

TEORIA RELACJI Z OBIEKTEM W PRAKTYCE KLINICZNEJ.

Otto Kernberg

z: Psychoanalytic Quarterly, 1988

Nota wydawcy: Artykuł ten zwięźle przedstawia ogólny zarys podejścia Kernberga do leczenia pacjentów przedstawiających sobą szeroki zakres psychopatologii. Centralnym twierdzeniem jest to, że podstawowe jednostki struktury psychicznej są tworzone przez reprezentacje self i reprezentacje obiektu połączone ze sobą stanem afektywnym. Podczas gdy ramy analityczne określają potencjalny obiektywny związek z analitykiem, to regresja pacjenta wywołuje związek przeniesieniowy, poprzez który te struktury psychiczne są wyrażane i stają się dostępne interpretacji. Szczegóły takich prób i problemy spowodowane przeciwprzeniesieniem analityka są tu szeroko dyskutowane i dobrze ilustrowane przez przykłady kliniczne. Ponadto w ostrożny sposób rozważa się tu rolę konstrukcji i rekonstrukcji w analizie, jak również używanie analizy marzeń sennych. Czytelnik znajdzie tutaj również znaczące kliniczne oraz teoretyczne interpretacje skutków teorii relacji z obiektem dla praktyki klinicznej.

Artykuł ten daje zarys technik psychoanalitycznych wywodzących się z teorii psychologii ego-relacji z obiektem. Podkreśla on centralną rolę afektów dla interpretacji i opisuje jak koncentracja na dominującej relacji z obiektem w przeniesieniu modyfikuje ekonomiczne, dynamiczne i strukturalne kryteria interpretacji. Przykłady kliniczne ilustrujące te techniki pochodzą z szerokiego spektrum psychopatologii. Opisana jest tu technika genetycznych konstrukcji i rekonstrukcji w przeniesieniu i podejście to jest przeciwstawione innym teoriom relacji z obiektem. Na końcu podsumowane jest zastosowanie tego podejścia do analizy przeciwprzeniesienia oraz marzeń sennych. Następuje też próba podsumowania techniki psychoanalitycznej wywodzącej się z teorii psychologii ego-relacji z obiektem. Wyczerpujący i szczegółowy opis samej teorii znajduje się w moich wcześniejszych pracach (1976, 1980, 1982, 1983, 1987a).

CENTRALNA ROLA AFEKTÓW W SYTUACJI PSYCHOANALITYCZNEJ.

Podobnie jak Fenichel (1941), jestem przekonany, że połączenie ekonomicznych, dynamicznych i strukturalnych kryteriów interpretacji dostarcza optymalnej ramy odniesienia dla decyzji kiedy, co i jak interpretować jeśli chodzi o nieswiadome konflikty pacjenta, ich obronne i popędowe aspekty i nieswiadome, zinternalizowane relacje z obiektem, w kontekście których te konflikty są osadzone. Zaproponowałem (1983), że ekonomiczne kryterium interpretacji najlepiej jest sformułowane jako potrzeba wyboru dla interpretacji materiału związanego z dominującą dyspozycją afektywną pacjenta w czasie sesji psychoanalitycznej lub jej fragmentu. Ta dominująca dyspozycja afektywna lub stan afektywny niekoniecznie jest świadoma i musi być wysledzona ze swobodnych skojarzeń pacjenta oraz różnorodnych tematów wylaniających się z treści, z niewerbalnych zachowań i z ogólnej atmosfery tworzonej przez mieszankę przeniesień pacjenta i przeciwprzeniesień analityka.

U podłoża tych technicznych rozważań leży teoretyczne założenie, że materiał lub różne aspekty określonego konfliktu dominującego na konkretnej sesji są przede wszystkim odzwierciedlane przez dominujący stan afektywny. Ten stan afektywny zawsze sygnalizuje

aktywacje nieswiadomej relacji obiektualnej pomiedzy aspektami reprezentacji self pacjenta i korespondujacymi z nimi reprezentacjami obiektów. Natomiast konflikt pomiedzy popedem a obrona jest odzwierciedlany w obronnie aktywowanej i popedowo dominujacej, odrzuconej, wewnetrznej relacji z obiektem.

Z bardziej ogólnej perspektywy teoretycznej, jestem przekonany, ze jednostki tworzone przez reprezentacje self i reprezentacje obiektu oraz stan afektywny laczący je, sa podstawowymi, znaczącymi dla psychoanalitycznej eksploracji jednostkami struktury psychicznej. Popedy seksualne i agresywne zawsze pojawiaja sie w kontekście zinternalizowanych relacji z obiektem zorganizowanych przez stany afektywne, które jednocześnie sygnalizuja (hierarchicznie najwazniejsze) popedy. Przedstawiajac to w inny sposób – jesli nasza jedyna wiedza na temat popedów bierze sie z mentalnych reprezentacji i afektów, to te reprezentacje z kolei moga dotyczyc self i obiektu polaczonych określonym dominującym stanem afektywnym.

W praktyce moje podejscie wymaga aby na poczatku kazdej sesji byla gotowosc poczekania z interwencja do czasu az werbalna komunikacja pacjenta, jego niewerbalne zachowanie, przewazajacy rodzaj atmosfery emocjonalnej oraz przeciwprzeniesienie analityka, doprowadza mnie do afektywnie dominujacego tematu. Zdarza sie oczywiscie, ze analityk doswiadcza silnej wewnetrznej presji, aby interweniowac interpretacyjnie na podstawie tego co stalo sie na wczesniejszej sesji, lub w odpowiedzi na nagla potrzebe pacjenta, albo idac za jakimis informacjami z zewnetrznych źródel. Zarówno gotowosc analityka do wewnetrznej eksploracji tych presji, jak i nowe informacje dostarczone przez pacjenta w czasie tej własnie sesji powinny pozwolic na stopniowe wydobywanie tego, co jest własnie teraz afektywnie dominujace.

W związku z tym zalecenie Biona (1967), aby postepowac „bez pamieci lub pragnienia zrobienia czegos” powinno byc zakwestionowane. Pamiec analityka o tym co bylo na poczatku sesji moze byc tym co powinien on raczej brac pod uwage, niz eliminowac ze swojej swiadomosci; a silne zyczenie aby wplynac na pacjenta w określonym kierunku („pragnienie zrobienia czegos”), moze odzwierciedlac przeciwprzeniesienie analityka: a wszystko to razem wziete jest materialem do określenia co jest ekonomicznie, a co za tym idzie afektywnie, dominujace podczas sesji.

DOMINUJACA RELACJA Z OBIEKTEM, ZAWARTOSC AFEKTYWNA I PRZENIESIENIE ANALITYKA.

