

## Problem tożsamości w psychoterapii: opis przypadku

*The problem of identity in psychotherapy: a case study*

IZABELA FARYNA

Z Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie

**STRESZCZENIE.** *Tekst stanowi próbę opisu i interpretacji przypadku 35-letniego mężczyzny leczonego za pomocą terapii grupowej zorientowanej psychodynamicznie. Hipotezy odnoszą się do faktu zmiany płci przez pacjenta, jak też do czasu i sposobu ujawnienia tegoż w leczeniu. Informacje przytaczane są w taki sposób, by weryfikowały postawione hipotezy.*

**SUMMARY.** *An attempt was made to describe and interpret a case of a 35-year-old male submitted to group psychotherapy of psychodynamic orientation. Hypotheses deal with the patient's change of sex, as well as with the time and way of disclosing this fact in the course of treatment. Hypotheses posed are verified by the reported data.*

---

**Słowa kluczowe:** tożsamość płci / psychoterapia / opis przypadku  
**Key words:** gender identity / psychotherapy / case study

---

Terminem, który niekiedy pojawia się w potocznym języku psychoterapii jest termin „niedoidentyfikowany”. Zazwyczaj jest on wyrazem trudnego do ujęcia w słowa wrażenia, jakie wywołuje pacjent swoim wyglądem, zachowaniem, w jakiś sposób pozostającym w niezgodzie z tym, co typowe dla płci, którą reprezentuje. Wrażenie to stanowi w większej mierze efekt intuicyjnego odczucia niż intelektualnie uzasadnionego sądu. Właśnie to określenie pojawiło się w odniesieniu do pacjenta, którego przypadek będzie treścią tego doniesienia. I gdyby w tej chwili, abstrahując od uzyskanych w trakcie leczenia informacji, należało uzasadnić owo pierwsze wrażenie, byłoby to równie trudne, jak wówczas, kiedy pojawił się on w grupie terapeutycznej. Może coś w budowie zewnętrznej pacjenta, w sposobie poruszania się? Nadal trudno byłoby to jasno sprecyzować.

### OPIS PRZYPADKU

Pacjent – to 35-letni mężczyzna z półwyższym wykształceniem, z zawodu pielęgniarz, żonaty, posiadający ok. 4-letniego adoptowanego syna. Zgłosił się on do leczenia w związku z nasilonymi trudnościami w zakresie samokontroli. Miał poważne problemy z opanowaniem wybuchów złości w stosunku do najbliższych, szczególnie dziecka. Ponadto pacjentowi dokuczwały dolegliwości somatyczne w postaci bólów głowy, żołądka, kołatania serca. Poza wrażeniem owego „niedoidentyfikowania”, tym co zwracało uwagę, było jego silne napięcie, widoczne w ciągłej pracy nóg nerwowo „podrygujących” niemal przez cały czas trwania zajęć grupowych. Także jego funkcjonowanie oscyluje pomiędzy nierzadko agresywnymi prowokacjami a niemal zupełnym wycofaniem.

Został zakwalifikowany do leczenia w terapii grupowej zorientowanej psychodynamicznie. Terapia odbywała się w ramach oddziału dziennego z częstotliwością spotkań grupowych 14 sesji tygodniowo. Dodatkowo miał dwa spotkania indywidualne w tygodniu. To daje w sumie 16 sesji na tydzień.

Historia życia, przedstawiona przez niego w trakcie badań ambulatoryjnych i potem, przez kolejne 10 tygodni leczenia, wydawała się potwierdzeniem wcześniej wspomnianego wrażenia „niedoidentyfikowania”. Już na poziomie pracy nad życiorysem sformułowano hipotezy dotyczące trudności identyfikacyjnych. Były one rozumiane jako, z jednej strony – efekt zaprzeczenia identyfikacji z agresywnym ojcem, z drugiej strony jednak, z braku innego wzorca – silne upodobnianie się do niego. Trudności potęgowała być może postawa matki, wikłającej pacjenta w swoje rozgrywki z mężem, ustawiającej go w roli swojego obrońcy, przez co dodatkowo mógł on mieć kłopoty z określaniem siebie i swojej roli. Te problemy i ich wpływ na funkcjonowanie pacjenta w jego aktualnym życiu, stanowiły główne wątki, wokół których toczyła się terapia. Około siódmego tygodnia leczenia, dotąd agresywny pacjent, zaczął kontrolować swoje reakcje. Początkowo w kontakcie z terapeutą indywidualnym, później także w grupie. Jeżeli nawet zdarzyło mu się, że nieadekwatnie „zaatakował”, to chwilę potem mitygował się i przepraszał. Widoczne było, że chęć bliskiego kontaktu z innymi zaczęła brać górę nad lękiem przed związkiem.

