, lat 39, mieszkała ze swoją 65-letnią matką w miejscowości odległej o prawie 200 km od Krakowa. Miała starszą o 2 lata siostrę mieszkającą ze swoją rodziną. Jej ojciec zginął 10 lat temu w wypadku samochodowym. Był alkoholikiem i pił, odkąd pamiętała. Pacjentka miała wykształcenie średnie, ogólne. Utrzymywała się z matką głównie z wynajmu części mieszkania pewnej instytucji oraz dodatkowo ze sprzątania tych pomieszczeń. Dzieciństwo kojarzyła sobie przede wszystkim z nieustannie niemal pijącym ojcem, który krzyczał i awanturował się po alkoholu, czasem także bił żonę, a zdarzało się, że również i córki. Wiązała z nim tylko jedno dobre wspomnienie — przypominała sobie, jak raz przytulił ją do siebie w autobusie, nie była jednak pewna, czy nie wymyśliła sobie tego. Bardzo się go bała, zamykała się przed nim we własnym pokoju, a ponieważ matka często wyjeżdżała na różnego rodzaju kursy dokształcające, ona zostawała sama z nim. Siostra była od niej zawsze „silniejsza”, bardziej niezależna, miała większe oparcie wśród przyjaciół, poza tym wcześniej wyjechała z domu, szybko też założyła rodzinę. W liceum pacjentka zaczęła mieć problemy emocjonalne: była depresyjna, pojawiły się lęki, zaczęła wagarować. W momencie rozpoczynania opisywanej terapii widziała te objawy wyraźnie w kontekście alkoholizmu ojca. W wieku 17 lat trafiła, jak twierdziła wbrew swojej woli, na młodzieżowy oddział rejonowego szpitala psychiatrycznego. Przebywała tam 3 miesiące i zapamiętała ten pobyt bardzo źle. Wypisano ją z diagnozą depresji młodzieńczej. Po wypisaniu ze szpitala, jeszcze w okresie nauki licealnej, trafiła poprzez studiującą już siostrę i jej znajomych do ośrodka terapii Gestalt. Korzystała później przez kolejne 20 lat z pomocy ośrodków terapii gestaltowskiej, w których prowadzona była zarówno terapia indywidualna, jak i grupowa.

Niemalże na samym początku tych kontaktów pacjentka nawiązała relację terapeutyczną z terapeutą, którego śmierć tak bardzo przeżyła bezpośrednio przed podjęciem terapii opisywanej w tym artykule. Powodem kontynuacji leczenia po wypisaniu ze szpitala były dolegliwości depresyjne oraz bardzo silne, niezrozumiałe dla niej lęki. Po maturze rozpoczęła studia w zakresie analityki medycznej, przerwała je jednak po I roku z powodu głębokiego kryzysu emocjonalnego, jaki wystąpił po zerwaniu przez nią związku uczuciowego z mężczyzną. Później, po powrocie do rodzinnego miasta, miała się różnych zajęć, by, jak mówi, „nie zostawać w domu z ojcem”. Była salową w szpitalu, pracowała w biurze. Jeszcze przed tragiczną śmiercią ojca myślała o wyprowadzeniu się z domu, jednak ostatecznie nie zdobyła się na to — bała się samotności, tego, że sobie nie poradzi. Nie związała się z żadnym mężczyzną, nie założyła rodziny.

### **Przebieg terapii**

Po pierwszej wizycie, na podstawie badania psychiatrycznego oraz danych z wywiadu, wstępnie rozpoznano u pacjentki zaburzenia adaptacyjne o obrazie depresyjno-lękowym nakładające się na inną patologię o typie osobowościowym trudną w tym momencie do jednoznacznego określenia. W trakcie dalszego kontaktu wyklarowała się diagnoza zabu-

rzenia osobowości o cechach osobowości zależnej. Uzgodniono z pacjentką wspólne cele leczenia, które początkowo miało się skupiać na redukcji objawów, a potem stopniowo również na analizie jej osobowości pod kątem zmiany typu związków z obiektami na mniej skośne i zależnościowe, co inaczej mówiąc oznaczało uczynienie zablokowanego procesu separacji psychicznej. Po omówieniu zasad leczenia prowadzono psychoterapię indywidualną zorientowaną psychodynamicznie. Na początku obecnych było dużo cech terapii podtrzymującej. Z czasem, wraz z poprawianiem się stanu psychicznego pacjentki, leczenie stawało się coraz wyraźniej zorientowane na wgląd. Przez cały okres leczenia stosowano też farmakoterapię korzystając z dwóch preparatów o działaniu przeciwłękowym i przeciwdepresyjnym. Terapia trwała prawie pół roku, w sumie odbyło się 10 sesji w odstępach dwutygodniowych z jedną miesięczną przerwą spowodowaną urlopem terapeuty. Leczenie było płatne, odbywało się pod superwizją.

