

Setting i naruszanie granic w psychoterapii psychoanalitycznej adolescentów.

Dr. Dimitris Anastasopoloulos

Seferi 46, 15451 Ateny

Grecja

W psychoanalizie można wyróżnić trzy elementy: technikę analityczną, relację analityczną i setting.

Każde zjawisko powstające podczas relacji analitycznej zawiera się w tym co określamy mianem sytuacji analitycznej..

Na sytuację analityczną składają się: setting i proces, który zawiera obiekt analityczny. Oczywiście koegzystują one ze sobą w relacji analitycznej i w technice. Spróbujemy zbadać wykorzystywanie i nadużycie settingu i granic, ze specjalnym uwzględnieniem specyfiki okresu adolescencji.

Granice analityczne

Uważane przez niektórych za część settingu, mają jednak swoją własną rolę i funkcję w sytuacji analitycznej.

Z definicji wynika, że granice rozdzielają dwie bliskie sobie funkcje lub byty. Są także wykorzystywane do oznaczania obszarów funkcji lub przynależności, do rozgraniczania, co się zawiera a co nie.

W psychoanalizie, pojęcie granic były użyte przez Z. Freuda w pracy „Instincts and their vicissitudes” (1915) do wskazania rozdziału między somatycznym a psychicznym, przy czym popędy określał on jako koncept graniczny. W „Civilization and its Discontinues” (1930,p.33) Freud pisał także. o: ”granicy leżącej między ego a światem zewnętrznym”.

W sytuacji analitycznej granice rozumiane są nie jako struktura, ale głównie jako czynność abstrakcyjna lub proces.

Funkcjonują one pomiędzy:

Mentalne-fizyczne (symboliczne – działanie)

Fantazja-rzeczywistość (popędy – testowanie rzeczywistości)

Obiekt – podmiot (zróżnicowany – niezróżnicowany, symbiotyczny lub fuzyjny)

Profesjonalny – osobisty (analityk- pacjent)

Intymny- społeczny (dyskretny – eksponujący)

Świat zewnętrzny – przestrzeń analityczna (zewnętrzny – wewnętrzny)

Self - świat wewnętrzny (id, superego)

świat zewnętrzny- świadomość – nieświadomość

Można powiedzieć, że granice określają wewnątrz interpersonalne parametry settingu analitycznego, w taki sposób, żeby pacjent i analityk funkcjonowali w rolach, jakie mają spełniać.

W relacji analitycznej, profesjonalne granice muszą być zachowane, po to, aby obaj jej uczestnicy mogli je psychologicznie przekraczać. Ma to miejsce w empatii i w projekcyjnej identyfikacji.

Tak więc, pewna przepuszczalność granic jest potrzebna do komunikowania się i do tego, aby proces terapeutyczny zaistniał. Nieprzepuszczalność granic nie pozwala na pogłębianie komunikacji i rozwój procesu analitycznego. Uczestnicy mogą być albo zbyt defensywni, albo zbyt mało empatyczni. Może w nich narastać uczucie emocjonalnego ubóstwa i frustracji. Z drugiej jednak strony, zbyt luźne granice analityczne mogą powodować pojawienie się lęków prześladowczych u obydwu uczestników relacji. Niewyraźne i niezgodne granice interpersonalne, sprzyjają wystąpieniu regresyjnego zlania się różnych zjawisk, tak jak ma to miejsce w niektórych zaburzeniach osobowości, czy stanach psychotycznych. (Gabbard G, Lester E, 1995). Mamy tu więc do czynienia z oscylacją pomiędzy agorafobią i lękami klaustrofobicznymi a poszukiwaniem bezpiecznej przestrzeni pomiędzy nimi. Wewnętrzne i zewnętrzne granice oferują poczucie bezpieczeństwa w bliskiej relacji, w której regresja i wolne skojarzenia pacjenta mogą funkcjonować bez lęku przed zlaniami się lub pomieszaniem, czy zatarciem różnic między fantazją a rzeczywistością.

Granice analityczne pomagają psychoanalitykowi kontenerować i przetwarzać wymianę psychiczną bez uciekania się do niewłaściwego działania. Pozwalają one na wyłanianie się pierwotnych afektów i na ich symboliczną i werbalną komunikację bez zagrożenia zlaniami się lub utratą zdolności do testowania rzeczywistości.

Setting.

Aby zdefiniować setting (nazywany również ramą, co moim zdaniem, odnosi się głównie do granic), należy oddzielić go od procesu.

Proces analityczny jest zespołem zmiennych badanych, analizowanych i interpretowanych.. Składa się z: relacji, komunikacji, zjawiska przeniesienia i przeciw-przeniesienia, interpretacji i innych interwencji, inspiruje, ale nie determinuje setting (Etchegoen 1991).

Setting koresponduje ze stałymi sytuacji analitycznej. Składa się z komponentów realnych i symbolicznych.

Komponenty realne to – przestrzeń (jako zespół obiektów i atmosfery), czas, miejsce oraz porozumienia i ustalenia dokonane na początku (kontrakt terapeutyczny).