W dziewiątym tygodniu leczenia pacjent zaczął napomykać o problemie, o którym dotąd nie powiedział, a co do którego sam zaczął zauważać, że ogranicza on efektywność podejmowanych przezeń prac problemowych. W kolejnym tygodniu ponownie powrócił ten temat i pacjent zapowiedział terapeutę indywidualnemu, że poruszy go w ostatniej rozmowie. Terapeuta nie wyraził zgody. Nie wyraził też zgody na to, by to, co pacjent powiedziałby pozostało między nimi (tak funkcjonował pacjent w relacji

z matką, która wciągała go we wspólne tajemnice, o których miał nie wiedzieć ojciec).

W jedenastym tygodniu leczenia, najpierw w rozmowie z terapeutą, potem w grupie, pacjent powiedział o zmianie płci. Leczenie hormonalne i zabiegi operacyjne miały miejsce pomiędzy 19 a 24 rokiem jego życia. Jak twierdził pacjent, od kiedy pamiętał odczuwał niechęć do dziewczęcych strojów, zabawek i długich włosów, nie odczuwał natomiast pociągu do mężczyzn, choć – by się sprawdzić – zdecydował się (wówczas jako kobieta, 19 r.ż.) na fizyczny kontakt z mężczyzną. Przeżyte wówczas obrzydzenie i niechęć, przesądziły o wcześniej już „kiełkującej” decyzji zmiany płci. Matka pacjenta i jej rodzina zaakceptowały decyzję. Ojciec nie przyjął jej, a pacjent ukrywał się przed jego rodziną przez długi czas po zabiegu. Ojciec, niekiedy do tej pory, daje odczuć pacjentowi swoje niezadowolenie z tego, co zrobił, a nawet zwraca się do niego imieniem, jakie nosił on jako kobieta.

Już w trakcie kwalifikacji do zabiegu, a potem leczenia hormonalnego, wtedy jeszcze Maria, podejmowała kontakty z kobietami. Zakończony rozstaniem z inicjatywy partnerki związek był powodem podjętej przez Marię/Marka w 20 r.ż. próby samobójczej. Po zmianie płci, podejmując współżycie seksualne pacjent odczuwał zadowolenie, był też zapewniany przez partnerki o przeżywanej przez nie satysfakcji.

Fakt, iż jego podejrzenia, że zostanie odrzucony po ujawnieniu „takiej” informacji się nie sprawdziły, spowodował dalszy spadek napięcia. Pacjent zaczął też funkcjonować w grupie w roli osoby bardzo konstruktywnej, porządkującej pracę i stawiającej sensowne wymagania.

### **Intrpretacja**

Przed przejściem do rozważenia sposobu i czasu ujawnienia przez pacjenta informacji dotyczącej zmiany płci, warto podjąć próbę zrozumienia jego problematyki na nowo. Być może stwierdzenie, że zmianę płci pacjenta rozumiano jako bardzo drastyczny,

ale jednak mechanizm obronny, który miał pomóc w poradzeniu sobie z problemami tożsamościowymi wyda się ryzykowne. Po ujawnieniu przez niego tej ważnej informacji w grupie, ze strony innych pacjentów pojawiły się głosy: „chłopie, to myśmy myśleli, że tyś kogoś zabił, a tu...”. Skądinąd wydaje się (czego kończącemu leczenie pacjentowi w ten sposób nie przedstawiono), że rzeczywiście „kogoś zabił”. Zabił mianowicie tę część w sobie, która związana była z kobiecością. Być może był to sposób na poradzenie sobie z ambiwalencją w stosunku do matki. Podczas gdy ojciec wydawał się postacią jednoznacznie negatywną (nie znoszący sprzeciwu, agresywny, przejawiający skłonność do napastowania seksualnego nieletniej córki), matka nie była tak jednoznaczna. Pozornie kochająca, nie dawała jednak poczucia bezpieczeństwa, z jednej strony nastawiając przeciwko „złemu” ojcu, z drugiej narażając jednak na ciągłe bycie z nim. Jeszcze w trakcie trwania terapii matka próbowała angażować pacjenta w toczącą się właśnie sprawę rozwodową rodziców. Wcześniej, nie pytając o zgodę, zgłosiła go jako świadka przeciwko ojcu.

Możliwa jest jednak także inna hipoteza: nie mogąc sobie poradzić z zagrażającym ojcem, nie mogąc z pozycji kobiety dać wystarczającego wsparcia matce, Maria utożsamiła się z postacią agresora, także przez przyjęcie jego płci. To jednak nie rozwiązało problemu, nie dało odpowiedzi na pytanie „kim jestem”? Maria fizycznie stała się mężczyzną (Markiem), nie wiedząc jednocześnie, jak nim być. Ojciec nie mógł bowiem stanowić punktu odniesienia.

Wreszcie prawdopodobne wydaje się, że zmiana płci była ucieczką Marii przed pragnieniami, jakie budziły się w niej pod wpływem seksualnych prowokacji ojca. W rozumieniu koncepcji Melanie Klein stanowiłoby to introjekcję tej części obiektu, która była postrzegana jako dobra i pożądana (*penis*), przy odrzuceniu tego, co złe i zagrażające.

Jednak niezależnie od tego, którą z hipotez uznamy za bardziej uzasadnioną, wydaje

się, że sposób, który wybrała Maria dla rozwiązania swoich problemów (zmianę płci), nie tylko nie przyniósł oczekiwanego rezultatu, ale jeszcze nasilił wewnętrzne konflikty.

Gdyby spróbować spojrzeć na historię życia pacjenta przez pryzmat psychospołecznej teorii rozwoju Ericksona, to dostrzec by można, że fakt nieporadzenia sobie przez niego z kryzysem tożsamości ma swe źródło w poprzednich stadiach rozwojowych. Brak poczucia bezpieczeństwa wynikający z ciągłych awantur między rodzicami, pozorną autonomią („sam odprowadzałem siebie do przedszkola”, samodzielnie decydując o sobie Maria jako 3-4-latka przez długie godziny pozostawała sama w domu) przy jednoczesnej silnej zależności (za zachowanie uznane przez ojca za przewinienie, Maria musiała go całować w rękę, bo „matka chciała mieć spokój w domu”), wcielanie się chcąc nie chcąc w postać obrończyni matki, wspólne z nią tajemnice przed ojcem rodzące w Marii poczucie winy („nie mów ojcu, że wychodziłam, kiedy był w delegacji”) – to czynniki sprzyjające pomieszeniu tożsamości (*identity confusion*). W konsekwencji, w dorosłym życiu pacjent funkcjonuje biegunowo: od impulsywnych, agresywnych, przypadkowych działań do kompulsywnej powściągliwości (co widoczne było także w grupie).

## KOMENTARZ

Być może bezzasadnie, ale sposób i czas ujawnienia przez pacjenta faktu zmiany płci uznano za sukces terapii. Rozumiano to jako uzyskanie przez pacjenta poczucia bezpieczeństwa w takim stopniu, że lęk przed odrzuceniem nie determinował już jego zachowań w stopniu uniemożliwiającym zaufanie innym. Czy tym sposobem udało się pokonać jego początkową nieufność?

Interesujący był też sposób podania informacji: zapowiedź, próba „namówienia” terapeuty na wspólną tajemnicę (próbowanie granic). Postawione wymagania i ograniczenia spowodowały, że pacjent podjął

zadanie przekazania informacji w grupie. Czy podziało tu korektywne doświadczenie w relacji z kobietą, która go nie odrzuciła i jasność komunikatów, czy też inne czynniki niespecyficzne?

Przypomnieć należy, że zmianę płci pacjenta potraktowano jako mechanizm obronny. Stąd też przytaczane fakty dotyczyły jedynie wybranych aspektów jego problematyki.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hall C.S., Lindzey G.: Teorie osobowości. PWN, Warszawa 1990.
2. Jakubik A.: Podstawowe kierunki psychiatrii dynamicznej. PZWL, Warszawa 1989.
3. Klein M.: On identification. Basic Books, New York 1955.
4. Moore B.E., Fine B.D.: Słownik psychoanalizy. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1996.

*Adres: Dr Izabela Faryna, Wojewódzki Ośrodek Leczenia Nerwic,  
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków*