

Karolina Sośnik¹

**PACJENCI PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ,
KTÓRZY CHCĄ ZOSTAĆ PSYCHOTERAPEUTAMI –
ANALIZA ZJAWISKA DOTYCZĄCEGO
RELACJI TERAPEUTYCZNEJ**

**INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY PATIENTS WHO WANT TO BECOME
PSYCHOTHERAPISTS – ANALYSIS OF THE PHENOMENON CONCERNING
THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP**

¹Prywatna praktyka

**therapeutic relationship
dependent personality
features of a psychotherapist**

Streszczenie

W artykule analizuję zjawisko, jakie może pojawić się w czasie trwania psychoterapii indywidualnej, kiedy pacjent mówi o pragnieniu zostania psychoterapeutą. Przyjmuję, że identyfikacja z psychoterapeutą i idealizacja psychoterapii to elementy relacji terapeutycznej, umożliwiające zrozumienie dynamiki pacjenta. Prawdopodobnie będą one częściej dotyczyć pacjentów z nieokreślonym, nieukształtowanym self, o cechach zależnych, a po drugiej stronie – psychoterapeutów o narcystycznych potrzebach, które nie są realizowane w życiu prywatnym, mających silną potrzebę władzy i słabszą potrzebę supervizowania swojej pracy terapeutycznej. Artykuł zawiera analizę czynników występujących po stronie pacjenta, po stronie psychoterapeuty i w łączącej ich relacji terapeutycznej, gdy u pacjenta pojawia się chęć bycia kimś podobnym do swojego psychoterapeuty. Opisuję składniki relacji terapeutycznej, czynniki wpływające na tę relację, występujące w niej zależność i władzę, a także mechanizmy identyfikacji i idealizacji oraz mechanizmy im sprzyjające, zarówno po stronie pacjenta, jak i psychoterapeuty. Na koniec omawiam fazę pracy terapeutycznej polegającą na osiągnięciu niezależności psychicznej przez pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem świadomości psychoterapeuty na wpływ, jaki wywiera na pacjenta w trakcie trwania psychoterapii.

Summary

In this article, I analyze a phenomenon that may arise during individual psychotherapy when a patient expresses a desire to become a psychotherapist. I understand identification with the psychotherapist and idealization of psychotherapy as an element of the therapeutic relationship that enables understanding the patient's dynamics. This phenomenon is likely to be more common in patients with an undefined, unformed self, with dependent features, and, on the other hand, in psychotherapists with narcissistic needs that are not met in their private lives, a strong need for power, and a weaker need for supervision of their therapeutic work. The article analyzes factors on the patient's side, the

psychotherapist's side, and within the therapeutic relationship that connects them when the patient develops a desire to be like their psychotherapist. I describe the components of the therapeutic relationship; factors influencing the relationship; dependency and power within it, the mechanisms of identification and idealization; mechanisms that foster identification and idealization on the part of both the patient and the psychotherapist; and finally, the phase of therapeutic work involving the patient's achievement of psychological independence, with particular emphasis on the psychotherapist's awareness of the impact they have on the patient during psychotherapy.

Wstęp

Współcześnie występuje coraz większe zainteresowanie i zaciekawienie zarówno działaniem ludzkiej psychiki, udziałem w psychoterapii, jak i psychoterapią jako ścieżką kształcenia zawodowego. Zawód psychoterapeuty wydaje się profesją kuszącą – szanowaną, dochodową, a osoba psychoterapeuty jawi się jako człowiek, który zdobył wszelką wiedzę dotyczącą tajemnic życia wewnętrznego i jest wyzbyty wszelkich trosk. Mimo że jest to perspektywa idealizująca, zdarza się, że pacjenci – nieraz w połowie życia – przekwalifikują się, odkrywając w czasie trwania psychoterapii swoją tożsamość związaną z pomaganiem innym w rozumieniu meandrow psychiki.

Chciałabym w tym artykule podjąć się próby analizy zjawiska, kiedy w trakcie trwania procesu psychoterapii pacjent mówi o pragnieniu zostania psychoterapeutą. Może ono wystąpić w szczególnej konstelacji cech pacjenta, cech terapeuty oraz łączącej ich relacji terapeutycznej. Omówię, jakie czynniki wpływają na pojawienie się takiego pragnienia, jak je rozumieć w kontekście procesu psychoterapeutycznego pacjenta, który chce stać się podobny do swojego terapeuty i jakie to będzie miało znaczenie dla dalszego postępowania w jego psychoterapii.

Składniki relacji terapeutycznej

Na relację terapeutyczną składają się: sojusz roboczy, konfiguracja rzeczywistości oraz relacja przeniesienia, która obejmuje zarówno przeniesienie pacjenta, jak i przeciwprzeniesienie terapeuty [1].

