

Teoretycznie zintegrowane podejście do zaburzeń psychicznych oparte na strukturze osobowości

Z dr. O. F. Kernbergiem rozmawia Mateusz Stróżyński

Prof. Otto Kernberg – profesor psychiatrii Weill Cornell Medical College oraz dyrektor Personality Disorders Institute w Nowym Jorku. Prowadzi szkolenia i superwizje analityków w College of Physicians and Surgeons Center for Psychoanalytic Training and Research na Uniwersytecie Columbia. Autor wielu artykułów i książek poświęconych zaburzeniom osobowości. Twórca najbardziej znaczących teorii dotyczących etiologii, rozumienia i leczenia zaburzeń narcystycznych.

Mateusz Stróżyński: *Panie Doktorze, przede wszystkim chciałbym wyrazić wdzięczność, że zgodził się Pan na ten wywiad. Rozmawiam z Panem jako przedstawiciel wydawanego przez nas czasopisma „Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce”. Od dawna śledzimy Pana książki i artykuły, które prowokują do stawiania pytań. Korzystając z okazji, chciałbym prosić Pana o odpowiedzi na niektóre z nich. Najpierw jednak powiem kilka słów o naszym podejściu do terapii, ponieważ nie jestem pewien, czy jest Panu znane. Zasadniczo staramy się używać w pracy różnych podejść psychoanalitycznych, które autorzy tacy jak Fred Pine¹ czy Glenn Gabbard² określają jako „cztery psychologie psychoanalityczne”. Próbujemy dostosować je do różnych typów pacjentów.*

Na przykład, kiedy mamy głęboko zaburzonego pacjenta, używamy teorii relacji z obiektem, a gdy mamy do czynienia z pacjentem neurotycznym, staramy się korzystać z psychologii ego lub podejścia postfreudowskiego, a w niektórych przypadkach patologii narcystycznej niektórzy z nas stosują także koncepcje Kohuta. Pan próbuje integrować te rozmaite stanowiska w swojej teorii. Ciekawi mnie, jaki jest Pana stosunek do tego, co staramy się robić, czyli do próby rozmawiania z różnymi typami pacjentów niejako „w różnych językach”?

Otto Kernberg: Myślę, że teoretycznie zintegrowane podejście do terapii pacjentów daje pewne korzyści. Jeśli traktujemy serio strukturę osobowości, potrzebujemy jednej teorii, która stosować się będzie do różnych schorzeń klinicznych. Kiedy mówi więc Pan, że różne teorie powinny być stosowane do różnych typów schorzeń, w polu teoretycznym pojawia się pewne sztuczne rozszczępienie. Uniemożliwia to stworzenie ogólnego zarysu teoretycznego, który pozwoliłby na zrozumienie, czego możemy się spodziewać po poszczególnych narzędziach terapeutycznych, stosowanych do rozmaitych schorzeń.

¹ F. Pine, *Drive, ego, object and self: a synthesis for clinical work*, New York, 1990.

² G. Gabbard, *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce*, przeł. M. Cierpisz, Kraków, 2009.

Kohut stworzył teorię rozwojową i teorię techniki, które są radykalnie odmienne od tradycyjnej psychoanalitycznej teorii rozwoju i techniki³. Sądzę, że nie ma żadnego problemu w używaniu rozmaitych technik, dopóki mamy wspólne, ogólne rozumienie ludzkiego funkcjonowania, jego normalności i patologii, ponieważ w innym razie kończymy, stosując to, co można by nazwać „wytrychami” czy terapeutycznymi „trikami”, czyli praktycznymi sposobami radzenia sobie z różnymi sytuacjami, które to sposoby nie pozwalają jednak na włączenie ich w ogólny pogląd na psychopatologię. Brak zintegrowanego podejścia uniemożliwia wam także eksperymentowanie z ograniczeniami waszych podejść technicznych i z ograniczeniami waszej podstawowej teorii. Zmieniając teorie w kontakcie z różnymi pacjentami, zmieniacie też sposoby patrzenia na różne rodzaje ludzkiego zachowania, co uniemożliwia wam posiadanie zintegrowanej koncepcji ludzkiej psychopatologii.