Początek terapii stał pod znakiem dużej nieufności pacjentki do terapeuty. Podkreślała, że zawsze leczyła się u terapeutów z polecenia, tym razem polecono jej ogólnie instytucję. Zastanawiała się, czy lekarz, do którego trafiła, nie jest „za bardzo z przypadku”. Początkowo zresztą wołała opisywać tworzącą się relację jako „pomoc w kryzysie”, słowo „terapia” pozostawiając dla szkoły Gestalt. Na drugiej sesji pacjentka wyraziła swój niepokój związany z faktem, że zbyt mało wie o terapeutach. Dopytywała o jego stan cywilny, a przede wszystkim o wyznanie i o to, czy w ogóle jest wierzący, podkreślając, że nie potrafiłaby zaufać ateście. Terapeuta odmówił podania takich informacji zaznaczając, że z punktu widzenia jego metody pracy znajomość tego rodzaju faktów, jak stan cywilny czy wyznanie nie ma znaczenia dla możliwości zaistnienia relacji terapeutycznej, a ciekawość pacjentki prawdopodobnie wynika z lęku przed wejściem w taką relację. Na tym etapie terapii pacjentka ujawniała głównie dwa rodzaje przeżyć. Pierwsze były doświadczeniami niechęci, a nawet agresji w stosunku do bliskich osób (matka, siostra, siostrzeniec, przyjaciele), drugie natomiast wiązały się z lękami przed utratą miłości bliskich osób, a także przed ich śmiercią czy też psychicznym lub fizycznym oddaleniem. Na początkowe sesje pacjentka przychodziła z matką; twierdziła, że musi okresowo, a zwłaszcza w środkach komunikacji, trzymać ją za rękę, gdyż tylko wtedy czuje się bezpieczna wśród innych ludzi. Pojawiła się potrzeba, żeby bliscy ciągle byli obecni przy niej, odezwały się w niej dziecięce potrzeby dodatkowej opieki, głaskania, przytulania, równocześnie zaś bardzo silne lęki przed opuszczeniem przez bliskich i ich śmiercią. Oczekiwała, zwłaszcza od matki i siostry, ciągłych zapewnień, że nie opuszczą jej, że zawsze przy niej będą. Jednocześnie zaczęła odczuwać dokuczliwe poczucie winy z powodu wcześniejszych negatywnych emocji, jakie budzili w niej najbliżsi. Wspominając historię swoich kontaktów z ośrodkami Gestalt podkreślała, że prowadzona tam terapia skupiona była właśnie na „pracy z negatywnymi emocjami” oraz na „radzeniu sobie z trudnymi przeżyciami z okresu dzieciństwa”. Od terapii aktualnej oczekiwała wsparcia podobnego do udzielanego jej przez bliskich (podczas pierwszych sesji pacjentka niemal nieustannie płakała), oraz pomocy w „pozbywaniu się negatywnych emocji”. Oczekiwania takie nie były przez terapeutę zaspokajane. Wskazywał on na jej niesamodzielność i zależność od osób znaczących, a także na fakt, że normą jest sytuacja, w której negatywne emocje współtworzą relacje uczuciowe z osobami znaczącymi, natomiast lęk przed nimi oraz poczucie winy z ich powodu mogą się wiązać z zagrożeniem infantrylnej potrzeby symbiotycznej zależności. Według pacjentki jej długoletnia

