

**DOŚWIADCZANIE IMPASU W TERAPII PAR OSÓB Z PRZEWAGĄ
PIERWOTNYCH MECHANIZMÓW OBRONNYCH.
MIĘDZY BEZRADNOŚCIĄ A SZANSĄ NA ROZWÓJ I ZMIANĘ¹**

**THE EXPERIENCE OF THE IMPASSE IN THE THERAPY OF THE COUPLES
OF PERSONS WITH PRIMARY DEFENSE MECHANISMS DOMINATION. BETWEEN
HELPLESSNESS AND A CHANCE FOR THE CHANGE AND DEVELOPMENT**

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

**couple therapy
personality disorders
impasse**

*Artykuł ilustruje znaczenie uwzględniania w procesie psycho-
terapii, szczególnie w sytuacjach impasu, różnych paradygmatów.
W oparciu o przykłady kliniczne autorzy opisują źródła i mecha-
nizmy trudności napotykanych w terapii par. Niezwykle istotne
może być wówczas dostrzeżenie i rozumienie pojawiających się
reakcji przeciwprzeniesieniowych.*

Summary: The authors address their article to the understanding of the impasse in the work with the couples in which we have to deal with the defense mechanisms like splitting, or projective identification, often connected with personality disorders. This kind of couples is characterized by recurrent acting out of conflicts. The paper presents systemic and psychoanalytic (mainly in the object relation theory) perspectives as the basic theoretical framework for the analysis of described phenomena. It presents to the concept of personality disorders diagnosis in the setting of the couple therapy. It presents how the relation can change the diagnostic impressions of the personality structure and how it leads to problematic clinical situations. The paper presented case vignettes illustrates changing role of the therapist in consecutive stages of the therapy. They show the impasse in the therapeutic process and the ways how the therapist is dealing with the problem. The therapist of these couples struggles with many dilemmas and a recurrent question concerning the continuation of the treatment. In the summation authors conclude on the practical use of the systemic and psychoanalytic paradigm in the analyzed clinical situations.

Wstęp

Chociaż terapia rodzinna i małżeńska nie są postrzegane jako pole diagnozy i leczenia zaburzeń osobowości, jednak bardzo często to zaburzenia osobowości są powodem, dla którego para czy rodzina przychodzi na terapię i nierzadko zdarza się, że kończy ją z dobrym skutkiem. Zarówno podejście systemowe, jak i psychoanalityczne wnoszą

¹W pracy wykorzystano fragmenty wystąpienia Mariusza Furgała „Zaburzenie osobowości czy zaburzona relacja?” na konferencji Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Szpitalu J. Babińskiego w Krakowie 6 września 2014 roku.

swoje, odmienne, wartości i możliwości warsztatowe do terapii par. Różnice te tworzą dodatkowe praktyczne możliwości pracy z parami, szczególnie takimi, w których mamy do czynienia z głębiej osobowościowo zaburzonym jednym lub obydwójgiem partnerów. W drugiej części artykułu przedstawiamy dwa przypadki tego rodzaju terapii par. W związanej z nimi pracy terapeutycznej i superwizyjnej odwołujemy się zarówno do paradygmatu systemowego, jak i psychoanalitycznego. Prezentowany artykuł ma na celu podjęcie refleksji nad podstawowymi trudnościami, jak również pozytywnymi zmianami, które pojawiły się w trakcie opisanych procesów terapeutycznych. Do głównych trudności należały: długi czas trwania terapii i zmieniająca się w związku z tym rola terapeuty, sprzymierzenie się pary przeciwko terapii lub terapeutom oraz nawracające rozgrywanie konfliktów.

Paradygmat systemowy w terapii par

Większość szkół terapii rodzin i par nie odwołuje się do jednostek klinicznych jako źródeł koncepcji terapeutycznych, tym samym w terapii rodzin i par zwykle nie dokonujemy diagnozy indywidualnej, pozostawiając ją najczęściej jako domniemaną. Ocena dysfunkcji pozostaje często ograniczona do skutków ich występowania w relacjach rodzinnych. W oczywisty sposób widoczne są zakłócenia relacji wynikające z postaw uczestników terapii, będących rezultatem ich zaburzeń osobowości.

