

Wykład 9

Na tym wykładzie zajmiemy się próbą spojrzenia integracyjnego na psychoterapie. Chodzi przede wszystkim o integrację różnych koncepcji stworzonych w ramach teorii relacji z obiektem. Próby tej dokonamy głównie w oparciu o koncepcje dwóch współczesnych przedstawicieli amerykańskiej psychoanalizy Marolyn Wells oraz Cheryl Glickauf-Hughes.

To co jest wspólne we wszystkich teoriach relacji z obiektem to to, że przedstawiają one **psychoanalityczne podejście do kwestii uwewnętrzniania relacji interpersonalnych**. Wewnętrzna mapa tych relacji (ze szczególnym uwzględnieniem wczesnodziecięcych związków z opiekunami) warunkuje zachowanie jednostki w zewnętrznych relacjach interpersonalnych.

Tak więc jeśli poznamy wewnętrzną strukturę i dynamikę relacji z obiektem u konkretnej osoby to jesteśmy w stanie przewidywać i rozumieć zachowania interpersonalne tej osoby. A właściwie nie tylko zachowania interpersonalne, gdyż obiekt nie zawsze jest osobą, tylko szerzej relacje tej osoby ze światem.

Różnice pomiędzy różnymi teoriami relacji z obiektem dotyczą:

1. względnej ważności popędów instynktowych wobec potrzeb relacyjnych
2. roli agresji w rozwoju
3. istnienia fazy autystycznej u noworodka

Właściwie wszystkie t.r. z o. skupiają się na emocjonalnym aspekcie relacji z innymi, a czynniki poznawcze i percepcyjno-motoryczne są mało uwzględniane. Pewnym wyjątkiem mogą tu być niektóre koncepcje Erika Eriksona, u którego czynnik poznawczy jest dość istotny.

Poszczególne teorie wydają się dość cząstkowe i w mniejszym czy większym stopniu pasują do różnych zaburzeń. Stają się one daleko niewystarczające, gdy usiłują opisać dynamikę i metody leczenia wszystkich pacjentów. Stąd potrzeba stosowania różnych koncepcji i pojęć pochodzących z różnych teorii (nie tylko relacji z obiektem). Dla przypomnienia te różnorodne pojęcia pochodzące od różnych autorów to m.in.:

- self (Freud, Winnicott, Kohut)
- stałość ja
- tożsamość self (Erikson)
- nuklearne self (Kohut)
- spójność self (Kohut)
- integracja vs. fragmentacja self
- selfobiekt (Kohut) – archaiczne ob.self, odzwierciedlające, wyidealizowane, typu alter ego, oponujące (**Obiekt self** to subiektywne przeżywanie drugiej osoby, która w ramach relacji spełnia podtrzymującą funkcję wobec self.)
- obiekt i zjawiska przejściowe (Winnicott)
- internalizacja – inkorporacja, introjekcja, identyfikacja

- jednostka relacji z obiektem (df. Masterson) – jest to trwała psychiczna struktura lub schemat, który przedstawia internalizację związków dziecka z osobami znaczącymi. Składa się z reprezentacji siebie i obiektu, połączonych dominującym uczuciem charakteryzującym pierwotne interakcje dziecka z obiektami. (podobnie też u Kernberga). 1/ **Jednostka relacji z całkowicie złym obiektem** – zle ja nienawidzi złego obiektu. 2/ **Jednostka relacji z całkowicie dobrym obiektem** – dobre ja kocha dobry obiekt 3/ **Jednostka relacji ze zdewaluowanym obiektem** – dobre ja dewaluuje zły obiekt 4/ **Jednostka relacji z idealizowanym obiektem** – zle ja podziwia dobry obiekt
- ego – zestaw funkcji, których głównym celem jest osiągnięcie optymalnego emocjonalnego zaspokojenia przy utrzymaniu dobrego związku z super ego i z rzeczywistością. (Freud, Hartmann) . Funkcje ego obejmują 1/ mechanizmy obronne, 2/ funkcje autonomiczne (inteligencja, wola itp., percepcja, mowa) 3/ funkcje adaptacyjne (np. badanie rzeczywistości, kontrola impulsów) 4/ tworzenie wewnętrznej reprezentacji self i obiektu
- wystarczająco dobra matka (Winnicott)
- holding (Winnicott)
- podtrzymujące środowisko (Winnicott)
- kontener, kontenerowanie (Bion)
- spójność obiektu (Hartmann) zdolność utrzymania w przeważającej mierze pozytywnej, emocjonalnej więzi z osobą znaczącą niezależnie od stanu własnych potrzeb lub od zdolności obiektu do natychmiastowego zaspokajania tych potrzeb.
- przekształcająca internalizacja (Kohut) proces stopniowego uwewnętrzniania funkcji selfobiektu
- projekcja
- identyfikacja projekcyjna (Melanie Klein)
- rozszczepienie
- pozycja schizoidalno-paranoidalna (Melanie Klein)
- pozycja depresyjna (Klein)
- zawisc (Klein)
- reparacja (Klein)
- obrony maniakalne (Klein)
- ego libidinalne i antylibidinalne (Fairbairn)
- problem schizoidalny (Fairbairn)
- zregresjonowane ego (Guntrip)
- separacja-indywiduacja (Margaret Mahler)
- autyzm, symbioza (Mahler)
- ciągłość obiektu (Mahler)

- trzy poziomy patologii charakteru (Kernberg)

- 3 -

- internalizacja poprzez introjekcje, identyfikacje, tozsamosc ego (Kernberg)

- wielkoscowe self (Kernberg, Kohut)

TERAPIA RELACJI Z OBIEKTEM - podstawowe modele. (wg. Wells i Glickauf-Hughes)

Wazny jest powrót do koncepcji stworzonej juz wczesniej przez Alexandra i Frencha „korekcyjnego doswiadczenia emocjonalnego”. Aleksander zdefiniowal je jako ponowne przezycie przez pacjenta traumatycznego doswiadczenia w obecności waznej osoby (np. terapeuty) z pomyslniejszym skutkiem niz w dzieciństwie. Koncepcja ta spotkala sie z duza krytyka wśród psychoanalityków, ze wzgledu na to, ze terapeuta manipulowal tu przeniesieniem, przyjmujac taka role, która najbardziej wywolalaby doswiadczenie korekcyjne. Obecnie jednak koncepcja ta przezywa renesans. Doswiadczenie korekcyjne niekoniecznie jednak nalezy rozumiec jako manipulacje ze strony terapeuty, lecz raczej jako autentyczne zaangazowanie ze strony terapeuty kladace nacisk na specyficzne aspekty roli rodzicielskiej, których pacjent nie doswiadczył w wystarczajacym stopniu, a które s a mu niezbedne dla dalszego rozwoju.

Takie widzenie roli terapeuty zaklada plastycznosc terapeuty, który dostosowuje swoja role w procesie terapeutycznym do specyficznych potrzeb terapeutycznych pacjenta – a nie odwrotnie dostosowuje pacjenta do stosowanego modelu leczenia. (Lazarus – terapeuta jako „prawdziwy kameleon”).

Wazna jest tutaj również kwestia autentycznych mozliwosci kazdego terapeuty. Relacja terapeutyczna „szyta na miare” dla konkretnego pacjenta powinna wynikac z autentycznych mozliwosci terapeuty (a nie byc np. udawana). Tak wiec terapeuci powinni zdawac sobie sprawe ze swoich trudnosci przeciwprzeniesieniowych i ograniczen i wiedziec, którego pacjenta skierowac gdzie indziej.

W terapii relacji z obiektem pacjent dostaje „druga szanse rozwojowa”. Korekcyjne doswiadczenie emocjonalne pomaga w zmodyfikowaniu mentalnej struktury self i obiektów, w lepszym poradzeniu sobie z nierozwiazanymi problemami rozwojowymi, w zmianie wadliwych struktur psychicznych (obektów), w uelastycznieniu i lepszym dostrojeniu postaw interpersonalnych do aktualnej rzeczywistosci.

Trzeba jednak pamietac, ze korektywne doswiadczenie interpersonalne nie zastepuje interpretacji, lecz jest ich wzmacnieniem. Rola interpretacji (wgladu) w terapii jest nadal bardzo istotna.

- 4 -

Aby jednak dostosowywać charakter terapii i relacji terapeutycznej do specyficznych potrzeb pacjenta, niezbędne jest dobre, diagnostyczne rozeznanie w strukturze osobowości pacjenta i w świecie jego wewnętrznych obiektów oraz zewnętrznych relacji interpersonalnych.

Wells i Glickauf-Hughes proponują następujący schemat zaburzeń osobowości.

Trzeba jednak pamiętać, że zaszeregowanie konkretnego pacjenta do którejś z poniższych kategorii bywa dość skomplikowane, chociażby ze względu na to, że niewielu pacjentów pasuje jednoznacznie tylko do jednej kategorii.

Poniższy schemat diagnostyczny podkreśla głównie styl budowania więzi oparty na kategoriach: „normalny”, „neurotyczny”, „preneurotyczny”, „borderline” i „psychotyczny”.

PRZEDNEUROTICZNE ZABURZENIA OSOBOWOSCI

	Narcystyczne	Masochistyczne
Fazy zatrzymania w rozwoju	Ponowne zbliżenie	Na drodze do stałości obiektu
Traktowanie przez obiekt	1. Odrzucenie prawdziwego Ja 2. Używanie dziecka jako self obiektu lub obiektu idealnego 3. Podziw zamiast miłości i akceptacji	1. Traktowanie jak kozła ofiarnego 2. Nadużywanie, lekceważenie, niespójne wzmacnianie potrzeb zależnościowych 3. Kontrolowanie (bez samodyscypliny) 4. Niszczenie woli dziecka
Zakłócenie rozwoju	1. Brak oparcia na rzeczywistości poczucia Ja 2. Brak poczucia własnej wartości 3. Nieumiejętność samoukojenia 4. Nieumiejętność miłości	Zakłócenie identyfikacji prowadzące do braku internalizacji realnych zdolności obiektów (empatia, pomocniczych funkcji ego)
Wynikająca postawa interpersonalna	1. Pseudoniezależna reprezentacja fałszywego Ja 2. Manipulacja, idealizacja, dewaluacja innych 3. Traktowanie innych jako self-obiektów	1. Wahanie między lekowym przywiązaniem a przeciwzależnością 2. Jawną uległość (ukryty bunt) 3. Kompensacyjne opiekowanie się

Strukturalne problemy

1. Wielkościowa struktura fałszywego Ja
2. Ego wrażliwe na lekceważenie, wynikające stąd zawisc, wstyd, wściekłość
1. Brak pełnej integracji struktury Ja
2. Brak przekształcających internalizacji

Cele terapeutyczne

Interpersonalne

1. Rozwinąć zdolność kochania realistycznie postrzeganych pełnych obiektów
2. Rozwinąć zdolność bycia autentycznym wobec innych

Strukturalne

1. Rozwinąć przekształcające internalizacje dla autentycznego, opartego na rzeczywistości samoukolenia i poczucia własnej wartości
2. Włączyć wielkościowy obraz Ja do rdzennego Ja

Interpersonalne

1. Rozwiązać problem ambiwalentnego związku
2. Panować nad separacją i stratą
3. Nauczyć się zależności od innych
4. Rozwinąć odpowiednie samouznanie

Strukturalne

1. Jak obok
2. Wyleczyć „masochistyczne rozszczepienie”

Korekcyjne doświadczenie interpersonalne

1. Terapeuta musi być nie narzucający się, wrażliwy, akceptujący, dostosowany
2. Musi stworzyć empatyczne, optymalnie frustrujące otoczenie
3. Musi wspierać silne strony, empatyzować z obszarami wrażliwości

1. Terapeuta musi być empatyczny i autentycznie szanować pacjenta
2. Musi być spójny, wiarygodny, nie reaktywny
3. Musi uznawać swoje błędy
4. Musi być emocjonalnie dostępny, nie będąc zaborczy, kontrolujący, infantylizujący

- 6 -

ZABURZENIA BORDERLINE

Faza zatrzymania w rozwoju
Traktowanie przez obiekt

Zakłócenie rozwojowe
Wynikająca postawa interpersonalna

Schizoidalne

Autystyczna i wczesna symbiotyczna
Odrzucenie, lekceważenie, negowanie prawa dziecka do życia
Brak odpowiedniego symbiotycznego związku
Defensywne wycofanie

Histeroidalne

Praktykowania, wczesnego zbliżenia
Brak uwagi, wsparcia i aprobaty kiedy dziecko zaczyna się odseparowywać
Niedostateczna separacja-indywiduacja
Wahanie się między wściekłością a lgnieniem

Problemy strukturalne

1. Odciete Ja, które boi się regresyjnej fragmentacji
2. Sztuczne odgraniczenie Ja-inni

1. Dyfuzja tożsamości
2. Brak stałości obiektu
3. Podatność na przejściową fragmentację Ja, krótkie epizody psychotyczne w regresji

Cele terapeutyczne

Interpersonalne

1. Chronić pacjenta przed dużym niepokojem
2. Stworzyć więź umożliwiającą separację

Interpersonalne

1. Wspieranie separacji
2. Przyspieszanie indywiduacji

Strukturalne

1. Rozwinięcie poczucia rdzennego, nie obronnego Ja
2. Integracja częściowych reprezentacji Ja (zwłaszcza poznawczych i emocjonalnych)

Strukturalne

1. Przepracowanie rozszczepienia
2. Rozwój stałości obiektu
3. Rozwój zintegrowanego poczucia Ja
4. Zwiększenie tolerancji frustracji

Korrekcyjne doświadczenie interpersonalne

1. Terapeuta musi być dostępny, obecny i spójny
2. Musi stworzyć bezpieczną relację

1. Terapeuta musi ustanowić odpowiednie granice
2. Terapeuta musi równo wazyć potrzeby wsparcia i autonomii, będąc bezpieczną bazą do badania świata
3. Musi wspierać wyrażanie prawdziwego Ja oraz mówienie „nie”
4. Musi powstrzymać się od karania

- 7 -

ZABURZENIA NEUROTYCZNE

Faza zatrzymania w rozwoju

Obsesyjno-kompulsywne
Późna faza separacji-indywidualizacji
(analna/wczesno—edypalna)

Histeryczne
Późna edypalna

Traktowanie przez obiekt	Ostra dyscyplina, kontrola impulsów dziecka, uczucie i autonomiczne działania	1. Uwodzące zachowania rodzica przeciwnej płci 2. Sojusz rodzica przeciwnej płci z dzieckiem 3. Kastracja agresywnych impulsów 4. Podsyćanie „mitu pasywności, pseudozależności i bezradności
Zaburzenie rozwoju	Niedostateczne poczucie autonomii prowadzące do uczucia wstydu i wątpliwości	1. Trudności w podejmowaniu inicjatywy 2. Poczucie winy w związku z impulsami seksualnymi i agresywnymi 3. Mieszanie potrzeb emocjonalnych i seksualnych
Postawa interpersonalna	1. Pseudoautonomiczna, samowystarczalna autoprezentacja 2. Częste walki o władzę	Postawa pseudozależna, uwodząca
Problemy strukturalne	1. Stabilne poczucie Ja, doświadczenie uczuciowe nie włączone do rdzennego Ja 2. Stałość obiektu, ale skłonność do poświęcania związków dla wymagań superego	1. Stałość Ja i obiektu 2. Dobrze rozwinięte, ale niewykorzystywane funkcje ego 3. Skłonność do rozgrywania konfliktów zamiast refleksji

Cele terapeutyczne

Interpersonalne

1. Zwiększyć wartość relacji (w por. z byciem w porządku lub kontrolą)
2. Zwiększyć spontaniczność, ekspresję uczuciową, radość.

Strukturalne

1. Dalsza indywidualizacja: rozwinąć poczucie autonomii, nie reaktywność i walkę o władzę
2. Złagodzić ostre superego

Korrekcyjne doświadczenie interpersonalne

1. Terapeuta musi modelować odpowiednie podejmowanie ryzyka
2. Musi przyznawać się do błędów i nie gnębić pacjentów, gdy je popełniają
3. Musi być nie dyrektywny i nie autorytarny

Interpersonalne

1. Rozwinąć pewność siebie, inicjatywę, niezależne działania wobec innych
2. Nauczyć odróżniać pomiędzy potrzebami zależności a seksualnymi

Strukturalne

1. Dalsza integracja ego-dystonicznych doświadczeń
2. Zwiększenie tolerancji frustracji i zdolności do refleksji, nie odreagowywania
3. Wspieranie użycia funkcji ego (ego obserwujące)

1. Terapeuta ma być ciepły i nie dyrektywny
2. Nie może dominować, dawać się uwiesić lub pozwalać na zbyt dużą zależność
3. Musi wspierać u pacjenta siłę i kompetencje, właściwą pewność siebie
4. Musi wyjaśniać uczucia i pytać o fakty



Diagnoza różnicowa oparta na strukturze ego i relacjach z obiektem.

Model jest rozwinięciem modelu Kernberga (cztery poziomy organizacji charakteru). Jest to model pięciu form organizacji **ego**

Ego normalne	Ego neurotyczne	Ego preneurotyczne	Ego borderline	Ego psychotyczne
Konflikty intrapsychiczne dotyczą konkretnych obszarów, zwykle związanych z rzeczywistością			Konflikty psychiczne mają charakter globalny i dotyczą wszystkich obszarów życia	
Obrony wyższego poziomu: sublimacja, altruizm, intelektualizacja, tłumienie, (obrona staje się strukturą adaptacyjną)	Obrony wyższego poziomu: częste użycie fantazji, wyparcie, sublimacja, intelektualizacja, identyfikacja	Obrony wyższego poziomu: intelektualizacja, racjonalizacja, fantazja	Obrony wyższego poziomu: sporadyczna intelektualizacja i racjonalizacja	
Obrony średniego poziomu	Obrony średniego poziomu: racjonalizacja, reakcja uprzedzona, zaprzeczanie, odczynianie, izolacja, zastąpienie uczucia, przemieszczenie	Obrony średniego poziomu: częste użycie zaprzeczenia, reakcja uprzedzona, odczynianie, zastąpienie uczucia, idealizacja, dewaluacja	Obrony średniego poziomu: sporadyczne użycie reakcji uprzedzonej, zastąpienie uczucia	
Obrony niższego poziomu	Obrony niższego poziomu: sporadycznie odreagowywanie	Obrony niższego poziomu: introjekcja i projekcja, masochistyczne rozszczepienie, bardzo sporadyczne stosowanie identyfikacji projekcyjnej o odreagowania	Obrony niższego poziomu: częste rozszczepienie, prymitywna idealizacja i dewaluacja, derealizacja i depersonalizacja, introjekcja i projekcyjna identyfikacja, krancowo silne odreagowanie	Obrony niższego poziomu: derealizacja, depersonalizacja, halucynacje, ostre dysocjacje, urojenia

c.d.

ego normalne

Regresja zazwyczaj w służbie ego, łatwo odwracalna;
interpretacja poprawia funkcjonowanie

ego neurotyczne

ego preneurotyczne

Regresja: nieczęsta i przejściowa. Funkcje
selfobiektu poprawiają
funkcjonowanie

ego borderline

Regresja: częsta i
odwracalna; konfrontacja i
klaryfikacja poprawiają
funkcjonowanie

ego psychotyczne

Regresja: ostre
dekompensacje, niełatwo
odwracalne. Interpretacja
pogłębia regresję

