

Daniel Melerowicz

## CECHY OSOBOWOŚCI A ZAGROŻENIE WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM Z PERSPEKTYWY TEORII RELACJI Z OBIEKTEM WG OTTO KERNBERGA — STUDIUM PRZYPADKU

### PERSONALITY QUALITIES AND THE RISK OF SOCIAL EXCLUSION FROM THE PERSPECTIVE OF OTTO KERNBERG'S OBJECT RELATIONS THEORY — A CASE STUDY

Wydział Psychologii SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

**social exclusion  
object relations theory  
psychotherapy**

*W artykule przytoczone są podstawowe tezy modelu zaburzeń osobowości według Otto Kernberga. Zostały one zilustrowane opisem trzyletniej psychoterapii, prowadzonej w oparciu o teorię relacji z obiektem, bezrobotnej pacjentki zagrożonej wykluczeniem społecznym. Przedstawiono typową problematykę osoby prezentującej dysfunkcje w zakresie sztywności osobowości, poczucia tożsamości, stosowanych mechanizmów obronnych, jak również sposobów ich przepracowania. Zaproponowany rodzaj psychoterapii przyczynił się do wzrostu aktywności społecznej przejawiającej się m.in. podjęciem pracy przez pacjentkę.*

#### Summary

The article features a case study of an adult patient at risk of social exclusion due to being out of employment for a long time, which, according to the author, is the result of a specific personality structure. The patient underwent a three-year psychotherapy in a psychodynamic approach. The conceptualization of patient problems and the therapeutic methods were based on Otto Kernberg's object relations theory. Typical problems of a person featuring dysfunctions in terms of personality inflexibility, sense of identity, defensive mechanisms and relations with the object are presented as well as ways of overcoming them in order to fully function in the society.

#### Wprowadzenie

Współczesne podejście psychodynamiczne charakteryzuje się skupieniem zainteresowania na relacji podmiotu z jego otoczeniem społecznym. Człowiek funkcjonuje w skomplikowanej sieci relacji — sposób, w jaki ich doświadcza wpływa w ogromnym stopniu na jego społeczne funkcjonowanie [1]. Większość współczesnych teorii wykluczenia społecznego koncentruje się na środowisku zewnętrznym jednostki, upatrując w nim głównych przyczyn wyobcowania ze społeczeństwa. Zgodnie z powyższymi koncepcjami wykluczeniu zapobiegać można, podnosząc świadczenia społeczne oraz odpowiednio

kształtując rynek zatrudnienia. Biorąc jednak pod uwagę niską skuteczność tego typu działań [2] warto zwrócić uwagę na inne rozumienie przyczyn pozostawania poza społeczeństwem. Literatura przedmiotu dostarcza różnych definicji zarówno wsparcia [3], jak i wykluczenia społecznego, których sformułowanie uzależnione jest od dyscypliny naukowej oraz indywidualnej interpretacji zjawiska.

Na potrzeby niniejszego artykułu przyjęto definicję, która określa wykluczenie społeczne jako wielowymiarowy proces prowadzący do ograniczenia aktywności jednostki w obszarze podejmowania decyzji wyborczych, udziału w rynku pracy i zasobów materialnych oraz uczestnictwa w życiu kulturalnym i społecznym [4, 5].

W pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem dominuje podejście nastawione na względnie szybkie efekty (behawioralno-poznawcze, wsparcie i poradnictwo psychologiczne). W podejściu tym praca nastawiona jest często na zmianę zniekształceń poznawczych (wyolbrzymione wzorce myślenia, np. żal odnoszący się do przeszłości, myślenie dychotomiczne, filtr negatywny [6]), nazywanych również myślami automatycznymi [7].

Analiza literatury przedmiotu ukazuje, że stosunkowo niewielu autorów rozpatruje zagrożenie wykluczeniem społecznym z perspektywy teorii relacji z obiektem. Na aspekt ten, szczególnie sztywność osobowości oraz jej wpływ na pracę zawodową, zwraca uwagę Caligor [8]. Autorka prezentuje przykłady osób funkcjonujących na wyższym poziomie borderline, które z powodu sztywności osobowości doświadczają trudności w życiu zawodowym — na przykład w wyniku odczuwania nadmiernego lęku i przytłoczenia w sytuacjach konfrontacji. W literaturze można również spotkać przykłady trudności w funkcjonowaniu społecznym spowodowane pojawianiem się określonych diad, w szczególności: zaniedbanego dziecka w relacji do zaniedbującego rodzica, które w życiu prowadzą do wycofywania się z interakcji społecznych [9].

Model zaburzeń osobowości zostanie w niniejszym tekście oparty na teorii relacji z obiektem opracowanej przez Otto Kernberga i jego współpracowników [1, 8]. Człowiek od najmłodszych lat dąży do relacji z obiektem, który rozumiany jest jako wewnętrzna, psychiczna reprezentacja drugiej osoby. Wczesne relacje z obiektem wpływają na doświadczanie wszystkich późniejszych relacji oraz całego świata zewnętrznego, co w przypadku zaburzonej osobowości może prowadzić do unikania relacji społecznych i osobistych [10, 11].