Komponenty symboliczne to – nastawienie, zaufanie, rola analityka i jego bezstronność. Jako relatywnie stałe można też wymienić: brak kontaktu fizycznego, anonimowość analityka, jego nie oceniającą akceptację, wstrzemięźliwość w gratyfikowaniu, akceptację i zachętę dla swobodnej ekspresji.

A.Green (2005) nazywa komponent symboliczny – aktywnym matrixem, na który składają się: wolne skojarzenia pacjenta, zmienna koncentracja i zdolność słuchania, oraz życzliwa neutralność analityka. Natomiast komponent realny jest rodzajem obudowy, w której skład wchodzi czas, cykliczność oraz wynagrodzenie.

Wrażliwość, dyspozycyjność a także spokój i opanowanie analityka stanowią konfigurację jego cech psychicznych..

J.Bleger (1966) w swoim klasycznym artykule bada ramę analityczną – setting, jako wprowadzenie „... instytucji, w której występują pewne zjawiska...” (s.512), w taki sposób, żeby chociaż część tożsamości uczestników była ukształtowana przez nie.

Instytucje są tworzone po to by kontenerować w sobie lęki psychotyczne i w tym celu również służy setting (Jaques 1951., Menzies 1960). Stabilność settingu pozwala zajmować się najbardziej prymitywnymi częściami osobowości, które możemy nazwać „rdzeniem psychotycznym”. Należą do nich: niezróżnicowane elementy symbiotyczne, elementy urojeniowe, elementy wyobrażeń cielesnych i na temat ciała .

W settingu nie ma miejsca na dwuznaczność z uwagi na występujące wewnątrz niego elementy i lęki psychotyczne. Natomiast cisza zawiera się w settingu, albowiem są w niej najbardziej pierwotne elementy pacjenta z okresu pre-mentalizacji, jak również nie wyrażone, milczące, ciche składniki jego self.

Setting jest stale obecny, tak jak dla dzieci stale obecni są rodzice. Jego obecność pozwala na rozwój i zróżnicowanie ułatwiając integrację różnych części psychicznych; setting reprezentuje – i w istocie działa tak jak – pierwotne zespolenie się z macierzystym ciałem; pomaga w ponownym ustanowieniu symbiozy, dostarczając dlań przestrzeni, po to by ułatwić jej późniejszą zmianę.

Ta późniejsza zmiana, desymbiotyzacja relacji: analityk – pacjent, jest osiągnięta poprzez systematyczną analizę settingu (Belger 1966).

Setting jest ustanawiany jako fakt obiektywny w sytuacji analitycznej, zawierającej proces wypełniany fantazjami pacjenta. W ten sposób stwarzane są najlepsze warunki dla celu analitycznego. Sytuacja analityczna jest albo „deprywacją intymności” (Stone 1984), albo bliską relacją w warunkach optymalnej deprywacji. W tej asymetrycznej, ale jednocześnie bliskiej i intymnej relacji, gratyfikacje są minimalne i symboliczne, czas jest ograniczony do ustalonych spotkań a reguły są ustanowione i pilnowane przez terapeutę. Setting jest konieczny, by zawrzeć frustracje i lęk separacyjny pojawiające się podczas pracy analitycznej. Pomaga w stawieniu czoła zależności, fantazjom o fuzji i lękom przed porzuceniem, przy jednoczesnym zapewnieniu o kontynuacji, obecności i życzliwej trosce o drugą osobę. Dzięki temu pacjent może wyrażać swoje destrukcyjne fantazje, doświadczając tego że terapeuta nie zostaje przez nie zniszczony i w konsekwencji może dokonywać reparacji wyrządzonych szkód.

Setting sam nie będąc procesem, ułatwia rozwój procesu. W przypadku, kiedy setting zamienia się w proces – nie stały, ale zmienny, gdzie obie strony biorą udział w otwartej interakcji w ramach luźnych granic – potrzebna jest analiza, interpretacji i badanie, po to, aby go odbudować. Setting, może być analizowany tylko w ramach settingu (Belger 1966). Setting analityczny jest potrzebny po to, aby zaistniał proces analityczny. Zawiera go utrzymując zarazem wysoki profesjonalizm i osobisty charakter relacji analitycznej. Jest niezbędny by: a) utrzymać izolację między sytuacją analityczną a światem zewnętrznym, b) uniemożliwić rozładowanie fizyczne, c) ograniczać bliskość psychiczną, dzięki czemu szaleństwo może być bezpiecznie wyrażane. d) zapewnić metaforyczny charakter języka, e) zagwarantować początek i koniec sesji, tak by nie mieszała się ona z prawdziwym życiem pacjenta, f) obiecać, że kolejna sesja odbędzie się.

Podsumowując, podstawowe cechy settingu to: stałość, regularność, przewidywalność, zaufanie i ciągłość.

Tak długo nie jesteśmy świadomi settingu, jak długo nie jest on kwestionowany i działa bez zakłóceń.

Obecności settingu doświadczamy wtedy gdy coś działa przeciwko niemu, lub gdy przestał być settingiem, a stał się procesem. Zanika pewność, a terapia zostaje zamieniona w transakcję, którą musi być zrozumiana i nazwana w ramach stworzonej przez terapeutę symbolicznej konstrukcji, co pozwala odbudować setting i ciągłość procesu.

