

Krzysztof Srebrny

Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne, Gabinet Psychoanalizy i Psychoterapii, Sulejówek k. Warszawy

O nieudanej próbie zmagania z organizacją patologiczną

On an unsuccessful trial of struggle with pathological organization

Abstract

The article describes the one year psychoanalytic treatment with the patient with pathological organization of personality. In theoretical section of the paper, the author presents his understanding of creation of such structure, starting on Freud's concept of death drive, going on Melanie Klein's and her successors discoveries. John Steiner's concept of „psychic retreat” helps us to understand the process of development pathological organization of personality. The clinical material describes the difficulties on work with that type of patients. In the last part of the paper, the author gives his reflections about reasons of the premature termination of the treatment by patient.

Psychiatria 2018; 15, 3: 165–172

Key words: psychoanalysis, death drive, pathological organization, psychic retreat

Wstęp

Jak wiadomo, idea wrodzonego popędu śmierci okazała się najbardziej kontrowersyjnym ze wszystkich konceptualizacji Freuda [1]. Była przyjęta ze sceptycyzmem przez jego uczniów, a obecnie jest odrzucana przez wielu poważnych i poważanych psychoanalityków. Freud miał świadomość sceptycznego przyjęcia, lecz mimo to trwał przy swojej koncepcji. W jednej z ostatnich prac pisał: „wiele zjawisk wskazuje, że w życiu występuje jakaś siła, którą [...] wywodzimy z pierwotnego w ożywionej materii popędu śmierci. [...] Jedynie współdziałanie i wzajemne przeciwdziałanie erosa i popędu śmierci wyjaśnia barwną różnorodność zjawisk życiowych, nigdy zaś jeden z nich” [2, s. 180–181]. Freud uzależniał powodzenie analitycznej kuracji od ilościowego czynnika popędów i, jak pisze, „ten czynnik wyznacza granice skuteczności naszych oddziaływań” (s. 169). Można więc powiedzieć, że ostateczny efekt jest jakąś funkcją zdolności i talentu psychoanalityka i siły popędów.

Obok analityków krytycznych wobec teorii o wrodzonym popędzie śmierci, byli też tacy, którzy uczynili z niego

podstawy swoich teorii. Melanie Klein, jej uczniowie i kontynuatorzy [3–6] rozwijali rozumienie wpływu popędu śmierci na rozwój, a raczej na zahamowanie rozwoju człowieka, oraz na implikacje kliniczne wynikające z przyjęcia założenia o wrodzonym konflikcie dwóch popędów. Autorzy ci zwracają uwagę na to, jak rzeczywistemu cierpieniu towarzyszy przyjemność wynikająca z psucia i niweczenia libidinalnych impulsów. Jak pisze Michael Feldman [5], śmiercionośny jest sposób, w jaki osoba atakuje znaczenie, różnice jednostkowe oraz niweczy jakiegokolwiek procesy rozwojowe. David Bell [6] wyróżnia trzy modele, w ramach których można konceptualizować popęd śmierci. W jednym z nich popęd jest cichy i ma na celu osłabienie rozwoju, ale nie prowadzi to do anihilacji, a bardziej do szczególnego rodzaju paraliżu. Przyjemność wywodząca się z utrzymywania przy życiu obiektu, by móc nieprzerwanie traktować go w ten sposób, ma charakter sadystyczny. Herbret Rosenfeld [7] stworzył pojęcie destrukcyjnego narcyzmu. Wynika ze specyficznego, patologicznego połączenia pomiędzy popędami życia i śmierci. Jedną z konsekwencji jest idealizacja wszechmocnych destrukcyjnych części siebie. Części te kierują się zarówno przeciwko wszelkim libidinalnym aspektom self, jak również libidinalnym relacjom z obiektami. Wywiera to potężny wpływ na jednostkę, nie pozwalając jej na zależne relacje z obiektami, podtrzymując ich trwałą dewaluację, co w konsekwencji prowadzi do pozornej obojętności osoby narcystycznej wobec obiektów i świata.

Adres do korespondencji:

Krzysztof Srebrny
Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne
Gabinet Psychoanalizy i Psychoterapii
ul. Paderewskiego 141
05–070 Sulejówek k. Warszawy
e-mail: gabinet@krzysztofsrebrny.pl

Co ciekawe, analitycy znajdujący swoją inspirację teoretyczną z innych niż kleinowskie źródła, także — od czasu do czasu — korzystają z konceptu popędu śmierci. Andre Green [8] zwraca uwagę, że Freud, formułując w „Poza zasadą przyjemności” koncepcję dwóch przeciwstawnych popędów — życia i śmierci, porzuca wcześniejsze rozważania na temat narcyzmu. Gdyby jednak iść tropem „wczesnego Freuda”, korzystając z „późnego Freuda” — zdaje się mówić Green — można się pokusić o stworzenie nowej teorii dwóch narcyzmów — pozytywnego i negatywnego, gdzie ten drugi dąży do zera, a jego celem jest nicota oraz ruch w kierunku śmierci psychicznej.

Inny z nie-kleinistów, Christopher Bollas [9] stworzył pojęcie „choroby normalności”, którą nazwał mianem Normozy. Obok przyczyn związanych z nieodpowiednim, polegającym na braku zainteresowania życiem symbolicznym dziecka, odzwierciedlaniem przez obiekty rodzicielskie, Bollas powołuje się na Freuda i jego koncepcję popędu śmierci. Jak pisze, realizacja tego popędu polega na pozbyciu się z psychiki napięć związanych z istnieniem i na przeniesieniu self na zewnętrzne przedmioty, które stają się alternatywnymi dla świadomości self. Tymi przedmiotami mogą być pieniądze, luksusowy samochód, sprzęty domowe, a także zdjęcie z wakacji, które jest ważniejsze od emocjonalnego doświadczenia zwiedzenia nowego miejsca.

