

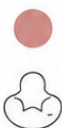
Karty kliniczne: słuchanie pacjenta z perspektywy Freuda, Melanie Klein, Winnicotta i Lacana

12 kart A5 · 4 perspektywy kliniczne · Materiał do sesji,
superwizji i pracy na tablecie

Lęk · Narcyzm · Żaloba · Idealizacja · Zależność emocjonalna ·
Pustka + 6 kolejnych zjawisk klinicznych



FREUD



MELANIE
KLEIN



WINNICOTT



LACAN

Prawa autorskie

© 2026 Karty kliniczne: słuchanie pacjenta z perspektywy
Freuda, Melanie Klein, Winnicotta i Lacana.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Ten materiał ma charakter edukacyjny i służy jako narzędzie
wspierające refleksję kliniczną, przygotowanie do sesji oraz
pracę superwizyjną.

Żadna część publikacji nie może być powielana, udostępniana
ani rozpowszechniana bez zgody właściciela praw.

Format: PDF do druku i do korzystania na tablecie.

Wersja: A5, układ dwustronny.

Spis treści

01.	Prawa autorskie	str. 01
02.	Spis treści	str. 02
03.	Wprowadzenie	str. 03



Moduł 01 — Afekt, Ja i strata

	Subokładka modułu	str. 04
	Karta 01 — Lęk	str. 05–06
	Karta 02 — Narcyzm	str. 07–08
	Karta 03 — Żałoba	str. 09–10
	Karta 04 — Idealizacja	str. 11–12



Moduł 02 — Więzy, brak i konflikt wewnętrzny

	Subokładka modułu	str. 13
	Karta 05 — Zależność emocjonalna	str. 14–15
	Karta 06 — Pustka	str. 16–17
	Karta 07 — Zazdrość	str. 18–19
	Karta 08 — Poczucie winy	str. 20–21



Moduł 03 — Struktura relacji i powtarzanie wzorców

	Subokładka modułu	str. 22
	Karta 09 — Kontrola	str. 23–24
	Karta 10 — Granice	str. 25–26
	Karta 11 — Ambiwalencja	str. 27–28
	Karta 12 — Powtórzenie	str. 29–30

Wprowadzenie

Witamy w zestawie kart klinicznych, które zostały zaprojektowane po to, aby ułatwić szybkie, głębokie i uporządkowane myślenie o materiale pacjenta.

Każda karta koncentruje się na jednym zjawisku klinicznym i pokazuje je z czterech perspektyw: Freuda, Melanie Klein, Winnicotta i Lacana. Dzięki temu możesz w jednym miejscu zobaczyć różnice w rozumieniu objawu, dynamiki psychicznej, relacji z obiektem, pozycji podmiotu i kierunku pracy klinicznej.

Materiał możesz wykorzystywać na trzy sposoby:



1. Przed sesją — aby szybko uporządkować hipotezy kliniczne.



2. Podczas supervizji — aby porównać możliwe sposoby czytania materiału.



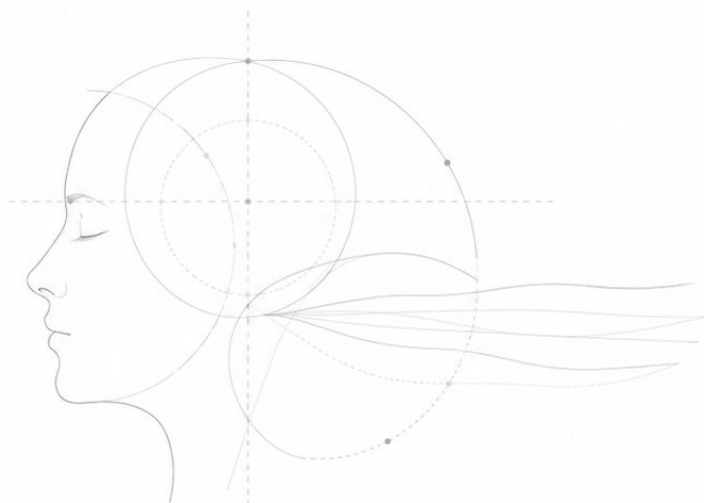
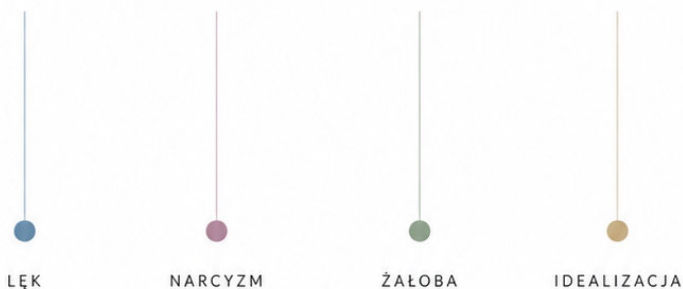
3. Podczas studiowania — aby utrwalać różnice między autorami.

Każda karta została zaprojektowana tak, by była czytelna, zwięzła i praktyczna. Pracuj z nimi jak z narzędziem myślenia: wracaj do nich, porównuj, dopisuj notatki i sprawdzaj, która perspektywa najlepiej otwiera rozumienie konkretnego pacjenta.

Moduł 01

Afekt, Ja i strata

Cztery pierwsze zjawiska kliniczne: lęk, narcyzm, żaloba i idealizacja



Lęk

01

Krótkie objaśnienie

Lęk to stan napięcia, zagrożenia lub niepokoju, który nie zawsze ma jasną przyczynę. Pacjent może go odczuwać w ciele, w relacjach, w myśleniu lub w postaci trudnych do nazwania obaw.



Na co słuchać u pacjenta?

- słowa o napięciu, katastrofie, utracie kontroli;
 - skargi somatyczne bez wyraźnej przyczyny;
 - unikanie, przymus kontroli lub nadmierna czujność;
 - trudność w symbolizacji uczuć.
-



Pytania kliniczne

- Czego pacjent się obawia?
 - Czy lęk jest związany z pragnieniem, utratą, karą czy relacją z obiektem?
 - Jak pacjent broni się przed lękiem?
-



Szybka wskazówka: Nie pytaj wyłącznie, co pacjent czuje. Słuchaj także, jak organizuje mowę, ciało i relacje wokół lęku.

Lęk w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Lęk jako sygnał zagrożenia dla Ja; może wiązać się z konfliktem psychicznym, popędem, karą ze strony Superego lub niebezpieczeństwem utraty.

Melanie Klein

Lęk jako element wczesnego życia psychicznego; ważne są lęki prześladowcze i depresyjne oraz sposób, w jaki pacjent doświadcza obiektów jako dobrych lub złych.

Winnicott

Lęk może wynikać z zaburzeń w środowisku podtrzymującym; ważne jest pytanie o bezpieczeństwo, ciągłość bycia i możliwość przeżywania siebie jako realnego.

Lacan

Lęk pojawia się, gdy podmiot styka się z czymś zbyt bliskim swojemu pragnieniu lub brakowi; dotyczy miejsca podmiotu wobec Innego.



Zastosowanie przed sesją

1.

Wybierz perspektywę dominującą.

2.

Zanotuj 1 hipotezę.

3.

Sprawdź ją w materiale pacjenta.

Narcyzm



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Narcyzm odnosi się do sposobu inwestowania libido w siebie, własny obraz i poczucie wartości. Klinicznie może przejawiać się zarówno jako grandiozność, jak i kruchość, wstyd, zależność od podziwu lub silna wrażliwość na zranienie.



NA CO SŁUCHAĆ U PACJENTA?

- potrzeba uznania, wyjątkowości lub potwierdzania wartości;
- silna reakcja na krytykę, odrzucenie lub obojętność;
- trudności w uznaniu zależności i ograniczeń;
- chwiejność między wyższością a poczuciem pustki.