Setting pozwala na receptywną otwartość umysłu terapeuty i na swobodne wyrażanie nieświadomych fantazji przez pacjenta. Dzieje się to poprzez regresję pacjenta i projekcyjną identyfikację. W tym samym czasie setting daje terapeutę przestrzeń, w której może on regularnie wstrzymać uwagę i bezpiecznie przyjmować projekcje pacjenta, rozumieć swoje przeciwprzeniesienie i osobiste zaangażowanie w relację terapeutyczną. Setting umożliwia również powstanie meta-przestrzeni, przestrzeni przejściowej czy pośredniczącej, w której wyłanianie się nieświadomości jest ułatwione i kontenerowane, ale w której może również pojawić się ból psychiczny. Obiekt analityczny tworzy się w przestrzeni leżącej pomiędzy komunikacją pacjenta i terapeuty zawartej w settingu odtwarzanym wciąż na nowo podczas każdego spotkania (A.Green 1975).

Bez settingu, niemożliwe jest badanie zjawiska nieświadomości, które występuje w życiu codziennym.

Podsumowując, setting jest wykorzystywany do:

1. Przypominania, ponownego doświadczania, ustanawiania na nowo, oraz unieważniania.
2. Bezpiecznej ekspresji, pozbycia się psychicznych zakazów ale przy jednoczesnym ograniczeniu rozładowania fizycznego.
3. Zawierania acting out'ów, pierwotnych fantazji i uczuć.
4. Ułatwiania ekspresji świadomości, nieświadomości, żądań i oczekiwań.

Załamania i elastyczność settingu.

Chociaż setting składa się z pewnych stałych cech i musi być stabilny i niezmienny, to jednak pewna elastyczność jest wskazana. Setting jest ustanawiany, utrzymywany i pilnowany przez psychoanalityka, ale musi również dostosowywać się do szczególnych potrzeb pacjenta, wcześniej zrozumianych i ocenionych przez psychoanalityka. Jest to monitorowane poprzez ocenę potrzeb analitycznych, a modyfikacje settingu rzadko osiągają formę podstawowych zmian strukturalnych. Wpływ środowiska (rodzice, zdrowie, poważne zakłócenia w sferze polityki, ekonomii czy w sferze społecznej, itp.), mimo, że powinien być minimalizowany, jest nieunikniony.

W przypadkach, kiedy setting musi zostać dość znacznie zmodyfikowany, terapeuta musi się odnosić do wewnętrznego settingu, wyniesionego ze swojej własnej uwewnętrznionej analizy, który na swój sposób określa relację tu i teraz (A.Green 2005).

Im większa jest regresja pacjenta, tym ważniejszy jest setting. Jest to podstawową zasadą, że młody terapeuta musi najpierw bardzo dobrze poznać i zrozumieć reguły a także ściśle ich przestrzegać. Kiedy staną się one częścią jego profesjonalnej osobowości, może zacząć je modyfikować, biorąc pod uwagę swoje własne cechy osobowości, ale przede wszystkim swoiste potrzeby terapii. W ten sposób, stworzy setting funkcjonalny, ułatwiający rozwój procesu, który posiadając rozpoznawalną dbałość o wspólne elementy, nigdy nie jest identyczny z inną terapią, lub settingiem psychoanalityka (Dewald 1976). Psychoterapia psychoanalityczna nie polega na utrzymywaniu idealnego settingu, ale na zdolności do rozpoznawania i naprawy błędów i szkód doświadczonych podczas pracy.

Każdy pacjent, tak jak każdy terapeuta, tworzy ale również potrzebuje swoich własnych stałych. W każdej nowej sytuacji analitycznej kreowane są nowe stałe. Mimo ich ważności, w niewielkim stopniu zmieniają one całokształt settingu analitycznego.

Biorąc pod uwagę powyższe, setting „doskonały” pozostawia milczące, psychotyczne części pacjenta niezauważone i nie dotknięte. Załamanie i odbudowa settingu, które oczywiście będą analizowane, są niezbędnymi czynnikami prawdziwej analizy, która nie będzie analizą „jak gdyby” (Etchegoyen 1991, Lipshitz-Phillips 2002).

Złamania settingu mogą być spowodowane jakimiś extra kontaktami z psychoanalitykiem, wszelkiego rodzaju przerwami, zmianami w nastawieniu terapeuty, załamaniem spowodowanymi siłami lub pomyłkami zewnętrznymi czy zewnętrznymi interwencjami itp. (Ganzarain 1991, Stream 1981, Weiss 1975, Tarnower 1966).

Setting w terapii adolescentów

Kiedy mówimy o pewnej giętkości, dostosowaniu do specyficznych potrzebach danej terapii, mamy na myśli nie tylko zarządzanie granicami i istotnymi czynnikami settingu, ale również małe zmiany w nastawieniu terapeuty.

Zmiany te, pomijając jedyne w swoim rodzaju, osobiste problemy każdego pacjenta, związane są zazwyczaj ze stadium rozwoju, psychopatologią i nieuniknionym wpływem świata zewnętrznego.