Sojusz roboczy to przymierze pacjenta i terapeuty zawarte w celu wspólnej pracy. Siłą sojuszu zależy od stopnia, w jakim pacjent i terapeuta są zgodni co do wyznaczonych celów terapii i tego, że zadania podejmowane w trakcie sesji pomogą w ich osiągnięciu. Siłą sojuszu zależy też od doświadczenia więzi emocjonalnej między pacjentem a terapeutą. Relacyjny wymiar psychoterapii obejmuje emocje i postawy, jakie żywią wobec siebie pacjent i terapeuta oraz łączącą ich więź psychiczną opierającą się na tych właśnie uczuciach i postawach. Udział pacjenta w budowaniu sojuszu zakłada pragnienie wyleczenia się lub rozwoju, gotowość do podejmowania zadań terapeutycznych, chęć lub zdolność tworzenia więzi i współpracy, a także poczucie własnej skuteczności. Wśród czynników związanych z osobą terapeuty wpływających na siłę sojuszu wymienić można: empatyczne zrozumienie, pozytywne nastawienie, spójność, gotowość do wzięcia właściwej dozy odpowiedzialności za problemy w sojuszu przez siebie powodowane, relacje z obiektami z przeszłości, wytrwałe inwestowanie w pracę i zaangażowanie wobec pacjenta.

Konfiguracja rzeczywista to istniejący obiektywnie, względnie niezależny od przeniesienia i niezniekształcony przez nie wymiar relacji. Obejmuje realistyczne spostrzeżenia i reakcje, sympatię, wzajemną afirmację, relację ja – ty. Im bardziej prawdziwi i realistyczni będą wobec siebie uczestnicy relacji, tym lepsza będzie praca terapeutyczna i jej efekty. Pacjenci szukają terapeuty, któremu będzie na nich zależeć i który będzie ich lubił takimi, jakimi są.

Relacja przeniesienia oznacza powtórzenie konfliktów z ważnymi osobami z przeszłości w kontakcie z terapeutą [1]. Zadaniem terapeuty jest rozumieć tworzoną przez pacjenta rzeczywistość i pomagać mu ją interpretować. Cecha, która ułatwia terapeutcie opanowanie przeciwprzeniesienia, to przede wszystkim integracja własnego ja – niezbędny warunek właściwej relacji z pacjentem i uniknięcia nadmiernej lub zbyt słabej identyfikacji, element kluczowy do zachowania granic terapeutycznych, jednoczenia się i oddzielania od pacjenta, współuczestnictwa, a następnie dystansowania się i obserwowania go z boku. Do innych zaliczyć można: opanowanie niepokoju, umiejętności poznawcze, empatię i wgląd we własne ja.

Czynniki wpływające na relację terapeutyczną

Jakość relacji terapeutycznej zawsze przekłada się na zdolność pacjenta do badania własnego świata wewnętrznego [1]. Różni autorzy [2–4] opisują czynniki kształtujące relację terapeutyczną, wyszczególniając te, które występują po stronie pacjenta i po stronie terapeuty. Wśród tych pierwszych znajdują się między innymi: rozumienie wagi własnego wpływu na proces psychoterapii, głębokość zaburzenia, ogólne funkcjonowanie, satysfakcja ze związków interpersonalnych, styl przywiązania, siła ego, inteligencja, poczucie kontroli, oczekiwania wobec psychoterapii, preferencje w zakresie metody terapeutycznej. Na czynniki występujące po stronie pacjenta psychoterapeuta nie ma wpływu, może tylko je zrozumieć i uznać za znaczące w procesie leczenia, dlatego chciałabym więcej miejsca poświęcić roli terapeuty w budowaniu relacji. Świadomość psychoterapeutów dotycząca własnych ograniczeń lub przeciwnie – możliwości oddziaływania – byłaby pożyteczna dla pacjentów, a także pomocna w szkoleniu i pracy zawodowej.

Psychoterapeuta kształtuje relację terapeutyczną poprzez interwencje, takie jak: ułatwianie kreowania nowych myśli i działań, wspieranie, nieosądzanie, komunikowanie zrozumienia, wrażliwość, uczestniczenie w doświadczeniu pacjenta i uwagę mu poświęcaną. Wpływa na nią również przez swoje kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, a także wiek i płeć, fazę życia i znaczące wydarzenia ze swojej historii, jak również swoje zdrowie psychiczne, cechy osobowości, cechy związane z wpływem społecznym, dyrektywność, styl przywiązania i współczucie pacjentowi oraz oczekiwania dotyczące rezultatów psychoterapii i przestrzeganie reguł jej modelu. Kleszcz-Szczyrba [5] w swoim artykule dzieli te czynniki na specyficzne, związane z osobą terapeuty (osobowość, wiedza, terapia własna, superwizja, doświadczenie) oraz niespecyficzne (zmienne demograficzne, organizacja przestrzeni terapeutycznej, gospodarowanie czasem, wydarzenia w życiu osobistym, sposób prezentacji i autoprezentacji). Piszę też o fizycznym dystansie w organizacji gabinetu, w którym pacjenci zależni, ze zwiększoną potrzebą kontaktu, będą dążyć do przekroczenia fizycznej granicy, zbliżając się do terapeuty, a przesadny komfort przestrzeni może wyzwać nadmierną bliskość.

