

Psychoterapia psychodynamiczna osobowości neurotycznej

Z prof. Erikiem Fertuckiem rozmawia Mateusz Stróżyński

Prof. Eric Fertuck, doktor psychologii, wykładowca Department of Psychology w City College w Nowym Jorku, prowadzi również badania naukowe w New York State Psychiatric Institute i pracuje w Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research.

Współpracuje z Otto F. Kernbergiem i jego zespołem, prowadząc superwizje i psychoterapię pacjentów borderline.

Mateusz Stróżyński: *Psychoanaliza zaczęła badanie patologii psychicznej od osobowości neurotycznej, od hysterii i symptomów obsesyjno-kompulsywnych, więc można by powiedzieć, że pozostaje ona wciąż w jakiś sposób powiązana z tym właśnie typem psychopatologii. Ale dziś, jak się wydaje, o wiele więcej uwagi w kręgach psychoanalitycznych i psychodynamicznych skupia na sobie patologia borderline. Jakie są tego powody? Czy powiedziałby Pan, że nie ma już nic, co można by dodać do naszej wiedzy o patologii neurotycznej? Wszystko zostało powiedziane, więc musimy iść w zupełnie innym kierunku?*

Eric Fertuck: Przychodzą mi na myśl przynajmniej dwie kwestie. Pierwsza to ekonomia i pragmatyka, czyli to, kto pojawia się na terapii, a druga to wymiar teoretyczny i kliniczny, czyli – dla kogo leczenie psychodynamiczne jest najbardziej pomocne. Po pierwsze, psychoanalitykom jest coraz trudniej, z różnych powodów, znaleźć osoby zorganizowane na poziomie neurotycznym, zarówno dla celów analizy szkoleniowej, jak i dla praktyki prywatnej. Mogę powiedzieć w imieniu swoim i wielu moich kolegów, że wiele z naszych psychoanalitycznych przypadków stanowili przypuszczalnie pacjenci z wyższego poziomu organizacji borderline.

Dlatego stereotypowy, seksualnie zahamowany pacjent, historyk czy obsesyjny pracownik firmy, który przypuszczalnie stanowił typowy przypadek w szkoleniu czy prywatnej praktyce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych w Ameryce, po prostu przestał się pojawiać na terapii. Stało się tak prawdopodobnie z wielu powodów. Zmieniła się struktura rodziny (mówię tu o perspektywie amerykańskiej, nie jestem pewien, jak to wygląda w Europie) i dziś mamy do czynienia z jej fragmentacją, czemu towarzyszy też duże rozproszenie geograficzne rodzin. Zakłóciło to, jak sądzę, tworzenie pierwotnych więzi u wielu osób w ostatnim lub dwóch ostatnich pokoleniach.

Po drugie, istnieją naciski ze strony systemu opieki zdrowotnej, dla której zadaniem priorytetowym jest leczenie pacjentów z poważniejszymi problemami, z jakimś symptomem lub zachowaniem naprawdę zmuszającym do działania, jak np. próby

samobójcze, co ma uzasadnić fakt opłacania psychoterapii z państwowych pieniędzy. Przy tych wszystkich zmianach kulturowych i ekonomicznych wydaje się, że współczesny, modelowy pacjent w leczeniu psychoanalitycznym czy psychodynamicznym to nie jest już względnie dobrze funkcjonujący neurotyk, z wyraźnie określonym problemem dotyczącym jakiegoś jednego obszaru jego życia. Takie wysoko funkcjonujące osoby obecnie korzystają zwykle z bardzo krótkotrwałych, wspierających terapii, a kiedy tylko ich symptom ustępuje, nie podejmują psychoanalizy. Pozostają więc ci pacjenci, którzy mogą w pewnych obszarach nieźle funkcjonować, ale mają więcej trudności z regulacją afektu, więcej konfliktów preedypalnych, zakorzenionych w naderwaniu pierwotnej więzi.