Stawianie hipotez diagnostycznych dotyczących zaburzeń osobowości niesie za sobą pewne ryzyko nadużyć i pomyłek. Niektóre prace [1] wskazują na zjawisko zróżnicowanego poziomu funkcjonowania refleksyjnego² w stosunku do różnych osób, co może oznaczać, że w dorosłym życiu, w relacji partnerskiej niektórzy nie są w stanie mentalizować ani swoich przeżyć, ani doznań partnera, chociaż w innych sytuacjach to potrafią. Podobnie styl przywiązania, charakteryzujący pacjenta może się różnić w odniesieniu do różnych osób — może prezentować bezpieczny styl przywiązania w odniesieniu do figury matki i zdeorganizowany w stosunku do figury ojca. Niesie to za sobą pytanie, czy analiza relacji z pojedynczymi osobami, w przypadku terapii par głównie z partnerem i najczęściej historycznych relacji z rodziną pochodzenia, daje nam podstawy do oceny występowania i poziomu zaburzeń osobowości i czy w ogóle taka diagnoza jest uprawniona merytorycznie, a przede wszystkim etycznie. Diagnozę systemową stawiamy zwykle w obrębie interakcji i transakcji, relacji i zachowań partnerów wobec siebie. Później ją pogłębiany o aspekty historyczne, w tym międzypokoleniowe. Punktem wyjścia dla terapeuty rodzin czy par jest więc problem określony z perspektywy behawioralnej i interakcyjnej, a nie wynikający bezpośrednio z określenia struktury osobowości [2].

O ile terapia systemowa stosowana była często z dobrym skutkiem w leczeniu rodzin czy par, w których były osoby z indywidualną diagnozą nawet poważnych zaburzeń, jak anoreksja czy schizofrenia, to terapia ta zwykle nie była uwarunkowana diagnozą nozologiczną czy nozograficzną, ale rodzajem dysfunkcji systemu rodzinnego. Pacjent pozostawał także w indywidualnym leczeniu, co było często

²Zdolność do uświadamiania sobie własnych oraz innych osób myśli, przeżyć i uczuć.

warunkiem niezbędnym kontynuowania terapii rodzinnej. O ile w schizofrenii czy anoreksji terapia systemowa doczekała się oryginalnych podejść, to w przypadku zaburzeń osobowości podreżniki i inne opracowania systemowe nie wyróżniają specyficznego postępowania [3, 4]. Pewne rozwiązania teoretyczne, aplikowalne z punktu widzenia terapii rodzinnej i małżeńskiej, zostały opracowane na gruncie teorii przywiązania, wywodzącej się z podejść psychoanalitycznych. Próba zmian wzorców przywiązania w relacji partnerskiej jest podstawą rozwijającej się obecnie bardzo dynamicznie *emotionally focused therapy* [5], jednak nadal nie jest to metoda specyficznym ukierunkowana na leczenie zaburzeń osobowości.

Terapia rodzin i par odwołuje się zatem do pewnych względnie stałych dyspozycji, głównie jednak w kontekście relacyjnym. Nie odwołujemy się do cech czy struktury osobowości — zajmujemy się głównie przejawem owych stałych cech w relacjach, mówiąc o wzorach interakcji czy powtarzalnych skryptach. Wzorce te stanowią często pewien przejaw manifestowania struktury albo cech osobowości w interaktywnym środowisku rodzinnym.

Teoria relacji z obiektem w terapii par

Melanie Klein wskazała, że ludzie wchodzą w relacje nieświadomie, w drodze projekcji umieszczając części siebie, które odczuwają jako zagrażające, w innych osobach. Ten nieświadomy mechanizm występuje we wszystkich bliskich związkach. Zaczyna się w relacji z rodzicem, a później trwa w innych relacjach w ciągu całego życia. Części te wchodzą w interakcje z organizacją psychiczną drugiej osoby i mogą powodować identyfikowanie się ze stanami osoby oddziałującej projekcyjnie (identyfikacja projekcyjna). Jej odbiorca przyjmuje te aspekty drugiej osoby w drodze introjekcyjnej identyfikacji. Wilfred Bion opisał ciągły cykl projekcyjnej i introjekcyjnej identyfikacji występujący między matką a dzieckiem. Projekcyjna identyfikacja służy nie tylko do ochrony siebie, ale także ma funkcję nieświadomej komunikacji między ludźmi wchodzącymi w relacje emocjonalne [6]. Poznawanie siebie nawzajem zawiera niezliczone cykle projekcyjnej i introjekcyjnej identyfikacji. Taka nieświadoma komunikacja ma podstawowe znaczenie dla rozwoju w dzieciństwie, ale jest również bardzo ważna dla funkcjonowania w dorosłych relacjach.