Zależność i władza w relacji terapeutycznej

Relacja terapeutyczna z samego założenia polega na pomaganiu. Jest skośna, występuje w niej cierpiący pacjent, który potrzebuje pomocy oraz doświadczony, wykwalifikowany psychoterapeuta, który ma za zadanie mu pomóc. Relacja terapeuty – pacjent przypomina relację rodzica – dziecko i jest relacją zależności [4]. Psychoterapeuta może funkcjonować w roli rodzica, autorytetu, mistrza lub nauczyciela. Pacjenci dążą do tego, by się rozwijać i być tacy, jak ich terapeuci – wewnętrznie zintegrowani. Chcą osiągnąć spokój, zdobyć wiedzę, samokontrolę i pewność siebie. Pragną wiedzieć to, co potrafi zrozumieć ich terapeuta i robić to, co on. Relacja oparta na zależności z czasem staje się dla pacjenta zbędna, ponieważ uczy się on nowych sposobów myślenia i działania, sam stając się dla siebie terapeutą. Wtedy psychoterapia może się zakończyć.

Należy pamiętać o wadze psychoterapii w kształtowaniu się tożsamości pacjenta.

Terapeuci wszystkich orientacji teoretycznych wywierają wpływ na swoich pacjentów, niezależnie od tego, jak kluczową rolę w danej modalności przypisuje się relacji terapeutycznej. Między pacjentem a psychoterapeutą istnieje nierównowaga sił. Otwarte przyznanie się do posiadanej władzy, a następnie korzystanie z niej, ma jak najlepszy wpływ na terapię i zmniejsza ryzyko nadużyć. Zadaniem terapeuty jest doprowadzić pacjenta do stanu, w którym będzie miał wystarczająco siły, żeby radzić sobie bez niego [6]. Nie jest natomiast zadaniem terapeuty kształtowanie ludzi na swój wzór i odgrywanie dominującej roli w ich życiu [7]. Już Freud pisał, że „wychowanie chorego powinno prowadzić nie do identyfikacji z nami, lecz do uwolnienia i realizacji jego istoty” [7, s. 94]. Świadomość władzy, jaką dysponuje psychoterapeuta w sytuacji terapeutycznej, pozwala na uniknięcie nadużyć.

Identyfikacja i idealizacja w relacji terapeutycznej

Identyfikacja należy do neurotycznych, wtórnych mechanizmów obronnych osobowości [8]. Jest normalnym elementem rozwoju psychicznego. Polega na przejściu od niedojrzałych form introjekcji do celowych, nie do końca świadomych chęci częściowego upodobnienia się do drugiego człowieka. Identyfikacje stają się formą ubogacania ja poprzez przejmowanie różnych cech podziwianych osób; tworzą poczucie własnego ja i swojego miejsca w świecie. Nikt z nas nie funkcjonuje bez identyfikacji, ale czasem są one nieokreślone i powodują wewnętrzną pustkę [6].

Freud rozróżniał identyfikację nieobronną, motywowaną prostym pragnieniem bycia podobnym do cenionej osoby oraz identyfikację obronną, związaną z zagrożeniem odczuwanym ze strony osoby obdarzonej siłą. W wielu przypadkach występują oba te elementy [7].

W relacji terapeutycznej psychoterapeuta powinien zaakceptować fakt, że jest dla pacjenta obiektem identyfikacji i umiejętnie go wspierać, tak żeby zbudował własną, niezależną od terapeuty tożsamość. Właśnie poprzez mechanizm identyfikacji psychoterapia prowadzi do takiej zmiany. Zdolność do identyfikacji z nowymi obiektami sprawia, że pojawia się siła, która może uleczyć emocjonalne cierpienie. Jakość relacji emocjonalnej między pacjentem a terapeutą koreluje ze skutecznością terapii bardziej niż jakikolwiek inny czynnik [8]. Gabbard [9] wskazuje, że zmiana terapeutyczna może wystąpić poprzez

internalizację funkcji terapeuty, uformowanie reprezentacji terapeuty, której pacjent używa świadomie oraz poprzez internalizację postaw emocjonalnych terapeuty. Pacjent staje się własnym terapeutą, który może myśleć o swoim wewnętrznym doświadczeniu w sposób, w jaki myśli terapeuta. Relacja z terapeutą nie jest mu już wtedy potrzebna do dalszego rozwoju i proces psychoterapii może zostać zakończony.