Wracając do Klein [10], to widziała ona przejawy popędu śmierci w zawiści, która jest najpotężniejszym czynnikiem, jaki osłabia u podstaw uczucia miłości i wdzięczności, ponieważ ma wpływ na najwcześniejszą ze wszystkich relację, tę z matką. Zawiść atakuje więc i niszczy dobrą pierś, by zniwelować uczucie nie do zniesienia — to, że nie jest się samowystarczalnym i wszechmocnym. Niemowlę czuje, że matka ma wszystko, czego ono potrzebuje, i że jest niewyczerpalnym źródłem mleka i miłości. Dlatego matka z jej dobrą pierśią staje się pierwotnym celem zawiśnych ataków. W efekcie dobre i złe elementy stają się pomieszane, pierś staje się pokawałkowana, i to co jest uwewnętrzniane, to nie dobre, lecz przerażający i zniszczony obiekt. Gdy tak się stanie, ego zostaje dotkliwie uszkodzone, odwołanie się do miłości i wdzięczności jest bardzo utrudnione, a, co za tym idzie, zdolności reparacyjne słabną, naprawa staje się zaś bardzo trudna lub wręcz niemożliwa. Klein podkreśla też, że zawiść wzmacnia się na skutek deprivacji. Niektórzy współcześni Kleinieści (np. [11]) zwracają uwagę, że zawiść również intensyfikuje deprivację, uniemożliwiając podmiotowi korzystanie z dostępnych zasobów.

Gdy rozwój pozycji paranoidalno-schizoidalnej, a potem depresyjnej nie przeszedł normalnie i niemowlę nie może z przyczyn wewnętrznych lub zewnętrznych poradzić sobie z naciskiem lęków depresyjnych, powstaje błędne

koło. Zbyt silny lęk prześladowczy powoduje, że ego nie może przepracować pozycji depresyjnej. Zmusza to ego do regresji i wzmacnia wcześniejsze lęki prześladowcze i zjawiska schizoidalne [12]. Konsekwencją tego jest zaburzenie systemu percepcji i kontaktu z rzeczywistością, prowadzące nawet do psychozy [13]. Inną obroną wskazywaną już przez Klein [12] jest izolowanie się od ludzi w celu uniknięcia wtargnięcia w obiekt, a także by unikać wszelkich frustracji wynikających z relacji z obiektami. Idąc tym tropem, kolejne pokolenie psychoanalityków opisało system obron, który może chronić przed psychotycznym szaleństwem, równocześnie jednak uniemożliwiający prawidłowy i twórczy rozwój. John Steiner opisał system obron, który wpierw nazwał organizacją patologiczną [14], a potem rozwinął tę myśl, opisując organizację patologiczną jako schronienie przed rzeczywistością psychiczną i nazwał ją azylem psychicznym [15]. Rosenfeld przedstawił tę organizację w postaci wewnętrznego gangu, który dba o to, by konstruktywne i libidinalne działania nie przyniosły skutku. Gdy jeden członek gangu zaczyna współpracować z analitykiem/policją, pozostali natychmiast przeciwdziałają zmianom [7]. W takiej organizacji ważną rolę pełni specyficzne, perwersyjne superego. Wilfred Bion [16] określił je jako superego destrukcyjne dla ego. Wpływ na nie ma przekonanie pacjenta, że analityk stara się, poprzez rozumienie pacjenta, doprowadzić go do szaleństwa. To superego jest jak obiekt wewnętrzny pozbawiony zewnątrz, to superego przypominające raczej „super” ego. To zawistne przypisywanie sobie moralnej wyższości bez żadnych moralnych zasad. Jak pisze Bion: mówiąc w skrócie, mamy do czynienia z procesem zawistnego ogałacania ze wszystkiego co dobre [17]. Podobne superego zostało opisane przez Ednę O’Shaughnessy. Jest to superego, które rości sobie wyższościowe prawo do bycia najbardziej moralnym, w istocie zaś jest głęboko niemoralne [18]. Potwierdza to intuicję Freuda [19], że Id jest całkowicie amoralne, Ego próbuje być moralne, a Superego może być przesadnie moralne i wtedy jest tak okrutne jak Id.

Dość powszechnie uważa się, że stan umysłu nazywany pozycją depresyjną jest rozwojowo znacząco lepszy i „zdrowszy” niż pozycja paradoidalno-schizoidalna. To prawda, przebywanie głównie w schizoparadoidalnym stanie umysłu oznacza *de facto* psychozę, ale jednocześnie nie jest możliwe, by trwać w pozycji depresyjnej; nie byłoby to też korzystne. Ronald Britton [20] zwraca uwagę, że zdrowie człowieka zależy od częstości przejść pomiędzy poszczególnymi pozycjami. Każde nowe doświadczenie, a w gabinecie nowa dla pacjenta interpretacja wywołuje zrazu stany pomieszania charakterystyczne dla pozycji schizopa-

radoidalnej. Dopiero po chwili następuje depresyjne opracowanie. Jak pisze Britton, pozycja depresyjna nie jest i nie może być miejscem końcowego spoczynku: porzucenie bezpieczeństwa, które daje integracja, na rzecz nowej rundy pofragmentowanej, prześladowczej niepewności jest konieczne dla rozwoju. Jeżeli nie ma rozwoju, pojawia się regresja. W świecie ciągłych zmian próba zachowania *status quo* stanowi przyczynę wycofywania się. Wczorajsza pozycja depresyjna staje się jutrzejszą organizacją obronną.

Analityczna praca z pacjentami z organizacją patologiczną jest skrajnie trudna. Czasami sukces jest, lub wydaje się, niemożliwy. Jeżeli jednak podejmujemy się takich wyzwań, to czynimy to z wiary w możliwości naprawcze, jakie niesie psychoanaliza i z nadzieją, że miłość i wdzięczność dadzą sobie radę, gdy destrukcja i lęki zostaną zanalizowane i przepracowane. Warto w tym miejscu opisać pracę autora niniejszego artykułu z pacjentem (Pan B), z którym ta wiara i nadzieja się nie zrealizowały.