Jeśli wolno mi użyć mocnego wyrażenia, jest to w istocie podejście antynaukowe. To praktyczny sposób stosowania tego, co wydaje się pomocne dla pacjenta, bez troski o to, czego możemy się dowiedzieć o mechanizmach patologii i leczenia przyczyn leżących u podłoża tego, co się dzieje. Wiem, że takie podejście jest stosowane często, ale zazwyczaj – znów, jeśli mi wolno tak powiedzieć – odzwierciedla ono brak głębi lub pełnego rozumienia i pełnego rozwinięcia jakiegoś teoretycznego podejścia. Nawiasem mówiąc, Pine i Gabbard używają podejścia amerykańskiej psychologii ego. Jest to zasadniczo to samo teoretyczne podejście, które stosujemy i my. Kohut, z drugiej strony, ma inne podejście, które jest z istoty relacyjne.

Nasze podejście jest pod silnym wpływem psychologii ego, teorii kleinowskiej, psychoanalizy francuskiej i środowiska „niezależnych”⁴. Jest to, jak sądzę, główny nurt współczesnej psychoanalizy, który włącza w siebie i jednoczy (ale nie tylko „mieszając” – raczej teoretycznie integrując) te wymienione przeze mnie podejścia: kleinowskie, „niezależne”, psychologię ego i francuski główny nurt (czyli nielacanowski). Jest to odmienne od podejścia relacyjnego (do niego należy teoria Kohuta) oraz od podejścia lacanowskiego. Różni się też od psychologii Jungowskiej czy Adlerowskiej, pozostających w szerokim polu psychoanalitycznej teorii.

MS: Powiedział Pan bardzo jasno, że teoria i praktyka Kohuta nie jest możliwa do pogodzenia z Pańskim rozumieniem patologii narcystycznej...

OK: Tak, jego rozumienie leczenia jest inne. Obydwaj mówimy o tych samych cechach opisowych patologii, ale nie zgadzamy się co do ich pochodzenia i co do sposobu radzenia sobie z patologicznym narcyzmem.

MS: Chcę tylko przypomnieć naszym Czytelnikom o podstawach Pańskiej krytyki Kohuta. Krytykował Pan u niego niewystarczające docenianie roli agresji oraz sądzi Pan, że jego

³ H. Kohut, *The restoration of the self*, New York, 1977.

⁴ Chodzi o tych spośród brytyjskich analityków, którzy w latach czterdziestych i pięćdziesiątych ubiegłego wieku nie należeli ani do stronnictwa Melanie Klein, ani do grupy skupionej wokół Anny Freud (D.W. Winnicott, R. Fairbairn czy M. Balint).

podejście nie leczy w rzeczywistości patologicznego, wielkościowego self, stanowiąc raczej formę podtrzymującej terapii, modyfikującej niektóre mechanizmy narcystyczne, ale nierozmontowującej patologicznego, wielkościowego self samego w sobie. To była pierwotna linia Pana krytyki Kohuta w latach siedemdziesiątych. Pojawiła się jakiś czas temu książka Solomona Akhtara⁵ – z pewnością Pan ją zna – w której próbuje on pozostawić trochę przestrzeni na kohutowskie rozumienie patologii narcystycznej. Na przykład autor ten twierdzi, że metoda Kohuta może być używana do tzw. „cienkoskórnych” pacjentów narcystycznych, podczas gdy Pana podejście bardziej pasuje do tzw. „gruboskórnych”. Próbuje on więc zrobić miejsce także dla Kohuta, ale Pan, jak się zdaje, sądzi, że nie jest to ani możliwe, ani użyteczne.

OK: Nie zgadzam się z tym stanowiskiem. Wydaje mi się, że „cienkoskórni” pacjenci narcystyczni, podobnie jak „gruboskórni”, potrzebują podobnego podejścia. Możemy stosować różne techniki w różnych sytuacjach klinicznych, ale te techniki wyrastają ze wspólnego poglądu teoretycznego. A Kohut z pewnością nie zgodziłby się ze mną, że jego technika ma charakter podtrzymujący. On wierzył, że było to podejście psychoanalityczne.