relacja z poprzednim terapeutą miała właśnie charakter przede wszystkim wspierający, a nawet symbiotyczny. Była ona w tamtej relacji przytulana, pocieszana, wzmacniana, zapewniana o nieustannej trosce. Nosiła przy sobie zdjęcie swego terapeuty z dedykacją. W momencie podjęcia decyzji o zmniejszeniu intensywności spotkań, które miały być już zależne od pojawiania się trudności w jej bieżącym życiu, otrzymała od niego specjalny list z obietnicą, że będzie zawsze miał dla niej czas. W tej sytuacji objawy regresji, jakie pojawiły się w zachowaniach pacjentki po jego śmierci, stają się bardziej zrozumiałe. Po prostu odczuwała silną potrzebę szybkiego odtworzenia tamtego symbiotycznego związku zarówno w relacjach z członkami rodziny (którzy pozwalali na to), jak i w relacji z nowym terapeutą (który nie zaspokajał tego pragnienia). Stopniowo pacjentka zaczęła odczuwać złość do poprzedniego terapeuty, czuła się przez niego porzucona i oszukana („obiecował, że zawsze będzie przy mnie, a teraz umarł”), dodatkowo informacje o jego życiu prywatnym, które dotarły do niej w tym czasie, zburzyły istniejący wcześniej w jej wyobraźni obraz człowieka bez skazy („on jednak nie był taki idealny”). Podczas ostatnich sesji pacjentka sama nazywała swój poprzedni związek terapeutyczny uzależnieniem, mówiła, że terapeuta nie był wobec niej uczciwy, nie szanował jej wolności i autonomii. Obecny terapeuta wskazywał na to, że relacja tamta była iluzją realnego związku, dawała pacjentce poczucie bezpieczeństwa, ale nie dawała przecież realnej, satysfakcjonującej bliskości. Ten bezpieczny związek z mężczyzną był możliwą do akceptacji, ale jednocześnie zamrażającą rozwój, propozycją dla osoby, która doświadczyła traumatyzującej relacji z ojcem i nieudanego, realnego związku z mężczyzną. Relacja nawiązana na I roku studiów, wspomniana wcześniej, natrafiła u pacjentki na silny lęk przed bliskością, przed perspektywą porzucenia, przed zbliżeniem seksualnym — w sposób impulsywny zerwała ją, później unikając już związków z mężczyznami, „chyba że byli jej terapeutami”. Temat związków z mężczyznami był zresztą przez pacjentkę podejmowany z dużymi oporami; w sferze hipotez pozostaje możliwość przeżycia przez nią w dzieciństwie nadużycia seksualnego. Na piątej sesji pacjentka podzieliła się przeżywanymi przez siebie obawami przed śmiercią ze swoim nowym terapeutą. Klaryfikowano, że w jej przeżyciach pacjentki wszystkie osoby, z którymi się styka, dają jej za mało oparcia, bo nawet jeśli są realnie wspierające, nie mogą dać żadnej gwarancji, że będą wiecznie obecne. Na ósmej sesji pacjentka była już wyraźnie spokojniejsza, bardziej wyważona w wypowiedziach, mniej labilna emocjonalnie. Cechy regresywne zmniejszyły się. Naprowadzana przez terapeuta nazwała swoją zasadniczą trudność „brakiem oparcia w sobie”, zadając równocześnie wiele dość rozpaczliwych pytań o możliwość szybkiego zbudowania takiego oparcia. Przed dziewiątą sesją stało się oczywiste, że kryzys (zaburzenia adaptacyjne) minął i dalsza praca terapeutyczna mogłaby się już skupić na zasadniczym, osobowościowym, problemie pacjentki, czyli na dysfunkcyjnym wzorcu wchodzenia w relacje z innymi ludźmi. Właśnie wtedy jednak pojawił się temat końca terapii.

### Zakończenie terapii

Na dziewiątej sesji pacjentka uznała, że jest już „zmęczona psychoterapią”, korzystając z niej prawie nieustannie od 20 lat. Twierdziła, że „wiele sobie przemyślała i teraz nie musi już tak często przyjeżdżać”. Terapeuta, podsumowując dotychczasowy postęp

w leczeniu, starał się motywować pacjentkę do dalszej pracy, widząc jej sensowność, jednak ona poprosiła o możliwość zakończenia lub przynajmniej czasowego wstrzymania terapii w sensie pogłębionych rozmów. Wizyty miałyby być rzadsze, skupione głównie na objawach, a także poświęcone stopniowej redukcji dawki leku. Terapeuta wstępnie zgodził się na to, ale zaproponował pełniejszą analizę przyczyn decyzji pacjentki na kolejnym spotkaniu. Na następną wizytę jednak zapisała się do innego terapeuty, również lekarza. Tym razem była to młoda, choć nieco starsza od poprzedniego terapeuty, kobieta, przyjmująca pacjentów w tej samej instytucji, w gabinecie położonym dokładnie naprzeciwko gabinetu, w którym odbywały się dotychczasowe sesje. Dodatkowo pacjentka umówiła się na tę samą godzinę, co do tej pory, tak że rejestratorka zatelefonowała nawet do niej, aby upewnić się, czy nie zaszła pomyłka. Pacjentka na kilka godzin przed wizytą zadzwoniła do dotychczasowego terapeuty, żeby poinformować go o swojej decyzji zmiany lekarza. Fakt, że terapeuta wcześniej wiedział o wszystkim od rejestratorki, niewątpliwie pomógł mu w spokojnym przyjęciu tej informacji i niekomentowaniu jej w trakcie rozmowy telefonicznej. Na spotkaniu z nową lekarką pacjentka wyrażała swoją frustrację z powodu zbytniego jej zdaniem drażenia problemów przez dotychczasowego terapeutę. Poprosiła o możliwość długotrwałego, czysto wspierającego związku, jednocześnie idealizując przyszłą terapeutkę. Ta jednak odmówiła spełnienia takich oczekiwań. Zinterpretowała to jako opór w terapii, jednocześnie sugerując, że jej frustracja w dotychczasowym związku terapeutycznym może wynikać z traktowania go przez nią przede wszystkim jako relacji damsko-męskiej. Pacjentka została skierowana do poprzedniego terapeuty w celu analizy motywów przerwania terapii. Sesja ta wywołała u niej silne wzburzenie, płakała, skarżyła się na to, że jest zmuszana do terapii wbrew własnej woli, że nikt nie szanuje jej zdania. Poprosiła o chwilę rozmowy z terapeutą, później dzwoniła jeszcze do niego, płacząc i prosząc o kolejne zapewnienie, że nie będzie zmuszana do terapii i wizyty na pewno będą poświęcone tylko wycofywaniu leków. Terapeuta udzielił jej wsparcia, jednocześnie zapewniając, że terapia nie będzie prowadzona bez jej woli (co dla wszystkich, poza nią, było oczywiste). Po mniej więcej dwóch tygodniach zadzwoniła do niego ponownie. Była znacznie spokojniejsza, przeprosiła za zamieszanie, jakie wywołała, podziękowała za otrzymaną pomoc i oznajmiła, że rezygnuje z kontrolnych wizyt i postara się sama odstawić zażywany jeszcze lek.