Pan B. był młodym mężczyzną. Pracował na wysokim stanowisku, dobrze zarabiał. Miał liczne osiągnięcia edukacyjne — ukończył dwa fakultety, z sukcesem startował w licznych konkursach, jego życie zawodowe było historią sukcesu. Na konsultacji z dumą opowiadał, ile wynosiła jego pierwsza pensja i jak systematycznie jego dochody rosną. Potrafił ze swadą, i w bardzo ciekawy sposób, opowiadać o skomplikowanych działaniach, które wykonywał w pracy. Nie ulegało wątpliwości, że jego kompetencje zawodowe są wysokie, a sukces zawodowy zawdzięczał swoim zdolnościom, pracy i pasji. Jednocześnie w życiu Pana B. panowała pustka. Nie utrzymywał z zasadzie żadnych kontaktów towarzyskich, czas poza pracą spędzał sam w swoim mieszkaniu, praktycznie nie kontaktując się z nikim, weekendy przesympiał. W jego życiu — poza edukacją, niewiele się wydarzyło. Swoich rodziców opisywał jako parę bardzo chłodnych i emocjonalnie zdystansowanych ludzi. Nie miał wrażenia, że coś ich ze sobą łączy, nie kłócili się, ale też nie mieli ze sobą — zdaniem pacjenta — wiele wspólnego. Był jednakim i późnym dzieckiem. Dzieci znajomych rodziców były starsze, nie miał kontaktów z rówieśnikami. W przedszkolu miał do czynienia głównie z wychowawczyniami, relacje z innymi dziećmi ograniczając do minimum. W szkole był kozłem ofiarnym, lub izolował się. Był dumny z sukcesów w izolowaniu się. Opowiadał, jak mimo nacisków kolegów, udawało mu się unikać sytuacji towarzyskich, na przykład w liceum został zmuszony do udziału w klasowych Mikołajkach. Miał jednak, jak mówił, niebywałe szczęście, bo wylosował samego siebie, więc mógł nie przyjść na spotkanie. Równie dumny był z tego, że nie brał udziału w Studniówce.

„Jestem jedyną znaną mi osobą, która na studniówce nie była” — mówił. W wieku kilkunastu lat zaczął cierpieć na objawy gastryczne. Po nieudanych próbach leczenia gastrologicznego został skierowany do psychiatry. Od 10 lat brał leki, które — jak twierdził — znacznie mu pomogły. Opowiadał jak w przeszłości trudność sprawiały mu najprostsze czynności (jazda tramwajem do szkoły, drobne zakupy w kiosku). W efekcie, okresowo, Pan B. korzystał z nauczania domowego i nie chodził do szkoły. Był z tego zadowolony. Doświadczał ulgi z powodu ograniczenia przymusowych dla niego kontaktów z kolegami i koleżankami.

Jak wspomniano, Pan B. w zasadzie nie utrzymywał kontaktów towarzyskich. Jak mówił, nie wyobraża sobie przyjscia na imprezę, na piwo z kolegami też nie pójdzie (mimo że jest to w zasięgu jego możliwości społecznych), bo po pierwsze nie ma ochoty, po drugie nie pije alkoholu, gdyż bierze leki. W liceum był zainteresowany kilkoma koleżankami, ale zawsze kończyło to się niepowodzeniem. Pan B. był przekonany, że żaden związek nie może mu się udać, więc starał się ograniczać swoje zainteresowania do minimum. W czasie studiów pacjent spotykał się z Panią A. Jak wynikało z jego relacji, to ona była nim zainteresowana. Chodzili razem na zajęcia, dużo ze sobą rozmawiali. Nie podjęli współżycia seksualnego, gdyż Pan B. nie chciał, by w ten sposób ich związek się umocnił i by wyglądało na to, że jest w niego zaangażowany. W połowie studiów zerwał znajomość z Panią A. pod pretekstem jej nielojalności. Od czasu do czasu — głównie z incjatywy Pani A. spotykali się, ale były to spotkania, jak ustalono podczas rozmowy, dość rzadkie.

Wszystkie te informacje Pan B. przekazywał w sposób spokojny i racjonalny, nie okazując większych emocji. Również o tym, co było impulsem do zgłoszenia się na konsultację do autora niniejszej pracy, mówił spokojnie, w beznamiętny sposób. Opowiadał, że jego lekarz psychiatra od 10 lat namawiał go do podjęcia psychoterapii, a od kilku lat do zgłoszenia się na analizę. Pan B. odrzucał te zachęty, mimo że lekarz ten był jedyną osobą, o której pacjent mówił ciepło i z wyraźnym przywiązaniem. O tym, że przyszedł na konsultację, zdecydowało spotkanie z Panią A., na którym pacjent poczuł, że mu na niej zależy. Pomyślał wtedy, że „może naprawdę powinien coś zrobić ze swoim życiem, bo wszystkie logiczne znaki na niebie i ziemi wskazują, że coś idzie nie tak”.