MS: *Ale czy, Pana zdaniem, teoria Kohuta nie mieści się w obrębie psychoanalizy? Mam tu na myśli późniejszy rozwój jego teorii self. Czy dla Pana znalazł się on wtedy poza granicami psychoanalizy?*

OK: Nie, Kohut jest w obrębie szeroko zdefiniowanej psychoanalizy. Jeśli Pan zdefiniuje psychoanalizę jako podejście, które uznaje procesy nieświadome za ważne czynniki motywacyjne ludzkich zachowań i twierdzi, że te procesy nieświadome determinują ważne elementy konstytutywne osobowości oraz że to wymaga zastosowania w terapii technik, które wprowadzą te nieświadome mechanizmy do świadomości, i to jest metoda leczenia pacjentów – wtedy, w tak szeroko zdefiniowanej kategorii, Kohut się mieści.

MS: *Chciałbym też zapytać Pana o organizację borderline wyższego poziomu. Jasnym jest, jak sądzę, że osobowości z niższego poziomu borderline stosują prymitywne, psychotyczne mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, identyfikację projekcyjną, zaprzeczenie i tak dalej. Z drugiej strony, osobowość neurotyczna może być rozumiana w kategoriach tradycyjnej, trzyczęściowej struktury psychicznej z konfliktami międzysystemowymi. Ale pojęcie wyższego poziomu borderline wydaje mi się samo z siebie pojęciem „z pogranicza”, ponieważ zdaje się mieścić między typową, rozszczepioną strukturą osobowości z jednej strony a neurotyczną osobowością z drugiej. Na przykład w swoich pismach mówi Pan, że osobowość z wyższego poziomu borderline używa zarówno rozszczepienia, jak i wyparcia, że w niej aktywne są zarówno konflikty preedykalne, jak i edypalne⁶. Czy mógłby Pan wyjaśnić, w jaki sposób rozszczepienie i wyparcie mogą istnieć jednocześnie w tej samej osobowości?*

OK: Myślę, że pacjenci z wyższego poziomu borderline wykazują dominujące mechanizmy związane z rozszczepieniem. Mam tu na myśli lepiej funkcjonujące osobowości

⁵ S. Akhtar, *Broken structures: severe personality disorders and their treatment*, Northvale, 1992.

⁶ O.F. Kernberg, *Object relations theory and clinical psychoanalysis*, New York, 1976.

schizoidalne, histrioniczne, czyli niedojrzałe, oraz lepiej funkcjonujących pacjentów narcystycznych. Odkryliśmy, że w tych przypadkach dominują prymitywne mechanizmy obronne, chociaż działają też istotne mechanizmy związane z wyparciem. Jest możliwe, że tworzenie się self i jego integracja postępują w tych przypadkach do pewnego poziomu, podczas gdy utrzymywane są wciąż pewne obszary osobowości, gdzie nadal dokonywane są operacje rozszczepiające. W innych obszarach zaś następuje bardziej ogólna integracja, która wzmacnia możliwość odwoływania się do mechanizmów związanych z wyparciem.

Te ostatnie mechanizmy pochodzą z wyższego poziomu i są rozwojowo późniejsze. Nie można tu jednak dokonywać ostrych podziałów. Na przykład integracja niektórych funkcji superego następuje wcześniej niż integracja funkcji ego przynależących do self i to pozwala na zaistnienie pewnego rodzaju integracji osobowości. Ta integracja superego może wywołać wyparcie niektórych impulsów seksualnych, które nie mogą być już tolerowane. A wtedy mamy do czynienia z neurotycznymi mechanizmami radzenia sobie z konfliktami edypalnymi, podczas gdy pacjent, w tym samym czasie, wciąż zmaga się z konfliktami preedypalnymi.