Skutkiem ubocznym wspomnianych trendów, które psychoanaliza w pełni dostrzega, są wyniki badań pokazujące, że leczenie psychodynamiczne może być niezwykle pomocne również dla tych bardziej zaburzonych osób. Można by nawet bronić tezy, że w ich przypadku sprawdza się lepiej niż w przypadku pacjentów neurotycznych. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że u tych pacjentów zmiana jest bardziej spektakularna, ponieważ przychodzą oni na terapię ze znaczną liczbą symptomów i autodestrukcyjnych zachowań, podczas gdy pacjenci neurotyczni trafiają na nią z węższym zakresem problemów. Pacjenci neurotyczni mogą się poprawiać w tych obszarach, ale nie jest to zmiana tak wielka, kiedy patrzy się z zewnątrz. Odnoszę więc wrażenie, że zarówno czynniki kulturowe, struktura rodziny, tendencje ekonomiczne oraz przeobrażenia w obrębie systemu opieki zdrowotnej, jak również ewolucja leczenia psychodynamicznego w kierunku „poszerzenia spojrzenia” teoretycznego przyczyniły się do realnej zmiany. Dotyczy ona tego, jacy pacjenci mogą skorzystać z leczenia psychodynamicznego, przy czym nasza uwaga przesuwana jest stopniowo w kierunku bardziej preedypalnej organizacji, struktury borderline, rozumianej w terminach teorii relacji z obiektem. Nie wiem, czy to stanowi odpowiedź na Pana pytanie.

MS: *Częściowo. Sądzę, że może również istnieć różnica między praktyką w prywatnym gabinecie a środowiskiem szpitalnym, gdzie w naturalny sposób pojawiają się osoby z głębokimi zaburzeniami. Podejrzewam, że dr Kernberg spędził większość swego życia z tym drugim typem pacjentów – albo pacjentów w trakcie hospitalizacji, albo pacjentów ambulatoryjnych, ale leczonych przynajmniej przez jakiś czas w warunkach szpitalnych. Z drugiej strony, w prywatnych gabinetach – mam na myśli Polskę – istnieje wciąż znacząca liczba osób o neurotycznej organizacji osobowości, które doświadczają problemów w relacjach lub w zakresie poczucia własnej wartości. Wyzwaniem jest zaoferowanie im odpowiedniej metody terapii. Zazwyczaj nie może to być klasyczna psychoanaliza, więc musi to być jakiś typ leczenia psychodynamicznego.*

EF: Sądzę, że osoby neurotyczne są zwykle zamożniejsze, toteż nie muszą być zależne od systemu opieki zdrowotnej, aby opłacić swoją terapię. Odnoszę wrażenie, że mają też swego rodzaju intelektualną motywację, by podjąć leczenie psychodynamiczne. Wcześniej rozmawialiśmy o jednym z Pana pacjentów, który wydawał się bardzo zainteresowany psychoanalitycznymi ideami, co stało się częścią jego dyskursu. Zainteresowania

te pełnią u niego funkcję obronną, ale jest też w tym pacjencie coś, co docenia psychoanalityczny model leczenia. Czuje on, że chce iść w tym kierunku, badać siebie i rozwijać swoją osobowość. Mam wrażenie, że ktoś musi być wystarczająco zaburzony, żeby pojawiła się w nim potrzeba uzyskania pomocy od terapeuty, ale jednocześnie musi u niego wystąpić motywacja intelektualna, żeby pracować w sposób psychodynamiczny, swego rodzaju pragnienie, by tak rzec, „poznania samego siebie”. Takie osoby zawsze istnieją w społeczeństwie i ciągną w kierunku psychoanalizy.

Mam poczucie, że, jak Pan powiedział, coraz mniej osób poddaje się klasycznej psychoanalizie. Albo nie mają czasu, albo pieniędzy, żeby przychodzić cztery czy pięć razy w tygodniu na tradycyjną analizę, więc psychoanalitycy musieli zaadaptować trochę swoje leczenie, np. przyjmując pacjentów rzadziej, a zarazem starając się zachować psychoanalityczny model myślenia i technikę. Ostatnio pojawiło się trochę udanych modyfikacji, rozmaitych krótkoterminowych terapii psychodynamicznych, które są bardziej skoncentrowane na symptomach. Istnieje także modyfikacja TFP [Transference Focused Psychotherapy, Psychoterapia Skoncentrowana na Przeniesieniu – przyp. red.] przeznaczona dla pacjentów o organizacji osobowości wyższego poziomu, czyli dla pacjentów z wyższego poziomu borderline oraz, w pewnym sensie, dla pacjentów neurotycznych.