W latach 60. Henry Dicks [7] zauważył, że również w stosunkowo zdrowych parach często ujawniają się prymitywne relacje z obiektem. Doszedł do wniosku, że jednym z podstawowych źródeł małżeńskiej niezgody jest przeniesieniowe postrzeganie partnera i niezdolność uznania jego odrębnej tożsamości czy natury. Z jego obserwacji wynikało, że pary z czasem zaczynają tworzyć spolaryzowane układy — sadystyczno-masochistyczny, dominująco-uległy, zdrowy-chory, niezależny-zależny. Spolaryzowane połówki tworzą pełną osobowość w małżeńskiej diadzie, natomiast każde z małżonków z osobna jest niekompletne. Dicks odkrył, że małżeństwo skłania do regresji w podobny sposób jak grupy. Nawet osoby o stosunkowo silnym ego w parze wchodzą w relację typu rodzic-dziecko. W małżeństwie przeżywającym trudności każde z partnerów odnosi się do drugiego

w kategoriach nieświadomych potrzeb i spostrzega go w pewnym stopniu jako zinternalizowany obiekt; oboje funkcjonują razem jako połączona osobowość. W ten sposób każde z partnerów próbuje przez drugą osobę odzyskać utracone aspekty swych pierwotnych relacji z obiektami, odszczepione w początkowym okresie życia. Na głębszych poziomach postrzega się partnera i przyjmuje wobec niego postawę jakby był częścią Ja.

W latach 70. Jürg Willi [8] rozwinął tę myśl, formułując koncepcję koluzji małżeńskiej. Polega ona na współpracy między partnerami na nieświadomym poziomie, co prowadzi do tego, że problemy każdego z partnerów znajdują w relacji wzmocnienie w mechanizmie błędnego koła. Każdy rodzaj koluzji zawiera fragment regresywny i progresywny. W koluzji narcystycznej regresywny biegun tworzy wyobrażenie jednego z partnerów, że może całkowicie zrezygnować z siebie na rzecz drugiego i zapożyczyć od niego lepsze Ja, a biegun progresywny — wyobrażenie, że partner w pełni poświęci się dla niego i że dzięki temu jego Ja rozszerzy się i zostanie dowartościowane. Koluzja oralna skupia się wokół tematu miłości jako wzajemnej troski o siebie. Biegun regresywny określa wyobrażenie, że można być rozpieszczanym, podtrzymywanym i pielęgnowanym, nie dając nic w zamian, biegun progresywny — wyobrażenie, że dzięki pielęgnowaniu partnera można się zmienić w poświęcającą się matkę i zbawcę. Tematem koluzji analno-sadystycznej jest miłość jako spełnienie obowiązku i poczucie całkowitego należenia do siebie wzajemnie. Biegun regresywny stanowi wyobrażenie biernego poddania się kierownictwu partnera i całkowitego uzależnienia od niego, a progresywny — wyobrażenie posiadania partnera wyłącznie dla siebie i kierowania nim. Koluzja falliczna krąży wokół tematu miłości jako potwierdzenia męskości. Fantazja progresywna jest wyobrażeniem, że mężczyzna musi się w każdej dziedzinie sprawdzać jako bohater, a kobieta powinna go regresywnie podziwiać za jego czyny.

Każdy człowiek będący w partnerskim związku pozostaje pod wpływem koluzji z jej wspomnianymi tematami i to zarówno z ich regresywnymi, jak i progresywnymi aspektami. W zdrowych parach mamy do czynienia zarówno z regresywnymi, jak i progresywnymi fantazjami i różne dążenia swobodnie współistnieją obok siebie. W sytuacji patologicznej dochodzi do wzmacniania regresji i progresji i do polaryzacji stanowisk.

W terapii par pionierami i twórcami oryginalnego podejścia opierającego się na teorii relacji z obiektem, w tym odkryciach Melanie Klein, Donalda Winnicotta, Wilfreda Biona, Ronalda Fairbairna, są David i Jill Scharff [9]. Pokazują oni, że w sytuacji terapeutycznej mamy do czynienia nie tylko z dwiema osobami, z typowymi dla terapii przeniesieniami i przeciwprzeniesieniami w stosunku do indywidualnych pacjentów, ale także z nieświadomą psychiczną strukturą składającą się z dwóch wewnętrznych obiektów pozostających we wzajemnej relacji. Tak więc terapeuta, prowadząc terapię indywidualną pacjenta, ma do czynienia nie tylko z aspektami własnej osobowości pacjenta, ale także jego partnera, czy innego bliskiego członka rodziny.