MS: *Praktycznie rzecz biorąc, jak odróżniłby Pan agresję odszczepioną od agresywnych impulsów, które zostały już wyparte? Kiedy, na przykład, lepiej funkcjonujący narcystyczny pacjent z wyższego poziomu borderline prezentuje się jako spokojny, pozbawiony agresji, jak możemy zdiagnozować, czy wypiera on swoje agresywne impulsy, czy też ulegają one odszczepieniu?*

OK: To się ujawni w przeniesieniu. Operacje obronne w ogóle ujawniają się w przeniesieniu. Nie wymaga to od nas wykonywania żadnej szczególnej pracy: stanie się z czasem oczywiste, do jakiego stopnia projekcyjna identyfikacja dominuje nad wyparciem i neurotycznymi formami projekcji. Jeśli pacjent oskarża Pana o posiadanie jakichś impulsów, a Pan zwraca mu uwagę, że być może przypisuje Panu coś, czego sam nie odważa się doświadczyć, wtedy Pan zobaczy, czy zaprowadzi to was do odkrycia jakiegoś wypartego materiału albo rozpoznania przez pacjenta istnienia tych impulsów, to znaczy do natychmiastowego rozpoznania w nim samym wspomnianych impulsów, które przypisywał Panu. Dlatego tylko w klinicznej sytuacji będzie Pan w stanie rozpoznać, jakie są dominujące obrony.

Zazwyczaj mechanizmy obronne są realnie zintegrowane ze strukturą osobowości. Zarówno prymitywne, jak i zaawansowane obrony ujawniają się jako zinternalizowane relacje z obiektem. Dlatego analiza mechanizmów obronnych i oporów przeniesieniowych staje się jednym i tym samym. Opory przeniesieniowe to aktywacja operacji obronnych w przeniesieniu. Z ich natury wywnioskuje Pan, do jakiego stopnia są one prymitywne lub bardziej zaawansowane. Pacjenci więc będą Pana prowadzić. Naszą ścieżką jest zawsze podążanie za przeniesieniem, w tej kolejności, w której się ono pojawia.

MS: *Osobowości narcystyczne z wyższego poziomu borderline często wnoszą niektóre konflikty edypalne lub edypalny materiał. Jak Pan wie, Janine Chasseguet-Smirgel próbowała rozumieć struktury narcystyczne czy perwersyjne, jak je nazywała, odwołując się do etio-*

logii edypalnej sytuacji. Chodziło jej o to, że matka jest uwodząca, a ojciec ulega deprecjacji i dewaluacji⁷. Również Arthur Rothstein pokazywał, że u wielu osobowości narcystycznych istnieje swoista wersja sytuacji edypalnej⁸. Czy do tych tematów edypalnych odwołuje się Pan dopiero w późniejszych fazach leczenia, czy w miarę jak się pojawiają?

OK: Zawsze pracujemy z tym materiałem, który się pojawia tu i teraz w przeniesieniu. Prowadzi nas to, co się dzieje w przeniesieniu. Porównał Pan przed chwilą ze sobą dwoje autorów bardzo odmiennych pod względem wyrafinowania intelektualnego i oryginalności myślenia. Janine Chasseguet-Smirgel to wielka innowatorka w psychoanalizie, a Arthur Rothstein jest tylko jednym z naśladowców Charliego Brennera i nie wydaje mi się, żeby prezentował jakieś szczególnie nowe podejście.

MS: Ale nie sądzę, że idee Chasseguet-Smirgel są możliwe do pogodzenia z Pańskim rozumieniem narcyzmu.

OK: A ja myślę, że są one bardzo zgodne z moim rozumieniem! Ona podkreśla analne aspekty i analne mechanizmy patologicznego narcyzmu, czyli potrzebę do zaprzeczania wszelkim różnicom, aby uniknąć zawiści, potrzebę „przekształcania wszystkiego w gówno”. To jest mechanizm narcystyczny, manifestacja prymitywnej dewaluacji, która doskonale pasuje do moich poglądów...

MS: Ale w ujęciu Chasseguet-Smirgel to wszystko jest reakcją skierowaną przeciwko ojcu i funkcji ojca, ponieważ to właśnie ojciec jest tym, który ustanawia granice...