Mechanizm idealizacji, będący pierwotnym mechanizmem obronnym osobowości, polega na przypisywaniu innym osobom cech idealnych w celu uniknięcia lęku, pogardy, zazdrości lub złości [9]. Idealizacja jest mechanizmem rozwojowym, służy radzeniu sobie z lękiem i łączy się z przekonaniem, że jest ktoś, kto ma nad wszystkim kontrolę. Psychiczne zjednoczenie daje poczucie bezpieczeństwa [8]. Rezygnacja z idealizacji wiązałaby się z rozpoczęciem procesu separacji i indywiduacji.

Jeśli idealizacja nie zaszła w okresie adolescencji, ważne jest przepracowanie jej podczas terapii. Pacjent stopniowo przeżywa rozczarowanie terapeutą i uczy się akceptować jego ograniczenia, pojawia się wielowymiarowy obraz psychoterapeuty [6]. Skośność relacji terapeutycznej, w której terapeuta nie ujawnia swoich spraw, sprzyja procesowi idealizacji [1]. Sygnałem idealizacji może być uczucie dyskomfortu lub satysfakcji, które wywołuje w terapeutce podziw wyrażany przez pacjenta. Ujawnianie w odpowiednim czasie swoich uczuć przeciwp przeniesieniowych oraz bycie autentycznym i życzliwym będzie urealnianiem postaci psychoterapeuty jako żywego i obecnego uczestnika relacji, bez niepotrzebnego odsłaniania się.

Nadmierną identyfikację z psychoterapeutą i jego idealizację wyrażającą się w pragnieniu bycia psychoterapeutą można rozumieć jako wyraz trudności pacjenta w separacji, w odkrywaniu własnego ja, innego niż ja terapeuty, a także sposób na unikanie przez pacjenta uczucia, że jest odrębną postacią, która może swobodnie eksplorować swoje pragnienia. Może to wynikać z deficytu bliskości i chęci pozostania w zależności od psychoterapeuty [1]. Należałoby takie postawy traktować jako fazę przejściową, nie jako zakłócenie relacji, a diagnostycznie – jako ujawnienie się świata wewnętrznego pacjenta, jego lęków i potrzeb.

Mechanizmy pacjenta sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji psychoterapeuty

Opisane wyżej mechanizmy obronne osobowości – identyfikacja i idealizacja – są kluczowe w funkcjonowaniu osobowości o cechach zależnych [10]. Poniżej omówię mechanizmy po stronie pacjenta sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji psychoterapeuty: utrwalenie popędu w fazie oralnej, symbiotyczną strukturę charakteru, poczucie winy, tłumienie swoich potrzeb i uczuć oraz brak możliwości przyjęcia opieki od psychoterapeuty.

Utrwalenie popędu w fazie oralnej prowadzi do identyfikacji z osobą opiekującą się, nieumiejętności dbania o siebie i jednocześnie fantazji, żeby stać się opiekunem innych. Osoby o cechach zależnych upodabniają się do tych, z którymi pozostają w związku, przejmują częściowo ich tożsamość, żeby uzyskać siłę, kompetencje i pewność siebie. Zapewnia im to stabilność emocjonalną, sens życia i poczucie, że coś znaczą. Separacja i indywiduacja stają się utrudnione, pacjent obawia się bycia odrębnym, niezależnym.

Symbiotyczna struktura charakteru ma źródło w historii życia pacjenta, który jako dziecko był używany do spełniania planów swoich opiekunów [11]. W rezultacie powstaje patologia w obrębie tożsamości – tożsamość zewnętrznie narzucona staje się nieautentyczna lub niekompletna. Kontakt z drugim człowiekiem jest oparty na zależności i uwikłaniu. Ja tworzy się przez inkorporację czy idealizację innych lub przez identyfikację z nimi, a nie przez bardziej dojrzały proces internalizacji. Naturalne próby separacji zostają zablokowane lub są aktywnie karane przez rodziców z powodu ich lęku. Nadmierne znaczenie przypisywane jest naturalnym zdolnościom pacjenta do empatycznego odzwierciedlania innych. Z biegiem czasu poczucie bezpieczeństwa może być osiąganе wyłącznie przez odzwierciedlanie innych.

Modell [za: 11] rozróżnił dwa rodzaje poczucia winy: winę separacji i winę pozostałego przy życiu. Wina separacji pojawia się, gdy pacjent ma poczucie, że opuszczenie domu, bycie innym, przeciwstawienie się rodzicom lub rozwijanie się w sposób nieosiągalny dla nich wyrządzi im krzywdę lub rzeczywiście ich zniszczy. Wina pozostałego przy życiu polega na tym, że sądzi on, iż jeśli ma coś dobrego, to kosztem innego, kto został tego pozbawiony. Jedność rodziny jest utrzymywana przez patologię zależności, wzajemnych zobowiązań i zatrzymania autonomii, a to, co jest uznawane za miłość, stanowi w rzeczywistości wykorzystujące i zagarniające przywiązanie. Doświadczenie tak silnej zależności powoduje, że poczucie ja zostaje osłabione i brakuje świadomości swoich pragnień. Symbiotyczne poczucie winy sprawia, że nie można się zajmować sobą, trzeba się zajmować innymi.