„Rama” psychoanalityczna (regularnosc sesji, czasowe i materialne ustawienia, zasada swobodnych skojarzen pacjenta, oraz wstrzymiezliwosci i technicznej neutralnosc analityka) okresla potencjalna „rzeczywista”, „obiektywna” lub „normalna” wzajemna relacje z obiektem. Ta wzajemna relacja zawiera analityka jako zainteresowanego, bezstronnego ale uwaznego i zyczliwego sluchacza, który respektuje autonomie pacjenta, oraz pacjenta jako tego, który oczekuje pomocy w zwiekszeniu rozumienia samego siebie i swoich nieswiadomych konfliktów. Ta realistyczna wzajemna relacja, opierajaca sie na odbiorze analityka przez pacjenta jako dobrze zorientowanego i zyczliwego, uwaznego, uczciwego i nie oceniajacego ulatwia rozwój procesu analizy. W sposób oczywisty zawiera ona również realistyczna swiadomosc pacjenta dotyczaca cech osobowosci analityka, które uwidaczniaja sie podczas interakcji w jego stylu komunikowania sie.

W trakcie tego procesu pacjent jest zdolny do regresji w wyniku interpretacji obron, które to interpretacje zazwyczaj przeciwdzialaja takiej regresji. Proces regresji zmienia nature relacji z obiektem z „realistycznej” na taka, która jest kontrolowana przez dominujaca konstelacje przeniesienia-przeciwprzeniesienia, w ramach której ujawniaja sie defensywne i popedowe

aspekty nieswiadomych konfliktów pacjenta. Ta nieswiadoma relacja z obiektem w przeniesieniu jest pod kontrola odpowiadajacej jej dyspozycji afektywnej, która różni się od początkowego poczucia ulgi i bezpieczeństwa przynależnego do „realnej” relacji z obiektem określanej przez psychoanalityczne ramy.

W związku z tym każda konkretna sytuacja psychoanalityczna może zawierać a) pozostałości „obiektywnej” relacji z obiektem warunkowane przez psychoanalityczne ramy, b) relacje z obiektem odpowiadające dominującemu przeniesieniu, i c) te odpowiadające dominującemu w czasie sesji afektywnemu tematowi. W praktyce relacje z obiektem odzwierciedlone w dominującym afekcie zazwyczaj pokrywają się z relacjami z obiektem dominującymi w przeniesieniu, co ułatwia decyzje analityka dotyczącą interpretacji afektywnie dominującego materiału zgodnie z tym jak wylania się on w przeniesieniu. Kiedy indziej afektywnie dominująca relacja z obiektem odnosi się do pozaprzemiesieniowej sytuacji komunikowanej werbalnie przez pacjenta. W jeszcze innym przypadku, niezgodnie z określoną trwałą dyspozycją przeniesieniową, ostry konflikt w życiu pacjenta uruchamia inną afektywnie naładowaną relację z obiektem, która przejściowo staje się dominująca w czasie sesji. W tym przypadku afektywna dominacja przejmuje pierwszeństwo nad dominującym przeniesieniem w determinowaniu interpretacji analityka.

Czasami pacjent może prezentować określony własny temat dotyczący jego relacji z kimś innym, a analityk próbując dokonać klaryfikacji w odniesieniu do tej relacji, może odkryć przeniesieniowy aspekt, wkraczając w sposób znaczący w proces komunikacji. I teraz opór przeniesieniowy pojawia się jako główna bariera dla pełnej eksploracji tego co początkowo wydawało się ważne, zewnętrzne w stosunku do przeniesienia kwestia. Afektywna dominacja zmieniła kierunek z jakiegoś innego tematu na przeniesienie jako takie i to wymaga od analityka interpretacyjnego zogniskowania najpierw na przeniesieniu, przed przejściem do tego innego tematu. U pacjentów z głębokimi zaburzeniami charakteru, szczególnie u tych z głębokimi cechami narcystycznymi, paranoidalnymi, lub schizoidalnymi, infiltracja oporów przeniesieniowych odzwierciedlających dominujący charakter patologii może być tak wszechobecna, że dla celów praktycznych można przyjąć, że cały materiał natychmiastowo rezonuje przeniesieniowo dominującymi kwestiami.

Są w końcu przypadki, w których wszechobecne opory przeciwko dominującemu wzorcowi przeniesienia osłabiają również początkową „obiektywną” relację z obiektem: dzieje się tak jak gdyby istniała tylko bezosobowa relacja pomiędzy dwiema osobami, które są w tym samym pokoju, ale w żaden widoczny sposób nie uruchamiają afektywnie naładowanej wzajemnej relacji, tak więc cała komunikacja wydaje się mechaniczna, nieożywiona lub nawet odczłowieczona. Uważam, że właśnie te warunki były zawarte w opisanym przez Winnicota (1958) braku potencjalnej psychicznej „przestrzeni” pomiędzy pacjentem a analitykiem, przestrzeni, w której mogą się pojawić afektywnie naładowane fantazje, przestrzeni wyobrazeniowych związków emocjonalnych, które uważamy za oczywiste w psychoanalizie zwykłych pacjentów neurotycznych. Przestrzeń ta może być jednak „zamknięta” w przypadku głębokiej, szczególnie narcystycznej patologii charakteru.

W mojej wcześniejszej pracy (1987a) odniosłem się do tej potencjalnej przestrzeni jako ukrytej „normalnej” relacji z obiektem pomiędzy pacjentem a analitykiem, która może być zniweczona przez głęboką psychopatologię pacjenta i w ten sposób przeciwdziałać procesowi psychoanalizy. Intuicyjna ocena tej przestrzeni poprzez przeciwprzeniesienie analityka tworzy „trzeci kanał” komunikacji dla przeniesienia. („Pierwszy kanał” odnosi się do komunikacji pacjenta na temat subiektywnego doświadczenia, a „drugi kanał” do obserwacji przez analityka niewerbalnego zachowania pacjenta). Zamknięcie tej psychicznej przestrzeni (jeśli się ona utrzymuje) może wymagać systematycznej analizy. Wraz z zamknięciem analitycznej

przestrzeni dominujący afektywnie temat, który winien być interpretowany zaznacza się wyraźnie poprzez swoją nieobecność. To co jest „nieobecne” jest koniec końców, potężna aktualna obrona (ukryta, wyobrazeniowa relacja z obiektem) przeciwko pewnym impulsom skierowanym do analityka i właśnie to powinno być interpretowane.

Zazwyczaj podczas leczenia pacjentów z neurotyczną strukturą osobowości, kanały komunikacji pierwszy i drugi są daleko bardziej znaczące od analizy przestrzeni analitycznej i przeciwprzeniesienia. Choć w warunkach czasowej głębokiej regresji, przeciwprzeniesieniowe reakcje mogą być uruchamiane w leczeniu wszystkich pacjentów, to jednak tylko w przypadku głębokiej patologii charakteru i struktury osobowości borderline, przeciwprzeniesienie staje się naprawdę podstawowym źródłem informacji o rozwoju przeniesienia i uzyskuje centralną rolę w determinowaniu afektywnej dominacji i w badaniu natury relacji z obiektem powiązanej z tą afektywną dyspozycją.