Mówiąc o adolescentach, powinniśmy wziąć pod uwagę wszystkie następujące czynniki: przejściową fazę w rozwoju psychicznym, powiązaną z tym psychopatologią i w końcu rodziców, jako część środowiska.

Jak zauważyłem wcześniej, setting jest pewną stałą, nie-procesem, gdzie psychotyczna, najbardziej pierwotna część pacjenta jest zdeponowana. Jest to bardzo istotne, aby proces pozostał drożny.

Adolescenci są dość mocno narcystyczni, z silnym poczuciem wstydu, często czują się skrzywdzeni, i ciągle sprawdzają swoje relacje. Wstyd u adolescentów jest związany z oceną self w stosunku do ego idealnego. Ich wyobrażenie o tym jak są postrzegani przez rówieśników, będących narcystycznymi dubletami ważnych dorosłych z najbliższego otoczenia, reprezentujących ego idealne, jest ważnym czynnikiem konstruującym ich tożsamość; a poczucie wstydu jest łatwo generowane. Wstyd jest uczuciem, które dotyka nie tylko podmiot w którym powstaje ale również obiekt pozostający z nim w bliskiej relacji. W symbiotycznej relacji rozwiniętej w ramach settingu, zawstydzony wywołuje podobne uczucia u obu, pacjenta i terapeuty, wpływając na stałe parametry settingu. Wstyd może być odczuwany jako zagrożenie dla integracji pacjenta, prowadzące do pomieszania i niejasności. Adolescenci są podatni na zranienie i zależni od dorosłych, co pobudza wczesne lęki. Stosując się do reguł, sprzeciwiają się swojej niezależności. Skłonności paranoiczne, jeśli nie są związane z innymi objawami, uważane są czasami za związane z wiekiem. Musimy zdobyć ich zaufanie, nie tylko poprzez logiczność i konsekwencję settingu, ale również poprzez zrozumienie ich specyficznych potrzeb. By umieć to wszystko zawrzeć w settingu. potrzebne są nasza wola i zdolności.

Podsumowując, adolescencję możemy spostrzegać jako walkę o znalezienie równowagi pomiędzy:

narcyzm – obiekt pokrewny

zależność – niezależność

dyfuzja tożsamości – stabilność tożsamości

odporność na zranienie / lęki paranoiczne – relacje pełne zaufania

huśtawki nastrojów / niekonsekwencja – stabilizacja i stałość

konkretność – abstrakcja

uczucie słabości / przeciwstawianie się autorytetom – radzenie sobie z autorytetem

skłonność do acting out – komunikacja symboliczna

regresja, pasywność / aktywność, obrony maniakalne – równowaga psychiczna

słabe ego / ekspresja somatyczna – opracowanie emocjonalne

dorastanie / żałoba po stracie dzieciństwa – czerpanie przyjemności z nowych możliwości.

Tak więc, niezależnie od psychopatologii i najbliższego środowiska adolescenta, musimy znaleźć metody łagodzenia tego wszystkiego o czym wspomniałem wcześniej aby utrzymać go w terapii.

Adolescenci potrzebują dorosłego, aby ten zachowywał reguły i utrzymywał jasne granice, obojętnie jak bardzo się temu przeciwstawiają. Podczas gdy sami odczuwają zamęt generacyjny, pomieszanie ról i tożsamości, powstałe pod wpływem presji silnych popędów, potrzebują mieć pewność, że jest ktoś, kto ma kontrolę, na tyle stałą, że może być pomocniczym ego. To powoduje, że czują się bezpiecznie (Zac de Flic 2006).

Równocześnie czują się słabi, bezbronni, łatwo można ich poniżyć, nie wierzą w swoją wartość. Potrzebują być utwierdzani w tym że są akceptowani i szanowani. Testują dorosłego, próbując odczytać, czy jest on osobą godną zaufania i czy można na nim polegać. To, co może jawić się jako brak ustepliwości, tak naprawdę może być rozwijającym się lękiem przed zależnością; to co może wydawać się acting out'em, może być formą komunikowania się, wspominając jedynie te dwa związane z wiekiem niebezpieczeństwa niewłaściwego zrozumienia.

Dlatego też potrzebny jest setting adaptacyjny, taki, który podążałby za rozwojem procesu, pomijając niepotrzebne szczegóły, zachowując jednak podstawowe parametry, nadający specyficzną ramę dla tego co wnosi konkretna para analityczna. Setting, który powinien być silny, ale również elastyczny, zawierający acting out'y i utrzymujący granice między adolescentem – terapeutą – rodziną.

Najważniejszym aspektem settingu jest postawa terapeuty i jego osobowość, otwarty umysł który pozwala mu być na czasie i ustanowić podstawowe porozumienie niezbędne do tego by w ogóle doszło do rozwoju procesu analitycznego.

P.Goldberg (1989) podkreśla wagę settingu w strukturze psychicznej terapeuty. Zastanawia się nad tym jak można pracować z pacjentem, który nie jest w stanie dopasować się do settingu ponieważ jego struktura zawiera somatyczne, narcystyczne, lub halucynacyjne elementy, które przeciwstawiają się na wskroś symbolicznej strukturze terapeuty. Goldberg uważa, że terapeuta musi być przygotowany na to aby „...aktywnie eksperymentować z różnymi subiektywnymi stanami umysłu w relacji z pacjentem” (str.474), aby znaleźć wspólne podłoże dla pracy psychoterapeutycznej. Myślę, że nie przypadkowo – trzy sytuacje, które opisuje, to dwóch nastolatków i młody dorosły.