Autor niniejszej pracy był bardzo poruszony konsultacjami z Panem B. Próbował wczuć się w ten wyidealizowany stan bezruchu, jaki opisywał pacjent. W jego opinii taka pustka byłaby nie do zniesienia, pacjent kojarzył ją ze stanem braku deprywowanych potrzeb. Niepokoiło go dążenie pacjenta do braku zależności i satysfakcja, z jaką

opowiadał o tym, jak udawało mu się zrywać kontakt z osobami, którym na kontakcie z nim zależało. Niepokoilo brak wspomnień z rodzicami. Wyglądało na to, że pustka w relacji małżeńskiej rodziców, realizowała się także w ich kontaktach z synem. Nadzieję wzbudzało zainteresowanie pacjenta Panią A. i jego zdolność do otwartej rozmowy z nią, a także coś, co początkowo było nieuchwytnie i stało się zrozumiałe dopiero później — Pan B. projektował swoje libidinalne potrzeby w innych. W jego opowieści było kilka osób, którym wyraźnie ma nim zależało — psychiatrę, Panią A. w okresie studiów. Autor tego opisu również doświadczał nie tylko troski o pacjenta, ale także był nim zainteresowany i czuł możliwość głębokiego zaangażowania w próbę pomocy Panu B. Analityk miał nadzieję, że projekcje te ulegną odwróceniu, i coś co było pragnieniem umieszczonym w obiekcie, stanie się pragnieniem pacjenta. Być może te nadzieje byłyby bardziej stonowane, gdyby pamiętał myśl Betty Joseph [3], że tacy pacjenci jak Pan B. lokują dążenie do życia i zdrowia w analityku i wyjaśnia to ich ekstremalną bierność.

Psychoanalityk zdawał sobie także sprawę z tego, że ta konsultacja u jest najprawdopodobniej jedyną próbą Pana B. otrzymania pomocy terapeutycznej — pomocy, w którą — jak mówił — nie wierzy. Zdecydował się zatem na zaproponowanie Panu B. psychoanalizę, z sesjami 4 razy w tygodniu. Mimo oporów, pacjent zaakceptował tę propozycję. Decyzję o rozpoczęciu analizy podtrzymał, mimo że pomiędzy konsultacjami a terminem jej rozpoczęcia, jego nadzieje co do związku z Panią A. rozwiły się.

Od samego początku uwidocznił się silny opór pacjenta wobec kontaktu z nim. Na sesjach pacjent masywnie milczał — z reguły to psychoanalityk przerywał milczenie. Gdy zdarzyło mu się o czymś żywiej opowiadać, często przerywał nagle i mówił: „temat się wyczerpał”. Niemal nigdy nie pamiętał, o czym rozmawiano na poprzedniej sesji. Zdawał się doświadczać satysfakcji z udowodnienia, że psychoanaliza — taka nienaukowa metoda — nie odnosi w jego przypadku żadnych skutków. By uniknąć przedłużającego się milczenia na sesjach, analityk zdecydował, że będzie bardziej aktywnie pytał go o różne rzeczy, które wprowadzał na sesje. Początkowo przynosiło to efekt wyłącznie w jego sprawach zawodowych. Rozmowa toczyła się więc na tematy związane z pracą Pana B. Analityk starał się odnajdywać połączenia pomiędzy tym co mu opowiadał a jego wnętrzem, ale starania były z reguły odrzucane. Pocięszczał się, że sam fakt, iż pacjent opowiada komuś o swoich sprawach, jest znaczący, i że oswaja Pana B. z sytuacją analityczną. Czasami te wysiłki przynosiły jakiś efekt. Na przykład na jednej z sesji pacjent opowiadał, jak jadąc na sesję pociągiem, słyszał rozmowę pewnego

— jak to się wyraził — idioty, który dzwonił do bliskiej osoby i prosił ją, by nie wychodziła dzisiaj z domu, bo ma złe przecucia. Pan B. oczywiście natrząsał się z tego mężczyzny długo perorując, jak „przecucie” nie może być żadnym dowodem na zagrożenie, ale pod koniec posmutniał i powiedział, że zdał sobie sprawę, że ten mężczyzna, być może w głupi sposób, ale troszczy się o swoją rozmówczynię. Psychoanalityk zinterpretował to jako wyraz zauważenia jego troski, ale jednocześnie myślenia o nim wtedy jak o idiocie, który próbuje z nim o nim rozmawiać. Podobnie — jako wyraz akceptacji analizy rozumiał to, że Pan B. kupił samochód, w zasadzie tylko po to, by dojeżdżać na sesje.

Próbował badać, jak działały jego przekonania o tym, że różne rzeczy są niemożliwe. Pamiętał, że Britton [21] zalecał, by nie interpretować Superego, lecz wzmacniać niszczone przez nie Ego. Pytał więc, co myśli o tych niemożliwościach, o których tyle mówi. Ku jego zdziwieniu pacjent odpowiadał, że on wie, że mógłby pewne działania podjąć, że jest to w zasięgu jego możliwości, tym niemniej są one i tak niemożliwe. Psychoanalityk czuł, że owa niemożliwość, mimo że jest przyczyną cierpienia Pana B., sprawia mu także przyjemność, i że jest wówczas we władaniu tryumfującego perwersyjnego i aroganckiego (w rozumieniu Biona [16]), przepelnionego popędem śmierci Superego.

Liczne interpretacje lęków Pana B. także nie przynosiły pacjentowi ulgi. Przeżywał je raczej jako atak na jego obronę niż próbę zrozumienia jego przeżyć.

Po ok 5 miesiącach analizy zaczął wspominać o wspólnych wyprawach na lunch z kolegami z pracy. Spotkania te były dla niego przyjemne, nie odczuwał lęków społecznych, jakie zdarzały się wcześniej w takich sytuacjach. Z pewnym ożywieniem wspominał też o koleżankach z pracy, które mu się podobały, i które jego zdaniem były zainteresowane kontaktem z nim. W przeciwprzeniesieniu analityk doświadczał ożywienia pacjenta jako potwierdzenie swoich nadziei na możliwość pomocy Panu B., mimo że nadal w tym czasie duże partie sesji odbywały się w milczeniu, żywe wątki były ucinane, a opór Pana B. nadal był znaczący. Pacjent, często z sadystryczną satysfakcją, udowydniał mu, że jego motywacją do pracy z nim, są tylko kwestie finansowe, zaprzeczał powiązaniom, jakie robił, na przykład pomiędzy spóźnieniami a treścią poprzednich sesji. Niepokoilo również to, że Pan B. lokował ewentualny sukces analizy, w rękach lekarza, nie uznając swojego udziału we wspólnej pracy. Nadal też przekonywał o swojej pogardzie do analitycznego myślenia, co było — w opinii terapeuty — wyrazem pogardy, jego opierającej się na superego organizacji patologicznej, do jego zaangażowania i libidinalnych pragnień.