Dr Eve Caligor napisała z kolegami podręcznik tej terapii. Można więc wziąć ten sam teoretyczny model, który stosujemy w TFP do pracy z pacjentami borderline, ale skupić się na pacjentach bardziej neurotycznych czy z wyższego poziomu borderline oraz odpowiednio zmodyfikować niektóre techniki, by uzyskać coś w rodzaju „TFP dla neurotyków”, co nie jest identyczne z psychoanalizą. Trwa krócej, ma bardziej ograniczone cele, jeśli chodzi o strukturalną zmianę w osobowości, ale zmierza w tym samym kierunku co psychoanaliza, choć przypuszczalnie celuje bardziej w redukcję symptomów. Jest to bardziej pragmatyczny typ leczenia. Sądzę jednak, że wciąż jest miejsce na psychoanalizę dla neurotyków, ale będzie pojawiać się coraz więcej jej modyfikacji, zmierzających w stronę krótszych i szybszych form leczenia.

MS: Interesujące jest to, że mówił Pan najpierw o TFP jako o modyfikacji klasycznej psychoanalizy, a teraz pojawia się modyfikacja TFP dla potrzeb osobowości neurotycznej. Koło się zatem zamyka. Ale w rzeczywistości nie do końca się ono zamyka, jeśli się temu dokładniej przyjrzyć. W podręczniku Eve Caligor język teorii relacji z obiektem stosowany jest do rozumienia pacjentów neurotycznych oraz tych z wyższego poziomu borderline. Ma tutaj miejsce swego rodzaju przełożenie języka i metody tradycyjnej psychologii ego na język relacji z obiektem. Na przykład konflikt między obroną a impulsem ulega przeformułowaniu na konflikt między diadami self i obiektu. Wydaje mi się to nieco zbyt skomplikowane. Prościej byłoby po prostu stosować tradycyjny model psychologii ego, w którym opisuje się pacjentowi obronę, lęk ją motywujący oraz wyparty impuls. A wedle tej nowej metody trzeba opisywać pacjentowi obraz self, obraz obiektu oraz łączący je afekt, które konstytuują obronę, a następnie jeszcze obrazy self i obiektu, które są wyparte. Nawet tradycyjny lęk motywujący obronę Caligor przekłada na „afekt

sygnałowy” wyrażony w relacji z obiektem. Wydaje się, że to wymaga poświęcenia więcej czasu i wysiłku. Nie powinniśmy trzymać się tradycyjnej metody?

EF: To jest dobre pytanie. Oczywiście, TFP nie ogranicza się tylko do modelu relacji z obiektem. Jest to integracja teorii relacji z obiektem oraz psychologii ego. W pracy z pacjentami borderline zmniejszamy nacisk na psychologię ego...

MS: Zwiększamy czy zmniejszamy?

EF: Zmniejszamy nacisk. To znaczy, może nie tyle zmniejszamy, co po prostu ego tych pacjentów jest tak osłabione, że ich relacje z obiektem stają się bardzo wyraziste. Podczas gdy, oczywiście, w przypadku osobowości neurotycznej mamy większą integrację prymitywnych relacji z obiektem z bardziej zaawansowanymi funkcjami ego, jak zdolność do odraczania gratyfikacji, wyparcie, tolerancja ambiwalencji, zdolność do wdzięczności itd. Tak więc w pewien sposób rozumiem, o co Panu chodzi – może to komplikować sprawę, ale dla mnie są to, w pewnym sensie, dwie strony tej samej monety. Być może w przypadku bardziej neurotycznych pacjentów skupiamy się w większym stopniu na strukturze obrony z perspektywy psychologii ego, gdyż relacje z obiektem są tu mniej prymitywne.