Wyjściem z sytuacji pomieszania w zakresie tożsamości i kryzysu adolescencji może być pozbycie się własnych lęków poprzez ich projekcyjną identyfikację w terapeutę. Narcyzm adolescentów wpływa nie tylko na ich przeniesienie, ale również na narcyzm i

przeciwprzeniesienie terapeuty. Ich trudności w radzeniu sobie z lękami prześladowczymi i wstrząsami emocjonalnymi są często wyrażane poprzez acting out lub ruchliwość kojarzone z wewnętrzną niestabilnością a będące sposobem na komunikację w terapii.

W niektórych przypadkach, terapeuta musi stworzyć takie reguły, które będą odpowiadały indywidualnym zdolnościom pacjenta, jego kondycji i możliwościom. Tworzy się wtedy odpowiednia przestrzeń terapeutyczna. Powinniśmy unikać obronnego chowania się za teoretycznymi poglądami i sztywnymi granicami, ponieważ może to prowadzić do settingu, który powstanie nie w odniesieniu do obron i projekcji naszego pacjenta, ale do naszych własnych..

Obecność terapeuty, jego nastawienie, tembr głosu, dobór języka i taktowność, jak również jego spontaniczność i specyficzne formułowanie interwencji, to jedne z ważniejszych elementów, które budują zaufanie i bezpieczną relację z adolescentem.

Spontaniczność, może mieć większą wartość dla pacjenta i terapii niż wynikająca z konwencji postawa tolerancji, która może być interpretowana jako sztuczna.

Neutralność terapeutyczna nie jest obronnym lub nie emocjonalnym pasywnym wycofaniem. Jest to energetyczne przyjęcie pozycji, która nie zawiera sądów moralnych, osobistych przekonań, perswazji lub uprzedzeń w stosunku do materiału dostarczanego przez pacjenta (Cooper 2002).

Jeżeli adolescent nie atakuje settingu, powinno to być postrzegane jako część jego psychologicznych trudności w wyrażaniu siebie i walki o indywidualność.

Adolescent cierpiący z powodu jakiegoś zaburzenia potrzebuje znaleźć własną formę ekspresji. Najczęściej nie jest to jedynie forma werbalna, ale również somatyczna czy fantazyjna. Fantazje są projektowane nie tylko w terapeutę, ale również w setting ustanawiany i utrzymywany przez terapeutę.

Najczęściej spotykanymi parametrami, które terapeuta powinien włączyć do tworzonego przez siebie settingu z adolescentami są:

Siedzenie na podłodze lub spacerowanie po pokoju, albo opuszczanie pokoju od czasu do czasu. Tolerowanie prowokacyjnych zachowań, lub przedłużającego się milczenia. Rozważanie potrzeby pacjenta by terapeuta mówił więcej niż zwykle, albo przejmował inicjatywę podczas sesji. Sporadyczne przynoszenie jedzenia i picia. Dawanie dodatkowych sesji lub sesji zastępczych. Czasowa zmiana częstotliwości sesji. Wystrzeżenie się nadmiernego interpretowania lub interpretowania spraw somatycznych na początku terapii. Akceptacja dla kwestionowania statusu własnej osoby i posiadanych zdolności, dla prób

uwodzenia itp. Radzenia sobie w sytuacjach, kiedy pacjent chce przyprowadzić przyjaciela, zwierzątko lub używa telefonów komórkowych, itd.

Ważną sprawą, o której czasami zapominamy jest wejście w przymierze z rodzicami, uspakajanie ich, i branie pod uwagę ich własnych potrzeb, traum i możliwej psychopatologii. Zazwyczaj, kiedy w psychoterapii mamy nastolatka – szczególnie we wczesnej, lub środkowej fazie terapii- inny psychoterapeuta pracuje równocześnie z rodzicami. To zakłada stworzenie większego settingu, złożonego z dwóch mniejszych, które są niezależne w swoich charakterystykach, ale zająłby się na płaszczyźnie symbolicznej. Ta nieuniknioność – jak wiemy – ma wpływ na setting, tworząc bardziej złożoną „instytucję”, prawdopodobnie z podobnym celem podstawowym – terapią adolescenta – ale z różnymi i zmiennymi podrzędnymi zadaniami.

Materiał kliniczny.