	Osobowosc normalna	Osobowosc neurotyczna	Osobowosc preneurotyczna	Osobowosc borderline	Osobowosc psychotyczna
Proces myslowy	Proces wtórny (racjonalne myslenie oparte na zasadzie realnosci posredniczace miedzy impulsem a zachowaniem)		Proces wtórny ze wzgl ednie rzadkimi epizodami regresji z osobami znaczącymi	Tendencja ku procesowi pierwotnemu (natychmiastowa gratyfikacja), myslenie nieustrukturalizowane, czesto pod wpływem alkoholu, narkotyków lub stresu	
Podstawowy lek	Lek przed superego; własne sumienie (adekwatne poczucie winy)	Lek przed superego (nieadekwatne poczucie winy), przed kara lub kastracja i impotencja; obawa utraty miłości obiektu; lek sygnalowy	Wyższy poziom: lek przed utrata miłości obiektu; lek przed porzuceniem. Nizszy poziom: lek przed naruszeniem samooceny, lek przed inwazja	Wyższy poziom: lek przed utrata obiektu (całkowita izolacja od obiektu) Nizszy poziom: lek przed unicestwieniem, lek przed utrata self	
Relacje z obiektem	Pełne relacje z obiektem; zdolność do prawdziwej miłości do obiektu i trwałych związków o znacznej gł ebokosci, zdolność do wzajemności, dawania i troski o obiekty z innych powodów niz funkcje, jakie zapewniaja		Pełne, ale niestabilne relacje z obiektem; regresja do poziomu zaspokajania własnych potrzeb może wystapic podczas zagrożenia utrata obiektu zapewniającego bezpieczenstwo	Relacje z obiektem na poziomie zaspokajania swoich własnych potrzeb; potrzeby i zależność zast epuja miłość; intensywne przejściowe lub powierzchowne relacje	Skrajnie zubozone lub ledwo dostrzegalne; brak zdolności do empatii

Tozsamosc	Zintegrowana tozsamosc: stabilne, dobrze zintegrowane, osadzone w rzeczywistosci i trwale poczucie własnego self ; odporna samoocena, marginalne niespójności są ego-dystoniczne	Spójna, ale fragmentowana; źródła zniszczone, spójne ale dość łatwe do zranienia self ; problemy ze zintegrowaniem ego-dystonicznych doświadczeń self ; nieodporna samoocena; niespójne doświadczanie self ; przeżywanie ego-dystonicznie	Rozproszona: niespójne, niejasne, nie zdefiniowane poczucie self ; zbiór słabo zintegrowanych reprezentacji, aktywnie (choć nieswiadomie) utrzymywanych oddzielnie. Sprzeczności w przeżywaniu siebie głównie ego-syntoniczne
	Trwała stałość obiektu: stabilne, stabilne, dobrze zintegrowane i zasadniczo pozytywne reprezentacje obiektów wewnętrznych; realistycznie postrzegane obiekty zewnętrzne; zdolność utrzymywania stabilnych więzi emocjonalnych; zdolność samokojenia w trudnych sytuacjach	Niepełna stałość obiektu: zbyt duża zależność od nieco idealizowanego obiektu, by utrzymać poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości; podatność na lęk i depresję; ambiwalencja wobec obiektów	Zaburzenia stałości obiektu: sprzeczne, słabo zintegrowane, nie oparte na rzeczywistości reprezentacje innych; niezdolność do utrzymania stałych emocjonalnych więzi; nieumiejętność samokojenia w trudnych sytuacjach

Podstawowe zaufanie: zdolność do polegania na realistycznie postrzeganych innych, których widzi się raczej jako dobrych, dopóki nie okaże się przeciwnie; zaufanie do własnych spostrzeżeń i uczuć

Niski stopień podstawowego zaufania kompensowany przez obrony: introjekcję, racjonalizację, zaprzeczenie, idealizację

Brak podstawowego zaufania: niezdolność do polegania na innych; głównie negatywne przewidywanie zachowania i zamiarów innych.

Diagnoza poziomu rozwoju jest punktem wyjścia i jest niezbędna do skutecznego leczenia. To co będzie właściwe dla pacjenta neurotycznego np. zachęcanie do regresji oraz intensywna praca wglądowa, będzie niewłaściwe dla pacjenta borderline, u którego pod wpływem stresu ujawnia się tendencje do rozszczepiania, a ataki na obrony wyższego poziomu mogą doprowadzić do dekompensacji.

W przypadku pacjentów borderline terapia powinna służyć wzmocnieniu ego, a terapeuta pełni rolę pomocniczego ego głównie poprzez modelowanie. Bardzo ważne jest skupienie się terapeuty na empatycznej klaryfikacji, konfrontacji i interpretacji prymitywnych obron (Kernberg), podczas gdy pomaga pacjentowi wzmocnić obrony z wyższych poziomów.

Bardzo ważna w przypadku terapii pacjentów z głębiej zaburzona struktura ego (począwszy od preneurotycznej) jest zasada, że **deficyty strukturalne powinny być objęte pracą terapeutyczną wcześniej niż konflikty charakterologiczne**. Skuteczna terapia z pacjentem borderline powinna skupiać się na empatycznych konfrontacjach w ramach związku terapeuta-pacjent. Terapeuta częściej odpowiada wprost na pytania dotyczące jego bieżących odczuć po to, by pomóc pacjentowi odróżnić jego projekcje od rzeczywistości. Wynika to z charakteru deficytów strukturalnych u tego typu pacjentów (słabe różnicowanie, integracja i testowanie rzeczywistości).

OPIS TRZECH STRUKTUR OSOBOWOŚCI.

1. Struktura osobowości borderline

Jest to struktura bardziej zaawansowana niż psychotyczna, a mniej niż neurotyczna. Wg. Kernberga struktury te odróżniają od psychotycznej dwie cechy:

1. zdolność do spostrzegania rzeczywistości zmysłowej (choć czasowo może ona być wyraźnie zmniejszona)
2. względnie silne ego (w porównaniu z psychotykami), które pomimo przejściowych dekompensacji jest w stanie szybko dojść do siebie

Z kolei od struktury neurotycznej borderline odróżnia:

1. rozproszenie tożsamości – neurotycy mają poczucie spójnego self
2. częste używanie prymitywnych mechanizmów obronnych
3. brak tolerancji frustracji
4. deficyty strukturalne (brak stałości obiektu i ego obserwującego w stresie)
5. skupienie się na problemach diadycznych (np. zawisc, konflikt między pragnieniem, a lękiem przed stopieniem się z obiektem) – wynika to z braku separacji indywidualności.

2. Preneurotyczna organizacja ego

Jest to określenie wprowadzone przez Horner dla struktury bardziej dojrzałej niż borderline, a mniej dojrzałej niż neurotyczna. Horner definiuje preneurotyczną strukturę ego jako taką, gdzie osiągnięty poziom separacji-indywiduacji zapewnia powstanie spójnej świadomości zróżnicowanego i w pełni zintegrowanego *self* oraz reprezentacji obiektu, jak również dobre testowanie rzeczywistości oraz zdolność do utrzymywania relacji z obiektem, natomiast bardzo wyraźnie jest osłabiona zdolność do osiągnięcia bezpiecznej stałości obiektu. Dlatego pacjent preneurotyczny jest nadmiernie zależny od innych jako źródła poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości, często jest depresyjny, przeżywa dużo wstydu i poczucia zagrożenia.

Wynika to z tego, że u preneurotyków zakłócenia rozwojowe pojawiają się pod koniec fazy ponownego zbliżenia z powodu silnej ambiwalencji wobec postaci matki.

Wells i Glickauf-Hughes uważają, że niektórzy pacjenci preneurotyczni mają pewne problemy z integracją i niepełną stałością obiektu i *self*. Rozszczepienie u preneurotyka przebiega raczej podłużnie niż poprzecznie. (**Rozszczepienie podłużne** – spostrzeganie wewnętrznej lub zewnętrznej rzeczywistości ulega zaprzeczeniu – np. ktoś może mieć wielkościowe fantazje, którym zaprzecza.

Rozszczepienie poprzeczne – jest ono porównywalne do bariery wyparcia, chroni ono *self* przed świadomością niemożliwych do zaakceptowania potrzeb i dążeń wobec *self* obiektów {Kohut} inna nazwa pionowe i poziome). Raczej dzieje się tak, że ego-dystoniczny aspekt *self* jest odszczepiany od rdzenia *self*, niż tak, że *self* do świadczone jest naprzemiennie jako w pełni dobre lub w pełni złe. Ponadto odzyskanie integracji *self* następuje relatywnie szybko a rozszczepienie zostaje zastąpione przez w silną ambiwalencję. Pacjenci preneurotyczni są gotowi często poświęcić integrację ego-syntonicznych aspektów „ja”, by uzyskać wieść i aprobatę obiektu (przykład P. Marty)

3. Neurotyczna organizacja osobowości

U neurotyka nie jest istotne poczucie braku (deficyty strukturalne), ale zahamowanie i wyparcie nieakceptowanych pragnień i impulsów. Struktura neurotyczna stanowi więc względnie łagodne zaburzenie, które charakteryzuje się niepełnym wglądem w naturę trudności, konfliktami psychicznymi, reakcjami lękowymi i nie powoduje poważniejszego zafalszowania rzeczywistości zewnętrznej.

W odróżnieniu od pacjentów preneurotycznych i borderline pacjenci neurotyczni mają odpowiednio rozwinięte struktury psychiczne (spójność **self**, stałość **self** i obiektu, **ego**, **superego**), jednak z powodu nadmiernego rodzicielskiego tłumienia impulsów i dążeń, neurotyk odczuwa konflikt co do stosowania tych struktur i w efekcie używa ich w zbyt małym lub w zbyt dużym stopniu. Stern uważa, że rozwój struktur psychicznych odbywa się przez całe życie, w związku z tym u pacjentów neurotycznych dochodzi do zakłóceń w ewolucji tych struktur już w trakcie dorosłego życia.

Cele terapeutyczne w przypadku w.w. pacjentów zakładają często pomoc w „zmniejszeniu” superego i zyskaniu wglądu. Terapia skupia się na zlikwidowaniu wyparcia i rozwiązaniu konfliktów wewnętrznych.

STYLE OSOBOWOŚCI

Wells i Glickauf- Hughes wyróżniają cztery style. Style te uzupełniają powyższą klasyfikację o dodatkowe wymiary.

Bezpieczna więź z innymi
Nadmierna lekowość z innymi
Oderwanie wobec innych
Wrogość wobec innych

Środowiskowe źródła tych stylów to odpowiednio

1. Bezpieczna baza, z której można doświadczać świata
2. Niekonsekwentne, ambiwalentne traktowanie (nagradzanie występujące naprzemiennie z nadużyciem lub zaniedbaniem)
3. Brak ciepłych uczuć oraz chroniczne zaniedbanie
4. Trwale nadużywające i sadystyczne traktowanie

STYLE OSOBOWOSCI I ZABURZENIA ROZWOJU EGO I RELACJI Z OBIEKTEM

Doswiadczenie pierwotne	Chroniczne zaniedbanie dziecka lub jego prawdziwego self (warunkowa miłość i akceptacja w celu zaspokojenia potrzeb rodzicielskiego selfobiektu	Niekonsekwentne ambiwalentne traktowanie dziecka zależnie od nastroju i potrzeb rodziców (rodzice w sposób kapryśny i niespójny nagradzają, karzą i odrzucają)
	Zasadniczy styl wiązania się	
Stadium zatrzymania rozwojowego	Samowystarczalność w oderwaniu od innych; skrajna introwersja, wycofanie prawdziwego self od obiektów	Nadmierna więź i zależność od innych; ambiwalentne przywiązanie (acting-out); lekowe przywiązanie (lgnięcie)
1. autystyczne i symbiotyczne (poziom psychotyczny)	Osobowość schizoidalna	
2. separacja-indywiduacja (poziom borderline)	Narcystyczna osobowość preneurotyczna	Osobowość histeroidalna
3. droga do stałości obiektu (poziom preneurotyczny)		Osobowość masochistyczna
4. Stadium edypalne (poziom neurotyczny)	Osobowość obsesyjno-kompulsywna	Osobowość histeryczna

Narcystyczny pacjent borderline byłby tutaj w tej samej kategorii co osobowość schizoidalna, a osobowości antyspołeczne i paranoidalne kwalifikowałyby się do osób agresywno sadystycznych.

ROZRÓŻNIENIE DWÓCH ZABURZEN OSOBOWOSCI BORDERLINE.

Zaburzenie osobowości	Schizoidalne	Histeroidalne/infantylne
Styl poznawczo-emocjonalny	Nadmiernie ceniony intelekt, brak świadomości uczuć	Intelekt często przytłoczony intensywnymi uczuciami, podatny w regresji na przejściowe „burze” uczuciowe
Główne obrony	Emocjonalne oderwanie i izolacja; dysocjacja, unikanie depersonalizacja, derealizacja	Acting-out, rozszczepienie, identyfikacja projekcyjna, projekcja, eksternalizacja, prymitywna idealizacja i dewaluacja
Cele pacjenta	Uznania prawa do istnienia	Uznanie prawa do separacji i indywidualności bez bycia odrzuconym
Zadania i dążenia	Bycie pozostawionym w spokoju (bycie nie naruszonym, nie zmuszanie do zachowań ego-dystonicznych), prawo do tworzenia związku na własnych warunkach	Bycie w symbiotycznym związku z wyidealizowaną osobą, która jest wykorzystywana wyłącznie do natychmiastowego zaspokajania potrzeb
Poziom ego	Utrzymanie organizacji ego wymaga trwania sztywnego systemu obrony, regresje i acting-out rzadkie, ale mogą być ostre, zdolność do zmysłowego testowania rzeczywistości na ogół nie naruszona, rzeczywistość społeczna zniekształcona z powodu życia w świecie obiektów wewnętrznych	Tendencja do przejściowych regresji, niespecyficzna niedojrzałość ego, podstawowe testowanie rzeczywistości nienaruszone, ale poczucie rzeczywistości może być naruszone (derealizacja, depersonalizacja, rozszczepienie)
Poziom superego	Superego złożone z prymitywnych, karzących, odrzucających, sztywnych introjektów, sztywny idiosynkratyczny system wartości, niemodyfikowalne przez obiekty zewnętrzne, ego idealne typu „Jestem kimś wyjątkowym, niepowtarzalnym, autonomicznym”	Superego złożone z prymitywnych introjektów, system wartości zmienny zależnie od aprobaty wybranego obiektu, ego idealne typu „Jestem dobrym chłopcem lub dziewczynką, która może uzyskać opiekę innych osób”
Dominujący mit	Mit samowystarczalności	Mit stopienia się z dobrym obiektem macierzyńskim
Obawy i główny obszar działania obron	Unicestwienie, pochłonięcie, utrata self; „zły obiekt”	Opuszczenie, separacja, utrata dobrego obiektu, do świadczenia przezazającej pustki lub całkowitej izolacji

ROZRÓŻNIENIE DWÓCH TYPÓW ZABURZEN OSOBOWOSCI NA POZIOMIE PRENEUROTYCZNYM

Zaburzenie	Narcyzm	Masochizm
Styl poznawczy	Zniekształca rzeczywistość by utrzymać poczucie własnej wartości	Negatywne zniekształcenie spostrzegania self, pozytywna deformacja obrazu osób znaczących
Główne obrony	Wielkościowość, onnipotencja, idealizacja, dewaluacja, seksualizacja potrzeb bliskości, racjonalizacja, projekcja w lasnych wad	Reakcja uporzowana, introjekcja wad obiektu, zaprzeczenie, idealizacja i dewaluacja, racjonalizacja zachowania obiektu, samoponizanie jako sposób uzyskania miłości
Cel pacjenta	Podziw	Miłość i bezpieczeństwo
Roszczenia i dążenia	Bycie idealizowanym, adorowanym, odzwierciedlanym, współodczuwającym, za bycie doskonałym, unikanie krytyki	Uzyskać miłość i aprobatę od krytycznych, odrzucających obiektów przez oddanie i samoposwiecenie, unikanie leku przed opuszczeniem lub utratą obiektu poprzez uległość
Poziom ego	Lepsza kontrola nad impulsami i frustracja niż u pacjentów borderline; testowanie rzeczywistości pogorszone przez silne zaprzeczanie niedoskonałości self	Dobra kontrola impulsów; trudność ego w modulowaniu surowego superego; testowanie rzeczywistości pogorszone przez negację i racjonalizację negatywnych cech idealizowanego obiektu-źródła bezpieczeństwa oraz introjekcję negatywnych projekcji obiektu
Poziom superego	Zbyt elastyczny system wartości, brak troski o potrzeby innych; nierealistyczny ideał ego, dążenie do spełnienia ideału „jestem ponad wszystkimi”	Nadmiernie ostre, karzące sumienie, nierealistyczny ideał ego, dążenie do spełnienia ideału „Jestem dobry i myślę o tym by dawać”
Główny mit	Samodoskonałość, szukanie dokładnego odzwierciedlenia swojej doskonałości	Mit o sprawiedliwości i odwzajemnieniu, kontrola nad miłością a obiektem
Obawy i główny obszar działania obrony	Obrona przed paranoją, depresją, żalobą, poczuciem winy, wstydem i potrzebą zależności	Obrona przed doświadczeniem utraty obiektu lub miłości obiektu, złością, negatywnym postrzeganiem wyidealizowanych innych osób

DWA TYPY ZABURZEN NA POZIOMIE NEUROTYCZNYM

Zaburzenie	Osobowosc obsesyjno-kompulsywna	Osobowosc histeryczna
Styl poznawczy	Szczegółowy, ruminacyjny, czarno-biale widzenie dychotomii: dobro-zło	Myslenie calosciowe, impresjonistyczne
Główne obrony	Izolacja afektu, intelektualizacja, racjonalizacja, reakcja upozorowana, odczynianie, watpienie	Wyparcie, przemieszczenie, „mgła” poznawcza, zastępowanie afektu, dysocjacja
Cel pacjenta	Zdobycie aprobaty za robienie rzeczy dobrze lub doskonale	Milosc ze strony kazirodczego, nieosiagalnego lub zakazanego obiektu albo zastępczego rodzica
Roszczenia i da zenia	Poczucie uprawnienia do kontroli siebie i obiektów	Uprawnienie do milosci i uwagi ze strony kazirodczego obektu
Poziom ego	Nadmierne „próbowanie” w myslach, tendencja do „przemysliwania” konfliktów	Nadmierne „próbowanie” przez dzialanie, tendencja do odreagowywania konfliktów
Poziom superego	Zintegrowane ale zbyt surowe, o wytrzymalosci wykraczaj acej poza oczekiwania osobistego lub kulturowego otoczenia, lojalnosc wobec introjektu	Duzo bardziej poddajace sie negocjacji; odzwierciedla to, co biezace i na czasie, cele bardziej interpersonalne, nacisk na to, co zapewnia akceptacje, pochwale, milosc, „sluszne” jest to co przyniesie aprobate
Ideal ego	„jestem godny szacunku i taki jak trzeba”	„Jestem atrakcyjny, godny pozadania i milosci”
Dominujacy mit	Kontrola, lepiej miec slusznosc, niz byc lubianym	Biernosc, bezradnosc, lepiej byc lubianym niz kompetentnym
Obawy i główny obszar dzialania obron	Broni sie przed poczuciem braku kontroli, braku racji, pope lnianiem bledów	Broni sie przed kazirodczymi pragnieniami i uczuciami rywalizacyjnymi



(tutaj przypomnieć podstawowe twierdzenia o znaczeniu przeciwprzeniesienia w terapii głębiej zaburzonych pacjentów). Cytat za Mahrer element rozumienia uczuć przeciwprzeniesieniowych jako podłączenie się do pacjenta.

„Podłączenie się pod pacjenta oznacza, że terapeuta umiejscawia się tak, aby słowa pacjenta jakby wchodziły w i przechodziły przez terapeuta. Terapeuta zezwala na istnienie czasowej symbiozy pomiędzy pacjentem a własną osobą... To tak jakby pacjent połączony był z terapeutą mnóstwem przewodów, tak, że cokolwiek zachodzi w pacjencie, zachodzi i w terapii” Jest to dostrojenie podobne jak między matka, a niemowlęciem.

TERAPIA OSOBOWOŚCI SCHIZOIDALNEJ.