Po miesiącu pacjentka zgłosiła się — jak twierdziła: „po leki” — do lekarki, u której była ostatnio, tłumacząc, że nie było już wolnych terminów u prowadzącego terapeuty. Skarżyła się na pogorszenie samopoczucia po odstawieniu leków, na „napięcie w okolicach przepony”, drętwienia w rękach i nogach. Terapeutka zinterpretowała to jako frustrację z powodu niemożności odtworzenia idealnego, wspierającego związku, a także jako złość i żal odczuwane z tego powodu. Pacjentka częściowo przyjęła tę interpretację, jednak po sugestii, że z pewnością czuje też złość do swego terapeuty, który nie spełnił jej oczekiwań, i że ta wizyta u kogoś innego również tę złość wyraża, zareagowała rozdrażnieniem żądając zakończenia spotkania i przepisania leków. Otrzymała receptę na te same preparaty, które zażywała dotychczas. Po kolejnych trzech tygodniach pacjentka ponownie pojawiła się u „głównego” terapeuty. Była ubrana na czarno, bardziej elegancka i zadbana niż zwykle. Oczekiwała odpowiedzi na pytanie, czy musi dalej zażywać leki („bo już sama nie wie”), chciała również, jak to podkreśliła, wytłumaczyć się ze swojego zachowania i z decyzji

o przerwaniu terapii. Poinformowała, że podjęła ponownie terapię w szkole Gestalt, tym razem u kobiety. Tłumaczyła, że w pewnym momencie zaczęła się bać, że mogłaby się uzależnić od kolejnego terapeuty mężczyzny, uznała więc, że lepiej będzie terapię przerwać i leczyć się u kobiety. Opowiedziała też sen: „Byłam zamknięta w celi, w więzieniu, a Pan był tam strażnikiem. Czułam, że musi Pan umrzeć, żebym mogła być znowu wolna”. Mówiła, że przeszkadzało jej w terapii to, że niczego o nim nie wiedziała („terapeuta nie może być białą kartą, ważna jest pleć, system wartości, a Pan nawet nie chciał mi powiedzieć, czy wierzy w Boga”), że w terapii „pomijany był aspekt duchowy”. Jednocześnie z niepokojem dopytywała, czy na pewno nie jest na nią obrażony i czy będzie mogła jeszcze kiedyś przyjść na spotkanie, „po leki albo z jakąś potrzebą”. Zinterpretowano to jako rezygnację z budowania własnej autonomii psychicznej, potrzebę posiadania stałego, zewnętrznego źródła wsparcia, lęk przed głębszymi odczuciami, także popędowymi, które pojawiły się w trakcie terapii. Zauważono, że pacjentka rozbija treści i przeżycia na takie, które nadają się do omawiania z mężczyzną, i takie, z którymi idzie się do kobiety („teraz chciałam omówić relację z matką i uznałam, że łatwiej będzie zrobić to z kobietą”), w czym widziano również wyraz lęku przed trudnymi emocjami, które pojawiły się w terapii. Pacjentka otrzymała informację, że kontynuacja farmakoterapii nie jest potrzebna, a kontakt terapeutyczny w dwóch różnych ośrodkach jednocześnie byłby szkodliwy.