Więszym wyzwaniem byłoby klaryfikowanie zinternalizowanych relacji z obiektem wbudowanych w bardziej dojrzały typ obron. Ponadto przeniesienie jest wtedy mniej intensywne. U pacjentów borderline relacje z obiektem po prostu się nam narzucają w przeniesieniu, a u pacjenta neurotycznego mamy trudności z klaryfikowaniem dominujących relacji z obiektem, ponieważ są one bardziej zniuansowane, subtelne, są też przedmiotem wtórnych obron. Nie mam więc jakiejś celnej odpowiedzi na Pana pytania, ale nie chodzi tu chyba o upraszczanie pracy z pacjentem neurotycznym, ale o klaryfikowanie. Zajmuje ono więcej czasu. Kiedy zauważamy obronę, moglibyśmy powiedzieć: „Zaczął pan mówić w sposób bardzo intelektualny, to jest obrona obsesyjna”. Łatwo coś takiego powiedzieć. Ale trudniej jest przetłumaczyć to na język relacji przeniesieniowej. Zajmie to o wiele więcej czasu – potrzeba klaryfikacji, eksploracji i wolnych skojarzeń.

MS: Weźmy zatem ten przykład, intelektualizację. O ile rozumiem podejście dr Caligor oraz niektóre z artykułów dr. Kernberga, poświęcone użyciu języka relacji z obiektem w terapii neurotyków, to aby zrozumieć i następnie pracować z intelektualizacją pacjenta, jako terapeuci musimy pomyśleć, jakie typy reprezentacji self i reprezentacji obiektu zaktywizowane zostały w tym mechanizmie obronnym. W klasycznej analizie można by powiedzieć coś takiego, na przykład: „Próbuje pan używać bardzo abstrakcyjnego języka, prowadzić ze mną dyskusję, zamiast przeżywać emocje związane z tą sytuacją”. I tyle chyba wystarczy na początek, żeby przyciągnąć uwagę pacjenta do mechanizmu obronnego. Ale w Państwa podejściu musielibyśmy chyba powiedzieć coś w stylu: „Doświadcza pan siebie jako dobrego ucznia, a mnie jako życzliwego nauczyciela, z którym można podyskutować” etc. Klaryfikacja byłaby więc tutaj bardziej złożona i rozbudowana.

EF: Cóż, tak i nie. Jedna kwestia to ta, by pracować zawsze od powierzchni w głąb. To, co Pan przed chwilą opisał, można konceptualizować jako pewną sekwencję. Najpierw zauważamy, że pacjent stosuje intelektualizację i możemy mu to pokazać, by go zachęcić do dalszego eksplorowania tego zachowania. Na przykład: „Zauważyłem, że ilekroć pan mówi o seksie, zaczyna pan wyrażać się w bardzo abstrakcyjny sposób, używa pan języka medycznego i technicznego. Zauważył pan to?”. To byłoby rozpoczęcie eksplorowania intelektualizacji od „powierzchni” właśnie. Aluzja zawarta w tego typu interwencji jest taka, że pacjent musi mówić w taki, a nie inny sposób, gdyż ma jakiś konflikt w tym obszarze. Nie mówi Pan jednak pacjentowi tego od razu. Jeśli jest to pacjent bardziej neurotyczny, może sam zacząć to eksplorować, gdyż nie będzie tak narcystycznie podatny na zranienie.

Pacjent może na przykład zacząć produkować skojarzenia: „Mój ojciec zawsze się krępował, gdy rozmawiał ze mną o seksie, więc wyjaśniał to zazwyczaj na przykładzie »pszczołek i ptaszków«... Nauczyłem się więc, że muszę traktować ten temat bardzo ostrożnie, mówić w sposób medyczny, bo miałem wrażenie, że mogę w ten sposób przysporzyć ojcu ogromnego zakłopotania...”. Tutaj zaczynamy docierać do relacji z obiektem. Pacjent wniósł genetyczne wspomnienie swojego ojca oraz siebie samego, zmuszonego do rozmawiania w sposób bardzo intelektualny o seksie, żeby chronić swojego ojca przed jakimiś przykrymi uczuciami. Teraz zaczynamy dotykać kwestii relacji z obiektem.

Na dalszym etapie klaryfikacji można by powiedzieć coś takiego: „Być może myśli pan, że jestem tak samo wrażliwy w tej kwestii jak pański ojciec. Być może nie czuje się pan komfortowo, rozmawiając ze mną o sprawach seksualnych”. Teraz jesteśmy już w pełni w relacjach z obiektem uaktywnionych w przeniesieniu. Przekształcamy obronę w genetyczną relację z obiektem, a następnie w relację z obiektem tu i teraz. Nie sądzę, żeby te podejścia były niekompatybilne. Gdy o tym myślę, wydaje mi się, że jest to bardziej sekwencja, która może się rozpocząć od analizy obrony i posuwać w kierunku klaryfikowania tego, jak ta obrona aktywowana jest w relacji z obiektem.