W pragnieniu zostania psychoterapeutą podczas trwania psychoterapii własnej dostrzegam również tłumienie swoich potrzeb i uczuć. Wszak bycie terapeutą to nie zajmowanie się sobą, a kimś innym. W tym pragnieniu można usłyszeć kontynuowanie delegacji rodzinnej do służenia innym, trudność w zaopiekowaniu się sobą i pozostawaniu w roli pacjenta. U osób, które w trakcie psychoterapii wyrażały chęć zostania psychoterapeutą, dominowała trudność w zobaczeniu własnego życia psychicznego. W swoim systemie rodzinnym miały szerokie doświadczenia zajmowania się innymi, służenia im kosztem siebie, były zaniedbywane przez swoich rodziców. W tym znaczeniu myśl o byciu psychoterapeutą, czyli leczeniu innych, byłaby kontynuacją nadużywania siebie. W przeciwprzeniesieniu może budzić złość, że pacjent nie zajmuje się pracą nad zmianą w sobie i że wspieranie go w rozwijaniu tej myśli byłoby wspieraniem jego zaniedbywania siebie.

Myślę też, że w tym pragnieniu pacjenta wyraża się brak możliwości przyjęcia opieki od psychoterapeuty – pacjent sam chce siebie uzdrowić poprzez studiowanie psychoterapii. Jego dotychczasowe doświadczenia osób, które się nim opiekowały, oczekując podporządkowania i tłumiąc jego niezależność, sprawiają, że brakuje mu ufności, iż psychoterapeuta nie nadużyje go i pomoże mu rozkwitnąć.

Mechanizmy psychoterapeuty sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji przez pacjenta

W relacji terapeutycznej wspieramy autonomię pacjentów i jednocześnie zaspokajamy ich symbiotyczne potrzeby oparcia i posiadania punktu odniesienia, życzliwości i więzi. Są one wyjątkowo silne u ludzi, którzy w wieku dziecięcym nie doświadczyli bliskości i ciepła.

Mogą oni zostać łatwo wykorzystani przez osoby mające autorytet [11]. Poniżej omówię mechanizmy po stronie psychoterapeuty, które sprzyjają identyfikacji i idealizacji przez pacjenta, takie jak: poczucie siły i wpływu, nieodslanianie się terapeuty, wpływ cyklu życia rodziny terapeuty, narcystyczne gratyfikacje oraz utrzymywanie granic terapeutycznych.

Kottler [12] pisze o modelującym wpływie osobowości terapeuty oraz o tym, że status terapeuty stwarza poczucie siły. Ucząc pacjentów, w jaki sposób stosować terapię wobec siebie samych, stopniowo przekazujemy im tę siłę. Żeby stawiać wymagania pacjentom, musimy być zintegrowani w sensie fizycznym, emocjonalnym i intelektualnym. Skutecznym terapeutą to przede wszystkim ktoś, kto jest życzliwy, troszczy się o innych, nie eksploatując ich przy tym, nie uzależnia innych od siebie oraz uczy ich, w jaki sposób mogą uczyć się sami. Oczywiście identyfikacje przebiegają różnie w zależności od systemu terapeutycznego, niektóre są planowaną interwencją, natomiast w artykule próbuję opisać te przypadki, które prowadzą pacjenta na manowce powtarzania zależności od osób znaczących.

Decydując się na pracę psychoterapeuty, wybieramy zajęcie, które z definicji charakteryzuje dystans do siebie. Jesteśmy obecni przy pacjencie, nie ujawniając informacji na temat swojego życia. Nieodslanianie się psychoterapeuty może jednak sprzyjać idealizacji ze strony pacjenta. Chociaż tak naprawdę odsłaniamy się nieustannie, na przykład poprzez wystrój gabinetu, ubiór czy styl wystawiania się, nie mówimy o sobie [6]. Często pacjent nie wie, czy terapeuta jest w małżeństwie, a nawet jeśli nosi obrączkę, to czy nie jest to zwykła biżuteria. Nie wie, czy ma dzieci i jak sobie radzi w życiu prywatnym. Może widzieć dyplomy na ścianach, które świadczą o sukcesie i wykształceniu, a mijając innych pacjentów, może fantazjować o popularności terapeuty i o tym, że jest on dobry w swoim fachu. W celu uniknięcia nadmiernej idealizacji można poddać pod rozważenie liczbę dyplomów wiszących na ścianie gabinetu, ograniczając się do tych kluczowych, potwierdzających kwalifikacje, które jesteśmy zobowiązani okazać. Freud przestrzegał psychoanalityków przed uleganiem pokusie, żeby prezentować się jako wspaniali zbawcy, uzdrowiciele, prorocy [8]. Dotyczy to uczciwości w przedstawianiu pacjentom potencjalnych rokowań, skuteczności terapii czy prezentacji siebie na stronie internetowej reklamującej praktykę. Nadmierna idealizacja w relacji terapeutycznej powoduje umniejszanie pacjenta. Zmniejszenie tej idealizacji można wprowadzić poprzez urealnienie siebie [6], stopniowe „odczarowanie”, co pozwoli pacjentowi na akceptację ludzkich ograniczeń, ale też nie narazi go na przedwczesny lęk, że terapeuta jest taką samą osobą jak inni i nie można o nim myśleć jako o oparciu.