Impas w terapii par z zaburzeniami osobowości

Nieraz analizie przyczyn impasu w terapii towarzyszy rozpoznanie zaburzeń osobowości. Zjawisko to jest powszechnie i od dawna znane w psychiatrii. Często nawet próbuje się zamknąć we wspomnianej diagnozie przyczynę frustracji, uwikłań i niepowodzeń terapeutycznych. Podobnie bywa w terapii rodzin i par, zwłaszcza w podejściach, które próbują odejść od analizy indywidualnego świata psychiki pacjentów. Gdy interwencje systemowe, odwołujące się do obszaru poznawczego czy mające na celu wpływanie na zmiany w interakcjach, nie przynoszą efektu, chociaż wydają się oczywiste i potencjalnie nakierowane na główny problem, podejrzenie zaburzeń osobowości nasuwa się samo. Zaczynamy szukać „choroby” odpowiedzialnej za to, że prowadzona przez nas terapia nie jest skuteczna. W większości podejść terapeutycznych w terapii rodzin i par w takiej sytuacji następuje skierowanie pacjenta (a często obu partnerów) na terapię indywidualną. Niektórzy terapeuci (najczęściej ci związani z nurtem relacji z obiektem) podejmują się zorientowanego również na głębsze zmiany osobiste pacjentów leczenia pary. Przekierowanie na terapię indywidualną jest oczywiście trudnym momentem, nie tylko ze względu na rywalizacyjne uczucia terapeuty i trudności rozstania z rodziną czy parą, ale także na delikatną emocjonalnie i etycznie kwestię postawienia indywidualnej diagnozy, która może stać się raniącym narzędziem w domowych konfliktach, tym bardziej że diagnoza ta pozostaje zwykle diagnozą niepotwierdzoną. Dużą trudnością jest „niesymetryczne” diagnozowanie potrzeby terapii indywidualnej — kiedy widzimy problem jednostronnie (choć, jak to wcześniej pokazano, najczęściej problemy pary wymagają udziału dwóch stron). W sytuacji kierowania jednej osoby na terapię możemy nieświadomie dołączyć się do agresywnych działań partnera.

Nawracające rozegrania w terapii par: impas czy „ścieżka dostępu”?

Istnieją procesy terapeutyczne, w których pomimo wglądu w podstawowe mechanizmy zakłóceń relacji w parze, jak również dokonywania częściowych zmian w zakresie wzajemnej bliskości, ciągle nawraca rozgrywanie podstawowych konfliktów wewnętrznych partnerów. Według Salvadora Minuchina [10] w rozgrywaniu konfliktowej interakcji na sesji terapii rodzinnej manifestuje się struktura rodziny. Terapeuta jest według niego tym, który aktywnie włącza się w owo rozgranie w celu zmiany rodzinnych interakcji, a w konsekwencji przebudowania struktury rodziny. W tak zdefiniowanej sytuacji nawracające rozegrania pomagają terapeutom strukturuwać i moderować interakcję w parze. W terapii par odwołującej się do teorii relacji z obiektem rozgranie można rozumieć jako manifestację projektowania w partnera swoich wewnętrznych obiektów [6]. Oznacza to, że np. uwewnętrznione na wczesnych etapach rozwoju doświadczenie odrzucającego obiektu jest umieszczane w partnerze, który jest przeżywany jako odrzucający. Tego rodzaju projekcja pozwala na pozbycie się chwilowo tego przykrego doświadczenia i przeżywanie przykrości jako płynącej z zewnątrz. Drugi partner, identyfikując się z projekcją

pierwszego, zaczyna wycofywać się z relacji. To rozegranie powoduje, że odrzucenie się urzeczywistnia. Tego rodzaju interakcja wraca wielokrotnie w toku pracy terapeutycznej i nie zawsze może zostać przerwana przez terapeutę. Spełnia ona bowiem ważne funkcje dla pierwszego partnera, który przez projekcję przez chwilę nie czuje w sobie samym odrzucenia. To rozumienie pozwala postawić ważne pytania, na ile w terapii par może dojść do przestrukturowania obiektów wewnętrznych, na ile partnerzy mogą stać się obiektami rzeczywistymi, a nie obiektami projekcji, i na ile wreszcie relacja z partnerem może zostać uwewnętrzniona jako relacja z obiektem zaspokajającym potrzeby.

W terapii par skoncentrowanej na emocjach [11] rozegranie i odgrywanie konfliktu w parze jest najczęściej rozumiane jako reakcja na zagrożenie utratą podstawowej więzi. Przedstawiciele tego nurtu, odwołując się do koncepcji Johna Bowlby'ego [12], wskazują, że podobnie jak u dzieci, u których separacja od rodzica wywołuje wściekłość i rozpacz, te same uczucia mogą powstawać we wzajemnych reakcjach partnerów. W tej koncepcji rozegranie można rozumieć jako reakcję na stres separacji, w tym wypadku wyobrażony stres opuszczenia czy też porzucenia przez partnera. W tego typu rozegraniach problemem staje się to, że partnerzy nie mają dostępu do pierwotnych uczuć, które rodzą się w trakcie interakcji, zostają one bowiem zablokowane z lęku przed odrzuceniem, a ich manifestacją staje się wówczas niespokojne, nacierające poszukiwanie bliskości i ucieczka przed atakiem ze strony partnera.

Poniżej zostaną zaprezentowane dwa przykłady terapii par, w których dochodziło do rozgrywania w relacji partnerskiej nawracającego wzorca relacyjnego, w zrozumieniu którego pomagało wprowadzenie diagnozy struktury osobowości obojga partnerów.

