

WYLECZYĆ ZNACZY ZROZUMIEĆ

W pracy psychoanalitycznej spotykamy się z całą gamą problemów, które wymagają od analityka nie tylko empatii i zastosowania określonych technik, ale przede wszystkim skontenerowania mechanizmów lękowych, tkwiących u podłoża konfliktów, traum i symptomów pacjenta. Teoretycznie wydaje się to zrozumiałe i oczywiste. W praktyce klinicznej często jest niezwykle trudne do realizacji, gdyż z jednej strony wymaga umiejętności dystansowania się od różnych prowokacji i manipulacji odbieranych w przeciwprzeniesieniu, z drugiej zaś strony skoncentrowania się na głębszej analizie znaczeń poszczególnych przeżyć. Jeśli nie uda nam się ogarnąć przeciwprzeniesienia — zaczynamy reagować na pacjenta tak, jak każda „przeciętna” osoba z jego środowiska rodzinnego i społecznego. Ulegając tym prowokacjom i manipulacjom, zaczynamy okazywać rozdrażnienie, zniecierpliwienie, złość, niechęć itp. Często brak dystansu, a szczególnie nieprzepracowanie osobistych problemów analityka, może prowadzić do bezkrytycznego reagowania na pacjenta, który jest w stanie wyzwolić w nas określone emocje. Pacjent staje się potencjalną osobą do rozładowania emocji terapeuty, a nie kimś, kto szuka pomocy i wsparcia. Zamiast starać się zrozumieć, reagujemy wprost na objawy pacjenta, pogłębiając w konsekwencji jego trudności.

Jeśli uda nam się natomiast dotrzeć i zrozumieć mechanizmy rządzące trudnościami, percepcja jego problemów zmienia się i zaczynamy odczuwać cierpienie pacjenta, jego lęk, bezradność ukrytą za fasadą np. grubiaństwa, kompulsywnej dominacji czy też nadmiernej uległości itd.

Otóż w niniejszym artykule postaramy się prześledzić jakościową zmianę zrozumienia problemów, badając uczucia przeciwprzeniesieniowe w stosunku do pacjentów z narcystyczną i masochistyczną strukturą osobowości. Najpierw omówione zostaną ich podstawowe cechy, następnie typowe trudności, jakie mogą się pojawić u terapeuty w trakcie pracy z tymi pacjentami i wreszcie pewne sposoby na zrozumienie wewnętrznej rzeczywistości pacjenta, będące podstawą pomyślnego rokowania w terapii.

Pacjent narcystyczny

Pacjent narcystyczny to przede wszystkim osoba, której cierpienie skupia się wokół własnej wartości. Ma on utrudniony kontakt ze swoimi słabościami: niemocą, bezradnością bądź też tendencjami agresywnymi i roszczeniowymi wobec innych ludzi. Znaczna część energii psychicznej nierządkiem przeznaczona jest do ochrony ego i jednocześnie rozbudowę "wielkościowego ja" pod postacią fałszywego self. Struktura narcystyczna jest swoistym kompromisem między poczuciem całkowitej niemocy, bezradności i zależności od innych a wielkościowym, bezkrytycznym spostrzeganiem swoich możliwości i znaczenia. Niekiedy dominującym uczuciem jest lęk przed odrzuceniem i utratą miłości, kiedy nie wypełnia on własnych idealnych standardów. Bywa, że ma przekonanie, iż może być kochany tylko wtedy, gdy jest "idealny" pod każdym względem. Często innych ludzi traktuje jak lustro do utwierdzania się w swojej omnipotencji. Czasem za wszelką cenę broni swojego wyidealizowanego obrazu "ja", czując nieświadomie jego kruchość i niestabilność.

Analityk w kontakcie z pacjentem narcystycznym odczuwa jego lęk przed utratą złudzeń o omnipotencji, lęk skrywany za fasadą nonszalancji, roszczeniowości i płytkości tworzonej relacji. Taki pacjent ma trudności ze skonfrontowaniem się z własną bezradnością. Stąd też, aby temu zapobiec, zaczyna stosować określone mechanizmy obronne, jak: zaprzeczanie, roszczenie czy też projekcyjną identyfikację.

Główne problemy przeciwprzeniesieniowe w trakcie procesu analitycznego dotyczą stosowania przez pacjenta określonych form manipulacji: gratyfikowania i uwodzenia terapeuty, roszczeniowości i braku zaangażowania terapii. Omówimy pokrótce powyższe elementy, by zdać sobie sprawę, jak zrozumienie tych form obron prowadzi do postępu.