1. Ewa została skierowana na leczenie w wieku piętnastu lat, kiedy zaczęła mieć lęki i myśli samobójcze po śmierci ukochanego dziadka. Rodzice byli rozwiedzeni i założyli drugie rodziny. Ewa mieszkała ze swoją mamą i ojczymem. Jej matka była inteligentną, o życzliwym usposobieniu intelektualistką, oczekującą od córki przestrzegania jej zasad. Była opiekuńcza i nie mogła zrozumieć nienawiści Ewy w stosunku do niej. Ojciec Ewy miał dwie córki z drugiego małżeństwa. Prowadził sklep, wcześniej próbował utrzymać się z nauki wuefu. Był bardzo autorytarny, wymagający i naciskający na córki, uważając, że myślenie psychologiczne to głupota. Ewa cierpiała na depresję i silne lęki. W relacjach była bardzo oddana i wymagająca, w wyniku czego często doznawała frustracji i poczucia bycia zdradzoną. Miała bardzo złe relacje ze swoją matką i ojczymem, często obrażała ich i prowokowała. Nigdy nie wybaczyła matce rozwodu, po tym jak odkryła w jej szufladzie listy miłosne do mężczyzny, pisane jeszcze przed datą separacji. Uważała matkę za niewierną i hipokrytkę. Nie znaczy to, że kontakty z ojcem były lepsze, ale zawsze jednak jakoś go usprawiedliwiała.

Podczas naszej pracy, Ewa wykazywała duży stopień autodesktrukcji, wyrażany w różnych formach acting out'u takich jak: impulsywne kontakty seksualne, okazjonalne nadużywanie alkoholu, częste doprowadzanie do sytuacji grożących wyrzuceniem ze szkoły, okaleczanie się. Wyglądało to tak, jakby goniła za ojcowskim obiektem i desperacko poszukiwała tożsamości. Nic nie było wystarczająco dobre lub interesujące, brakowało jej motywacji żeby coś zacząć, albo coś osiągnąć.

Mimo tego, że nigdy nie opuściła sesji, jej podejście do settingu było prowokujące na różne sposoby.

Ewa prowadziła pewną grę: na początku chciała sprawdzić czy powiem jej mamie, że podczas weekendu upiła się, paliła marihuanę a jej przyjaciele przestraszyli się, że umarła. Miałem wrażenie, że wystawia na próbę moją zdolność utrzymania profesjonalnej roli, nie była jednak przy tym obojętna. Musiałem ocenić, jak bardzo poważne są jej acting out'y i czy zagrożenie dla życia jest na tyle duże aby powiadomić jej rodziców. Zdecydowałem, że jesteśmy w stanie to przepracować i kontynuować sesje jak dotychczas. Często jednak potrzebne były dodatkowe sesje, na początku na moją sugestię, później na jej prośbę.

Podczas dalszej pracy nad jej relacjami z rodzicami, stała się tak bardzo nieznośna, niespokojna i depresyjna, że przez pewien czas brała leki antydepresyjne. Zdołała zaniepokoić swoją matkę na tyle, że poprosiła mnie o spotkanie. Ewa odmówiła uczestnictwa w tym spotkaniu. Matka poinformowała mnie, że była tak bardzo zaniepokojona stanem swojej córki, że poprosiła drugiego kolegę o opinię, na wszelki wypadek, gdybym robił coś nieprawidłowo. Mój kolega zapewnił ją, że dobrze wiem co robię i poradził, aby ufała mi jako terapeutce.

Chociaż Ewa wiedziała o całej tej sytuacji, nic mi nie powiedziała. Po wizycie matki, była nastawiona obronnie, i wydawało się, że martwi się naszą przyszłą relacją. To był punkt zwrotnym w terapii. Stopniowo poprawiały się jej wyniki w nauce, czuła się bardziej pozbierana, jej relacje z rodzicami zaczęły zmierzać w kierunku bardziej realistycznych, a jej relacja z matką bardzo się poprawiła. Jej kontakty z rówieśnikami stały się bardziej stabilne, była też w stanie podejść do egzaminów i dostać się na uniwersytet. Musiała przeprowadzić się do innego miasta na studia. Po trzech i pół latach postanowiliśmy, że zakończymy naszą terapeutyczną relację.

Podczas mojej pracy z Ewą, wiele rzeczy się między nami wydarzyło. Koncentrując się na settingu - miałem wrażenie, że atakuje go na różne sposoby.

Wywoływała kryzysy, które miały być próbą mojej lojalności i zaufania, awanturowała się o extra sesję, by później żądać zmniejszenia częstotliwości sesji do jednej w tygodniu, czemu się sprzeciwiłem, stawiała mnie w sytuacji obserwatora jej autodestrukcji, tworzyła sytuacje, w których mieliśmy mieć wspólny „sekrety”, wywierała na matkę nacisk w wyniku, którego interweniowała ona w sesje i przeszkadzała.

Odczuwałem ciągłą presję, albo żeby być jej zbawcą i zrywać wszystkie granice, albo żeby okazać się jeszcze jednym nieodpowiednim, obojętnym rodzicem, niepotrafiącym pełnić swojej roli i wywiązywać się z obowiązków.

Jej pogoń za brakującym obiektem rodzicielskim wysuwała się na plan pierwszy. Jej poszukiwanie tożsamości, które zagradzało drogę do identyfikacji z rodzicami, prowadziło do identyfikacji negatywnej, i atakowania ich autorytetu jako całkowicie bezowocnego.

Miałem poczucie, że Ewa rozpaczliwie potrzebuje silnego i elastycznego settingu, który podążałby za nią, nie łamiąc jej i nie opuszczając.