PYTANIA KLINICZNE

- Jak pacjent buduje swój obraz siebie?
- Co podtrzymuje jego poczucie wartości?
- Jak reaguje, gdy nie jest podziwiany lub rozumiany?



Szybka wskazówka: Narcyzm nie oznacza tylko pychy. Często maskuje kruchość, zależność i lęk przed rozpadem obrazu siebie.

Narcyzm w 4 perspektywach klinicznych

● Freud

Narcyzm dotyczy inwestycji libido w Ja; ważne są relacje między narcyzmem pierwotnym, wtórnym, wyborem obiektu i zranieniem poczucia własnej wartości.

● Melanie Klein

Narcystyczne organizacje można rozumieć przez prymitywne obrony, idealizację, zaprzeczenie zależności oraz trudności w relacji z obiektem.

● Winnicott

Pytanie brzmi: czy rozwój prawdziwego Ja był wystarczająco podtrzymany? Narcystyczna sztywność może wiązać się z dominacją fałszywego Ja i ochroną kruchego rdzenia self.

● Lacan

Narcyzm wiąże się z rejestrem wyobraźniowym, obrazem ciała i relacją do podobieństwa; ważne jest, jak podmiot organizuje siebie wobec spojrzenia Innego.



W praktyce

- Zwróć uwagę, czy pacjent mówi bardziej o obrazie siebie, czy o relacji z innymi.
 - Sprawdź, co dzieje się, gdy pojawia się brak uznania.
 - Notuj, czy obrona jest grandiozna, wycofana czy pusta.
-

Żałoba

KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Żałoba to proces psychiczny związany z utratą osoby, relacji, wyobrażenia, pozycji lub ważnego elementu życia. Nie dotyczy wyłącznie śmierci — może obejmować także rozstanie, utratę statusu, zdrowia, roli lub iluzji.

NA CO SŁUCHAĆ U PACJENTA?

- opowieści o stracie i jej znaczeniu;
 - niemożność pożegnania lub symbolicznego rozstania;
 - zatrzymanie czasu psychicznego, pustka, odrętwienie lub nadmierne pobudzenie;
 - idealizacja utraconego obiektu albo autooskarżenia.
-

PYTANIA KLINICZNE

- Co dokładnie zostało utracone?;
- Czy pacjent opłakuje osobę, funkcję, obraz siebie czy fantazję?;
- Czy strata została psychicznie opracowana?



SZYBKĄ WSKAZÓWKĄ:

W żałobie słuchaj nie tylko bólu, ale też tego, co po utracie dzieje się z tożsamością pacjenta.

Żałoba w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Żałoba jest procesem stopniowego wycofywania libido z utraconego obiektu. Praca kliniczna polega na rozpoznawaniu rzeczywistości straty oraz znaczeń, wspomnień i uczuć związanych z tym, co zostało utracone.

Na co zwrócić uwagę:

- przywiązanie do utraconego obiektu;
- trudność w zaakceptowaniu nieodwracalności straty;
- różnica między żałobą a melancholią;
- autooskarżenia mogące wskazywać na identyfikację z utraconym obiektem.

Melanie Klein

Żałoba uruchamia wcześniejsze doświadczenia utraty, winy i lęku o dobry obiekt. Jej opracowanie wymaga ponownego ustanowienia dobrego obiektu w świecie wewnętrznym.

Na co zwrócić uwagę:

- lęk przed zniszczeniem dobrego obiektu;
- poczucie winy wobec utraconej osoby;
- idealizacja lub dewaluacja zmarłego;
- zdolność do zachowania wewnętrznego obrazu relacji.

Winnicott

Przeżycie żałoby zależy od tego, czy pacjent posiada wystarczająco bezpieczną przestrzeń psychiczną i relacyjną, aby doświadczać bólu bez konieczności odcinania się od siebie.

Na co zwrócić uwagę:

- możliwość pozostawania w kontakcie z uczuciami;
- obecność środowiska podtrzymującego;
- doświadczenie pustki lub utraty ciągłości istnienia;
- wycofanie do fałszywego Ja.

Lacan

Żałoba konfrontuje podmiot z brakiem pozostawionym przez utracony obiekt. Ważne jest to, jakie miejsce obiekt zajmował w pragnieniu pacjenta i w jego relacji z Innym.

Na co zwrócić uwagę:

- funkcję utraconego obiektu w życiu podmiotu;
- słowa i znaczące używane do opisu straty;
- to, czego wraz z obiektem zabrakło w symbolicznej strukturze pacjenta;
- powtarzające się pytanie: 'Kim jestem bez tej osoby lub relacji?'.



Przed sesją lub superwizją

1.

Nazwij rodzaj straty.

2.

Określ funkcję utraconego obiektu.

3.

Sprawdź, czy dominuje smutek, wina, pustka, idealizacja czy autooskarżenie.

4.

Wybierz perspektywę, która najlepiej otwiera materiał pacjenta.

Idealizacja



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Idealizacja polega na przedstawianiu osoby, relacji, siebie lub określonej wartości jako wyjątkowej, doskonałej albo wolnej od wad. Może chronić pacjenta przed lękiem, rozczarowaniem, złością, zależnością lub kontaktem z ograniczeniami obiektu.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- „Tylko ta osoba naprawdę mnie rozumie.”
- „Mój terapeuta na pewno wie, co jest dla mnie najlepsze.”
- „Kiedyś wszystko było idealne.”
- „On nie ma żadnych wad.”
- „Muszę być najlepszy, inaczej nie mam wartości.”



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Brak miejsca na wady i sprzeczności.
2. Nagłe przejścia od zachwyty do rozczarowania.
3. Porównywanie realnych osób z niemożliwym ideałem.
4. Idealizowanie terapeuty, partnera, rodzica lub własnego Ja.
5. Trudność w tolerowaniu zwyczajności i ograniczeń.



PYTANIA KLINICZNE

- Przed jakim uczuciem chroni idealizacja?
- Co wydarzy się, gdy obiekt okaże się niedoskonały?
- Czy pacjent potrafi jednocześnie kochać i złościć się na tę samą osobę?
- Jakie miejsce zajmuje ideał w obrazie siebie pacjenta?



NIE MYL Z

Idealizacja nie jest tym samym co uznanie czy podziw. Staje się klinicznie istotna wtedy, gdy usuwa z pola widzenia realność, ambiwalencję i ograniczenia.



Szybka wskazówka

Gdy pacjent przedstawia kogoś jako całkowicie dobrego, sprawdź, gdzie podziały się złość, rozczarowanie i niepewność.

Idealizacja w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Idealizacja wiąże się z podwyższaniem wartości obiektu bez zmiany jego natury. Może być związana z narcyzmem, ideałem Ja oraz potrzebą zbliżenia się do wyobrażonej doskonałości.

Kierunek słuchania:

- Jaki ideał organizuje życie pacjenta?
- Jak pacjent mierzy własną wartość?
- Co się dzieje, gdy nie spełnia wymagań ideału?
- Czy idealizowany obiekt wzmacnia, czy osłabia Ja pacjenta?

Melanie Klein

Idealizacja może chronić przed lękiem prześladowczym i kontaktem ze złym obiektem. Pacjent utrzymuje obraz całkowicie dobrego obiektu, aby zabezpieczyć się przed agresją, winą i lękiem.

Kierunek słuchania:

- Czy obiekt jest przedstawiany jako wyłącznie dobry?
- Gdzie zostają umieszczone jego złe cechy?
- Czy idealizacja poprzedza dewaluację?
- Jak pacjent radzi sobie z ambiwalencją?

Winnicott

Idealizacja może zasłaniać brak wystarczająco dobrego doświadczenia relacyjnego. Pacjent może tworzyć doskonały obraz siebie lub opiekuna, aby nie kontaktować się z zawodnością środowiska.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent może uznać niedoskonałość ważnej osoby?
- Czy idealny obraz chroni fałszywe Ja?
- Czy relacja pozwala na spontaniczność i autentyczność?
- Jak pacjent reaguje na zwyczajne błędy terapeuty?

Lacan

Idealizacja może wiązać się z identyfikacją z obrazem idealnym oraz z próbą zajęcia miejsca, z którego podmiot wyobraża sobie, że jest pożądany przez Innego.

Kierunek słuchania:

- Dla kogo pacjent chce być idealny?
- Jakiego spojrzenia poszukuje?
- Jakie znaczące określają jego ideał?
- Czego pacjent pragnie poprzez idealizowany obraz?

idealizacja → pęknięcie obrazu → rozczarowanie lub integracja



Możliwa interwencja

Nie niszczyć idealizacji przez bezpośrednią konfrontację. Pomóż pacjentowi stopniowo dostrzegać sprzeczności, ograniczenia i uczucia, które zostały wyłączone z opowieści.



Do superwizji

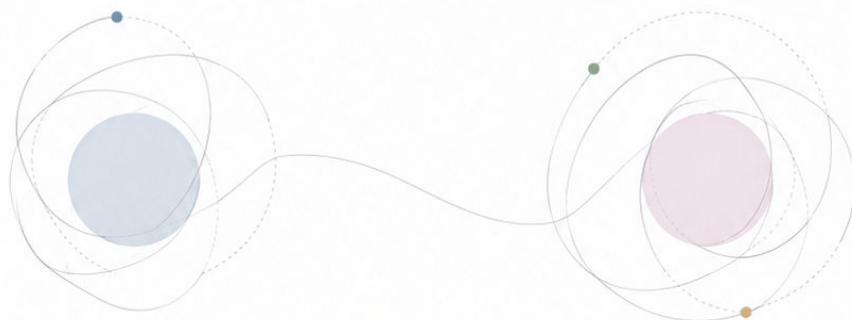
- Kogo pacjent idealizuje?
- Czy terapeuta został umieszczony w pozycji idealnego obiektu?
- Jak terapeuta reaguje na podziw lub późniejsze rozczarowanie?
- Jakiej funkcji obronnej służy idealizacja?

Moduł 02

Więź, brak i konflikt wewnętrzny

Zależność emocjonalna • Pustka • Zazdrość • Poczucie winy

W tym module obserwujemy, jak pacjent buduje więzi,
reaguje na oddalenie, doświadcza braku oraz radzi sobie
z konfliktowymi uczuciami wobec siebie i innych.



Zależność emocjonalna

Pustka

Zazdrość

Poczucie winy

Zależność emocjonalna



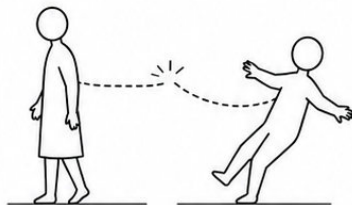
KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Zależność emocjonalna pojawia się wtedy, gdy pacjent doświadcza drugiej osoby jako niezbędnej do utrzymania poczucia bezpieczeństwa, wartości lub stabilności. Rozłąka, odmowa albo zmiana w relacji mogą być przeżywane jako zagrożenie, odrzucenie lub utrata siebie.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- „Bez niego nie potrafię funkcjonować.”
- „Muszę wiedzieć, że mnie kocha.”
- „Boję się, że zostanę sam.”
- „Zrobię wszystko, żeby mnie nie opuściła.”
- „Nie wiem, czego chcę, dopóki ktoś mi nie powie.”



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Silny lęk przed separacją lub odrzuceniem.
2. Rezygnowanie z własnych potrzeb.
3. Poszukiwanie stałego potwierdzenia.
4. Trudność w podejmowaniu decyzji bez drugiej osoby.
5. Kontrolowanie relacji w celu uniknięcia utraty.



PYTANIA KLINICZNE

- Czego pacjent obawia się w samodzielności?
- Jak przeżywa fizyczną lub emocjonalną nieobecność drugiej osoby?
- Co traci, gdy relacja się kończy?
- Czy zależność zapewnia bezpieczeństwo, tożsamość, miłość czy ochronę przed pustką?



WAŻNE ROZRÓŻNIENIE

Potrzeba więzi jest naturalna. Problem kliniczny pojawia się wtedy, gdy zależność ogranicza autonomię, utrwała cierpienie albo uniemożliwia pacjentowi rozpoznanie własnych potrzeb.



SZYBKĄ WSKAZÓWKĄ

Nie oceniaj zależności jako słabości.
Sprawdź, przed jakim doświadczeniem chroni pacjenta.

Zależność emocjonalna w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Zależność może wiązać się z potrzebą zachowania obiektu miłości, lękiem przed utratą miłości oraz konfliktami pomiędzy pragnieniami popędowymi, wymaganiami Ja i zakazami Superego.

Kierunek słuchania:

- Co oznacza dla pacjenta utrata miłości?
- Jakie pragnienia tłumi, aby utrzymać relację?
- Czy zależność powtarza wcześniejszy wzorzec?
- Jaką cenę psychiczną pacjent płaci za zachowanie obiektu?

Melanie Klein

Zależność dotyczy relacji z dobrym obiektem, którego pacjent potrzebuje, ale może również atakować w fantazji. Silna zależność może współistnieć z zazdrością, agresją, winą i lękiem przed utratą.

Kierunek słuchania:

- Czy obiekt jest dobry, zły czy niestabilny?
- Czy pacjent boi się, że zniszczy potrzebną osobę?
- Czy zależności towarzyszą zawiść lub kontrola?
- Czy pacjent potrafi zachować dobry obiekt wewnętrźnie?

Winnicott

Zdrowa zależność jest częścią rozwoju. Trudność pojawia się, gdy środowisko nie umożliwiło stopniowego przejścia od całkowitej zależności do względnej samodzielności.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent miał możliwość bezpiecznej zależności?
- Czy samodzielność była wymuszona zbyt wcześnie?
- Czy potrafi być sam w obecności drugiej osoby?
- Czy podporządkowanie chroni fałszywe Ja?

Lacan

Zależność może być próbą uzyskania odpowiedzi na pytanie o pragnienie Innego. Pacjent poszukuje znaku, że jest kochany, potrzebny lub że posiada szczególne miejsce dla drugiej osoby.

Kierunek słuchania:

- Czego pacjent chce od Innego?
- Jakiego potwierdzenia bezustannie poszukuje?
- Czy próbuje stać się obiektem pragnienia drugiej osoby?
- Jak reaguje na brak jednoznacznej odpowiedzi?



Pułapka kliniczna

Terapeuta może zostać wciągnięty w rolę osoby, która stale uspokaja, potwierdza i gwarantuje obecność. Warto obserwować tę dynamikę zamiast automatycznie ją zaspokajać lub odrzucać.

potrzeba



lęk przed utratą



strategia utrzymania relacji



Do superwizji

- Jak pacjent reaguje na przerwy i granice?
- Jak terapeuta przeżywa jego potrzeby?
- Czy pojawia się presja ratowania?
- Co zależność komunikuje poprzez przeniesienie?

Pustka



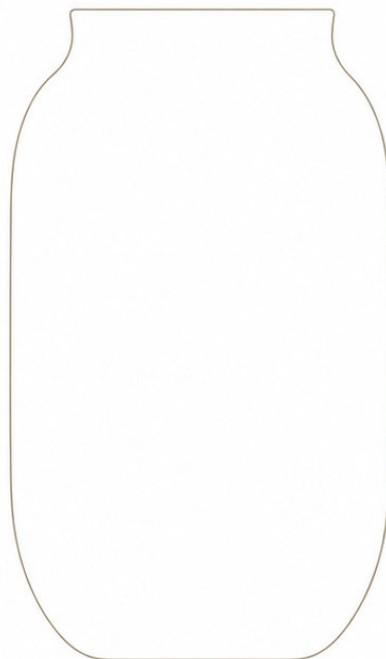
KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Pustka może być odczuwana jako brak emocji, sensu, więzi, myśli lub kontaktu z samym sobą. Nie zawsze oznacza to samo. Może chronić przed bólem, wynikać z utraty, pojawiać się po wycofaniu pragnienia albo sygnalizować trudność w utrzymaniu ciągłości własnego istnienia.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- “Nic nie czuję.”
- “W środku nie ma nic.”
- “Nie wiem, kim jestem.”
- “Wszystko jest bez znaczenia.”
- “Ciągle muszę czymś wypełniać czas.”
- “Czuję się, jakbym nie istniał.”



MOŻLIWE PRZEWYJAWY

1. Odrętwienie emocjonalne.
2. Brak zainteresowań i pragnień.
3. Kompulsywne wypełnianie czasu.
4. Poszukiwanie intensywnych doznań.
5. Niestabilne poczucie tożsamości.
6. Doświadczenie nierealności.



PYTANIA KLINICZNE

- Kiedy pustka pojawia się najmocniej?
- Co pacjent robi, aby jej nie czuć?
- Czy pustka następuje po stracie, konflikcie lub rozczarowaniu?
- Czy oznacza brak czegoś, czy brak samej zdolności odczuwania?
- Jak pustka pojawia się w relacji terapeutycznej?



NIE SPIESZ SIĘ Z WYPEŁNIANIEM

Pustka może wywoływać w terapii potrzebę szybkiego mówienia, wyjaśniania lub pobudzania pacjenta. Najpierw sprawdź, jaką funkcję pełni cisza i brak.

Pustka w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Pustka może wiązać się z wycofaniem inwestycji libidinalnej, zahamowaniem, utratą obiektu, melancholią lub osłabieniem zdolności do przeżywania przyjemności.

Kierunek słuchania:

- Z czego wycofało się libido?
- Czy pustka nastąpiła po utracie?
- Czy pacjent kieruje agresję przeciwko sobie?
- Jakie pragnienia zostały zahamowane?

Melanie Klein

Pustka może wynikać z doświadczenia zniszczenia, utraty lub niedostępności dobrego obiektu wewnętrznego. Może być związana z lękiem, winą i obroną przed zależnością.

Kierunek słuchania:

- Czy świat wewnętrzny pacjenta jest zamieszany przez dobre obiekty?
- Czy pustka pojawia się po złości lub ataku na obiekt?
- Czy pacjent obawia się, że wszystko, co dobre, zostało zniszczone?
- Czy idealizacja służy zakrywaniu pustki?

Co oznacza ta pustka?

Winnicott

Pustka może wiązać się z brakiem doświadczenia bycia realnym, niedostatecznym podtrzymaniem lub dominacją fałszywego Ja. Pacjent funkcjonuje, ale nie czuje, że naprawdę żyje.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent doświadcza siebie jako realnego?
- Czy może być spontaniczny?
- Czy pustka pojawia się pośl społecznym przystosowaniem?
- Czy relacja terapeutyczna daje miejsce na bezpieczne nieintegrowanie?

Lacan

Brak jest strukturalnym warunkiem pragnienia. Kliniczna pustka może pojawić się wtedy, gdy pacjent nie potrafi nadać brakowi symbolicznego miejsca lub próbuje całkowicie go usunąć.

Kierunek słuchania:

- Jak pacjent nazywa to, czego mu brakuje?
- Czy próbuje wypełnić brak obiektami, relacjami lub działaniem?
- Czy brak uruchamia pragnienie, czy je blokuje?
- Jakie miejsce pustka zajmuje w jego mowie?



Różnicowanie kliniczne

Należy sprawdzić, czy dominują:

- utrata i depresyjność;
- odcięcie od uczuć;
- brak poczucia rzeczywistości;
- kryzys tożsamości;
- brak pragnienia;
- doświadczenie strukturalnego braku.



Możliwy kierunek pracy

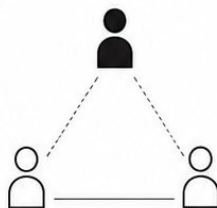
Zamiast natychmiast wypełniać pustkę znaczeniami, pomóż pacjentowi stopniowo ją opisywać, lokalizować i rozpoznawać jej funkcję.

Zazdrość



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Zazdrość pojawia się zwykle w relacji trójkątnej: pacjent obawia się, że ważna osoba wybierze kogoś innego, przestanie go kochać lub odbierze mu wyjątkowe miejsce. Może zawierać lęk, złość, rywalizację, kontrolę i poczucie upokorzenia.



ZAZDROŚĆ A ZAWIŚĆ

Zazdrość dotyczy lęku przed utratą relacji na rzecz trzeciej osoby. Zawiść dotyczy pragnienia posiadania lub zniszczenia dobra, które znajduje się u kogoś innego.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- “Na pewno woli kogoś innego.”
- “Muszę wiedzieć, z kim rozmawia.”
- “Nie znoszę, gdy poświęca uwagę innym.”
- “Czuję się wymieniony.”
- “Chcę być dla niego najważniejszy.”



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Lęk przed zastąpieniem.
2. Potrzeba wyłączności.
3. Porównywanie się z rywalem.
4. Kontrolowanie partnera lub terapeuty.
5. Fantazje o zdradzie i odrzuceniu.
6. Złość wobec osoby trzeciej.



PYTANIA KLINICZNE

- Jakiego miejsca pacjent boi się utracić?
- Co oznacza dla niego obecność trzeciej osoby?
- Czy zazdrość chroni przed poczuciem gorszości lub opuszczenia?
- Jak pacjent reaguje, gdy nie jest jedynym obiektem uwagi?
- Czy zazdrość powtarza wcześniejszą sytuację rodzinną?



Szybka wskazówka: Nie skupiaj się wyłącznie na tym, czy podejrzenia pacjenta są prawdziwe. Słuchaj znaczenia, jakie nadaje możliwości bycia zastąpionym.

Zazdrość w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Zazdrość może zawierać warstwę realną, projekcyjną i urojeniową. Wiąże się z utratą obiektu miłości, rywalizacją oraz konfliktami, które mogą być przenoszone na partnera.

Kierunek słuchania:

- Jaki rodzaj zazdrości dominuje?
- Czy pacjent przypisuje drugiej osobie własne pragnienia?
- Jak zazdrość wiąże się z kompleksem Edypa?
- Czy obecność rywala uruchamia lęk przed utratą miłości?

Melanie Klein

Zazdrość dotyczy relacji trójstronnej i obawy, że dobry obiekt zostanie zabrany przez rywala. Może łączyć się z zawiścią, agresją, idealizacją i lękiem przed odwetem.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent potrafi dzielić dobry obiekt z innymi?
- Czy rywal jest postrzegany jako całkowicie zły?
- Czy zazdrości towarzyszy pragnienie zniszczenia więzi?
- Jak pacjent radzi sobie z własną agresją?

Winnicott

Zazdrość może nasilać się, gdy pacjent nie posiada stabilnego poczucia bycia kochanym ani wewnętrznego doświadczenia bezpiecznej relacji. Obecność trzeciej osoby może zagrażać ciągłości więzi.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent potrafi zachować poczucie relacji podczas nieobecności obiektu?
- Czy potrzebuje stałego potwierdzania?
- Czy zazdrość chroni przed doświadczeniem samotności?
- Jak reaguje na dzielenie uwagi terapeuty z innymi pacjentami?

Lacan

Zazdrość dotyczy pytania o pragnienie Innego: czego Inny chce i dlaczego wybiera kogoś innego? Rywal może stać się punktem odniesienia dla obrazu siebie i własnej wartości.

Kierunek słuchania:

- Kim pacjent chce być dla Innego?
- Co jego zdaniem posiada rywal?
- Jak spojrzenie Innego organizuje jego obraz siebie?
- Czy pacjent chce obiektu, czy chce być wybrany?

pacjent ————— ważny obiekt ————— rywal



Zazdrość w przeniesieniu

Zwrócić uwagę na:

- reakcje pacjenta na przerwy w terapii;
- pytania o innych pacjentów;
- potrzebę bycia wyjątkowym dla terapeuty;
- porównywanie czasu, uwagi i zaangażowania;
- złość na granice relacji terapeutycznej.



Do superwizji

1. Kto tworzy trzeci punkt trójkąta?
2. Jakiego miejsca broni pacjent?
3. Jak terapeuta reaguje na potrzebę wyłączności?
4. Czy zazdrość ukrywa lęk, wstyd, zawiść czy poczucie niższości?

Poczucie winy



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Poczucie winy pojawia się, gdy pacjent uważa, że zrobił coś złego, zaniedbał ważną osobę albo nie spełnił określonych oczekiwań. Może prowadzić do refleksji i naprawy, ale może również przyjmować formę nadmiernego oskarżania siebie, samokarania i rezygnowania z własnych potrzeb.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- To przeze mnie wszystko się rozpadło.
- Nie zasługuję na spokój.
- Powinienem być zrobić więcej.
- Kiedy dbam o siebie, czuję się egoistycznie.
- Jeżeli odmówię, kogoś skrzywdzę.
- Nie potrafię sobie wybaczyć.



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Nadmierne branie odpowiedzialności za innych.
2. Powtarzające się autooskarżenia.
3. Potrzeba kary, porażki lub cierpienia.
4. Trudność w przyjmowaniu przyjemności i sukcesu.
5. Mylenie odpowiedzialności z całkowitą kontrolą.
6. Poczucie winy pojawiające się po złości, separacji lub postawieniu granicy.



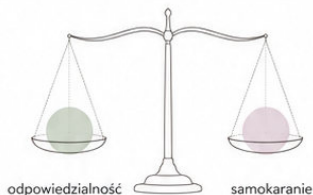
PYTANIA KLINICZNE

- Za co dokładnie pacjent czuje się winny?
- Czy odpowiedzialność jest realna, wyobrażona czy nadmierna?
- Wobec kogo pacjent próbuje dokonać naprawy?
- Jakiego uczucia unika poprzez samokaranie?
- Co wydarzyłoby się, gdyby sobie wybaczył?



ZDROWA ODPOWIEDZIALNOŚĆ A DESTRUKCYJNA WINA

Zdrowa odpowiedzialność pozwala uznać własny udział, naprawić szkodę i wyciągnąć wnioski. Destrukcyjne poczucie winy utrzymuje pacjenta w niekończącym się samopotępieniu, nawet gdy naprawa nie jest możliwa lub odpowiedzialność nie należy wyłącznie do niego.



odpowiedzialność

samokaranie



SZYBKĄ WSKAZÓWKĄ

Gdy pacjent mówi: «To wszystko moja wina», pomóż mu oddzielić fakty, fantazje, odpowiedzialność i potrzebę ukarania siebie.

Poczucie winy w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Poczucie winy może wynikać z napięcia pomiędzy Ja a Superego. Pacjent może doświadczać winy nie tylko z powodu czynu, lecz także z powodu zakazanego pragnienia, fantazji lub agresywnego impulsu.

Kierunek słuchania:

- Jak surowe jest Superego pacjenta?
- Za jakie pragnienia pacjent się karze?
- Czy wina pojawia się mimo braku realnego przewinienia?
- Czy porażki i cierpienie pełnią funkcję kary?
- Czy sukces nasila poczucie winy?

Melanie Klein

Poczucie winy rozwija się, gdy pacjent rozpoznaje, że kocha i atakuje ten sam obiekt. W pozycji depresyjnej może pojawić się troska o uszkodzony obiekt oraz pragnienie jego naprawienia.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent boi się, że zniszczył dobry obiekt?
- Czy potrafi odczuwać troskę bez całkowitego samopotępienia?
- Czy naprawa jest realna, czy przymusowa?
- Czy wina prowadzi do integracji, czy do dalszego atakowania siebie?
- Jak pacjent przeżywa własną ambiwalencję?

Winnicott

Zdolność do odczuwania winy może świadczyć o rozwoju troski i uznaniu drugiej osoby jako odrębnej. Wymaga jednak środowiska, które pozwala dziecku doświadczać agresji bez katastrofalnej utraty obiektu.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent może uznać własną agresję?
- Czy wierzy, że relacja przetrwa konflikt?
- Czy ma możliwość dokonania naprawy?
- Czy wina wynika z autentycznej troski, czy z podporządkowania?
- Czy fałszywe Ja przejmuje odpowiedzialność za wszystkich?

Lacan

Poczucie winy może pojawiać się, gdy podmiot rezygnuje z własnego pragnienia albo podporządkowuje się wymaganiom Innego. Ważne jest pytanie, wobec jakiego prawa lub nakazu pacjent czuje się winny.

Kierunek słuchania:

- Czyje wymaganie pacjent próbuje spełnić?
- Z jakiego pragnienia zrezygnował?
- Jakie słowa organizują jego samosąd?
- Czy poczucie winy wzmacnia posłuszeństwo wobec Innego?
- Co pacjent uważa za niedopuszczalne w sobie?

czyn lub
pragnienie

→ osąd

→ wina

→ naprawa
albo kara



Różnicowanie kliniczne

- realna odpowiedzialność;
- nieświadome poczucie winy;
- surowe Superego;
- lęk przed zniszczeniem obiektu;
- przymus naprawiania;
- rezygnacja z własnego pragnienia.



Możliwy kierunek pracy

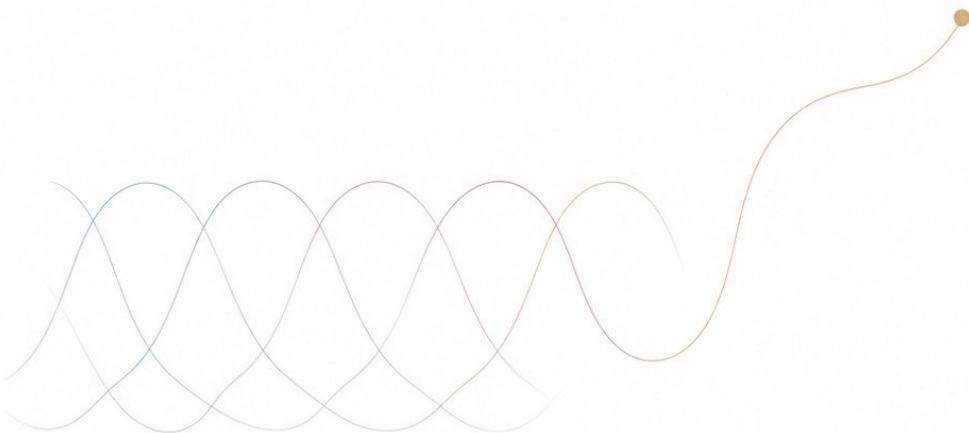
Nie uspokajaj automatycznie pacjenta, że nie ma powodów do winy. Najpierw zbadaj, komu, czemu i jakiemu wewnętrznemu prawu służy jego samosąd.

Moduł 03

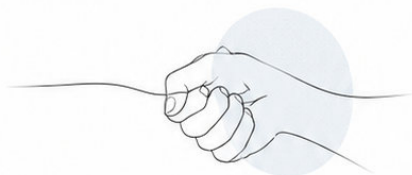
Struktura relacji i powtarzanie wzorców

Kontrola • Granice • Ambiwalecja • Powtórzenie

Ten moduł pomaga rozpoznać, jak pacjent reguluje bliskość,
reaguje na odrębność drugiej osoby, przeżywa sprzeczne uczucia
i ponownie tworzy znane sobie układy relacyjne.



Kontrola



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Kontrola może pomagać pacjentowi organizować życie i odzyskiwać poczucie wpływu. Staje się źródłem cierpienia, gdy pacjent nie potrafi tolerować niepewności, spontaniczności, zależności albo decyzji innych osób.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- Muszę wiedzieć, co się wydarzy.
- Nie mogę pozwolić sobie na błąd.
- Kiedy ktoś zmienia plan, tracę spokój.
- Jeżeli sam tego nie zrobię, będzie źle.
- Muszę mieć pewność, że mnie nie zaskoczą.
- Nie ufam nikomu na tyle, żeby odpuścić.



JAK MOŻE SIĘ PRZEJAWIAĆ?

1. Nadmierne planowanie i sprawdzanie.
2. Trudność w delegowaniu zadań.
3. Kontrolowanie partnera lub dzieci.
4. Perfekcjonizm i lęk przed błędem.
5. Potrzeba przewidywania reakcji terapeuty.
6. Silna reakcja na zmianę, opóźnienie lub brak odpowiedzi.



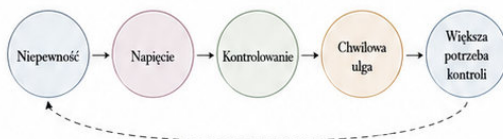
PYTANIA KLINICZNE

- Przed czym chroni kontrola?
- Co pacjent wyobraża sobie, gdy traci wpływ?
- Czy kontrola zastępuje zaufanie?
- Kogo lub co pacjent próbuje utrzymać?
- Jak reaguje na autonomię drugiej osoby?
- Co dzieje się w ciele, gdy nie może nic zrobić?



CYKL KONTROLI

Niepewność → napięcie → kontrolowanie → chwilowa ulga → większa potrzeba kontroli.



SZYBKA WSKAZÓWKA

Nie próbuj odbierać pacjentowi kontroli zbyt szybko. Najpierw pomóż mu rozpoznać lęk i fantazję katastrofy, które pojawiają się pod spodem.

Kontrola w 4 perspektywach klinicznych

● Freud

Kontrola może wiązać się z obroną przed nieakceptowanymi impulsami, lękiem przed utratą panowania oraz potrzebą podporządkowania życia wymaganiom Ja i Superego.

Kierunek słuchania:

- Jaki impuls pacjent próbuje opanować?
- Czy kontrola ma charakter przymusowy?
- Jaką rolę odgrywają perfekcjonizm i porządek?
- Czy pacjent boi się agresji, seksualności lub spontaniczności?
- Co wydarzyłoby się po utracie samokontroli?

● Melanie Klein

Kontrola obiektu może chronić przed lękiem, że obiekt zniknie, zaatakuje albo wymknie się spod wpływu pacjenta. Może również służyć ograniczaniu własnej zawiści i agresji.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent próbuje posiadać dobry obiekt na wyłączność?
- Czy kontrola jest sposobem obrony przed separacją?
- Jak reaguje, gdy obiekt zachowuje autonomię?
- Czy kontrolowaniu towarzyszy lęk przed odwetem?
- Czy obiekt jest traktowany jak odrębna osoba?

● Winnicott

Nadmierna kontrola może rozwijać się, gdy środowisko było nieprzewidywalne, intruzywne lub niewystarczająco podtrzymujące. Pacjent organizuje rzeczywistość, aby chronić ciągłość własnego istnienia.

Kierunek słuchania:

- Czy spontaniczność była bezpieczna?
- Czy pacjent musiał zbyt wcześnie dostosować się do otoczenia?
- Czy kontrola podtrzymuje fałszywe Ja?
- Jak reaguje na nieprzewidywalność terapeuty?
- Czy potrafi odpocząć bez poczucia zagrożenia?

● Lacan

Kontrola może być próbą uzyskania pewności wobec pragnienia Innego. Pacjent próbuje przewidzieć, czego Inny chce, i zająć pozycję chroniącą go przed brakiem jednoznacznej odpowiedzi.

Kierunek słuchania:

- Co pacjent chce wiedzieć o pragnieniu Innego?
- Jak reaguje na brak odpowiedzi?
- Czy próbuje kontrolować sposób, w jaki jest widziany?
- Jakie znaczące określają jego potrzebę porządku?
- Czy kontrola blokuje możliwość własnego pragnienia?



Kontrola w przeniesieniu

- próby ustalania przebiegu sesji;
- potrzebę uzyskiwania jasnych odpowiedzi;
- kontrolowanie czasu i milczenia;
- trudność w przyjmowaniu interpretacji;
- sprawdzanie dostępności i przewidywalności terapeuty.



Do superwizji

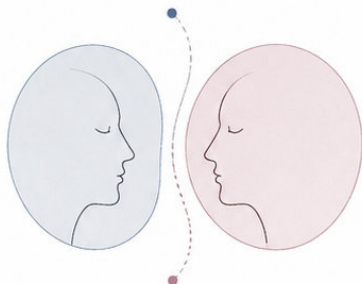
1. Co terapeuta czuje pod presją kontroli?
2. Czy zaczyna nadmiernie wyjaśniać lub uspokajać?
3. Jak utrzymać ramę bez walki o władzę?
4. Jaki lęk ujawnia się po ograniczeniu kontroli?

Granice



1. KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Granice pomagają odróżnić to, co należy do pacjenta, od tego, co należy do drugiej osoby. Obejmują prawo do własnych uczuć, decyzji, czasu, ciała, prywatności i odpowiedzialności. Mogą być zbyt sztywne, zbyt przepuszczalne albo niestabilne.



2. TRZY MOŻLIWE WZORCE



Granice przepuszczalne

- trudność w odmawianiu;
- przejmowanie cudzych emocji;
- nadmierne poświęcanie się;
- poczucie odpowiedzialności za wszystkich.



Granice sztywne

- unikanie bliskości;
- nieufność;
- trudność w proszeniu o pomoc;
- odcinanie się od potrzeb i zależności.



Granice niestabilne

- szybkie przechodzenie od bliskości do wycofania;
- intensywne dzielenie się, a następnie żal;
- nieprzewidywalne reakcje na odmowę;
- trudność w utrzymaniu stałego dystansu.



3. JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- Nie potrafię odmówić.
- Czuję się odpowiedzialny za jej nastrój.
- Nie chcę nikogo potrzebować.
- Kiedy ktoś mówi «nie», czuję się odrzucony.
- Nie wiem, gdzie kończyć się ja, a zaczyna druga osoba.



4. PYTANIA KLINICZNE

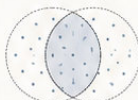
- Czy pacjent rozpoznaje własne potrzeby?
- Jak przeżywa odmowę?
- Czy potrafi pozostać w relacji mimo różnic?
- Czy granica oznacza dla niego ochronę, karę czy opuszczenie?
- Kto w jego historii miał prawo decydować?
- Czy pacjent może prosić bez żądania i odmawiać bez poczucia winy?



5. SZYBKA WSKAZÓWKA

Granica nie jest murem. Zdrowa granica umożliwia jednocześnie kontakt, różnicę, odpowiedzialność i ochronę.

przepuszczalna



sztywna



elastyczna



Granice w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Trudności z granicami mogą wiązać się z konfliktem między pragnieniem, zakazem i lękiem przed utratą miłości. Pacjent może rezygnować z siebie, aby zachować obiekt lub uniknąć kary Superego.

Kierunek słuchania:

- Jakie pragnienie pacjent tłumii?
- Czy odmowa wywołuje poczucie winy?
- Czy granice są kojarzone z agresją?
- Jak pacjent reaguje na ograniczenia?
- Czy uległość chroni przed utratą miłości?

Melanie Klein

Granice wiążą się ze zdolnością postrzegania siebie i obiektu jako odrębnych, całościowych osób. Ich zaburzenia mogą łączyć się z rozszczepieniem, projekcją i identyfikacją projekcyjną.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent uznaje odrębność obiektu?
- Czy przypisuje innym własne uczucia i intencje?
- Czy różnica jest przeżywana jako zagrożenie?
- Czy pacjent próbuje kontrolować wewnątrz drugiej osoby?
- Jak radzi sobie z ambiwalencją i frustracją?

Winnicott

Rozwój granic self wymaga wystarczająco dobrego podtrzymania i stopniowego rozpoznawania odrębności. Nadmierna intruzja albo brak odpowiedzi środowiska mogą zakłócać poczucie własnej przestrzeni.

Kierunek słuchania:

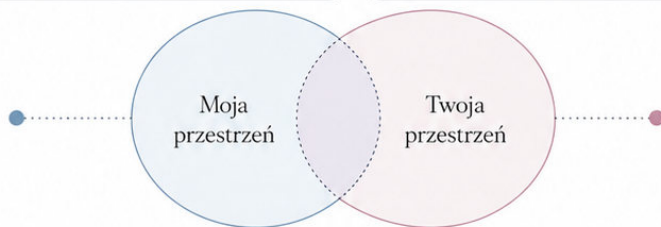
- Czy pacjent ma poczucie własnej przestrzeni psychicznej?
- Czy jego granice były respektowane?
- Czy dostosowanie zastąpiło spontaniczne self?
- Czy potrafi być blisko bez utraty siebie?
- Jak reaguje na ramy terapii?

Lacan

Granica pomiędzy podmiotem a Innym nie jest prostym podziałem. Podmiot powstaje w języku i pozostaje zależny od znaczących pochodzących od Innego, ale nie może zostać całkowicie określony przez jego pragnienie.

Kierunek słuchania:

- Czyimi słowami pacjent opisuje siebie?
- Czy jego potrzeby są podporządkowane pragnieniu Innego?
- Jak reaguje na brak i różnicę?
- Czy próbuje być tym, czego Inny od niego oczekuje?
- Gdzie w jego mowie pojawia się własne pragnienie?



Granice w terapii

- reakcje na czas sesji;
- kontakt pomiędzy spotkaniami;
- pytania o prywatność terapeuty;
- próby przedłużania lub skracania sesji;
- trudność w przyjmowaniu odmowy;
- lęk przed bliskością albo separacją.



Zasada kliniczna

Ramy terapii nie służą karaniu pacjenta. Tworzą przewidywalną strukturę, w której można obserwować jego sposób przeżywania bliskości, ograniczenia i odrębności.

Ambiwalencja



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Ambiwalencja oznacza, że pacjent może jednocześnie kochać i nienawidzić się, pragnąć bliskości i chcieć uciec, potrzebować zmiany i się jej obawiać. Nie jest błędem ani brakiem zdecydowania — stanowi naturalną część złożonego życia psychicznego.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- Chcę być blisko, ale kiedy ktoś się zbliża, uciekam.
- Kocham ją i jednocześnie nie mogę jej znieść.
- Chcę odejść, ale boję się straty.
- Czekam na zmianę, lecz sabotuję każdy krok.
- Tęsknię za nim, a kiedy wraca, czuję złość.



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Naprzemienne idealizowanie i dewaluowanie.
2. Zbliżanie się i wycofywanie.
3. Trudność w podejmowaniu decyzji.
4. Poczucie winy z powodu złości wobec kochanej osoby.
5. Utrzymywanie dwóch sprzecznych narracji.
6. Presja, aby terapeuta wybrał jedną stronę konfliktu.



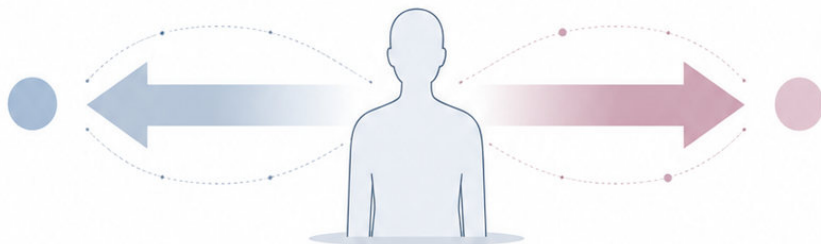
PYTANIA KLINICZNE

- Jakie dwa uczucia współistnieją?
- Dlaczego trudno utrzymać je jednocześnie?
- Co pacjent zyskuje, pozostając pomiędzy decyzjami?
- Czy wybór jednej możliwości jest przeżywany jako utrata drugiej?
- Jak ambiwalencja pojawia się w relacji terapeutycznej?
- Czy pacjent oczekuje, że terapeuta rozwiąże konflikt za niego?



WAŻNE ROZRÓŻNIENIE

Ambiwalencja różni się od obojętności. W ambiwalencji obecne są silne, sprzeczne uczucia. W obojętności pacjent może doświadczać braku zaangażowania lub odcięcia od emocji.



SZYBKĄ WSKAZÓWKĄ

Nie zmuszaj pacjenta do szybkiego wyboru. Pomóż mu utrzymać oba bieguny doświadczenia wystarczająco długo, aby mógł zrozumieć konflikt.

Ambiwalencja w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Ambiwalencja ujawnia współistnienie miłości i nienawiści wobec tego samego obiektu. Może być źródłem konfliktu, zahamowania, objawu oraz poczucia winy.

Kierunek słuchania:

- Jakie przeciwstawne impulsy są obecne?
- Czy miłość chroni przed rozpoznaniem agresji?
- Czy złość wywołuje lęk przed utratą obiektu?
- Jak konflikt wpływa na decyzje pacjenta?
- Czy objaw pozwala uniknąć wyboru?

Melanie Klein

Zdolność do przeżywania ambiwalencji rozwija się wraz z integracją dobrych i złych aspektów tego samego obiektu. Trudność może prowadzić do rozszczepienia, idealizacji i dewaluacji.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent potrafi kochać niedoskonały obiekt?
- Czy jedna osoba szybko staje się całkowicie dobra lub zła?
- Jak pacjent przeżywa własną agresję?
- Czy pojawia się troska o obiekt?
- Czy potrafi dokonać naprawy bez zaprzeczania złości?

Winnicott

Ambiwalencja może być tolerowana, gdy relacja jest wystarczająco bezpieczna, a obiekt przeżywa agresję pacjenta bez odwetu i rozpadu. Dzięki temu możliwe staje się używanie obiektu jako realnie odrębnego.

Kierunek słuchania:

- Czy pacjent wierzy, że relacja przetrwa jego złość?
- Czy może spontanicznie wyrażać sprzeczne uczucia?
- Czy dostosowanie ukrywa konflikt?
- Czy terapeuta może przetrwać rozczarowanie pacjenta?
- Czy bliskość wymaga rezygnacji z autentyczności?

Lacan

Podmiot jest podzielony i nie posiada pełnej wiedzy o własnym pragnieniu. Ambiwalencja może ujawniać sprzeczność pomiędzy tym, czego pacjent świadomie chce, a tym, co powtarza w swojej mowie i działaniu.

Kierunek słuchania:

- Co pacjent deklaruje, a co faktycznie powtarza?
- Jakie sprzeczności pojawiają się w jego słowach?
- Czy pragnie obiektu, czy uznania ze strony Innego?
- Co uniemożliwia jednoznaczną decyzję?
- Jaką stratę niósłby wybór?



Ambiwalencja w przeniesieniu

- potrzebować terapeuty i odrzucać jego pomoc;
- pragnąć interpretacji i się przed nią bronić;
- idealizować terapię i podważać jej znaczenie;
- obawiać się zakończenia oraz sabotować proces.



Do superwizji

1. Czy terapeuta próbuje usunąć sprzeczność?
2. Czy identyfikuje się tylko z jedną stroną konfliktu?
3. Jak tolerować niepewność bez bierności?
4. Co ambiwalencja chroni przed wyborem lub utratą?