Na jednej z sesji pacjent opowiedział, jak kilku kolegów z pracy — wśród nich była również koleżanka, która mu się podobała — namawiali go na wspólne wyjście na piwo po pracy. Pan B., odmawiał, ale w taki sposób, że koledzy namawiali go jeszcze bardziej. Pacjent dostrzegał sympatię kolegów i ich chęć utrzymania z nim kontaktu, dostrzegał też aktywne zainteresowanie koleżanki. Sam — jak mówił — też miał ochotę z nimi iść i uważał, że jest to w granicach jego możliwości. Gdy wyszli z pracy, początkowo szli w jednym kierunku (to był też kierunek do mieszkania Pana B.). Wszyscy myśleli, że Pan B. idzie z nimi. W pewnym momencie, pacjent powiedział „no to cześć!” i ku zdziwieniu pozostałych odszedł w swoją stronę. Doświadczał złości na tę swoją część, którą umieścił w kolegach, oraz triumfu ze zwycięstwa nad nimi. Wydaje się, że ta sytuacja dobrze ukazuje problematykę Pana B. Doświadcza on libidinalnych potrzeb i chciałby iść wspólnie z analitykiem i kolegami, ale umieszcza tę potrzebę poza sobą, co pozwala mu nie być z nią w kontakcie. Jednocześnie doświadcza, że te wyprojektowane części self, stawiając go w konflikcie, zakłócają jego dobrostan. Gdy zapanuje nad potrzebami, doświadcza triumfu. Opowieść ta dobrze obrazuje sytuację przeniesieniową. Pan B. umieszcza w terapii nadzieję na analityczny, kreatywny kontakt, po czym bezwzględnie tę nadzieję rozwiewa.

Wydaje się, że od tego momentu nastąpiło załamanie w terapii. Pan B. częściej powtarzał, że „z całą pewnością nic nie zrobi, by zmienić swoją sytuację”, a także, iż „jest beznadziejny”. O owej beznadziejności świadczyło na przykład to, że — jak to ujął — „ma od tej dziewczyny wyższą pozycję, zarabia siedem razy więcej. Można powiedzieć — idealny kandydat na męża, a nawet nie potrafi się z nią umówić”. Wycofał się ze wspólnych lunchów, zaczął myśleć nad zmianą pracy. W skojarzeniach pacjenta częściej niż dotychczas pojawiały się obiekty, które zagrażają drogę (np. niedające się wyprzedzić ciężarówka, które uniemożliwiły przybycie na sesję bez spóźnienia). Pan B. pokazywał, jak wysoką cenę jest gotów zapłacić, by nie doświadczać żałoby i uczuć zależności. Ceną tą była martwota i bezruch, które opisywał w postaci wyidealizowanego pustego notatnika, w którym nie ma zapisanych żadnych notatek oznaczających jakieś zadania lub potrzeby. W skojarzeniach w przeniesieniu pojawiały się gry komputerowe, w których można było wyrwać przeciwnikowi nogę i nią walczyć. W interpretacji psychoanalityka pacjent doświadczał kontaktu z nim jako walki, w której używał materiału dostarczonego na poprzednich sesjach.

W opinii autora owa pewność, że „nic się nie uda”, „nic nie zmieni”, „na pewno nic nie zrobię”, była nie tylko obroną Pana B. przed doświadczeniem zależności, ale

także obroną przed niepewnością związaną z pozycją depresyjną. Ignez Sodre [22] zwraca uwagę, że obsesyjna pewność chroni pacjentów przed doświadczeniem sytuacji edypalnej, a także pomaga jednostce chronić się przed niepewnością związaną z różnymi punktami widzenia. Idąc tą drogą Britton [23] wskazuje, jak stan absolutnej pewności w patologiczny sposób chroni przed doświadczeniem prawdopodobieństwa pewnych zdarzeń, prawdopodobieństwa, które w schizoparoidalnym świecie łączy się z niepewnością, bólem i cierpieniem. W kontekście Pana B. dramatyczne wydaje się to, że owa absolutna pewność dotyczy niepowodzenia w realizacji libidinalnych potrzeb. By udowodnić psychoterapeucie, że ma rację, Pan B. atakował umieszczoną w nim nadzieję na reparacyjną możliwość, jaką daje analiza, drwił z prób pokazania mu innego punktu widzenia i z satysfakcją wyliczał, ile wydał na to, żeby nic się nie zmieniło. W efekcie po ponad roku analizy zdecydował się ją przerwać. Terapeuta zdecydował, że nie będzie interpretować jego wewnętrznej sytuacji, która doprowadziła do decyzji o zerwaniu. Rozmawiali raczej o poczuciu porażki, której obaj doświadczyli, o smutku i żałobie. To się częściowo udało i po kilku sesjach po swojej decyzji, Pan B. zakończył analizę. Pozostawił terapeutę z uczuciem żałoby i z lękiem o jego dalsze losy. Steiner [15] pisze o uldze, którą zapewnia psychiczny azyl, a która pociąga za sobą koszty w postaci izolacji, stagnacji i wycofania. Niektórzy pacjenci akceptują tę sytuację z przekorą bądź triumfem i wówczas to analityk zostaje obciążony odczuwaniem rozpacz, jaką wzbudza porażka w nawiązaniu kontaktu. Azyl jest wtedy idealizowany i przedstawiany jako miejsce przyjemne, a wręcz jako oaza spokoju. Pacjent trzyma się go kurczowo, gdyż jest przekonany, że inna dostępna opcja jest zawsze gorsza. W pracy z Panem B. musiał uznać, że w tej konkretnej analitycznej parze, wyłonienie się z azylu okazało się niemożliwe.