Para A: Bycie niewidzianą — niewidzenie

Głównym problemem z perspektywy żony w parze A było opuszczanie jej w trakcie poronień przez męża. Czuła się wówczas jakby tylko ona sama chciała dziecka. W momencie przyjścia na terapię mówiła, że nie ma już siły sama walczyć. Z perspektywy problem męża nie istniał, uważał, że mogą się we wszystkim dogadać. Na drugiej konsultacji twierdził, że matka i żona się nie znoszą i że doświadcza on braku wsparcia żony w opiece nad swoją matką. Tego typu stwierdzenie obrazowało, jak trudno było mężowi otworzyć się na zgłaszane przez żonę poczucie opuszczenia w związku. W trakcie pierwszych konsultacji mąż pozostawał całkowicie racjonalny wskazując, że potrzebuje jedynie tłumacza, który przetłumaczy żonie to, co on ma jej do powiedzenia. Żona przede wszystkim chciała się poczuć ważną osobą w życiu męża. W tej sytuacji uzgodniono, że celem terapii będzie badanie, dlaczego żona czuje się nieważna i niewidziana (problem wniesiony przez żonę), jak również praca nad tym, aby żona była w stanie tak przekazać — zakomunikować swoje odczucia (problem męża i żony), aby mąż był je w stanie zrozumieć i przyjąć. Formułując kontrakt terapeutka odniosła się również do wprowadzonej przez męża metafory „tłumaczenia jednego języka na drugi”. Ustalona została częstotliwość spotkań raz na dwa tygodnie. Prowadzone

były one przez jednego terapeute, rolę koterapeutów pełnili stażyści ośrodka. Proces terapii był superwizowany średnio co dwa miesiące w trakcie superwizji prowadzonej w podejściu psychoanalizy grupowej.

Podczas pierwszych sesji terapeutycznych żona podawała liczne przykłady sytuacji, świadczących o tym, że była wykluczona z rodzinnego życia męża, takich jak święta czy ważne uroczystości rodzinne. Poniższy fragment ilustruje typowe dialogi pary na sesjach:

Mąż: Moja rodzina nie życzy sobie jej obecności, ale to jest wina żony.

Żona: Ja czuję się opuszczona.

Mąż: Ona nie widzi tego, co ja dla niej robię.

Komentując tego rodzaju wymiany terapeutka początkowo starała się opisać pętle sprzężeń zwrotnych, pokazując np., że gdy mąż spędza wakacje tylko ze swoją rodziną, to wtedy żona czuje się opuszczona, co wyraża przez poczucie krzywdy, które powoduje, że mąż się odsuwa. Terapeutce było bardzo trudno znieść sytuację, w której czuła, że mąż w ogóle nie dostrzega tego, co kieruje do niego żona. Kolejny fragment sesji ilustruje to jeszcze bardziej dobitnie.

Żona: Ja przestałam męża prosić o pomoc... Mąż wyjechał w piątek przed świętami, święta zaczynały się w środę, nie wrócił, potem w święta robiło mi się samej smutno... Postanowiłam mu powiedzieć, że jest mi źle, chciałam, aby przyjechał, został tam cały tydzień.

Mąż: Pojechałem autem, nie chciałem wracać, bo był duży śnieg, mówiłem, żeby przyjechała jak mi powiedziała, że jej źle. Nie przyjechała, może dobrze, bo by było sztucznie, panie znowu by się pokłócili.

W trakcie tego rodzaju wymian terapeutka badała, na ile mąż rozumie to, że całkowicie pomija emocje żony, że nie tylko nie słyszy jej skargi, ale nie jest w stanie wyobrazić sobie jej wewnętrznego świata. Złość i uczucie oddalenia terapeutki przekształcało się w diagnozowanie męża w kierunku zaburzeń narcystycznych, żona z kolei komplementarnie do zachowania męża żyła w pogoni za nim, będąc jednocześnie przywiązaną do roli ofiary.

Superwizja pozwoliła terapeutce skoncentrować się na tym, czego mąż nie chciał usłyszeć, czyli depresyjności żony, bo sam zmagał się z własną depresyjnością, nie chciał widzieć jej urazy opuszczenia, bo sam się przed nią bronił. Tego rodzaju rozumienie pozwoliło terapeutce przezwyciężyć złość do męża i pracować dalej nad zrozumieniem dziecięcych pragnień partnerów, jakkolwiek po pewnym czasie znowu wydawało się, że mąż nie przekroczy bariery rozumienia przeżyć żony. Na sesjach zaczął podkreślać, że między nimi jest dobrze, a on potrzebuje wyłącznie wolności i akceptacji dla swoich wyborów. W tamtym czasie na sesjach zdarzały się liczne naruszenia settingu. Prowadzona wtedy psychoanalityczna superwizja pozwalała terapeutce rozumieć te zachowania jako odrzucanie zależności, będące obroną przed fuzją i jednocześnie umieszczanie w terapeutce tych części siebie, któ-

re są niestabilne i opuszczające. To rozumienie pozwalało terapeutce radzić sobie z własnym przeciwprzeniesieniem i kontynuować pracę z większym rozumieniem wspomnianych naruszeń. Jednocześnie pracowała ona nad negatywnymi pętlami sprzężeń zwrotnych. Po około roku pracy ustalono, że podstawowe cele komunikacyjne i te związane ze sposobami bycia razem zostały osiągnięte i terapia została zakończona. Terapeutka miała jednak poczucie, że w obszarze „nie widzenia” drugiej osoby czy też patrzenia na nią z góry niewiele się zmieniło. Praca z parą miała charakter systemowy, jednakże zyskiwane w trakcie psychoanalitycznej superwizji rozumienie, zwłaszcza rozumienie tego, że wyższościowość i pogarda ze strony męża może stanowić rodzaj obrony przed przeżywaniem wewnętrznego upokorzenia, pomagało terapeutce wytrwać w pracy z parą.

Przytoczona terapia pozostawiła wiele pytań i wątpliwości. Najważniejsze z nich dotyczyły tego, na ile możliwy jest taki rodzaj pracy z tą parą, który umożliwiłby im wzajemne zrozumienie i wzajemne przyjęcie swoich potrzeb związanych ze smutkiem i bezradnością. Partnerzy jednak nie zgłaszali motywacji do tego rodzaju pracy. Pozostało zatem pytanie, na ile bardziej długoterminowa praca o charakterze psychoanalitycznym miałyby szansę na stworzenie tego rodzaju możliwości w parze, którą za Jurgiem Willim [8] możemy opisać poprzez pojęcie koluzji narcystycznej.

Poniżej zostanie zaprezentowany przykład terapeutycznej pracy z parą B, w której tego rodzaju wątpliwości zostały rozstrzygnięte na rzecz podjęcia długoterminowej terapii pary o charakterze psychoanalitycznym.

Para B: Rozgrywanie się dewaluacji

Para zgłosiła się na terapię z powodu nawracających konfliktów małżeńskich, braku bliskości, ustania życia seksualnego, licznych konfliktów żony z rodzicami męża. Para ma dwoje dzieci i mieszka w pobliżu rodziców męża. Cel terapii został określony jako zrozumienie, jakie pragnienia i nie wyrażone potrzeby małżonków manifestują się w gwałtownych kłótniach. Sesje zostały ustalone raz na dwa tygodnie, terapia była poddawana superwizji grupowej średnio raz na dwa miesiące. Spotkania były prowadzone przy udziale jednej obserwatorki koterapeutki.

W trakcie pierwszych dwóch lat terapii w sesjach dominowały bardzo szczegółowe opisy konfliktów związanych z dziećmi i funkcjonowaniem domu, jak również opisy rodzinnych acting-outów: wyrzucania przez żonę podarunków od teściowej przez okno, wyrzucania żony z samochodu przez męża. Bardzo trudno było przejść na psychologiczny poziom badania indywidualnych doznań psychicznych czy wzajemnych potrzeb. Na tym etapie terapii terapeutka zmagала się z wzajemnymi zarzutami w parze: że mąż nie rozumie żony, nie rozmawia z nią, traktuje ją jako idiotkę pozbawioną wyższych religijnych wartości. Żona traktowała męża jako osobę niemęską, podporządkowaną swojej rodzinie, nierozumiejącą, wyższościową, egoistę. W pierwszym okresie terapii (2 lata) terapeutka próbowała wydobywać uczucia i potrzeby tkwiące pod lawiną wzajemnych oskarżeń, przeformułując je jako uczucia, zranienia i potrzeby, pokazując sprzężenia zwrotne. Jednym z celów

pracy terapeutycznej, wspieranym szczególnie na superwizjach, była próba przejścia z konkretnych opisów do opisów własnych stanów mentalnych, jak i rozumienia stanów mentalnych partnera. To częściowo się udawało na sesjach i wówczas przynosiło chwilowe uspokojenie, zwykle zakończone smutkiem z odcieniami rozpaczki każdego z małżonków. Niezwykle trudno było uzyskać połączenie przeżytych wczesnodziecięcych i rozwojowych doświadczeń z aktualnym stosunkiem do partnera. Terapeutka miała wrażenie, że obydwójce partnerzy mają rodzaj „psychicznych nożyczek”, którymi rozcinają wszystkie połączenia. Co ciekawe, każde z nich było skłonne widzieć związki pomiędzy funkcjonowaniem relacji małżeńskiej a niektórymi wydarzeniami w życiu partnera, ale nie w swoim. W trzecim roku terapii na sesjach małżonkowie relacjonowali okresy bliskości (w tym seksualnej), zwykle jednak po nich dochodziło do wzajemnego ranienia i wycofywania się na pozycje wzajemnej agresji. Na sesjach wracały tematy niemożności bycia blisko i doznania zaspokojenia emocjonalnego (żona) oraz bycia docenionym i zaspokojonym seksualnie (mąż). Terapeutka w trakcie superwizji stawiała pytania o granice pomocy, tym bardziej, że na sesjach pomimo, że małżonkowie byli w stanie częściej zwracać się do siebie w kategoriach emocjonalnych potrzeb, wracały rozegrania o charakterze błędnego koła. Ilustruje to zacytowany poniżej fragment sesji z początku trzeciego roku terapii, w którym pojawiają się pierwotne totalne stany i uczucia.