Kernberg [8] zwraca uwagę na cztery główne wymiary, które mogą być bardzo pomocne w diagnozie struktury osobowości. Są nimi: sztywność osobowości, tożsamość, stosowane mechanizmy obronne oraz testowanie rzeczywistości. Uważa się, że stopień funkcjonowania w każdym z wymiarów daje podstawę określenia poziomu funkcjonowania osobowości — normalna, neurotyczna, pograniczna (borderline) [1]. W tabeli 1 zamieszczono poszczególne wymiary wykorzystywane w strukturalnej diagnozie osobowości.

Tabela 1. **Diagnoza strukturalna poziomu osobowości**

Osobowość	Normalna	Neurotyczna	Pograniczna wyższego poziomu (lekka patologia)	Pograniczna niższego poziomu (ciężka patologia)
Sztywność osobowości	Brak sztywności	Lekka do umiarkowanej	Duża	Skrajna

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Tożsamość	Stabilna	Stabilna	Lekka / umiarkowana patologia	Silna patologia
Obrony	Dojrzałe	Bazujące na wyparciu	Bazujące na wyparciu i rozszczepieniu	Bazujące na rozszczepieniu
Testowanie rzeczywistości	Stabilne, nienaruszone	Stabilne, nienaruszone	Nienaruszone (niewielkie deficyty)	Nienaruszone, deficyty — przejściowe stany psychotyczne
Relacje z obiektem	Głębokie, wzajemne	Głębokie wzajemne	Niektóre wzajemne	Zorientowane na zaspokajanie potrzeb
Funkcjonowanie moralne (etyczne zachowanie, wartości, ideały)	Zinternalizowane, elastyczne	Zinternalizowane, elastyczne	Niekonsekwentne	Patologia — brak zasad moralnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Caligor, Kernberg, Clarkin, 2007 [8].

Sztywność osobowości określa się jako pewien „styl” lub zbiór cech osobowości, które mogą okazać się nieprzystosowawcze (zbyt długie rozpatrywanie niepowodzeń, nieumiejętność spojrzenia na problemy z humorem) [8].

Drugim wymiarem wskazanym przez Kernberga, wykorzystywanym w diagnozie struktury osobowości, jest tożsamość. W przypadku zdrowej tożsamości jednostka doświadcza osób znaczących w sposób względnie zintegrowany i stabilny. W dyfuzji struktura tożsamości zawiera niestabilny, niespójny zbiór sprzecznych doświadczeń, w którym brak podstawowego poczucia Ja. Co bardzo istotne, w życiu społecznym zdrowa tożsamość umożliwia angażowanie się w rozciągnięte w czasie, profesjonalne oraz rekreacyjne aktywności, które wynikają z własnych wartości, przekonań i opinii [9].

Kolejnym wymiarem wykorzystywanym w trakcie diagnozy poziomu struktury osobowości jest typ stosowanych mechanizmów obronnych. Na jednym krańcu spektrum znajdują się obrony dojrzałe, jak humor czy sublimacja. Następnie obrony neurotyczne bazujące na wyparciu — racjonalizacja, reakcja upozorowana, aż po obrony prymitywne — identyfikację projekcyjną, idealizację–dewaluację. Obrony dojrzałe nie powodują znaczących zniekształceń w odbiorze realnego świata, z kolei obrony prymitywne w bardzo znacznym stopniu zmieniają doświadczenie rzeczywistości — zarówno zewnętrznej, jak i wewnętrznej.

Ostatnim wymiarem proponowanym przez Kernberga jest poziom testowania rzeczywistości [12]. Osoby zdrowe oraz neurotyczne nie wykazują zaburzeń w zakresie uznawania ogólnie przyjętych poglądów na temat realnego świata (nienaruszone testowanie rzeczywistości). Jednostki z lekką lub ciężką patologią doświadczają czasowych zaburzeń w tym obszarze (przejściowe stany psychotyczne).

Dla doprecyzowania ciężkości patologii osobowości proponuje się dodatkowo analizę relacji z bliskimi (głębokie wzajemne relacje czy relacje zorientowane wyłącznie na zaspoko-

kajanie potrzeb) oraz analizę funkcjonowania moralnego (zinternalizowane — elastyczne, sztywne czy niekonsekwentne) [8, 13, 14].

### **Pani M.: informacje wstępne o pacjentce i historia jej życia**

Pani M.<sup>1</sup> zgłosiła się do prywatnego gabinetu psychoterapii autora niniejszego artykułu. Około roku wcześniej uczestniczyła w trwającej trzy miesiące grupie terapeutycznej, którą ukończyła zgodnie z planem. Jak podała, było to dla niej trudne doświadczenie, ponieważ wiele komentarzy grupy odbierała jako agresywne i krytyczne. Wiadomość ta była ważna dla terapeuty, gdyż poznanie wcześniejszych relacji terapeutycznych dostarcza wielu cennych informacji [15, 16]. Dowiedział się on, w jaki sposób pacjentka funkcjonowała w grupie terapeutycznej: postrzegając innych jako zagrażających. Bezpośrednią przyczyną jej zgłoszenia był silnie obniżony nastrój, poczucie beznadziejności, pozostawanie od dłuższego czasu bez pracy, rozwijająca się izolacja oraz lęki społeczne (w tym nasilający się lęk przed wychodzeniem z domu). Pacjentka przyznała, że powyższe objawy towarzyszyły jej właściwie odkąd pamięta — przez całe życie.