Zazwyczaj nie wiadomo, jak z przerwaniem analizy radzi sobie pacjent. Czy odczuwa ulgę, gdyż azyl został ochroniony? Może jest pełen triumfu nad analitykiem i jego próbami pomocy? Może też doświadcza żałoby? Nie wiadomo. Dostęp jest tylko do tego, co dzieje się z żałobą po stronie terapeuty. Niewątpliwie przerwanie analizy przez pacjenta rani jego analityczny narcyzm i wywołuje poczucie winy. Bolesny staje się kontakt z myślą Freuda, który w *Analizie skończonej i nieskończonej* ostrzega, iż „analiza nie rozporządza nieograniczonymi środkami, lecz możliwości jej są ograniczone, a wynik końcowy zawsze zależy od relatywnego stosunku sił walczących ze sobą instancji” [2, s. 169].

Jednym ze sposobów radzenia sobie przez analityka z narcystyczną traumą porażki jest oskarżenie pacjenta o złą wolę, narcyzm i zawiść, bez kontaktu z jego cierpie-

nim, jakie się z tymi uczuciami wiąże. Innym — próba zrozumienia, co wpłynęło na taki a nie inny przebieg kuracji. Oto kilka refleksji po rozstaniu z pacjentem, które pojawiły się w trakcie pisania niniejszego wystąpienia. Pierwsza refleksja dotyczy okoliczności zgłoszenia się Pana B. na konsultację. Zdawało się, że — zgodnie z tym co mówił — zależało mu na realizacji jego libidinalnych pragnień w relacji z Panią A. Terapeuta miał przynajmniej kilka powodów, by tak myśleć. Pani A. zdawała się być jedyną osobą, przy której i do której Pan B. wyrażał swoje uczucia wprost, bez zaprzeczania i perwersyjnych obron, które na co dzień stosował. Pacjent mówił pani A. o swoich uczuciach do niej i otwarcie deklarował chęć nawiązania stałego związku. Mimo że dość szybko użył odmowę, utrzymał kontakt z Panią A. i stosunkowo dużo mówił o niej w czasie analizy. Niewątpliwie ze wszystkich ludzi w jego otoczeniu (włączając w to rodziców i terapeutę) Pani A. jest najbardziej obsadzonym libidinalnie obiektem w jego życiu. Jednocześnie analityk nie docenił lęku przed upokorzeniem, jakie to ożywienie i zaangażowanie pacjenta w nim wywołało. Steiner [24] zwraca uwagę na to, jak bardzo pacjent korzystający z azylu boi się go opuścić. Libidinalne ożywienie naraża go na uczucia wstydu, zakłopotania i upokorzenia. W życiu Pana B. już od adolescencji jakiegokolwiek zaangażowanie prowadziło do głębokiego upokorzenia. Z reguły nie ujawniał swoich uczuć, a co za tym idzie, nie spotykał się z pozytywnym dla niego odzewem. Wcześniej lub później okazywało się, że obdarzana przez niego uczuciem, lub choćby zainteresowaniem, kobieta ma jakiegoś innego partnera. Pan B. doświadczał tego jako bardzo bolesnego upokorzenia, traktując jako dowód na to, że jakiegokolwiek próby nawiązania przez niego związku są skazane na niepowodzenie. W trakcie dyskusji na konferencji we Wrocławiu, dr Gustaw Sikora z Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego zwrócił uwagę na to, że być może Pan B. zgłosił się na konsultację nie po to, by zrealizować libidinalne pragnienia, ale po to, by wygasić wewnętrzny konflikt, który w wyniku tego zaangażowania przeżywał. Można myśleć, że jeżeli azyl psychiczny chroni przed kontaktem zarówno z własnymi uczuciami, jak i z obiektem, to nieświadoma motywacja Pana B. wynikała nie z chęci leczenia azylu, w jakim się znalazł, lecz z konfliktu, jaki został wywołany poprzez kontakt z Panią A. Pan B. czuł, że zaangażowanie w relację z Panią A. powoduje rozluźnienie azylu, co w konsekwencji może go narazić na ból psychiczny, który będzie nie do zniesienia. W trakcie tej, jak się okazało, niewiele ponad rok trwającej analizy, nie ujawnił się materiał dotyczący szczegółów wczesnodziecięcych relacji Pana B. z rodzicami. Wiedza, którą przekazał Pan B. w trakcie konsultacji, w zasadzie nie zwiększyła się podczas trwania analizy. Ukazywał się