### Dyskusja

Emocje i zachowanie pacjentki, które doprowadziły do zakończenia terapii, można rozumieć dwojako. Z jednej strony niewątpliwie zmanifestował się w ten sposób jej opór przed dalszą terapią, przed kontaktem, który miałby się skupiać na zasadniczych nieprawidłowościach przeżywania i funkcjonowania oraz na analizowaniu relacji terapeutycznej, zjawisk przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych. Kontakt taki zmierzałby do poszerzenia pola świadomych treści w przeżywaniu pacjentki, także o wątki potencjalnie najbardziej konfliktowe i zagrażające, co z pewnością doprowadziłoby do zachwiania psychicznej homeostazy, swoistego *status quo*, które, choć zamyka wiele możliwości rozwoju i związane jest z pojawianiem się objawów, daje też poczucie bezpieczeństwa, rodzaj specyficznego „otorbienia” chroniącego przed bólem w konfrontacji z rzeczywistością. Chodzi oczywiście o typowy lęk przed zmianą towarzyszący wszystkim pacjentom, w różnym nasileniu obecny praktycznie na każdym etapie terapii, niekiedy zaś uniemożliwiający w ogóle podjęcie leczenia [1]. W tym rozumieniu wydarzenia końcowego okresu kontaktu z pacjentką należałoby widzieć jako wyraz dominacji oporu nad siłami dążącymi do utrzymania relacji terapeutycznej i do zmiany. Z drugiej jednak strony można je też rozumieć jako przejaw złości pacjentki odczuwanej nieświadomie do terapeuty (a później także i terapeutki), który nie spełnił jej podstawowych oczekiwań. Chodzi o oczekiwanie długotrwałego, wspierającego związku z wyraźnie nadwrażliwymi granicami bądź też nawet zupełnie pozbawionej granic symbiozy. Byłoby to powtórzenie schematu wchodzenia w relacje, który do tej pory obowiązywał w życiu pacjentki — tak było w relacji z członkami najbliższej rodziny, a szczególnie z matką, tak też było w długim, bo 20-letnim kontakcie z terapeutą. Napotykamy w tym momencie na istotną różnicę w podejściu do pacjentki pomiędzy obiema szkołami psychoterapii, z którymi miała do

czynienia. Wydaje się, że terapeuta Gestalt uznał zależność za naturalną potrzebę pacjentki, a wysoki poziom tej potrzeby zależności — za efekt urazów i frustracji, jakich doświadczyła w swoim wcześniejszym życiu. W takim ujęciu terapia jawi się jako doświadczenie korektywne (naprawcze) w stosunku do doznanych urazów. Tego typu ujęcie nie jest całkowicie obce myśleniu psychodynamicznemu (podobny sposób patrzenia proponuje chociażby Heinz Kohut), niewątpliwie jednak zanadto upraszcza ono złożone zjawisko osobowości zależnej. Po pierwsze pozostaje dyskusyjne, czy dziecięce przeżycia pacjentki — mające charakter urazów psychicznych, czyli przeżyć przekraczających zdolności kompensacyjne ego w momencie ich doświadczania — rzeczywiście tłumaczą taki kształt jej późniejszej osobowości. Wiadomo bowiem, że główną relacją formującą pacjentkę był związek z matką, a w jego obszarze brak danych o doświadczeniach traumatycznych (z czego nie wynika oczywiście, że ich nie było, ale trudno to zakładać). Lęk doświadczany w relacji z ojcem był niewątpliwie bardzo istotny dla rozwoju osobowości pacjentki, przyczynił się do zarysowania postaci ojca jako kluczowej w jej świadomych wspomnieniach, utrudnił czy wręcz uniemożliwił bezpieczne wejście w sytuację edypalną i pomyślnie jej rozwiązanie. Konsekwencje tego są widoczne w linii życiowej pacjentki, a mianowicie w braku wyrazistych relacji z realnymi mężczyznami. Nawiązywała ona albo relacje związane z bardzo wysokim poziomem konfliktowych emocji, a głównie lęku, i przez to gwałtownie przerywane (chłopiec na studiach), albo też relacje z terapeutami, a więc mężczyznami zakazanymi, tylko częściowo dostępnymi, a przez to bezpieczniejszymi. Wydaje się jednak wątpliwe, aby relacja pacjentki z ojcem mogła być odpowiedzialna za deficyt psychiczny tak głęboki i pierwotny (a przy tym nieodwracalny), że wymagający propozycji niekończącej się odżywczej relacji terapeutycznej o charakterze protezy. Wcześniejszy terapeuta zaproponował jednak wg wszelkich danych taki właśnie typ relacji. Wallerstein [2] nazywa tak funkcjonującego terapeutę „życielem terapeutycznym” i rezerwuje taką postawę dla bardzo wąskiego kręgu bardzo zaburzonych pacjentów niebędących w stanie niczego w sobie trwale przepracować i niczego trwale uwewnętrznić, i z tego powodu potrzebujących niekończącej się relacji terapeutycznej (nawet o relatywnie bardzo niskiej częstotliwości spotkań) o profilu wyraźnie podtrzymującym [2]. W ujęciu psychodynamicznym jednak strategia taka pozostaje wyjściem ostatecznym, po które sięga się po długim okresie kontaktu z pacjentem, w trakcie którego włączane są również próby bardziej ekspresywnych form terapii. Także w podejściu kohutowskim (psychologia self) koncentracja na pracy z deficytem ma charakter dynamiczny i zakłada ciągłe monitorowanie odpowiedzi pacjenta na empatyczne interwencje terapeuty. W razie braku pozytywnego efektu, a zwłaszcza wystąpienia reakcji w formie paradoksalnego pogorszenia się, dochodzi do szczegółowej analizy uwzględniającej również zjawiska oporu oraz negatywnego przeniesienia w terapii. A więc strategia podtrzymująca nie jest trwałym wyborem terapeuty, ale pozostaje wtórna wobec pełnego rozumienia indywidualnej psychopatologii zanurzonej w konkretnej relacji terapeutycznej [3]. W przypadku pacjentki wybór takiej strategii był jednak przypuszczalnie podyktowany założeniami teoretycznymi szkoły humanistycznej. Mamy tu na myśli: po pierwsze traktowanie tradycyjnie rozumianej płaszczyzny psychopatologicznej jako pobocznej i kładzenie głównego nacisku na szeroko pojęty rozwój osobisty pacjenta (w języku humanistycznym „klienta”, co logicznie wynika z odsunięcia psychopatologii na dalszy plan); po drugie — koncentrację na świadomej części psychiki człowieka połączoną