W chwili zgłoszenia pacjentka mieszkała z matką (ojciec zmarł cztery lata wcześniej na chorobę nowotworową). Pani M. odbyła konsultację psychiatryczną — zdiagnozowano u niej zaburzenia lękowe z napadami lęku (F41.0). Psychiatra zalecił farmakoterapię (leki przeciwdepresyjne SSRI), która stosowana była zgodnie z jego zaleceniami.

Po kilku sesjach terapeuta postawił wstępną diagnozę w oparciu o wywiad strukturalny określając pacjentkę jako funkcjonującą na wyższym pogranicznym poziomie osobowości. W kontrakcie terapeutycznym ustalono psychoterapię długoterminową z nieokreślonym terminem zakończenia, częstotliwość sesji — raz w tygodniu. Pani M., zapytana o źródła finansowania terapii podała, że ma oszczędności (odziedziczyła pieniądze po zmarłym ojcu), które zamierza przeznaczyć na leczenie do czasu podjęcia pracy.

Po wstępnej diagnozie dokonanej podczas pierwszych spotkań konsultacyjnych na podstawie takich cech, jak poczucie społecznego nieprzystosowania, niechęć do wchodzenia w bliższe związki, unikanie kontaktów społecznych i zawodowych z obawy przed krytyką i odrzuceniem, zgodnie z klasyfikacją ICD-10 terapeuta rozpoznał u pacjentki osobowość lękliwą (unikającą) [17].

W chwili zgłoszenia pacjentka miała 32 lata, ukończyła 5-letnie studia pedagogiczne, nie uzyskując jednak tytułu magistra. Po studiach wyprowadziła się z domu (zamieszkała z dwiema koleżankami w wynajmowanym mieszkaniu), rozpoczęła pracę jako kelnerka i stosunkowo szybko została awansowana na menedżera sali.

Pani M. narzekała, że mimo iż miała nie najgorsze zarobki, nigdy nie potrafiła zaoszczędzić żadnych pieniędzy, ponieważ wydawała je na doraźne przyjemności. W restauracji przepracowała 3 lata. Na początku była z pracy zadowolona, jednak po zmianach, jakie tam zaszły i kiedy musiała wrócić do bezpośredniej obsługi klientów, zajęcie przestało się jej podobać. Uważała pracę kelnerki za upokarzającą. Stosunki w restauracji stawały się coraz gorsze. W tym momencie zaczęły pojawiać się u pacjentki objawy depresyjno-lękowe i otrzymała trzytygodniowe zwolnienie lekarskie. Po powrocie do restauracji

<sup>1</sup> Dane pozwalające na identyfikację pacjentki zostały zmienione. Uzyskano zgodę pacjentki na publikację studium przypadku.

(mimo iż objawy nie ustały) pacjentka dowiedziała się, że jej umowa o pracę nie zostanie przedłużona. W ten sposób zakończyła ją i od tego momentu nie pracowała zawodowo. W tym samym czasie zamieszkała z matką — jak podawała — z powodów finansowych oraz aby ją wesprzeć po stracie męża. Pacjentka mówiła o wydarzeniach związanych z utratą pracy z wielkimi emocjami, czuła się bardzo pokrzywdzona.

Od tego momentu (trzy lata przed rozpoczęciem terapii) pacjentka pozostawała bierna zawodowo, twierdząc, że nie ma możliwości podjęcia pracy. W tym czasie pacjentka spędzała dni na rozmyślaniach dotyczących jej życia, fantazjowaniu o lepszym losie, spotykała się okazjonalnie z grupą znajomych, kontakty te stawały się jednak coraz rzadsze. Trudno było terapeutę uzyskać więcej informacji, gdyż pacjentka nie była w stanie opisać innych aktywności z tego okresu.

W chwili rozpoczęcia terapii pani M. nie pozostawała w żadnym związku. Życie seksualne rozpoczęła w wieku 18 lat z ówczesnym partnerem. Jak twierdziła był to jej pierwszy związek, trwający dwa i pół roku. Partner pochodził z odległej miejscowości i — jak uznała pacjentka — zbyt rzadko ją odwiedzał, dlatego postanowiła zakończyć relację. Była jeszcze w dwóch kolejnych związkach, o ich zakończeniu decydowali partnerzy. W relacjach z mężczyznami funkcjonowała w pewien określony sposób — nigdy nie przejawiała zainteresowania czy ekscytacji. Pacjentka godziła się na związki, jednak miała poczucie, że zasługuje na kogoś lepszego. Ostatecznie doprowadzała do bycia porzuconą — przestawała się interesować partnerem, wyrażała niezadowolenie ze związku i w końcu, kiedy kończył on relację, czuła się jeszcze bardziej rozczarowana. Pani M. mówiła o życiu seksualnym jako „satysfakcjonującym”, wyrażała jednak rozczarowanie, że nic „specjalnego” się nie dzieje — seks wydawał się zwyczajny, przeciętny. W powyższym obszarze mężczyźni okazywali się niewystarczający. Wydawało się, że mieli głównie spełniać niejasno określone potrzeby pacjentki.