OK: To jest reakcja przeciwko prymitywnemu przeżyciu konfliktu edypalnego. Chasseguet-Smirgel znajdowała się pod wpływem francuskiej psychoanalizy, więc miała tu na myśli archaiczną sytuację edypalną. Niekoniecznie chodziło jej o późniejsze konflikty edypalne, które opisywał Freud. Znowu ma dla mnie duży sens to, co ona pisze, ponieważ w bardzo prymitywnych relacjach diadycznych, przeniesieniach symbiotycznych, w których wydaje się, że nie pojawia się zdolność do spoglądania na sytuację z zewnątrz czy też zdolność do funkcji symbolicznej i tolerowania wykluczonego „trzeciego”, który reprezentuje zasadę edypalną. Pacjent nie toleruje „trzeciego głosu”. To, że pacjent nie może tolerować ani niezależnej relacji terapeuty z własnymi myślami, ani prymitywnej triangulacji i że podnosi on bunt przeciw temu, co Chasseguet-Smirgel nazwałaby zasadą ojcowską, dla mnie jest doskonale zgodne z kleinowskim ujęciem zawiści w stosunku do pary rodzicielskiej, zawiści o ukrytą relację trójkątną. Myślę, że to wszystko pasuje znakomicie do Melanie Klein, ale zarazem od podejścia Kohuta dzieli nas długie kilometry. On nigdy nie omawia tak głębokiego poziomu regresji.

⁷ J. Chasseguet-Smirgel, *Creativity and perversion*, New York, 1984.

⁸ A. Rothstein, Oedipal Conflicts in Narcissistic Personality Disorders, *International Journal of Psycho-Analysis* (1979), 60: 189–199.

MS: *Chciałbym się odnieść do jednego z pytań zadanych Panu na konferencji podczas otwartej dyskusji. Chodzi o sposób, w jaki odwołuje się Pan do kontraktu, gdy pacjent jest w przeniesieniu paranoidalnym. Wtedy zwykle konfrontuje Pan pacjenta z faktem, że jest ono poważnym zniekształceniem początkowego kontraktu, w którym rola terapeuty została opisana jako pomaganie pacjentowi w rozumieniu samego siebie, podczas gdy rolą pacjenta jest swobodne mówienie na sesjach etc. Czy zgodziłby się Pan, że jest to obecność w Pańskiej technice tej zasady ojcowskiej, o której rozmawialiśmy, to znaczy, że kontrakt i nacisk na rzeczywistość są sposobem radzenia sobie z przeniesieniem paranoidalnym?*

OK: Można by powiedzieć, że odzwierciedla to zasadę ojcowską na głębszym poziomie. Afirmacja rzeczywistości zewnętrznej tworząca ramę, w obrębie której pojawia się diadyczna regresja, może być zinterpretowana jako zastosowanie zasady ojcowskiej. W zwyczajnym leczeniu psychoanalitycznym nie widać tego wyraźnie, ponieważ pacjent z reguły „dobrze się zachowuje”, ale w przypadku bardzo chorych, zregresowanych pacjentów wkraczamy jakby z zewnątrz, mówiąc, że pewne granice rzeczywistości muszą być utrzymane. Można więc powiedzieć, że jest to ojcowska zasada – ma to dla mnie sens.

MS: *Podczas dyskusji wydawał się Pan zaskoczony wspomnianym pytaniem, chyba dlatego, że zwykle spotyka się Pan z krytycznymi głosami, zarzutami o podsycanie u pacjentów negatywnego przeniesienia. Ja zrozumiałem to pytanie tak, że Pan wydaje się pokazywać pacjentowi pozytywną i empatyczną postawę terapeutyczną, może nie podtrzymującą, ale na pewno pozytywną. Zastanawiam się, czy może tak być, że w Pana pismach ten aspekt nie jest bardzo widoczny, ale podczas prezentacji tego materiału na konferencji staje się jasne, co próbuje Pan pacjentowi pokazać: że obok jego paranoidalnych, agresywnych, odszczepionych reprezentacji wciąż istnieje pozytywny aspekt relacji terapeutycznej, oparty na rzeczywistości.*

OK: Zdecydowanie tak. To dlatego podkreślam fakt, że kiedy terapeuta autentycznie interesuje się swoim pacjentem, pacjent będzie to czuł. A ludzie, którzy mówią, że podsycam negatywne przeniesienie, po prostu nie rozumieją tego, co robią. Zwykle są to po prostu propagandowe twierdzenia naszych przeciwników.