obraz pustego, dostatniego domu, w którym członkowie rodziny: Pan B., jego matka i ojciec niewiele ze sobą rozmawiają, żyjąc jakby w oddzielnych bańkach. Pan B. wspominał tylko, że jego matka była bliska rozstania z mężem i że on — Pan B., swoim zachowaniem temu zapobiegł. Wyłania się więc edypalna para, którą niewiele łączy i którą Pan B. omnipotentnie ratuje przed rozpadem. Jak wiadomo, Freud [25] opisywał rozwiązanie kompleksu Edypa jako efekt lęku kastracyjnego. Chłopiec odwraca się od matki, gdyż rozpoznanie anatomicznej różnicy płci prowadzi go do przekonania, że groźba kastracji jest rzeczywista. Steiner [24, s. 28–29] zauważa, że taki model ukazuje paranoidalne rozwiązania dylematu edypalnego. Jest oparte na władzy ojca, który narzuca rodzinie strukturę poprzez autorytet oparty na władzy i groźący kastracją w celu zastraszenia dziecka. Taka sytuacja nie prowadzi do rozwiązania kompleksu Edypa, lecz wywołuje impas, na skutek którego dziecko pielęgnuje urazę i obmyśla zemstę. Jak wspomniano, niewiele wiadomo o stosunkach panujących pomiędzy Panem B. a jego ojcem — tylko to, że był odnoszącym sukcesy przedsiębiorcą, który zapewniał swojej rodzinie dobrobyt materialny. Pan B. z dumą podkreślał, że obecnie, jeszcze przed trzydziestką zarabia więcej niż jego ojciec. Można to słyszeć, jako edypalną dumę z prześcignięcia ojca — któż o tym nie marzy! Jednak brak większej ilości wspomnień dotyczących rodziców i podkreślanie ich emocjonalnej niedostępności może świadczyć o zemście i urazie, które są doświadczane na wskutek takiego a nie innego przeżycia sytuacji edypalnej. W przeniesieniu, na pierwszy rzut oka, Pan B. bał się podjęcia rywalizacji z analitykiem. Podkreślał, że najprawdopodobniej zarabia tyle samo, i że samochód, który kupił specjalnie po to, by przejeżdżać na analizę, jest tej samej klasy co analityka. Nie trzeba chyba dodawać, że oba te twierdzenia nie były prawdziwe. Pan B. zarabiał znacząco lepiej, a jego samochód był nowszy i znacznie wyższej klasy. Jednocześnie Pan B. podważał sensowność analizy, podkreślając jej nienaukowość i przekonując, że jest w gabinecie wyłącznie dlatego, że polecił mu tę wizyty jego psychiatra. Pan B. uważał, że jest u najlepszego analityka w mieście, o czym miało świadczyć to, że był on mu polecony, oraz to, że wówczas pełnił funkcję w zarządzie Towarzystwa Psychoanalitycznego. Można więc powiedzieć, że w fantazji był jak ojciec Pana B., najlepszy w swojej branży. Innym sposobem rywalizacji było pogardliwe wyliczanie, jak to nieopłacalną inwestycją jest posiadanie dzieci, które zauważył w domu terapeuty, gdzie odbywały się wizyty, i jak tylko nieracjonalnie myślący ludzie mogą się na to zdecydować. Przypominał w tym pacjenta Erica Brenmana [26], który stawiał go przed przeciwnym dylematem, jak reagować na

zaczepki, unikając egocentrycznego przewrażliwienia (pacjent ten np. rozpoczął sesję słowami „Czytałem dzisiaj Keatsa. Nawiasem mówiąc, Brenman, Keats to taki znany angielski poeta” [s. 29]). Przerwanie przez Pana B. analizy byłoby w tym rozumowaniu próbą uzyskania narcystycznego i omnipotentnego triumfu nad ojcem/ /analitykiem, tryumfu, który służyć miał pozbyciu się poczucia upokorzenia związanego z niebyciem tak męskim i tak potężnym jak jego ojciec. Hipotezę tę w pewnym stopniu uprawdopodobniają losy Pana B. po przerwaniu analizy, o których wiadomo dzięki uprzejmości psychiatry, z którym Pan B. podtrzymał kontakt. Początkowo Pan B. popadł w depresyjną apatię. Czas poza pracą spędzał wyłącznie w domu, nie zajmując się praktycznie niczym, większość czasu przespiając. Psychiatrze skarżył się, ile pieniędzy wydał na analizę, która nie przyniosła żadnych efektów. Nie sprzedał jednak samochodu, mimo że tak zapowiadał pod koniec kontaktu z analitykiem. Był mu on przecież potrzebny jedynie do dość uciążliwego dojeżdżania do jego gabinetu. Po około roku, podczas spotkania z Panią A., Pan B. zdecydował się jednak na nietypowy dla niego ruch. Odwoził Panią A. na jakąś imprezę i w ostatniej chwili zdecydował się pójść z nią. Jak opowiadał psychiatrze, przypomniał sobie analizowaną podczas psychoterapii sytuację z kolegami namawiającymi go do pójścia na piwo, i uczucie smutku, które go nawiedziło, gdy tego nie zrobił — satysfakcja z omnipotentnego triumfu nad pragnieniami opadła. Wtedy się zdecydował. Zaskoczona Pani A. uznała to za objaw ogromnego zaangażowania i doceniła determinację Pana B. Wydaje się, że zostali parą, a Pan B. planował podróż za ocean, gdzie Pani A. pracowała (niemożność latania samolotem na tak dużych dystansach była jednym z wielu objawów Pana B.). Niezależnie od prognoz co do powodzenia tego związku, można przypuszczać,

że Pan B., pokonawszy ojca/analityka mógł poczuć się bardziej męski i spróbował przekroczyć dotychczasowe ograniczenia. Oczywiście, by utrzymać omnipotentną fantazję, nie łączył swojego kroku z analizą. Przeciwnie, jak mówił psychiatrze: „widzi Pan, tyle pieniędzy niepotrzebnie zmarnowałem, a wystarczyło w odpowiednim momencie wysiąść z samochodu”.