Pacjentka mówiła, że matka jest jej bardzo bliska. Opisywała ją jako zależniłą i zachowawczą — całe życie wszystkiego się bała. Wykonywała nudną pracę biurową, nie rozwinęła swojego potencjału. Ojciec w przeżyciu pacjentki był człowiekiem dobrym i uczciwym, ale również pozbawionym przebojowości. Zajmował się pracami murarskimi, pacjentka twierdziła, że mógł założyć własną firmę, ale bał się tego zrobić. Podała, że po śmierci ojca miała bardzo trudny okres (w tym czasie znacznie gorzej funkcjonowała w miejscu pracy, zdarzały się jej liczne absencje), czuła się opuszczona i zawiedziona — mówiła o złości na ojca bezpośrednio po jego śmierci, za to, że poddał się w walce z chorobą.

Dotychczasowe życie pani M. wydało się terapeutę zachowawcze i nastawione na unikanie ryzyka. Pacjentka w trakcie edukacji (szkoła podstawowa, średnia oraz studia) nie angażowała się w żadne dodatkowe zajęcia. Mimo że interesowała się sztuką i grafiką (o których wiele czytała) nie podejmowała w tym kierunku twórczej aktywności twierdząc, że nie wie, od czego zacząć, że przecież nikt jej nigdy nie doceni. Tak więc jej życie zarówno przed, w trakcie, jak i po studiach ograniczało się do wypełniania narzuconych z góry obowiązków bez przejawiania własnej inicjatywy.

W początkowej fazie terapii pacjentka opisywała ludzi jako skupionych na sobie, zaabsorbowanych swoim życiem. Miała wąskie grono znajomych — 3 bliskie koleżanki, którymi często była rozczarowana. Mówiła, że nie interesują się nią, nie dzwonią, aby zapytać, jak się czuje. W pacjentce było sporo zawiści w stosunku do znajomych, przyznawała,

że trudno jej się cieszyć, że większość z nich ma partnerów, dzieci, pracę. Mówiąc o tym wyraźnie wskazywała, że innym takie „szczęście” się po prostu przydarza, a jej nigdy. Nie widziała, że inne osoby ciężko pracują na swój sukces.

W początkowym okresie terapii pani M. opisywała świat jako okropne, złe miejsce, pełne wymagań i trudności, w którym trudno żyć. Widziała siebie w przyszłości jako pracownika w ciekawej firmie (nie doprecyzowywała jakiej), ewentualnie prowadzącą własny biznes. Przejawiała potrzebę robienia czegoś ciekawego. Obraz ten wydawał się nierealny, jakby nie zdawała sobie sprawy, że w pracy wymagany jest często żmudny wysiłek.

Analizując historię życia pacjentki widać było powtarzające się schematy — rozpoczynanie nowych projektów bez ich kończenia. Diagnoza psychologiczna wskazywała, że podstawowym problemem pacjentki jest umiarkowana sztywność osobowości, dyfuzja tożsamości oraz częsta aktywizacja diady — słabego, bezbronnego self w relacji z opuszczającym obiektem. Na podstawie klasyfikacji patologii osobowości przedstawionej przez Kernberga [1, 8] terapeuta uznał, że struktura osobowości pacjentki odpowiada wyższemu poziomowi borderline (osobowość pograniczna wyższego poziomu). Została ona zakwalifikowana do indywidualnej, ekspresywnej terapii psychodynamicznej.

Celem terapii była analiza oraz uświadomienie pacjentce identyfikacji ze słabym self w relacji do opuszczającego, krytycznego obiektu, zmiana sztywnych zachowań w kierunku większej elastyczności oraz konfrontacja z powtarzаныmi schematami rozpoczynania i porzucania określonych działań, a w kolejnych etapach terapii, przepracowanie nieświadomych motywów pozostawiania pod opieką matki. Terapeuta uznał, że zrozumienie przez pacjentkę sposobu funkcjonowania, w którym nie podejmuje ona aktywności (zakładając, że nie jest do niej zdolna i ktoś powinien wykonać zadanie za nią) albo ją podejmuje, po czym szybko porzuca, pomoże pacjentce podjąć określone działania (zwiększy aktywność). Większa elastyczność osobowości (nierozpamiętywanie niepowodzeń, niechowanie urazy), wraz z uświadomieniem sobie własnego udziału w kreowaniu relacji, może przyczynić się do nawiązania bardziej satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi.

### Opis relacji terapeutycznej

W początkowej fazie terapeuta miał wrażenie, że pani M. zważa na każde jego słowo, a on może powiedzieć coś, co ją zrani lub zezłości. Jak się okazało w dalszych fazach terapii, była to odpowiedź terapeuty na przeniesienie pacjentki, która umieszczała w nim obraz krytycznego, odrzucającego obiektu, gdyż często w taki sposób doświadczała relacji z innymi. Terapeuta zauważył, że pani M. osądza osoby ze swojego otoczenia jako takie, które w nią nie wierzą, dla których jest nieciekawa. Można dostrzec u pacjentki elementy połączenia negatywnego obrazu Ja (postrzeganego jako niekompetentne, gorsze) oraz negatywnego obrazu innych (postrzeganych jako krytyczni, odrzucający) [18].