Opisowa charakterystyka osoby schizoidalnej:

1. Zaabsorbowanie własnymi wyobrażeniami (skrajna introwertywność)
2. Trudności w autorefleksji
3. Brak związków z innymi lub duży chłód emocjonalny w związkach
4. Wycofanie się i poczucie oderwania od innych (samotność w tłumie)
5. Odlaczenie od własnych potrzeb i uczuć (może to dotyczyć tak podstawowych potrzeb jak jedzenie).
6. Złudzenie samowystarczalności
7. Pozycja schizoidalna (lek przed pozarciem lub byciem pozartym). Pozycja schizoida-**zarówno mój gniew, jak i miłość są złe i zrania obiekt**. Lek przed tym, że gdy się z kimś związa to sami zostaną zniszczeni.
8. Poczucie wyższości związane z samowystarczalnością
9. Wypieranie się gniewu
10. Program wejścia-wyjścia (określenie Guntripa) – gdy osoby schizoidalne są oddzielone od obiektów to czują się odizolowane i zagrożone, a gdy są z nimi połączone czują się polknięte i wyrwują się na wolność.
11. Próba pozostawania niezauważonym
12. Przeceniecie intelektu
13. Niezdolność do ekspresji uczuć
14. Zainteresowania egzystencjalne
15. Oderwanie i relacje jak gdyby (odczucie nierealności, sztuczności świata)
16. Wyjątkowa wrażliwość
17. Wycofanie się z rzeczywistego świata w świat obiektów wewnętrznych lub w świat bez obiektów – tworzą sobie duplikaty obiektów wewnątrz, ale ponieważ te duplikaty też są często złe, to wycofują się nawet z kontaktów z nimi.

Problemy zgłaszane podczas psychoterapii

1. Reakcja na trudną do zniesienia sytuację stresową (wielu pacjentów zgłasza się na terapię dopiero w takiej sytuacji)
2. Samotność
3. Uczucie nadmiernego wycofania się i braku kontaktu ze światem
4. Zaabsorbowanie kwestiami egzystencjalnymi (poczucie bezsensu życia i szukanie w terapii odpowiedzi na to)
5. Wrażliwość na intruzję

Schizoidalne mechanizmy obronne

1. Zaprzeczenie (przede wszystkim własnym potrzebom)
2. Dysocjacja (tzw. „odlatywanie”)
3. Reakcja upozorowana
4. Projekcja – ponieważ nie ma dobrego różnicowania między sobą a innymi, wszelkie ego-dystoniczne elementy mogą być z łatwością projektowane
5. Intelektualizacja – w ten sposób podpierane są obrony bardziej prymitywne
6. Dygresyjność (rodzaj mgły poznawczej)
7. Depersonalizacja i derealizacja – dotyczy nie tylko siebie ale też innych ludzi

Etiologia

Rodzice pacjenta schizoidalnego często sami są schizoidalni. Na ogół nie są okrutni i nadużywający. Są za to obojętni i odlegli. Często –nawet fizycznie- zostawiają swoje dzieci. Inny wariant etiologiczny polega na tym, że rodzice mogą nawet nie być osobami zimnymi i odrzucającymi, ale dziecko może być niechciane i w wyniku tego doświadczać zaniedbania i samotności.

Im dziecko doświadcza bardziej powtarzającego się odrzucenia, tym bardziej obronnie się wycofuje i uczy się nie przeżywać własnych potrzeb. Johnson uważa, że osoby schizoidalne mają głębokie poczucie gniewu i przerażenia związane z doznany odrzuceniem, uczą się jednak tym uczuciom zaprzeczać, gdyż są one nie do zniesienia.

Tak jak osoby zagłodzone chcą pochłaniać pożywienie, a nie są w stanie jeść, tak osoby schizoidalne pragną symbiozy, ale ze złości odmawiają stopienia się.

Innym czynnikiem etiologicznym w wieku dziecięcym jest ostracyzm i odrzucenie w kontaktach z rówieśnikami.

Ma on do pewnego stopnia charakter wtórny do wcześniej wymienionych czynników. Dziecko często identyfikuje się z tym z rodziców, które jest bardziej zaburzone. Dlatego ma mało kompetencji społecznych i w zetknięciu z rówieśnikami doświadczają w sposób nieuchronny odrzucenia, a często upokorzenia.

Zaburzenie rozwoju

Polega ono głównie na niezbudowaniu trwałej więzi symbiotycznej, co powoduje trwałe wycofanie się i oderwanie, aż do stanu niebycia w relacji. Zaburzenie rozwoju prowadzi do dwóch trwałych odczuć: „coś jest ze mną nie w porządku” i „nie mam prawa istnieć”. Życie osoby schizoidalnej zostało zahamowane zanim naprawdę się zaczęło.

Problemy strukturalne

1. Brak spójnego poczucia self
2. Brak stałości obiektu – dlatego w terapii należy koncentrować się na budowaniu struktury.
3. Nierozwinięte funkcje ego – chodzi tu głównie o takie funkcje jak integracja, różnicowanie, tolerancja na frustrację. Wbrew pozorom funkcje te mogą u tych pacjentów być jeszcze bardziej kruche niż u hysteroidalnych

Leczenie pacjenta z osobowością schizoidalną.

Chociaż pacjenci schizoidalni dość często wyglądają na całkiem niezle funkcjonujących (choć wycofanych) to jednak trzeba pamiętać, że tak naprawdę ich zaburzenia są rozwojowo bardzo wczesne i wpływ na całe funkcjonowanie ogromny. Dlatego wszelkie terapie krótkoterminowe nie są raczej skuteczne i trzeba się liczyć z długim okresem leczenia.

W przypadku pacjentów schizoidalnych priorytetowe jest budowanie relacji terapeutycznej (więzi), tak by rozwój strukturalny następował w ramach matrycy relacyjnej. Ważne jest aby zachować równowagę pomiędzy budowaniem więzi i struktury.

Cele interpersonalnej terapii

1. Ustanowienie takiej więzi, od której pacjent może się nieobronnie separować.

Najpierw musi powstać symbiotyczne przywiązanie, żeby potem można go było przepracować. Pacjent musi najpierw poradzić sobie z antylibidinalnym ego, aby uzyskać wiarę, że jego potrzeba pasywnej zależności zostanie zaspokojona.

Pacjent schizoidalny posiada kilka głównych obaw dotyczących self i obiektu. 1/ że obiekt będzie zimny i obojętny 2/ że jego własne potrzeby są godne pogardy 3/ że potrzeby te są szkodliwe i zniszcza obiekt.

Tak więc jednym z pierwszych watków do podjęcia jest to co Erikson nazywał podstawowym zaufaniem, a Bowlby przywiązaniem.

Początkowe przeniesienie na terapeuta będzie często polegało na oczekiwaniu braku zainteresowania, troski ze strony terapeuty i spodziewaniu się odrzucenia. Pacjent w sposób nieswiadomy często komunikuje się z terapeutą w taki sposób, który przyczynia się do braku zainteresowania ze strony terapeuty. Innym przejawem przeniesienia może być powstrzymywanie się przez pacjenta od wyrażania swoich potrzeb i uczuć w relacji z terapeutą w obawie, że uszkodzą czy zniszczą terapeuta.

Pacjenci schizoidalni obawiają się ze strony innych zarówno pochłonięcia, jak i odrzucenia. W wyniku projekcji na terapeuta własnych przytłaczających potrzeb, pacjent nawet zwykle przejawy zainteresowania ze strony terapeuty może przeżywać jako pochłanianie i postrzegać terapeuta jako pochłaniającego. Czyli dzieje się często tak, że pacjent skłania terapeuta do aktywności (np. poprzez niejasną komunikację albo ciszę), a następnie reaguje na aktywność terapeuty jak na intruzję.

Ze strony terapeuty jest tu potrzebna cierpliwość i dostępność emocjonalna.

Terapeuta może też „próbnie” i nieinwazyjnie interpretować podstawowe wzorce problemów interpersonalnych pacjenta. Pomocne jest tutaj też praca w obszarze tego co Fairbairn opisywał jako ego libidinalne i antylibidinalne. Podstawowa kwestia jest tutaj pomoc pacjentom w uświadomieniu konfliktu pomiędzy dwoma procesami zachodzącymi jednocześnie: identyfikacja z odrzucającym obiektem i nienawiścią wobec niego. Zanim powstanie więź z terapeutą i innymi ludźmi, antylibidinalne ego jako czynnik oporu wobec leczenia musi zostać zrozumiane i przepracowane.

Proces tworzenia więzi z terapeutą może trwać lata. Dopiero gdy więź ta zostanie stworzona staje się możliwe stopniowe wyodrebnienie i separacja.

2. Panowanie nad niepokojem pacjenta

Kluczowe w terapii jest chronienie pacjenta przed nadmiarem leku.(Johnson) W rzeczywistości wewnętrznej pacjenta schizoidalnego czuje się on mały i kruchy wobec wielkiego, przytłaczającego i niebezpiecznego świata. Terapeuta pomaga pacjentowi panować nad swoim niepokojem poprzez testowanie z nim wspólnie realnych podstaw niepokoju, uczenie radzenia sobie z realnymi sytuacjami, a przede wszystkim poprzez przyjmowanie uczuć pacjenta w miarę jak są wyrażane.

Cele strukturalne.

Jak już wcześniej zostało powiedziane cele te mogą być realizowane w kontekście relacyjnym dopiero po zbudowaniu związku. Są one następujące:

1. Wytworzenie spójnego, nie opartego na obronach poczucia rdzennego self.

Jeśli terapeuta jest w stanie zrozumieć wewnętrzny świat przeżyć pacjenta, to poprzez dostrojenie się, odzwierciedlanie i empatie dotycząca prawdziwych potrzeb i uczuć pacjenta schizoidalnego może pomóc mu w rozwinięciu spójnego poczucia self. Jest to kluczowe, gdyż pojęcie self u schizoida opiera się na zaprzeczeniu i reakcji pozorowanej, a rzeczywista separacja indywiduacji pacjent zastąpił pozorną obojętnością.

2. Wytworzenie niekompensacyjnych funkcji ego.

Często trzeba pacjentowi pomóc w terapii równolegle do przeżywania potrzeb i uczuć w rozwoju funkcji ego (aby uczucia te go nie przytłoczyły czy nie spowodowały nadmiernej, nie terapeutycznej regresji) takich jak różnicowanie, integrowanie, sprawdzanie rzeczywistości, samoobserwacje, uspokajanie się. Tak więc samoswiadomość i rozwój ego to dwa powiązane ze sobą procesy w terapii osób schizoidalnych. Ważne jest pomaganie pacjentowi w rozwoju ego obserwującego. Tak więc podstawowym celem leczenia jest regresja w służbie ego.

Inne szczegółowe cele w rozwoju funkcji ego to:

- rozwijanie umiejętności znoszenia frustracji
 - umiejętności oceny rzeczywistości
 - to powyższe jest związane z pomaganiem pacjentowi w rozwoju bardziej pozytywnego a jednocześnie realistycznego spojrzenia na siebie.
- Rozwój nowych umiejętności (np. większej spontaniczności) powinien być oparty na docenieniu dotychczasowych mocnych stron pacjenta.

„Schizoidzi to osoby, którym udało się przeżyć w trudnych warunkach, ale nie zdają sobie sprawy, że to minęło, a ich aktualny świat obiektów jest prawdopodobnie miłszy, łagodniejszy i bardziej gratyfikujący”.

Aby powyższe cele możliwe były do osiągnięcia terapeuta powinien zapewnić pacjentowi korekcyjne doświadczenie interpersonalne.

Terapeuta przede wszystkim musi być dla pacjenta dostępny, kontaktowy i spójny – pomaga tworzyć więź, co pomaga pacjentowi uleczyć pierwotne doświadczenie bycia niechcianym. Inaczej niż w przypadku pacjentów hysteroidalnych i historycznych tutaj niezbędne jest aby terapeuta przyjął rolę rodzicielską, w sposób opiekuńczy ale nie intruzyjny. Powinien do pewnego stopnia wspierać nawet więź o charakterze symbiotycznym. W związku z tym terapeuta powinien być zdolny do tolerowania dużego stopnia zależności.

Ważne jest aby terapeuta był w relacji z pacjentem autentyczny i nie odpowiadał na często bezosobową (as if) relację ze strony pacjenta w podobny sposób (co naprawdę nie jest łatwe). Pacjent nie może zrezygnować ze swoich złych obiektów dopóki nie doświadczy terapeuty jako obiektu wystarczająco dobrego.(Guntrip).

Inny aspekt relacji to fakt, że jeśli terapeuta ma do wyboru zachowanie, które pacjent może odebrać jako naruszające, a takim, które odbierze jako opuszczenie, to ta pierwsza możliwość jest najczęściej lepsza. (np. nie należy zbyt łatwo godzić się na przerwanie terapii przez pacjenta).

Terapeuta musi ustanowić bezpieczny związek.

Dla pacjenta schizoidalnego kluczowe jest aby w relacji z terapeutą mógł się on w sposób bezpieczny poddać kontrolowanej regresji i po raz pierwszy w życiu doświadczyć relacji z obiektem opartej na rozumiejącej akceptacji. Z tego punktu widzenia poza tym, żeby terapeuta był dostępny i autentyczny, równie ważne jest aby nie był on natrętny i nadmiernie stymulujący.

W związku z dużym oporem antylibidinalnego ego uczucia i potrzeby związane z osobą terapeuty pojawiają się najczęściej dopiero po długim czasie. Ważne jest aby terapeuta potrafił być cierpliwy i znosić zarówno brak relacji, jak też pojawiająca się później zależność pacjenta.

Bezpieczna regresja i odrodzenie (Guntrip) jest kluczowe, ale nie powinno się wspierać regresji pacjenta przed rozwinięciem funkcji ego pacjenta. Tak więc na początku terapeuta nie powinien wspierać katharsis i dalszej regresji ale pełnić rolę ego pomocniczego, z którym pacjent może się zidentyfikować.

- 24 -

PRZECIWPZENIESIENIE.

Najważniejsze kwestie przeciwprzeniesieniowe, przed którymi staje terapeuta osoby schizoidalnej to:

-lek przed porzuceniem; terapeuci obawiający się porzucenia mogą wspierać

tendencje symbiotyczne pacjenta ale nie potrafią przyzwolic na późniejszą separację. Jeżeli terapeuta miał zimnych, odrzucających rodziców, to trudno mu będzie na chłód pacjenta odpowiedzieć autentycznym a nie udawanym zaangażowaniem.

-**lek przed zależnością.** Terapeuta, który obawia się zależności, boi się sam pochłonięcia w bliskim związku, nie będzie w stanie zapewnić pacjentowi związku typu symbiotycznego

-**Reakcja na program wejście-wyjście.** Terapeuta, którego rodzice byli obiektami pobudzającymi i odrzucającymi, może mieć trudność w tolerowaniu podobnych zachowań u swojego pacjenta.

TERAPIA OSOBOWOŚCI HISTEROIDALNEJ BORDERLINE

Pacjenci histeroidalni mają histeryczny styl osobowościowy i organizację ego na poziomie borderline. W stresie używają prymitywnych mechanizmów obronnych, ale gdy nie są w regresji ich obrony mogą mieć bardziej dojrzały charakter (wyparcie, przemieszczenie). Zachowują kompetencje społeczne w sytuacjach strukturalizowanych, natomiast w sytuacjach nieustrukturalizowanych oraz w bliskich relacjach regresja się do prymitywniejszych zachowań.

Opisowa charakterystyka pacjenta histeroidalnego

1. Karykatura pacjenta histerycznego – skrajności emocjonalne, nieodpowiedzialne, burzliwe relacje miłosne, zaburzona seksualność, uwodzicielskość, roszczeniowość, bardziej prowokacyjne i nieadekwatnie intruzyjne zachowania niż u histeryka z poziomu neurotycznego
2. Ego-syntoniczne, nieadekwatne zachowania prowokacyjne
3. Poszukiwanie idealnego obiektu macierzyńskiego – na skutek nierealistycznego postrzegania innych projektują obraz idealnego obiektu macierzyńskiego na niewłaściwe osoby
4. Agresywny acting out

- 25 -

5. Nieumiarkowane potrzeby i złe wybory obiektów – mała tolerancja na frustrację oraz niezdolność do samokojenia powodują, że pacjenci tacy często dążą do natychmiastowego zaspokojenia potrzeb bez względu na konsekwencje, dokonując często błędnych wyborów co do obiektów mających zaspokoić te potrzeby.
6. Brak zdolności do autentycznej ekspresji self – ekspresja autentycznego self

jest tu bardzo mocno skojarzona z lekiem separacyjnym, poczucie bezpieczeństwa jest nadmiernie zależne od innych, dlatego świadomość posiadania odmiennych opinii od innych wywołuje intensywny lek przed odrzuceniem.

7. Intensywny lek separacyjny
8. Roszczeniowość – im ważniejszy związek tym większa drażliwość i zaborczość, agresywne domaganie się natychmiastowego zaspokojenia potrzeb. To ostatnie wymaganie jest często u tych osób ego-syntoniczne.

Histeroidalne mechanizmy obronne

Podstawowe obronne pragnienie to uniknięcie leku separacyjnego i depresji rozstaniowej poprzez połączenie z w pełni dobrym obiektem przedypalnym.

Każda z poniższych prymitywnych obron wspiera ten główny cel.

1. Globalne rozszczepienie – funkcjonuje jako mechanizm ochronny, który aktywnie rozdziela sprzeczne doświadczenia
2. Prymitywna idealizacja i dewaluacja – ten mechanizm wspiera często rozszczepienie.
3. Identyfikacja projekcyjna – głównie projekcja ego-dystonicznych aspektów self na obiekt i zachowanie w taki sposób, który wzbudza takie doświadczenia w obiekcie.
4. Agresywny acting out
5. Dysocjacja – szczególnie nasilony mechanizm u tych pacjentów histeroidalnych którzy mają historie ciężkich traum

Problemy zgłaszane w terapii

Bardzo wiele zróżnicowanych objawów, a przede wszystkim:

1. Ciężka depresja – często z myślami i tendencjami samobójczymi
2. Problemy katastroficzne – częste i głębokie traumy zarówno z dzieciństwa jak i z dorosłego życia.
3. Ekstremalny acting out następujący po stracie – separacja i strata wywołuje wściekłość i przerażenie (częsta autoagresja)
4. Intensywne uczucia pustki - wynika z odczucia porzucenia przez wewnętrzne obiekty.

- 26 -

5. Niejasne cele – pacjenci ci mają ogromne trudności w sprecyzowaniu celów terapii. Często nie chodzi o zmiany ale o kontakt z obiektem macierzyńskim.
6. Poszukiwanie w pełni dobrej matki.

Etologia

Główne czynniki:

1. Całkowicie niedostrojona do potrzeb dziecka matka, dająca dziecku dość uwagi by stworzyła się w niej, ale jest też bardzo niepewna – symbiotyczny kontakt pacjentów hysteroidalnych z pobudzającym, ale niezaspokajającym obiektem macierzyńskim predysponuje ich do niekonczącej się tęsknoty za wyidealizowaną, w pełni gratyfikującą przedypalną matką. Matki takich osób często są same hysteroidalne lub mają inne problemy psychiatryczne lub ostre konflikty małżeńskie. Matka często używa dziecka jako obiektu przeżywania ze względu na własny brak kojących internalizacji.
2. Wycofywanie się matki na dziecięce próby separacji i indywidualizacji – w tej fazie relacja z matką ma być bezpieczną bazą do separacji. Ponieważ własne potrzeby matki by mieć dziecko jako swój bezpieczny obiekt są konkurencyjne do separacyjnych potrzeb dziecka, matka nieswiadomie odbiera miłość i aprobatę gdy dziecko próbuje się oddzielić. Wspiera w ten sposób regresywne „przyklejanie się” dziecka. Innym czynnikiem może być związek z postacią ojca. Normalna rola ojca jest zachęcanie do niezależności. Ojcowie hysteroidów często nie uczestniczą w wychowaniu dziecka.
3. Macierzyńskie wzmacnianie regresywnego przywiązania dziecka
4. Nieodpowiednie kontenerowanie i ustanawianie granic wobec leku, wściekłości i acting outów dziecka
5. Nadmierna frustracja, ból i porzucenie, które często wiąże się z doświadczeniami traumy – to, że 80% tej patologii charakteru to kobiety może być związane z tym, że ok. 80% ofiar nadużyć wobec dzieci to dziewczynki.

- 27 -

Zaburzenie rozwoju.