2. Maria miała 19 lat, kiedy została skierowana na terapię z powodu niewłaściwego zachowania w domu, częstego wyrzucania jej ze szkoły, w której studiowała administrację biznesu i niekończących się kłótni z matką.

Kiedy się spotkaliśmy, zaczęła opowiadać o relacji z matką, którą uważała za jedyny powód swoich problemów. Szybko, okazało się, że jej matka jest paranoidalna i prześladowuje ją w każdy możliwy sposób. Ale oczywiście to nie było wszystko. Jej ojca, biznesmena, często nie było, albo był zbyt zajęty, by reagować na potrzeby Marii. Stanowił rodzaj nagrody, o który matka i córka rywalizowały ze sobą. Oprócz kłótni z matką, ze strony obojga rodziców występowały postawy prowokacyjne, a także gwałtowność głównie ze strony ojca. Młodszy brat Marii był również gwałtowny. Wyglądało na to, że jedyną formą komunikacji w tej rodzinie, były albo pieniądze, albo przemoc.

Maria była inteligentną dziewczyną, z zaburzeniami osobowości, cierpiała z powodu depresji i silnych lęków. Jej sposób myślenia był konkretny a acting out'u używała na wiele sposobów: upijała się do tego stopnia, że trafiała na ostry dyżur na oddział detoksykacyjny, raz miała próbę samobójczą ,użyła do tego celu zabronionych matce środków uspokajających, przez pewien czas paliła marihuanę, zmieniała partnerów, z którymi rozwijała sadomasochistyczne relacje.

Od samego początku, było wiadomo że, pomijając jej bardzo zaburzoną rodzinę, wystąpią poważne trudności w ustanowieniu settingu terapeutycznego z Marią. Zwykła była przychodzić i opowiadać o tym co tego dnia robiła ze swoim chłopakiem albo oskarżała swoich rodziców, lub mówiła o wrogo do niej nastawionych przyjaciółkach. Każda próba skierowania dyskusji na ścieżkę bardziej symboliczną i autorefleksyjną nie przynosiła rezultatów. Dodatkowo, bardzo często opuszczała sesje,

albo przychodziła nie tego dnia, co trzeba, lub o innej godzinie, tłumacząc, że jest zdezorientowana. Potrafiła dzwonić do mnie potwierdzając wizytę, albo prosząc o „wizytę na żądanie”, a jednocześnie trudno jej było dostosować się do programu sesji. Zdarzało się, że prosiła o antydepresanty, ale robiła to w sposób trochę sztuczny. Nalegała, żebym spotkał się i pracował z jej rodzicami, a nie z nią (rodzice przez rok chodzili na konsultacje psychodynamiczne raz w miesiącu; w czasie, kiedy zaczęliśmy pracować, częstotliwość tych spotkań zwiększyła się do raz na dwa tygodnie, a matka widziała się z psychoanalitykiem raz na tydzień).

Rozumiałem, że Maria używa settingu przede wszystkim dla rozładowania swojego niepokoju, identyfikując mnie projekcyjnie z rodzicami, atakując wszelki rozwój przestrzeni, w której mogłoby zaistnieć zaufanie i zrozumienie. Odreagowywała swoje środowisko rodzinne i niezaspokojone potrzeby niemowlęce, atakując potencjalną dobrą pierś settingu terapeutycznego.

Na początku byłem bardzo zły na jej matkę a później na nią samą, za to, że nie chciała dać sobie pomóc. Potem byłem zły, za jej ataki na moje wysiłki ustanowienia settingu. Byłem przekonany, że Maria walczy z wszelkimi granicami, które otoczyłyby przestrzeń terapeutyczną ponieważ doświadcza nieświadomego lęku, że znajdzie się w potrzasku, czegoś na kształt lęku klaustrofobicznego,.

Jednocześnie, jej roszczenie „karmienia na żądanie”, odsłaniało jej niezaspokojoną niemowlęcą część, z powodu której miała trudności w akceptowaniu relatywnej deprivacji settingu.

Zbliżało się lato a ja stałem w obliczu następującej sytuacji:

musiałem albo zaakceptować jej nieustanny acting out co pozwoliłoby mi pracować z nią, ale co groziło tym, że zostanę członkiem jej pozbawionego granic, zaburzonego środowiska, albo odmówić dalszego takiego postępowania, żądając, by przestrzegała pewnych reguł, aby relacja terapeutyczna mogła się rozwijać, w tym przypadku jednak występowało ryzyko, że zrezygnuje z terapii, choć jednocześnie przekonałaby się, że jestem konsekwentny, nie manipulujący, życzliwy.

Zdecydowałem się na drugie rozwiązanie czując, że wykorzystałem całą możliwą i potrzebną elastyczność, i że odtąd mogę stać się słabym, nie godnym zaufania, niestabilnym obiektem, nieprzydatnym dla niej. Uważam, że, jeżeli terapeuta, z różnych przyczyn, nie może zapewnić pacjentowi wystarczająco dobrej terapii, powinien ją z sensem zakończyć, zostawiając pozytywne doświadczenie nie zniszczonego czy nie zmanipulowanego obiektu.