Gratyfikacja i uwodzenie terapeuty

Pacjent, chcąc pozyskać sojusznika w osobie terapeuty zaczyna np. podkreślać jego niezaprzeczone możliwości, walory osobiste i zawodowe. Istnieje ryzyko, szczególnie gdy terapeuta jest niedoświadczony i sam ma silne deficyty narcystyczne, że zare-

aguje on jedynie na bezpośredni poziom tych przekazów. Jeśli nie potrafi wczuć się w intencje i znaczenie stosowania takich zabiegów, terapia może przerodzić się we wzajemne komplementowanie, co rzecz jasna prowadzi do impasu. Zrozumienie takiej sytuacji polega na odkryciu znaczenia tych obron pacjenta. Pacjent, uwodząc i dowartościowując terapeutę, pragnie uchronić się przed głębszą penetracją swoich problemów i naruszeniem struktury obronnej. Motywacją podjęcia terapii nie jest bowiem chęć zmiany, ale załatwienie „dziury narcystycznej”, powstałej na skutek urazowych doświadczeń. Pacjent nieświadomie liczy na to, że terapeuta dowartościowany i uwiedziony jako idealny obiekt, stanie się jego wartościową częścią i będzie jego sprzymierzeńcem w podkreślaniu zalet i w szukaniu źródeł niepowodzeń na zewnątrz, a nie w nim samym. Taki analityk w życzeniowym oczekiwaniu pacjenta narcystycznego nie będzie doszukiwał się jego słabości, niczego nie będzie wymagał, zarzucał itp.

Roszczeniowość

Pacjent narcystyczny najczęściej kojarzy się z człowiekiem na wysokim stanowisku, który wygodnie rozsiada się w fotelu, podkreśla swoje zasługi i tytuły i zaczyna stawiać wymagania, by następnie rozliczać z ich wypełnienia. Przy pierwszym spotkaniu z takim pacjentem można mieć wątpliwości, dlaczego ów człowiek, tak doskonale radzący sobie w życiu szuka pomocy. Pacjent zachowuje się jak rozkapryszony dziecko, wiecznie nienasycone i niezaspokojone. Prostą reakcją w kontakcie może być poczucie wykorzystywania i manipulowania. Ale jeśli zostaniemy na tym poziomie rozumienia, nasza interwencja nasycona będzie niechęcią i odrzuceniem. Takie uczucia przeciwprzeniesieniowe należy zanalizować, aby nadać im odpowiednie znaczenie i funkcje. Da to możliwość analitykowi udzielenia pacjentowi autentycznego wsparcia i pomocy. Należy zrozumieć i poczuć to, że pacjent wymaga i żąda od innych, by ustrzec się przed wymaganiami w stosunku do siebie. Jest to więc jego sposób obrony, a nie ataku. Wie on, na pewnym poziomie świadomości, że nie byłby w stanie spełnić tych żądań, i nie chce narażać się na odrzucenie. Musimy też zrozumieć, że stawianie żądań i postawa roszczeniowa pacjenta nie mogą być traktowane jako atak przeciwko terapii, ale jako obrona przed antycypowanym atakiem. Jeśli uda nam się odkryć zdeficytowaną część dziecięcą, np. miłości czy bezwarunkowej akceptacji oraz lęk i cierpienie jakie za tym się kryje, będziemy

w pełni rozumieć zabiegi pacjenta jako dramatyczną próbę ratowania obrazu "ja". Np. rozbudowując wielkościowe "ja", nie dopuszcza do bycia bezbronnym, zależnym itp.

Brak zaangażowania w leczeniu

To, co w terapii może wyzwać szczególnie silną reakcję przeciwprzeniesieniową, to brak autentycznego zaangażowania pacjenta w proces terapii, choć pacjent jest zdyscyplinowany, stara się dotrzymać kontraktu, dużo mówi od siebie, ale wszystko są to tylko pozory współpracy i zaangażowania. W gruncie rzeczy ciężar odpowiedzialności za przebieg i rezultaty terapii przerzuca na terapeutę. Analityk łatwo może ulec tym manipulacjom. Pacjent nakreśla spiralę żądań, a terapeuta, tłumiąc agresję, kompulsywnie je spełnia i w ten sposób obaj poruszają się zgodnie z obronami pacjenta na poziomie fałszywego "ja". Żeby ustrzec się przed tymi konsekwencjami i zrozumieć przyczyny braku zaangażowania pacjenta w terapii, należy dokładnie zrozumieć jego motywy zgłoszenia się na terapię. Nie jest to pragnienie rzeczywistych zmian, bo tych się szczególnie obawia, ale umocnienie wiary w swoje nieograniczone możliwości. Stąd też wymagania stawia analitykowi, a nie sobie. Jeśli uda nam się odkryć w pacjencie zależność między brakiem zaangażowania a lękiem - poczujemy się uwolnieni od destrukcyjnych myśli i emocji przeciwprzeniesieniowych.