Podstawowe występuje w stadium symbiotycznym i separacji-indywidualizacji. Niewystarczające dostrojenie matki w symbiozie powoduje, że w niej z obiektem macierzyńskim jest u hysteroida niepewna. W fazie separacji-indywidualizacji nie jest rozwiązana ambiwalencja pomiędzy lgnieniem a niezależnością. To wyjaśnia podstawową dla tych pacjentów cechę polegającą na wahaniu między idealizowanym przylgnieniem a dewaluującą wściekłością, gdy natarczywie dąży do symbiotycznego połączenia.

Problemy strukturalne

1. **Rozszczepienie ego** – hysteroidalna **rozszczepiona struktura ego** składa się z **ego związanego z rzeczywistością** (funkcjonującego zgodnie z zasadą realności) i z **ego patologicznego** (funkcjonującego zgodnie z zasadą przyjemności). (Masterson) Rozszczepienie ego wyjaśnia dlaczego hysteroidzi nie funkcjonują zawsze na poziomie borderline (kiedy ich zachowaniami kieruje ego związane z rzeczywistością, nie są one różne od zachowań z poziomu neurotycznego). Są jednak bardziej podatni na stres (szczególnie lek separacyjny) który powoduje regresję do ego patologicznego. W regresji hysteroidzi – w przeciwieństwie do neurotyków traci kontakt z realnością i są przede wszystkim motywowani pragnieniem zredukowania wewnętrznego napięcia.
2. **Rozszczepione relacje z obiektem** – składające się z w pełni dobrej jednostki selfobiektywnej i z w pełni złej. Obronne rozszczepienie broni przede wszystkim przed depresją opuszczeniową i przyjmuje formę z jednej strony przyłgnięcia do dobrego self obiektu a z drugiej wrogości wobec złego.
3. **Brak stałości ego** – ponieważ stałość obiektu nie została osiągnięta nie ma podstawowo pozytywnej emocjonalnej pamięci obiektu, gdy obiekt jest nieobecny czy w inny sposób frustrujący, stąd hysteroidowi bardzo trudno jest być samemu.
4. **Rozproszenie tożsamości**
5. **Tendencja do pierwotnego procesu myślenia i podatność na krótkotrwałe epizody psychotyczne** – u osób które doświadczyły traum epizody te odpowiadają intruzyjnym wspomnieniom zmysłowym i uczuciowym, które nie zostały uporządkowane w indywidualne osobiste opowiadanie.

- 28 -

6. **Słaba ocena społecznej rzeczywistości** – wynika ona z trudności odróżnienia self od nie self oraz z charakteru mechanizmów obronnych i dużej roli procesu pierwotnego. Celem obron hysteroidalnych było zapewnienie ochrony przed zbyt bolesną dla dziecka rzeczywistością. Niestety ochrona self osiągnięta jest za cenę utraty czy zniekształcenia ważnych informacji o sobie i świecie
7. **Słabości ego** – słaba tolerancja na frustrację, brak kontroli impulsów i ubogo rozwinięte kanały sublimacyjne. Słabo rozwinięte ego obserwujące.

Pozycja interpersonalna

Histeroidalny styl wiązania wyraża się głównie w kategoriach niepokoju i ambiwalencji, a pozycja interpersonalna jest głównie wrogo-zależna (ssanie i gryzienie).

Leczenie pacjenta z osobowością histeroidalną border line

Terapia tych pacjentów składa się z dwóch faz:

1. Pracy z problemami preedypalnymi, jak ustabilizowanie self i stałość obiektu. W obszarze interpersonalnym rozwój przymierza terapeutycznego a w strukturalnym rozwój stałości obiektu.
2. Pracy z historycznymi mechanizmami obronnymi i przeniesieniami wyższego rzędu. Wyidealizowany obraz terapeuty może być stopniowo urealniany poprzez optymalną frustrację. Ważne jest wspieranie wysiłków indywiduacyjnych.

Cele interpersonalne

1. Kształtowanie przymierza terapeutycznego – ważne wszędzie ale tutaj szczególnie. Pacjenci ci mają szczególną trudność w budowaniu przymierza ze względu na słabość ego, prymitywne obrony oraz brak podstawowego zaufania. W budowaniu przymierza ze strony terapeuty ważne jest utrzymywanie właściwych granic, kontenerowanie emocji, nie branie odwetu na pacjencie, pomoc w indywiduacji. Jeśli nie udało się nawiązać przymierza z prawdziwym self pacjenta następuje tylko tzw. poprawa w przeniesieniu – pacjent zmienia się po to by zadowolic terapeute. Autodestrukcja, acting out, burze uczuciowe mogą być ograniczone a przymierze terapeutyczne wzmocnione gdy:
 - niezwłocznie interpretuje się złość, nienawiść i destrukcyjność

- 28 -

- skupia się na przepracowaniu prymitywnych mechanizmów obronnych a respektuje potrzeby utrzymania obron wyższego rzędu
- pomaga się budować stałość obiektu i ego obserwujące a unika regresu i odsłaniania
- powstrzymuje od konfrontacji gdy w bardziej stresujących momentach w życiu pacjenta
- unika nadmiernego stymulowania wściekłości pacjenta i pragnień bliskości.

2. Wspieranie separacji

Najważniejsze jest tu tworzenie przez terapeute bezpiecznej bazy, z której

pacjent bada świat. Trzeba wspierać pacjenta jeśli próbuje coś zrobić po swojemu. Trzeba doceniać autonomiczne osiągnięcia i jednocześnie etatyzować z lekiem separacyjnym.

3. Wspieranie indywiduacji

Chodzi tu głównie o pomoc w stanowieniu granic, wspieranie autentycznej ekspresji self i poszukiwania wewnętrznie gratyfikujących aktywności. Ważne jest aby terapeuta był zainteresowany i rozumiał szczególny punkt widzenia pacjenta (nawet jeśli go nie podziela). Bardzo ważne jest równoważenie potrzeby wsparcia i autonomii.

Cele strukturalne

1. **Rozwój spójnego poczucia self** – terapeuta wspiera ten rozwój poprzez wypełnienie brakujących w dzieciństwie funkcji rodzicielskich. Powinien być dostrojony i odzwierciedlać niewerbalną ekspresję uczuć i potrzeb, nie narzucać się pacjentowi gdy ten go nie potrzebuje i wspierać wysiłki indywiduacyjne (np. mówienie terapeutę „nie”, odróżnianie się od niego).

2. **Analizowanie rozszczepienia** – aby to zrobić terapeuta musi:

- pomieścić w sobie wściekłość pacjenta
- obserwować kiedy pacjent stosuje rozszczepienie
- podkreślać pomieszanie wynikające z rozbieżności i skrajności poglądów pacjenta
- zachęcać pacjenta do mówienia o tym jak rozumie te rozbieżności i skrajności a szczególnie w przeniesieniu na terapeuta

Dzięki odzwierciedlającej funkcji terapeuty, jego empatycznej tolerancji oraz nie nadmiernemu reagowaniu pacjent może rozwijać zdolność do integrowania uczuć.

Integracyjne interwencje terapeuty zmierzają do modelowania i wzmocnienia rozwoju obserwującej i syntetyzującej funkcji ego.

- 29 -

Gdy rozszczepienie jest przepracowane pacjenci zaczynają przejawiać 1/ realistyczną ambiwalencję wobec obiektu 2/ uznanie innych ludzi za oddzielne, pełne obiekty, mające własne potrzeby 3/ bardziej zintegrowane, a zatem także łagodniejsze funkcje superego 4/ poczucie adekwatnej winy wobec innych

4. **Analiza identyfikacji projekcyjnych** – pacjenci ci często używają tej obrony. Ich nieswiadomym życzeniem jest by terapeuta we właściwy sposób poradził sobie z wyprojektowanym przeżyciem i dostarczył pacjentowi nowego modelu do identyfikacji.

5. **Analiza agresywnego acting-out** – techniki stosowane w tej kwestii to 1/ rozwijanie tolerancji na frustrację 2/ ustalanie stałości obiektu. 3/ rozwijanie obserwujących funkcji ego 4/ empatyczne, ale stanowcze stawianie włą

sciowych granic. W tej ostatniej kwestii ważne jest aby pacjent widział, że terapeuta może się ochronić bez mszczenia się na pacjencie. Szczególnie trudna i ważna jest tutaj praca z zachowaniami autodestrukcyjnymi.

Nasilenie tych zachowań jest często bardzo ważną informacją dla terapeuty o tym czy np. należy zwolnić tempo terapii, albo o tym że należy zastosować leki lub wprowadzić kontakty telefoniczne (oczywiście w ramach jakiejś struktury). Często ważne jest przypominanie pacjentowi o zbliżającym się końcu sesji (ale konczenie o czasie. Czasem warto wprowadzić jakieś pocieszające rytuały. Stopniowo terapeuta powinien pomagać pacjentowi zrozumieć znaczenie i funkcje tych zachowań. Zachowania autodestrukcyjne muszą być zastąpione zachowaniami bardziej konstruktywnymi, uwzględniającymi potrzeby: 1/ ulżenia w nieznosnych stanach bólu czy napięcia 2/ zmniejszenia nadmiernego pobudzenia 3/ większej świadomości procesów dysocjacyjnych 4/ poczucia większej samokontroli 5/ odtworzenia pierwotnej traumy 6/ odzyskania spójności self w obliczu zalewającego leku 7/ identyfikacji z agresorem (zastąpienia strachu i bezradności poczuciem kontroli) 8/ przezwycięzenia leku separacyjnego poprzez powtórne przeżycie bólu związanego z opieką rodzicielską i przeżycie związanej z tym straty.

6. **Rozwijanie stałości obiektu** – jest to najważniejszy cel leczenia tych pacjentów. Chodzi oczywiście o taką relację terapeutyczną, która pomoże w osiągnięciu go. Pacjent stopniowo internalizuje (poprzez introjekcje i selektywną identyfikację) właściwe macierzyńskie funkcje terapeuty: uznania, pomieszczania, utwierdzania, uspokajania, empatii i stawiania granic. Bardzo ważne jest tu również właściwe wsparcie separacji i indywidualizacji. Terapeuta pomaga pacjentom histerycznym w osiągnięciu tego celu poprzez :

- 30 -

1/ pomaganie pacjentowi w osiągnięciu raczej pozytywnej więzi z terapeutą

a - w pierwszej fazie terapii najważniejsze jest aby wytworzyć bezpieczną relację z pacjentem poprzez: 1) spójność i niezawodność (punktualność, przestrzeganie wszystkich terminów, oddzwanianie) 2) bycie dostatecznie dostrojonym i wrażliwym na uczucia i potrzeby pacjenta 3) radzenie sobie z negatywnymi uczuciami pacjenta (pomieszczanie ale też stawianie granic) 4) akceptację autentycznego self pacjenta, w tym zgodę na bycie początkowo używanym jako obiektu gratyfikującego potrzeby 5) empatyzowanie z nierealistycznymi i nieadekwatnymi potrzebami jednak bez ich bezpośredniej gratyfikacji 6) powstrzymanie się od odwetu 7) ustalenie dobrych granic dla ochrony pacjenta, terapeuty i terapeutycznej relacji 8) służenie jako pomocnicze ego pacjenta, kiedy nie może on sobie tego zapewnić w inny sposób 9) empatyczne przekazywanie interpretacji mających na celu poszerzenie wiedzy pacjenta o sobie i innych 10) łagodzenie przeżywanego

przez pacjenta doświadczeń opuszczenia, przerazającej samotności i Ew. dekompensacji.

W pomaganiu pacjentowi osiągnięciu pozytywnej więzi z terapeutą bardzo ważne jest aktywne zajęcie się oporem przed użyciem terapeuty jako self-objektu.

Typowe opory histeroidów to: 1/ Podstawowy brak zaufania do innych 2/ intensywna nienawiść do siebie powodująca, że czują się niegodni 3/ Intensywny wstyd związany z tym, co przeżywają jako wewnętrzna niegodziwość 4/ strach przed porzuceniem 5/ strach przed intruzją 6/ rozczarowanie spowodowane realnością separacji i koniecznością zrezygnowania z iluzji złączenia się 7/ obrony polegające na naprzemiennym dystansowaniu się i lgnieciu

2/ Wspieranie pamięci odtwórczej – chodzi o zdolność do pamiętania pozytywnych doświadczeń z innymi. Sprzyja temu 1) optymalna liczba spotkań w tygodniu aby umożliwić modulowanie leku separacyjnego i internalizację funkcji terapeuty 2) w czasie kryzysów proponowanie dodatkowych spotkań lub kontaktów telefonicznych (i jednocześnie przeciwdziałanie nadużywaniu tego) 3) użycie obiektów przejściowych 4) kiedy to właściwe bezpośrednie dopowiadanie na pytania pacjenta (np. o to gdzie terapeuta jedzie na urlop) 5) zalecanie pisania dziennika gdy terapeuta jest niedostępny w tym również w celu zinternalizowania dialogu z terapeutą 6) praca wizualizacyjna, wyobrazeniowa aby pacjent mógł rozwijać wewnętrzne wyobrażenia bezpiecznych miejsc i relacji

3/ Analizowanie pierwotnych mechanizmów obronnych

- 31 -

7. **Wzrost tolerancji na frustracje i lek oraz spadek impulsywności** – cel ten można osiągać m.in. poprzez: 1/ tworzenie optymalnej frustracji poprzez ilość kontaktów 2/ zachęcanie pacjenta aby szukał uspokojenia i pomocy w kontaktach z ludźmi (np. przyjacielem) 3/ zachęcanie do zapisywania myśli i uczuć przed podjęciem działania 4/ uczenie pacjenta technik samouspokojenia 5/ uczenie czego można realistycznie oczekiwać od siebie i innych 6/ uczenie uświadamiania sobie przeżywania frustracji i kontrolowania zachowania zanim uczucia go zaleją.
8. **Wzrastające funkcje ego obserwującego** – do technik służących temu celowi należy: 1/ **Klaryfikacja po katharsis** – Nicholas i Kolb uważają, że „katharsis powiązana z klaryfikacją pociąga za sobą nie utratę kontroli ale celowa i czasowa rezygnacja z niej 2/ **Funkcja ego pomocniczego** – można to opisać jako przejęcie obowiązków ego, gdy dziecko albo ktoś w regresji nie jest zdolny do ochrony siebie 3/ **użycie technik dystansujących**.
9. **Ułatwianie rozwoju funkcji testowania rzeczywistości** – jeden ze

sposobów to konfrontowanie pacjenta z realnymi skutkami niebezpiecznych zachowań. Inny to potwierdzanie spostrzeżeń pacjenta, które terapeuta uważa za prawdziwe i omawianie realistycznych aspektów sytuacji. Właściwe jest aby najpierw była empatyczna reakcja ze strony terapeuty a dopiero potem konfrontacja. Inną drogą do osiągnięcia tego celu jest przepracowanie przeniesienia. Ponieważ histeroid podobnie jak histeryk prezentuje całociowy, impresyjny styl poznawczy należy pomagać tym pacjentom w dostrzeganiu faktów w ramach emocjonalnie naładowanych sytuacji.

10. **Analizowanie wcześniejszych traum** – tutaj najważniejsza zasada dotyczy unikania odsłaniania traumatycznych wspomnień i katharsis, zanim nie zostanie ustanowione przymierze terapeutyczne i stałość obiektu. Jeśli dzieje się inaczej to może dochodzić do zbyt nieterapeutycznych regresji i dekompensacji. Naprawianie strukturalnych deficytów u pacjentów histeroidalnych z doświadczeniem nadużycia ma pierwszeństwo przed katartycznym przepracowaniem tych doświadczeń.

- 32 -

11. **Analizowanie histerycznych cech charakteru u pacjentów histeroidalnych** – powinno to się dziać dopiero w drugiej fazie terapii. Należy wtedy też pracować nad analizą histerycznego charakteru i obron oraz nad złagodzeniem surowego superego. Szczególnie należy pomagać w osiągnięciu wglądu w : 1/ użycie poznawczej mgły 2/ używanie seksualnej prowokacyjności jako środka do uzyskiwania poczucia siły, uwagi otoczenia i poczucia bycia pożądanym (bardziej niż dla prawdziwej seksualności) 3/ używanie ostrych acting outów do przyciągania uwagi 4/ wtórne korzyści bycia bezradnym

K O R E K T Y W N E D O S W I A D C Z E N I E I N T E R P E R S O N A L N E

Sam pacjent często uważa, że doświadczenia korekcyjne zakłada gratyfikację jego pierwotnych potrzeb związanych z w pełni dobrą przedypalną matką. Nawet jeśli takie są pragnienia pacjenta, to w terapii to doświadczenia powinny mieć charakter pomocy w stawianiu się odrębną osobą. W przeciwieństwie do pierwotnych obiektów terapeuta nie używa pacjenta do zaspokajania swoich symbiotycznych

potrzeb, nie lekcewazy autonomicznych dazen pacjenta tylko je wspiera, dajac mu empatie, przewodnictwo i wsparcie w trudnym procesie separacji-indywiduacji.

PRZECIWPRZENIESIENIE

Sa to na ogól reakcje na tak charakterystyczne dla takich pacjentów:

1/ intensywne i czeste uzycie rozzszczepienia i identyfikacji projekcyjnej – terapeutci moga reagowac na wrogosci pacjenta i bycie traktowanym jak zly obiekt subtelnym obwinianiem pacjenta, internalizacja wrogich uczuc, rozwijaniem przeciwprzeniesieniowej nienawisci. Czesto moga sie obwiniac i przypisywac sobie zachowania pacjenta.

2/ nieumiarkowane zadania – terapeuta moze przezywac awersje lub wstret (kiedy aktywowane jest antylibidinalne ego terapeuty), uczucie pochloniecia (szczególnie jesli terapeuta ma również subiektywne przeciwprzeniesienie), poczucie winy, wscieklosc z powodu bycia szantazowanym

3/ lekcewazenie i pomijanie granic terapeuty – czesto po poczatkowej nadmiernej elastycznosci (daniu wejścia sobie na glowe) terapeuta jest mocno sfrustrowany i zaczyna stawiac granice w sposób szorstki, ostry i sztywny.

- 33 -

TERAPIA OSOBOWOSCI NARCYSTYCZNEJ

Wbrew potocznemu rozumieniu narcyzm nie polega na nadmiarze milosci do self. W rzeczywistosci narcyzm wiaze sie z nadmiarem nienawisci do prawdziwego self i zaabsorbowaniem opinia innych. Falszywe, kompensacyjne self osoby narcystycznej jest wielkosciowe, oparte na poczuciu, ze wszystko mu sie nalezy oraz omnipotentne. Osoby takie koncentruja sie na osiagnieciach, czesto mysla, ze moga osiagnac wszystko, jak dziecko w fazie praktykowania sadza, ze swiat do nich nalezy.

Opisowa charakterystyka osoby narcystycznej.

1. **Perfekcjonizm** – substytutem milosci jest tu dazenie do wyjatkowych osiagniec aby zdobyc podziw, szacunek. Osoby narcystyczne uwazaja, ze nie beda podziwiane jesli nie beda doskonale.
2. **Wrazliwosc na zlekcewazenie** – wiaze sie to z nadwrazliwym reagowaniem na krytyke.
3. **Poczucie, ze wszystko sie nalezy** – moze sie to wyrazac w przekonaniu,

- ze powinno się osiągnąć swoje cele i fantazje bez większego wysiłku
4. **Ukryte uczucie wstydu** – dotyczy ono prawdziwego self. Pod duma i arogancją, wściekłością kryje się wstyd. Głównymi obronami przed tymi trudnymi uczuciami są mechanizmy kompensacyjne oraz różne zastępcze afekty (np. pogarda)
 5. **Zachowania manipulacyjne i wykorzystujące** – wiąże się to z traktowaniem innych jako self-obiektów, jako źródła funkcji idealizujących czy odzwierciedlających
 6. **Zaabsorbowanie sobą** – dotyczy to szczególnie pacjentów typu progresywnego (ekshibicjonistycznego). Są oni bardzo zajęci sobą, wiele czasu spędzają na myśleniu o swoim wyglądzie, zdrowiu, osiągnięciach itp.
 7. **Nadmierna potrzeba uwagi i podziwu ze strony innych** – w myśl zasady, że lepiej jest dobrze wyglądać niż dobrze się czuć.
 8. **Uczucie pustki**
 9. **Wstyd i wściekłość w przypadku braku empatii otoczenia i potwierdzenia prawdziwego self** – mimo pochłonięcia zdobywaniem podziwu dla fałszywego self, na głębszym poziomie osoby narcystyczne poszukują uznania i potwierdzenia ze strony otoczenia dla swojego prawdziwego self. Tak naprawdę potrzebują miłości i akceptacji. Właśnie rozwijanie prawdziwego self zamiast podpierania wielkościowego jest najważniejszym celem terapii.