MS: *Ale w klasycznym podejściu, gdy pacjent, przynajmniej we wstępnych fazach leczenia, doświadcza terapeuty jako krytycznego, pomyślimy raczej, że dokonał on eksternalizacji swojego superego albo ewentualnie je „wyprojektował”, ale w neurotycznym sensie mechanizmu projekcji. A superego neurotyczne nie ma natury osobowej. Nie powiemy przecież, że taki pacjent „projektuje obiekt” na terapeutę, ale że niejako „wyrzuca” w przestrzeń terapeutyczną elementy swojej struktury superego. Dopiero później, kiedy możemy już zobaczyć, w jaki dokładnie sposób to superego zostało uformowane z obrazów ojca i obrazów matki czy może również babki, docieramy do jego, jak to Pan ujął, aspektu genetycznego. Ale Kernberg i Caligor, o ile rozumiem to, co piszą, od razu widzą superego jako obiekt. A nie jest ono obiektem, jest przecież mentalną strukturą, zbudowaną z reprezentacji, które w trakcie procesu jej powstawania uległy depersonifikacji i abstrakcji.*

EF: Nie jestem pewien, czy zgadzam się z tym, co Pan mówi. Możemy nie wiedzieć, co to jest za obiekt i jak on w trakcie historii powstawania struktury superego został wtopiony w jej obecną postać, ale to nie oznacza, że nie istnieją obiekty wbudowane w strukturę superego. Wydaje mi się, że praca psychoanalityków i terapeutów psychodynamicznych polega na tym, żeby zabrać się właśnie za tę zinternalizowaną strukturę superego i zacząć ją eksplorować w celu zidentyfikowania jej z obiektami. Nie widzę więc obiektów i superego jako wzajemnie przeciwstawnych. Być może wskazuje Pan na to, że w podejściu TFP do neurotycznej osobowości próbujemy szybciej dokonać dekompozycji struktur mentalnych na tworzące je relacje z obiektem i to stanowi odejście od techniki klasycznej psychoanalizy.

MS: *To, o czym Pan mówi, sprowadza się praktycznie do różnicy między abstrakcyjnym i zdepersonalizowanym superego neurotycznym oraz wcześniejszym etapem superego, czyli superego spersonifikowanym, uosobionym. Można tę różnicę obserwować u adolescentów. Kiedy następuje u nich regresja w pierwszej fazie adolescencji, zwykle dokonują oni ponownej personifikacji struktury superego, na co wskazywała Anna Freud. To dlatego adolescenti często czują, że to nie ich własne sumienie, ale opresyjni rodzice zabraniają im robienia tego, na co mają ochotę. Nasz teoretyczny pacjent, który zaczyna intelektualizować, gdy mówi o seksie, niekoniecznie od razu odnosi się wewnętrznie do obrazu ojca, ale po prostu czuje dyskomfort, rozmawiając o seksie, z powodu swojego surowego superego. Dopiero kiedy się regresuje, pojawia się obraz jego krytycznego ojca, ale wtedy jesteśmy już na wcześniejszym etapie rozwojowym, za sprawą procesu regresywnego. Powiedziałbym, że możemy zobaczyć reprezentacje obiektów u pacjentów neurotycznych dopiero w późniejszych etapach leczenia, dopiero kiedy się regresują, ale kiedy przychodzą na terapię, prezentują raczej dobrze skomponowane struktury ego i superego.*

EF: Tak, jest tu obecna regresja. Ale w tej karykaturze eksplorowania intelektualizacji, o której wcześniej mówiłem, pierwszym krokiem jest przyciągnięcie uwagi pacjenta do samej obrony. Dopiero potem zachęcamy go do wolnych skojarzeń. Być może to właśnie jest jakiś rodzaj regresji, bo zapraszamy pacjenta do tego, by zwrócił się do wewnątrz i podążał za swymi myślami. Wtedy pojawia się obraz jego ojca i, z konieczności, obraz jego własnego self związany z obrazem ojca, a wszystko to powiązane jest z jakimś afektem, być może z lękiem, że ojciec mógłby być krytyczny wobec niego. Nie tyle chodzi tu więc o regresję, co o opracowanie. Relacje z obiektem mogą nie być świadome, ale to nie oznacza, że nie istnieją w obronie.