MS: *Chciałem Pana zapytać o interakcję między schorzeniami na pierwszej osi DSM, jak schizofrenia czy choroba dwubiegunowa, a strukturą osobowości. Łatwo byłoby założyć, że ludzie cierpiący, powiedzmy, na schizofrenię, mają psychotyczną organizację osobowości, że istnieje tu powiązanie, ale czy sądzi Pan, że możliwe jest, by pacjent ze schizofrenią miał nie tylko psychotyczną, ale strukturę borderline czy nawet neurotyczną?*

OK: Dopóki pacjent jest w stanie psychotycznym, w którym następuje utrata różnicowania między self a nie-self, załamanie granic ego, halucynacje, urojenia, brak testowania rzeczywistości, nie może Pan dokonać diagnozy jego struktury osobowości. Pacjent jest w stanie psychotycznym i to wszystko, co może Pan o nim powiedzieć. Gdy pacjent wyjdzie z psychozy, naprawdę odzyskując zdolność do testowania rzeczywistości, wtedy może Pan ocenić jego strukturę osobowości. A wtedy odkryje Pan, że niektórzy pacjen-

ci nadal funkcjonują bez jasnego testowania rzeczywistości. Po prostu wiedzą, co inni ludzie myślą. Jedna z moich pacjentek „wiedziała”, że ściga ją FBI. Powiedziała: „Wiem, że mi pan nie wierzy. Nikt mi nie wierzy. Ale ja to po prostu wiem. Nawet jeśli tylko ja to wiem, FBI i tak mnie ściga”. To jest właśnie psychotyczna struktura. Ale są i tacy pacjenci, którzy gdy wyjdą z psychozy, funkcjonują na poziomie borderline, a nawet na poziomie neurotycznym. Mają psychotyczne załamania, psychotyczne epizody, ale potem znowu wracają do poziomu neurotycznego. Chroniczna choroba schizofreniczna jednak zwykle związana jest w okresach latencji albo ze strukturą psychotyczną, albo borderline. Ale pacjenci z chorobami afektywnymi mogą funkcjonować również dobrze na poziomie neurotycznym, poza kontekstem schorzenia afektywnego. I doskonale zdają sobie sprawę, kiedy ich nastrój się podnosi albo zaczyna spadać, wiedzą, że „idą w górę” i mogą sobie to uświadomić, zanim ogarnie ich mania.

MS: *A co w przypadku pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, jak zespół Downa, na przykład? Czy można ocenić ich strukturę osobowości? Czytałem teksty kleinowskie, gdzie, oczywiście, dostrzegano w zespole Downa pozycję paranoidalno-schizoidalną i leczono ją⁹.*

OK: Nie mam pojęcia. Według mojego doświadczenia, kiedy ktoś ma IQ poniżej 70, bardzo trudno rozstrzygnąć, do jakiego stopnia możemy jeszcze mówić o organizacji osobowości, niezależnie od uwarunkowań poznawczych takiej osoby. Na tak niskim poziomie inteligencji intensywna aktywacja afektu nie ma żadnej przeciwwagi w postaci kontroli ze strony funkcji poznawczych i trudno jest mówić o strukturze osobowości. Raczej – o niekontrolowanej aktywacji afektu, który wprowadza chaos w funkcjonowanie pacjenta z powodu trudności w poznawczej ocenie rzeczywistości. Utracona zostaje możliwość kontroli poprzez podjęty wysiłek. Nie mam wiele doświadczeń z pacjentami opóźnionymi w rozwoju. O to, do jakiego stopnia możemy diagnozować różne struktury osobowości u tych pacjentów, musiałby Pan zapytać osoby, które z nimi pracują. Może jest to do zrobienia. Nie wiem.