Dla leczenia pacjentów najbardziej niebezpieczne są nasze zaburzenia [13]. Efekty terapii zależą nie tylko od rodzaju diagnozy i wiedzy psychoterapeuty, ale też od jego zdrowia psychicznego.

Bardzo ciekawy wątek stanowi wpływ cyklu życia rodziny psychoterapeuty na jego pracę. Autorzy zwracają uwagę na to, jak satysfakcjonujące relacje w życiu prywatnym pozwalają na zaspokojenie narcystycznych i symbiotycznych potrzeb psychoterapeuty poprzez pozytywne emocjonalne doświadczenia w rodzinie. Niemniej, zależnie od fazy rozwoju rodziny psychoterapeuty, nadal mogą istnieć okoliczności, które sprzyjają wzmocnieniu identyfikacji z terapeutą i jego idealizacji. Zbliżanie się fazy pustego gniazda, gdy terapeuta przeżywa separację z własnym dzieckiem, może kusić nadmiernym zbliżeniem się do pacjenta i trudnością w przeżywaniu jego separacji. Może też dochodzić do wzmac-

niania idealizującego przeniesienia w sytuacji, gdy terapeuta przeżywa pragnienie bycia idealnym rodzicem i wchodzi w rywalizację z rodzicami pacjenta. Gdy terapeuta nie ma własnej rodziny lub ma niesatysfakcjonujące relacje z bliskimi, może pojawić się ryzyko realizowania swoich potrzeb emocjonalnych w relacjach z pacjentami.

W pracy zawodowej przeżywamy narcystyczne gratyfikacje wynikające z roli psychoterapeuty [14]. Pracujemy cały dzień z pacjentami, dla których jesteśmy bardzo ważni i którzy mogą nas idealizować. Niezależnie od tego, jak kompetentni jesteśmy, pacjenci czują, że ich obowiązkiem wynikającym z roli jest zachwyt i podziw dla psychoterapeuty, jeśli zależy im na relacji [15]. Nie w pełni zdajemy sobie sprawę z zakresu swojej władzy, a sytuacja terapeutyczna wzmacnia poczucie wielkości i nieświadome fantazje o własnej omnipotencji. Przeciwwagą może być przebywanie wśród ludzi, dla których nie ma wielkiego znaczenia, co robimy zawodowo lub bycie rodzicami małego dziecka, co stanowi dobre zrównoważenie narcystycznej omnipotencji. Narcystyczne nadużycie pragnienia identyfikacji ze strony pacjenta pozostaje zawodowym tabu [8].

Kolejnym ważnym mechanizmem utrzymującym relację terapeutyczną w ramach, w których może odbywać się przynosząca pozytywne skutki praca terapeutyczna, są granice, dzięki którym doświadczenie terapeutyczne jest przewidywalne i konsekwentne. Granice minimalizują ryzyko pomieszania ról i niebezpieczeństwo wykorzystania pacjenta. Zakłócenia granic pacjenta i terapeuty mogą w sposób bardzo silny wpłynąć na relację [1]. Kiedy nie ma wyraźnie wytyczonych granic, następuje ich rozmycie, a pacjent nie odróżnia siebie od terapeuty. Sprzyja temu niejasno sformułowany kontrakt terapeutyczny lub, co gorsza, jego brak: nieprecyzyjny podział ról pacjenta i terapeuty oraz nieokreślone cele pracy, które w całości tworzą niejasność sytuacji terapeutycznej. Przeciwnieństwem takiego stanu jest izolacja, kiedy granice są zbyt sztywne i pacjent nie doświadcza żadnego kontaktu z terapeutą. Występuje ona, gdy terapeuta nie okazuje pacjentowi życzliwości i nie prezentuje się jako autentyczny, obecny i żywy uczestnik relacji. Zachowania terapeuty, które przyczyniają się do powstania niezdrowych granic, to uprzedmiotawianie pacjenta w celu zaspokojenia własnych potrzeb (np. w władzy czy bliskości) zamiast potrzeb pacjenta oraz zachowania impulsywne terapeuty. Należy przy tym rozróżnić zachowania impulsywne od spontanicznych, związanych z troską o pacjenta. Spontaniczność jest atutem w pracy klinicznej.