MS: *A co Pan sądzi na temat obecności czy nieobecności problemów seksualnych u neurotyków? Powiedział Pan, że zahamowania seksualne w ścisłym sensie wydają się dzisiaj występować rzadziej. Rzeczywiście, gdy się czyta podręcznik Eve Caligor, nie można tam znaleźć za wiele na temat „tradycyjnych” problemów seksualnych, które omawiane były w latach czterdziestych czy pięćdziesiątych w podręcznikach psychoanalitycznych: kompleks Edypa, kompleks kastracyjny, impulsy ekshibicjonistyczne etc. Czy sądzi Pan, że te sprawy po prostu zniknęły z naszej kultury i seks przestał być problemem albo nie*

jest problemem w taki sposób, w jaki był kiedyś? A może istnieją jakieś inne powody tego odejścia od obszaru seksualności, ponieważ teraz wydaje się, że to agresja przykuwa coraz więcej uwagi psychodynamicznych terapeutów.

EF: Podnosi Pan kilka kwestii naraz. Jedną sprawą jest fakt, iż seksualne problemy wyrażane są różnie na różnych poziomach organizacji osobowości. Inną kwestią dotyczy tego, w jaki sposób ta ekspresja wchodzi w interakcję z agresją. To ciekawe, bo tradycyjnie psychoanaliza skupiała się na trudnościach seksualnych w sposób zakorzeniony w teorii libido, a duża część teorii TFP skupia się na agresywnych wymiarach osobowości. To tutaj, jak sądzę, sprawy się komplikują, ponieważ gdy psychopatologia jest poważniejsza, czyli w przypadku niższego poziomu borderline, obserwujemy w rzeczywistości bardzo dużo seksualnego zahamowania oraz zachowanie agresywne, które przytłacza niejako powiązania i efekty libidinalne.

Niekiedy więc u osób na niższym poziomie organizacji borderline występuje głębokie zahamowanie seksualne. Może nie tyle jest to zahamowanie, co raczej swego rodzaju „spłaszczenie” seksualnego życia, spowodowane intensywnością agresji. Kiedy relacje z obiektem są zdrowsze, pojawia się fuzja dążeń seksualnych i agresywnych, czego rezultatem są relacje sadomasochistyczne, w których pacjenci mogą doświadczać przyjemności seksualnej poprzez autodestrukcję etc. Nie chodzi więc o to, że dzisiaj ignoruje się seksualność, ale po prostu naszym zadaniem jest rozplątanie tej perwersyjnej fuzji seksualności i agresji. Pacjent w ogóle nie jest w stanie doświadczać czułych uczuć, przeżywa tylko agresywne emocje.

Pacjenci neurotyczni mają bardziej jawne problemy seksualne, takie jak zahamowanie, fetyszym, trudność w osiągnięciu orgazmu czy erekcji, ale często nie są świadomi agresywnego wymiaru tych problemów. W większym stopniu bronią się przed agresywnymi wymiarami swych trudności niż przed wymiarami seksualnymi. Nawet gdy stają się świadomi tych agresywnych aspektów, jest to coś innego, bo nie chodzi tu o destrukcję czy anihilację części ciała, czy o paranoidalne, prymitywne relacje z obiektem. Chodzi tu o winę, wyrzuty sumienia i konflikty edypalne. Czyli np.: czy jestem w stanie jednocześnie doświadczać przyjemności seksualnej i utrzymywać relację z rodzicami albo czy osiągnięcie przyjemności seksualnej stanowi zdradę wobec jednego lub drugiego z rodziców? Ten typ agresji jest bardziej nasycony poczuciem winy niż prymitywna agresja pacjentów borderline.

Ale to, co Pan mówi, jest ciekawe, ponieważ być może tworząc tę nową edycję psychoterapii psychodynamicznej dla neurotyków, coś utraciliśmy. Patrzymy teraz na neurotyków przez pryzmat pacjentów borderline, zamiast patrzeć na neurotyków przez pryzmat neurotyków.

MS: Dziękuję Panu bardzo za rozmowę.

EF: Dziękuję.