MS: *A czy ma Pan jakieś doświadczenia z pacjentami z zaburzeniami ze spektrum autyzmu albo z zespołem Aspergera?*

OK: Jestem w stanie postawić taką diagnozę kliniczną, ale nie mam doświadczeń w pracy z takimi pacjentami. Wiem, że istnieje psychoanalityczne podejście na tym polu, ale nie wiem, do jakiego stopnia można je poważnie traktować. Przyznaję się do mojej niewiedzy w tej kwestii.

MS: *Dzisiaj wspominał Pan o hipochondrycznym zaburzeniu osobowości. Czy wiąże Pan je, na przykład, z koncepcją struktury psychosomatycznej¹⁰ Joyce McDougall, czy też jest to coś, Pana zdaniem, odrębnego?*

⁹ L. Miller, *Psychoterapia nastolatków z upośledzeniem umysłowym*, w: *Przetrwać dojrzewanie*, red. R. Anderson, A. Dartington, przeł. M. Lipińska, Warszawa, 2012.

¹⁰ J. McDougall, *Teatry ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych*, przeł. M. Kruszyńska-Mąka, Warszawa, 2014.

OK: Jest to ekspresja psychologicznych konfliktów na poziomie somatycznym, która pasuje do rozważań McDougall. Niemniej jednak hipochondryczne zaburzenie osobowości przedstawia sobą tak głęboki poziom schorzenia, że zbliża się ono do psychozy. Hipochondria zazwyczaj reprezentuje bardzo głębokie tendencje paranoidalne: w przeniesieniu więc pacjent może stać się psychotyczny. Dr Yeomans leczył całymi latami pacjenta, który ostatecznie rozwinął system urojeniowy i leczenie psychoanalityczne musiało zostać przerwane.

MS: *Czy powiedziałby Pan, że Pańskie rozumienie patologii neurotycznej zmieniło się znacząco w ciągu tych wszystkich lat praktyki, gdy pracował Pan dużo z osobami cierpiącymi na poważną patologię osobowości? Czy też rozumie Pan neurotyczną patologię tak samo, jak ją rozumiano w latach pięćdziesiątych, w czasach dominacji teorii Fenicella i psychologii ego?*

OK: Myślę, że nasze rozumienie neurotycznej struktury osobowości nie zmieniło się zbyt wiele. Ale nie badałem tego dogłębnie. Bardzo mało się o tym dziś pisze. Kto jeszcze pisze o osobowości histerycznej albo obsesyjnej? Interesowałem się swego czasu masochistyczną strukturą osobowości i dowiedziałem się o niej pewnych nowych rzeczy. Ale nie spędziłem zbyt wiele czasu z osobowością histeryczną. Ci, którzy o niej piszą, autorzy francuscy głównie, używają staroświeckich pojęć i nie jestem przekonany, czy mają dużo nowego do powiedzenia na ten temat. Kleiniści wciąż zajmują się o wiele bardziej prymitywnymi strukturami. Nie zmieniłem się więc za bardzo w tych obszarach, których nie studiowałem, ale jeśli chodzi o reakcje depresyjne struktur masochistycznych czy pacjentów neurotycznych – tak, mam stosunkowo nowy pogląd na tę sprawę. Relacje między depresją a strukturą osobowości w ogóle i rozmaite sposoby masochistycznego reorganizowania rzeczywistości oraz relacja masochistycznych konfliktów do doświadczenia seksualnego i do perwersji – to są tematy, które obecnie mnie interesują.

MS: *Czy powiedziałby Pan, że osoba o neurotycznej organizacji osobowości może używać rozszczepienia?*

OK: Tak, może używać rozszczepienia. Ale zazwyczaj prezentuje bardziej złożony mechanizm dysocjacji pewnych segmentów subiektywnego doświadczenia.

MS: *Więc nie są to mechanizmy paranoidalno-schizoidalne?*

OK: Nie, nie są.

MS: *Ostatnie pytanie, jeśli mogę je Panu zadać: czy wciąż leczy Pan pacjentów?*

OK: Tak, tak! Wciąż pracuję z pacjentami. Około trzydziestu godzin w tygodniu.

MS: *Dziękuję bardzo za rozmowę i Pana obecność na konferencji.*