Żona: Mnie się normalnie nie chce, na pewno nie robię tego celowo, po prostu nie ma iskry... a nie chce mi się dlatego, że po prostu kompletnie nie mamy ze sobą nic wspólnego.

Mąż: My nie mamy ze sobą nic wspólnego, bo nie odczytujesz mnie jako mężczyzny.

Żona: Nie chodzi o wygląd, ale chodzi o zachowanie.

Mąż: Chodzi ci o zmianę w tym, czego ja nie mogę zmienić, bo co, gdzie chcesz się wyprowadzić, do kampera czy do czego, bo ja już sam nie wiem. Czy chcesz osobno mieszkać, nie wiem, co chcesz. Nie umiesz się odnaleźć w tej sytuacji, w jakiej jesteś (żona płacze).

Mąż: Sytuacja robi się patowa.

Żona: Jaka patowa?

Mąż: No patowa, bo chcesz się wyprowadzić, a gdzie?

Żona: Nie wiem gdzie.

Mąż: Nie jestem do końca pewien, czy wtedy sobie poukładasz.

Żona: Też nie jestem. [...] Na tym etapie pewnie już nie, ponieważ wszystko się zdążyło zniszczyć.

Mąż: Na żaden temat nie potrafisz porozmawiać, wszystko ciebie rani.

Żona: No, ale mówiłeś do mnie.

Mąż: Nie, nie mówiłem do ciebie.

Żona: Mówiłeś trochę żartem, ale mówiłeś do mnie ale nie o to chodzi...

Terapeutka: A o co?

Żona: Wiecznie, odkąd pamiętam, B. mnie ocenia i ocenia mnie źle zawsze, nawet teraz, o niczym nie umiesz porozmawiać, gdzie byś chciała mieszkać, w baraku, w kamperze...

Żona: Nie że jest związany z rodzicami, tylko, że nie umie postawić granicy.

Terapeutka: Mówiliście państwo o dzieciństwie, ja też chciałam nakierować państwa uwagę na to i widzę, że mi się to nie udało, na to, aby np. mąż poczuł, jak pani miała ciężko, ale być może pani mąż też miał ciężko.

Żona: Siostra męża na pewno miała ciężiej.

Terapeutka: Czy pan może zobaczyć to, że jak żona miała tatę nerwowego, to mogło jej być trudno, ale to nie znaczy, że ją to jakoś zwichrowało.

Żona: Ja w ogóle nie miałam trudno...

Komentarz

Na opisywanym etapie terapii terapeutka stawiała sobie pytanie, czy rozegrania mogą być jeszcze spożytkowane do pogłębienia rozumienia i nadawania sensu wewnętrznym stanom małżonków, czy też są one wyłącznie procesem stereotypowych powtórzeń, rozgrywaniem dramatycznej sceny, z której się nie można uwolnić. Wydawało się, jakby partnerzy wpadali w rodzaj emocjonalnego więzienia, w którym trzymają się razem i z którego nie ma wyjścia; nie mogli się rozstać, ani być ze sobą blisko, odczuwali zranienie emocjonalną odległością pomiędzy sobą i frustrację przy próbach zbliżenia. Na niektórych sesjach terapeutka czuła, że są w stanie dokonywać połączeń i wydobywać się z koła wzajemnych rozegrań, ale po nich następowały takie sesje, kiedy wszystkie połączenia wydawały się przecięte. Terapeutka czuła, że ciągle musi walczyć o nadawanie emocjonalnych znaczeń, o zatrzymywanie wzajemnych zranień, co się udawało. Po sesjach zwykle para czuła więcej ulgi i spokoju, ale zranienia wracały. Terapeutka stawiała sobie pytania, na ile jej rola jest zredukowana do stałego kontenerowania napięcia i lęku pary, która deklarowała chęć kontynuowania terapii.