W tym okresie pacjentka wносиła również sporo materiału dotyczącego relacji w byłym miejscu pracy. Często opowiadała o ogromnej niesprawiedliwości, jaka spotkała ją ze strony firmy. W tym czasie doszło u terapeuty do silnej identyfikacji z tą „słabą i wykorzystywaną” częścią self pacjentki (przeciwn przeniesienie zgodne [19]), wierzył, że miejsce jej pracy musiało być zagrażające, a przełożeni niesprawiedliwi. Dopiero w wyniku superwizji prowadzący terapię stał się bardziej konfrontujący. Interesowało go, w jaki sposób pani M.



poszukuje pracy. Okazało się, że pacjentka nie podejmuje prawie żadnych działań w celu znalezienia zatrudnienia. W ten sposób pani M. „dryfowała” w kierunku wykluczenia najpierw zawodowego, następnie społecznego.

Po około sześciu miesiącach terapii pacjentka zdecydowanie rzadziej mówiła o żalu do poprzedniego pracodawcy. Terapeuta w tym czasie pomagał zobaczyć pacjentce jej jednowymiarowy sposób postrzegania sytuacji zawodowej oraz udział w kreowaniu takiego stanu rzeczy (okazywanie niezadowolonia, niepełne wykonywanie zadań przełożonego, brak uśmiechu). Terapeuta rozumiał to jako postęp w integracji obrazu miejsca pracy (praca jako odrzucający obiekt) — pani M. potrafiła przyznać „że innym również się to zdarza”, przełożony może czasem zlecać „nieciekawe” zadania. Prezentowała bardziej realistyczne podejście do całej sytuacji.

Pacjentka rozpoczęła studia uzupełniające na kierunku marketing i zarządzanie. Terapeuta uznał to za krok w kierunku większej integracji ze światem społecznym. Zmieniał się obraz terapeuty; pacjentka z początkowej idealizacji przechodziła do dewaluacji. Powtarzała, że oczekuje większej zmiany w swoim życiu oraz że to terapeuta ma tej zmiany dokonać: „Chodzę tu parę miesięcy, a nadal nie pracuję”. W tym momencie u pacjentki po raz kolejny aktywowała się diada — słabe, niekompetentne self oraz opuszczający obiekt. Terapeuta omawiał z pacjentką ten sposób postrzegania relacji społecznych — inne osoby spostrzegała ona albo jako życzliwe, dobre (kiedy spełniały jej wszystkie potrzeby), albo jako niezainteresowane, opuszczające (jeśli nie spełniały wszystkich oczekiwań pacjentki).

Podczas sesji omawiane były również relacje pacjentki z bliskimi osobami. Terapeuta sprawdzał, w jaki sposób pani M. postrzega życie innych. Okazało się, że idealizuje ich sytuację życiową, jednocześnie im zazdroszcząc.

Po roku terapii pacjentka rozpoczęła finansowane przez urząd pracy szkolenie językowe, na którym nawiązała intymną relację z kolegą z kursu. Jednak już po 3 miesiącach trwania związku pani M. rozważała jego zakończenie. Twierdziła, że brak jej zaangażowania partnera — po raz kolejny czuła się rozczarowana. Pani M. przyjmowała komentarze terapeuty stwierdzające, że to ona wydaje się niezaangażowana, twierdziła jednak, że relację i tak zakończy, gdyż niewiele łączy ją z partnerem. Wiele fantazjowała na temat przyszłego partnera — idealnego. Terapeuta rozumiał te fantazje jako potrzebę pacjentki znalezienia idealnego, opiekuńczego obiektu, który spełni większość oczekiwań, a jednocześnie wykona za nią trudne zadania życiowe. Podobne oczekiwania umieszczała w terapii, który miał pomóc jej w znalezieniu pracy bez realnego wysiłku z jej strony. Kiedy to się nie działo, pani M. czuła się zawiedziona. W przeciwprzeniesieniu terapeuta często czuł, że powinien wyręczyć panią M. w jej staraniach o pracę, na przykład poprzez wskazanie miejsca, gdzie można szukać zatrudnienia. Kiedy tego nie robił, miał wrażenie, że zawodzi pacjentkę.

W tym samym czasie, w związku z faktem ustania silnych objawów lękowych, pacjentka rozważała zakończenie farmakoterapii. Po konsultacji z lekarzem psychiatrą w ciągu kolejnych trzech miesięcy leki zostały odstawione. Po zaprzestaniu ich przyjmowania klimat na sesjach uległ czasowej zmianie. Pani M. zgłaszała powrót lęków, które tym razem dotyczyły jej ciała — bała się choroby nowotworowej (na którą zmarł jej ojciec), skarżyła się na zawroty głowy, duszności, bóle kręgosłupa. Terapeuta wiązał ten stan rzeczy z zakończeniem relacji z lekarzem psychiatrą — od tego momentu była „pod opieką” już tylko

jednego specjalisty (mężczyzny). Dla pacjentki (dla której nieświadomy motyw bycia pod opieką był bardzo ważny) miało to duże znaczenie i zdaniem terapeuty powodowało lęk. Dodatkowo, eksplorując powyższe objawy, terapeuta odkrył, że choć termin zakończenia terapii nie został ustalony, pacjentka rozumiała zaprzestanie przyjmowania leków jako oznakę jej powrotu do zdrowia i obawiała się sugestii terapeuty o zakończeniu procesu. W tym rozumieniu utrzymywanie się objawów miałoby (w sposób nieświadomy) zapobiec zakończeniu terapii.