- 34 -

DWA PODTYPY (STYLE) NARCYSTYCZNE

1. **Progresywna/ekshibicjonistyczna osoba narcystyczna**
Odpowiada popularnemu wyobrażeniu narcyzmu. Jest wielkościowa, skupiona na sobie, poszukuje relacji z tymi którzy darzyliby ją podziwem i aprobatą. Stara się być idealnym self obiektem. Gdy zewnętrzne obiekty przestają dostarczać narcystycznej gratyfikacji pacjent narcystyczny dewaluje je i szuka nowej publiczności.
2. **Regresywna/ zamknięta osoba narcystyczna**
Strukturalne i rozwojowe problemy są tu takie same jak wyżej, ale tacy pacjenci różnią się nieco etiologią, prezentacją self i stylem interpersonalnym. Byli oni używani przez rodziców, wzmacniani i warunkowo kochani za wypełnianie funkcji obiektu self (sytuacja typu, że dzieci są dla rodziców). Osoby takie próbują zdobyć poczucie wartości i zaspokoić swoje wielkościowe potrzeby poprzez poszukiwanie wyidealizowanego obiektu do identyfikacji. Osoba taka nie prezentuje się jako jawnie wielkościowa. Potrafi zachowywać się w sposób czarujący, silnie dostosowany do niewyrażonych potrzeb innych. Empatia może u nich być dziedziną sztuki. Czyli osoba taka dostarcza gratyfikacji innym, często

wzmacniając poczucie wartości u innych.

NARCYZM PRENEUROTYCZNY A NARCYZM BORDERLINE

To rozróżnienie związane jest z poziomem rozwoju ego i relacjami z obiektem. (Kernberg prawdopodobnie leczył pacjentów narcystycznych borderline a Kohut preneurotycznych). To rozróżnienie jest niezależne od stylów narcystycznych.

Preneurotyczni pacjenci narcystyczni mają wyższy poziom rozwoju ego i relacji z obiektem, osiągnęli oni pierwotną separację self od obiektu, dlatego łatwiej jest im identyfikować się ze swym prawdziwym self. Dostosowują się tak bardzo do innych jedynie dlatego, że uważają to za warunek konieczny uzyskania miłości obiektu. Ponadto osiągnęli dostatecznie spójne poczucie self aby lepiej sobie radzić w pracy czy na studiach. Większej sile ego towarzyszy lepszy kontakt z rzeczywistością. Wprawdzie ich ego obserwujące jest dość kruche ale działa. Częściej używają idealizacji i dewaluacji niż prymitywnych obron (np. rozszczepienia), nierzadko używają wyższych obron jak intelektualizacji i sublimacji, a nawet jeśli stosują identyfikację projekcyjną to w sposób mniej zniekształcający.

- 35 -

Podstawowa różnica w podejściu terapeutycznym wobec tych dwóch grup pacjentów polega na tym, że pacjent narcystyczny borderline potrzebuje więcej konfrontacji – szczególnie dotyczącej rozszczepienia- jako wstępnego warunku do budowania stałości obiektu a preneurotyczny empatii związanej ze swoimi bolesnymi zranieniami, szczególnie wtedy gdy znajdują się w regresji.

OBRONY NARCYSTYCZNE

1. **Wielkościowość** – wg. Kernberga wielkościowe self jest obronnym łączeniem idealnego self pacjenta, idealnego obiektu projektowanego przez pacjenta na rodzica i realnych talentów pacjenta. Funkcja tej obrony jest 1/ pozwalanie pacjentowi na powtarzanie cyklu podziwiania siebie i pogardliwej dewaluacji innych 2/ ochrona przed depresją. Najważniejsza jest tu obrona przed poczuciem zależności od innych. (w rzeczywistości są bardzo zależni od pełnienia przez innych funkcji self obiektu.)
2. **Idealizacja** – ta obrona wynika z zaburzenia wczesnej fazy rozwojowej nazywanej przez Kohuta przeniesieniem idealizującym, w

której dziecko próbuje uzyskać poczucie mocy i wartości poprzez idealizację obiektów i identyfikację z nimi.

3. **Dewaluacja** – ochrona kruchej poczucia własnej wartości poprzez eksternalizację złych uczuć związanych z self.
4. **Projekcja** – podobnie jak dewaluacja, ale tutaj dotyczy to konkretnego, niezgodnego z ego aspektu self.
5. **Identyfikacja projekcyjna** – projekcja jest wzmacniana tym, że pacjent zachowuje się wobec obiektu tak, by wzbudzić w nim niezgodne z ego aspekty własnego doświadczenia (np. depresję, strach, poczucie winy czy wstyd)
6. **Reakcja upozorowana** – np. zachowywanie się skrajnie samowystarczalnie jako obrona przed zależnością
7. **Racjonalizacja** – często dotyczy własnych porażek
8. **Somatyzacja** – społecznie akceptowany sposób na zaspokajanie potrzeb zależnościowych. Chessick uważa, że choroba wiecowa oraz zab. odżywiania są szczególnie często skojarzone z narcyzmem.
9. **Zaprzeczenie** – chodzi głównie o zaprzeczanie faktom i informacjom zwrotnym od innych, które są sprzeczne z własnymi ambicjami.

- 36 -

PROBLEMY ZGLASZANE W TERAPII

1. **Reakcje na porażkę** – dopóki działa kompensacyjna, wielkościowa struktura self osoba narcystyczna na ogół nie zgłasza się na terapię. Natomiast w wyniku porażki dojmujące uczucie bezwartościowości, wstydu, pogardy do siebie powoduje poszukiwanie pomocy.
2. **Depresja** – wiąże się często z narcystycznym zranieniem, świadomością pustki.
3. **Skargi psychosomatyczne** – często o charakterze hipochondrycznym
4. **Nieuchronna konfrontacja wielkościowego self pacjenta przez życie** – np. starzenie się
5. **Uświadomienie sobie braku wewnętrznych gratyfikacji w życiu.**

ETIOLOGIA

Nieprawidłowe postępowanie rodziców dotyczy głównie podfazy ponownego zblizania w trakcie separacji-indywiduacji. Rodzice tych osób odrzucają te aspekty self dziecka, które nie spełniają ich narcystycznych potrzeb. Dziecko jest używane aby odzwierciedlać, rozumieć i podziwiać rodzica albo być wyprojektowanym ideałem rodzica. Nie dostaje w ten sposób akceptacji dla swojego prawdziwego self. Korzenie narcyzmu mogą dotyczyć już fazy **symbiozy**. Rodzice narcystycznie

preneurotycznej osoby mogą niedostatecznie dostrajać się, kochać, empatyzować a przypadku narcystycznych pacjentów borderline w ogóle nie pełnią tych funkcji. Również ingerowanie matki w sytuacji gdy dziecko jest zaspokojone może tworzyć początki rozwoju fałszywego self. Czyli gdy rodzice są niedostrojeni i intruzyjni dziecko rozwija kompensacyjne, fałszywe self. Ono zaczyna zaspokajać potrzeby rodziców a nie odwrotnie.

Główne trudności zaczynają się jednak w **fazie ponownego zbliżenia** (15-24 miesięcy, po praktykowaniu), w której dziecko po onnipotentnym zachłysnięciu się swoimi możliwościami wraca do matki po bezpieczeństwo. Właśnie tu konflikt pomiędzy zależnością a niezależnością dziecka osiąga swoje apogeum. W obszarze tego konfliktu dokonuje się zróżnicowanie osoby narcystycznej borderline od preneurotycznej. Podobnie jak osoba histeryoidalna pacjent narcystyczny borderline wracając do matki po bezpieczeństwo zostawał odrzucony. Natomiast pacjent narcystyczny preneurotyczny wprowadzić nie jest tu odpowiednio „emocjonalnie zasilany” przez matkę, ale nie jest przez nią odrzucany ze złości.

- 37 -

Przebieg

tej fazy decyduje również o rozwoju w stronę dwóch stylów narcystycznych. Dzieci rodziców wymagających aby były idealnymi obiektami rozwijają progresywny styl narcystyczny (wielkociowość) – poprzez identyfikację z idealizującymi projekcjami rodziców, a dzieci rodziców wymagających by były odzwierciedlającymi obiektami self rozwijają regresywny styl narcystyczny.

W fazie ponownego zbliżenia dzieci potrzebują też takiej roli ojca która pomoże wprowadzić dziecko w szerszy świat. Ojciec może dziecku pomóc poprzez właściwe pełnienie roli self obiektu, jest to druga szansa (poprzez identyfikację z ojcem jako idealizowanym, regulującym napięcie obiektem) na rozwinięcie zdrowego narcyzmu i konsolidację self.

Natomiast, jeśli zaden z rodziców nie jest z powodu braku odzwierciedlenia odpowiednim idealnym obiektem do identyfikacji, to rany narcystyczne dziecka pogłębiają się.

ZABURZENIE ROZWOJU

W wyniku niedostatecznego dostrojenia osoby narcystyczne uczą się tłumić swoje potrzeby i przedwcześnie dostrajać się do potrzeb innych. Nigdy nie czują się w pełni zauważane i nie mają jasności co jest ich prawdziwym self a co fałszywym, nie umieją oddzielić się od oczekiwań innych. Ponadto ich poczucie self nie jest dostatecznie wzmocnione w fazie ponownego zbliżenia poprzez identyfikację z idealnym obiektem (preneurotyczni w większym stopniu – chociaż by poprzez książkę).

zki, postaci z filmów itp.). Gdy rodzice są zawistni to sukcesy ich dzieci nie spotykają się z ich odpowiednim uznaniem, a gdy dzieci mają być idealnymi self obiektami to ich porażki są nie rozumiane.

Mozna więc powiedzieć, że osoby narcystyczne to wykorzystane dzieci, które rodzice traktują jako przedłużenie siebie.

Główne zaburzenie rozwojowe preneurotycznej osoby narcystycznej dotyczy indywiduacji. Osoby narcystyczne są stale rozdarte pomiędzy pragnieniem zadowalania innych i zdobywania ich podziwu, a poczuciem bycia naruszonym lub pochłanianym.

PROBLEMY STRUKTURALNE

1. Brak autentycznego w pełni zintegrowanego poczucia self – ponieważ prawdziwe self nie zostało zaakceptowane, osoby narcystyczne nadmiernie polegają na fałszywym self i przeżywają wiele aspektów swego self (tych odrzuconych przez rodziców) jako egodystoniczne – stąd też dużo wstydu.

- 38 -

2. Kompensujące, fałszywe, wielkościowe self – w tym zakresie różnica pomiędzy pacjentem narcystycznym borderline a preneurotycznym polega na tym, ten drugi przeżywa to self jako w pewnym stopniu egodystoniczne. Wg. Kernberga fałszywe self składa się z ideałów ego projektowanych przez rodziców, zniekształconego, wielkościowego self dziecka oraz wybranych zdolności dziecka podziwianych przez osoby znaczące.
3. Nierealistyczny ideał ego – perfekcjonizm ideału ego ma zabezpieczać przed odczuwaniem wstydu, paradoksalnie jednak zwiększa go, gdyż perfekcjonistyczny standard jest nieosiągalny.
4. Niestabilne poczucie własnej wartości – powody dla których poczucie to nie jest rozwijane to: 1/ Brak odpowiednich selfobiektów 2/ warunkowej akceptacji dla uległego fałszywego self 3/ niewydolności rodziców w stopniowym zmniejszaniu dziecięcej wielkościowości 4/ niepowodzenie w uwewnętrznieniu rodzicielskich funkcji odzwierciedlania i idealizowania. Osoba narcystyczna jest zbyt zależna od pozytywnych uczuć i ocen swojej osoby. Z drugiej strony zależność jest egodystoniczna – stąd znowu wstyd.

POZYCJA INTERPERSONALNA

Jest to w swojej istocie pozycja pseudoniezależna. Nawet osoby narcystyczne o stylu regresywnym stwarzają wrażenie bardzo uwrażliwionych na innych, zachowują się tak jakby niewiele od innych potrzebowały. Traktują często innych nie jak odrębne osoby ale jak częściowe selfobiekty. Skłonność do manipulowania innymi wynika z egodystonicznej zależności. Naprzemienne tendencje do

idealizowania i dewaluowania innych wynikają z prób naprawy poczucia własnej wartości.

Autoprezentacja u narcystyka progresywnego polega na pewności siebie, zaabsorbowaniu sobą, natomiast regresywnego na większej uległości i cieple, ale wynika to z fałszywego self i ma na celu uwiedzenie obiektu.

- 39 -

LECZENIE PACJENTA Z OSOBOWOŚCIĄ NARCYSTYCZNĄ

Najbardziej pomocne w przypadku osób preneurotycznych będą koncepcje Kohuta i Winnicotta. Leczenie koncentruje się na rekonstrukcji self. Winnicott przywiązuje największą wagę do rozwoju poprzez relacje terapeutyczne funkcji macierzyńskich nieobecnych w rozwoju (dostrojenie, optymalna frustracja, nie narzucanie siebie). Kohut uważa, że najskuteczniejsze jest dostarczanie pacjentowi doświadczeń selfobiektowych, których brakowało w dzieciństwie. Terapeuta powinien też pozwolić na pewną idealizację – aby być nowym obiektem identyfikacji. Cele strukturalne w terapii tych pacjentów mają priorytet przed interpersonalnymi.

CELE STRUKTURALNE.

1. Ułatwianie rozwoju trwałego, zintegrowanego i autentycznego poczucia self – pierwszym działaniem jakie może podjąć terapeuta by zachęcać do wyrażania prawdziwego self jest dostrojenie się do prawdziwych uczuć i potrzeb pacjenta – prawdziwych to znaczy często tych, które ukrywa przed samym sobą. Chodzi o czytanie ze wskazówek niewerbalnych i z tego wszystkiego co wiąże się z ujawnianiem tego co pod powierzchnią czy fasadą. Wtedy gdy fałszywe self jest szczególnie rozwinięte należy z nim pracować tak jak z każdą obroną, czyli najpierw zająć się nią (oporem płynącym z fałszywego self). Często wskazówką dla terapeuty mogą też być uczucia przeciwprzeniesieniowe wynikające z używania przez pacjenta identyfikacji projekcyjnej. Bardzo ważna jest pomoc pacjentowi w osiągnięciu wglądu w charakter wstydu, który przeżywa. Tak więc ważną częścią procesu integracji

self jest konfrontacja i empatia wobec wstydu, jaki w pacjencie wzbudza jego prawdziwe potrzeby i uczucia. Kiedy pacjent zaczyna spontanicznie mówić o uczuciach egodystonicznych powinno to być zrozumiane, odzwierciedlone i zaakceptowane przez terapeute.

2. **Wspieranie indywiduacji** – pierwszy krok dotyczy tu pomocy pacjentowi w odróżnianiu siebie od idealizowanych selfobiektów, chodzi tu o podkreślanie różnic pomiędzy pacjentem a innymi ludźmi (z terapeuta włącznie). Innym sposobem jest wspieranie pacjenta w mówieniu innym „nie” – dotyczy to głównie pacjentów o uległym fałszywym self. Oczywiście na początku będzie to często „nie” z drugiego bieguna to znaczy krancowe i bezrefleksyjne. Z czasem jednak jest szansa, że przekształci się ono w bardziej dojrzałe, refleksyjne i wybiórcze.

- 40 -

3. **Włączanie wielkościowego self w zasadnicze** – z wielkościowego self pacjenta trzeba „spuścić powietrze”. Aby jednak zranienie narcystyczne, które musi temu towarzyszyć nie było zbyt duże należy to robić stopniowo - tak jak wystarczająco dobry rodzic wobec dziecka w fazie ponownego zbliżenia. Następnie należy pomóc pacjentowi w przetworzeniu jego wielkościowości w realistyczne zamiary oraz w zaakceptowaniu egodystonicznych aspektów self (np. potrzeb zależności, leków) w zasadnicze jaźń osobowości.

Wobec pacjentów, których obrony są mocno zakorzenione, a wielkościowość bardziej egosyntoniczna, należy stosować podejście mniej kohutowskie, a bardziej kernbergowskie zakładające większą ilość konfrontacji.

Ważne jest aby pomóc pacjentowi w uświadomieniu sobie, że może być kochany czy akceptowany za swoje zwyczajne cechy a nie tylko za nadzwyczajne talenty.

3. **Lepsze znoszenie frustracji** – jeśli frustracja ze strony terapeuty (również poprzez jego nieuniknione błędy w empatii) będzie optymalna to nieuniknione rozczarowanie nie zmiązda go tylko pozwoli mu stopniowo zinternalizować funkcje terapeuty i zwiększyć zdolność do samokojenia. Inną kwestią jest ustanowienie i utrzymywanie właściwych granic. Terapeuta w ten sposób pokazuje pacjentowi, że nie da się zniszczyć czy zawłaszczyć i że wprawdzie jest dostępny dla pacjenta ale nie w każdej chwili i wyłącznie na jego warunkach. Bardzo ważne jest doświadczenie przez pacjenta, że związek wymaga wzajemności – choćby w takiej formie, że pacjent płaci. A więc pacjentowi z osobowością narcystyczną potrzebna jest świadomość, że choćby nie wiem jak był świetny to i tak nie jest uprawniony do tego, żeby wszystkie jego potrzeby były zaspokajane na żądanie i że choć każdy zas

luguje na szczęśliwe dzieciństwo, to teraz jest na nie za późno mimo jego obecnej rzekomej doskonałości. To co jest realne i tak może mieć wystarczającą wartość.

4. Wytwarzanie przekształcających internalizacji, by budowało się oparte na rzeczywistości poczucie własnej wartości i umiejętność samouspokajania – bardzo ważnym celem leczenia od którego zależy inne (takie jak pełne związki z obiektem, czy rezygnacja z wielkościowości) jest uwewnętrznienie realistycznych funkcji terapeuty jako selfobiektu lub pomocniczego ego. Aby się to stało najpierw potrzebne jest przepracowanie oporu wynikającego z ukrytych, ambiwalentnych uczuć wobec terapeuty. (pacjent np. niby słucha a tak naprawdę się dystansuje).

- 41 -

5. Dopiero po przepracowaniu takiego oporu pacjent jest w stanie korzystać z terapeuty jako selfobiektu i internalizować takie jego funkcje, które pozwolą mu odczuwać realistyczne poczucie własnej wartości, mogą łatwiej sobie i innym wybaczać błędy oraz przejawiać autentyczną troskę o innych.

CELE INTERPERSONALNE

Podstawowy problem tych pacjentów ma swoje źródło w przekonaniu, że bycie autentycznym prowadzi do odrzucenia, a nie do dobrych związków. Należy więc skoncentrować się na dostarczeniu takich doświadczeń korygujących, które pomogą im skorygować zarówno to przekonanie, jak i dostarczyć wzorców nowych sposobów relacji. Pacjent narcystyczny powinien być najpierw zdolny do zinternalizowania terapeuty jako selfobiektu i funkcji pomocniczych ego, aby potem móc kochać innych jako pełne obiekty, a nie używać ich jako obiektów częściowych pełniących funkcję selfobiektu lub ego pomocniczego.