Jak wspomniano, powodzenie kuracji analitycznej zależy od zasobów pacjenta i możliwości jego analityka. Nie ulega wątpliwości, że zasoby Pana B. były ograniczone. Warto w tym miejscu przyjrzeć się udziałowi psychoanalityka w niepowodzeniu tej analizy. Był bardzo zaangażowany w leczenie Pana B. Jego wewnętrzna sytuacja bardzo go poruszała. Rozpoznawał w nim pewne cechy, które wiele lat temu przyprowadziły go na jego analizę, i z którymi przez lata się zmagał. Bardzo więc chciał pomóc swojemu pacjentowi. Nie zauważał, że w ten sposób odtworzyła się w przeniesieniu relacja obiektualna, w której Pan B. był nie taki, jakiego oczekiwał — nie zmieniał się zbyt szybko, ucinął wątki, atakował swoje libidinalne impulsy itd. Taka wewnętrzna relacja z analitykiem/rodzicem nie została przeze terapeutę niestety zauważona i nie można powiedzieć, że w tym zakresie kierował się zaleceniem Biona, by analityk podchodził do każdej sesji z pacjentem „bez pamięci i bez chęci”. Prawdopodobnie to także przyczyniło się do impasu w analizie, a w konsekwencji do jej zerwania. Rozważając analityczne porażki, nie wiadomo z całą pewnością, jakie były ich przyczyny. Na ile błędy nieuchronnie popełniane w analitycznym leczeniu zaważyły na takim a nie innym jego końcu. W jakim stopniu przyczynił się do tego pacjent, który — być może miał za mało libidinalnych zasobów, by wyrwać się ze szponów patologicznej organizacji, a na ile analityk z jego ograniczeniami? Tego nie wiadomo. To co pozostaje, to niepewność.

Streszczenie

W artykule opisano trwającą ponad rok psychoanalizę pacjenta z patologiczną organizacją osobowości. W części teoretycznej autor pokazał swoje rozumienie tworzenia się takiej struktury, poczynając od freudowskiego konceptu popędu śmierci, poprzez odkrycia Melanie Klein i jej uczniów. Pojęcie „azyłu psychicznego” sformułowane przez Johna Steinera, zdaniem autora, pomaga zrozumieć proces kształtowania się patologicznej organizacji osobowości. Materiał kliniczny z tej, jak się okazało, wcześniej przerwanej psychoanalizy, ilustruje trudności kliniczne, jakie napotyka się w pracy z tego typu pacjentami. W ostatniej części artykułu, autor snuje refleksje na temat przyczyn porażki w tym konkretnym przypadku.

Psychiatria 2018; 15, 3: 165–172

Słowa kluczowe: psychoanaliza, popęd śmierci, organizacja patologiczna, azyl psychiczny

Piśmiennictwo

1. Freud Z. Poza zasadą przyjemności 1920/1997. PWN, Warszawa 1997.
2. Freud Z. Analiza skończona i nieskończona. In: Freud Z. ed. Poza zasadą przyjemności. PWN, Warszawa 1997.
3. Joseph B. Addiction to neat-death. In: Joseph B. ed. Psychic equilibrium and psychic change. Routledge 1989: 449–456.
4. Segal H. O klinicznej użyteczności popędu śmierci. In: Segal H. ed. Psychoanaliza, literatura i wojna. GWP, Gdańsk 2005.
5. Feldman M. The clinical advantage of the death instinct. *Psychoanalytic Social Work*. 2001; 8(2): 23–39, doi: [10.1300/j032v08n02_03](https://doi.org/10.1300/j032v08n02_03).
6. Bell DL. The death drive: Phenomenological perspectives in contemporary Kleinian theory. *Int J Psychoanal*. 2015; 96(2): 411–423, doi: [10.1111/1745-8315.12212](https://doi.org/10.1111/1745-8315.12212), indexed in Pubmed: [25236836](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25236836/).
7. Rosenfeld H. Kliniczne podejście do psychoanalitycznej teorii popędów życia i śmierci: badanie agresywnych aspektów narcyzmu. In: Steiner J. ed. Rosenfeld po latach. Artykuły na temat jego wpływu na praktykę kliniczną. Oficyna Ingenium 2012.
8. Green A. A dual conception of narcissism: positive and negative organizations. *Psychoanal Q*. 2002; 71(4): 631–649, indexed in Pubmed: [12391934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12391934/).
9. Bollas Ch. Normotic illness. In: Bollas Ch. ed. The Christopher Bollas Reader. Routledge 2011.
10. Klein M. Zawieść i wdzięczność. In: Pisma. Tom III. GWP, Gdańsk 1957: 185.
11. Brenman-Pick I. Reflections on envy and gratitude. In: Roth P, Lemma A. ed. *Envand Gratitude Revisited*. Karnac 2008: Karnac.
12. Klein M, Klein M. Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych. In: Pisma. Tom III. GWP, Gdańsk 2007.
13. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. GWP, Gdańsk 2005.
14. Steiner J. The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *Int J Psychoanal*. 1987; 68 (Pt 1): 69–80, indexed in Pubmed: [3570674](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3570674/).
15. Steiner J. *Azyl psychiczny*. Imago 2010.
16. Bion W. *Po namyśle*. Oficyna Ingenium 1967.
17. Bion W. *Uczenie się na podstawie doświadczenia*. Oficyna Ingenium 2011.
18. O'Shaughnessy E. Relating to Superego. *IJP*. 1999; 80: 861–970.
19. Freud Z. Ego i Id. In: Poza zasadą przyjemności. PWN, Warszawa 1997.
20. Britton R. Poza pozycją depresyjną: PS(n=1). In: Bronstein C. ed. *Teoria kleinowska: perspektywa współczesna*. Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal, 2015.
21. Britton R. Seks, śmierć i superego. Doświadczenia w psychoanalizie. Oficyna Ingenium 2011.
22. Sodr  I. Obsessional certainty versus obsessional doubt: From two to three. *Psychoanalytic Inquiry*. 1994; 14(3): 379–392, doi: [10.1080/07351699409533992](https://doi.org/10.1080/07351699409533992).
23. Britton R. The pleasure principle, reality principle and the uncertainty principle. In: Mawson Ch. ed. *Bion Today*. Routledge 2011: Routledge.
24. Steiner J. *Widzieć i być widzianym*. Wyłanianie się z psychicznego azylu. Imago, 2017.
25. Freud Z. Upadek kompleksu Edypa. In: Freud Z. ed. *Życie seksualne*. KR, 1997.
26. Brenman E. *Odzyskiwanie dobrego obiektu*. Replika 2006.