Opisana para w sposób szczególny konfrontowała terapeutkę z pytaniami o zakres pomocy i sens kontynuowania terapii. Konfrontowała ją również z jej własną bezradnością i niewielką możliwością wprowadzenia zmiany, która przyniosłaby parze trwałą satysfakcję ze wspólnego życia. Na początku czwartego roku terapii pary partnerzy wskazywali na to, że stała się ona zaworem bezpieczeństwa, stałym punktem, na który czekają, aby otworzyć trudne sprawy. Jednocześnie partnerzy kilka razy opuścili spotkania. Omówienie tego umożliwiło rozmowę o bezradności, smutku, o tym, że zarówno terapeutka, jak i para zmagają się na przemian z uczuciami nadziei i beznadziei, wiary i niewiary. Terapeutka podjęła z parą rozmowę o zakończeniu terapii, aby tu i teraz mogło zostać uznane i omówione, co może się wydarzyć, a co być może nie jest i nie będzie już możliwe w ramach tej relacji terapeutycznej. Ostatnie sesje z parą przebiegały w atmosferze smutku, ale również większego spokoju i braku oskarżeń będących efektem wzajemnej projekcji prześladowczych lęków każdego z małżonków. Ten stan relacji w parze był rozumiany

jako efekt długoterminowej pracy z parą w podejściu psychoanalitycznym; mimo sugestii partnerzy nie podjęli indywidualnych psychoterapii.

Takiego skutku nie udało się uzyskać w krótkoterminowej terapii pary A. w paradygmacie systemowym, jakkolwiek obydwa podejścia miały swoje, wspomniane wyżej, ograniczenia.

Wnioski

Namysłowska i Siewierska [13] wyrażały przekonanie, że terapeucie par potrzebne są wiedza i umiejętności związane zarówno z procesami rodzinnymi, jak i indywidualnymi. Przedstawione opracowanie wspiera tę tezę. Uważamy, że zarówno zamknięcie się w rozumieniu wewnętrznego świata pacjentów bez odniesień do aktualnej sytuacji relacyjnej, jak i pomijanie świata indywidualnej psychiki na rzecz skupienia się wyłącznie na interakcjach i doświadczeniach rodzin, prowadzi do wstępnej redukcji możliwości terapii. Czasem taka redukcja jest wystarczająca, a nawet uzasadniona, ale jeśli mamy do czynienia z impasem, zwrócenie się do innego paradygmatu bywa uwalniające i wnosi wiele znaczeń użytecznych dla procesu terapii. Możliwość wyboru pomiędzy podejściem systemowym a dłuższą drogą wprowadzania głębszych zmian stwarza dodatkowe możliwości terapeutyczne, ale stawia też terapeutów przed dylematami natury etycznej. Obciążenie pary dłuższą terapią, zarówno pochłaniającą więcej zasobów, jak i trudniejszą emocjonalnie, może w niektórych przypadkach wymagać przeformułowania kontraktu terapeutycznego. Również terapeuci w trakcie leczenia tego typu pacjentów wchodzi na drogę konfrontowania się z własną bezradnością, lękiem, ograniczeniami i niepewnością związaną zarówno z czasem trwania terapii, jak i wysiłkiem, który jeszcze trzeba będzie w nią włożyć. Wydaje się jednak, że nie ma innej możliwości, że nie da się przejść tej ścieżki inaczej, niż doświadczając wspólnie ograniczeń i bólu, które stają się czynnikiem leczącym, gdy mają miejsce w sytuacji ustanowionej więzi i kiedy cała sytuacja może być wielokrotnie poddawana refleksji.

Piśmiennictwo

1. Fonagy P, Luyten P, Bateman A, Gergely G, Strathearn L, Target M i wsp. Przywiązanie a patologia osobowości. W: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard GO, red. Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013, s. 61–118.
2. De Barbaro B, Józefik B, Drożdżowicz L. Terapia rodzin w zaburzeniach osobowości: wątpliwości i możliwości. *Psychoter.* 2008; 1(144): 5–16.
3. Gurman AS. *Clinical Handbook of Couples Therapy*. New York, London: The Guilford Press; 2008.
4. Carr A. *Family therapy*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 2006.
5. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner Routledge; 2004.

6. Scharff JS. Projective and introjective identification and the use of the therapist's self. New York: Jason Aronson, Incorporated; 1992.
7. Dicks HV. Marital tensions: clinical studies towards a psychological theory of interaction. Karnac Books; 1993.
8. Willi J. Związek dwojga. Psychoanaliza pary. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1996.
9. Scharff DE, Scharff JS. An overview of psychodynamic couple therapy. W: Scharff D, Scharff JS. Psychoanalytic couple therapy: foundations of theory and practice. Karnac Books; 2014, s. 3–24.
10. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press; 1974.
11. Johnson SM. A new era for couple therapy: theory, research, and practice in concert. J. System. Ther. 2007; 26(4): 5–16.
12. Bowlby J. A secure base. New York: Basic Books; 1988.
13. Namysłowska I, Siewierska A. Terapia rodzinna a terapia par. Psychoter. 2007; 3(142): 37–42.

Adres: f@onet.pl