1. Rozwijanie umiejętności bycia autentycznym wobec innych – pacjenci tak naprawdę bardzo tego pragną, ale żeby to było osiągalne muszą nauczyć się umiejętności rozróżniania tego co jest prawdziwym od tego co jest fałszywym self. W procesie tym można wyodrębnić kilka elementów: 1/ reagowanie na prawdziwe self pacjenta, a nie reagowanie na fałszywe 2/ bycie stosownie autentycznym wobec pacjenta 3/ pomoc w odróżnianiu ludzi autentycznych i akceptujących od krytycznych i odrzucających 4/ pomoc w podejmowaniu niewielkiego ryzyka. Realizację tych celów można rozpocząć w środkowych lub późniejszych fazach leczenia gdy lepsze jest poczucie własnej wartości i utrwala się sojusz terapeutyczny.
2. Korykcyjne doświadczenie interpersonalne – polega przede wszystkim na stworzeniu optymalnych warunków do indywiduacji, rozwoju self, wyborów realistycznych celów i ideałów, wzmocnienia i uelastycznienia poczucia własnej wartości oraz bliskich relacji wzajemnych.

3. Terapeuta musi być wrażliwy, nieinwazyjny i dostrójony.
4. Terapeuta musi zapewnić empatyczne, optymalnie frustrujące otoczenie
5. Terapeuta musi wspierać silne strony i empatycznie reagować na słabość

- 42 -

PRZECIWPZENIESIENIE

Mamy tu do czynienia z czterema typowymi reakcjami terapeutów.

1. **Reakcja na bycie traktowanym jako odzwierciedlający self obiekt** – terapeuta nie czuje się traktowany przez pacjenta jak odrębna osoba. Terapeuta sam może czuć się narcystycznie ranny, przeżywać gniew i urazę wobec pacjenta za bycie używanym. Inną reakcją może być znudzenie i brak skupienia – trochę na zasadzie „nie słuchasz mnie to ja cię też nie będę słuchał”. W przypadku pacjentów narcystycznych borderline reakcje takie mogą być bardziej skrajne niż w terapii pacjentów przedneurotycznych.
2. **Reakcja na idealizację** – ze strony terapeuty reakcja może polegać na odrzuceniu jej lub na koluzji z idealizacją. Terapeuta może odrzucać wynoszenie go na piedestał bo np. był podobnie traktowany przez rodziców. Z kolei w koluzji terapeuta sam realizuje swoje potrzeby narcystyczne karmiąc się idealizacją pacjenta – może to sprzyjać wzajemnemu podtrzymywaniu się w roli kogoś doskonałego.
3. **Reakcja na przeniesienie bliźniacze** – pacjenci mogą wybierać podobnego do siebie terapeuty, lub projektować na niego takie wyobrażenia o podobieństwie. Jeśli terapeuta ma podobne potrzeby to może przeceniać podobieństwa a niewystarczająco dostrzegać różnice. Jeśli z kolei rodzice terapeuty nie uznawali jego odrębności może on odsunąć się od pacjenta przeżywającego przeniesienie bliźniacze i za bardzo podkreślać różnice.
4. **Reakcja na negatywne przeniesienie lub projekcję narcystycznego pacjenta: stanie się złym obiektem lub złym self pacjenta** – pacjenci narcystyczni często rozwijają negatywne przeniesienie postrzegając terapeuty jako bardziej odrzucającego czy raniącego niż wynikałoby to z rzeczywistości, Terapeuci, którzy sami mają mocno rozwinięte ego antylibidinalne mogą zamiast pomóc neutralnie przepracować to przeniesienie reagować negatywnymi uczuciami do siebie, a bardzo często w ślad za tym idą obronne zachowania terapeuty. U narcystycznych pacjentów egodystoniczne aspekty self to głównie poczucie winy, depresja, lęk, zależność i wstyd. Gdy uczucia

te zostają na zasadzie identyfikacji projekcyjnej wyprojektowane na terapeutę, a terapeuta nie rozpoznaje tego właściwie to może odczuwać wstyd i gniew wobec pacjenta i w rezultacie odsunąć się od niego czy subtelnie krytykować zamiast przepracować przeniesienie.

- 43 -

TERAPIA OSOBOWOŚCI MASOCHISTYCZNEJ

Masochizm można rozumieć jako samoniszczący sposób kochania i procesu indywiduacji. Patologiczne wzorce kochania to taki wybór obiektu który nie odwzajemnia miłości, łączenie cierpienia z miłością, usprawiedliwianie czy zaprzeczanie sadystycznym skłonnościom obiektu. Wybieranie krytycznych i odrzucających, ale podziwianych obiektów oraz próby zdobycia ich aprobaty poprzez samoposwiecenie i zadowalanie innych. Patologiczny sposób indywiduacji opiera się tu na założeniu, że poprzez bierno-agresywne zachowania, nadopieczność i subtelne prowokowanie walk o władzę, zmusi się obiekt do poddania.

Opisowa charakterystyka osoby masochistycznej.

1. Samoposwiecenie – skłonności meczenskie, ponizanie siebie, rezygnacja z własnych potrzeb.
2. Pragnienie poddania się wyidealizowanemu obiektowi – wynika to z pragnień bycia kochanym i akceptowanym ale jednocześnie z leku przed odrzuceniem i upokorzeniem w sytuacji odsłonięcia prawdziwego self.
3. Trudności w podstawowym zaufaniu – niedostatek podstawowego zaufania (przewidywanie że zostanie się oszukanym i porzuconym) skutkuje trudnością w rezygnacji z kontroli.
4. Konflikt uległość- zuchwałość – pragnienie poddania się nieuchronnie przekształca się w ukryty bunt
5. Trudność w przyjmowaniu – na skutek wychowania we wrogiej i nieprzewidywalnej rodzinie osoby masochistyczne stają się obronne w sposób sztywny. Wyraża się to m.in. w trudności w przyjmowaniu i do świadczeniu przyjemnych rzeczy. Paradoksalnie właśnie nieprzyjemne czy bolesne bodźce mogą się przebić przez obrony i być odczuwane – stąd może być wręcz poszukiwanie tych bodźców.
6. Nadmierna opiekunczość
7. Pozycja depresyjna – nadmierne nastawienie na relacje oraz lek przed utratą miłości obiektu powoduje uruchomienie obron służących zaprzeczeniu sadystycznym skłonnościom obiektu łącznie z internalizacją agresji obiektu. Występuje nadmierna skłonność do przypisywania sobie wszelkich

problemów w związku.

8. **Obawa przed utratą i separacja** – antycypacja bólu związanego z utratą powoduje, że osoby masochistyczne wola ból który zadaje im ktoś w związku niż rozstanie.

- 44 -

9. **Lekowe przywiązanie** – wyraża się ono w stałym i natarczywym trwaniu przy obiekcie bez żadnych oczywistych powodów. Zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa powoduje zwiększenie przylegania do obiektu.
10. **Obrony masochistyczne** – 1/ **internalizacja** w postaci introjekcji i identyfikacji (głównie z sadystycznymi, agresywnymi aspektami obiektu) 2/ **zaprzeczenie** głównie agresji i zaniedbywania ze strony osób bliskich – właśnie ta obrona skutkuje często niedostrzeganiem w sygnałów ostrzegawczych i wchodzeniem w związki z osobami wykorzystującymi 3/ **racjonalizacja** wzmacnia powyższe obrony i dotyczy głównie zachowania bliskich 4/ **masochistyczne rozszczepienie** – obiekt nie jest potępiany ale self postrzegane jest jako „całkowicie złe”.

PROBLEMY ZGŁASZANE W PSYCHOTERAPII

1. Trudności w zerwaniu bolesnego związku
2. Depresja – częsta i nierzadko głęboka
3. Niskie poczucie wartości
4. Nadużycia spowodowane nadmierną opiekunczością – osoby takie „zapraszają” innych, żeby je wykorzystywać

ETIOLOGIA

Zaburzenie powstaje tutaj w ostatnim okresie fazy separacji indywiduacji zwanym „na drodze do stałości obiektu”.

Faza symbiozy przebiega w zasadzie prawidłowo, ale rodzice ze względu na własne zaburzenia nie są jednak często wystarczająco dostrojeni. W fazie separacji – indywiduacji – szczególnie w jej ostatniej części – z powodu ambiwalencji wobec kochających ale też nadużywających rodziców występują zakłócenia w procesie identyfikacji z funkcjami, które rodzice rzeczywiście pełnią, tak więc osoby masochistyczne są w efekcie nadmiernie uzależnione od innych w zakresie sprawowania tych funkcji. Osoby takie uzyskują dość spójne poczucie self i rozróżnienie ja i inni ale stosunek do siebie i samoocena zostały naruszone przez nadmierną krytykę, poniżanie i zawstydzanie.

Typowe doświadczenia z dzieciństwa osób masochistycznych są następujące:

1. **Rola kozła ofiarnego i projekcja rodzicielska** - rodzice często mają problem z poczuciem własnej wartości i bronią się poprzez projekcje własnych egodystonicznych części na dziecko. Bywa też, że dziecko traktowane jest jak kozioł ofiarny bo przypomina rodzicowi bo przypominają dziadka lub babcię, które skrzywdziło rodzica.

- 45 -

2. **Internalizacja rodzicielskiej krytyki**
3. **Naprzemienne okazywanie miłości i zachowania nadużywające**
4. **Faworyzowanie i mniejszy krytycyzm wobec rodzeństwa** – dość często to właśnie to idealizowane rodzeństwo jest w przyszłości bardziej zaburzone niż z „kozioł ofiarny, gdyż ta ostatnia rola pozwala jednak na odróżnianie się i indywiduację.
5. **Nadmierna kontrola i niedojrzałość rodziców** – jeśli chodzi o kontrolę jest tu pewne podobieństwo z sytuacją pacjentów obsesyjnym kompulsywnych, ale rodzice masochistów sami najczęściej mają problemy z samodyscypliną i utrzymują podwójne standardy wobec siebie i dzieci. Ponadto rodzice ci często prowadzą walkę ze swoimi dziećmi i dążą do tego żeby z nimi wygrać.
6. **Lamanie woli dziecka**
7. **Sklanianie do pełnienia roli rodzica** – jest to prosta droga do uczenia się zastępczego zaspokajania potrzeb zależności („gdy będę potrzebny to będę kochany”)
8. **Identyfikacja z rodzicem o osobowości masochistycznej**
9. **Wciąganie dziecka w problemy małżeńskie** – słyszy często od rodziców, że ci pozostają razem tylko dla ich dobra co oczywiście rodzi poczucie winy w dziecku, które jednocześnie uczy się jak wywoływać poczucie winy w innych.

ZABURZENIE ROZWOJU.

Występuje w podfazie „ku stałości obiektu”. Pomimo pomysłnego osiągnięcia wielu celów rozwojowych (względna stałość obiektu, tożsamość, odrębność, zdolność do wiązania się) z powodu ambiwalentnych uczuć do niestabilnych i głównie nieprzyjrzanych rodziców, nie dających wystarczającej ilości empatii i ukojenia dziecko nie doświadcza rodziców jako dobrych modeli do identyfikacji, dlatego nie internalizuje rodzicielskich funkcji selfobiektu – stąd trudność w pełnym rozwinięciu stałości obiektu.

Drugim zaburzeniem rozwoju jest wytworzenie nieufności. Przejawia się ona jednak bardziej subtelnie niż u osób z głębszymi zaburzeniami. Osoby masochistyczne często sadzą że właśnie ufają ludziom. Wynika to z tego, że

rodzice byli naprzemiennie kochający i poniżający a dziecko zaprzeczało, zinternalizowało i racjonalizowało zachowania poniżające.

- 46 -

PROBLEMY STRUKTURALNE

W wyniku nie zinternalizowania rodzicielskich funkcji selfobiektu masochisci przejawiają niezdolność do samokojenia co prowadzi do podatności na zależność, niepewność i depresję. Doświadczają niestabilności poczucia własnej wartości i są podatni na narcystyczny uraz. Tendencja do masochistycznego rozszczepienia wyraża się często w postrzeganiu siebie jako całkowicie złego, a idealizowania znaczącego obiektu. Struktura self osoby masochistycznej nie jest w pełni zintegrowana.

POZYCJA INTERPERSONALNA

Masochisci to osoby, które kochają obiekt ale mu nie ufają, więc naprzemiennie są lekowo przywiązani oraz przejawiają zachowania przeciwzależne. To ostatnie często przejawia się w nadopiekunczości. Są częściej potrzebni niż potrzebujący. Często naprzemiennie są ulegli i buntują się.

LECZENIE PACJENTA Z OSOBOWOŚCIĄ MASOCHISTYCZNĄ

Cele interpersonalne:

1. Rozwiązanie nadmiernego przywiązania – szczególna postawa relacyjna tych pacjentów ujawniająca się też w przeniesieniu polega na przywiązywaniu się do obiektów (pierwotnych lub reprezentujących je w przeniesieniu) ale jednocześnie braku wiary, że obiekty te mogą być odpowiedzialne i niezawodne.

Chociaż osoby masochistyczne mają dużą trudność z zaufaniem to postrzegają siebie jako otwarte, romantyczne i ufne. Właśnie taka autopercepcja jest u nich egosyntoniczna. Z powodu intensywności potrzeby idealnego obiektu oraz naiwności często wybierają niewłaściwych partnerów. Masochista ma słabość do osób interesujących i uwodzicielskich, a nie niezawodnych. Stąd często idealny obiekt ma regresywne cechy narcystyczne. **Przepracowanie lekowego przywiązania** wymaga wyjaśnienia i interpretacji wzorców relacyjnych pacjenta.

2. Pomoc w znoszeniu utraty i separacji – aby ten cel mógł być osiągnięty masochista powinien w pełni rozwinąć stałość obiektu. Jednym z aspektów ważnych jest tu pomoc pacjentowi w zinternalizowaniu funkcji selfobiektowych

terapeuty. Inny aspekt to uczenie tolerowania leków separacyjnych zarówno w relacji z terapeutą, jak i innymi ludźmi – tutaj ważna jest internalizacja terapeuty jako obiektu dodającego otuchy. Ważne jest aby w okresach nasilonej depresji i lęku separacyjnego częstotliwość sesji i dostępność terapeuty była optymalna, czyli taka aby pacjent mógł to zniesć a z drugiej strony uczył się tolerować separację. Pacjent powinien doświadczyć, że „matka nie jest tylko jedna”.

- 47 -

Osoby masochistyczne powinny też nauczyć się odróżniać wspomnienia od rzeczywistości. Nie jest to łatwe, gdyż masochiści mają tendencję do odtwarzania bolesnych doświadczeń z przeszłości, niż pamiętania o nich. Ważne jest też by wspierać oddalanie się od terapeuty. Gdy pacjent chce przerwy w terapii należy się na to zgodzić nawet gdy terapia nie jest zakończona, a nie interpretować tego jako opór.

3. ***Pomoc w nauczaniu się właściwego wyrażania złości, asertywności, ustalaniu granic*** – ten cel powinien być realizowany raczej w późniejszym okresie terapii, gdy pacjent ma silniejsze poczucie własnej wartości i opanował lęk przed separacją. Ważne jest by przed realnymi próbami w życiu pacjent miał silniejsze ego aby dać sobie radę z karcącymi reakcjami osób z własnego otoczenia. Najpierw jest też ważne aby pacjent nauczył się rozpoznawać w sobie uczucie złości. W temacie wyrażania złości pułapka w terapii może być obecna u tych pacjentów tendencja do wyrażania złości w sytuacjach, gdy nie jest to dla nich korzystne. W terapii warto to dostrzec i pomóc pacjentowi w tym aby kierował się własnym interesem, a nie tym, że „zawsze trzeba mówić prawdę”. W temacie stawiania granic ważne są granice dla przesadnej troski o innych u masochisty.
4. ***Pomoc w nauce zaufania i autentycznego polegania na innych*** – w tej kwestii ważne jest 1/ pokazanie i interpretowanie konfliktu potrzeba bliskości, bycia kochanym – strach 2/ zrozumienie przeniesieniowego charakteru postrzegania i przymusu powtarzania wpływającego na wybór obiektu 3/ dostarczenie takiego doświadczenia korekcyjnego w relacji terapeuty, w którym jest miejsce na zaufanie i niezawodność i przeniesienie tego do świadczenia na relacje z innymi znaczącymi dla pacjenta ludźmi.

Cele strukturalne:

1. ***Przepracowanie masochistycznego rozszczepienia*** – podobnie jak u pacjentów borderline poprzez konfrontację.
2. ***Internalizacja autentycznego, opartego na rzeczywistości samoukojenia i poczucia własnej wartości.***
3. ***Rozwój obserwacyjnych funkcji ego*** – niektóre metody prowadzące do tego to: zawieranie afektów pacjenta, służenie jako ego pomocnicze, klaryfikacja po katharsis i użycie technik dystansujących.

4. **Zawieranie afektów pacjenta** – bionowskie kontenerowanie. Chodzi przede wszystkim o identyfikacje projekcyjne. Ważne jest zidentyfikowanie ich w sobie i pomoc pacjentowi w zrozumieniu tych uczuć u siebie. Aby tak się stało terapeuta nie może zachowywać się reaktywnie czyli unikać zarówno rozładowywania swojej złości i frustracji, jak i biernego wysłuchiwanie i przekraczania swoich granic tolerancji frustracji.
5. **Klaryfikacja następująca po katharsis** – wspiera się katharsis a następnie pomaga się pacjentowi zrozumieć w wyniku czego pacjent jest mniej przytłoczony przez uczucia i uczy się regresji w służbie ego.
6. **Poprawa testowania rzeczywistości** – z tym, że kolejność powinna być taka, że terapeuta najpierw empatyzuje z tym jak pacjent postrzega rzeczywistość a dopiero następnie pomaga mu widzieć ją wyraźniej.
7. **Świadome użycie dysocjacji** – dotyczy szczególnie tych zurazowanych pacjentów którzy używają właśnie tego mechanizmu obronnego. Chodzi o użycie historyjek, metafor, humoru itp.

KOREKCYJNE DOSWIADCZENIE INTERPERSONALNE

To co najbardziej pomaga przezwycięzać takiemu pacjentowi jego główne zaburzenia rozwojowe –czyli brak zaufania i lękowe przywiązanie – oraz zakończyć proces uzyskiwania stałości obiektu to umiejętność terapeuty bycia godnym zaufania, jego zdolności empatyczne i do kontenerowania przy jednoczesnym pozytywnym stosunku do pacjenta, przyznawaniu się do błędów, wspieraniu autonomii oraz naprzemiennym wspieraniu autonomii i konfrontowaniu zachowań autodestrukcyjnych.

Bardzo ważne jest aby terapeuta potrafił być **stały i nieraaktywny**. Reaktywność terapeuty przejawia się w tym, jak szybko zaczyna interweniować w pewien określony sposób, zamiast cierpliwie słuchać i zawierać uczucia pacjenta przed zaproponowaniem mu interpretacji lub sugestii. Warto nie identyfikować się nadmiernie z pacjentem aby nie stracić zdolności do samoobserwacji.

Bardzo istotne też jest po prostu szczere lubienie pacjenta. Terapeuta musi czuć, że pacjent to coś więcej niż marudzenie.

Zapewnienie autentycznej więzi w ramach której wzrasta podstawowe zaufanie i bezpieczne przywiązanie pacjenta do innych jest bazą do przepracowania ambiwalencji. Pacjent może następnie bardziej identyfikować się z terapeutą i

zinternalizowac empatie i ukojenie. Proces ten pomaga pacjentowi uzyskac pelna stalosc obiektu.

- 49 -

PRZECIWPRZENIESIENIE

Typowe problemy to:

1. **M asochistyczna triangulacja** – zaklada ona trzy role 1/ ofiary (pacjent) 2/ przesladowcy (partner pacjenta, pracodawca itp.) 3/ wybawca (terapeuta). Terapeuta zachecony przez pacjenta jego przejmujacymi opowiesciami o krzywdach wyrzadzonych przez przesladowców próbuje w mniej czy bardziej subtelny sposób sklonic pacjenta do opuszczenia przesladowcy. Tak sie oczywiscie nie dzieje gdyz po odreagowaniu zlosci i frustracji pacjent ponownie przylega do przesladowców.
2. **Pragnienie reparacji traumatycznego dzieciństwa pacjenta** – tak naprawde jedyne co mozemy zrobic to bycie samemu dobrym obiektem w relacji terapeutycznej.
3. **Odczuwanie wdziecznosci** – pacjenci ci sa czesto tak „pomocni” dla terapeuty, tak dbaja o jego komfort, ze trudno jest nam konfrontowac sie z tymi zachowaniami, a jest to przeciez w terapii tych pacjentów konieczne.