Momentem kluczowym w terapii pacjentów narcystycznych jest dostrzeżenie pragnień i oczekiwań skrytych za fasadą omnipotencji i pomoc w przeżyciu depresji i poczucia winy. Będziemy skuteczniejsi w tej pomocy, jeśli zrozumiemy, ile bólu i cierpienia, zależności od innych, deficytu miłości musi kryć się w człowieku, który za wszelką cenę chce uchodzić za kogoś innego niż w głębi ducha się czuje.

Pacjent masochistyczny

Pacjent masochistyczny wykorzystuje swoje cierpienie, by zrealizować i spełnić niektóre istotne dla siebie potrzeby. Nie oznacza to jednak, że pragnie on cierpieć. Jak pisze Horney (1933)¹ ... "cierpienie może mieć bezpośrednią wartość obronną, stanowiąc częstokroć jedyną formę obrony przed groźącym niebezpieczeństwem. Oskarżając siebie, neurotyk unika zarzutów i oskarża innych: sprawiając wrażenie chorego i głupiego, unika wymówek; dewaluuje siebie, unika groźby współzawodnictwa, a cierpienie, które

jednocześnie ściąga na siebie, jest zarazem środkiem obrony. Za pomocą cierpienia łatwiej mu zdobyć to, co chce, może skutecznie egzekwować swoje żądania i uzasadniać je".

Pierwszą trudnością, na jaką może się natknąć analityk w pracy z pacjentem masochistycznym, jest tzw. „opór z chęci przypodobania”. Pacjent godzi się niemalże na wszystko, co zaoferuje mu klinicysta, przystaje na różne wyrzeczenia, by zadowolić i przypodobać się. Łatwo można wpaść w pułapkę zadowolenia z pros-, tej i bezproblemowej terapii, nie dostrzegając ukrytej złości, np. za stawiane wymagania. Odkrycie i zrozumienie kompulsywnej potrzeby spełniania oczekiwań innych osób i ukrytej za tym agresji i samodewaluacji prowadzi do bardziej otwartego komunikowania potrzeb przez pacjenta.

Analityk przerażony i zaniepokojony słabością i cierpieniem pacjenta masochistycznego powinien pamiętać, że przeżywanie tych emocji na poziomie świadomym, wynika nie tyle z rzeczywistej słabości pacjenta, co z wyparcia lub projekcji na analityka części onnipotentnej, przyjęcia przez niego roli kogoś słabego, niezaradnego, wykorzystywanego. Inaczej mówiąc, odkrycie znaczenia takiej autodewaluacji i psychicznej degradacji można dokonać poprzez zidentyfikowanie i pokazanie pacjentowi rozlicznych sprzeczności, ambiwalencji, jakie w nim występują.

Jak pisze cytowana uprzednio Karen Horney, pacjent taki „czuje się niewolnikiem, ale żąda władzy nad innymi, chce być bezradny i chce opieki, ale podkreśla, że jest samowystarczalny; czuje się zere, ale złości się gdy nie uznają go za geniusza” /Horney, 1993/. Stale zatem trzeba pacjenta konfrontować z jego „drugą stroną” osobowości i dokładnie ukazywać funkcje jaką pełni w jego życiu postawa cierpienika i kogoś przegranego życiowo, np. zwolnienie od poczuc winy

Analityk, gdy nie rozumie, może odczuwać agresję, zniecierpliwienie, chęć zdystansowania się. Nie jest w stanie zdobyć się na współczucie, gdyż zalewany ciągłym masochistycznym „podkładaniem się”, czuje się rozdrażniony. Pacjent taki dostarcza mało gratyfikacji, konfrontując terapeutę z jego własną niemocą i bezradnością. Analityk odczuwa na sobie ciężar wymagań stawianych mu przez pacjenta, który czyni go odpowiedzialnym za własną autodestrukcję i niepowodzenia życiowe. Pacjent, ustawicznie oskarżając siebie, „sypiąc sobie popiół na głowę”, oskarża jednocześnie innych za swój zły los. Pokazując cierpienie i krzywdę jakie doznaje, zabezpiecza się jednocześnie przed jakąkolwiek krytyką ze strony analityka. Co można bowiem zarzucić komuś tak pokrzywdzonemu przez los i innych ludzi?

Pacjent masochistyczny wobec innych, jedno-

cznie jest sadystyczny wobec własnej osoby. Nienawidzi siebie za swoją słabość, przymus ulegania innym, za prowokowanie sytuacji, w których czuje się upokarzany i manipulowany. Odczuwa nieświadomy lęk, iż mieści w sobie tyle nagromadzonej agresji i zawiści do ludzi, że gdyby tych emocji nie skontrolował i odważył się na ich wyrażenie — zniszczyłby wszystko dookoła. Stąd też wobec analityka będzie starał się utrzymać pozory zgody na wszystko. Jak dużo kryje się za tym nienawiści, agresji i lęku, mogą odczuć ci, którzy są w stanie tych ludzi ogarnąć na poziomie świadomym i nieświadomym. Gdy dotrzemy do jego lęku i cierpienia, zdobędziemy motywację do pomocy i znajdziemy sposoby, by jej udzielić.

Do odkrycia i zrozumienia mechanizmów lękowych leżących u podłoża konfliktu pacjenta, dochodzi się stopniowo i najczęściej proces ten przebiega w następujących etapach: przyzwolenie na „całościową” prezentację pacjenta, rozpoznanie emocji odbieranych w pracy oraz wykorzystanie ich dla lepszego wglądu przeciwprzeniesienia, formułując interpretację reintrojektującą przeżycie pacjenta.

Przyzwolenie na „całościową prezentację” pacjenta

Pierwszy etap analizy, jak wiemy, pozwala stworzyć warunki i odpowiedni klimat do tego, by pacjent ujawnił główne sfery konfliktowe i symptomatyczne. Przyjmujemy jego „bagaż urazowy” dzięki możliwości pomieszczenia w sobie wszystkiego, czego pacjent się boi, nie akceptuje i wypiera. U młodych, niedoświadczonych terapeutów występuje tendencja do zagadywania pacjenta z powodu niskiej tolerancji na przerwy w czasie sesji, zasypywanie pytaniami i interpretacjami. Nadmierna aktywność w terapii ukrywa własny lęk, dotyczący kompetencji, ale w konsekwencji ogranicza możliwość pełnego „odkrycia się” pacjenta i nawiązania głębszej relacji. Terapeuta z niepewności bardziej skupiony jest na sobie i dba o własny komfort psychiczny niż stara się zrozumieć rzeczywiste trudności zgłaszane przez pacjenta. W tej fazie analizy, jak wiemy, może dojść do bezpośredniej wymiany emocjonalnej między terapeutą a pacjentem, która zwykle odtwarza znamienny dla pacjenta sposób funkcjonowania z ludźmi. W tym też momencie podejmuje on decyzję kontynuowania bądź przerwania leczenia. Jest to chyba też jedna z najtrudniejszych faz dla terapeuty, który może mieć kłopoty z udźwignięciem „całej patologii” pacjenta. To, co niezrozumiałe, złości nas, odstrasza, denerwuje. Wytworzenie więc dystansu na tyle, by nie czuć się zaatakowanym przez pacjenta lub wyko-

rzystanym przez niego do różnych celów, wymaga dużego doświadczenia i empatii terapeuty.

Rejestracja emocji odbieranych w pracy z pacjentem

Każdy pacjent budzi w analityku określone emocje. Składa się na to wiele czynników, których część może istnieć poza obrębem świadomości. Wygląd pacjenta, jego ubiór, zachowanie, zdyscyplinowanie — są to niektóre czynniki mogące wywołać specyficzny stosunek do niego. Ale jest jeszcze cała gama czynników, których możemy sobie nie uświadamiać, a które wytwarzają określony koloryt emocjonalny. Pacjent może symbolizować znaną nam osobę, do której żywimy określone uczucia. Nieświadomie reagujemy wtedy na niego tak, jakby była to właśnie ta osoba. Ażeby umieć się i od tego zdystansować, reagować adekwatnie na pacjenta, początkujący analityk uczy się identyfikować te emocje w sobie, szczególnie wtedy gdy konfrontacja z nimi może być dla terapeuty zagrażająca.

Analityk nastawiony na zaprezentowanie się z jak najlepszej strony, perfekcyjny, będzie tłumił i zaprzeczał wszelkim emocjom, które by uniemożliwiły realizację tego pragnienia. Może stłumić np. agresję czy niechęć, zamieniając to na sztuczną wyrozumiałość. Uniemożliwia to pacjentowi wykrzycie jakichkolwiek oznak niezadowolenia, niechęci czy złości. W tej sytuacji zaburzona jest naturalnie empatia, gdyż terapeuta bardziej martwi się tym, jak wypadnie niż tym, co pacjent mu komunikuje.

Należy pamiętać, że całkowite wyparcie nieakceptowanych emocji jest 'niemożliwe. Z reguły pacjenci trafnie odbierają i reagują na podświadome komunikaty, a nie na fasadę.

Jeśli już potrafimy zidentyfikować te emocje w sobie, np. dzięki superwizji, a nie bronić się przed nimi, co należałoby dalej robić? Na pewno nie można ich oddać wprost pacjentowi, by poczuć się lepiej, np. „Pan mnie denerwuje, rozdrażnia, budzi mój wstręt, zażenowanie czy podniecenie”. Obwiniamy pacjenta za nasze samopoczucie, a nie dajemy mu możliwości zrozumienia przyczyn jego zachowania. Zarzucamy mu, że nie czujemy się komfortowo, tak jakby to pacjent zobowiązany był dostarczać nam gratyfikacji emocjonalnej. Może będzie to banalne stwierdzenie, ale pacjent ma prawo prezentować się takim, jakim jest w rzeczywistości, ze wszystkimi swoimi mankamentami, nawykami, preferencjami, a nie spełniać oczekiwaniami terapeuty. To, co stanowi obowiązek analityka, to zrozumienie emocji, jakie

pacjent w nim budzi przez pryzmat jego, a nie terapeuty problemów

Reintrojkcja emocji dla lepszego wglądu

Jeśli analityk w kontakcie z pacjentem czuje się np. senny, to należy zrozumieć funkcje i cel, jaki przyświeca temu, by wprowadzić terapeutę w taki stan. Inaczej mówiąc, należy zadać sobie pytanie, dlaczego pacjent chciał nas uśpić, jakie miało to dla niego znaczenie. Jeśli zrozumiemy powody, wtedy ułatwimy pacjentowi konfrontację z lękiem, jaki się za tym kryje. W tym momencie pomocne jest włączenie do interpretacji projekcyjnej identyfikacji. Pacjent może się nieświadomie bronić, np. omawiając swoje trudne problemy, bojąc się jednocześnie oceny ze strony terapeuty. Usypia czujność terapeuty, zabezpieczając się w ten sposób przed jego interpretacjami.

Spójrzmy na inny przykład reintrojkcji. Pacjent, który wywołuje w nas poczucie bezradności, depresji; jeśli zareagujemy na to wprost, okazemy mu złość, zniecierpliwienie. Prawdopodobnie większość ludzi z jego otoczenia tak na niego reaguje. Gdy pacjent projektuje uczucie beznadziejności, bezradności, to jest to dowód, że te emocje są dla niego zbyt obciążające i zagrażające. Jeśli jednak spróbujemy je przyjąć i oddać je, ale zmetabolizowane w nas zrozumieniem znaczenia i funkcji jaką pełnią w jego życiu — dostarczymy pacjentowi wglądu w źródła tych problemów: Analityk w takim wypadku może powiedzieć: „Trudno jest panu zaakceptować własną bezradność i niemoc, być może dlatego nie potrafi pan pobyć z tymi emocjami?” Pacjent w ten sposób wspierany jest do bezpośredniej konfrontacji z owymi emocjami i tym samym do wglądu w ich przyczyny. Przy takiej interpretacji terapeuta "oddaje" pacjentowi projektowane na niego emocje, ale nie jako odwet na nim, lecz jako zrozumienie jego trudności, które się za tym kryją.

Pacjent rzutuje na analityka inne nieakceptowane uczucia. W ten sposób analityk jest narażony na agresję pacjenta, zawiść, zazdrość czy miłość. Możliwości tych jest nieskończenie wiele, ale zawsze rozumienie zasad działania projekcyjnej identyfikacji nie tylko uchroni terapeutę przed przeżywaniem zagrożenia ze strony pacjenta, lecz pozwoli lepiej zrozumieć rzeczywiste trudności i lęki, jakie kryją się za tymi emocjami. W konsekwencji pacjent uzyska oczywiście szansę przepracowania tych problemów.

¹ Karen Horney: "Neurotyczna osobowość naszych czasów". Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1993.