z uznaniem części nieświadomej za mniej istotną, po trzecie — założenie, że nie istnieje nic takiego jak natura człowieka, na którą pozostaje on w istotnej mierze skazany, a zamiast tego przyjęcie, że scenariusz jego życia i kształt osobowości podlega w większości jego wolnemu wyborowi; po czwarte — traktowanie agresywności jako artefaktu, który jest pozostałością urazowych doświadczeń jednostki (pomijanie więc ludzkiej agresywności w jej wymiarze popędowym, i przez to *a priori* przynależnym człowiekowi, a akcentowanie głównie agresywności wynikającej z niezaspokojenia potrzeb); po piąte — bezwarunkową akceptację jako główny składnik postawy terapeutycznej (a więc negację istnienia negatywnych uczuć terapeuty do pacjenta) [4].

Z punktu widzenia szkoły psychodynamicznej, która wszystkie te założenia odrzuca (tworząc oczywiście własne, gdyż niemożliwe jest stworzenie teorii bezzakołoniowej), zależność powinna być rozumiana nie tylko jako potrzeba, ale również jako dynamiczna obrona [5]. Dotyczy to szczególnie osób opisywanych wg współczesnych kryteriów jako zaburzone, a więc w tym przypadku osób z przerosłą, nadmiarową cechą zależności. Zaburzenie takie nazywamy osobowością zależną, przy czym organizacja takiej osobowości i tym samym poziom zaburzeń owocujących taką właśnie przerosłą cechą zależności mogą być bardzo różne. Wg ujęcia Kernberga mogą się rozpościerać od obszaru pośredniego między poziomem neurotycznym a poziomem borderline aż po wyraźne już ukształtowane elementy organizacji borderline (choć z wyłączeniem najcięższego poziomu zaburzeń) [6]. Typowymi treściami psychicznymi, przed którymi opisywana osobowość broni się poprzez nadmierną zależność, są z jednej strony lęki separacyjne, a z drugiej wrogość. Symbiotyczne, oparte na przywarciu do drugiej osoby, związki redukują lęk separacyjny, który stanowi nierozwiązany dylemat rozwojowy pacjenta, i dlatego są adaptacyjne. Widać to wyraźnie u naszej pacjentki, u której po odebraniu informacji o śmierci wcześniejszego terapeuty doszło do dekompensacji lękowej z wyraźną komponentą lęku separacyjnego. Widać to również w kompulsywnym poszukiwaniu kolejnego obiektu, do którego można by przywrzeć na zasadzie symbiotycznej (czyli z pominięciem konfliktowych aspektów związku) w celu redukcji lęku. Drugi broniony obszar, czyli obszar agresywności i wrogości pacjentki, również jest wyraźnie widoczny. Dekompensacja wyzwoliła wiele słabo kontrolowanych uczuć agresywnych i wrogich budzących w pacjentce silny lęk i częściowo transformowanych w depresję. Silne leki depresyjne (a więc lęki przed zniszczeniem obiektu zależności) i dość głęboki poziom regresji prowokujący nawet doznania quasi-psychotyczne (np. bliskie osoby pozbawiające pacjentkę energii, zachowania infantrylne i chaotyczne na granicy adekwatności społecznej) sugerują niekorzystnie rozwiązana pozycję depresyjną w drugim półroczu życia. Wyjaśniałoby to obecność wyjątkowo silnych i prowokujących mocno regresywne zachowania lęków separacyjnych. Dobrą ilustracją dylematu nierozwiązywalnej separacji jest sen opowiedziany na koniec terapii. Związek z terapeutą ujęty jest w nim jako więzienie, terapeuta jako więzienny strażnik, a jedyną drogą wyzwolenia jest jego śmierć. Fantazje o śmierci terapeuty pojawiały się zresztą już na wcześniejszych sesjach, a czytelną ekspresją wrogości do niego stała się demonstracyjna próba zmiany terapeuty po dziewiątej sesji. Należy rozumieć, że pacjentka nie była w stanie wytrzymać siły swojej wrogości i związanego z nią lęku i musiała rozegrać te uczucia w działaniu (acting-out). Taka konstelacja mechanizmów obronnych, typu regresji, stylu więzi, objawów klinicznych oraz poziomu funkcjonowania społecznego, sugeruje,