Kolejnym motywem wystąpienia powyższych objawów był lęk przed powrotem do życia zawodowego — terapeuta odkrył przekonanie pacjentki, że najpierw powinna wyzdrowieć w wyniku terapii, a dopiero potem wznowić życie zawodowe. W tym okresie terapeuta, pozostając w przeciwprzeniesieniu zgodnym, często czuł się bezradny i pozbawiony jakiegokolwiek wpływu na zaistniałą sytuację. Miał poczucie wyczerpania energii oraz osłabienia kompetencji.

Jednocześnie przed strach przed konfrontowaniem pani M. z jej biernością, gdyż w tych chwilach dochodziło do przeciwprzeniesienia komplementarnego [19], w którym identyfikował się z surowym, krytycznym obiektem, mając wrażenie, że kiedy pokazuje pacjentce jej sposób funkcjonowania, jest to dla niej krzywdzące. W efekcie terapeuta powstrzymywał się od wielu komentarzy — zostawał pozbawiany „mocy terapeutycznej”. Kolejne superwizje pozwoliły mu wydobyć się z tego stanu. Superwizor uświadamiał terapeutę rodzaj przeciwprzeniesienia podkreślając, że pokazywanie pacjentce jej bierności jest dla niej korzystne i może wynikać z troski, a nie z okrucieństwa. W kolejnych miesiącach na sesjach omawiana była głównie ta cecha pacjentki oraz jej lęk przed życiem zawodowym i nierealne oczekiwania w stosunku do innych. Terapeuta analizował również fakt pozostawiania pani M. na utrzymaniu matki. Rozumiał to jako nieświadome pragnienie pozostawiania pod ciągłą opieką (słabe self pacjentki oczekiwało wsparcia opiekuńczego obiektu) — pani M. twierdziła, że po śmierci ojca matka jest jedyną osobą, która jej została.

Po około dwóch latach terapii objawy lękowe pacjentki uległy wyciszeniu. Mówiła ona dużo o swoim smutku, poczuciu winy i straconym czasie. Jednocześnie przyznała, że nie może czekać na zakończenie terapii i wtedy zacząć żyć, musi rozpocząć normalne funkcjonowanie już w trakcie jej trwania. Omawiane były również relacje pacjentki z bliskimi. Można było zauważyć większą integrację w postrzeganiu przez nią innych ludzi. Pani M. była w stanie sobie wyobrazić, że inne osoby mogą się o nią troszczyć, a jednocześnie mają swoje problemy, którymi również chcą się zająć. W tym okresie stałym elementem było odtwarzanie się sekwencji podejmowania aktywności i przerywania jej, co prowadziło do bierności pacjentki i oczekiwań wobec terapeuty, aby ten zajął się jej realnym życiem. Schemat ten był wielokrotnie omawiany podczas kolejnych sesji. Pani M. zaczęła wprowadzać zmiany w codziennym funkcjonowaniu, zauważając, że „aktywność jej służy, a bierność doprowadza do rozpaczy”.

W kolejnych miesiącach pacjentka podjęła staż na stanowisku asystentki, chodziła na rozmowy kwalifikacyjne, w końcu otrzymała propozycję pracy, którą przyjęła. Nie nawiązywała jednak relacji z mężczyznami stwierdzając, że nie może spotkać nikogo interesującego. Terapeuta zdał sobie sprawę, że był w tym czasie jedynym mężczyzną w życiu pacjentki, dodatkowo był doświadczany jako słuchający i uważny. Tego typu interpretacje były jednak każdorazowo odrzucane przez pacjentkę, która stwierdzała,



że w tej relacji nie ma znaczenia fakt, że terapeuta jest mężczyzną co, zdaniem autora, wskazywało na zaprzeczanie.

Po trzech latach terapii, w trakcie której terapeuta corocznie korzystał z dwutygodniowego urlopu, a pacjentka raz wyjechała na dwa tygodnie, w wielu aspektach życia pani M. można było zobaczyć poprawę funkcjonowania. Pacjentka dostrzegła zmianę, jaka zaszła podczas terapii. Obraz świata i obiektów uległ integracji. Spostrzegła ludzi wokół siebie bardziej całościowo. Przyznawała, że osoby z jej otoczenia często ciężko pracują, jednocześnie widziała, że wiele z nich troszczy się i martwi o nią. Świat spostrzegła również jako bardziej przyjazne miejsce. Pacjentka potrafiła opowiadać o swoich planach i projektach, w których uczestniczyła w sposób spójny i stały, ukończyła studia.