Zrewidowaliśmy sytuację i zgodziliśmy się na przerwanie terapii po to, by Maria mogła wszystko przemyśleć. Jeżeli doszłaby do wniosku, że będzie się stosować do reguł settingu, skontaktuje się ze mną.

Tak naprawdę, nie spodziewałem się wiele. Pod koniec października zadzwoniła do mnie, mówiąc, że przemyślała wszystko, co jej powiedziałem i że jest gotowa na pracę ze mną. Oczywiście żadnego cudu nie było. Wciąż, w mniejszym lub większym stopniu, jest taka sama, często opuszcza sesje. Ale teraz opracowaliśmy setting i mam nadzieję, że będziemy w stanie rozwijać wewnątrz niego proces. To, co podtrzymuje mnie na duchu, mimo frustracji, jakie pojawiły się po dotychczasowej pracy z nią, to informacje od mojego kolegi, który pracuje z jej rodzicami, że Maria robi duże postępy. Spotyka się z kolegą, jest w stałym związku od sześciu miesięcy a jej kłótnie z matką i ojcem zmalowały do minimum.

Maria atakowała setting na różne sposoby. Żyjąc w rodzice, gdzie granice były albo nieostre, albo za bardzo sztywne i gdzie występowała przemoc, odtwarzała te doświadczenia podczas naszych sesji.

Na początku myślałem, że powinienem dostarczyć jej holdingu, aby czuła się akceptowana i bezpieczna od lęków prześladowczych, później musiałem spróbować ustanowić bardziej odpowiedni setting. Na początku, setting opierał się głównie na mojej postawie. Maria miała problem z dostosowaniem się do reguł relatywnych ograniczeń i deprivacji, przeciwstawiając się i negocjując na swój sposób inną ramę (jej własną), która realizowałaby jej fantazje. Po pewnym czasie, zacząłem naciskać na stały setting, dając jej jednocześnie czas do namysłu. Wyglądało na to, że jest bardziej przychylna, żeby to zaakceptować.

Akceptacja stałego settingu, pomogła Marii stworzyć jej własne, wewnętrzne granice, nadając kształt jej życiu. Mogła spostrzegać mnie jako obiekt, na którym może polegać i do którego może się zwracać, obiekt który ją akceptuje, zachowując równocześnie role i reguły relacji (obiekt nie znieważany i nie znieważający).

To jak wykorzystamy ustanowiony setting do zbudowania przestrzeni dla rozwoju procesu terapeutycznego, okaże się w przyszłości.

(Tłumaczyła: M. Szyszkowska, A. Kubiak)

BIBLIOGRAFIA

- Bleger J. (1966): Psychoanalysis of the psycho-analytic frame. *Int. J. Psycho - Anal.* 48, p. 511-519.
- Cooper J. (2002): The role of naturalness in a boundaries relationship. In: H. Alfile & J. Cooper (eds): *Dilemmas in the Consulting Room*. Karnac Books 2002.
- Dewald P. (1976): Transference regression and real experience in the psychoanalytic process.
- Etchegoyen O. (1991): *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. Karnac Books.
- Gabbard G. & Lester E. (1995): *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Amer. Psychiatric Publishing, Washington D.C.
- Gabbard G. (2006): Sexual and nonsexual boundary violations in psychoanalysis and psychotherapy. In: s. Akhtar (ed): *Interpersonal Boundaries. Variations and Violations*. Jason Aronson 2006.
- Ganzarain R. (1991): Extra - analytic contacts: fantasy and reality. *Int. J. Psycho - Anal.*, 72, p. 131-140.
- Goldberg P. (1989): Actively seeking the holding environment - conscious and unconscious elements in the building of a therapeutic framework. *Contemp. Psychoanal.* 25, 448-476.
- Green A. (1975): The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. *Int. J. Psycho-anal.* 66, 1-22.
- Green A. (2005): Setting - process - transference. In: A. Green: *Key Ideas for a Contemporary Psychoanalysis*. Routledge Taylor and Francis Group, London & N.Y., 2002.
- Jaques E. (1955): Social systems as a defense against persecutory and depressive anxiety. In: Klein et al (ed): *New Directions in Psycho-Analysis*.
- Lipshitz - Phillips S. (2002): Some thoughts on the use of the setting in psychoanalytic psychotherapy. In: Alfile H & Cooper J. *Dilemmas in the Consulting Room*. Karnac Books, 2002, p. 7-14.
- Menzies I. (1960): A case study in the functioning of social systems on a defense against anxiety. In: A. D. Colman, W.H. Bexton (eds): *Group Relations Reader (1975)*, A.K. Rice Institute Series. Washington D.C.
- Stream H. (1981): Extra - analytic contacts: theoretical and clinical considerations. *Psychoanal. Q.* 50, p. 238-259.
- Tarnower W. (1966): Extra - analytic contacts between the psychoanalyst and the patient. *Psychoanal.Q.*35,399-413
- Temperley J. (1984): Settings for psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 1 (2), p. 101-111.
- Weiss S. (1975): The effect on the transference of "special events" occurring during psychoanalysis. *Int.J.Psycho-Anal.*56,69-75
- Zac de Flic S. (2006): Reflections on the setting in the treatment of adolescents. *Int. J. Psychoanal.* 87, 457-469.