że patologia osobowości ukształtowała się raczej wcześniej i związana jest z niekorzystnie rozwiązany procesami separacyjnymi w drugim lub trzecim roku życia. Niekorzystnie rozwiązana pozycja depresyjna przypuszczalnie uniemożliwiła pomyślny przebieg fazy powtórnego zbliżenia (czwarte półrocze życia) i nie udało się wytworzyć ambiwalentnych, a przez to stabilnych i funkcjonalnych, obrazów self i obiektu. Nadmierny poziom lęku separacyjnego oraz wrogości musiał zostać związany obronną strukturą charakteru, w tym przypadku o typie przywierającej zależności. Strukturę osobowości pacjentki można by w takim ujęciu widzieć jako przykład organizacji borderline o stosunkowo niskim nasileniu patologii. Specyficzny wzorzec relacji z mężczyznami (w tym z terapeutami) oraz nieco teatralną ekspresję pacjentki można by traktować jako historyczną maskę głębszej patologii. Stanowią one również zaproszenie do prób interpretowania jej funkcjonowania osobowościowego w kategoriach histrionicznych, w których nadreprezentacja postaci ojcowskiej byłaby konsekwencją niepowodzeń rozwojowych w relacji z matką. Zbadanie tej hipotezy nie jest jednak możliwe z powodu niewystarczającej wiedzy o pacjentce. Ciekawe jest jej dążenie w ostatnim okresie kontaktu do podziału figur terapeutycznych na męskie i kobiece z przydzieleniem im odmiennych charakterystyk i kompetencji, wyraźnie z preferencją (być może związaną z mniejszym poziomem lęku) postaci kobiecych. Można by to traktować jako ślad edypalizacji problematyki i powód do ostrożnego optymizmu.

Z dwóch naszkicowanych powyżej ujęć problemów pacjentki wyłaniają się dwa zupełnie odmiennie rodzaje postępowania. Z psychodynamicznego punktu widzenia propozycję utworzenia symbiotycznego, opartego na dziecięcej zależności i płynności granic, związku oraz pielęgnację tego związku połączoną z rezygnacją z jego analizowania (w tym z interpretowania idealizacji osoby terapeuty) należy uznać u tej konkretnej pacjentki za błąd w sztuce psychoterapii — błąd, który *a priori* skazuje na wieczne tkwienie w świecie niedojrzałych mechanizmów obronnych i bardzo pierwotnego stylu więzi psychicznej. Z tego powodu oboje terapeuci poprzez bardzo jednoznaczne ustawienie granic uniemożliwili w trakcie opisywanego leczenia rozwój związku o takim właśnie niedojrzałym, symbiotycznym charakterze. Musiało to doprowadzić do wzrostu poziomu lęku u pacjentki. Jej nieoczekiwane i dość chaotyczne zachowania z tego właśnie lęku wynikające zostały przy tym przyjęte spokojnie, co wydaje się szczególnie istotne wobec jej zasadniczych trudności z bezpiecznym przeżywaniem ambiwalencji w stosunku do osób znaczących. Należy jednak podkreślić, że coś, co jest błędem w sztuce psychoterapii z punktu widzenia szkoły psychodynamicznej, nie musi nim być z punktu widzenia innych szkół. Być może postawa wcześniejszego terapeuty z punktu widzenia szkoły humanistycznej czy też dokładnie szkoły Gestalt błędem nie była. Autorowi brakuje kompetencji, żeby to ocenić. Brak możliwości stworzenia wspólnej dla różnych szkół psychoterapii definicji błędu wynika z faktu, że opierają się one na zupełnie odmiennych i niejednokrotnie sprzecznych za sobą założeniach teoretycznych dotyczących konceptualizacji problemów pacjenta (klienta), sposobu organizacji i rozumienia dialogu terapeutycznego czy też celów psychoterapii. Do pewnego stopnia różne muszą być więc także definicje sukcesu i porażki terapeutycznej. Wydaje się, że łatwiej w tym względzie o częściowe uzgodnienie stanowisk pomiędzy szkołami odwołującymi się wspólnie do tej samej opisowej klasyfikacji psychopatologicznej (np. ICD lub DSM) i przywiązywanymi do tej klasyfikacji dużą wagę, nawet jeśli teoretyczne rozumienie poszczególnych zaburzeń pozostaje bardzo odmienne. Oparcie się na aktualnych w danej

kulturze definicjach tego, co patologiczne, spełnia funkcję stabilizującą i dyscyplinującą, ogranicza bowiem misjonarskie zapędy psychoterapeutów i osadza ich wyraźnie w roli osób leczących z choroby. Takie wspólne odniesienie jest możliwe chociażby w dialogu pomiędzy terapeutą psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym. W ujęciu szkoły humanistycznej znaczenie oficjalnych klasyfikacji psychopatologicznych pozostaje jednak co najwyżej marginalne, a psychoterapeuta osadzony jest raczej w roli osoby prowadzącej klienta do pewnego (na ogół słabo zdefiniowanego) ideału zdrowia niż leczącej z zaburzeń i chorób (a są to jednak dwie zupełnie inne role). Z tego powodu uzgodnienie stanowisk szkół psychodynamicznej i humanistycznej w sprawie błędu w sztuce musi okazać się w wielu przypadkach niemożliwe.