TERAPIA OSOBOWOSCI OBSESYJNO-KOMPULSYWNEJ

Opisowa charakterystyka pacjenta z osobowoscia obsesyjno kompulsywna.

1. **Potrzeba kontroli i bycia w porzadku** – kazda interakcja jest spostrzegana jako walka o kontrole. Osoby te czesto prowadzi rozliczne walki z innymi. Czestym objawem nieswiadomej potrzeby kontroli jest tez taki sposób komunikowania sie z innymi, który wiecej zaciemnia, niz rozjasnia.
2. **Trudnosci w wywiazywaniu sie z podejmowanych zobowiazan i w podejmowaniu decyzji** – osoby takie czuja sie czesto skrepowane i kontrolowane przez własne decyzje zaraz po ich podjeciu. Obsesyjna ambiwalencja, lek przed przyszloscia oraz trudnosci z dzialaniami autonomicznymi powoduja w sposób nieuchronny ogromne trudnosci z podejmowaniem decyzji.
3. **Sztywnosc intelektualna** – styl poznawczy osoby obsesyjno-kompulsywnej charakteryzuje sie sztywnoscia i wahaniem miedzy dogmatem a zwatpieniem oraz oporem przed przyjmowaniem nowosci.
4. **Niezdolnosc do uchwycenia calego obrazu** – pacjenci ci „widza drzewa, a nie widza lasu”.

5. Próbowanie w myśli – rozmyślanie i planowanie zamiast działania.
6. Brak spontaniczności.
7. Perfekcjonizm – bardzo często pełni rolę blokady wszelkiego działania

- 49 -

8. Nadmierne przywiązanie do pracy.
9. Przeżywania uczuć jako czegoś niewygodnego.
10. Diadyczne rysy charakteru – sprzeczności i nie rozwiązane przeciwności. Każdej cesze odpowiada jednocześnie cecha przeciwna, przy czym najczęściej jedna jest bardziej jawna a druga ukryta. Nardo opisuje następujące diady: 1/ uległość-opór 2/ porządek – bałagan 3/ sumiennosc – odwlekanie 4/ brak emocjonalności – nadmierna emocjonalność - nadmierny lęk dotyczy tu często utraty kontroli nad intensywnymi emocjami. Lęk pacjentów obsesyjnych, że uczucia ich przerosną i skłonią do aktów destrukcji na ogół nie jest uzasadniony, gdyż dysponują oni silnym ego umożliwiającym kontrolę zachowania.

OBRONY OBSESYJNO KOMPULSYWNE

Poza myśleniem obsesyjnym i zachowaniami kompulsywnymi są to:

1. Reakcja upozorowana – umożliwia radzenie sobie z ambiwalencją poprzez wyeksponowanie bardziej akceptowalnej strony ambiwalencji.
2. Izolacja afektu.
3. Racjonalizacja.

PROBLEMY ZGŁASZANE W PSYCHOTERAPII

1. Problemy z czasem (tj. sumiennosc i odwlekanie)
2. Problemy z brudem (porządek a bałagan)
3. Problemy w związkach – często pacjenci obsesyjni nie widzą własnego wkładu w ten problem i są „przysyłani” do terapii przez współmałżonka.
4. Niezadowolenie z pracy – pacjenci ci często spędzają większość życia w pracy ale jej serdecznie nie lubią.
5. Zewnętrzne problemy wynikające z ego-syntonicznej potrzeby kontroli – często już od początku kontaktów z terapeutą uwiadamniają się one (walki o różne elementy kontraktu). Ponieważ walki te są ego-syntoniczne dopiero realne problemy życiowe wynikające ze stylu funkcjonowania pacjenta powodują potrzebę szukania psychoterapii.

ETIOLOGIA

Problem sytuuje tu się przede wszystkim w trzecim roku życia i związany jest z dwoma powodującymi go wzorcami rodzicielskimi – jeden to nietolerowanie buntowniczości (a przecież dziecko po ukończeniu drugiego roku życia wydaje się kierować zasadą „Nie wiem jeszcze czego chce, ale na pewno nie tego, czego chcecie, żebyś chciał”), a drugi to nieumiejętność stawiania granic. Osoby obsesyjno-kompulsywne mają często przynajmniej jednego rodzica o tej samej strukturze osobowości. Rodzic ten walczyć z nierozwiązanymi własnymi problemami autonomii, ma tendencję do nadmiernej kontroli i przygniata dziecko.

Dla dwulatka ważne jest, aby mógł wyrażać agresję. Zmuszanie dziecka do uległości powoduje, że dziecko zaczyna się zachowywać uległe, a w środku pozostaje oporne. Rodzice powinni też dziecku stawiać rozsądne granice (również po to, aby dziecko mogło je atakować). Osoby obsesyjno-kompulsywne są – tak jak dzieci – pełne agresywnych uczuć, które tłumia, maskują reakcją upokorzoną lub saczą przez zachowania pasywno-agresywne. Mają więc ogromne problemy z granicami i samodyscypliną. Są często surowe i restrykcyjne w stosunku do siebie, a jednocześnie reagują oporem na każdy nacisk z zewnątrz.

ZABURZENIE ROZWOJU

W wyniku nadmiernej kontroli i niewłaściwych granic osoba obsesyjno-kompulsywna ma niedostatecznie rozwinięte poczucie autonomii, dlatego często doznaje uczuć wstydu i wątpliwości. Po wygraniu zbyt małej ilości bitew w dzieciństwie nie chce przegrać ponownie nawet drobnej potyczki – a szczególnie z samym sobą. W rezultacie przejawia pseudoautonomię, ekstremalną niezależność, nadmierne panowanie nad uczuciami i impulsami. Niepewne uczucie autonomii oraz przypisywanie innym tłumiących postaw rodziców powodują, że osoba obsesyjno-kompulsywna często wchodzi w walki o władzę.

POZYCJA INTERPERSONALNA

Osoba obsesyjno-kompulsywna prezentuje się jako zahamowana i pseudoautonomiczna. Zdaje się być samowystarczalna i nie mieć reakcji emocjonalnych. Pociągają ją osoby histeryczne, ponieważ pomagają w ożywieniu w

lasnego zycia. Oczywiscie po okresie fascynacji zaczyna sie walka o uczynienie partnera bardziej podobnym do siebie.

- 51 -

Główny sposób wchodzenie w relacje to walka o rzeczy zarówno istotne jak i mało ważne.

PROBLEMY STRUKTURALNE

Pacjenci tacy mają spójne i zintegrowane poczucie self, stabilne wartości. Osiągają stałość obiektu i są zdolni do tworzenia więzi.

Jednak nadmierne tłumienie emocji powoduje, że uczucia są doświadczane jako egodystoniczne, a zatem nie w pełni zintegrowane z rdzennym self. Problemem jest często nadmierne surowe super-ego, dla którego pacjent często poświęca związki. Niepewne poczucie autonomii prowadzi do przedwczesnego usztywnienia poczucia tożsamości i osłabienia dalszego procesu indywiduacji.

Pacjent obsesyjny błędnie zakłada, że autonomia oznacza kontrolę i niepoddawanie się wpływowi innych. W życiu dorosłym stanowi to wtórna przeszkoda dodatkowo utrudniająca dokonczenie procesu indywiduacji.

LECZENIE PACJENTA Z OSOBOWOSCIA OBSESYJNO-KOMPULSYWNA

Obrony pacjenta są tak głęboko ulokowane w strukturze osobowości a jednocześnie tak ego-syntoniczne, że ważne jest niezbyt pośpieszne zwracanie uwagi pacjenta na te obrony. Konieczne jest w terapii stopniowe uczynienie egosyntonicznych cech egodystonicznymi.

Postęp w psychoterapii tych pacjentów jest na ogół powolny, ale stały. Terapeuta powinien powstrzymać się od wczesnego interpretowania i raczej poczekać aż materiał zbierze się na tyle dużo by móc konfrontować opór pacjenta.

CELE INTERPERSONALNE

Cel nadrzędny to zwiększenie wartości relacji interpersonalnych ponad wartości bycia w porządku i kontroliowania.

Cele szczegółowe to:

1. **Przepracowanie walk o władzę** – szczególnie ważne w relacji przeniesieniowej z terapeuta. Warto pracować nad tym jak pacjent przyczynia się do zamiany relacji z terapeutą w walkę, ale trzeba pamiętać, że doświadczeniem korekcyjnym dla pacjenta jest np. przyznanie mu racji, gdy ją ma i zademonstrowanie ze strony terapeuty, że utrzymanie dobrej relacji jest ważniejsze od wygrywania sprzeczek.

2. **Klaryfikowanie komunikacji** – ponieważ jednym z ważnych sposobów utrzymywania kontroli przez pacjenta jest zaciemnianie komunikacji bardzo ważne jest ze strony terapeuty przeciwdziałanie temu poprzez klaryfikacje czasem połączone również z konfrontacjami. Bardzo ważne jest tutaj reagowanie na ciągłe mówienie przez pacjenta lub na ciągłe zmienianie tematu.
3. **Ułatwianie wzrost ekspresji uczuciowej** – duża część interwencji powinna dotyczyć uczuć pacjenta. Oczywiście pacjenci tacy będą reagowali na pomoc w uświadamianiu uczuć oporem, który może też być oznaką autonomii pacjenta. Tym co podtrzymuje opór pacjenta jest przede wszystkim lęk przed utratą kontroli. Właśnie ten lęk warto przepracować aby pacjent w końcu był w stanie doświadczyć, że jego uczucia nie są aż w takim stopniu straszne jak mu się wydaje.
4. **Wzrost spontaniczności i umiejętności zabawy** – warto w relacji z tymi pacjentami być trochę bardziej spontanicznymi i ekspresyjnymi, oczywiście w sposób nie naruszający ich granic.

CELE STRUKTURALNE

1. **Lagodzenie surowego super-ego** – ważne jest empatyzowanie z pacjentem wtedy gdy staje się nadmiernie samokrytyczny i pomoc w tym aby różne swoje błędy i niedoskonałości zaczynał widzieć jako coś ludzkiego i normalnego. W kwestii podejmowania decyzji ważne jest aby pacjent widział je we właściwym wymiarze czyli takim że duża część decyzji bywa „odwracalna”, że czasem warto zdecydować się na jakieś działanie, niż nie podejmować żadnej decyzji.
2. **Dalsza indywidualizacja i rozwijanie prawdziwego poczucia autonomii** – a nie pseudoautonomii osiąganą przez reaktywność i walki o władzę. Dotyczy to też reakcji pacjenta na zasady w terapii i przepracowania jego ambiwalencji wobec nich. Ważna tutaj jest też „nauka mówienia tak”. Chodzi o to żeby pacjent okrywał czego sam chce, a nie tylko czego nie daje sobie narzucić.
3. **Włączanie uczuć w rdzenne doświadczenie self.**

KOREKCYJNE DOŚWIADCZENIE INTERPERSONALNE

Terapeuci wobec pacjentów obsesyjno-kompulsywnych powinni nie tylko pomagać w uzyskaniu wglądu w przyczyny dla których pacjent nie jest autonomiczny, ale również wspierać rozwój autentycznej autonomii.

Podstawowe założenia to:

- 53 -

1. **Bycie ciepłym, spontanicznym i ekspresyjnym emocjonalnie** – będąc takim terapeuta reprezentuje i wspiera te deficytowe aspekty pacjenta, a jednocześnie jest modelem dla jego rozwoju we właściwym dla niego kierunku. Wynika z tego, terapeuci o cechach obsesyjnych nie są skuteczni w pracy z obsesyjnymi pacjentami. Korzystne terapeutycznie mogą być nawet różnego rodzaju zapomnienia czy drobne błędy terapeuty widoczne dla pacjenta – uwalnia go to od własnych perfekcjonistycznych wymagań. Bardzo wskazane jest aby w terapii było dużo elementów zabawy i humoru. Być może ilość wspólnego śmiechu między pacjentem a terapeutą jest dobrym predykatorem efektu terapii u takich pacjentów. W odniesieniu do tych pacjentów ponieważ nie są oni „krusi” i mają całkiem dobrze funkcjonujące ego możemy sobie pozwolić nawet na elementy humoru bezpośrednio wobec nich lub na pewne rozdrażnienie ich irytującymi zachowaniami i będzie to dla nich pomocne. Takie samo zachowanie terapeuty wobec pacjentów borderline czy narcystycznych byłoby natomiast błędem.
2. **Modelowanie odpowiedniego podejmowania ryzyka** – terapia może być miejscem do eksperymentowania w tym zakresie w sposób w miarę bezpieczny, jak gdyby próbny – zanim pacjent podejmie większe ryzyko w realnym życiu. Aby tak było terapeuta sam powinien być modelem takich zachowań.
3. **Bycie nie dyrektywnym i nie autorytarnym** – pacjent obsesyjny jest przyzwyczajony do bycia kontrolowanym i kierowanym przez opiekunów i przenosi wyobrażenie kontrolującego obiektu na niemal każdego (oczywiście również na terapeuta) aby następnie opierać się jego kontroli. Podejście psychodynamiczne poprzez swoje niedyrektywne założenia daje właśnie pacjentowi potrzebną przestrzeń. Jednak czasami tradycyjne leczenie psychoanalityczne, jeśli nie jest wystarczająco elastyczne może sprawiać na pacjencie wrażenie, że analityk jest osobą autorytarną. Zasady terapii analitycznej są generalnie jednak dość sztywne i nie negocjowalne. (np. płaćności, terminy i inne elementy kontraktu). W przypadku pacjentów obsesyjnych ważne jest jednak dopuszczenie sporej dozy elastyczności. Inną kwestią dotyczy sposobu podawania interpretacji. Wobec tych pacjentów szczególnie ważne jest podawanie ich nie jako prawd ale jako jedna z możliwości i pozostawianie pacjentowi swobody wyboru. Najgorszym wariantem jest natomiast uwierzenie przez terapeuta we własną nieomyślność.

PRZECIWPRZENIESIENIE

Do najczęściej doświadczanych przez terapeutów obiektywnych reakcji przeciwprzeniesieniowych należą:

1. **Walka o władzę** - nie zaangażowanie się w walkę o władzę w trakcie terapii obsesyjnego pacjenta jest praktycznie niemożliwe. Istotne jest żeby terapeuta był świadomy tej walki i wykorzystał to do pracy z pacjentem.
2. **Intelektualizacja** – na początku może być nawet przydatna bo pozwala nawiązać wspólny język ale z czasem staje się terapeutycznie jałowa. Należy oprzeć się pokusie zbyt dogłębnej analizy.
3. **Nuda i/lub frustracja** – częste reakcje na brak ekspresji emocjonalnej u pacjenta i częste próby przejęcia kontroli z jego strony. Często terapeuta (z poczucia winy lub złości) podejmuje zdwojone wysiłki w terapii – co też nie pomaga. Bardziej właściwe jest stopniowe umożliwienie pacjentowi zrozumienia swojego wpływu na innych.
4. **Przedwczesne „zmuszanie” pacjentów obsesyjnych do przeżywania i wyrażania afektów** – zwiększa to oczywiście opór pacjenta, co może w efekcie doprowadzić do jeszcze większego zaangażowania w tym kierunku terapeuty i do mechanizmu błędnego koła. Ważne jest aby pacjent również z zakresu przeżywania i ekspresji emocji czuł się wolny i sam dokonywał wyboru.

Jeśli mamy do czynienia z terapeutą, który sam (lub jego rodzice) ma wiele cech obsesyjnych to oczywiście w.w. obiektywne reakcje przeciwprzeniesieniowe pogłębią o subiektywne aspekty przeciwprzeniesienia terapeuty będą bardzo mocno zintensyfikowane.

TERAPIA OSOBOWOŚCI HISTERYCZNEJ

Osobowość histeryczna jest emocjonalna, prowokująca i nadmiernie romantyczna. Modelowa histeryczka przedstawia przerysowany obraz tradycyjnej roli kobiecej. Histerycy obojga płci zdają się ogrywać główne role w powieściowym romansie erotyzując relacje w sposób wyidealizowany i melancholiczny.

OPISOWA CHARAKTERYSTYKA OSOBY HISTERYCZNEJ

Wiele cech osoby histerycznej wywodzi się z nieswiadomego konfliktu między ch

ecia a lekiem wobec romantycznej relacji z obiektem przypominającym wybranego rodzica. Cechy te to:

- 55 -

1. **Stereotypowe zachowania związane z rolą seksualną** – zachowania te są adaptacją do kultury lub subkultury, z którą identyfikuje się pacjent oraz do roli i wartości rodzica, z którą się pacjent identyfikuje lub do którego jest przywiązany.
2. **Poszukiwanie romantyzowanego obiektu rodzicielskiego** – uwodzące zachowanie jest sposobem rozpoczynania relacji i tylko środkiem do romantycznej relacji z obiektem miłości. Osoby histeryczne często uważają, że gdy znajdzie swój wyfantazjowany obiekt miłości to otrzymają wreszcie wyłączną miłość i uwagę, której pragną. Ponieważ jednak pociągające je obiekty są tylko częściowo dostępne, to –poszukiwanie staje się niekończącym przymusem. Ma to posmak bajki lub kiczu p.t. „i żyli długo i szczęśliwie”.
3. **Styl zorientowany na relacje** – osoby histeryczne –w przeciwieństwie do narcystycznych, które są zorientowane na zdobycie przede wszystkim podziwu- naprawdę chcą otrzymać i dać miłość. Często są ujmujące, wrażliwe i ciepłe, ale też często manipulują, poszukują uwagi i są skupione na sobie.
4. **Zależność od pola** – ze względu na to jak bardzo histerycy chcą być lubiani i kochani, są bardzo zależni od otoczenia społecznego.
5. **Powierzchnowość** – wynika to z nastawieniem na lubienie przez innych, osoby takie często sprawiają wrażenie dość powierzchownych, nie odsłaniają swojego prawdziwego self
6. **Miłość bierności i bezradności** – pacjenci ci uważają, że powinni być podporządkowani i bierni, żeby uzyskać miłość. Często ukrywają swoje prawdziwe możliwości aby nie nadzarpnąć poczucia wartości obiektu swej miłości. Wyuczona bezradność histeryka nie opiera się na rzeczywistości, często stosowana jest zarówno do agresji, jak i uwiedzenia.
7. **Konflikt zależności – niezależności** – chociaż osoby histeryczne prezentują się jako zależne, to jednak nie chcą być kontrolowane przez dominującego rodzica, ani być podobne do podporządkowanego.
8. **Dramatyzujący styl** – histerycy mają teatralny, żywy emocjonalnie, ekshibicjonistyczny i często ujmujący styl relacji. Ten sposób prezentacji jednak często jest zasłoną dla leżących głębiej uczuć depresyjnych.
9. **Nadmierna potrzeba uwagi** – są w tym celu uwodzacy, prowokacyjni, seksualnie atrakcyjni, hiperemocjonalni itp.
10. **Globalny oparty na wrażeniach styl myślenia** – niejasny, oparty na intuicji, nie zwracający uwagi na detale czy po prostu konkrety. Trudno

osobom tym oprzec swoje wrażenia na logice, faktach.

11. Maska niestalej, nieodpowiedzialnej osoby

- 56 -

12. Metoda prób poprzez działanie – chodzi o działanie bez przemyslenia. Wynika z tego, że często terapeuta może się więcej dowiedzieć nie z tego co pacjent robi, ale jak się – często nieswiadomie- zachowuje.
13. Brak samoswiadomosci – dotyczący głównie tego jak ich zachowanie wpływa na innych. W przeciwieństwie do pacjentów narcystycznych pacjenci histeryczni są zdolni w tej kwestii do stosunkowo szybkiego wglądu.
14. Hiperemocjonalność i pseudoemocjonalność – ta ostatnia dotyczy głównie skłonności histeryków by raczej odgrywać, niż przeżywać uczucia. Przesadzone, szybko zmieniające się uczucia często służą do odwrócenia uwagi od tych uczuć, które są naprawdę ważne, trudne czy bolesne.
15. Relacje trójkątowe (triangulacja) – ta tendencja wynika z tego, że w dzieciństwie pacjenci ci byli często używani przez jednego rodzica przeciwko drugiemu. Dorosli histerycy często wchodzi w relacje trójkątowe, a następnie przeżywają zazdrość lub rywalizację wobec innych, których przeżywają jako potencjalnych rywali.