Powtórzenie



KRÓTKIE OBJAŚNIENIE

Powtórzenie pojawia się, gdy pacjent ponownie tworzy podobne relacje, wybiera zbliżone sytuacje lub reaguje według tego samego schematu, mimo że świadomie pragnie zmiany. Nie jest zwykłym błędem — może być próbą opanowania wcześniejszego doświadczenia, zachowania znanej więzi albo wyrażenia czegoś, czego nie udało się jeszcze nazwać.



JAK MOŻE MÓWIĆ PACJENT?

- Zawsze trafiam na ten sam typ osoby.
- W każdej pracy kończy się tak samo.
- Wiem, że to mi szkodzi, ale znowu to robię.
- Każdy w końcu mnie opuszcza.
- Gdy ktoś jest dostępny, tracę zainteresowanie.
- Obiecuję sobie, że tym razem będzie inaczej.



NA CO SŁUCHAĆ?

1. Powtarzające się zakończenia relacji.
2. Podobne role przyjmowane w różnych sytuacjach.
3. Stałe oczekiwanie odrzucenia, zdrady lub krytyki.
4. Odtwarzanie znanej pozycji ofiary, ratownika, rywala lub kontrolującego.
5. Zachowania sprzeczne ze świadomym celem.
6. Ten sam wzorec pojawiający się w terapii.



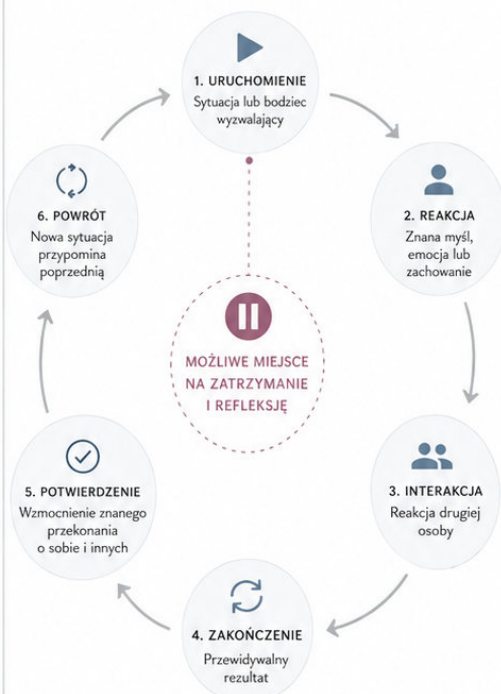
PYTANIA KLINICZNE

- Co w tym wzorcu jest znane pacjentowi?
- Jakie wcześniejsze doświadczenie może być odtwarzane?
- Co pacjent próbuje tym razem zmienić lub opanować?
- Jaką relację zachowuje poprzez powtórzenie?
- Co wydarzy się, jeśli schemat zostanie przerwany?
- Jak terapeuta zostaje włączony do tego wzorca?



MAPA POWTÓRZENIA

- Co się regularnie rozpoczyna?
- Jaki moment uruchamia znaną reakcję?
- Jaką rolę przyjmuje pacjent?
- Jak reaguje druga osoba?
- Jak zwykle kończy się sytuacja?
- Co zostaje potwierdzone?



SZYBKĄ WSKAZÓWKĄ

Nie pytaj wyłącznie: «Dlaczego pacjent znowu to zrobił?».
Sprawdź również: «Co dzięki temu zostało ponownie stworzone,
uniknięte lub potwierdzone?»

Powtórzenie w 4 perspektywach klinicznych

Freud

Przymus powtarzania sprawia, że pacjent odtwarza w działaniu doświadczenia, konflikty i relacje, których nie potrafi jeszcze przypomnieć sobie ani opracować słowami. To, co nie zostało przepracowane, może powracać w aktualnych wyborach i w przeniesieniu.

Kierunek słuchania:

- Jaki konflikt powraca mimo świadomego pragnienia zmiany?
- Co pacjent odtwarza zamiast o tym mówić?
- Jak przeszła relacja pojawia się w aktualnym życiu?
- Jakie miejsce zajmuje terapeuta w powtarzanym scenariuszu?
- Czy pacjent oczekuje takiego samego zakończenia jak wcześniej?

Winnicott

Pacjent może nieświadomie poszukiwać znanego środowiska, nawet jeśli jest ono niewystarczające lub zawodne. Powtórzenie może być również próbą stworzenia warunków, w których wcześniejsze doświadczenie zostanie tym razem rozpoznane i przeżyte inaczej.

Kierunek słuchania:

- Jakie środowisko pacjent ponownie tworzy?
- Czy wybiera relacje wymagające nadmiernego dostosowania?
- Czy odtwarza brak podtrzymania, intruzję lub nieobecność?
- Czy terapia daje możliwość nowego doświadczenia bez wymuszania zmiany?
- Jak fałszywe Ja podtrzymuje znany schemat?

Melanie Klein

Powtórzenie może odzwierciedlać nieświadome relacje z obiektami wewnętrznymi. Pacjent tworzy sytuację, w których inni zaczynają pełnić role dobrych, złych, odrzucających, kontrolujących lub prześladowczych obiektów.

Kierunek słuchania:

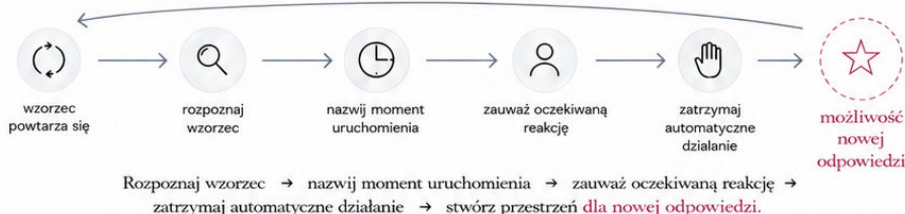
- Jakie role pacjent przypisuje innym osobom?
- Czy aktualna relacja potwierdza jego wewnętrzny obraz obiektu?
- Jak projekcja wpływa na reakcje drugiej osoby?
- Czy pacjent ponownie tworzy doświadczenie odrzucenia lub ataku?
- Co dzieje się z dobrym obiektem w powtarzanym scenariuszu?

Lacan

Powtórzenie nie jest prostym kopiowaniem przeszłości. Dotyczy powracania tych samych znaczących, pytań i pozycji podmiotu wobec pragnienia Innego. Coś powraca, ponieważ nie zostało w pełni symbolicznie uchwycone.

Kierunek słuchania:

- Jakie słowa i określenia regularnie wracają?
- Jaką pozycję pacjent zajmuje wobec Innego?
- Jakie pytanie powraca w kolejnych relacjach?
- Czy próbuje uzyskać odpowiedź, której nigdy nie otrzymał?
- Gdzie w powtórzeniu pojawia się możliwość nowego wyboru?



Powtórzenie w przeniesieniu

Pacjent może próbować umieścić terapeuta w roli osoby, która:

- odrzuca;
- kontroluje;
- zawodzi;
- ratuje;
- krytykuje;
- pozostaje niedostępna;
- wymaga podporządkowania.



Pytania do superwizji

1. Jaką rolę terapeuta zaczyna pełnić w scenariuszu pacjenta?
2. Jakie uczucia pacjent wywołuje w terapii?
3. Czy terapeuta zaczyna zachowywać się zgodnie z oczekiwanym wzorcem?
4. W którym momencie cykl może zostać nazwany bez zawstydzenia pacjenta?
5. Co może się wydarzyć, gdy znane zakończenie nie nastąpi?



Zasada kliniczna

Celem nie jest nakazanie pacjentowi, aby przestał powtarzać. Najpierw należy pomóc mu zobaczyć, co powtarza, z kim, w jakim momencie i jaką funkcję pełni ten schemat.



Powtórzenie staje się możliwe do przekształcenia wtedy, gdy to, co dotąd było wyłącznie odgrywane, może zostać zauważone, nazwane i przeżyte w nowy sposób.