PRZENIESIENIE I INTERPRETACJA PRZENIESIENIA

Podstawowym wkładem teorii relacji z obiektem do analizy przeniesienia jest poszerzenie układu odniesienia, wewnątrz którego są badane manifestacje przeniesienia, tak więc wzrastająca złożoność regresji przeniesieniowej pacjenta na głębszych poziomach psychopatologii może być zrozumiana i interpretowana. W praktyce przeniesienie pacjenta z klasyczną psychoneurozą i patologią charakteru z neurotyczną strukturą osobowości może być ciągle rozumiane jako nieswiadome powtarzanie w teraźniejszości patologicznych relacji z przeszłości, a bardziej konkretnie jako odegranie jakiegoś aspektu nieswiadomego infantylnego self pacjenta w relacji do (również nieswiadomych) infantylnych reprezentacji jego obiektów rodzicielskich.

Fakt, że – w patologii neurotycznej – regresja ma miejsce do relatywnie zintegrowanego, chociaż wypartego nieswiadomego, infantylnego self, połączonego z relatywnie zintegrowanymi, chociaż nieswiadomymi reprezentacjami obiektów rodzicielskich, czyni takie przeniesienie relatywnie łatwym do zrozumienia i interpretacji: jest to nieswiadoma relacja z rodzicami z przeszłości, zawierająca realistyczne i wyobrazeniowe aspekty tej relacji i obrony przeciwko obu tym aspektom – wszystko to jest aktywowane w przeniesieniu. Ten nieswiadomy aspekt infantylnego self niesie ze sobą konkretne życzenie odzwierciedlające pochodną popędu skierowanego na obiekty rodzicielskie i wyobrazeniowy lek związany z niebezpieczeństwami związanymi z wyrażeniem tego życzenia. Jednak teoria psychologii ego-relacji z obiektem podkreśla fakt, że nawet w tych przypadkach relatywnie prostego przeniesienia zawsze aktywowane są podstawowe jednostki diadyczne składające się z reprezentacji self i reprezentacji obiektu, połączonych określonym afektem, który odzwierciedla albo obronne, albo popędowe aspekty konfliktu. Mówiąc bardziej precyzyjnie, każda konkretna nieswiadoma fantazja odzwierciedlająca obronno-popędową strukturę jest zazwyczaj początkowo aktywowana w formie relacji z obiektem reprezentującej obronną stronę konfliktu, a dopiero później popędową stronę konfliktu.

Na przykład, pacjentka z masochistyczną strukturą osobowości, architekt przed czterdziestym rokiem życia mylnie interpretowała moje komentarze jako niszczącą krytykę dokładnie w tych momentach, kiedy przeżywała naszą wzajemną roboczą relację jako dobrą. Stawała się wściekła na mnie, rywalizująca, obronna, oskarżała mnie o próby kontrolowania jej w sposób taki, jak czyniła to jej matka.

Rozumiałem jej zachowanie w taki sposób, że nasza realna wspólna praca aktywowała jej nieswiadomą fantazję, że ja, jako jej ojciec, seksualnie uwodziłem ją (pochodząca z kolei z jej projektowanych na mnie podświadomych edypalnie pozytywnych pragnień). Broniła się

masochistycznie poprzez doświadczanie mnie jak dreczacej ja matki a siebie jako impotentnego dziecka.

Moja interpretacja była zogniskowana na jej widzeniu mnie jako jej krytycznej matki, właśnie po tym gdy pomogłem jej, a ona wyraziła docenienie tego; to stopniowo pozwoliło na pojawienie się bardziej bezpośrednich, pozytywnych uczuć wraz z mieszkanką erotycznego podniecenia i strachu abym nie stał się uwodzającym ojcem. Następnie interpretowałem jej lek abym nie stał się uwodzającym ojcem jako wyraz projekcji jej nieswiadomych impulsów seksualnych, których nie śmiała doświadczać bezpośrednio, na mnie. To z kolei pociągnęło za sobą większą ekspresję edypalnie pozytywnych fantazji w moją stronę.

Co podejście związane z relacją z obiektem ma do dodania do tych relatywnie prostych sformułowań odnośnie przeniesienia? Po pierwsze, uwidacznia, zgodność (spójność) zestawu jednostek – reprezentacji self w interakcji z reprezentacją obiektu pod dominacją określonego afektu – z kontekstem doświadczenia konkretnych nieswiadomych fantazji, pragnień i lęków. Po drugie, każda obronno-popełowa struktura jest odzwierciedlana w dwóch naprzemiennie opozycyjnych jednostkach, tak więc zarówno obrony, jak i popełdy są odzwierciedlane w wyobrazeniowej relacji pomiędzy self, a obiektem. Po trzecie, nawet na neurotycznym poziomie zaburzeń, może być obserwowany proces, który staje się przeważający na głębszym poziomie zaburzeń; nagle odwrócenie lub przemienność pomiędzy a) aktywacją self reprezentacji pacjenta podczas gdy reprezentacja obiektu jest projektowana na analityka i b) w innych momentach pacjent uruchamia identyfikację z tym co jest reprezentacją obiektu, projektując reprezentację self na analityka. Gdy masochistyczna pacjentka doświadczała mnie jako agresywnie ją besztającego, co wywoływało u niej uczucia zranienia i złego traktowania, zaatakowała mnie ostro w gniewny, sarkastyczny, ironiczny sposób, który wyraźnie odzwierciedlał sposób zachowania jej matki (tak jak go opisywała pacjentka). Ja w tym czasie czułem się przejściowo w wyniku tego ataku sparalizowany, co bardzo mi utrudniało interpretację tej będącej w zasięgu ręki sytuacji, pacjentce. Innymi słowy, w punktach czasowej regresji jest zarówno intensyfikacja i prymitywizacja afektu odzwierciedlającego korespondujące z nim pochodne popełdy, jak i skłonność do gwałtownych odwróceń identyfikacji z self lub obiektem, które mogą być rozumiane i interpretowane łatwiej w ramach struktury zinternalizowanych relacji z obiektem.

Właśnie tutaj doświadczam na nowo prawdziwej natury identyfikacji i przeniesienia. Sugeruje, że na samym dnie, wszystkie identyfikacje nie dotyczą obiektu, tylko relacji z obiektem, w ramach której pacjent identyfikuje się zarówno z self i obiektem, jak również z ich rolami we wzajemnej relacji, z możliwością ponownego uruchomienia którejkolwiek z tych dwóch ról. Wierze, że taka konceptualizacja rzuca nowe światło na obserwacje Freuda (1915), że instynkt może podlegać następującym (miedzy innymi) przemianom: odwróceniu w swoje przeciwieństwo i odwróceniu w kierunku self jednostki i że życie psychiczne jako całość jest rządzone przez dyktomie podmiot (ego)-obiekt (świat zewnętrzny), przyjemność-przykrość, aktywność-pasywność. Przykładowo, w świetle teorii relacji z obiektem, ekspresja aktywnego popełdy – agresji, który początkowo był doświadczany pasywnie, może być raz rozumiana jako aktywacja reprezentacji self pod naciskiem subiektywnie doświadczanego ataku ze strony obiektu, a innym razem jako aktywna ekspresja agresji wynikającej z aktywacji identyfikacji z tym co w interakcji jest reprezentacją obiektu. „Identyfikacja z agresorem”, pokazana również w moim przykładzie, może być obecnie wyjaśniana jako konsekwencja ogólnego procesu identyfikowania się zarówno z self, jak i z obiektem w aktywowaniu zinternalizowanej wzajemnej relacji, co uwidacznia się w transformacji pasywnych środków ekspresji popełdów w aktywne.

Mówiąc to samo, ekspresja impulsów skierowanych przeciwko self w opozycji do impulsów skierowanych przeciwko obiektowi może być również rozumiana jako

identyfikacja z atakującym obiektem. Przykładowo, masochistyczna pacjentka atakująca mnie kiedy czuła się przeniesieniowo erotycznie stymulowana, reprezentowała uruchomienie karzącego zachowania jej matki (odzwierciedlane w jej super ego identyfikacji z matką), podczas gdy na mnie projektowała swoją masochistycznie podległą matce reprezentację self. Strukturalny konflikt pomiędzy super ego i ego był w przeniesieniu aktywowany w postaci relacji z obiektem „z odwróconymi funkcjami”. Aktywowała ona obronna, masochistyczna relacja z obiektem, pochodząca pierwotnie z uwewnętrznionej agresywno-submisyjnej relacji z matką: korespondująca z nią internalizacja atakującej matki była częścią super ego (wywołująca masochistyczne zachowania), a wtórnie jej charakterologiczne zniekształcenia w ego (poprzez charakterologiczną identyfikację pacjentki z wrogiem zachowaniem matki). Prezentowała ona również w innych identyfikacjach ego, swoją identyfikację z masochistycznie submisyjną córką.

Dla celów praktycznych, zamiast interpretowania przemian „czysto” popędowo-obronnej konfiguracji, interpretujemy przeniesienie w terminach aktywacji uwewnętrznionej relacji z obiektem, która determinuje naprzemienne aktywacje tego samego konfliktu, w którym, na powierzchni mogą być widoczne przeciwstawne doświadczenia i zachowania. Podejście to wzbogaca interpretację o klaryfikujące niuanse i detale. Właśnie dlatego byłem w stanie pokazać mojej masochistycznej pacjentce, że traktując mnie tak agresywnie jak czuła się traktowana przez matkę, identyfikowała się z nią i równolegle podporządkowywała się wyobrazeniu matki wewnątrz siebie i stawiała się taką jak matka wyrażając w ten sposób nieswiadome poczucie winy za przepelnioną lekiem seksualizowaną relację ze mną jako ojcem. Właśnie dlatego uhonorowane wieloletnimi doświadczeniami i klinicznymi obserwacjami, że jeden afekt może być używany jako obrona przeciwko drugiemu, wypartemu lub zdysocjowanemu powinny być przeformułowane jako obronne użycie zinternalizowanej relacji z obiektem i korespondującego z nią afektu przeciwko drugiej zinternalizowanej relacji i odpowiadającego jej afektowi.

To co czyni analizę przeniesienia zinternalizowanych relacji z obiektem bardziej złożoną (ale jednocześnie pozwala na klaryfikację tej złożoności), jest rozwój, na głębszych poziomach patologii charakteru, obronnych prymitywnych dysocjacji lub rozszczepienia relacji z obiektem. Rozszczepienie to pojawia się wraz ze strukturą osobowości borderline, wraz z perwersjami funkcjonującymi na poziomie borderline, jak również u osobowości narcystycznych, a nawet u dostępnych psychoanalizie psychoz. Tutaj tolerancja ambiwalencji charakterystyczna dla wyższych, neurotycznych poziomów relacji z obiektem jest zastąpiona przez obronną dezintegrację reprezentacji self i obiektu w libidinalnie i agresywnie naładowane części relacji z obiektem. Bardziej rzeczywiste lub łatwiejsze do zrozumienia przeszłe relacje z obiektem osobowości neurotycznych, są zastąpione przez wysoce nierzeczywiste, ostro wyidealizowane lub ostro agresywne lub przesładowcze reprezentacje self i obiektu, które nie mogą być natychmiast wytopione w aktualnych lub wyobrazeniowych relacjach z przeszłości.

W tych warunkach, to co jest aktywowane to albo wysoce idealizowana część relacji z obiektem, będąca pod wpływem intensywnego, rozproszonego, przeważającego stanu afektywnego, albo równie intensywny, lecz bolesny i przerazający, prymitywny stan afektywny, który sygnalizuje uruchomienie agresywnej lub przesładowczej relacji między self a obiektem. Możemy rozpoznać nie zintegrowaną naturę wewnętrznych relacji z obiektem poprzez chroniczną dyspozycję do nagłych odwróceń ról związanych z reprezentacją self i obiektu. Pacjent może równocześnie projektować komplementarne reprezentacje self lub obiektu na analityka, co wraz z intensywnością afektywnej aktywacji, prowadzi do rozwoju przeniesienia o wyraźnie chaotycznym charakterze. Te gwałtowne oscylacje, jak również

ostre dysocjacje pomiędzy aspektami miłości i nienawiści w relacji do tego samego obiektu, mogą być dodatkowo komplikowane przez obronne kondensacje kilku relacji z obiektem pod naciskiem tych samych prymitywnych afektów, w wyniku czego połączone wyobrażenia ojca-matki w sposób zły kondensują się w agresywnie odbieranych aspektach ojca i matki i podobnie, krancowo idealizowane lub dewaluowane aspekty self, kondensują różne poziomy przeszłych doświadczeń pod wpływem podobieństwa afektów.

Układ odniesienia wynikający z relacji z obiektem pozwala analitykowi na zorganizowanie czegoś co wygląda jak kompletny chaos i stopniowo na klaryfikację różnych skondensowanych części relacji z obiektem w przeniesieniu, dostarczając integracji reprezentacji self i obiektu, co z kolei prowadzi do bardziej dojrzałego, neurotycznego rodzaju przeniesienia opisanego wcześniej.

Ogólne zasady dotyczące interpretacji przeniesieniowych w leczeniu struktury osobowości borderline zakładają następujące zadania. (zob. Kernberg 1984): po pierwsze zdiagnozować dominującą relację z obiektem wewnątrz przeważnie chaotycznej sytuacji przeniesieniowej; po drugie wyklarować, która relacja jest reprezentacją self, a która reprezentacją obiektu w ramach zinternalizowanej relacji z obiektem i jaki jest dominujący afekt je łączący; i po trzecie interpretacyjnie połączyć te prymitywne dominujące relacje z obiektem z jej odszczepioną przeciwną częścią.

Pacjentka, artystka nieco powyżej trzydziestki, z dominującą osobowością typu narcystycznego, funkcjonująca na wyrazie nieborderlinowym poziomie, na końcu każdej sesji stawiała się rozwścieczona, przeżywając moje stwierdzenie, że musimy zakończyć w narcystyczno-wybuchowy sposób. Jednocześnie przypominała sobie kluczowe kwestie, które pilnie potrzebowała przedyskutować zawsze pod koniec sesji. W czasie tych godzin, skądinąd, pacjentka traktowała mnie z pogardą i znajdowała niezliczoną ilość powodów, aby mnie krytykować. Na każdej sesji znajdowała inny powód do skarg na mnie, a potem nigdy o tym nie wspominała ponownie. Działo się tak, jak gdyby jej złość i pogarda do mnie zabezpieczały ją przed omawianiem jej rzeczywistych, życiowych problemów.

Upierała się, abym dokładnie i wyczerpująco odpowiadał na wszystkie jej pytania, a nie reflektował tego co mówi ona; następnie miałem podporządkować się jej zadaniom zmiany godzin sesji bez wyjaśnień z jej strony dlaczego tego chce, itd. Ale na końcu sesji wychodziła z poczuciem bycia traktowaną okrutnie i raniąco. Następnie z wielką rozpaczą dzwoniła do mnie i błagała, abym z nią rozmawiał.

Stopniowo byłem zdolny pokazać jej, w jaki sposób w czasie sesji identyfikowała się z kontrolującą i sadystyczną osobą, która starała się wymusić na mnie totalne posłuszeństwo, podczas gdy na końcu sesji to mnie doświadczała jako sadystycznego i kontrolującego obiektu traktującego ją jako kogoś bezwartościowego. Pacjentka była w stanie stopniowo zrozumieć, że uruchamiał te zamiane ról pewien aspekt jej relacji z matką. W końcu była w stanie zrozumieć, że ta „szalona” relacja odzwierciedlała nie obecną lub przeszłą rzeczywistość, ale krancowe wyostrenie wszystkich wrogich aspektów jej relacji z matką pod wpływem jej fantazji i błędnego koła stworzonego przez jej gniew na matkę. W miarę jak jej prymitywna relacja z obiektem została wyklarowana, pacjentka stawiała się coraz bardziej zdolna do refleksowania tej relacji i coraz mniej popychana do odgrywania jej.

Rzeczywiście, jak dla mnie dokonała wystarczających postępów aby dalej wraz z nią eksplorować implikacje jej niechęci do kończenia sesji i jej potrzeby aby do mnie później dzwonić. Na pytanie, jak by się z tym czuła, gdybym rzeczywiście był dla niej dostępny w stu procentach pod każdym względem, odpowiedziała, że niczego bardziej nie mogłaby sobie życzyć, ale że ta idea bardzo ją niepokoi, ze względu na to, że jest tak nierealistyczna; taka

chciwa roszczeniowosc wzbudzilaby we mnie tylko chec jej odrzucenia. A to jest wlasnie to czego dokladnie chciala.

Nastepnie zasugerowalem jej, ze wydaje sie jakby chciala zwiazku ze mna, tak jakby byla jedynym i wyroznianym dzieckiem dla calkowicie oddanej jej matki. Pacjentka przerwala mi mowiac, ze kazda matka stalaby sie okropnie odrzucajaca wobec takich wymagan ze strony swojego dziecka. Powiedzialem, ze to wlasnie dokladnie byl jej lek zwiazany z jej pragnieniem. Powiedzialem, ze jesli ja reprezentuje matke calkowicie oddana dla swojej malej dziewczynki, to ona identyfikujac sie z ta dziewczynka, moze sie odprecyz, poddac sie i czuc sie szczesliwa. Pacjentka z uśmiechem zgodzila sie ze mna i powiedziala, ze w takim przypadku swiat bylby w porzadku.

Moja interpretacja odslonila rozszczepienie, idealizowane aspekty relacji pacjentki z matka polaczone z niebezpieczenstwami wynikajacymi z chciwej roszczeniowosci i jej braku tolerancji dla wlasnej wscieklosci wtórnej do kazdej frustracji ze strony tej idealnej matki. Po miesiacach pracy z tym szczególnym wzorcem przeniesienia rozwinal sie nowy aspekt relacji pacjentki z matka – intensywne odrzucenie matki ze wzgledu na nadmierna ze strony pacjentki zaleznosc od niej. Nieswiadomie potrzebowala „otruc” wyobrazenie matki w sobie samej ze wzgledu na odrzucenie i zawisc. Wszystko to klinicznie wyrazalo sie w ostrych formach negatywnej reakcji terapeutycznej, za która dokladnie nastepowalo uruchomienie rozszczepienia, idealizowanego przeniesienia.

Ponizszy przypadek dotyczy chronicznej schizofrenicznej pacjentki, profesora collegu przed czterdziestka, bedacej w psychoanalitycznej psychoterapii, polaczonej z malymi dawkami neuroleptyków pozwalajacymi jej funkcjonowac, jednak nie eliminujacymi jej psychotycznego myslenia. Miala urojenia, ze ludzie, a szczególnie dominujace kobiety, kradna jej fizyczna energie, opróżniajac jej cialo z energii tak bardzo, ze pozostawala wyczerpana i oslabiona, niezdolna do jasnego myslenia. W czasie jednej sesji podczas, której omawialismy jej leki przed seksualna bliskoscia z jej „chlopakiem”, pacjentka nagle zaczela wygladac na przestraszona i podejrziwa i zapytala mnie dlaczego wlasnie uczynilem jakis gest reka. Powiedzialem jej, ze nie zrobilem swiadomie zadnego szczególnego gestu, ale zastanawiam sie, czy czuje sie teraz wlasnie tak, jak wtedy gdy inni kradna jej energie.

W wybuchu gniewu pacjentka powiedziala mi, ze nie powinienem zachowywac sie jak niewiniatko, poniewaz doskonale wiem, ze wlasnie kradlem od niej energie i dlaczego w ogóle mam potrzebe odgrywania tak nikczemnej gry? Powiedzialem jej, ze wierze, ze ona jest przekonana, ze kradlem energie od niej, ale pomimo tego dalej utrzymuje, ze jestem nadal równie pewny, ze nie kradlem od niej energii i nie popelnilem zadnego oszustwa aby próbowac na nia wplynac. Stwierdzilem, ze jestem bardzo uwazny na to o czym wlasnie rozmawiamy, i zastanawiam sie czy jest w stanie zaakceptowac to co powiedzialem jako prawde. Chce podkreslic, ze moja uwaga-podkreslenie kwestii naszych wzajemnie nie przystajacych rzeczywistosci, i w zwiazku z tym podkreslenie różnic i separacji pomiedzy nami- odzwierciedla próbe zasygnalizowania zarówno mojego pogladu na jej sposób doswiadczenia jako prawdopodobnie psychotyczny, jak i moja tolerancje („pomieszczenie”) na te sytuacje, oraz moja próbe zredukowania oczywistego rozmycia granic miedzy self a obiektem, którego pacjentka doswiadczala. Zakladalem również, ze jest ona w stanie tolerowac to odseparowanie ode mnie.

Pacjentka powiedziala, ze moze nawet uwierzyc, ze to bylo moje przekonanie, ale ze zlosci ja to, ze uwierzylem, ze ona jest szalona. Powiedzialem jej, ze nie dokonalem zadnego osadu poza twierdzeniem, ze w tamtym momencie mielismy inna percepcje rzeczywistosci i ze ona doswiadczala mnie jako próbujacego ja oslabic i zniszczyc, co musialo bardzo ja przestraszyc

i zdenerwować. Pacjentka zgodziła się, że rzeczywiście bardzo ją to zdenerwowało i natychmiast powiedziała o tym jak matka zwykła krącić jej energię i z miną niewiniątka próbowała kontrolować ją i dominować.

Powiedziałem, że wyobrażam sobie, że obecnie postrzegam mnie jako replikę swojej matki, i gdyby tak było, to jestem pod wrażeniem, że stałem się tą repliką dokładnie w momencie, kiedy próbowałem pomóc jej mniej obawiać się seksualnej bliskości z jej „chłopakiem”. Pacjentka powiedziała, że obawiała się, iż chce ją popychać w kierunku seksualnej relacji z nim; czuła, że ja jestem tak przekonany, że powinna pójść z tym mężczyzną do łóżka, że próbowałem wpłynąć bezpośrednio na jej myśli, do tego stopnia, że nie mogła ona już dłużej rozróżnić czy to są jej myśli, czy moje. Dodała również, w charakterze późniejszej refleksji, że czasami jej ojciec zachowywał się dość uwodzicielsko w stosunku do niej, chociaż obecnie nie jest pewna czy to ona nie zachowywała się uwodzicielsko w stosunku do niego. Tak czy inaczej, dodała, że jej matka nienawidziła tej bliskości w jej relacjach z ojcem.

Powiedziałem, że zastanawiam się, czy jeśli ona odbierała moje śledztwo na temat leków przed seksualną bliskością z jej „chłopakiem” jako bezpośrednią sugestie aby pójść z nim do łóżka, to uczyniło mnie to seksualnie uwodzającym mężczyzną, którego postrzegala ona jako podobnego do swego ojca. Gdyby tak było, dodałem, byłoby bardzo naturalne, że wyobrażenie jej matki, mogłoby się rysować jako groźny wróg tej seksualnej bliskości z ojcem, więc teraz mogłem się stać dla jej matki próbującą ukarać ją poprzez obrabowanie jej z energii. Pacjentka stwierdziła, że właśnie dokładnie to się stało, i wyglądała na dużo bardziej odprezowaną.

Następnie ja powiedziałem, że za uczuciem utraty energii, jej leku przed moją penetracją jej umysłu i jej koncentracji wokół wymiany energii na poziomie fizycznym, był jej lek przed seksualnym uwiedzeniem i penetracją, lek przed parą za to i że te leki były tak blisko związane z jej rodzicami, że były dla niej nie do zniesienia. Właśnie z tego powodu mogła przekształcić lek przed niebezpieczną relacją z obojgiem rodziców w lek przed wymianą energii fizycznej, który był bardziej bolesny i tajemniczy, ale jednocześnie kłopotliwie przerazający jak te wyobrazeniowe interakcje z rodzicami.

Pacjentka zapytała mnie, czy całe jej psychiczne funkcjonowanie nie było powiązane z energią fizyczną. Powiedziałem, że wydaje mi się, że bezpośrednio przetłumaczenie doświadczenia psychologicznego na poczucie nabycia lub straty fizycznej energii było operacją obronną, która sama w sobie stała się przerazająca ze względu na tajemnicze i magiczne sposoby za pomocą, których zwykle relacje między ludźmi były w ten sposób przekształcone. Następnie pacjentka powiedziała, że czuje się teraz dobrze. Wydawała się usatysfakcjonowana moimi uwagami i nie miałem dalszych sygnałów od niej, że jej leki nadal się utrzymują.

Sytuacja tutaj jest znowu różna od przypadku pacjentów borderline. O ile centralnym problemem z pacjentami borderline jest aktywacja prymitywnych, przeważających, części relacji z obiektem, które następnie zmieniają dystrybucję ról w przeniesieniu i wymagają długiego czasu, aby były połączone wstecz z infantylną rzeczywistością, to problemem w przypadku psychoz jest rozmycie granic pomiędzy reprezentacjami self i obiektu. W tych warunkach aktywacja określonej relacji z obiektem w przeniesieniu może wywoływać natychmiastowe pomieszanie pomiędzy self i obiektem, i w związku z pochodzeniem nieakceptowanych impulsów, które aktywują obronną relację z obiektem w ramach której, zwrotnie, self i obiekt ulegają pomieszaniu, ochronna jakość obronnej relacji z obiektem zawodzi.

Właśnie dlatego pacjentka zrozumiała moją uwagę na temat jej leku przed bliskością z jej „chłopakiem” jako seksualną napastę z mojej strony jako ojca, będącą odpowiednikiem jej

własnego seksualnego pragnienia bez możliwości z jej strony zróżnicowania źródeł tego seksualnego pragnienia. W rezultacie doświadczała ona natychmiastowego karzącego ataku matki na siebie, w ramach którego znowu nie było możliwe odróżnienie napastnika od atakowanego, i wtórnie, nie była ona w stanie różnicować afektów seksualnych od agresywnych. W tych warunkach prymitywna transformacja leku przed utratą granic self w fizyczne poczucie energii wydobywanych z jej ciała (które jest regresywnym rozmyciem granic ciała i umysłu) dostarcza jej urojeniowej ucieczki przed konfliktem. I znowu, moje interpretowanie sytuacji nie tylko w terminach wyłącznie popędowych (lub bezosobowej konfiguracji popędowo-obronnej), ale w terminach aktywowanej relacji z obiektem, pozwoliło na wyklarowanie bezpośredniej sytuacji i czasową redukcję regresji psychotycznej.

Innym zastosowaniem podejścia związanego z teorią relacji z obiektem do przeniesienia jest analiza szczególnych oporów pacjentów z narcystyczną strukturą osobowości. Tutaj pojawienie się w przeniesieniu różnych cech patologicznego wielkościowego self i równoległe pełnych admiracji, dewaluujących, lub podejrzliwie zalekniionych reprezentacji obiektu może pozwolić na stopniową klaryfikację części składowych uwewnętrznionych relacji z obiektem prowadzących do zageszczenia wielkościowego self na bazie tworzących je realnego self, idealnego self, i idealnych reprezentacji obiektu.

Przykładowo pewien pacjent, matematyk po trzydziestce z narcystyczną strukturą osobowości i z niezdolnością do zaangażowania się w satysfakcjonujący związek z kobietą, nie mógł utrzymać seksualnego zainteresowania wobec żadnej kobiety, z którą zbliżył się emocjonalnie. Była bardzo niecierpliwy w związku z powolnym postępem jego analitycznego leczenia i podejrzewał, że moje zainteresowanie nim jest bardzo interesowne, podobnie podejrzewał o to kobiety w swoim życiu. Zaoferował, że zapłaci mi dużą sumę pieniędzy, jeśli znacząco skróci jego terapię „poprzez naprawdę włożenie w nią wysiłku” - na samym dniu - czuł się bardzo odrzucony ze względu na to, czego doświadczał jako mojego wykorzystywania jego osoby dla moich własnych, naukowych i materialnych celów.

Trochę czasu zajęło aby w ramach tego przeniesienia poróżdzić jego projekcje na mnie (i na kobiety) własnych chciwych tendencji, uruchomienia różnych aspektów jego matki - szczególnie jej ciągłych ostrzeżeń, że kobiety zawsze będą go wykorzystywać oraz identyfikacji z ojcem, a szczególnie z jego surowymi, agresywnymi działaniami. Jego dominujące wyobrażenie o sobie, mówiąc w skrócie, można wyjaśnić jako stworzone przez identyfikację z wybranymi aspektami obydwójga rodziców, które karmiły jego wielkość, roszczeniowość, podejrzliwość i lek przed jakąkolwiek zależnością relacji.

Na ogół, stopniowa i cierpliwa analiza części składowych wielkościowego self pozwala zwykle na wyłonienie się leżących pod nią prymitywnych relacji z obiektem charakterystycznych dla organizacji osobowości borderline i ewentualnie na rozwój normalnego, infantylnego self pacjenta oraz zdolności do stworzenia autentycznych, wzajemnych związków zależnościowych z innymi ludźmi.

To co powiedziałem dotychczas o strukturze zinternalizowanych relacji z obiektem u pacjentów z różnymi poziomami psychopatologii zawiera modyfikacje strukturalnych kryteriów do interpretacji Fenichela (1941). W odniesieniu do pacjentów prezentujących neurotyczną organizację osobowości i których nieswiadome konflikty są w przeważającej części międzysystemowe klasyczna reguła mówi, że powinno się najpierw interpretować od strony ego i klarować, po jakimś czasie, jakie instancje są uwikłane w konflikt i jak w nim uczestniczą. W odniesieniu do pacjentów prezentujących głęboką psychopatologię i przewagę konfliktów wewnątrzsystemowych, analiza powinna ogniskować się na aktualnie dominującej zinternalizowanej relacji z obiektem jako części obronnej funkcji przeniesienia i na zinternalizowanej relacji z obiektem funkcjonującej aktualnie jako zdysocjowana struktura

popedowa. Ta konceptualizacja ułatwia stosowanie poza ekonomicznymi i dynamicznymi kryteriami, również kryteriów strukturalnych do naszych interpretacji. Do genetycznych aspektów interpretacji odnośnie się dalej.

KONSTRUKCJE I REKONSTRUKCJE GENETYCZNE

Mój pogląd różni się od innych przedstawicieli teorii relacji z obiektem takich jak Melanie Klein (1945,1946,1947), Segal (1967), Fairbairn (1954) i Mahler (Mahler et. Al.. 1975) tym, że w mniejszym stopniu koncentruje się na określonym czasie w przeszłości pacjenta, z którego aktualnie dominujący patogeniczny konflikt lub strukturalna organizacja osobowości mogą się wywodzić. Jestem przekonany, że kluczowe dla analityka jest unikanie z góry założonych idei na temat źródła aktualnego nieswiadomego konfliktu i pozwolenie pacjentowi na to aby jego swobodne skojarzenia prowadziły go do genezy „tu i teraz” w „tam i kiedyś”.

Chociaż zgadzam się z Jacobson (1964) i Mahler (Mahler i Furer 1968), że przeważająca organizacja struktur psychicznych (neurotyczna, borderline, narcystyczna, lub psychotyczna) wskazuje na określone kluczowe okresy w rozwoju, to jednak późniejsze wydarzenia mogą takie jednoznaczne łączenie uczynić ryzykownym. Podobnie, tendencja Melanie Klein do systematycznego koncentrowania się na zakładanych czynnikach rozwojowych w pierwszym roku życia nie oddaje sprawiedliwości złożoności psychoseksualnego rozwoju.

Stąd próbuje kierować się dynamiczną zasadą interpretacji poprzez postępowanie od powierzchni do głębi i staram się pomagać pacjentowi nieswiadome znaczenie „tu i teraz” w sposób relatywnie ahistoryczny, i w trybie „jak gdyby”: „Jest tak jak gdyby takie i takie dziecko odnosiło się do takiej i takiej postaci rodzicielskiej” - skojarzenia pacjenta mogą to przetransformować na konkretne wspomnienie lub fantazje wiążące to co aktualnie nieswiadome z przeszłą genezą.

W mojej opinii pytanie czy konflikt powiązany z określonym typem psychopatologii jest typowo edypalny czy preedypalny jest całkowicie fałszywe. Jak często twierdziłem wcześniej, nigdy nie widziałem pacjenta, którego problemy były „takie lub takie”, lub dla, którego problemy edypalne nie byłyby centralne. Zasadnicza różnica pomiędzy neurotyczną i głębszą psychopatologią jest w tym, że w tej ostatniej zageszczenie edypalnych i preedypalnych kwestii jest bardziej złożone. Na przykład analne czy oralne konflikty mogą być obserwowane wzdłuż całego spektrum psychopatologii, ale nigdy jako wyłączny temat; i to samo pozostaje w mocy dla wszystkich pozostałych stadiów rozwoju psychoseksualnego.

Jednocześnie musimy sobie zdawać sprawę, że niektóre kluczowe wczesne doświadczenia traumatyczne są poza możliwością pamięciowego przywołania. W takich przypadkach rekonstrukcji wczesnego dzieciństwa, gdzie nie było jeszcze w pełni świadomego przeżywania powinno się próbować dokonać na podstawie konstrukcji wynikających z aktualnie dominującej, nieswiadomej relacji z obiektem. W przypadku pacjenta, który nie mógł opuścić mojego gabinetu na koncu sesji klarowna konstrukcja, która mu zasugerowałem było rozpaczliwe szukanie przez niego idealnej matki. Podejście Mahler, Klein, Winnicotta lub Kohuta próbuje łączyć konstrukcje przeszłych doświadczeń (rzeczywistych lub fantazjowanych) z właściwym w analizie czasem. Ja czuję się bardziej komfortowo, gdy taka konstrukcja jest usytuowana w kontekście „bezczasowego świata wskazówek”, wokół którego bardziej konkretne, czasowo-specyficzne rekonstrukcje przeszłości mogą lub nie, być osiągnięte.

Używanie konkretnej wiedzy o przeszłości pacjenta jest oczywiście bardzo pożyteczne w kontekście systematycznej analizy nieswiadomych znaczeń w „tu i teraz”. Postawienie hipotezy łączącej nieswiadome tu i teraz ze znanymi aspektami historii pacjenta wcześniej nie

włączonymi do „produkcji” genetycznych rekonstrukcji może dostarczyć pomocnych pomostów do przeszłości. Należy jednak być bardzo ostrożnym z wprowadzaniem takich „obiektywnych faktów” z przeszłości, szczególnie u pacjentów z głęboką psychopatologią, jako, że odległość pomiędzy „obiektywnymi faktami” a subiektywnym doświadczeniem, pomiędzy informacjami o rozwoju a genetycznym rozwojem, jest ogromna.

W związku z tym pozostajemy z paradoksem; u lepiej funkcjonujących pacjentów, gdzie rekonstrukcje są prostsze, są one mniej niezbędne, ponieważ skojarzenia pacjenta wiedzą łatwo do nieswiadomej przeszłości. Dokładnie odwrotnie, w przypadku poważnej psychopatologii rekonstrukcje genetyczne są bardzo trudne i cokolwiek z obiektywnej historii jest osiągalne, to jest to mało pomocne ze względu na ograniczenia, które pacjent ujawnia w zdolnościach do świadomego penetrowania przeszłości. Dlatego właśnie kwestionuje tendencje n.p. Rosenfelda (1987) do wiązania takich obiektywnych danych bezpośrednio z przejawami przeniesienia pacjentów psychotycznych i borderline.

PRZECIWPRZENIESIENIE

Uważam opisy zgodnych i komplementarnych identyfikacji w przeciwprzeniesieniu Rackera (1957) jako bardzo pomocne. Racker sugerował, że zgodne identyfikacje mogą być używane do opisu sytuacji gdy analityk identyfikuje się z tym co aktywuje się u pacjenta, podczas gdy w komplementarnej identyfikacji analityk identyfikuje się z instancją, która jest w konflikcie z instancją, z którą identyfikuje się pacjent. To ostatnie jest zazwyczaj tym, czego pacjent nie jest w stanie tolerować i stąd pojawia się projekcja. W terminach relacji z obiektem możemy powiedzieć, że w zgodnej identyfikacji, z tą samą reprezentacją, która aktywowana jest u pacjenta, self z self, obiekt z obiektem. Zgodna identyfikacja w przeciwprzeniesieniu ma kluczowe znaczenie jako źródło zwykłej empatii w warunkach, gdy pacjent jest w nastroju auto-refleksyjnym, ale również w warunkach gdy analityk ulec pokusie udziału, jako pośrednik, w acting out pacjenta.

W identyfikacji komplementarnej, w terminach relacji z obiektem, pacjent i analityk uruchamiają, w swoich czasowych identyfikacjach, reprezentacje self i odpowiednio reprezentacje obiektu określonej zinternalizowanej relacji z obiektem. Na przykład, w warunkach przeniesienia seksualizowanych analityk może odpowiadać uwodzaco na lek i pokusę pacjenta dotyczące edypalnego acting out. Częściej pod wpływem dominacji szczególnie negatywnego przeniesienia, analityk staje się zagrażającym i agresywnym obiektem pacjenta, podczas gdy pacjent staje się jego przestraszonym self; lub ma miejsce odwrócenie ról, w którym analityk może doświadczać siebie jako sparalizowanego przez agresję pacjenta, reagującego z lekiem i impotentną nienawiścią; pacjent tutaj identyfikuje się ze swoim zagrażającym obiektem, podczas gdy analityk identyfikuje się z zagrożoną reprezentacją self pacjenta.

Na ogół, w warunkach komplementarnego przeciwprzeniesienia analityk jest identyfikowany z wewnętrznym wyobrażeniem, którego pacjent w tym momencie nie może tolerować, i musi go zdysocjować i wyprojektować. Rzeczywiście, to właśnie mechanizm projekcyjnej identyfikacji jest centralną obronną operacją pacjenta, zmierzającą do wywołania komplementarnej reakcji przeciwprzeniesieniowej u analityka; analityk empatyzuje teraz z tym, czego pacjent nie jest w stanie tolerować u siebie, i poprzez ten sam proces analityk może uzyskać ważne informacje o całej relacji z obiektem, która została aktywowana w przeniesieniu. Tu właśnie tkwi potencjalnie nagroda za korzystanie z przeciwprzeniesienia przez psychoanalityka. Niebezpieczeństwem jest oczywiście pokusa aby działać zgodnie z tą

komplementarna identyfikacja, zamiast używać jej jako materiału do zintegrowania go z procesem interpretacji. (zob. Kernberg 1986, 1987b).

Jeśli analityk toleruje swoje przeciwprzeniesienie, może używać go do klaryfikacji dominującej w przeniesieniu relacji z obiektem – oczywiście tylko wtedy jest to możliwe, gdy profesjonalne granice są utrzymane. Ważnym jest aby analityk powstrzymał się od dostarczania wyjaśnień wykraczających poza materiał, który pacjent zaobserwował.

ANALIZA MARZEN SENNYCH

Fairbairn (1954) drogę do nowego układu odniesienia w analizie marzeń sennych widział poprzez zastosowanie do niej modelu teorii relacji z obiektem. Fairbairn sądził, że różne aspekty identyfikacji pacjenta mogą być reprezentowane przez różne osoby we śnie lub, mówiąc to samo, znaczące obiekty z jego życia psychicznego również są wielokrotnie reprezentowane we śnie jako funkcje różnych aspektów wewnętrznych relacji z obiektem pacjenta i identyfikacji z nim.

Meltzer (1984) i Rosenfeld (1987) analizy marzeń sennych dokonywali poprzez zastosowanie podejścia relacji z obiektem z punktu widzenia Kleinowskiego. Meltzer dokonał tego w sposób systematyczny, a Rosenfeld bardziej pośrednio, poprzez materiał kliniczny ilustrujący centralną rolę analizy marzeń sennych w jego podejściu. Wprawdzie nie zgadzam się z obojgiem tych autorów jeśli chodzi o ich tendencje do interpretowania wprost jawnej zawartości snu jako symbolicznego odzwierciedlenia różnych aspektów pierwszego roku życia, jednak uważam za bardzo pomocną ich integrację formalnych aspektów marzenia sennego z tym, co jest aktualnie dominujące w przeniesieniu. Wydaje mi się, że to podejście nie jest oderwane od podejścia takiego jak u Eriksona (1954), polegającego na koncentracji na formalnych aspektach relacji pacjenta na temat snu, i wskazującego na rosnące we współczesnej analizie marzeń sennych znaczenie ekspresywnych i interakcyjnych – w przeciwieństwie do bezpośrednio symbolicznych – aspektów analizy.

Staram się wywoływać skojarzenia do jawnej zawartości snu, bez interpretowania bezpośrednio w terminach nieswiadomych, symbolicznych znaczeń. Zwracam uwagę na a) dominujące w zawartości snu jakości emocjonalne b) jak sen był opowiedziany c) wzajemny związek pomiędzy zawartością snu w terminach dominującej relacji z obiektem, a relacją z obiektem aktywowaną podczas opowiadania na temat snu d) ogólne tło przeniesieniowe na jakim pojawia się narracja o marzeniu sennym i w końcu e) resztki z dnia.

Zmierzając do konkluzji, wierzę, że podejście opisane w tym artykule znacząco poszerza obszar techniki psychoanalitycznej, jak również psychoanalitycznej psychoterapii (zob. Kernberg 1984). Podejście teorii relacji z obiektem stwarza również nową perspektywę, z której można spojrzeć na przypadki współcześnie odzwierciedlające ograniczenia pracy analitycznej. Przypadki te dotyczą pacjentów ze znaczącymi zamknięciami „analitycznej przestrzeni”, u których zdolność do wyobrażenia jest głęboko ograniczona; pacjentów, u których osobowość narcystyczna jest połączona z nasilonymi tendencjami antisocjalnymi – co opisałem jako „złośliwy narcyzm” (1984); i pacjentów, których nazwałem jako przejawiających „perwersję w przeniesieniu” (1985).

Tłumaczenie: Jarosław Głyszczński.