Damskie i męskie wzorce histeryczne.

Często wzorce te różnią się zewnętrznie, ale trzeba pamiętać, że wszystkie podstawowe mechanizmy są właściwie takie same u obu płci. Bywa tak, że męski histeryk jest hiper-męski, czyli podobnie jak u kobiet tylko w stronę przerysowanego męskiego stereotypu. Jednak zewnętrzna prezentacja u obu płci nie zawsze idzie w stronę przesadzonej kobiecości czy męskości. Powierzchnowy styl społeczny zależy głównie od zachowań wzmacnianych przez główny obiekt przywiązania w dzieciństwie. Dlatego dziewczynka przywiązana do ojca, który chce żeby zachowywała się jak flirtująca kokietka rozwine styl przesadnie kobiecy. Jeżeli jednak ojciec wzmacnia zachowania bardziej powściągliwe czy intelektualne to rozwine ona inny styl zewnętrzny. Tak samo inaczej będzie się prezentował chłopiec przywiązany do ojca typu „macho”, a inaczej którego ojciec wspiera wrażliwość i estetykę.

OBRONY HISTERYCZNE

1. Wyparcie – jego źródła leżą w sytuacji edypalnej a głównie w tym, że normalne pragnienia libidinalne dziecka z jednej strony były wzmacniane przez flirtującego rodzica a z drugiej strony ponieważ tabu kazirodztwa i wyfantazjowany odwet ze strony drugiego rodzica były bardzo silne, to zakazane uczucia i pragnienia były natychmiast usuwane ze świadomości dziecka.

Z wyparciem ściśle związane są **dysocjacja, zaprzeczenie i mgła poznawcza** i wszystkie te obrony razem wspierają tendencje do utrzymywania poza świadomością zakazanych treści.

2. **Obrony wtórne** – to eksternalizacja, burze afektywne, acting out i reakcja upozorowana. Acting out histeryka jest jednak mniej destrukcyjny niż u pacjenta borderline.

3. **Obrony charakterologiczne** – wiele cech charakteru współdziała z obronami. Dotyczy to takich cech jak powierzchowność, mgliste oparte na impresjach myślenie, niewinna autoprezentacja i niestály styl. Cechy te pozwalają przede wszystkim uniknąć odpowiedzialności za swoje zachowania. Obraz siebie jako osoby nic nieznaczącej i bezradnej jest często obroną przed poczuciem winy za wygraną z jednym rodzicem. Histeryk nieswiadomie zdaje sobie sprawę, że czasem lepiej jest „grać głupiego”.

PROBLEMY ZGŁASZANE W PSYCHOTERAPII

1. **Problemy w związkach uczuciowych** – częste wchodzenie w sytuacje trójkątne. Pacjenci często nie czują się poważnie traktowani w związku, cenieni.
2. **Skargi somatyczne** – częste somatyzacje leku.
3. **Problemy wynikające z działania bez zastanowienia**
4. **Problemy seksualne** – wynikające z nierozwiązanych problemów edypalnych mylenie potrzeby seksu z potrzebą miłości czy poczuciem winy wokół uczuć seksualnych.

ETIOLOGIA

Histerycy pochodzą na ogół ze względnie nie zaburzonych rodzin. Głównym ich problemem nie są deficyty ego tylko nakaz by nie używać funkcji ego.

Kobiety z zaburzeniami histerycznymi

Relacje z matką – matki tych pacjentek są często dość kompetentne, ale zachowują się w sposób uległy wobec swoich mężów. Wymagają tego też od swojej córki i zniechęcają ją do zachowań asertywnych. Odmiennie natomiast traktują jej braci (jako lepszych). Histeryczka często zwraca się do ojca jako do zastępczej matki.

Relacje z ojcem – ojcowie są często nadmiernie stymulujący, uwodzący i jednocześnie wyznający purytanskie zasady. Często zakazują w okresie adolescencji swojej córce kontaktów erotycznych. Często infantylizują córki i używają ich do dostarczania gratyfikacji.

Jedyna moc sprawcza córki w rodzinie wynika z przymierza z ojcem, którego potrzeba dominowania znacząco zakłóca rozwój jej sprawczości. Tak naprawdę uwaga, która ojciec poświęca córce jest powierzchowna i nie polega na trosce o jej prawdziwe potrzeby. Córka uczy się, że atrakcyjność seksualna jest towarem wymienianym na miłość i opiekę macierzyńską.

Trzy fazy w rozwoju osobowości histerycznej u kobiet.

1. **Faza preedypalna: relacja z matką** – faza symbiotyczna przebiega na ogół prawidłowo. Matka jest wystarczająco gratyfikująca i dostrojona. Brak jej jednak pewności siebie. Matka nie zakłóca procesu separacji indywiduacji, ale nie stanowi wystarczająco atrakcyjnego wzorca kobiecości nie podporządkowanej mężczyźnie. Często matka zwraca uwagę na córkę głównie wtedy gdy ta jest chora. Matka sama często zaprzecza różnym swoim prawdziwym uczuciom i przekazuje ten wzorec córce. To właśnie od matki córka uczy się zachowywać w sposób dramatyzujący, bierny i bezradny, aby uzyskać uwagę.
2. **Faza edypalna do okresu dojrzewania: relacja z ojcem** – odrzucenie przez pełną rezerwy i niepewną matkę powoduje, że córka zwraca się ku ojcu, aby dostarczyć jej macierzyńskich uczuć. Ojciec na ogół ma cechy narcystyczne i poszukuje u córki potwierdzenia swojej męskości, którego często nie znajduje u żony. Rozwija się relacja, w której córka dewaluje matkę i zajmuje jej pozycję. Ojcu sprawia przyjemność gdy córka wraz z matką rywalizują o jego względy. Ojciec wzmacnia niezdrową zależność córki od siebie. Często dzieje się tak, że gdy córka wchodzi w okres adolescencji i dalej flirtuje z ojcem (do czego była zachęcana wcześniej) ojciec porzuca ją emocjonalnie.
3. **Okres po dojrzewaniu** – ojciec nasila kontrolujące zachowania wobec córki, potępia ją za uwodzące zachowania. Matka w tym czasie często wchodzi w sojusz z ojcem i usiłują do spółki kontrolować córkę. Córka próbuje sobie ponownie ułożyć relacje z rodzicami ale często przegrywa i przenosi swoje nierozwiązane konflikty (lek przed zdradą, odrzuceniem, zaborczością i byciem kontrolowaną) na inne relacje z mężczyznami. Rodzice nie biorą na ogół odpowiedzialności za swoje problemy małżeńskie, tylko winia za nie córkę. Córka zinternalizuje to i czuje silne poczucie winy i urazu.

Mezcyzn z zaburzeniami histerycznymi

Mezcyzna histeryk tez jest edypalnym zwyciezca zajmujacym miejsce ojca przy boku matki. Matka sfrustrowana w relacji ze swoim mezem zwraca sie do syna ale jednoczesnie go infantylizuje i promuje jego uleglosc. Matka czerpie przyjemnosc z tego, ze syn zaleca sie do niej i nie widzi poza nim swiata. Czesto jest on jej powiemikiem. Czesto histeryk jest jedynakiem i nie ma wzorca jak byc niezalezny mezczyzna. Ojcowie histerycznych mezczyzn niekoniecznie musza odrzucac syna, ale ich biernosc nie pozwala im na podjecie walki z zona.

Drugim typem histeryka u mezczyzn jest ktos hipermeski. Matki takich osob sa emocjonalnie chlodne i odlegle. Za to ojcowie sa czesto bardziej przystepni, ciepli i romantyczni. Miewaja sporo relacji pozamalzenskich. Chlopiec identyfikujac sie z takim ojcem staje sie typem Don Juana. Zarowno ojciec jak i syn wydaja sie mezczyznami silnymi i pewnymi siebie, tak naprawde jednak jest to falszywe self. W glebi ducha czuja, ze kobiety maja nad nimi wladze i sposobem jej zdobycia jest uwodzenie kobiet.

ZABURZENIE ROZWOJU

Ma miejsce glownie w fazie edypalnej. Podstawowy wzorzec to zdobycie rodzica plci przeciwnej a odsuniecie tej samej. Rodzic tej samej plci usuwa sie zostawiajac dziecko w pozycji edypalnego zwyciezcy. Dla hipermeskiego histeryka typu „Don Juan”. Pragnienie jest takie samo ale scenariusz nieco inny. Poniewaz matka nie daje sie uwiesc ani synowi ani ojcu, ojciec uczy syna jak uwodzic i zdobywac opiek e innych kobiet. Dla osob homoseksualnych wzorzec jest taki sam tylko odwrócony. Rozwijaja oni identyfikacje z rodzicem plci przeciwnej i pragna zwi azku z kims podobnym do upragnionego rodzica. Poniewaz okres edypalny zbiega sie wg Eriksona z konfliktem pomiedzy poczuciem winy i inicjatywa, histerycy przezywaja poczucie winy w zwi azku z agresja, problemy z inicjatywa i zaleznosc od wyobrazonego wyidealizowanego obiektu.

POZYCJA INTERPERSONALNA

Jest ona pseudozależna. Histeryk zachęca innych do opiekowania się i kierowania sobą zachowując się bierno-ułegle i zależnie. Świadomie identyfikując się z uległym rodzicem sądzi, że jeśli będą kompetentni i silni to nie będą kochani. Postawa wobec potencjalnych rywali seksualnych cechuje się zazdrością i rywalizacją. Nie mają doświadczeń, że „rywale” mogą być źródłem miłości i bliskości. Tak naprawdę z nieswiadomej identyfikacji z rodzicem dominującym wynika kompetencja i spore zasoby ego osoby histerycznej. Są one jednak ukrywane pod maską pseudozależności.

PROBLEMY STRUKTURALNE

Pacjenci ci mają nienaruszone i zintegrowane poczucie tożsamości i stałości obiektu, jednak ekspresja siebie jest stłumiona w konfliktowych obszarach ich życia. Niedostatecznie wykorzystują oni dobrze rozwinięte funkcje ego. Z punktu widzenia terapii bardzo ważne jest, że posiadają oni zdolność do samoobserwacji i są w stanie rozwijać stabilne ego obserwujące. Przejawiają oni skłonności do acting outów ale nie są one destrukcyjne czy skrajne a jedynie nieadekwatne. Ze względu na to, że pacjenci histeryczni osiągnęli stałość obiektu względnie łatwo wytwarzają przymiery terapeutyczne w trakcie terapii.

LECZENIE PACJENTA Z OSOBOWOŚCIĄ HISTERYCZNĄ.

Cele interpersonalne.

1. Rozwijanie odpowiedniej inicjatywy i uznawania własnych praw – terapeuta pomaga w tym poprzez 1/ Opieranie się pokusom by takich pacjentów wyreczyc (dawać rady, odpowiadać na pytania) 2/ empatyczne konfrontowanie obrazu siebie jako kogoś bezradnego, niekompetentnego i biernego 3/ wspieranie autonomicznych dążeń pacjenta 4/ interpretowanie ambiwalentnych uczuć dotyczących autonomii
2. Pomaganie pacjentowi w odróżnianiu potrzeb seksualnych od uczuciowych – przede wszystkim od potrzeb bezpieczeństwa i miłości. Bardzo istotne jest też przepracowanie ew. erotycznego przeniesienia na terapeuta.
3. Pomaganie w uczeniu się jak wprost wyrażać potrzeby i uczucia – a nie przez uwodzenie i manipulację. Szczególnie ważne jest zwracanie uwagi na komunikaty nie wprost do terapeuty.

Cele strukturalne.

Histerycy nie mają słabych funkcji ego, ale używanie ich jest dla nich egodystoniczne. W tym kontekście cele strukturalne to:

1. **Leczenie całościowego, impresyjnego stylu myślenia** – ważne jest nie konfrontowanie się z tym w pierwszych fazach terapii, tylko najpierw zajęcie się etiologią tego obronnego stylu. Szczególnie warto jest pomóc pacjentom w uświadomieniu jak łączy oni impresyjne myślenie z tendencją do idealizacji, by wspierać iluzję cudownego dzieciństwa lub fantazję dotyczącą idealnego, romantycznego obiektu.
2. **Integrowanie poznania z afektem** – poprzez 1/ zachęcanie pacjenta do tego, żeby zastanawiał się nad wydarzeniami a nie upiekszał ich 2/ pomaganie w tworzeniu odpowiednich powiązań poznawczych, gdy postrzegają oni wydarzenia poprzez emocje lub obronnie stosują mgłę poznawczą, zamiast myśleć jasno. Ważne jest też przekazywanie takim pacjentom pozytywnych konotacji na temat wartości ich inteligencji.
3. **Uswiadamianie sobie sprzecznych celów i potrzeb.**
4. **Uczenie się myślenia przed podjęciem działania.**

K O R E K T Y W N E D O S W I A D C Z E N I E E M O C J O N A L N E

Pacjenci histeryczni często przeżywają konflikty wokół 1/ odpowiedzialności-nieodpowiedzialności 2/ siły-bezsilności 3/ zależności – niezależności 4/ miłości – seksualności 5/ pewności – niepewności. Będąc dzieckiem pacjent nie dostawał wystarczającej uwagi ze strony jednego rodzica i był infantylizowany lub dominowany przez drugiego. W tym kontekście bardzo ważne jest, żeby terapeuta nie wyręczał pacjenta i żeby odnosił się do niego jak do inteligentnego dorosłego. Powinien szczególnie nie dawać się wciągnąć w rolę eksperta, czyli kogoś, kto jest mądry i jest narcystycznie zaspokajany postępami pacjenta. Terapeuta powinien mieć następujące „parametry”:

1. Powinien być autentycznie ciepły szczególnie wtedy, gdy relacja rozwija się
2. Terapeuta nie powinien reagować na uwodzące zachowania zauroczeniem lub złością – wyjaśnienie prawdziwych potrzeb wyrażanych przez erotyczne przeniesienie wymaga od terapeuty 1/ tolerowania niewygodnych uczuć, gdy pacjent rozwija takie przeniesienie 2/ powstrzymywania się od wchodzenia w grę p.t. flirt 3/ traktowanie erotycznego przeniesienia jak każdego innego 4/ klarowanie prawdziwych potrzeb i motywów leżących u podłoża działań pacjenta. Ważne jest, żeby uniknąć zawstydzania pacjenta szczególnie poprzez zbyt wczesne konfrontowanie się z seksualnym zachowaniem pacjenta – może on wtedy zareagować obronnie czy przerwać terapię
3. Terapeuta nie może dawać się przytłoczyć przez emocjonalność pacjenta

4. Terapeuta powinien oprzec się nadmiernemu zabawianiu przez pacjenta lub zbyt niemu odsłanianiu siebie – pacjenci ci często są „uroczy” i nie jest to takie proste.
5. Terapeuta powinien wspierać inicjatywę, kompetencje i właściwe domaganie się swoich praw.

PRZECIWPRZENIESIENIE

1. Czuć potrzeby wyręczania pacjenta (przesadne wzmacnianie zależności, infantylizowanie pacjenta) – gdy terapeuci dają rady pacjentom histerycznym hamowany jest rozwój przeniesienia i praca nad nim gdyż odróżnienie wtedy przeniesienia od rzeczywistości staje się trudne. Gdy terapeuta zachował się w sposób autorytarny (nawet zachęcany do tego przez pacjenta) ważne jest aby uznał swój wkład w sytuację i był empatyczny wobec reakcji pacjenta. Jeżeli terapeuta próbuje przedwcześnie rozproszyć intensywność złości pacjenta poprzez interpretacje genetyczne, to pacjent czuje, że terapeuta próbuje nim manipulować tak aby przez obwinianie stłumić jego złość.
2. Uwodzenie przez pacjenta – jeżeli terapeuta pozwala nadmiernie zabawiać siebie, odpowiada flirtem na flirt, to może to zagrozić terapii. Terapeuta musi też być odpornym na pochlebstwa, wyrażanie uznania, przyjacielską postawę, odgrywanie współpracy czyli to wszystko co ma go przekonać, że będzie to łatwa i przyjemna relacja terapeutyczna. Czyli powinien być odporny na odgrywanie roli „dobrego pacjenta”. Terapeuta może mieć skłonność do lekceważenia sygnałów trudności w terapii, nie konsultowania terapii i unikania superwizji. Terapeuci, którzy czują się zagrożeni erotycznym przeniesieniem pacjenta mogą reagować złością i obronnie zachowywać się w sposób nadmiernie zdystansowany i wycofany, bądź bierno-agresywny.
3. Włącznie w trójkąt – pacjent może w terapii tworzyć trójkąty porównując terapeute z innymi, może wywoływać w terapeutę uczucia zazdrości, rywalizacji i złości.
4. Złość z powodu bycia manipulowanym – szczególnie terapeuci z własnym doświadczeniem bycia kontrolowanym i manipulowanym przez rodziców mogą być szczególnie wrażliwi na manipulację pacjenta.
5. Bezpośrednie reagowanie na pacjenta – pacjent może „zarazić” terapeute swoją tendencją do nadmiernego reagowania emocjonalnego czy katastrofizowania. Bezpośrednie reakcje terapeuty wzmacniają przesadzanie i katastrofizowanie u pacjenta. Ważne jest by nie wpadać w histerie z histerykami.

PROBLEMY W LECZENIU ZWIĄZANE Z PLCIĄ TERAPEUTY I PACJENTA.

Pacjentka heteroseksualna i terapeutka.

1. **Konfrontowanie i interpretowanie rywalizacji i problemów edypalnych** – pacjentka często przeżywa dużo uczuć rywalizacyjnych i nieswiadome uczucie zazdrości w relacji z terapeutką.
2. **Bycie silną postacią do identyfikacji** – ważne jest aby kobieta terapeutka być ciepłą, asertywną, myślącą i niezależną byłą wzorcem do identyfikacji 1/ oscylując między empatią i konfrontacją 2/ modelując integrację odczuwania i myślenia 3/ utrzymując właściwą równowagę między akceptacją i dostarczaniem odpowiednich granic.
3. **Unikanie koncentracji na problemach zależności z pominięciem problematyki agresji i seksu** – pacjentka wstydzi się swoich uczuć seksualnych i agresywnych. Ważne jest najpierw zająć się tym wstydem ale potem nie unikać omawiania problematyki seksualnej i agresywnej.

Pacjentka heteroseksualna i terapeutka.

1. **Dostarczanie nowego doświadczenia z mężczyzną, który nie dominuje i nie jest skupiony na sobie** – chodzi o dostarczenie doświadczenia w którym pacjentka nie jest używana przez mężczyznę do zaspokajania jego potrzeb narcystycznych. Terapeuta powinien traktować pacjentkę jako niezależną, inteligentną jednostkę, która ma umysł warty zrozumienia i poznania.
2. **Analizowanie erotycznego przeniesienia** – przede wszystkim terapeuta powinien pomóc pacjentce poznać ukryte motywy tego przeniesienia (potrzeba miłości i opieki matki). Ważne jest żeby terapeuta zarówno nie dał się uwodzić jak i nie reagował poprzez reakcję uprzedzoną.
3. **Zachęcanie do relacji z kobietami.**

Pacjent heteroseksualny i terapeutka.

1. **Wspieranie niezależności bez bycia odrzucającą lub krytyczną**
2. **Unikanie infantylizowania pacjenta** – ważne jest wprowadzanie refleksji pomiędzy impuls i działanie i nie uleganie infantylnym potrzebom pacjenta lecz refleksja nad nimi.
3. **Wspieranie relacji z mężczyznami**

Heteroseksualny pacjent i terapeuta

1. **Pozwalać na rywalizację** – ważne jest czasem też uznanie, że pacjent wygrał rywalizację z terapeutą
2. **Bycie modelem męskiej roli** – szczególnie ważne gdy pacjent jest młody