Osiąganie niezależności przez pacjenta

Warunkiem zintegrowanego, stabilnego ego i dobrych relacji z obiektem jest dobry uwewnętrzniony obiekt. Integracja oznacza życie w pełni, kochanie i bycie kochanym przez obiekty wewnętrzny i zewnętrzny [16]. Kohut podkreślał, że w relacji terapeutycznej terapeuta powinien służyć pacjentowi jako self obiekt, pozwolić na to, żeby pacjent wykorzystał go w procesie własnego rozwoju [17]. Musi również szanować potrzebę idealizacji i odnieść się do tej strategii obronnej pacjenta w sposób, który przyniesie mu największą korzyść [15].

W systemie rodzinnym, w którym występowały siły symbiotyczne, pacjent był nagradzany za nieodróżnianie się od rodziny pochodzenia, a karany za bycie innym, odczuwanie innych pragnień. Powtarza się to w relacji z terapeutą: pacjent stara się upodobnić do

niego w obawie przed jego gniewem, gdyby chciał dążyć do niezależności; pragnie jego pochwały i próbuje przypodobać się mu, wchodząc w rolę ucznia i kontynuatora jego pracy. Tematem terapii staje się wtedy odkrywanie własnej autonomii pacjenta. Prawdziwa autonomia oznacza, że nie musi się podporządkowywać nikomu i jest w stanie kierować się własnym wewnętrznym kompasem [18].

Istnieją trzy formy autonomii: samostanowienie, podejmowanie niezależnych działań i samokontrola [18]. Odkrycie i rozwój ja polega na ponownym rozpoznaniu własnych umiejętności, uzdolnień i zainteresowań oraz poszukiwaniu swojej tożsamości w sobie samym, a nie w drugiej osobie. Rolą psychoterapeuty byłoby w tym kontekście wsparcie pacjenta w ekspresji pojawiających się części składowych autentycznej tożsamości oraz praca nad lękiem powodowanym groźbą separacji – pacjenci o cechach zależnych obawiają się oddzielenia, na przykład zakończenia terapii. U pacjentów o nieokreślonym ja występuje brak dobrze regulowanej, skierowanej na cel agresji. Wzmacniana jest natomiast myśl, że agresja jest szkodliwa i niebezpieczna, a stawanie się dorosłym przez agresję jest zabronione. W rezultacie dochodzi do zahamowania rozwoju. Tymczasem to właśnie agresja jest siłą separacji. Zadaniem terapeuty jest pomoc pacjentowi w rozwinięciu zachowań koniecznych do mobilizacji, wyrażania i regulacji agresji oraz wrogości, która będzie służyć oddzieleniu się, wyodrębnieniu się z rodziny pochodzenia i utrzymywaniu satysfakcjonujących relacji z ludźmi.

W dobrze prowadzonej terapii różnice kompetencji nie są wykorzystywane do budowania hierarchicznych relacji, ale do minimalizowania różnic w zakresie posiadanej wiedzy i umiejętności. Stwarza to z jednej strony bliskość między terapeutą a pacjentem, a z drugiej – motywuje do nauki i rozwoju, dzięki czemu pacjent może rozwijać niezależną osobowość.

Zadaniem terapeuty jest zaprosić pacjenta do wejścia „w dorosłość”, w której terapeuta odgrywa rolę ojca: reprezentuje szeroki świat zewnętrzny, opowiada o tym, co w nim ekscytuje, zapewniając, że można to osiągnąć; dostarcza gratyfikacji, a przy tym pozostaje ostrożny w podkreślaniu swojego znaczenia.

Podsumowanie

Zjawisko, kiedy w trakcie procesu psychoterapii u pacjenta pojawia się pragnienie zostania psychoterapeutą, można rozumieć jako mechanizm zależności pacjenta i zahamowania w rozwijaniu swojej tożsamości. Psychoterapeuta staje się kolejną osobą, z którą pacjent nadmiernie się identyfikuje i idealizuje ją, co jest wyrazem lęku przed indywiduacją i określaniem swoich pragnień i dążeń. Pomocne staje się badanie, czy pacjent wykazuje cechy osobowości zależnej i czy wchodzi w nadmierne identyfikacje z innymi bliskimi osobami. Podczas obserwacji swoich uczuć przeciwprzeniesieniowych warto zwrócić uwagę na te, które pojawiają się, gdy pacjent odnosi się do osoby terapeuty i gdy wyraża chęć bycia jak on. Warto wówczas zadać sobie pytanie, czy pod początkowym samozadowoleniem i zachwytem sobą pojawi się dyskomfort i uczucie, że nie jest to autentyczne self pacjenta, tylko próba pożyczenia self terapeuty. Wtedy można podjąć pracę nad zwróceniem pacjenta do jego wnętrza, gdzie być może przeżywa pustkę, brak i niejasność.

W przypadku psychoterapeuty zjawisko nadmiernej identyfikacji i idealizacji przez pacjenta sprzyja utrzymywaniu myślenia o sobie w superlatywach i przeżywanie wyższościowości w relacjach z pacjentami. W takich sytuacjach niezmiennie pomocne jest regularne i nieustające korzystanie z superwizji, niezależnie od poziomu wykształcenia, oraz dbanie o równowagę życia prywatnego, które dostarczy satysfakcji i zaspokoi potrzeby, co umożliwi lepsze prowadzenie trudnej pracy terapeutycznej.

Chociaż psychoterapia nie jest wychowywaniem przyszłych psychoterapeutów, może przysłużyć się przekazywaniu wsparcia i pomocy, a zdrowienie pacjenta sprawia, że może on zacząć pracować na rzecz innych.

Piśmiennictwo

1. Gelso CJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
2. Sass-Stańczak K, Czabała JC. Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoterapia* 2015; 1(172): 5–17.
3. Kleszcz-Szczyrba R. Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu „Buntownik z wyboru” (Good Will Hunting). W: Brol MH, Skorupa AB, red. Psychologiczna praca z filmem. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2014, 151–182.
4. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
5. Kleszcz-Szczyrba R. „Pomagać sobą” – rozważania na temat czynników niespecyficznych w psychoterapii związanych z osobą psychoterapeuty. *Psychoterapia*. 2010; 4(155): 61–72.
6. Wachel PL. Komunikacja terapeutyczna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
7. Thoma H, Kaschele H. Podręcznik terapii psychoanalitycznej 2. Dialog psychoanalityczny. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1996.
8. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2022.
9. Gabbard GO. Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
10. Millon T, Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2005.
11. Johnson SM. Osobowość symbiotyczna i jej leczenie. Warszawa: Oficyna Związek Otwarty; 2023.
12. Kottler JA. Skuteczny terapeuta, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
13. Ambroziak J, Namysłowska M, Namysłowska I. Wpływ cyklu życia rodziny psychoterapeuty na jego pracę. Doświadczenia własne. *Psychoterapia*. 2015; 4(175): 35–42.
14. McWilliams N. Psychoterapia psychoanalityczna. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2011.
15. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
16. Klein M. Zawiść i wdzięczność. Pisma. Tom III. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.

17. Gabbard GO, Wilkinson SM. Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2020.
18. Ruppert F. Symbioza i autonomia. Trauma symbiotyczna i miłość wolna od uwikłań. Warszawa: Wydawnictwo Virgo; 2020.

Adres: karolinasosnik@gmail.com

Fundacja Rozwoju Myśli Psychoterapeutycznej
zaprasza na

FORUM TERAPII RODZIN

„Pomiędzy ramą terapeutyczną, a relacją Vademecum terapeutów rodzinnych”

22-23.05.2026 r.

Warszawa

Z każdym rokiem nasze Forum rozwija przyjętą pierwotnie formułę spotkania, polegającego na wymianie doświadczeń i czynnego, naprawdę bardzo czynnego, uczestnictwa wszystkich zebranych osób. Wyjątkowo planujemy, aby efekt naszej wspólnej pracy warsztatowej został spisany, zredagowany, a potem wydany w formie Vademecum Terapeutów Rodzinnych.

Gościem specjalnym tegorocznego Forum jest prof. Barbara Józefik, która wygłosi referat pt. „Terapeuta rodzinny w przestrzeni relacji”, na który już dzisiaj serdecznie zapraszamy.

Częścią tegorocznego Forum jest wspólny sobotni poranny spektakl w „Och Teatr” grupy znanej polskim psychoterapeutom „Teatr Hey!Now!” z Krakowa, który będzie bazą do późniejszej wspólnej pracy warsztatowej.

W pierwszym dniu Forum będziemy mogli posłuchać wykładu Anny Szczepaniak pt. „Kiedy ciało staje się świadkiem relacji. O seksualności, traumie i lukach do uzupełnienia w słowniku terapeuty rodzinnego”. Czyli o tym, czy rozmawiamy, a jeśli tak, to jak rozmawiamy z rodzinami m.in. o seksualności.

Poza tym zależy nam na tworzeniu społeczności terapeutek i terapeutów rodzinnych i młodzieżowych, dlatego serdecznie zapraszamy na spotkanie w piątkowy wieczór w przyjaznej dla inicjatyw społecznych Spółdzielni Socjalnej Bochema przy muzyce, lampce wina i jedzeniu przygotowanym przez przepyszną kuchnię Wędrownych Kobiet.



**Fundacja
Rozwoju Myśli
Psychoterapeutycznej**



PSYCHOTERAPIA
kwartalnik

Sekcji Naukowej Psychoterapii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego