

Joy Schaverien*

ŚMIERĆ ANALIZOWANEGO: PRZENIESIENIE, PRZECIWPZENIESIENIE I PRAGNIENIA EROTYCZNE**

THE DEATH OF AN ANALYSAND: TRANSFERENCE, COUNTERTRANSFERENCE AND DESIRE

boundaries
countertransference
death of patient
desire
erotic transference
individuation
love

W artykule przedstawiony jest proces analizy mężczyzny, zapadającego na terminalną chorobę. Szczególny nacisk położony jest na analizę silnej zależności pacjenta i erotycznego przeniesienia. Autorka szeroko zajmuje się również problemem przeciwprzeniesienia, własnego zaangażowania się oraz problemem granic w terapii w obliczu zbliżającej się śmierci pacjenta.

Summary: This paper is offered as an exploration of transference and countertransference issues when, in the process of analysis, the analysand becomes terminally ill. Written from the point of view of the analyst, eros and boundary issues are discussed. It is proposed that those who are about to die may form particularly intense erotic attachments and that this is characteristic of a speeded up individuation process. The paper is based on the case of a suicidally depressed man who formed an immediate, dependent and erotic transference. After three months, he was diagnosed as having an inoperable lung cancer. From then on the analytic frame was challenged by pressures to act out in a number of different ways. It is argued that gender difference and the heterosexual pairing facilitated the differentiation of adult, sexual and Oedipal feelings from infantile, pre-Oedipal ones. Maintenance of the analytic frame enabled the individuation process to continue to the end.

Wprowadzenie

Henry umierał w swoim domu, w jasnym pokoju, w otoczeniu swoich roślin i pod opieką rodziny. W tym czasie napisałam: „Henry zadamował się. Jest w domu”. On sam mówił: „Mam teraz w sobie więcej życia niż kiedykolwiek wcześniej”. Częściowo przypisywał to efektom analizy. Fakt, że się zadamował, odzwierciedlał pomyślnie rozwiązanie jednego

* Joy Schaverien jest członkiem Society of Analytical Psychology in London, a także visiting professor na Uniwersytecie w Sheffield. Prowadzi prywatną praktykę jako analityk jungowski. Regularnie naucza w Instytucie Junga w Kopenhadze i koordynuje program superwizji w IAAP w Moskwie. Wydała między innymi: *The dying patient in psychotherapy: desire, dreams and individuation* (Palgrave/Macmillan 2002), *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice* (Jessica Kingsley Publishers) i *Desire and the female therapist: engendered gazes in psychotherapy and art therapy* (Routledge 1995).

** Oryginalny tekst artykułu ukazał się w: *Journal of Analytical Psychology*, 1999, 44: 3–28.

z głównych tematów naszej wspólnej pracy. Jego ciało odpoczywało w domu — duchowym tego równoważnikiem było to, że jego dusza również się zdomowiała.

Analitycy i psychoterapeuci prawdopodobnie coraz częściej pracują z osobami zmagającymi się z nowotworem bądź chorobami związanymi z HIV. Pomimo wielu wspólnych czynników, istnieje jednak różnica w pracy z tymi pacjentami w instytucjach, takich jak szpital czy hospicjum, w których terminalnie chorzy są naturalną grupą pacjentów. W sytuacji, gdy relacja analityczna jest ugruntowana, pojawienie się choroby zagrażającej życiu może mieć istotny wpływ na analityka, stawiając przed nim szczególny problem w utrzymaniu „analitycznego naczynia” (*analytic vessel*).

W związku z modyfikacjami i koniecznością zaadaptowania procesu terapeutycznego do pogarszającego się fizycznego stanu analizowanego, można by zakwestionować jego przypadek jako przykład analizy. Ja uważam jednak ten przypadek za przykład analizy przez wzgląd na to, iż pacjent sam starał się utrzymać granice i zapewniał możliwość kontynuowania procesu indywidualizacji na głębokim poziomie aż do momentu swojej śmierci.

Ten artykuł pokazuje, że w sytuacji, gdy w analizie (czy w psychoterapii) pojawia się zagrożenie nadchodzącą śmiercią, może dojść do ukształtowania się szczególnie silnej formy erotycznego zaangażowania. Wydaje się, że w takiej sytuacji przemożne stany archetypowe, jakie prowokuje śmierć, zniewalają zarówno analityka, jak i analizowanego. Rośliny będące bliskie obumarcia rozrzucają nasiona, jako ostatnią próbę odzycia. Być może podobnie jest w analizie — proces indywidualizacji wydaje się ponaglać i przyśpieszać. Wharton pisze o swojej pracy z pacjentami w starszym wieku: „Jestem pod wrażeniem prawdziwego instynktu życia, gdy śmierć zaczyna się zbliżać...” [1, s. 36]. Jak gdyby nieświadome odpowiadało na nagłą sytuację i umożliwiała analitykowi głębokie zaangażowanie się. Korzystając z mojej poprzedniej pracy z tego zakresu pokazuję, jaki ma wpływ rodzaj (*gender*) tej diady na proces analizy [2, 3, 4]. W opisywanym tutaj przypadku chodzi o parę odmiennopłciową, w której równoległe z silną infantylną regresją istniał potężny związek erotyczny, podtrzymujący bliskie zaangażowanie i zaciekawienie analityka, w wyniku czego proces ten stał się wyzwaniem.

Erotyczne przeniesienie według Junga jest koniecznym i celowym elementem pracy (*opus*) [5]. To właśnie transformacja erosa prowadzi do indywidualizacji. Covington [6] pokazuje, jak „ciepło i pełne zrozumienia podejście analityka” w odpowiedzi na tęsknotę pacjenta za miłosną relacją może ułatwić indywidualizację. Jung opisuje ją jako „proces takiego różnicowania [...], którego celem jest rozwój indywidualnej osobowości” [7, par. 757]. Osiąga się to poprzez rozwój postawy symbolicznej, dzięki któremu różnicują się odszczepione (*split off*) i odrzucone (*disowned*) aspekty osobowości i dochodzi do uzyskania świadomej postawy. Być może zagrożenie nadchodzącą śmiercią intensyfikuje ten proces i ponagla go. Śmierć w wyniku nowotworu dwojga moich, stosunkowo młodych, pacjentów sprowokowała mnie do podjęcia tego tematu.

Miłość i śmierć

W różnych opisach doświadczeń z pracy z umierającym pacjentem centralną sprawą dla analityka czy psychoterapeuty, wydaje się, często bagatelizowane, przeciwprzeniesienie. W tego rodzaju spotkanie może zostać włączony proces własnej indywidualizacji analityka. Umieranie nie stawia przed nim wyłącznie technicznego problemu, natomiast konfrontuje

go z powszechnym doświadczeniem człowieka w obliczu śmierci. Analityk może w takiej sytuacji różnymi sposobami próbować zakwestionować ramy analityczne, zwłaszcza wtedy, gdy już wytworzyło się przeniesienie erotyczne. Autentyczny opis takiego procesu wymaga odsłonięcia do pewnego stopnia siebie samego.

Archetyp zranionego uzdrowiciela opisywany jest jako pewien aspekt motywacji analityka do pracy [8, 9]; z kolei terminalna choroba analizowanego stawia ten archetyp w centrum uwagi. Może to wpływać na szczególny „status”, jaki uzyskują niektórzy z takich pacjentów. Chcę podkreślić, że nie wszyscy, którzy stają w obliczu śmierci, w taki sposób angażują analityka. Chodzi o pewne osoby, które potrzebują kompensacji nieprzeżytych aspektów swojego życia i wciągają analityka w intensywny, zniewalający wręcz proces. Analityk/analityczka zmuszony/a jest wtedy do konfrontacji ze swoim lękiem przed śmiercią. Nawet przelotne dostrzeżenie własnej śmiertelności może przyczynić się do intensywnej identyfikacji z pacjentem. Ta identyfikacja z kolei może prowadzić do powstania lęku „czy jest się wystarczająco dobrym analitykiem”, bądź do zaprzeczania potencjalnej utracie pacjenta. Ponad wszystko jednak, w takiej sytuacji, pacjent fizycznie i psychicznie podróżuje do miejsca, do którego analityk nigdy nie zawitał, bez względu na głębokość analizy, jaką przeszedł. Analityk jednocześnie wie, że kiedyś także będzie musiał przebyć tę ścieżkę. To może budzić respekt lub grozę, a nierównowaga sił może się w tej relacji terapeutycznej delikatnie przesunąć. Hubback [10] pisząc o utracie doświadczeniach w starszym wieku przestrzega przed taką idealizacją, która z racji podeszłego wieku analizowanego automatycznie umiejscawia go w pozycji mądrej kobiety lub mądrego mężczyzny. Młodzi ludzie, którzy stoją w obliczu śmierci, mogą wywoływać podobny kompleks przeciwprzeniesieniowych uczuć i oni również mogą być idealizowani lub wywoływać lęk z powodu mocy związanej z ich „szczególnym” statusem.

Warto zauważyć, że w języku angielskim istnieje tylko jedno słowo określające różne oblicza miłości. Lambert [11] poszukując narzędzi do rozróżnienia wielu form miłości, które przejawiają się w analizie, ucieka się do greki. *Erao*, *phileo*, *agapeo* oddają różne typy miłości; „seksualna fascynacja wiązana była z *erao* (eros), podczas gdy przyjazne uczucia, jakie łączyły pana i niewolnika, oraz (jak u Homera) te pomiędzy bogami i ludźmi częściej kojarzono z *phileo*” [11, s. 39]. *Agapeo*, w pewnym sensie przypominająca *phileo*, dodatkowo obejmuje szacunek, zobowiązania, więź [11, s. 39-40]. Lambert pokazuje, że analiza może być rozumiana jako zadanie czy układ agapiczny. Potrafi ona przetrwać destrukcyjne ataki i często zawiera pierwiastek erotyczny.

Powszechnie wiadomo, że Freud wprowadził pojęcie przeniesienia [Freud 12, 13] po to, by zrozumieć intensywne uczucia, szczególnie miłosne, które pojawiają się w relacji analitycznej. W takim znaczeniu pomocne może więc okazać się rozróżnienie jej części składowych. Greenson [14], opierając się na koncepcji Freuda, dzieli relację analityczną na trzy części: rzeczywistą relację, terapeutyczne przymierze i przeniesienie. Rzeczywista relacja jest faktycznym, autentycznym związkiem pomiędzy analitykiem i analizowanym: umożliwia porównanie tego, co jest realne w przeżyciu pacjenta, z tym, co jest realne w przeżywaniu analityka. W przypadku, gdy analizowany jest terminalnie chory ta „faktyczna/ rzeczywista relacja” czasami może wysuwać się na pierwszy plan w wyniku codziennych trosk i, nie mniej, w wyniku pogarszania się fizycznego stanu pacjenta. Przymierze terapeutyczne jest ugodą (nie zawsze tak nazwaną), którą pacjent zawiera

z analitykiem po to, by we wspólnej pracy przyglądać się przeniesieniu. To przymierze opiera się na zaufaniu: pozaseksualnej sympatii i wzajemnym respekcie [14]. Wymaga ono od pacjenta/pacjentki przyjęcia symbolicznej pozycji i postawy „jak gdyby” w odniesieniu do własnych treści. Czerpie ono z „agapicznych” możliwości analityka i może obejmować przyjacielskie uczucia (*phileo*) i współczucie dla czyjś cierpienia. Grennson [14] pisze, że przeniesienie charakteryzuje ambiwalencja; jest ono powtórzeniem, ale zarazem jest niewłaściwe w obecnej sytuacji. Obejmuje pozostałości wszystkich ludzkich relacji, także miłości i nienawiści, w ich prymitywnej formie. W przypadku pacjenta, który umiera, mogą być one szczególnie intensywne.

Haynes [15] niewątpliwie konfrontowała się ze wszystkimi tymi elementami, co widać w poruszającej relacji nagłej śmierci jej analityka, którą opisywała zarówno z perspektywy analityka, jak i analizowanej pacjentki. Pokazuje ona, w jaki sposób wpłynęło to na jej osobiste życie, a także, jakie były tego reperkusje w jej zawodowej (analitycznej) praktyce. Jej szczerze otwarcie się wobec jednego z jej analizowanych pokazało, że elastyczność względem granic może być jednocześnie analityczną i agapiczną interwencją. W traktacie filozoficznym Ken Wilber [16] relacjonuje terminalną chorobę i śmierć swojej żony Treyi Kilam Wilber. Jej komentarze są dopełnieniem całego tego tekstu. Ich spotkanie, małżeństwo i wspólne dramatycznie krótkie życie zapisane są od momentu poznania. Pomimo że ta książka nie dotyczy profesjonalnych relacji, to jednak szczerzy i otwarty opis silnych emocji pojawiających się w związku z ciągłym oczekiwaniem na nieuchronną śmierć ma duże znaczenie dla analizy. Wheeler [17] pisze o pacjentce, której przewlekła choroba weszła w terminalną fazę podczas ich wspólnej pracy. Obrazowo opisuje mechanizm zaprzeczania przez nią istnieniu choroby i zawiść o zdrowie doradczyni. Ten czynnik może zostać w takiej relacji pominięty; jest tak bolesny, że może zostać nieświadomie zaprzeczony.

Wiele książek poświęconych zostało opisom pojedynczego przypadku umierającego pacjenta. Znaczenie tych opisów po części może płynąć stąd, że pisanie o takich relacjach inicjuje proces indywidualizacji samego analityka. Wheelwright [18] dwadzieścia lat po takim doświadczeniu opisuje, jak została poproszona przez kolegę o przyjęcie do analizy młodej zamężnej kobiety, terminalnie chorej. Przyznaje, że wówczas (jako sześćdziesięcioletnia kobieta) była zainteresowana tym wyzwaniem z osobistych i zawodowych przyczyn. Praca z tą pacjentką była czymś w rodzaju wzajemnego badania się [18, s. 9]. W tym przypadku diagnoza była już sformułowana, a celem analityka było wspomóc pacjentkę w „procesie indywidualizacji” [18, s. 8]. Było to coś odmiennego od troski rodziny i opieki innych specjalistów pochłoniętych poważnymi problemami świata zewnętrznego. W tej pracy Wheelwright określiła granice analizy i dała wyraz ewidentnie istniejącej miłości tej pacjentki, jak również jej cierpieniu, związanemu z pogarszającym się stanem fizycznym pacjentki.

W przykładzie opisanym przez Ulanov [19] diagnoza choroby terminalnej zostaje postawiona w momencie, gdy jej pacjentka, Nancy, będąc tuż przed czterdziestką, kończy sześćioletnią analizę. W związku z guzem mózgu, u Nancy mowa zaczyna zawodzić i pacjentka rysuje. Wiąż pomiędzy Nancy a jej analityczką dobrze oddaje następujący fragment: „Nancy nie była pierwszym doświadczeniem śmierci w mojej pracy analitycznej [...] Niemniej jednak okoliczności ją poprzedzające poruszyły mnie, jak żadne dotąd, a to z powodu długiej pracy, jaką miałyśmy za sobą i którą nadal kontynuowałyśmy [...]

z powodu tego, jaką była osobą, z powodu jej delikatności i wytrzymałości, jej ciągłego dążenia do środka...” [19, s. 91]. Poza ukazywaniem i wyrażaniem miłości wpisanej w te relacje terapeutyczne, obie książki wskazują na podstawowy problem granic. Szczególnie ważne staje się rozważenie, kiedy analityczne ramy mogą zostać naruszone przez medyczną interwencję, przez pogarszanie się stanu pacjenta czy spotkania z rodziną. Zarówno jeden, jak i drugi opisywany przypadek to związek analityka — kobiety z analizowaną kobietą, a w przypadku Wheelwright analityczka jest znacznie starsza od pacjentki. Sugeruje ona, że mogło to wpłynąć na przeniesienie jak na matkę. Dodatkowo jakieś znaczenie musiało mieć to, że obie pacjentki były zamężne, a ich mężowie silnie zaangażowani. Odmienna jest sytuacja pacjenta, którego chcę przedstawić; nie miał on stałej partnerki, zatem centralna stała się dla niego relacja analityczna. Połączenie w parze mężczyzny i kobiety złożyło się na takie przeniesienie erotyczne, w którym infantylna regresja nie dała się na początku odróżnić od heteroseksualnej namiętności.

Równie intensywna erotycznie relacja charakteryzowała przypadek opisany przez Lee [20], muzykoterapeutę, który opisał i opublikował swoją pracę z muzykiem chorującym na AIDS. Do książki dołączone jest CD z nagraniami utworów na pianino granych przez pacjenta w trakcie sesji. Niektóre fragmenty to sesje, podczas których terapeuta i pacjent grają w duecie, inne to solowa gra pacjenta, a terapeuta występuje jako słuchacz. Nie jest to oczywiście spotkanie analityczne, choć z mojego punktu widzenia miłość, która rozwinęła się w tej relacji terapeutycznej i testowała jej granice, nie przekroczyła ich wytrzymałości. Podobnie jak Henry — mój pacjent, jego pacjent był samotnym mężczyzną, któremu życie nie przynosiło spełnienia. Lee pokazał, w jaki sposób fakt nieuchronnej śmierci pacjenta zintensyfikował cały proces do tego stopnia, że terapeuta porzucił postawę terapeutyczną i zgodził się na propozycję pacjenta zaprzyjaźnienia się z nim. Tym samym zachowanie terapeuty można rozumieć jako *acting out* w odpowiedzi na silne pragnienia pacjenta.

Nie mam zamiaru oceniać tego procesu. Skłaniam się raczej do korzystania z tego przypadku, aby zobrazować potężne i nie do pogodzenia emocje, które mogą narosnąć w terapeutcie konfrontującym się ze śmiercią. Rzuca to też światło na sposób, w jaki terapeuta może zostać wciągnięty w naznaczony archetypowo stan, w którym nie daje się utrzymać racjonalnego myślenia. Szczególnie trudna jest dla terapeuty praca z tymi, którzy umierają nie przeżywszy swojego życia w pełni, czy też umierają relatywnie młodo. Fakt, że pacjent nie ma partnera, powoduje dodatkowe napięcie, które lokuje się w terapeutcie. Zatem pragnienie, aby odreagować, może okazać się dla niego trudne do przewyciężenia. Pojawiają się w tej sytuacji liczne pytania, czym jest koniec terapii, gdy pacjent umiera. W rzeczywistości nie ma żadnych reguł i każdy przypadek wymaga odmiennej diagnozy czy oceny w danym czasie i przy pełnej znajomości sytuacji. Może okazać się, że w niektórych przypadkach zaprzyjaźnienie się z pacjentem będzie najbardziej terapeutycznym rozwiązaniem, podczas gdy w innych najwłaściwiej będzie, gdy terapeuta wycofa się wraz z zakończeniem terapii. W przykładach Wheelwright, Ulanov i poniższym, w interesie pacjenta mogło być, żeby analiza podążała do samego końca. Jednak taka decyzja musi podlegać każdorazowo odrębnemu osądowi.

Henry

Henry został skierowany na psychoterapię przez swojego lekarza rodzinnego. Późną nocą wszedł do biura Samarytan, gdyż czuł się tak wyizolowany i tak bardzo samotny, że jedynym wyjściem dla niego zdawało się samobójstwo. (Samarytanie to organizacja założona przez Chad Varah, zapewniająca całodobową poufną linię telefoniczną dla osób myślących o samobójstwie.) Henry miał czterdzieści sześć lat, był po rozwodzie, a jego była żona i nastoletnie dzieci mieszkaly w innej części kraju. Regularnie widywał swoje dzieci. Spędzały one z nim zazwyczaj szkolne wakacje, w domu jego rodziców. Od jakiegoś czasu, z powodu nasilonego lęku, Henry zupełnie nie potrafił normalnie funkcjonować w pracy. Był zatrudniony na wyższym kierowniczym stanowisku w firmie, w której go poważano. Ostatnio zaniedbał pewne zadania i obawiając się, że takie zarządzanie skończy się sprawą sądową wytoczoną jego firmie, nie był w stanie pójść do pracy. Ogarnięty paniką i psychicznie sparaliżowany leżał w łóżku; wpadł w depresję, która okresowo pojawiała się przez większą część jego dorosłego życia. Wrócił do domu rodziców, gdzie całkowicie się wyizolował. Niezdolny lub niechętny do porozumienia się z rodzicami, unikał także prób zbliżenia z ich strony czy ze strony kolegów z pracy; nie rozmawiał z nikim.

W tym właśnie czasie został skierowany do mnie. Pomimo że nowotwór zdiagnozowany trzy miesiące wcześniej musiał już zbierać swoje żniwo, nikt nie domyślał się, że Henry jest terminalnie chory. To jest oczywiste, że wybierając się z kimś w analityczną podróż [21], nie potrafimy przewidzieć dokąd nas ona zaprowadzi. Tak więc zarówno on, jak i ja nie mogliśmy przewidzieć, że Henry umrze w ciągu dwóch i pół roku.

Pierwsze spotkanie odbyło się w grudniu, dwa tygodnie przed moją przerwą świąteczną. Ambiwalencja Henry'ego wobec procesu była widoczna już podczas pierwszej rozmowy telefonicznej: „Doktor X sugerował mi, żebym się z panią skontaktowałam”. Po czym (umówiwszy się już na spotkanie, co wywołało u niego lęk) powiedział: „Nie jestem pewien, czy przyjadę. Nie wiem, czy mogę prowadzić samochód zażywając te leki, nie wiem też, czy mogę pożyczyć samochód od moich rodziców. Zadzwoń do swojego lekarza i sprawdź, czy mogę prowadzić”. Pięć minut później zadzwonił i przekazał, że przybędzie na umówioną godzinę. Po tej rozmowie spodziewałam się ujrzeć młodego, około dwudziestoletniego mężczyznę i zdziwił mnie widok wysokiego, chudego mężczyzny po czterdziestce w dużych okularach, w dżinsach, który sprawiał wrażenie trochę zaniedbanego. Akcent, który wskazywał raczej na edukację pacjenta w szkołach publicznych, kolidował z jego niedbałym wyglądem. Na końcu pierwszej sesji skwapliwie zgodził się przychodzić dwa razy tygodniowo.

W następnym tygodniu przyszedł, zignorował kozetkę, siadł na krześle i bez patrzenia na mnie zaczął szybko opowiadać. Historia sama się z niego wylewała. Do przerwy świątecznej, która miała nastąpić dwa tygodnie później, Henry zdołał się zaangażować w analizę. Zależność jego była tak silna, że zastanawiał się, jak sobie poradzi w czasie mojej nieobecności. Odbijało się to również w przeciwprzeniesieniowym zaangażowaniu, zatem i ja również martwiłam się, jak on to przeżyje. Na tym etapie moja troska była odpowiedzią na wyrażane przez niego myśli samobójcze. Później, zwłaszcza gdy choroba wyraźnie postępowała, przerwy w terapii były stałym tematem. Wraz z mijającym czasem, coraz wyraźniej pojawiało się przede mną pytanie: czy on dożyje, czy jeszcze go zobaczę następnym razem?

Szkoła z internatem

Lęk Henry'ego związany z przerwami w naszych spotkaniach odzwierciedlał jego wczesne historie powtarzających się rozstań. Był trzecim z sześciorga dzieci i jednocześnie jedynym synem. Jego rodzina posiadała kilka dużych domów. Gdy Henry miał cztery lata, przeprowadził się do jednego z nich z rodzicami i starszymi siostrami. W tym domu przebywał obecnie w swoim odizolowaniu.

Z jego historii wynikało, że główną traumę przeżył w wieku ośmiu lat, gdy został wysłany do szkoły z internatem. Opowiedział mi o tym na drugiej sesji, a ze sposobu, w jaki to przekazał, wynikało, że była to nadal świeża rana; wydawało się, że czekał na opowiedzenie tej historii od tamtego czasu. Powrócił do ekscytacji związanej z przygotowaniami do wyjazdu, pakowaniem się i podróżą. Był traktowany w rodzinie wyjątkowo; matka faworyzowała go jako jedynego syna. Powiedziano mu, że ten fascynujący wyjazd to wyróżnienie, że został wybrany w przeciwieństwie do siostr, które zostaną w domu. Nie był przygotowany do uświadomienia sobie przerażającej, już od pierwszych chwil przybycia do nowej szkoły, skrajnej samotności.

Opisywał uczucie tęsknoty za domem i popłakiwanie w tajemnicy, w łóżku; nikt nie wiedział o jego cierpieniu, nikt nie domyślał się, jak bardzo jest nieszczęśliwy. Od tamtego czasu nie było nikogo w jego życiu, z kim mógłby się podzielić swoimi doświadczeniami. W pierwszych miesiącach terapii wydawało się, że reaguje na ten właśnie aspekt relacji: posiadanie świadka czy współuczestnika swoich przeżyć. Powiedział kiedyś: „Jest to coś, czego szukałem przez całe moje życie, lecz nie wiedziałem, co to miało być”. W końcu znalazł się ktoś, kto zrozumiał i nazwał przerażającą go samotność.

Jest jeden przykład z jego życia, który nadał sens jego rozpacz i koresponduje z późniejszym wydarzeniem, które miało już miejsce w trakcie analizy. Wkrótce po rozpoczęciu szkoły podstawowej, wziął udział w wyścigu. Był niskim i drobnym chłopcem; rówieśnicy przewyższali go wzrostem. Mimo tego, z ogromnym wysiłkiem i wbrew wszelkim przeciwnościom, wygrał ten wyścig. Po wygranej zdał sobie sprawę, że nie było przy nim nikogo, z kim mógłby uczcić swoje zwycięstwo. Rozpaczliwie pragnął, żeby rodzice mogli zobaczyć jego triumf, lecz ich tam nie było. Tuż po wyścigu zapadł na poważną grypę i położono go do łóżka w przyszkolnym sanatorium, z wysoką temperaturą. Skontaktowano się z jego rodzicami, którym powiedziano, że nie jest to nic poważnego, tak więc nie ma konieczności, żeby przyjeżdżali. Zgodnie z jego relacją doświadczył wówczas ponownie samotności i rozpacz i zdał sobie, już wtedy, sprawę z tego, że zachorował, gdyż chciał, aby rodzice przyjechali do niego. Gdy nie przyjechali, poczuł się tak głęboko opuszczony, że niedługo potem odciął się zupełnie od swoich uczuć. W taki sposób nauczył się nie płakać. Jego wyjątkowa rola, jedynego syna w rodzinie, zamieniła się w życie nic nie znaczącego chłopca w ogromnej męskiej instytucji. Od dziecka, które uczy się w szkole z internatem, oczekuje się, że przystosuje się i do zbiorowych norm i wartości instytucji. Jung pisze, że: „Indywidualizacja jest naturalną koniecznością [...] stanięcie jej na przeszkodzie poprzez niżenie się do zbiorowych standardów kaleczy kluczową aktywność jednostki [...] jakiegokolwiek poważne poskromienie indywidualności jest w związku z tym sztucznym zahamowaniem rozwoju” [7, par. 758]. To oddaje w pigułce jego przeżycia ze szkoły; dziecko przestało być wyjątkową jednostką w rodzinie pełnej dziewcząt, stało się członkiem społeczności—kolektywu chłopców i mężczyzn. Jego emocjonalne życie przestało

mieć wtedy znaczenie, co, na tak wczesnym etapie rozwoju, może nieść, i przyniosło, katastrofalne konsekwencje psychiczne. Gdy Henry wracał do domu na wakacje, nie był w stanie opowiedzieć nikomu z rodziny o swoim cierpieniu i czuł, że nikt tak naprawdę nic o nim nie wie.

Poczucie zdrady, porzucenia i izolacji, które pojawiło się w tamtym czasie, wpłynęło na resztę jego życia. Nigdy nie potrafił opowiedzieć o swoim cierpieniu, którego doświadczał jako zupełne opuszczenie. Dowiedział się, już w trakcie analizy, od jednej z sióstr, że matka po zostawieniu go w szkole płakała przez całą powrotną drogę do domu, co oznaczało, że nie potrafiła przekazać mu swojego z troskania i smutku za nim. Doświadczenia w szkole z internatem wydają się powtórzeniem wcześniejszego rozstania z matką, gdy mając sześć miesięcy został wysłany do krewnych. Połączenie tych wydarzeń zostawiło w nim głęboką tęsknotę za matką, jak również uczucie mściwej złości. Bardzo często chłopcy, którzy we wczesnym okresie rozwoju zostali wysłani do szkół z internatem, tęsknią za idealizowaną matką. Rozstanie Henry'ego z matką okazało się zbyt wczesnym zerwaniem więzi. Później, w okresie adolescencji, nie było możliwości rozstania się z uwewnętrzną matką (matczynym imago), dlatego, że było za mało rzeczywistej bliskości. Od tego momentu wszystkie kobiety wydają się zwodzące, oferując nadzieję na bycie wyidealizowanym obiektem miłości, a równocześnie ciągle grożą opuszczeniem. Taka relacja przyczyniła się do wytworzenia powtarzalnego wzorca, w którym kobieta wprawdzie jest idealizowana, a potem oczerniana — kochana i nienawidzona. To odgrywało się także w przeniesieniu; czasami Henry przeżywał mnie jako upragniony dom, upragnioną matkę/kochankę, czasami, gdy wracała historia szkoły z internatem, jako matkę odrzucającą. Szkoła z internatem mogła zostać zrozumiana jako obiekt przeniesienia negatywnego — pozbawionego miłości i chłodnego.

Dom

Taki wzorzec funkcjonowania cały czas powodował Henrym i nie potrafił on nigdzie się osiedlić. Miał dom tylko podczas swojego krótkiego małżeństwa. Od dziesięciu lat, czyli od momentu gdy jego małżeństwo się rozpadło, nie zawiązał żadnej ważnej relacji ani też nie miał swojego miejsca do życia. Mógł być z przyjaciółmi do momentu, gdy zaczęli mieć go dosyć; wtedy urażony wracał do rodziców. To biegło równoległe do jego stanu psychicznego; gdy pozostawał w związku — był zdomowiony, gdy związek się rozpadł — nie był w stanie nigdzie zamieszkać. Henry znalazł na to wyjaśnienie — skoro kiedyś się ożenił, to został „połączony biodrem” ze swoją żoną. Takie wyjaśnienie oddawało poziom regresji, zależność, jakiej doświadczył w tym związku, ponadto nadawało jakiś sens wzorcowi, który miał się pojawić w przeniesieniu. Henry jak gdyby „wpadł w relację terapeutyczną”; wydawało się, że jest ona obietnicą psychicznego domu.

Najwyraźniej przejawiało się to na jednej z pierwszych sesji, na której bardzo się na mnie zezłościł. Na poprzedzającej sesji wręczyłam mu wraz z rachunkiem daty moich wakacji. Wykrzyczał wówczas do mnie, że zawsze miał wątpliwości co do analizy; rozsierdzony powiedział oskarżającym tonem: „Nie wrócę już — sam sobie poradzę — jest to najbliższa relacja, jaką miałem w życiu, a ty najzwyczajniej siedzisz i mówisz mi o datach wakacji”. W ten sposób jego wczesna zależność w analizie odtworzyła jego historię. Opisał kilka swoich związków z kobietami, w które zainwestował wszystko, a potem wycofał się; nieświadomie

aranżował w ten sposób odrzucenie, po czym, gdy ono już nastąpiło, obwinił drugą osobę. Gdy jego złość przygasła, i nie została przeze mnie odwzajemniona, zdziwił się i poczuł ulgę. Mogłam więc potwierdzić jego gniew i przyznać, że jeśli jest to najintymniejszy związek w jego życiu, to bardzo trudne musi być dla niego to, że wyjeżdżam. Zgodził się na to, uspokoił i powiedział: „Mogę tu mówić o wszystkim, prawda?”. Po czym opowiedział mi, jak bardzo przejął się swoimi fantazjami seksualnymi, i opisał je. Po zakończeniu wydawał się bardzo spokojny; potem nastąpił etap pozytywnego przeniesienia.

Henry żywo i emocjonalnie podchodził do pięknych domów, w których mieszkał ze swoimi krewnymi w różnych okresach życia. W jakimś sensie to właśnie domy, nie ludzie, symbolizowały w jego świecie wewnętrznym bliskość czy intymność. Psychologiczny aspekt domu przywołuje Bachelard, gdy pisze: „dom tworzy całe gros wyobrażeń, które mogą dawać ludziom dowody bądź przynosić złudzenie stabilności. Nieustannie na nowo wyobrażamy sobie jego rzeczywistość...” [22, s.17]. Ludzie zawsze zawodzili, wierne i stałe pozostały domy z dzieciństwa Henry’ego. Pamięć tych domów utrzymywała go w tej nostalgicznej tęsknocie i poczuciu bliskości. Jednym z pierwszych wywołanych przez analizę wspomnień było to z okresu, gdy miał cztery lata. Pamiętał, że stał w oknie jednego z tych domów i patrzył w górę ulicy i zastanawiał się, dokąd ona prowadzi. Wydawała się prowadzić daleko. W tym czasie wspomnienie to stanowiło metaforę rozpoczęcia analitycznej podróży, jak również wyruszenie w podróż życia. Patrząc wstecz, retrospektywnie, istnieje dodatkowy cierpki posmak wiedzy o tym, że podróż ta dobiega końca.

Henry zarazem kochał i nienawidził zabytkowego miejskiego domu, w którym żyli jego rodzice. Należał on od pokoleń do jego rodziny i Henry rozumiał, że jego wyjazd do szkoły z internatem wiązał się z przygotowaniem go do odziedziczenia tego domu wraz z rodzinnym interesem. Gdy miał szesnaście lat jego ojciec, zakładając, że syn nie będzie tym zainteresowany, przepisał cały majątek trustowi i sprzedał firmę. Rodzice mieli mieszkać w tym domu do końca życia, a po ich śmierci dom przestawał być własnością rodziny. Ta, nie skonsultowana z Henrym, decyzja zrujnowała go. Stracił w jej wyniku dom, do którego planował wrócić, i stanął wobec konieczności znalezienia sposobu zarabiania na życie, do czego był zupełnie nieprzygotowany. Wydaje się jakby wściekłość na tę niesprawiedliwość psychicznie go sparaliżowała i przez to nigdy nie zagrzał miejsca w pracy, nie ukończył żadnego kursu ani nie pozostał dłużej w jednym miejscu.

Ta zniewaga dla jego poczucia własnej wartości pogłębiona została przez jeszcze jeden incydent, który miał miejsce w tym samym czasie. Młoda kobieta zatrudniona przez jego rodziców uczyniła mu seksualną propozycję; miał szesnaście lat i był tym przerażony; zmrożony nie odpowiedział na tę ofertę. Wrócił do szkoły i snuł o niej fantazje. Gdy przyjechał do domu następnym razem, matka, w wielkim bólu, powiedziała mu, że ojciec ma romans z tą kobietą. Najwyraźniej w tym momencie Henry, zamiast wprowadzenia w życie, został na powrót wrzucony do matczynej rzeczywistości. Dwie ważne funkcje, które ma wypełnić ojciec wprowadzając syna w życie to po pierwsze bycie pomocnym w znalezieniu roli życiowej i, po drugie, zachęcenie i dodanie odwagi do kontaktów z kobietami [8; 23]. W obu tych kwestiach zachowanie ojca Henry’ego zamknęło synowi dalszą drogę. Można to zrozumieć w ten sposób, że edypalne dążenia Henry’ego nie zostały odpowiednio stłumione przez ojca; właściwie został on poniżony przez jego działania. Jego pozycja w rodzinnej firmie i jego potencjalna wydolność seksualna zostały podważone. Dodatko-

wo, matka stała się przerażająco dostępna dla niego. Można zrozumieć jego depresję jako maskę dla wściekłości, którą odczuwał na te niesprawiedliwości; mówił o zemście. Opisał siebie jako „Hrabiego Monte Christo”, który wraca po latach wygnania, aby w rewanżu zemścić się na tych, którzy go skrzywdzili. Ta zemsta była adresowana do jego rodziców, w których obszernym domu teraz mieszkał, a z którymi prawie nie rozmawiał i odmawiał przyjmowania ich jedzenia.

Przeniesienie

Przeniesienie natychmiast nasunęło skojarzenia z jego wczesną relacją z matką. Istniał niewątpliwie między nimi związek emocjonalny i Henry wzruszył się do łez, gdy przypomniał sobie fragment melodii nuconej mu przez matkę, gdy był małym dzieckiem. Ze smutkiem powiedział, że nigdy więcej już jej nie śpiewała. Po tym spotkaniu Henry wrócił do domu i rozmawiał z nią o swoim wczesnym dzieciństwie; wspomnienia nieznacznie go uspokoiły. Wyglądało to, jak gdyby od tamtego wczesnego okresu nie czuł, że ktoś go wspiera. Znaczące było to, że taki czas właśnie nastąpił w jego życiu.

Pewnego dnia, niedługo po rozpoczęciu terapii, Henry wszedł do pokoju i stwierdził, że mam bardzo wydajny grzejnik. Pomyślał, że w gabinecie będzie ciepło, pomimo że na dworze pada. Zwróciłam na to uwagę, gdyż wskazywało to, że przeniesienie już działa, a ciepło, które on odczuwał, było wygenerowane w relacji terapeutycznej. Niedługo po tej sesji śnieg padał tak intensywnie, że większość osób odwołała spotkania, bo dojazd był utrudniony, Henry jednak przybył punktualnie. Powiedział, że było dla niego wyzwaniem dotrzeć, mimo takiej pogody. Okazało się też później, że gdy rodzina przeprowadzała się do domu, w którym obecnie mieszkali jego rodzice, była mroźna zima. Fizyczny dyskomfort, jaki towarzyszył mu z powodu zimna, podsycił jeszcze uczucie pustki. Wspominał spacer, jaki odbył pewnej nocy, uczucie samotności i lęk, że jego rodzice umrą. Wołał wtedy na głos, lecz nikt się nie zjawił, żeby go ukoić. Przepłakał potem samotnie całą noc. Stąd, jego uwaga na temat śniegu mogła wiązać się z nadzieją na znalezienie jakiegoś wytchnienia od trwającej przez całe jego życie izolacji i emocjonalnego chłodu. Wyraźne było w tym wspomnieniu podobieństwo do jego przeżycia ze szkoły z internatem i wskazywałoby, że uczucie opuszczenia ma swoje źródło we wcześniejszym okresie rozwoju, który przypadł na lata szkolne.

Tak samo jak we wczesnodziecięcej zależności, która została wyraźnie przywołana w naszej relacji, pojawiło się zauroczenie seksualne, które w przeniesieniu rozwijało się na poziomie edypalnym i w planie rzeczywistym. Znalazło to potwierdzenie, gdy dużo później Henry przyznał, że jednym z pierwszych wrażeń było to, że przypominam mu jego pierwszą poważną dziewczynę. Szybkie wytworzenie się przeniesienia wydawało się regresją do wczesnej dziecięcej relacji z matką. Stało się to oczywiste, gdy stwierdził, że jest to jego „najintymniejsza relacja w całym jego życiu”. Nie wyczerpywało to jednak wszystkiego; skojarzenie z pierwszą miłością miało pewne podstawy w rzeczywistości. Jeszcze później okazało się, że przypominam trochę jego najstarszą siostrę. Tak więc przeniesienie, dziecięce w swojej genezie, było bardzo złożone; przywoływanie pozostałych wczesnych związków było pobudzane rzeczywistymi podobieństwami. Zdawało się, że gdy pojawiały się realne podobieństwa, dodawały nowy wymiar do wczesnej fazy analizy. Gdyby móc świadomie obchodzić się z tymi aspektami, mogłoby to pomóc w głębszym rozumieniu

materiału przeniesieniowego. Wyraźnie pokazała to w opisie analizowanego pacjenta Covington [6, s. 341]. Przeniesienie erotyczne jej pacjenta zostało „nasycone” na samym początku przez pewne rzeczywiste podobieństwa pomiędzy nią a matką analizowanego.

Zdaje się, że niepowiązane fragmenty psychiki, które w swoim życiu Henry poświęcił różnym kobietom, teraz w przeniesieniu tworzyły jakąś konstelację i prowokowały pozytywne uczucia zauroczenia i poczucie przynależenia. Było to bardzo istotne, gdyż już wkrótce pozostanie w terapii okazało się sprawą niemal nie-do-uniesienia przez Henry’ego; przywiązanie wyzwalało impuls, by ją porzucić, choć ostatecznie umożliwiło mu pozostanie. Powracał sens pierwszych uwag o śniegu i, w miarę upływu czasu, stał się symbolem zaangażowania i ciepła, które wytworzyło się pomiędzy nami.

Przeciwprzeniesienie

Intensywność, z jaką Henry opowiedział swoją historię i ewidentna zależność poruszały bezpośrednio. Istniały tu dwa odrębne, choć powiązane ze sobą, poziomy interakcji, które funkcjonowały równolegle. Pierwszy z nich to dziecięcy, na którym byłam doświadczana jako obiekt częściowy — przyjazna pierś czy ucho, lecz nie osoba. Henry był kontrolujący, co na początku mnie nie złościło; mogło być tak, jak w przypadku matki, która przez pewien czas rozumie i przyjmuje żądania swojego dziecka, nawet jeśli wydają się nierozsądne. Henry mówił gwałtownie i bez patrzenia na mnie, a ja czułam się jakby w obecności wygłodzonego niemowlęcia. Doszło do wytworzenia się archetypowego matczynego otoczenia. Analizując przeciwprzeniesienie rozpoznałam jego potężną potrzebę bycia karmionym i zarazem strach przede mną. To matczyne przeciwprzeniesienie było odpowiedzią na wyraźną wczesną deprivację, pomimo że silnie erotyczna atmosfera nie miała wyłącznie dziecięcego charakteru; Searles [24] opisuje miłość edypalną doświadczaną w przeciwprzeniesieniu i stwierdza, że przeniesienie edypalne aktywuje także przeciwprzeniesienie. Istniała zarazem „rzeczywista relacja”, której byłam świadoma, będąc świadoma Henry’ego jako mężczyzny, a także niezaprzeczalnego wzajemnego seksualnego oddziaływania na siebie dwójki dorosłych, którzy znaleźli się w intymnej sytuacji. Obok przeniesienia pewna synchroniczność wpłynęła na odbieranie Henry’ego jako kogoś „szczególnego”.

Z mojego doświadczenia wiem, że rzadko się zdarza, żeby fakty z życia analizowanego pacjenta zbiegały się z życiem kogoś innego. Kiedy tak się dzieje, może to być niezwykle silnym czynnikiem uaktualniającym rzeczywistą relację. Byłam zaskoczona, gdy pewne wydarzenia z historii Henry’ego dotyczyły mojego życia. Byliśmy w podobnym wieku i jego szkoła z internatem znajdowała się w części kraju, w której ja dorastałam. Pewnego razu, gdy opowiadał o przeżyciach w prywatnej podstawowej szkole¹ (jego pierwszy internat), wspomniawszy imię pewnego chłopca, którego matka, podczas wizyt Henry’ego w ich domu, była serdeczna dla niego. Chłopiec okazał się moim kuzynem drugiego stopnia. Co więcej, gdy Henry ciągnął opowieść o różnych kolegach, których odwiedzał, zdałam sobie sprawę, że studiowaliśmy w tym samym czasie, na sąsiadujących ze sobą

¹ W oryginale *preparatory school*. W Wielkiej Brytanii oznacza szkołę dla dzieci, szczególnie chłopców pomiędzy 7. a 13. rokiem życia, opłacaną przez rodziców, która przygotowuje do szkoły publicznej. W USA jest to również prywatna szkoła dla dzieci powyżej 11. roku, która przygotowuje do *collegu* [przyp. tłum. za *Cambridge International Dictionary of English* online]

wydziałach. Opisywał polityczną działalność, w którą i ja byłam zaangażowana. Z tego, co wiem, Henry nie był świadomy tych koincydencji. Skoro jednak miały one dla mnie tak wielkie znaczenie, musiały więc odgrywać swoją rolę na poziomie nieświadomym. Taka sytuacja pobudziła analityka jako osobę. Trzeba było podjąć decyzję, czy odsłonięcie tych powiązań byłoby korzystne dla analizowanego pacjenta. Stwierdziłam wówczas, że nie przyniosłoby to korzyści Henry'emu, wrażliwemu na zranienie, że mogłoby zaciążyć na świeżo zawiązanym przeniesieniu.

Niewątpliwie wpłynęło to na przeciwprzeniesienie i wzmocniło mocne już przywiązanie do niego. Ta intensyfikacja wiązała się z tym, że mieszkałam wówczas daleko od miejsca, w którym dorastałam, odczuwałam więc to (o czym opowiadał), jak połączenie ze swoim domem i byłam na to wyczulona. Odkrycie się z tym przed Henrym byłoby spełnieniem nie jego, lecz moich własnych potrzeb. Gdy w takiej sytuacji analityk odkrywa się jako osoba, może to świadczyć o pokusie złamania analitycznych granic. Ta sytuacja oddaje pojawienie się możliwości seksualnego *acting out*. W okolicznościach, gdy istnieje w relacji przyciąganie i powab, oraz gdy w terapeutycznych ramach rodzi się bliskość, wówczas ujawnienie realnych, bliskich powiązań może znieść napięcie. Z perspektywy czasu można rozumieć, że te równoległe wydarzenia miały swój cel — zbliżyły mnie one do Henry'ego i dały mi odczuć, że poza pokojem terapeutycznym jest on mężczyzną.

Mam nadzieję, że udało mi się już do tej pory pokazać to znaczące erotyczne zaangażowanie; najwyraźniej był to przełom i zaczęła się głęboka analiza. Przywiązanie stworzyło taką więź, która później pomagała utrzymać relację w sytuacji, gdy mogła łatwo ulec załamaniu. Pozytywne przeciwprzeniesienie — miłość, którą odczuwałam do niego — miało także dodatkowe znaczenie, gdy została zdiagnozowana jego terminalna choroba. To uczucie umożliwiło mi towarzyszenie jemu w sposób, który mógłby w innym przypadku okazać się nazbyt trudny.

Diagnoza

Spotykaliśmy się od trzech miesięcy, dwa razy w tygodniu, kiedy Henry opisał niepokojące go fizyczne dolegliwości. Skonsultował się ze swoim lekarzem rodzinnym, który wysłał go na badania. Jeszcze w tym samym tygodniu został wezwany i przekazano mu diagnozę: rak płuc. Nasza sesja była tuż po spotkaniu w szpitalu. Henry przybył na nią po otrzymaniu informacji, że ma raka i że prognozy są niepomyślne. Ta wiadomość została mu bezceremonialnie przedstawiona przez młodego szpitalnego lekarza. Henry wkroczył do mojego gabinetu w szoku, nie był w stanie przekazać tej informacji. Bał się powiedzieć mi o tym i nie mógł wyobrazić sobie, jak to powie swojej rodzinie. Bał się ich reakcji. Od tego momentu aż do jego śmierci, dwa lata później, rzadko przestawałam o nim myśleć.

W tygodniu, w którym dowiedział się o diagnozie, zachował ją jeszcze dla siebie. W następnym tygodniu, po dyskusji i interpretacji jego lęku przed obciążeniem innych złymi wieściami, postanowił, że powie o wszystkim swojej starszej siostrze. Zgodnie z przewidywaniami była zdenerwowana, a Henry uznał, że było to dla niej obciążające; skoro nie był w stanie skontenerować swoich własnych uczuć, to uczucia innych ludzi musiały budzić w nim przerażenie. W końcu udało mu się powiedzieć rodzicom. Ojciec zaoferował mu jakieś wsparcie, lecz ja odczuwałam, że nie umieją poradzić sobie z możliwością śmierci Henry'ego i dlatego nie chcą o tym rozmawiać.

Nie da się całego tego dwuletniego procesu zawrzeć w tym artykule, skupię się więc na kluczowej kwestii, jaka w jego trakcie się pojawiła: na sprawie granic. Interesujące jest, że samobójcze myśli Henry'ego natychmiast zostały zastąpione jego pragnieniem, żeby pokonać przeciwności i żyć. Pragnął żyć dla swoich dzieci i w związku z tym rzucił palenie w tym samym dniu, w którym otrzymał diagnozę. Seria radioterapii zmniejszyła guza w płucach. Henry często odbywał samotnie podróże szpitalnym samochodem do odległego o pięćdziesiąt mil szpitala. Pewnego razu jedna z jego siostr przybyła z odległego miasta, żeby dotrzymać mu towarzystwa, lecz większość czasu spędzonego na wizytach i leczeniu był sam. Chciał, żebym ja z nim jeździła i niekiedy wyobrażał sobie, że mu towarzyszę. Stwierdził jednak, że nie potrzebuje mnie w tych miejscach jako psychoterapeutki. Wobec tego musieliśmy analitycznie przepracować ten problem i poradzić sobie z jego pragnieniami wobec mnie jako jednocześnie idealnej partnerki/matki, zdając sobie zarazem sprawę z jego prawdziwej, głębokiej samotności w tej sytuacji. Zachęcałam go do zaangażowania rodziców. Ponieważ wiele jego prób nawiązania z nimi kontaktu kończyło się fiaskiem, interpretowałam jego destrukcyjną postawę wobec nich.

Rozpaczliwie potrzebował kogoś, z kim mógłby dzielić swoje nadzieje i strach, obawy i to, jak przeżywał leczenie; ta rola przypadła mnie. W tych dniach, w których miał iść do szpitala, zawsze był w moich myślach. Pomimo że nigdy mu fizycznie nie towarzyszyłam, czyniałam to duchowo. Kiedy Henry czekał na jakąś szczególnie ważną wizytę czy miał udać się po wyniki, które mogły zadecydować o jego dalszym życiu, godziłam się na jego kontakt telefoniczny ze mną. Jeśli nie było mnie w tym czasie w domu, dawałam mu numer telefonu, pod którym byłam dostępna. Nigdy tego nie nadużył i dzwonił tylko wówczas, gdy był zrozpaczony bądź gdy chciał podzielić się jakimiś wyjątkowo dobrymi lub szczególnie niepomyślnymi wiadomościami. Jednego razu dzwonił i mówił, że w wyniku radioterapii nowotwór jest mniejszy, innym razem przekazywał, iż lekarze nie są w stanie już nic więcej dla niego zrobić.

Henry był inteligentnym mężczyzną i spędził dużo czasu w czytelnich studiując tę szczególną odmianę nowotworu, mógł więc dyskutować o prognozach lekarzy i prawdopodobnych efektach leczenia. Dowiedziawszy się, że chemioterapia nie wyleczy go, nie wyraził zgody na jej podjęcie. Spodziewał się, że poczuje się po niej bardzo słaby i chory. W pewnym sensie Henry mniej bał się śmierci niż życia, a choroba dała mu możliwość skupienia się na czymś i nadała jego życiu znaczenie, którego wcześniej mu brakowało. W pewnym momencie, gdy był w remisji, uświadomił sobie te problemy, z którymi musiałby się skonfrontować pozostając zdrowym. Zdawszy sobie sprawę z tego, że musiałby znaleźć pracę i jakieś miejsce do życia — wpadł w panikę.

Analiza w tym okresie była bardzo głęboka. Henry pozostawał w zależności ode mnie i stwierdził, że gdyby choroba nie pozwoliła mu podjąć decyzji w swojej sprawie, to chciałby, żebym ja to zrobiła, gdyż znam go najlepiej ze wszystkich. Była to dla mnie trudna sytuacja, ponieważ nie chciałam podtrzymywać jego zależności. Przy każdej sposobności zachęcałam go do zwrócenia się do rodziny. W jakimś sensie siostry mu towarzyszyły, lecz miały własne rodziny, prowadziły własne życie w innych regionach kraju. Znany wzorzec zachowań Henry'ego, polegający na zbliżaniu się, po czym odrzucaniu kogoś, często powtarzał się w relacji z siostrami i przyjaciółmi, podczas trwania choroby. Rzeczywiście byłam jedyną osobą, która trwała niezmiennie i kimś, kto jako jedyny mógł dzielić jego

lęk; wszystko dzięki temu, że trzymałam się analitycznych ram, pomimo własnych różnych impulsów. Punkt kontraktu dotyczący spotkania się dwa razy w tygodniu po pięćdziesiąt minut powodował, że nie zagrażałam Henry'emu. Mnie to z kolei umożliwiało ciągłą obserwację i interpretację jego odrzucania mnie.

Seksualność i przemoc

Henry wściekał się na mnie, czuł zawiść, bo ja byłam zdrowa, a on chory; uważał, że przywiązanie do mnie jest dla niego poniżające. Czasami, gdy był w rozpacz, nie potrafił znieść tego, że nie jeżdżę z nim do szpitala. Wybuchał na wszystko, co proponowałam mu twierdząc, że nie ma żadnej relacji pomiędzy nami, że próbował już kilka razy porzucić terapię. W jednym z tych wybuchów przeraził się swoich odczuć seksualnych. Opisywałam to w innym artykule [2, 4], lecz tutaj chciałabym do tego wrócić, gdyż oddaje to treść i znaczenie konfliktów, które przeżywał w trakcie analizy. Henry nieoczekiwanie opuścił kilka spotkań. Za każdym razem pisałam do niego, że uznaję to za opuszczoną sesję i potwierdzam następną. Wydarzyło się to trzy razy. W końcu stwierdziłam, że potrzebuje on jakiejś pomocy w powrocie i napisałam do niego interpretując jego zamieszanie i sugerując mu kontakt telefoniczny ze mną. Zadzwoił do mnie, zachęcony alkoholem, i przyznał, że nie umiał przyjąć, gdyż zaczął odczuwać seksualne pobudzenie, któremu towarzyszyły agresywne, pełne przemocy fantazje. Okazało się, że był zmieszany i przerażony intensywnością tych doznań. Po tej rozmowie wrócił i wyznał, że obawiał się, że mógł zaatakować mnie lub zgwałcić; dobrze wiedział, że byliśmy sami w budynku. Powiedział tylko: „Co robisz jeśli podobasz się swojemu terapeutce?”. Początkowo czuł, że to jest nie do przyjęcia, potem stwierdził, że musi coś z tym zrobić. Miał niezwykle ostrą świadomość granic pokoju terapeutycznego — czy jednak one wytrzymają? Pożądał i zarazem bał się, że ja zezwolę na seksualną relację z nim, bądź, że on straci kontrolę i zgwałci mnie. Załamała się idealizacja i to, co wcześniej wyparło seksualność i przemoc pojawiło się teraz.

Gdy opisał to, ja mogłam interpretować preedydalny aspekt jego uczuć. Odnalazł w tym sens swoich relacji z kobietami, do których zbliżał się emocjonalnie i gwałtownie opuszczał lub wycofywał. Chciał być z nimi w intymnej seksualnej relacji, lecz za każdym razem, gdy znalazł się z którąś z nich w łóżku, czuł, że wprawdzie potrzebuje czegoś innego, nie rozumiejąc, co by to mogłoby być. Badając strukturę jego seksualnych fantazji stało się oczywiste, że to, czego pragnął to matczyne holding. Nie potrafił doświadczyć seksualności w relacji, gdyż jego najsilniejszym pragnieniem był holding. W momencie, gdy potrafił to przyznać, był też w stanie skontaktować się ze swoimi zależnościami, dziecięcero-erotycznymi uczuciami, które były splecione z seksualnymi, sadystycznymi i pełnymi przemocy fantazjami. Ten wątek zdominował wiele naszych spotkań. Henry wspominał przy nim o swoim aktualnym, niemal obsesyjnym, zainteresowaniu artykułami z gazet, które opisywały morderstwa dziewczyn przez ich partnerów. Niepokoiło go to, że mogłoby zrobić to samo ze mną, zamordować mnie. Podczas tej fazy miewał też sny, które odkrywały jego zawistne i mordercze impulsy wobec matki, wobec starszej siostry i wobec mnie. Stopniowo, gdy dawał wyraz tym uczuciom przestawały go one przerażać i obciążać. Zobaczył je jako jeden z wielu aspektów swojego wewnętrznego świata, który stając się bardziej znajomy, przestawał go dominować i stopniowo był asymilowany. Pojawiły się treści edykalne; Henry'ego zaczęło interesować to, z kim mieszkam, wyobrażał sobie

(zgodnie z rzeczywistością), że jestem zamężna; wiedział, że jedno z moich dzieci odebrało telefon od niego. Nasiliło się erotyczne przeniesienie i relacja między nami mogła się pogłębić. Celem erotycznych powiązań jest właśnie pogłębienie możliwości pacjenta do wchodzenia w relacje [5].

W pokoju terapeutycznym Henry przeżywał mnie tak, jak każdą znaczącą dla niego kobietę (lub jako aspekt kobiety). Czasem były to obrazy idealizowane, innym razem dewaluowane. Bywało to trudne, zwłaszcza że Henry często zaprzeczał związkowi pomiędzy nami. Nigdy otwarcie dobrowolnie nie przyznałby, że cokolwiek daje mi od siebie. Z tego powodu musiałam zaufać przeciwprzeniesieniu, jako narzędziu do rozumienia jego komunikacji. Dokonywałam interpretacji w oparciu o te przeżycia, które w jakiś czas później były potwierdzane przez niego. Gdy czułam się rozłączona z nim, to zazwyczaj dlatego, że Henry przeżywał do mnie złość lub inne silne emocje i odcinał się ode mnie. To przypominało jego odejście z terapii, gdy zaczął odczuwać seksualne pobudzenie, choć teraz potrafił już wytrwać w gabinecie. Jedynie odsuwał się w nim emocjonalnie. W końcu, coraz mniej tego potrzebował, rozeznawał to w sobie i komentował.

Oplaty

Haynes i Wiener wskazali [15], że „trzy główne obszary objęte, w naszych czasach, tabu to seks, śmierć i pieniądze”; wszystkie trzy zbiegły się w tej analizie. Gdy ktoś będący w analizie czy psychoterapii zachoruje terminalnie, powstaje wówczas pytanie o możliwość opłacania tego procesu. Jest to zresztą zasadnicza różnica z taką pracą w oddziale. Ulanov [19, s. 92] pisze o ważności kontynuowania pobierania opłat za sesje od swojej umierającej klientki Nancy. Uważa ona, że był to gest uznania analitycznego charakteru ich relacji. Wheelwright [18] z kolei robiła ustępstwa w takiej sytuacji: „Zgodziłam się widywać z Sally w jej własnym domu i pobierać minimalną opłatę, z której czasami w ogóle rezygnowałam.... to było tak ważne, żeby Sally, boleśnie świadoma obciążenia finansowego swojej rodziny, nie narażała ich na dodatkowe wydatki...” [18, s. 9-10]. Jeśli możliwość zarobkowania przez analizowanego jest ograniczona, ustalona wcześniej opłata staje się dodatkowym niespełnialnym wymogiem, który dokłada się do stresu związanego z chorobą. Analityk ma wybór, czy w tej sytuacji przystosować się do okoliczności, czy terapia musi się zakończyć.

Gdy Henry korzystał już tylko z zapomogi państwowej, trzeba było wypracować jakiś kompromis, co okazało się niełatwym przedsięwzięciem. Pewnego dnia Henry znów nie przyszedł na sesję. Tym razem powodem było to, że nie mógł dłużej opłacać spotkań. Pracodawca, który bardzo go cenił i kontynuował wypłacanie pensji przez półtora roku, zaprzestał i Henry znalazł się na zapomodze państwowej. Był przekonany, że to jest koniec analizy, a zamiast powiedzieć mi o problemie, odszedł. Tym samym znów odtworzył wzorzec, według którego opuszczał każdą istotną dla niego kobietę, gdy tylko poczuł, że go zawiodła lub, że jest przez nią niezrozumiany. Daje to obraz rozszczepienia jego wewnętrznego świata, przez co nie mógł negocjować ze zinternalizowaną osobą. Nie znając jeszcze powodów jego wycofania się, zakładając, że musiał być zły, napisałam do niego tuż po opuszczonej sesji przypominając mu o następnej. W odpowiedzi na to Henry zostawił krótką wiadomość w mojej poczcie głosowej, w której powiadał, że nie przyjdzie na to spotkanie. Tuż przed sesją zadzwonił do mnie z domu jednej z sióstr, która mieszkała

w innej części kraju, mówiąc, że nie jest w stanie przyjechać, gdyż wyręcza siostrę w pracy. Minęło kilka kolejnych sesji zanim zadzwonił do mnie, żeby porozmawiać. Okazało się wtedy, że pod złością do mnie kryło się to, że nie jest w stanie opłacić wszystkich zaległych spotkań. Odpowiedziałam, że nie zamierzam dyskutować o tym przez telefon, a jeśli wróci możemy przemyśleć tę sytuację.

Gdy powrócił był w dużej rozpacz, podatny na zranienie i bardzo zregresowany; przyznał jednak, że czuje się bardzo ode mnie zależny. Jego nienawiść do mnie za to, że mam coś, czego on potrzebuje była bardzo intensywna. Te dwa konfliktowe uczucia walczące w nim przez całe jego życie uaktualniły się teraz wyraźnie. Czuł się pusty i poniżony, niezdolny do zaofiarowania czegokolwiek od siebie, a pragnął móc mi płacić. Gdy zrozumiał, że nie umie nic z tym zrobić poczuł złość i zażenowanie, z powodu czego odszedł. Wydawało się, jak gdyby brak pieniędzy czynił go impotentem; gdy zrozumiał, w jaki sposób to na niego wpływało możliwe stało się przedyskutowanie opłat. Kompromisowe wyjście wyglądało tak, że rachunki za zaległe sesje będzie opłacał w małych kwotach, a w przyszłości zapłaci taką sumę, na jaką go będzie stać; pozwoliło to utrzymać symboliczny aspekt opłat. Nasza umowa działała do chwili, gdy Henry poważnie zachorował i został hospitalizowany, wówczas widywałam się z nim bez pobierania opłaty. Ponownie jednak chcę podkreślić, że nie zmieniło to faktu, iż analiza trwała do samego końca.

Proces

Motyw śniegu powrócił na wiosnę, rok po diagnozie. Pojawiły się efekty radioterapii, guz wyraźnie się zmniejszył i Henry fizycznie poczuł się dużo lepiej. Był wówczas pozytywnie nastawiony i pełen nadziei, że ta remisja może okazać się długotrwała. Pewnego dnia przyniósł fotografie, które zrobił wiosennym kwiatom, które wszędzie się wtedy pojawiały. Zachwyciły go i czuł, że ponowny rozkwit wiosenny odzwierciedla jego stan. Cieszył się, że żyje i był optymistyczny, co do przyszłości. Pewnego dnia przyszedł z malutkim bukietem przebiśniegów i wręczył go mi. Czuł wdzięczność w związku z tym, że analiza pomagała mu i życie niesło teraz w sobie jakąś nadzieję na dobrą przyszłość. Wydawało się, jak gdyby chłód zimy dosłownie i metaforycznie przemienił się w wiosnę. Przebiśniegi, tak jak grzejnik w moim gabinecie, miałyby symbolizować początek poczucia siebie jako odrębnej i zdolnej do życia osoby, która może coś komuś wręczyć.

Henry miał bardzo malownicze, żywe sny. W retrospektywie można zobaczyć, że odnoszą się one do poszczególnych faz jego choroby. Na początku śnił o udaniu się w podróż, w której gubi wszystkie podróżne dokumenty. W okresie radioterapii miał wrywający go ze snu obraz wyganiania włamywacza z pokoi na piętrze swojego domu; co Henry kojarzył z obumieraniem nowotworu pod wpływem radioterapii; co zresztą rzeczywiście miało miejsce. Pewnego razu miał sen o urodzeniu, w którym wyłaniał się z góry i gdy głowa była już na wierzchu coś nagle roztrzaskało się o górną część jego ciała. Mogło obrazować to, że w końcu dzięki analizie powraca do życia, ale tylko po to, aby zostać ugodzonym nadchodzącą śmiercią.

Pewnego dnia, kiedy to rozważał, powiedział smutno, „Jestem raczej miłym facetem i to wszystko na marne” (wskazując na siebie). „Pomyśl, że ktoś zaczął chcieć czegoś — co teraz pójdzie do ziemi — na nic”. Tak bardzo mnie tym poruszył, że ze łzami w oczach odpowiedziałam z całego swojego serca: „Myślę, że jesteś miłym facetem”. Siedział w mil-

czeniu przez resztę spotkania, a dla mnie nie było jasne, co odczuwa. Miałam wrażenie, że tą interwencją przekroczyłam jakieś tabu, że utraciłam analityczną postawę; miałam wątpliwość wobec siebie, czy ten komentarz nie był niszczący. Bałam się, że to było uwodzicielskie i być może przez to pominęłam jego agresję w tamtym momencie. Dopiero na następnej sesji Henry potrafił opisać, jak ogromny wpływ miało to na niego. Poczł się tak, jak gdyby ktoś pozbawił go gruntu pod nogami. Nie umiał wtedy nic powiedzieć, gdyż walczył ze łzami. Zdał sobie wówczas sprawę, że gdy był małym chłopcem było to wszystkim, czego pragnął usłyszeć od kogoś; zawsze mu się wydawało, że jest odbierany jako „wstrętny mały gnojek”.

Tak więc moje bezpośrednie, prawdziwe poruszenie okazało się pomocne. Ono samo skontaktowało się z nim i umożliwiło mu zinternalizowanie obrazu siebie jako kogoś kogo można pokochać. W pełni obecny na tym spotkaniu żał sprzyjał uwolnieniu się przez niego z cyklu depresji i złości. Taka interwencja nie dałaby się zasymulować, gdyż w tamtym momencie byłam z nim w głębokim kontakcie. Henry zezwolił sobie na pozostanie na tym spotkaniu i zezwolił sobie, w miejsce wycofania czy ucieczki, na pozostanie ze swoim żalem. Pozwolił mi na zaopiekowanie się sobą. Nie odrzucił mnie także i na następnej sesji, co nie było jego naturalnym wzorcem. Coś pozytywnego pojawiło się po tej intuicyjnej, spontanicznej odpowiedzi na niezmierny smutek w tamtej sytuacji.

Wydawało mi się, że erotyczne przeniesienie i przeciwprzeniesienie, które rozwinęło się jeszcze przed diagnozą, działało teraz szczególnie wyraźnie i intensywnie. Oboje wiedzieliśmy, że Henry umiera i, że wraz z upływem czasu, coraz mniej prawdopodobne będzie to, że odwróci się od analizy i zacznie tworzyć więcej pozytywnych związków na zewnątrz, w świecie; pozostało już tak niewiele czasu. Na początku tego artykułu sugerowałam, że bliska śmierć analizowanego może zintensyfikować przeniesienie erotyczne, nakładając też szczególne wymagania na przeciwprzeniesienie. Zdaję sobie sprawę, że erotyzowanie może być odbierane jako sposób zaprzeczania śmierci [25]. Pomimo wszystko Henry potrafił pracować z symbolicznymi aspektami przeniesienia i nie zaprzeczał śmierci; można powiedzieć, że na nowo wracał do życia w ramach przeniesienia. Obejmowało to też wszystkie spotykające go utraty. Chodzi tu o dopiero co odkrytą w sobie wolność pozwalającą mu stworzyć relację, która pomogła pogłębić uczucia między nami. Analiza w sytuacji zbliżającej się śmierci uświadamia słabość i człowieczeństwo obojga uczestników tego procesu. To wyjaśnia trochę źródła pokusy, która pojawia się w pewnych, wyżej opisanych, sytuacjach, żeby zaprzyjaźnić się z pacjentem, zamiast kontynuować analizę do samego końca.

Henry właściwie nie potrafił płakać. Ja natomiast bardzo często nie potrafiłam powstrzymać się łez. Emocje, które się wtedy między nami zrodziły, były bardzo silne i nie malały wraz z nieubłaganiem postępu choroby, która stawiała coraz większe wymagania wobec jego ciała. Ponieważ guz w płucach rozrastał się, coraz częściej wpływał na struny głosowe. Pewnego dnia, dwa lata od naszego pierwszego spotkania, głos Henry'ego stał się charkotliwy; mówił właściwie szeptem. Wyjaśnił mi wówczas, że lekarz stwierdził, że może to być już nieodwracalne. Było to dla niego szokiem, potem pojawił się ogromny żal. Oboje przeżywaliśmy smutek, lecz gdy Henry zauważył moje poruszenie, przestał okazywać swoje uczucia. Gdy pozwolił im wrócić zapytał: „Będzie ci mnie brakowało?”. Skinęłam głową twierdząco. Byłam świadoma tego, że mogłam podać mu interpretację,

jednak prawdą było to, że będzie mi go brakowało i wydawało mi się, że każda inna odpowiedź byłaby zdradą, byłaby nieuczciwa. Henry rzeczywiście od tamtej pory nie był już w stanie mówić głośno, wyłącznie szeptał. W taki właśnie sposób każdy następny etap wyniszczania jego organizmu wprowadzał nowe, dodatkowe czynniki.

Henry nienawidził dostrzegać moich emocji; przerażały go i najchętniej uciekłyby przed nimi — dosłownie lub wycofując się emocjonalnie. Zdarzały się jednak pojedyncze sytuacje, gdy w milczeniu przeżywał swoją boleść. Nauczyłam się odróżniać własny ból od wprojektowanych we mnie jego uczuć i udawało mi się rozumieć to, że wówczas, gdy nie dopuszcza do siebie swojego smutku, ja doświadczam go jako niemal przygniatający. Główny powód jego cierpienia stanowiły dzieci; były to najważniejsze osoby w jego życiu. Gdy opowiadał mi, jak rozmawia z nimi na temat bliskiej śmierci, smutek tych sesji był obezwładniający. Zaczynał też powoli rozważać, gdzie miałby zostać pochowany; chciał spocząć w rodzinnej kwaterze na cmentarzu nieopodal domu jego rodziców. Tuż po przeprowadzeniu tego w analizie potrafił powiedzieć o swoich życzeniach ojcu. Skoro żal i ból zostały uwolnione, mógł podjąć ryzyko emocjonalnego wstrząsu związanego z mówieniem do członków swojej rodziny. Strach przed mówieniem o czymkolwiek związanym z jego śmiercią dotyczył tego, że może to rozstroić czy zdenerwować jego bądź rodziców. Ten lęk zmalał, gdy doświadczył w analizie głębi uczuć związanych z potencjalnymi utratami.

Niedługo potem wyprowadził się z domu rodziców i wynajął dla siebie dom. Był to nowoczesny dom w zabudowie szeregowej, zupełnie niepodobny do wytwornego domu, jaki zamieszkiwali jego rodzice; był on jednak jego własny. Omawiał ze mną każdy szczegół przeprowadzki. Planował mieć takie rośliny, jakie ja mam w swoim gabinecie. Powiedział: „Moja matka trzyma rośliny w ciemności i dlatego umierają, twoje są żywe i wydają się zdrowe”. Znaczenie tego komentarza i dla mnie, i dla niego było jasne — to ja mu towarzyszyłam w przeprowadzce, ale dopingowało go to, że ponownie nawiązał kontakt z przyjaciółmi, których nie widział od lat, zaczął też rozmawiać ze swoimi siostrami. Można to rozumieć jako efekt analizy, która uwalniała go od starych wzorców wchodzenia w związki, i uważać za początek jego powrotu do świata.

Szpital

Zazwyczaj, gdy ktoś zachoruje somatycznie, zajmują się nim różni specjaliści. Podczas pobytów w szpitalu czy hospicjum analityczne granice muszą być jakoś przeformułowane. Przewidując taką ewentualność omawialiśmy jego oczekiwania. Chciałam mieć zupełną jasność, czy życzy on sobie moich wizyt w szpitalu. Chciał, żebym go odwiedzała, lecz w miarę możliwości nie spotykała się tam z jego rodziną. Oznajmił też, że jeśli okaże się konieczne podjęcie, w jego imieniu, decyzji dotyczących leczenia czy podawania leków, chciałby, żebym się tym zajęła. Wyjaśniłam mu, że jeśli będzie chciał kontynuować tam analizę, to będzie musiał zadbać o zorganizowanie tego. Wiązałoby się to z koniecznością przygotowania przez niego jakiejś przestrzeni w ramach szpitala. Do tej pory rozważania dotyczące świata zewnętrznego pojawiały się przy okazji interpretacji snów i rozumienia przeniesienia.

Niemal dwa lata po diagnozie Henry zadzwonił wcześniej rano, informując mnie, że wezwał lekarza. Mieszkał sam w swoim wynajętym domu, a tego dnia obudził się z trudem oddychając. Lekarz odwiedził go i natychmiast zawiadomił ambulans, żeby przewieźć Hen-

ry'ego do szpitala. Henry zadzwonił do mnie oczekując na przybycie pojazdu. Wyczułam jego lęk i interweniowałam najlepiej jak umiałam. Godzinę lub dwie później zadzwonił znowu i zostawił wiadomość, żebym oddzwoniła do szpitala. Gdy rozmawialiśmy, mówił niewyraźnie, cicho i prosił, żeby mu powiedzieć, gdzie się znajduje, na jakim dokładnie leży oddziale. Rodzice planowali go odwiedzić, lecz Henry chciał rozmawiać tylko ze mną, tak jakby pragnął poznać wszystko dogłębnie. Niepokoiło mnie jego wyraźne zagubienie i lęk, że może umrzeć zanim wieczorem będę mogła go odwiedzić. (Dowadywałam się telefonicznie od siostry oddziałowej o jego stan zdrowia; jej informacja uspokoiła mnie.) Sama siebie napominałam, że Henry ma przecież rodziców koło siebie, a ja mam jeszcze innych pacjentów. Istotne dla siły jego zaangażowania w analizę było to, żebym ja utrzymała pozycję analityka i nie przyjęła jego punktu widzenia. Nęcące było w tamtym momencie wejść w rolę, w której próbował mnie ulokować: rolę jego partnerki. Powstała więc w mojej głowie wyraźna granica, która podtrzymywała analityczne ramy.

To było na początku marca. Szpital, w którym Henry leżał, oddalony był ode mnie o osiemnaście mil. Był wieczór; jechałam zobaczyć się z nim. Padał obfity śnieg i bardzo denerwowałam się prowadząc samochód. Pogoda tak bardzo utrudniała jazdę, że przez połowę drogi rozważałam, czy nie zawrócić. Dojechałam jednak na miejsce. Odnalazłam go na oddziale, czuł się lepiej i potrafił oddychać. Siedział w łóżku, wyprostowany, ubrany w piżamę. To była dziwna sytuacja dla nas obojga; od miesięcy na różne sposoby próbował wywabiać mnie z gabinetu. Interpretowałam to wielokrotnie aż do chwili, gdy stosunkowo łatwo mógł przyznać się do swojego pragnienia. Erotyczne aspekty przeniesienia stawały się teraz świadomymi cechami relacji i było wyraźnie zaznaczone to, że jakkolwiek silne byłoby jego pragnienie, to nigdy nie pójdziemy razem do łóżka. Henry nie stracił poczucia humoru w tej sytuacji. „Nie powiesz mi chyba, że dokonałem tego tylko po to, żeby wywabić ciebie z gabinetu?”. Miał świadomość tego, że on wywabia mnie z gabinetu, a ja ostatecznie „kładę go”, co było nawiązaniem do kozetki, z której nigdy nie skorzystał. Był także świadom, że dotarłam do niego pomimo śnieżycy; zdawało się, że ciepło terapeutycznej relacji zwyciężyło ze śniegiem. Po pięćdziesięciu minutach wyjechałam. Zgodnie z umową odwiedziłam go później ponownie w szpitalu. Henry otoczony był kwiatami i kartkami od rodziny i przyjaciół. Wielu z nich na wiadomość o jego hospitalizacji przybyło z bardzo daleka, żeby się z nim zobaczyć. W tamtym okresie ojciec Henry'ego spędził przy jego łóżku wiele czasu. Powiedzieli sobie wówczas o swoich uczuciach, o czułości i przywiązaniu do siebie.

Tydzień później Henry został wypisany ze szpitala i powrócił do swojego samotnego trybu życia i sesji u mnie. Jego przywiązanie do mnie zmieniło się w związek z pobytem w szpitalu. W przeciwieństwie do poprzednich wydarzeń w jego życiu, odbierał mnie jako kogoś, kto był tam (w szpitalu) dla niego; gdy telefonował, bo potrzebował pomocy, odpowiadałam na to. Znaczenie tego zostało zinterpretowane, choć głównym efektem interpretacji było ugruntowanie jego przekonania, że dbam o to, żeby tam być, gdzie on mnie naprawdę potrzebuje; może mi zaufać. Można by zarzucić, że to [wizyty analityczki w szpitalu — przyp. tłum.] złamało terapeutyczne granice. Nigdy jednak nie został wprowadzony w błąd; wiedział, że potrzebuje mnie po to, aby nawet w szpitalu utrzymać granice tej relacji. Zatem proces analityczny zmienił i zaadaptował się do realiów jego życia; świat wewnętrzny i świat zewnętrzny zbliżyły się do siebie.

Separacja i różnicowanie w procesie indywiduacji wydawały się przyspieszone; treści, które wnosił, same w sobie ponaglały. Zaczął czuć się jak podmiot swego życia, co znalazło wyraz w tym, że wreszcie miał swoje miejsce do życia. „Zadomowił się” zarówno emocjonalnie, jak i fizycznie. Nadal wpadał w złość, gdy nie mogłam stać się dokładnie taka, jaką chciał, żebym była dla niego, i zaprzeczał wówczas związkowi między nami. Jednak coraz szybciej rozpoznawał ten mechanizm w sobie.

Hospicjum i dom

Henry zaplanował przeprowadzkę do hospicjum pierwszego dnia mojej dwutygodniowej wiosennej przerwy wakacyjnej. Czuł się gorzej fizycznie i trudniej mu było samodzielnie zadbać o siebie. Pierwszy tydzień spędzałam poza domem i pozwoliłam Henry’emu zadzwonić po moim powrocie, żeby się umówić na spotkanie. Gdy go odwiedziłam, pielęgniarki w hospicjum już wiedziały, że jestem jego psychoterapeutką i że przez pięćdziesiąt minut sesji nie powinno się nam przeszkadzać. Tak więc sam zapewnił utrzymanie granic. Jedna z siostr przywitała mnie i, wzięwszy mnie za siostrę Henry’ego, skomentowała nasze fizyczne podobieństwo. Henry czuł się bardzo słaby; był przekonany, że nie opuści już hospicjum. Śnił, że ściele łóżko. Było to ogromne, białe, okrągłe łóżko — wyglądało jak z polietylenu, a on wiedział w śnie, że to jego łożo śmierci. Ten sen był druzgoczący przez swoją bezpośredniość; pokazywał właściwie początek jego godzenia się z nieuchronnością swojej śmierci.

Pewnego dnia, w czasie tej trwającej dwa tygodnie fazy, poczuł się bardzo chory i prawie nie potrafił mówić. Miał gorączkę. Zdołał tylko przekazać mi, że bardzo źle się czuje i położył się na łóżku kaszląc i pocąc się obficie. Siedziałam koło niego w milczeniu. Henry zapadł w sen. Miał na sobie piżamę i jego stopy były nagie. Miałam nieodparte wrażenie, że jest mu zimno, więc wstałam z krzesła i przykryłam go nie przerywając mu snu. Henry spał, ale od czasu do czasu otwierał oko i spoglądał na mnie. Przypominało mi to sposób, w jaki dziecko, które śpiąc, otwiera jedno oko, po to, by sprawdzić, czy nadal tam jesteś. Po pięćdziesięciu minutach obudził się; zdawało się, że był świadom upływu tego czasu i w taki właśnie sposób wykorzystał sesję. Mogliśmy później opracować to doświadczenie. Czuł, że w jakimś sensie było to powtórzenie z tego okresu, gdy brał udział w wyścigu, potem zachorował i nikt do niego nie przyjechał. Teraz odbyło się to inaczej, gdyż ja byłam świadkiem tego, jak bardzo źle się czuje i siedziałam koło niego. Tego samego dnia, trochę później, również rodzice i siostra przyjechali do niego. Przyznał, że było to dla niego niezwykle ważne i rozważał też możliwość, że jego chorowanie przyniosło mu tę szczególną korzyść.

Henry’emu zaproponowano farmakoterapię, której nie przyjął. Poprosił, żebym w jego imieniu porozmawiała z lekarką w hospicjum. Odkryłam, że Henry bardzo ją niepokoi. Powiedziała mi, że odbierają go jako wrogię. Odrzucił obie ich propozycje: korzystania z poradnictwa i farmakoterapii. To pierwsze mnie nie dziwiło, pozostawał przecież w analizie. Jednocześnie zastanawiało to, że lekarze odbierają go jako wrogą, odizolowaną i obronną osobowość. Wydawało się, że te zmiany, jakie w nim zaszły, nie objęły tej sytuacji. To wyglądało na przeniesienie uczuć ze szkoły z internatem na hospicjum; hospicjum wywoływało regresję do stanu bycia zależnym od instytucji.

Lekarka nie widziała żadnych ograniczeń powrotu Henry’ego do domu, pod warunkiem,

że zaakceptuje farmakoterapię. Przekazała też tę informację jego rodzinie. Po rozmowie skonsultowałam się z koleżanką analityczką, która jest również lekarzem ogólnym. Wyjaśniła mi ona potencjalne korzyści, jakie może przynieść zaproponowana mu terapia. Podczas następnego wizyty w hospicjum próbowałam poruszyć ten temat zarówno od praktycznej, jak i psychologicznej strony. Wyjaśniłam, że lek może spowodować, że poczuje się lepiej. Równocześnie interpretowałam jego opór w przyjęciu pomocy jako odtworzenie przeżyć z niedawnego okresu, gdy mieszkał w domu swoich rodziców i odmawiał spożywania ich jedzenia. Co więcej, jego złość o to, że opiekują się nim obcy, była echem doświadczeń ze szkoły z internatem. Jakaś część Henry'ego nie chciała opuścić hospicjum. Śmierć w tamtym miejscu miałaby wydzwięk samobójstwa, mogłaby bowiem ukarać tych, którzy martwili się o niego. Miałam więc podwójną rolę — z jednej strony oferowałam mu praktyczne informacje, z drugiej, korzystając z terapeutycznej wiedzy o nim, zmniejszałam jego opór. Po tej sesji zgodził się podjąć farmakoterapię i wkrótce poczuł się znacznie lepiej. Jedną z jego siostr zaoferowała, że wprowadzi się do niego, żeby móc opiekować się nim w jego domu; nie była w stanie znieść myśli, że miałby umierać w hospicjum. W ten sposób Henry mógł powrócić do domu.

Istniało wyraźne powiązanie pomiędzy nim a jego matką i, na wiele sposobów, odtwarzało się ono w przeniesieniu. Nigdy jednak ta relacja nie została tak naprawdę rozwiązana. Jego próby nawiązania z nią kontaktu nie powiodły się. Tak więc trudnym zadaniem było rozwiązywanie przeniesienia poprzez pojednywanie się z jego matką taką, jaką była teraz. Mimo wszystko ostatnie tygodnie pozwoliły mu zdać sobie sprawę ze swojego powiązania do starszej siostry i z tego, że pomimo iż była niewiele od niego starsza, często matkowała mu w dzieciństwie. W ostatnich tygodniach rozmawiali ze sobą i dzielili się wspomnieniami z dzieciństwa.

Zaproponowałam wizyty w jego domu. Henry nalegał na kontynuowanie analizy, tak długo, jak to będzie możliwe, w moim gabinecie. Walczył, żeby tam dotrzeć nawet wówczas, gdy prawie opadał z sił pokonując dystans pomiędzy samochodem a moim gabinetem. Omawialiśmy, czego by chciał ode mnie, gdy nie będzie potrafił już przychodzić samodzielnie; czy chciałby, żebym go odwiedzała w domu. Powiedział, że będę miała dość czasu, by go odwiedzać, gdy on już nie będzie mógł dostać się do mnie i kontynuował wizyty. Zaprzestał dopiero dwa tygodnie przed śmiercią.

Nadszedł dzień, w którym nie był już w stanie chodzić. Odwiedziłam go w domu. Był w bardzo złym stanie; związywały mięśnie uniemożliwiały mu jakiegokolwiek ruchy. Podawano mu morfinę dla złagodzenia bólu. Tydzień przed śmiercią był ożywiony i promienny, i właśnie wtedy opisał, że czuje się „bardziej żywy niż kiedykolwiek wcześniej”. Nie wydawał się przerażony śmiercią i wiedział, że zostało mu niewiele czasu. Odkrył w sobie na nowo wiarę duchową i skierował się ku Bogu, któremu ufać nauczył się w dzieciństwie. Bardzo cieszył się z licznych odwiedzin jego przyjaciół z przeszłości, choć były dla niego męczące. Odwołał spotkanie pewnego tygodnia z tego właśnie powodu, że czuł się wykończony. Minął więc tydzień zanim zobaczyłam go ponownie. Gdy przyjechałam, nie był w stanie mówić i najwyraźniej był nieprzytomny. Siedziałam z nim chwilę, rozmawiałam trochę z jego siostrą, po czym wyszłam. Jego siostra zadzwoniła do mnie następnego dnia, żeby powiadomić mnie, że zmarł trzy godziny po moim wyjściu.

Pogrzeb

Pogrzeb wniósł nowe kwestie związane z granicami analitycznymi. Analityk pracuje ze światem wewnętrznym, a jest to obszar rodziny. Doznałam ulgi, gdy siostra Henry'ego zadzwoniła ponownie, by zaprosić mnie na pogrzeb; bardzo chciałam tam być. Miałam świadomość, że to dla mnie, nie dla Henry'ego. Spotkałam jego rodzinę. Oni wiedzieli, jaką rolę analiza odegrała w jego życiu; powiedzieli, że to przyniosło zmianę. Wysłama z kościoła zaraz po końcu obrzędów pogrzebowych; podziękowałam za propozycję, żeby przyłączyć się do nich po pogrzebie.

Zakończenie

W naczyniu analitycznym, które ma zaznaczone ramy, może utrzymywać się napięcie pomiędzy światem zewnętrznym a wewnętrznym. Ramy te pierwotnie służą korzyści pacjenta. Gdy pacjent jednak [on czy ona] zaczyna chorować terminalnie, trzeba kwestię granic ponownie rozważyć. Wraz z postępem choroby i zbliżaniem się śmierci, zmienia się też granica pomiędzy zewnętrznym i wewnętrznym światem. Wydaje się, że nadchodzi taki moment, w którym, jeśli proces analizy toczy się właściwie, te dwa światy zostają połączone.

Pisaniu tego artykułu przyświecał wyraźnie osobisty cel. Przede wszystkim było ono próbą zrozumienia złożonego, w tym przypadku mojego, zaangażowania w kontekście przeciwprzeniesienia. Gdy rok później jeden z moich pacjentów dowiedział się, że umiera, miałam już znacznie większą umiejętność radzenia sobie z kwestiami granic. Stąd płynie moja nadzieja, że może ona też pomóc w rozwiązywaniu trudnych kwestii dotyczących ram terapii, które zawsze pojawiają się przed terapeutą zmagającym się z umierającym pacjentem. Moja własna analiza, superwizja, porady kolegów okazały się bardzo pomocne w utrzymaniu przeze mnie granic. W trakcie procesu często odnosiłam wrażenie, że na różne sposoby łamię te granice. Niezaprzyjanie się z Henrym czy odmowa towarzyszenia mu do szpitala mogą wydać się nieludzkie. Jednak byłam mu najwyraźniej potrzebna do utrzymania granic, w których mógł nabrać zaufania i wiary, że nie jest zagrożony pozostając w relacji. W dużej mierze moje zaangażowanie zostało wywołane jego przeniesieniem. Pomimo tego, widać wyraźnie, że ta relacja podsycana erotycznym związkiem między nami przyczyniła się też do mojego rozwoju. Żywię nadzieję, że nie idealizowałam tej bardzo trudnej, wymagającej i rodzącej napięcie relacji terapeutycznej.

Piśmiennictwo

1. Wharton B. In the last analysis: archetypal themes in the analysis of an elderly patient with early disintegrative trauma. *J. Anal. Psychol.* 1996, 41: 19–36.
2. Schaverien J. *Desire and the female therapist: engendered gazes in psychotherapy and art. Therapy.* London&New York: Routledge; 1995.
3. Schaverien J. Desire and the female analyst. *J. Anal. Psychol.* 1996; 41, 2.
4. Schaverien J. Men who leave too soon. *Brit. J. Psychother.* 1997, 14, 1.
5. Jung C.G. The psychology of the transference. *CW* 16, 1946.
6. Covington C. Purposive aspects of the erotic transference. *J. Analyt. Psychol.* 1996; 41: 3.
7. Jung C.G. Psychological types. *CW* 6, 1913.

8. Samuels A. Jung and the post Jungians. London&New York: Routledge; 1985.
9. Sedgwick D. The wounded healer: countertransference from a Jungian perspective. London&New York: Routledge; 1959.
10. Hubback J. The archetypal senex: an exploration of old age. J. Analyt. Psychol. 1996; 41, 1: 3–18.
11. Lambert K. Analysis, repair and individuation. London: Academic Press, Society of Analytical Psychology; 1981.
12. Freud S. The dynamics of transference. SE XII, London: Hogarth Press; 1912.
13. Freud S. Observations on transference love. SE XII, London: Hogarth Press; 1915.
14. Greenson RR. The technique and practice of psycho-analysis. International Psychoanalytic Library. London: Hogarth Press; 1974.
15. Haynes J. Wiener J. The analyst in the counting house: money as symbol and reality in analysis. Brit. J. Psychother. 1996; 13, 1.
16. Wilber K. Grace and grit: spirituality in the life and death of Treya Killam Wilber. Dublin: Golden Bridge; 1991.
17. Wheeler S. Facing death with a client; confrontation or collusion, countertransference or compassion? Psychodyn. Counselling 1996, 2, 2: 167–178.
18. Wheelwright J.H. the death of a woman: how a life became complete. New York: St Martin's Press; 1981.
19. Ulanov AB. The wizard's gate: picturing consciousness. Einsiedeln, Switzerland: Daimon Verlag; 1994.
20. Lee C. Music at the edge: the music therapy experiences of a musician with AIDS. London and New York: Routledge; 1996.
21. McDougall J. The many faces of eros: a psychoanalytic exploration of human sexuality. London: Free Associations; 1995.
22. Bachelard G. The poetics of space. Boston: Beacon Press; 1969.
23. Perry C. Listen to the voice within: a Jungian approach to pastoral care. London: SPCK; 1991.
24. Searles H. Oedipal love in the countertransference from a Jungian perspective. W: Collected papers on schizophrenia and related subjects. London: Maresfield; 1986.
25. Blum H.P. The concept of erotized transference. J. Am. Psychoanal. Ass. 1973; 21: 61–76.

Tłumaczyła Katarzyna Gdowska
Redakcja tekstu Krzysztof Rutkowski