Przyznawała, że spostrzega terapeuta jako osobę wspierającą, troszczącą się o nią. Wraz z rozpoczęciem pracy pacjentka rozważała ponowne wynajęcie mieszkania wraz z innymi osobami. Zaproponowała również zakończenie terapii — w związku, jak twierdziła, z mniejszą ilością czasu, chęcią zaangażowania się w dodatkowe zajęcia oraz kosztami związanymi z leczeniem. Aspekt finansowania terapii był omawiany z pacjentką, gdyż zwrócił uwagę terapeuty — szczególnie, że rozpoczęła pracę zarobkową. Pani M. twierdziła, że zwiększyły się jej potrzeby — rozpoczęła aktywne życie, chciała inwestować w rozwój, uczestniczyć w życiu społecznym. Terapeuta miał poczucie sporego postępu w integracji osobowości, jednak zaznaczył, że obszary dotyczące relacji z mężczyznami oraz pozostawanie w bliskiej zależności z matką wymagają dalszej pracy. Pani M. pomimo interpretacji terapeuty dotyczących niekorzystnego dla niej schematu niekończenia podjętych działań oraz kończenia kolejnej relacji (terapeutycznej) w wyniku niezaspokojenia jej wszystkich potrzeb podjęła decyzję o zakończeniu leczenia. Zakończono je po trzech latach.

### **Interpretacja w odniesieniu do teorii relacji z obiektem w ujęciu Otto Kernberga**

Pierwszym aspektem, na jaki zwrócono uwagę w pracy z panią M., był stopień sztywności osobowości pacjentki, który oceniono na umiarkowany do dużego. W pracy długo chowała urazę, w innych obszarach koncentrowała się nadmiernie na detalach (nieukończona praca magisterska). W trakcie procesu terapii uzyskiwała poprawę funkcjonowania w tym zakresie. Pisząc kolejną pracę magisterską zwracała uwagę na praktyczne aspekty jej ukończenia, a w nowej pracy potrafiła „ułożyć się” z szefem.

Kolejnym wymiarem, jaki poddano analizie, była tożsamość pacjentki, która wykazywała w tym zakresie umiarkowaną patologię. Po pierwsze nie potrafiła dookreślić swoich pasji i zainteresowań, twierdząc, że nie ma nic do zaoferowania. Również w tym aspekcie pani M. poczyniła postępy. Kończąc terapię, uzyskała tytuł magistra, utrzymywała pracę, miała określone, stałe plany dotyczące przyszłego życia zawodowego.

Pacjentka używała zarówno prymitywnych, jak i neurotycznych mechanizmów obronnych [20]. W pierwszym etapie terapii jej obraz świata i społeczeństwa był prezentowany zdecydowanie negatywnie jako niesprawiedliwy (zwolnienie z pracy) i okrutny (wszyscy tylko wymagają). Z kolei praca znajomej, w której pani M. ją odwiedzała, była wspaniała, ludzie wydawali się w stosunku do siebie zawsze uprzejmi.

Pani M. stosowała projekcję, opisując często innych jako samolubnych, podczas gdy sama właściwie nikomu nie pomagała i była bardzo skoncentrowana na sobie. Często

pojawiało się u niej zaprzeczenie. Pacjentka nie uznawała swojej zazdrości, a nawet zawiści w stosunku do innych. Stosowane mechanizmy obronne były przyczyną głównych objawów pacjentki (lęk i smutek) [21]. W toku terapii pacjentka dokonała znacznej integracji, potrafiąc uznać, że ludzie nie są do końca, ani dobrzy, ani źli. Było to bardzo pomocne w utrzymaniu zatrudnienia, ponieważ niwelowało unikanie przez nią pracy w sytuacji konfliktu.

W przypadku pani M. testowanie rzeczywistości wydawało się całkowicie zachowane. Jeżeli chodzi o relacje z obiektem, pani M. potrafiła tworzyć i utrzymywać relacje z innymi ludźmi, jednak przejawiała w tym aspekcie pewne trudności. Opisywała ich w sposób całościowy, przywiązywała się do nich. Wydaje się jednak, że często oczekiwała od innych jednostronnego zaangażowania, z kolei w pewnych momentach trudno było jej sobie wyobrazić oczekiwania innych. Pacjentka, kończąc proces terapeutyczny, potrafiła sobie zdać sprawę z faktu, że każdy człowiek ma swoje potrzeby, które ma prawo zaspokajać. Była w stanie wyobrazić sobie, co myślą i czują osoby z jej otoczenia (wzrost zdolności mentalizacji [22, 23]). Wydaje się, że dzięki temu łatwiej było jej nawiązywać z innymi relacje, w których nie czuła się odrzucana. Chętniej również oferowała pomoc innym. Przełożyło się to na wzrost aktywności społecznej pani M., która w nowej pracy była lubianą osobą.

W zakresie funkcjonowania moralnego pani M. wydawała się zachowywać ogólne normy etyczne. Wydaje się również, że była zdolna do odczuwania poczucia winy. Jej funkcjonowanie moralne można by określić jako zinternalizowane.

### Wnioski

Zgodnie z większością współczesnych koncepcji wykluczenia społecznego przyczyną alienacji jest: ubóstwo (brak pracy) oraz rozwarstwienie społeczne, które przyczynia się do izolacji jednostki [2, 24]. Oddziaływania w środowisku zewnętrznym nie przynoszą jednak często oczekiwanych zmian [2], dlatego warto rozważyć wpływ wewnętrznych czynników na pozostawanie na granicy społeczeństwa.

Teoria relacji z obiektem (należąca do koncepcji psychodynamicznych) może dostarczyć zupełnie nowego spojrzenia oraz lepszego zrozumienia podłoża wykluczenia społecznego danej osoby, lokując częściowo przyczyny wewnątrz jednostki, co starano się pokazać w przedstawionym w niniejszym studium przypadku. W rozumieniu teorii relacji z obiektem przedstawionej przez Kernberga [1, 25] jednostka może doświadczać świata zewnętrznego w sposób predysponujący do jego unikania, a nawet prowokować do odrzucenia przez świat zewnętrzny, czego zmiana, według autora artykułu, może być celem oddziaływań terapeutycznych.

W szybko zmieniającej się rzeczywistości plastyczność i umiejętność przystosowania wydają się mieć kluczowe znaczenie. Rozpamiętywanie niepowodzeń, zbyt duże przywiązywanie wagi do szczegółu — wszystko to utrudnia funkcjonowanie we współczesnym świecie. Terapia obejmuje również wzmocnienie poczucia tożsamości jednostki. Osoba, która zna siebie, potrafi określić swoje zasoby, jest w stanie zaplanować swoje kroki postępowania oraz zainteresować sobą innych. Zwiększenie elastyczności osobowości oraz wzmocnienie tożsamości stanowiły podstawę terapii pani M. Powtarzane w bezpiecznych warunkach terapii konfrontujące komentarze pomogły pacjentce uświadomić sobie stoso-

wane przez nią mechanizmy obronne — głównie projektowanie własnej agresywności na inne osoby oraz na system społeczny jako całość. Doprowadziło to do większej integracji, a co za tym idzie — lepszych relacji z otoczeniem. W oparciu o bezpieczną, opartą na życzliwości relację, osoba zagrożona wykluczeniem ma okazję rozwinąć zdolność do wzajemności i przywiązania, co przyczynia się do osłabienia tendencji izolacyjnych [1]. Pacjentka — dzięki konfrontacjom oraz interpretowaniu relacji terapeutycznej, w której widziała w terapii różne, często odrzucające obiekty ze swojego świata zewnętrznego lub oczekiwała opieki i zajęcia się jej sprawami — miała okazję przepracować ten sposób doświadczania rzeczywistości. Dostrzegła również inne, o wiele bardziej wartościowe, aspekty własnej osoby, co przyczyniło się do wzrostu jej aktywności w środowisku społecznym.

### Piśmiennictwo

1. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations theory*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing inc.; 2006.
2. Frieske KW, Poławski P. *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych, Seria Biblioteka Pracy Socjalnej*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”; 1999.
3. Sęk H. *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
4. Byrne D. *Social exclusion*. Berkshire: Open University Press; 2005.
5. Bernstein MJ, Claypool HM. *Social exclusion and pain sensitivity. why exclusion sometimes hurts and sometimes numbs*. *Pers. Soc. Psychol. B.* 2011; 10(62): 185–196.
6. Leathy RL, Holland SJ, McGinn LK. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: The Guilford Press; 2011.
7. Beck JS. *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
8. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.; 2007.
9. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
10. Kernberg OF. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Oxford: Rowman and Littlefield Publishing Group, Inc.; 2004.
11. Kernberg OF. *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven and London: Yale University Press; 1984.
12. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Oxford: Rowman and Littlefield Publishing Group, Inc.; 2005.
13. Izdebska A, Pastwa-Wojciechowska B. *Organizacja osobowości i jej pomiar — polska adaptacja kwestionariusza IPO Kernberga i współpracowników*. *Czasopismo Psychologiczne* 2013; 1: 17–27.
14. Kernberg OF. *Internal world and external reality: object relations theory applied*. Oxford: Jason Aronson Incorporated; 1980.

15. Bach S. The how-to book for students of psychoanalysis and psychotherapy. London: Karnac Books; 2011.
16. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: GWP; 2009.
17. World Health Organization. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”; 2000.
18. Svartberg M, McCullough L. Zaburzenia osobowości z wiązki C — rozpowszechnienie, fenomenologia, skuteczność terapii i zasady leczenia. W: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny, wyd. 1. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013, s. 401–434.
19. Racker H. Transference and countertransference. Madison: International Universities Press, Inc.; 1968.
20. Gabbard GO. Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Wprowadzenie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
21. Frederickson J. Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2013.
22. Allen JG. Mentalizing. Bull. Menninger Clin. 2003; 67 (2): 91–112.
23. Marszał M. Mentalizacja w kontekście przywiązania. Warszawa: Difin S.A.; 2015.
24. Szarfenberg, R. Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne. W: Firlit-Fesnak G, Szylko-Skoczny M, red. Polityka społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007, s. 317–331.
25. Appelbaum AH, Carr AC, Kernberg OF, Koenigsberg H, Selzer MA. Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Gdańsk: GWP; 2007.

Adres: [daniel.melerowicz@gmail.com](mailto:daniel.melerowicz@gmail.com)