### Uwagi końcowe

Z punktu widzenia terapeuty trudno jednoznacznie ocenić efekty opisanego procesu psychoterapii. Choć zakończył się on zerwaniem kontaktu, określenie go porażką byłoby nadmiernym uproszczeniem. Pacjentka doświadczyła nowego spojrzenia na siebie i nowego typu związku, co mogło okazać się dla niej istotne, chociażby poprzez wpływ na sposób funkcjonowania w kolejnej relacji terapeutycznej niezależnie od tego, w jakiej modalności byłaby prowadzona. Jednak z perspektywy kilku lat, jakie upłynęły od zakończenia terapii, pojawia się wiele wątpliwości, a nawet krytycznych ocen dotyczących pewnych wyborów i rozstrzygnięć związanych z opisywanym leczeniem. Wątpliwości terapeuty budzi przede wszystkim sens prowadzenia psychoterapii tego typu pacjentki przy tak wątej częstości spotkań, jaką daje rytm dwutygodniowy. Powoływanie się na realne okoliczności (odległość od miejsca zamieszkania) sprawia wrażenie obronnej racjonalizacji tworzonej przez pacjentkę, a przyjmowanej wtedy przez terapeutę dość bezrefleksyjnie (niewątpliwie miały w tym swój udział jego własne problemy). Wydaje się, że korzystniejsze dla pacjentki byłoby podjęcie intensywniejszej terapii bliżej miejsca zamieszkania. Pozwoliłoby to na bardziej wszechstronną analizę relacji, a z drugiej strony większa siła związku mogłaby stanowić przeciwwagę dla bolesnych utrat nieuchronnie związanych z procesem psychoterapii. Zastrzeżenia wywołuje też bardzo rygorystycznie stosowana zasada prohibicji wszelkich informacji na temat terapeuty: od samego początku i na każdy temat. W przypadku pacjentki na takim poziomie patologii, z obecnością komponenty deficytowej zaburzeń, z takim lękiem przed związkiem (a szczególnie przed związkiem z mężczyzną), z doświadczeniem zupełnie odmiennego i dużo bezpieczniejszego modelu terapii wydaje się to strategią przesadną i mogącą odnieść efekt odmienny od zamierzonego — prowadzić nie do pogłębienia materiału przeniesieniowego, ale do niekontrolowanego narastania lęku. Szczególnie odmowa terapeuty udzielenia informacji dotyczącej jego wyznania, o co pacjentka zabiegała na samym początku terapii, wydaje się z perspektywy trudna do obrony. Brała się ona z niedostatecznej elastyczności terapeuty, który przy wyborze używanych przez siebie technik w zbyt małym stopniu uwzględnił specyfikę pacjentki. Nie mówimy tu o rezygnacji z pozycji analitycznej, ale bardziej o dostosowaniu dynamiki wycofania, powściągliwości i anonimowości terapeuty do dynamiki procesów adaptacyjnych pacjentki oraz jej lęków i potrzeb zależnościowych. Dodatkowo trzeba dodać, że całość zebranego w terapii materiału jest dość skąpa i nie pozwala na for-

mułowanie jednoznacznych hipotez, a więc powyższe uwagi diagnostyczne należy uważać za hipotezy próbne, skazane w tym przypadku na niedookreślenie. Obszarami psychiki pacjentki szczególnie słabo poznanymi wydają się jej narcyzm (a więc stosunek do siebie samej) oraz relacja z matką. Niewątpliwie nie można powiedzieć, że porzucenie przez nią terapii było czymś od początku nieuniknionym. Jawi się ono jako efekt koincydencji wielu czynników, z których część niewątpliwie leżała po stronie terapeuty i wynikała z jego własnych błędów i braków. Wydaje się jednak, że można patrzeć na nie również jako na cenę utrzymywania pewnej konsekwentnej postawy terapeutycznej. Z punktu widzenia psychoterapeuty psychodynamicznego jest to cena warta zapłacenia.

### Piśmiennictwo

1. Gabbard GO. *Working with resistance*. W: Gabbard GO, red. *Long-term psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2004, s. 99–115.
2. Wallerstein R. *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford; 1986.
3. Kohut H. *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press; 1971.
4. Jakubowska U. *Terapia humanistyczno-egzystencjalna*. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia; 2005, s. 177–188.
5. Gabbard GO. *Zaburzenia osobowości z grupy C: osobowość obsesyjno-kompulsywna, osobowość unikająca i osobowość zależna*. W: Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009, s. 510–535.
6. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.

Adres: slosarczyk@poczta.onet.pl