

Lech Kalita<sup>1</sup>, Katarzyna Janasiewicz-Nowak<sup>1</sup>, Anna Pułjan-Laudańska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Wołodko<sup>1</sup>, Katarzyna Zapał<sup>1</sup>

## WSPÓŁCZESNE, SOMATYCZNIE ZORIENTOWANE TECHNIKI PSYCHODYNAMICZNE W PRACY Z PACJENTAMI DOŚWIADCZAJĄCYMI TRUDNOŚCI MENTALIZACYJNYCH

### CONTEMPORARY, SOMATICALLY ORIENTED PSYCHODYNAMIC TECHNIQUES IN WORKING WITH PATIENTS EXPERIENCING MENTALIZING DIFFICULTIES

<sup>1</sup>Praktyka prywatna – niezależna grupa badawcza

**technique  
psychodynamic/psychoanalytic therapy  
sense impressions**

#### Streszczenie

*Artykuł zawiera opis psychoterapeutycznej pracy pięciorga psychodynamicznie/psychoanalitycznie wyszkolonych terapeutów z pięciorgiem pacjentów w różnym wieku. Opisani pacjenci doświadczali trudności w komunikowaniu słowami swoich przeżyć emocjonalnych, trudno było im także o nich myśleć. Zgodnie z koncepcją mentalizacji spójną ze współczesnymi trendami w neuropsychologii, takie problemy komunikacyjne zwracają uwagę na rolę ciała i emocji w funkcjonowaniu werbalnego umysłu. Terapeuci podjęli wobec pacjentów wiele interwencji, których wspólnym elementem była próba klinicznego zastosowania współczesnych koncepcji psychoanalitycznych dotyczących technik pracy wykraczających poza poziom werbalnych interpretacji treści. Autorzy odwołują się między innymi do prac akcentujących rolę relacji ciało-umysł, komunikacji niewerbalnej, specyficznych werbalizacji pacjentów schizofrenicznych, koncepcji procesu referencyjnego i tzw. interpretacji powłok, konturów afektu i muzycznego aspektu dialogu, intersubiektywnego współtworzenia przeżyć, roli doznań zmysłowych oraz zagadnień związanych z osobistym zaangażowaniem terapeuty/ki i jego/jej zachowań. Autorzy uważają, iż umocowanie technik pracy z materiałem niewerbalnym w określonych koncepcjach czyni interwencje skuteczniejszymi i bezpieczniejszymi dla obydwu stron relacji terapeutycznej.*

#### Summary

The article describes the psychotherapeutic work of five psychodynamically/ psychoanalytically trained therapists with five patients of different ages. All the described patients experienced difficulties in communicating their emotional experiences in words, it was also difficult for them to think about them. According to the concept of mentalization, consistent with contemporary trends in neuropsychology, such communication problems draw attention to the role of the body and emotions in the functioning of the verbal mind. Therapists undertook a number of interventions with patients, the common element of which was an attempt to apply clinically modern psychoanalytical concepts regarding work techniques that go beyond the level of verbal interpretation of content. The authors

refer, inter alia, to works emphasizing the role of the body-mind relationship, non-verbal communication, specific verbalizations of schizophrenic patients, the concept of the reference process and the so-called "Interpretation of shells", the contours of affect and the musical aspect of dialogue, intersubjective co-creation of experiences, the role of sensory experiences, and issues related to the personal involvement of the therapist and her/his behavior. The authors believe that embedding the techniques of working with non-verbal material in certain concepts makes the interventions more effective and safer for both sides of the therapeutic relationship.

Jednym z wyzwań psychoterapii jest poszukiwanie najskuteczniejszych oddziaływań terapeutycznych dostosowanych do specyficznych problemów. Odkąd liczne metaanalizy [1–4] potwierdziły niezbicie ogólną skuteczność psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń psychicznych, uwaga badaczy i klinicystów skupiła się między innymi na określaniu technik i podejść terapeutycznych najlepiej dopasowanych do danych problemów [5]. Coraz częściej udaje się z powodzeniem wskazywać na oddziaływania sprawdzające się w leczeniu najpowszechniejszych zaburzeń psychicznych — depresji [6], zaburzeń lękowych [7] czy fobii [8].

Być może trudniejsze wyzwanie stanowi próba opracowania oddziaływań terapeutycznych sprawdzających się w przypadku zaburzeń osobowości i zaburzeń psychotycznych. Istnieją doniesienia wskazujące na ogólną skuteczność pracy psychoterapeutycznej w tym obszarze, jednak obraz kliniczny pacjentów cierpiących na złożone zaburzenia osobowości lub na zaburzenia psychotyczne jest mniej jednolity niż w przypadku wymienionych w poprzednim akapicie jednostek chorobowych. Wśród podejść skutecznych w leczeniu zaburzeń osobowości i zaburzeń psychotycznych wymienia się terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne [9]. W praktyce klinicznej istotniejszym problemem od wskazania najbardziej adekwatnych podejść terapeutycznych jest jednak wyodrębnienie najbardziej użytecznych technik pracy z pacjentami, zwłaszcza tymi, którzy stawiają im największe wyzwania — jak osoby z zaburzeniami osobowości lub zaburzeniami psychotycznymi. Jedną z przyczyn trudności w określaniu odpowiednich technik w pracy z tą grupą pacjentów są kłopoty komunikacyjne wynikające ze specyfiki zaburzeń.

Komunikację można w uproszczeniu rozumieć jako proces przekazywania znaczeń, w zdrowych okolicznościach obejmujący znaczenia werbalne oraz względnie dobrze z nimi powiązane znaczenia emocjonalne. Podstawowym nośnikiem komunikacji są abstrakcyjne reprezentacje (np. słowa) stosunkowo ściśle związane z emocjami. W klasycznych technikach psychoterapii psychoanalitycznej, czyli w leczeniu rozmową, opieramy się zatem na idei reorganizacji emocji dzięki wymianie werbalnej: jest to praca na poziomie reprezentacji związanych z tymi emocjami [10].

W naszej praktyce terapeutycznej spotykamy się z osobami, którym trudno pomóc, stosując same tylko techniki pracy na poziomie reprezentacji. Ich kłopoty komunikacyjne z perspektywy psychoanalitycznej tłumaczyć może teoria myślenia Biona [11]. Autor ten zauważył, że psychotyczny obszar umysłu cechuje się deficytami w zakresie możliwości pomieszczenia emocji przez myśli. W zdrowym funkcjonowaniu podstawowe doznanie emocjonalne (pochodzące od doznania zmysłowego) zostaje wystarczająco sprawnie obleczone w myśl. Możliwość nadania abstrakcyjnego znaczenia pobudzeniu zmysłowo-emocjonalnemu sprawia, iż zyskuje ono reprezentację umysłową. Reprezentacje umysłowe łączą się w sieci skojarzeń i łańcuchy przyczynowo-skutkowe, co pozwala, najprościej

mówiąc, „myśleć logicznie o emocjach”. W funkcjonowaniu psychotycznym napór ze strony pobudzenia zmysłowo-emocjonalnego sprawia, iż wymyka się ono próbie przypisania wyraźnego znaczenia abstrakcyjnego. Emocja pozostaje niewystarczająco obleczonej w reprezentację umysłową albo powiązana z nią w sposób częściowy i niespójny.

Wydaje się, że takie ujęcie problemów komunikacyjnych, akcentujące rolę emocji w funkcjonowaniu werbalnego umysłu, pozostaje spójne ze współczesnymi trendami w neuropsychologii — szczególnie cenne są w tym obszarze spostrzeżenia badaczy zajmujących się problematyką mentalizacji [12].

Z perspektywy pracy klinicznej najważniejsze wydają się jednak próby przełożenia owych teorii na praktykę pracy psychoterapeutycznej. Niniejsza praca stanowi przegląd prób klinicznego zastosowania współczesnych koncepcji psychoanalitycznych dotyczących technik pracy wykraczających poza poziom werbalnych interpretacji treści. Według autorów podejmujących tę tematykę powtarza się wyraźne zaznaczenie kluczowej roli ciała zarówno w rozumieniu komunikatów pacjenta, jak i w podejmowaniu skutecznych interwencji. W grupie psychoterapeutów identyfikujących się z szeroko rozumianym podejściem psychodynamicznym<sup>1</sup> przestudiowaliśmy, przedyskutowaliśmy i przeanalizowaliśmy wiele publikacji zawierających propozycje technik psychoterapeutycznych dostosowanych do problemów komunikacyjnych pacjentów, u których trudno uzyskać poprawę wskutek samej reorganizacji reprezentacji werbalnych. Odwoływaliśmy się między innymi do prac akcentujących rolę relacji ciało-umysł [13], dotyczących roli komunikacji niewerbalnej [14] oraz specyficznych werbalizacji pacjentów schizofrenicznych [15], koncepcji procesu referencyjnego [16] i tzw. interpretacji powłok [17], konturów afektu i muzycznego aspektu dialogu [18], intersubiektywnego współtworzenia przeżyć [19], roli doznań zmysłowych [20, 21] oraz zagadnień związanych z osobistym zaangażowaniem terapeutki/y i jej/jego zachowań [22–24]. Poniżej przedstawiamy krótki przegląd klinicznych ilustracji zastosowania niektórych spośród tych technik, podsumowany krótkimi wnioskami.

### Przykład 1: Interpretacja powłok

Przykład pochodzi z pracy z nastoletnią pacjentką, Anią, doświadczającą załamania się poczucia ciągłości istnienia i regresji do bardzo wczesnych stanów emocjonalnych. Próby dotarcia do Ani za pośrednictwem bardziej tradycyjnych interwencji psychoanalitycznych poprzez interpretację treści i wspólne szukanie oraz tworzenie znaczeń materiału werbalnego prowadziły do jej wycofywania się w upoczywe milczenie i usztywnienie naszej relacji.

Zdaniem Waddell [25] proces dojrzewania do dorosłości to czas silnych lęków dotyczących tożsamości, identyfikacji płciowej, samooceny, osiągnięć szkolnych, przyjaźni i wyglądu, bardzo destabilizujący i stanowiący toksyczną mieszkankę. Proces ów sprawia, że nastoletni pacjenci nie dysponują stabilnym, spójnym poczuciem siebie, co może prowadzić do funkcjonowania przypominającego objawy psychotyczne. Lombardi [13] zauważył, iż niektórzy adolescenti nie mają pewnych sieci połączeń między uczuciami

<sup>1)</sup> Dziękujemy naszym współpracownikom, których spostrzeżenia, uwagi i komentarze przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji: Paniom Oldze Boll, Annie Faber, Urszuli Gembczyk oraz Panu Jackowi Jakimiakowi.

a myślami, bądź nie potrafią korzystać z wcześniej powstałych, bo zostały one zerwane wskutek dojrzewania. U takich nastolatków dochodzi do przeżywania siebie w sposób, w którym następuje rozpad percepcji czasu i przestrzeni: zjawiska stają się płynne, ponieważ zacierają się różnice między kategoriami [13]. Komunikowanie przeżyć emocjonalnych u takich pacjentów, zdaniem Keinan [17] może manifestować się poza słowami, w sferze nieleksykalnej, w której wypowiedziane wyrazy pełnią funkcje pierwotne i mają naturę zmysłową, opierając się na rezonansie, rytmie i odgłosie. Wówczas język może tracić funkcję lingwistyczną, a słowa zaczynają pełnić funkcję ochronną, pozwalającą odwrócić uwagę od świata zewnętrznego i wewnętrznego, powodując nadbudowanie czegoś w rodzaju „wtórnej skóry”, stając się werbalną zbroją, która ma chronić, utrzymując poczucie siebie w całości w obliczu lęków przed unicestwieniem [17].

To, co może wesprzeć pacjenta w prymitywnym stanie umysłu, to możliwość dostrzegania się, wchodzenia z nim w dialog i wspierania rozwoju analitycznego pozwalającego wyłonić się z bezkształtnej nieskończoności [13]; dotarcie do niego za pośrednictwem interpretacji, które będą dopasowane do elementów archaicznych, „interpretacji powłoki”, mającej dostarczyć poczucia ciągłości, zmysłowych granic, poczucie otulenia i przytrzymania [17]. Takie interpretacje mogłyby dostarczyć nowego rozumienia czegoś, o czym pacjent myślał, ale czego nie miał reprezentacji w swoim umyśle, bo było ukryte.

Ania, nastoletnia pacjentka, została zgłoszona do psychoterapii przez rodziców, martwiących się jej wybuchami złości w domu, wycofaniem z kontaktów rówieśniczych oraz silnymi lękami społecznymi. W trakcie wspólnej konsultacji z dziewczyną i jej rodzicami, terapeutka poczuła duże napięcie i niepokój. Odniosła wrażenie, że członkowie rodziny tkwią w symbiotycznej relacji. Ojciec nie dopuszczał myśli o rozwoju i dorastaniu córki oraz wprowadzał silny lęk przed zagrażającym światem, przedstawiając go jako bardzo niebezpieczny, a matka dbała, by członkowie rodziny pozostawali ze sobą w jak najściślejszym, sklejonym ze sobą kontakcie. Matka opowiedziała również o niedawnej śmierci własnych rodziców, z którymi pozostawała w bardzo bliskich relacjach. Podczas wypowiedzi rodziców Ania przyjmowała postawę drwiącą, pozornie starając się być obojętną na wnoszone treści. Początkowo niechętnie odnosiła się do pomysłu podjęcia terapii i podkreślała, że zgodziła się na konsultację jedynie pod wpływem nacisków ze strony rodziców. Postanowiła jednak spróbować, bowiem doskwierał jej silny lęk przed otaczającym światem, a zwłaszcza ataki paniki w miejscach publicznych. W trakcie konsultacji udało się ustalić, że okres dojrzewania stanowił w przeżyciu Ani czas nasilonego konfliktu, dużego zagubienia i napięcia. Dziewczyna czuła się zakleszczona pomiędzy dziecięcnością a dorosłością. W pierwszym etapie psychoterapii terapeutka próbowała wspólnie z Anią przyglądać się wprowadzanym przez pacjentkę treściom, przedstawiającym otaczający ją świat jako miejsce wrogie, prześladowcze i pełne zagrożeń. Jednak podejmowane przez terapeutkę próby komentowania lęku Ani przed zmianą i dorastaniem oraz pomieszczenie i przerażenie dziewczyny prowadziły do powtarzających się długich chwil milczenia, w których terapeutka czuła, iż traci emocjonalny kontakt z nią. Terapeutka czuła, iż przeżycia przeciwrzuceniowe (przede wszystkim uczucie zagubienia i napięcia) pozwalają jej dotknąć trudności doświadczanych przez pacjentkę, jednak Ania nie przyjmowała tych treści, gdy terapeutka nazywała je za pomocą swoich komentarzy, co skutecznie uniemożliwiało konstruktywną pracę psychoterapeutyczną. Ania utrzymywała rozmowę na

najbardziej powierzchownym poziomie, unikając w ten sposób sytuacji nasilających lęk. Korzystając z wskazań Keinan [17] terapeutka zaczęła odnosić się nie tyle do lęków Ani, co raczej do samego procesu istnienia w zewnętrznym świecie oraz do prostego opisu uczuć czy nastroju, mówiąc na przykład: „Dzisiaj w gabinecie jest cicho”, „Teraz jest bardziej spokojnie”, „Jesteś dzisiaj bardziej barwna”. Celem tych komentarzy było utrzymanie spójności i ciągłości przeżyć w obliczu napierających lęków pacjentki. Po pewnym czasie Ania, reagując na te interpretacje, zaczęła opowiadać o swoich trudnych relacjach z rodziną czy z rówieśnikami, których jednocześnie nienawidziła i podziwiała. Wówczas terapeutka wraz z Anią mogły zacząć przyglądać się przeżywaniu przez nią ambiwalentnych uczuć, jej bólowi, rozpacz czy wewnętrznemu chaosowi. Pacjentka częściej mogła mówić o swoich agresywnych fantazjach dotyczących niszczenia tych, którzy narazili ją na wstyd i poniżenie oraz wzbudzali lęk przed odrzuceniem, a to pozwoliło badać jej trudności już w obszarze reprezentacji, za pomocą bardziej standardowej rozmowy psychoterapeutycznej.

Niniejszy skróty opis oczywiście nie uwzględnia wielu ważnych kwestii w pracy z Anią, koncentrując się na potrzebie odbudowania uszkodzonej „powłoki psychicznej”, czynnika „pomieszczającego”, dającego umiejętność utrzymania spójności i ciągłości przeżyć po to, by w dalszej części pracy móc rozwijać rozumienie własnych przeżyć i poddawać je refleksji za pomocą słów.

### **Przykład 2: Somatyczne przeciwprzeniesienie i rola ciała w studzeniu emocji**

Jednym z możliwych sposobów docierania do pacjentów z trudnościami komunikacyjnymi jest większe uwzględnienie roli ciała w formułowaniu interwencji; nie tylko ciała pacjenta, ale i ciała terapeuty. Emocje korzeniami tkwią w doznaniach zmysłowych. Sprawna komunikacja, w której werbalne reprezentacje łączą się z emocjami, musi zatem oznaczać sprawną relację ciało-umysł, bowiem opiera się na połączeniu cielesnego rdzenia emocjonalnego z treściami umysłowymi, czyli z abstrakcyjną reprezentacją. Psychoanalityczną techniką pozwalającą na kontakt z cielesnym rdzeniem przeżyć pacjenta może być specyficzna forma „zamyślenia”. Pojęcie to, wprowadzone przez Biona [11] i rozwijane przez współczesnych psychoanalityków, m.in. Ogdena [19], polega na zmysłowym doświadczaniu przeżyć emocjonalnych, które należy przekształcić w elementy, takie jak obrazy powszechnie spotykane w snach. Ogden [19] rozwija tę koncepcję, podkreślając zmysłowy wymiar stanu zamyślenia — opisuje oniryczny stan umysłu, na który składają się nie tylko wyobrażenia, fantazje i ulotne obrazy, ale także doznania zmysłowe. W stanie zamyślenia terapeuta pozostaje otwarty na przepływ niewerbalnej komunikacji emocji, nawet jeśli nie są one obleczone w abstrakcyjne myśli i słowa. W tym kontekście Lombardi [13] wprowadza pojęcie somatycznego przeciwprzeniesienia, czyli sytuacji, w której terapeuta przeżywa na poziomie cielesnym doznania związane ze zmysłowo-emocjonalnym poziomem przeżyć pacjenta jako teoretyczny fundament koncepcji somatycznego przeciwprzeniesienia. Lombardi wskazuje pojęcie komunikacyjnej identyfikacji projekcyjnej oraz spekuluje o udziale neuronów lustrzanych w występowaniu tego zjawiska [26]. Silnym empirycznym wsparciem dla koncepcji Lombardiego mogą być badania Lachmanna i Bebe [27], którzy wykazują, iż w relacjach dochodzi do wzajemnego, dwukierunkowego,

częściowo lub całkowicie nieświadomego dostrojenia na poziomie zmysłowym, niezależnie od treści wymian werbalnych.

Pani Beata, pacjentka z diagnozą zaburzenia osobowości typu borderline, epizodami depersonalizacji i psychotycznej dysocjacji, podejmująca liczne zachowania autoagresywne i kilkakrotnie hospitalizowana, przysłała na sesję terapeutyczną spóźniona 10 minut. Sztywno, z napiętymi mięśniami, usiadła w fotelu i zaczęła rozpaczliwie płakać. Siła emocji pacjentki zrobiła na terapeutę uderzające wrażenie, momentalnie także jego ciało zeszywniało. Po kilku chwilach terapeuta powiedział: „Widzę, że jest w pani pełno uczuć. Może spróbuje pani powiedzieć mi, skąd taka [ich] intensywność?”. Pacjentka odparła: „Rozmawiałam... rozmawiałam z babcią. I powiedziała mi znowu o tych aborcjach. Krew... wszędzie krew... Cała jestem pokryta ich krwią. To ja powinnam być martwa, ja, a nie one! Wiedziałam, cały czas wiedziałam, nie powinnam żyć, wszystkie moje sny o Bogu, o karze, zasługuję na nią. To ja jestem winna” [rozpaczliwy szloch]. Pacjentka wypowiedziała zdania coraz szybciej, łkając rozdzierająco. Terapeuta poczuł presję, by natychmiast powiedzieć coś pacjentce, znaleźć dobry komentarz nadający znaczenie jej bólowi. Jednak zdał sobie sprawę, że byłaby to jedynie reakcja na jego własne bolesne zeszywnienie, na własną cielesną ekspresję lęku wobec przytłaczającej rozpaczki pacjentki. Gdy terapeuta powstrzymał się przed szybkim komentarzem i spróbował zastanowić się, jak się czuje, stopniowo miejsce paraliżującego lęku zastąpił dojmujący smutek i uczucie bezradności. Przypomniał sobie dekompensację psychotyczną innego pacjenta i wyobraził sobie, że pani Beata prawdopodobnie jest na skraju szaleństwa. Jednocześnie słyszał jej szloch, który wydawał się jedynym spójnym przeżyciem w naporze chaotycznych słów pacjentki. Zdecydował się powiedzieć: „Jeśli może pani płakać, to znaczy, że może pani czuć smutek i rozpacz, może pani z tymi uczuciami być w kontakcie i je wyrazić, i to jest pani siła w tym bardzo trudnym momencie”. Pani Beata uspokoiła się, jej szloch zmienił się w płacz. Po kilku minutach wytarła twarz i zaczęła mówić spokojnym głosem: „Zawsze czułam, że nie zasługuję na życie. Nawet kiedy byłam dzieckiem. A kiedy zaczęłam dorastać, czułam, że wszystkie moje porażki wiążą się z tym, że nie powinnam w ogóle żyć. Teraz wszystko do siebie pasuje. Zabiłam ich, zasługuję na karę. Nie powinnam żyć, to oni powinni żyć”. W dalszej części sesji pani Beata była w stanie prowadzić z terapeutą rozmowę na temat swojego smutku, strachu i poczucia winy.

W powyższym fragmencie pacjentka od początku sesji pozostawała pod naporem intensywnych emocji, na które odpowiedziała psychotyczna strona jej osobowości. Emocjonalny rdzeń rozdzierającego cierpienia utracił ścisły związek z abstrakcyjnymi reprezentacjami słownymi — pojęcia poczucia winy, zabójstwa, kary, krwi i śmierci zaczęły bezładnie się rozpadać, jak w przypadku opisanych przez Robbinsa [15] pacjentów psychotycznych, zaś uczucie cierpienia zaczęło rozrastać się, zmierzać ku nieskończoności [13]. Korzystając z własnego zamyślenia i badając somatyczny wymiar przeciwprzeniesienia terapeuta mógł najpierw dostroić się do przerażającego cierpienia, domagającego się bezpośredniego rozładowania w działaniu, następnie zaś nieco złagodzić to przeżycie i obudować je, najpierw na własny użytek, reprezentacjami abstrakcyjnymi, na przykład wspomnieniem o innej pacjentce, skojarzonym z emocjonalnym rdzeniem uczuć smutku i bezradności. W swojej wypowiedzi terapeuta starał się prostym językiem połączyć przeżycie zmysłowe pacjentki, czyli płacz, z werbalną reprezentacją, czyli nazwaniem uczuć smutku i rozpaczki. Akcentu-

jąc pozytywny wymiar spójności płaczu z przeżyciem smutku i rozpaczy terapeuta starał się wzmocnić relację ciało-umysł, wesprzeć pacjentkę w otaczaniu wybuchowej emocji abstrakcyjną reprezentacją, mogącą postawić tamę napędzającemu się coraz bardziej przeżyciu emocjonalnemu. Pacjentka zareagowała pozytywnie: jej ekspresja złagodniała, a interwencja uruchomiła niepsychotyczną część osobowości, zdolną do poprowadzenia bardziej spójnie wątku werbalnego opartego na reprezentacjach poczucia winy oraz kary.

W przytoczonym przykładzie być może ważna była także próba aktywnego kontaktu z pacjentką: bezpośrednia próba nawiązania z nią kontaktu na początku sesji poprzez pytanie o jej uczucia. Jeśli pacjent doświadcza naporu intensywnych emocji i sam nie potrafi pomieścić ich, na przykład za pomocą słów, zwiększa się ryzyko dalszego nasilania się skrajnych uczuć, zgodnie z ich tendencją do zmierzania ku nieskończoności. Nie oznacza to jednak, że technika pracy oparta na przedstawionych ideach miałaby opierać się na nieustającej aktywności. Momenty zamyślenia i słuchania pacjenta są potrzebne i nieuniknione, jednak uwaga poświęcona własnemu, także zmysłowemu, uczestnictwu w relacji sprawia, iż nie są to chwile wycofania, a raczej nienarzucającej się obecności.

### **Przykład 3: Wzmacnianie połączenia pionowego ciało-umysł**

Zdaniem Lombardiego [13] w przypadku części pacjentów określanych mianem „psychotycznych” mamy do czynienia z intensywnym napływem „niewypartego nieświadomego”, które zakłóca funkcję myślenia i uniemożliwia właściwe przetwarzanie pobudzeń zmysłowych. Pobudzenie zmysłowe ma charakter surowego doznania, które nie może zostać obleczone w myśl. Matte Blanco [za: 13] twierdzi, że w takich okolicznościach uczucia doświadczane są w sposób „symetryczny”, tzn. poszczególne elementy zlewają się ze sobą, część może stać się całością, co sprawia, że niewyodrębnione doznania są niepodatne na myślenie oparte na racjonalnej logice. W takiej sytuacji interpretacja treści może okazywać się mało skuteczną formą nawiązania kontaktu i komunikacji z pacjentem, pogrążonym w rozlewającym się w nieskończoność stanie symetrycznego pobudzenia. Przechodzenie od czystego, fizjologicznego doznania do subiektywnego czucia doznań, a następnie do myślenia o doznaniach, jest — zgodnie z teorią Matte Blanco — przechodzeniem od symetrycznych (irracjonalnych) doznań ciała ku asymetrycznej (czyli: racjonalnej) myśli o nich. Według Lombardiego [13] przywrócenie połączenia z uczuciami wymaga zwrócenia uwagi na powrót do ciała. Uwzględnienie połączenia z ciałem pozwala budować zdolność odbierania doznań, aby następnie oblec je w myśli, czyli przejść od symetrii (nielogiczności) ciała do asymetrii (logiki) myślenia o sobie i swoich uczuciach. Na pierwszy plan w takiej pracy wysuwa się wspieranie zdolności pacjenta do myślenia o uczuciach poprzez odwoływanie się do ciała, zmysłów, przestrzeni i czasu. Wsparcie i wzmocnienie postrzegania doznań zmysłowych pomaga pacjentowi łączyć ciało z myślami. Formy pracy odnoszące się do relacji z drugą osobą, jak interpretacje przeniesienia, Lombardi proponuje odłożyć na później, kiedy pacjent będzie wystarczająco dobrze umiał czuć siebie samego.

W poniższym przykładzie terapeutka skupiła się na opisie próby nawiązania kontaktu z pacjentem w pierwotnym stanie umysłu w oparciu o ideę symetryzacji doznań i możliwo-

ści ich asymetryzacji z wykorzystaniem zmysłowego aspektu ciała. Jest to opis pierwszej sesji z 50-letnim pacjentem chorującym na schizofrenię od ok. 15 lat, przebywającym na oddziale psychiatrycznym z uwagi na ostry nawrót objawów wytwórczych oraz silny, paranoidalny lęk przed włamaniem, które miałyby dokonywać się w mieszkaniu tuż obok, a także w związku z niemożnością spożywania pokarmów i objawami gastrycznymi. Pacjent miał za sobą kilka okresów remisji oraz nawrotów kończących się hospitalizacją.

Gdy pan Czesław wszedł do gabinetu, wydawał się bardzo delikatny i kruchy oraz jednocześnie ociężały i „betonowy”. Osunął się na fotel, zapadając się w nim. Jego spojrzenie wydawało się mętne i nieobecne, a jednocześnie przepelnione lękiem i wnikliwie obserwujące. Terapeutka czuła napięcie, które prowokowało w niej dwa odmienne pragnienia: aby zapaść się razem z pacjentem w fotelu oraz drugie, aby nawiązać kontakt, choć atmosfera wydawała się ciężka jak beton: nie do przebiccia, nie do udźwignięcia. Po chwili milczenia terapeutka zaczęła rozmowę od kilku typowych dla wywiadu wstępnego pytań, między innymi okazując zainteresowanie wcześniejszym życiem pacjenta. W splątany, skąpy oraz niechronologiczny sposób pacjent powiedział o nim, także tym sprzed choroby. Powiedział między innymi, że jako DJ grał w różnych klubach muzycznych. Terapeutka zapytała go o ulubiony utwór, którego nazwę po chwili podał, a której melodia od razu odtworzyła się w umyśle terapeutki („Killing me softly” — w wykonaniu Fugees). Terapeutka podzieliła się tym zmysłowym doświadczeniem z pacjentem, co wywołało jego zainteresowanie i pytanie skierowane do terapeutki odnośnie do tego, w jakim wykonaniu słyszy ona utwór. Przez chwilę terapeutka i pacjent wspólnie odtwarzali ów utwór w swoich umysłach, niemalże w uszach. Terapeutka odniosła wrażenie, że na chwilę znalazła się z pacjentem w tej samej przestrzeni, skoro oboje „słyszą” tę samą, dobrze znaną piosenkę. Po chwili pacjent wyprostował się, wynurzył z fotela, zamasyżuje założył nogę na nogę i rozejrzał się po gabinecie mówiąc: „Ładnie urządzony ten pokój. Jest lustro, aby można było sobie fryzurę poprawić, zlew, aby zadbać o higienę, kwiaty też ładne — co to za kwiaty?”. Terapeutka odpowiedziała, że nie wie, nie zna ich, ale że widzi je tak samo jak pacjent. Chciała w ten sposób podkreślić, że jego spostrzeżenia są prawidłowe, że we właściwy sposób używa swoich zmysłów. Pan Czesław dalej opisywał, co widzi. Zauważył figurkę anioła stojącego na szafce i skomentował: „O, i jest aniołek, a mógłby być diabełek”. Komentarz terapeutki odniósł się do zmysłowego spostrzeżenia, aby wzmocnić adekwatny odbiór rzeczywistości i tym samym połączenie ciało-umysł: „Tak, to jest aniołek. Pana oczy dobrze to widzą, nawet jeśli czasem on może wydawać się diabełkiem, to pana oczy dobrze dziś widzą, że jest to aniołek”. Był to bardzo prosty opis rzeczywistości, w której wspólnie się znajdowali, a którą pacjent postrzegał poprawnie, używając do tego swoich zmysłów. Terapeutka mówiła prosto, czując, że nadmiar słów grozi zerwaniem kontaktu. Płaszczyzną kontaktu było w tym przypadku zmysłowe, cielesne doświadczenie bycia w tym samym pokoju, który dla oczu pacjenta i terapeutki wydawał się podobny, namacalny, możliwy do opisanego przy użyciu słów znaczących to samo. Pozwoliło to na wyjście z przeżycia symetryzacji doznań i spostrzeżeń, tworząc asymetryczną rzeczywistość, w której fotel jest fotelem (nie zlewem), a zlew — zlewem (nie fotelem). Terapeutka celowo nie zinterpretowała treści wypowiedzianych przez pacjenta, gdyż czuła, iż wprowadzenie zbytnej werbalnej abstrakcji opartej na ukazaniu innych znaczeń, np. aniołka, który może zamienić się w diabełka, choćby poprzez odniesienie tych postaci do świata wewnętrznego pacjenta,

groziłoby ponownym wprowadzeniem odczucia nieskończoności, braku granic i kształtów, ponownym zrównaniem tego, co zewnętrzne, z tym, co wewnętrzne i wprowadzeniem symetrii tych doznań (wszystko jest wszystkim, aniołek jest diabełkiem). Pod koniec sesji pan Czesław zatrzymał na dłużej wzrok na terapeutce, która zapytała go, co widzi. Pacjent odparł, że „widzi osobę w białym drelichu, ale pod spodem to normalna osoba”. Terapeutka skomentowała, że być może pacjent poczuł dziś, że są do siebie podobni oraz zapytała, czy chciałby się z nią spotkać na kolejnej sesji. Pacjent odparł, że nie, co od razu uświadomiło terapeutce, że pacjent nie widzi jej jako osoby, kobiety, terapeutki, że ich połączenie nie jest jeszcze relacją. Jest ona dla niego kształtem, elementem przestrzeni, której doświadczał w zmysłowy sposób, angażując w to ciało, ale w której nie widział jej jako osoby, z którą może nawiązać relację. Być może terapeutka przedwcześnie wprowadziła siebie jako istotny element tego spotkania i tym samym element poziomej relacji pacjent–terapeuta (a nie bardziej fundamentalnej relacji pacjent–jego zmysły). To było za dużo, jak włamanie się do jego mieszkania, którego bardzo się bał. Terapeutka zapytała zatem, czy pan Czesław chciałby się spotkać za tydzień, o tej samej godzinie, w tym samym pokoju, co wywołało pozytywną reakcję pacjenta i zgodę na kolejne spotkanie. Następne sesje koncentrowały się wokół budowania połączenia ciało–umysł. Pacjent samodzielnie przychodził na spotkania, pamiętając o dniu i godzinie.

Uzupełnieniem idei wspierania połączenia ciało–umysł u pacjentów doświadczających załamania się relacji ze światem, z czasem, z przestrzenią, a tym samym z własnym poczuciem istnienia jest uwzględnienie autystycznego wymiaru przeżyć takich pacjentów, o czym piszą m.in. Tustin [20] i Mitrani [21]. W opisanym przykładzie gabinet, przestrzeń, meble, godzina, stały się czymś w rodzaju tzw. autystycznego kształtu, w który pan Czesław włączył także terapeutkę. W tym wymiarze przeżyć słowa pojawiające się w przestrzeni między terapeutką a pacjentem nie służyły przekazaniu znaczeń, ale budowaniu połączenia. W tym rejestrze terapeutka była osobą w drelichu wydającą dźwięki, a więc stanowiła dla pacjenta tzw. autystyczny kształt [21], a nie partnerkę w relacji. Pacjent reagował lękiem na przesunięcie się terapeutki bliżej centrum pola widzenia, tj. bliżej relacji z nim. Terapeutka uznała, iż grozi to pacjentowi przeżyciem przerażającej odrębności, zatem wycofała się i pozostała na „peryferiach postrzegania” [21], tj. w pozycji widocznej na tyle, aby pacjent poczuł się bezpiecznie i jednocześnie na tyle niewyraźnej, aby napływ nieopracowanych doznań i niepomyślanych uczuć nie przeciążył pacjenta.

#### **Przykład 4: Pomieszczająca funkcja ciała**

Przykład pochodzi z pracy z Damianem, 10-letnim chłopcem, zgłoszonym do psychoterapii z powodu nasilonych zaburzeń lękowych: lęku napadowego, lęku przed śmiercią i ciemnością, lęku o funkcjonowanie własnego ciała i o zdrowie.

W procesie psychoterapii główne trudności dotyczyły długotrwałego uporczywego milczenia chłopca, niekorzystania z wnętrza gabinetu, braku umiejętności zabawy, sztywności i powtarzalności w podejmowanych działaniach. W przeciwprzeniesieniu dominowało dotkliwe poczucie jałowości relacji. Damian przynosił własne, ustrukturyzowane gry planszowe i edukacyjne, a jego aktywność ograniczała się do siedzenia przy stoliku. Chłopiec

w kontakcie z terapeutką mógł znosić tylko treści stałe i znajome wnoszone przez niego. Dominujące uczucia przeciwprzeniesieniowe dotyczyły frustrującej stagnacji, bezruchu i niemożności myślenia i fantazjowania.

Mimo że chłopiec posiadał umiejętność mówienia, nie korzystał z tego sposobu komunikacji z terapeutką podczas sesji. W historii Damiana widoczne było opóźnienie rozwoju mowy i jej znaczące zniekształcanie, nad czym chłopiec pracował z logopedą. Słowa i język nie pełniły w tej relacji funkcji komunikacyjnej, a próby komunikowania się na tym poziomie zaburzały, a nawet blokowały kontakt. Na klasyczne interpretacje treści i przeniesienia pacjent reagował dużym lękiem. Na próby podejmowania werbalnej komunikacji odpowiadał wycofywaniem się, co w tamtym momencie interpretowane było jako reakcja na dotkliwie uczucia wobec doświadczania odrębności terapeutki. W takich momentach Damian często kładł się w rogu pokoju na dywanie, brał do ręki klocek i uderzał nim jednostajnie o regał. Na wypowiedzi terapeutki reagował często mrużeniem, wydawaniem dźwięków.

Terapeutka w pracy z Damianem zdecydowała się wykorzystać koncepcję ciała pomieszczonego, sformułowaną przez Pollack [28], w ramach której autorka ta proponowała kliniczno-teoretyczne połączenie poglądów Freuda na temat „ego cielesnego” z ideą pomieszczonego wprowadzoną przez Biona, tworząc tym samym własny model praktycznego wspierania ucieleśnionej psychiki. Zaproponowała, by w większej mierze skupić się na roli bezpośrednio, zmysłowo doświadczanego ciała w opracowywaniu załączkowych przeżyć psychicznych. Polak twierdzi, że terapeuta świadomie posługujący się modelem ciała pomieszczonego ma szansę umiejscowić, zorganizować i zintegrować funkcje protoumysłowe.

Świadomość terapeuty może oddziaływać na trzech poziomach: a) podczas przyswajania surowego materiału o naturze tak nieokreślonej i „bezsensownej”, że nie zapisuje się w umyśle terapeuty; b) przekształcając fizyczną obecność terapeuty tak, że staje się ona metodą komunikacji z pacjentem; oraz c) przekształcając postawę terapeuty, co z kolei wpływa na sposób korzystania przez pacjenta z przeciwprzeniesienia terapeuty [28].

Koncentracja na procesach umysłowych w pracy z chłopcem wydawała się nie na miejscu, a struktura psychiczna pacjenta nie pozwalała na przekształcenia w reprezentacje obrazowe i symboliczne. Dzięki zastosowaniu modelu pierwotnej organizacji struktury psychofizycznej [28] sytuacje, które terapeutka przeżywała jako niepowodzenia stały się pewnymi drogowskazami wskazującymi na pierwotne problemy chłopca. W praktyce wymagało to rezygnacji z interpretacji treści na rzecz interpretacji powłoki [17], co służyć miało trzymaniu i pomieszczeniu, a nie uzyskiwaniu wglądu. Zmiana postawy terapeutycznej zaowocowała większą aktywnością i kreatywnością chłopca w gabinecie.

W dalszej pracy uwidoczniło się pragnienie Damiana co do możliwości korzystania z przyjmującej aktywności terapeutki. Nie było to wyrażane werbalnie, ale przejawiało się w postawie i ewidentnym oczekiwaniu na podjęcie aktywności proponowanej zabawy, głównie rzucania piłką. Zazwyczaj siedział na podłodze z piłką w rękę, patrzył na terapeutkę i wydawał z siebie pomruki i piski. Pojawiły się pierwsze pojedyncze słowa, ale nadal głównie gesty, którymi pacjent próbował komunikować swoje potrzeby, dotyczące możliwości używania rąk terapeutki do budowania na kolejnych sesjach trójwymiarowych obiektów z papieru, np. statków, pudełek. Powstałe rękoma terapeutki obiekty były eksplo-

rowane w kuwecie z wodą. Miały mieć możliwość utrzymywania się na powierzchni wody, a także pomieszczania wody w swoim wnętrzu. Pacjent wielokrotnie powtarzał sytuację, w której następowała perforacja ścian pudełka/statku, jego kolejne zatonięcia i powtórne odbudowania rękoma terapeutki, co najprawdopodobniej było ilustracją doświadczenia przez niego załamywania się ciągłości doświadczeń zmysłowych, w koncepcji Pollack opisywane jako „skóra-sito” i łączące się z poczuciem, „iż świat wewnętrzny poprzez perforacje przecieka na zewnątrz, w bezkształtną, bezgraniczną, nieskończoną przestrzeń” [28, s. 493].

Relacja z obiektem nadal pozostawała na pierwotnym poziomie, ale zmiana formuły pracy umożliwiła dostrzeżenie obiektu i możliwości korzystania z jego obecności w danym momencie głównie na poziomie konkretnym. Pojawienie się trójwymiarowych obiektów, papierowych konstrukcji, łączyło się z rozpoczęciem tworzenia i bardziej symbolicznych wyrazów aktywności wewnątrzpsychicznej Damiana. Kolejnym wariantem zabawy było barwienie wody farbami i sprawdzanie, jak papierowy obiekt reaguje na zabarwienie/zabrudzenie. Była to zabawa, w której zaczęło się pojawiać więcej skojarzeń i fantazji w umyśle terapeutki, wcześniej zazwyczaj pozostającym opustoszałym. Kolorowa woda, która ostatecznie w toku dopełniania kolejnymi barwami przybierała szary kolor, równocześnie niepokoiła Damiana i ciekawiła go. Łączyło się to z mniejszą sztywnością funkcjonowania chłopca w trakcie spotkań i pojawieniem się większej różnorodności w „zabarwieniu emocjonalnym” atmosfery w gabinecie.

Niepokój Damiana o dopełnione do szarości barwy skierował jego zainteresowanie do zlewu z bieżącą wodą. Nastąpiła wtedy seria zabaw z mieszaniem wody „zabarwionej” z czystą, rozcieńczaniem i płukaniem. Zabawa ostatecznie ewoluowała we wkładanie do zlewu kolejnych pojemników i prób połączenia ich w jedną całość umożliwiającą przepływanie wody. Pozostając przy teorii ciała pomieszczającego można ten wysiłek chłopca interpretować jako obrazowanie próby budowania podstawowego układu psychicznego (przez Pollack metaforyzowanego jako „przednia oś”), który łączy ze sobą m.in. takie procesy, jak: przetwarzanie i organizowanie spostrzeżeń zmysłowych, wypełnianie, opróżnianie, trawienie, uwewnętrznianie, wyrzucanie na zewnątrz i przekształcanie oraz kontrolowanie i organizowanie intencjonalnych ruchów między wnętrzem a zewnątrz. Wszystkie te elementy w konkretny sposób odgrywane były w aktywności pacjenta.

Na powstawanie „przedniej osi” składa się kilka aspektów. Pierwszym celem jest oderwanie „ciała pomieszczającego” od przeżycia płynnego pobudzenia zmysłowego [28] i uczynienie kręgów wystarczająco „stałymi” w relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Stałe punkty na „przedniej osi” łączą się jak „koraliki przeżyć” i wspierają „psychiczny wyprost”. Każdy z punktów na osi „pomieszcza treść”, ma potencjał do tworzenia symboli, otwierający drogę od fizycznego do umysłowego, od konkretnego do abstrakcyjnego. Na przykładzie angażującej zmysły zabawy można zauważyć, w jaki sposób Pollack rozumie włączanie ciała i zmysłowości w opracowywanie fundamentalnych przeżyć psychicznych.

Wykorzystanie proponowanego przez Pollack modelu pierwotnej organizacji przestrzeni psychofizycznej w przypadku opisanego powyżej pacjenta pozwoliło wydobywać się z impasu i udrażniać kanał komunikacji oraz zbudować doświadczenie obecności trójwymiarowych obiektów pomieszczających i przekształcających oraz nadal niepewnych połączeń pomiędzy różnymi doświadczeniami, które miałyby stanowić „kręgosłup psychiczny”

Damiana. Konceptualizowanie pracy z Damianem stanowiło także dla terapeutki pewien rodzaj zmagania się z połączeniem w całość oderwanych od siebie doświadczeń, bo — jak twierdzi Pollack — fragmentacja stanowi samą istotę przeżycia ciała pomieszczonego w przypadku osób o zniekształconej przestrzeni psychofizycznej. Łączenie fragmentów spotkań z Damianem, nadanie im ciągłości, zauważenie określonego rytmu i kierunków poruszania się w relacji daje nadzieję na zbudowanie „punktów zaczepienia”, które pomogą chłopcu i terapeutce budować relację.

### Przykład 5: Analityczne trzecie

Przykład pochodzi z początkowego etapu pracy z 9-letnim Emilem. Poniższy opis obejmuje rozwój kontaktu z pacjentem od pierwszego spotkania, zatem terapeutka celowo nie poprzedza go wprowadzaniem jakichkolwiek danych życiorysowych, którymi w owym czasie nie dysponowała. Intencją tego fragmentu klinicznego jest zwrócenie uwagi na możliwość — a w niektórych wypadkach wręcz konieczność — wykorzystania cielesnych form komunikacji, by powołać do życia tzw. analityczne trzecie, o którym pisał Ogden [29]. Intersubiektywne „analityczne trzecie” jest podmiotem tworzonym przez wzajemną nieświadomą wymianę między analitykiem a pacjentem; jednocześnie analityk i pacjent są tworzeni w procesie powstawania „analitycznego trzeciego”. Być może pojęcie to stanie się bardziej zrozumiałe po przedstawieniu fragmentu pracy klinicznej.

W trakcie pierwszej konsultacji Emil był powściągliwy w gestach i słowach. W terapeutce pojawiła się naturalna w pracy z dziećmi potrzeba przedstawienia się. Wyraźniej niż zwykle poczuła, że potrzebuje nadać kształt spotkaniu. Określiła je mianem „niedozwolonego spotkania”, czym na krótko zaintrygowała chłopca. Jego spojrzenie spotkało się z jej wzrokiem. Wówczas dodała: „Spotkanie niedozwolone i nowe — ponieważ jeszcze się nie znamy. Co prawda trochę miałam okazję poznać twoją mamę, jednak dzisiaj ty tu jesteś osobiście i mogę ciebie poznać”. Emil uśmiechnął się lekko i dość szybko spuścił wzrok. Cisza na powrót rozlała się w gabinecie. Terapeutka zdecydowała, by pustka nie zabierała miejsca chłopcu i nie wciskała jej w fotel. Spróbowała zatem użyć słów, które opisałyby trudność położenia, w jakim chłopiec być może się znalazł: „Możesz potrzebować trochę czasu, by się rozejrzeć. Oswoić z tym miejscem, pooglądać, posprawdzać osobiście różne rzeczy, jakie tutaj są”. Mówiąc, terapeutka wodziła wzrokiem w przestrzeni wokół siebie. Zorientowała się, że własnym ciałem stara się zachęcić Emila do podobnego ruchu choćby głową czy gałkami ocznymi.

Wypowiedziane przez terapeutkę słowa wywołały na twarzy Emila grymas niedowierzania, jakby zdziwienia. Omiótł szybko wzrokiem ściany i zastął ponownie. Siedział prawie nieruchomo, lekko pocierając dłoń o dłoń. Wówczas w terapeutce począł narastać dygot. Zaskoczona, obserwowała wyrazistość własnych doznań, które stopniowo dominowały jej uwagę. Po chwili nogi w przeżyciu terapeutki przestały stanowić integralną część jej ciała. Zaczęły niespokojnie zmieniać pozycje, tak jakby nie miała na nie wpływu. Poczuła wewnętrzny przymus, by coś powiedzieć. Jednak gdy wydobyła pierwszych kilka słów zapraszających do wspólnej zabawy, poczuła jakby w gabinecie zrobiło się jeszcze ciśnień, jakby było w nim jeszcze mniej tlenu. Skurecz w gardle mieszał się z myślami i obawą przed

byciem zbyt natarciwą. Trudno jej było rozpoznać, czy to chłopca pragnienie, a zarazem lęk przed wyjściem z jakiegoś pancerza, czy też jej własny lęk i potrzeba, by walczyć o własne istnienie czy przetrwanie, jakby nie było miejsca ani na pacjenta, ani na nią.

Terapeutka zdecydowała się na pracę z Emilem, biorąc za dobrą monetę fakt, iż nie mówi za wiele, ale jest w stanie komunikować się z nią za pomocą swojego ciała, a ona ten komunikat może odbierać. Pomyślała wówczas, że być może nie jest w stanie przynieść pacjentowi ulgi w cierpieniu, ale może spróbować mu towarzyszyć.

Terapeutka ustaliła z mamą Emila, że będzie się z nim spotykać raz w tygodniu. Kiedy chłopiec na ostatniej konsultacji dowiedział się o tym, zareagował w sposób zaskakujący. Wstał z fotela, podszedł do stolika, na którym stały pudełka z ciastoliną. Nigdy wcześniej nie podjął żadnej aktywności w gabinecie, oprócz siedzenia w fotelu. Zaczął otwierać pudełka i mieszać ze sobą różnobarwne konsystencje tak długo, aż uzyskał zielonobrazową masę. Terapeutka pomyślała wówczas, że Emil mógł poczuć, iż ona jest kimś, kto w obliczu przerażających i bolesnych stanów psychicznych, ale też fizycznych jest gotów wytrwać z nim na jego planecie.

W pierwszej chwili, kiedy chłopiec rozgniał bryłę, terapeutka miała wrażenie, że kształt, jaki powstawał w jego rękach, przypominał miś czy lupinkę Calineczkowego orzecha. Emil, dotykając masy plastycznej, układał w taki sposób dłonie, jak gdyby otulał ją swoimi rękoma. Ucisłał kciukami, tworząc w niej wnętrze, jakby zagłębienie. Terapeutka pomyślała, że być może pacjent „nadaje kształt przeżyciom”, pokazując jej, że przestrzeń gabinetu i jej wnętrze stały się terytorium, które może pomieścić jego przeżycia i jego ciało. W milczeniu podążała za ruchami dłoni chłopca, które wydawały się do niej mówić.

Pracując cały czas bardzo energicznie, Emil wyjaśnił, że to jest główna część jaskini. W tym momencie głos chłopca był niczym nieskrępowany. Wejście do jaskini było obszerne. Wyglądało, jakby zapraszało wszystkich, kto chciałby do niej wejść. Wszystko, co się w niej znajdowało, było widoczne bez większego wysiłku. Rozłożyste posłanie, a na nim wspaniały wylegujący się pies. Miska, z której można się było napić, leżała właściwie w progu. To cudownie idylliczne wrażenie, jakie chłopiec próbował roztoczyć przed terapeutką, po chwili okazało się złudne. Gdy tylko Emil skończył prezentację widocznego gołym okiem „domostwa”, rozpoczął działania na tyłach konstrukcji. Zapytany, czym teraz się zajął?, milczał. Jednocześnie nie przerywał pracy. Zapadło milczenie, które tym razem terapeutka rozumiała nie tyle jako odmowę kontaktu czy brak dostępu, tylko informację, by nie spieszyć się, nie napierać, poczekać. Zapamiętałość, z jaką chłopiec lepił, była dla terapeutki sygnałem, by pozostawała obecna oraz zaufała swoim przeżyciom i skojarzeniom.

Równocześnie nieustannie doświadczała trudności obejmujących nie tylko czucie i myślenie, ale także oddychanie. Ciemny, ziemisty kolor, jaki Emil uzyskał z wymieszania różnobarwnych mas plastycznych, wywołał w niej uczucie rozczarowania (pomyślała: „kolorowo nie będzie”). Zaczęła odczuwać rosnącą wątpliwość, czy jaskinia nie jest nadmiernie otwarta. Łączyła te skojarzenia z paradoksalnym poczuciem braku możliwości swobodnego wypuszczania przez siebie powietrza z płuc. To z kolei wywołało napór faktograficznych treści na temat życia chłopca, uzyskanych od matki w trakcie kontaktu poprzedzającego konsultację, przede wszystkim konfliktu stale eskalującego między jego rodzicami, którzy niedługo po jego narodzinach rozstali się, ponownie zeszli i kolejny raz rozstali się w gniewie.

Terapeutka zorientowała się, że czyni intelektualne starania, by zmniejszyć własny dyskomfort cielesny za pomocą przywoływania w pamięci kontekstu zgłoszenia się Emila. Wszystko po to, by móc zaczerpnąć powietrza do płuc. Z trudem mogła utrzymać w sobie stan dyskomfortu oddechowego. Kiedy dostrzegła, że jej ciało szamocze się i szuka ratunku w intelekcie, ogarnął ją smutek.

Wówczas Emil powiedział: „Jaskinia ma też labirynt korytarzy i ukrytych miejsc, których nikt nie może dostrzec, wchodząc do przytulnie wyglądającej jamy. Tam siedzi pies, który wychodzi, jak jest ciemno. Nikt nie wie, że on tam jest”.

Terapeutka uznała, że Emil pokazał jej, jak wygląda jego świat. Terytorium, do którego może wtargnąć każdy bez uprzedzenia, a on będzie pozostawał jak przyczajony zwierz w tajemnym tunelu. Wycofany ze świata, który jest jego miejscem, ale ostatecznie nim nie może być. Emil pozostawia wszystko na oścież otwarte, wystawia miskę na próg, zaprasza do środka. Jednak to tylko pozory, ponieważ każdy ostatecznie może być w przeżyciu chłopca potencjalnym intruzem.

Terapeutka poczuła, że została wtajemniczona, by móc zrozumieć, jak Emil próbuje poradzić sobie w domu rodzinnym, zwłaszcza z emocjonalną i fizyczną impulsywnością jednego z rodziców. Uznała, że została także poddana próbie, jak poradzi sobie z impulsami płynącymi z własnego ciała w odpowiedzi na to, co zakomunikuje jej pacjent. Chłopiec mógł sprawdzać, jaki rodzaj relacji terapeutka utrzyma, kiedy zostanie poddana sprzecznościom i presji.

Przedstawiony fragment stanowi ilustrację tzw. analitycznego trzeciego jako obszaru nieświadomego życia pary: przeżyć, które powstały wspólnie w kontakcie dwóch subiektywności. Zgodnie z koncepcją Ogdena [29] powstawanie „analitycznego trzeciego” opiera się na zdolności terapeuty do specyficznej formy zamyślenia, w której daje on przestrzeń własnym doznaniom somatycznym i subiektywnym, osobistym skojarzeniom, wrażeniom i wyobrażeniom, pozwalając, by wchodziły w interakcje z materiałem wnoszonym przez pacjenta. Można powiedzieć, że przeplatanie się treści wyrażonych zabawą chłopca z treściami powstającymi w ciele i w wyobraźni terapeutki powołały do życia obraz jaskini wraz z towarzyszącymi doznaniem zmysłowymi — „analityczne trzecie” — którego emocjonalne znaczenie nie należało ani do chłopca, ani do terapeutki, lecz pozostawało dziełem intersubiektywnego kontaktu. Zdaniem Ogdena w niektórych sytuacjach, zwłaszcza wobec zagubienia pacjenta we własnej subiektywności, tworzenie przestrzeni na „analityczne trzecie” musi poprzedzać próby precyzyjnej werbalizacji i wskazywania na odrębność właścicieli poszczególnych przeżyć.

## Wnioski

Przedstawiliśmy pięć przykładów klinicznych, pochodzących z pracy ze zróżnicowanymi pacjentami w rozmaitych kontekstach. Na podstawie przytoczonych fragmentów pracy z nimi proponujemy kilka ogólnych uwag dotyczących współczesnych, psychoanalitycznie zorientowanych sposobów pracy z pacjentami, którzy mają trudność w korzystaniu z werbalnych interpretacji treści wypowiedzi.

Po pierwsze, we wszystkich przytoczonych przykładach bardzo wyraźnie zaznacza się rola ciała i komunikacji niewerbalnej jako podstawowego kanału komunikacji. Niezależnie od poziomu rozwoju (dzieci, adolescenti, dorośli), prezentowanych problemów czy wybra-

nych przez terapeutów teoretycznych punktów odniesienia można z dużym przekonaniem powiedzieć, iż próby przewycięzania trudności z mentalizacją oraz werbalizowaniem własnych stanów emocjonalnych opierają się na bezpośrednim wykorzystaniu doznań zmysłowych zarówno pacjentów, jak i terapeutów.

Po drugie, wydaje się, iż praca w warunkach ograniczonej mentalizacji i utrudnionej werbalizacji wymaga od terapeutów podejmowania szczególnego rodzaju wysiłku emocjonalnego: w przedstawionych fragmentach klinicznych terapeuci zmagali się ze stanami niepewności i niewiedzy, gdy mogli korzystać raczej ze wskazówek cielesnych, niż z treści werbalnych, będących pożywką dla intelektualnych konstrukcji interpretacyjnych. W pracy opierającej się w większej mierze na komunikacji werbalnej terapeuta może korzystać z bezpośrednich informacji zwrotnych od pacjenta, potwierdzającego bądź zaprzeczającego przypuszczeniom, komentarzom i interpretacjom terapeuty. W opisanym wyżej podejściu, odwołującym się w większej mierze do komunikacji niewerbalnej i emocjonalnej atmosfery kontaktu, terapeuta musi uważniej śledzić ruch zbliżenia bądź oddalenia w relacji na podstawie wskazówek innych niż słowa.

Po trzecie, terapeuci wyszkoleni w podejściach psychodynamicznych/psychoanalitycznych mogą odnaleźć w przytoczonych, współczesnych koncepcjach pracy nie tylko nowe narzędzia czy techniki, ale też bardzo im potrzebne poczucie bezpieczeństwa podczas sięgania po interwencje inne niż werbalna interpretacja treści. Próby odwoływania się do samej tylko intuicji, przeczuć czy wrażeń zmysłowych, bez tła teoretycznego, grożą podejmowaniem „dzikich” interwencji, nieosadzonych w żadnym uporządkowanym systemie rozumienia psychiki pacjenta. Takie podejście byłoby niebezpieczne zarówno dla pacjenta, jak i terapeuty — nie do końca wiedząc, dla czego podejmuje się dane interwencje, pozostaje się dużo bardziej otwartym na wszelkie formy rozegrania niewygodnych uczuć w impulsywnym działaniu. Z tego powodu uważamy, że teoretyczne tło opisanych sytuacji klinicznych stanowiło bezpieczny fundament podejmowanych działań, a przedstawioną pracę rozumiemy jako przykłady techniki osadzonej w teorii, a nie pochodną intuicji czy przeczuć.

## Piśmiennictwo

1. Smith M, Glass G, Miller, T. the benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press; 1980.
2. Lipsey M, Wilson D. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am. Psychol.* 1993; 48(12): 1181–1209.
3. Norcross J, Wampold, B. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*. 2011; 48(1): 98–102.
4. Huhn M, Tardy M, Spineli L, Kissling W, Forstl, H, Pitschel-Walz, G i wsp. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(6): 706–715.
5. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 137–150.
6. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76(6): 909–922.

7. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 24(1): 1465–1858.
8. Acarturk C, Cuijpers P, Van Straten A, De Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 2009; 39: 241–254.
9. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65: 98–109.
10. Frosh S. *A brief introduction to psychoanalytic theory*. London: Palgrave; 2012.
11. Bion WR. *Uczenie się na podstawie doświadczenia*. Przekład: Danuta Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
12. Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Przekład: M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
13. Lombardi R. *Bezszaftna nieskończoność. Kliniczne rozważania nad teoriami Matte Blanco i Biona*. Przekład: L. Kalita. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2017.
14. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanal. Inq.* 2001; 21(1): 71–93.
15. Robbins M. The Language of schizophrenia and the world of delusion. *Int. J. Psychoanal.* 2002; 83(2): 383–405.
16. Bucci W. The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanal. Inq.* 2002; 22(5): 766–793.
17. Keinan, N. Envelope interpretations – an option for analytic touching. A paper given at India-Australia-Israel Psychoanalytic Conference. Mumbai, 2011.
18. Knoblauch S. Beyond the word in psychoanalysis: The unspoken dialogue. *Psychoanal. Dialogues* 1997; 7(4): 491–516.
19. Ogden T. *The primitive edge of experience*. New Jersey: Jason Aronson; 1989.
20. Tustin F. Bariery autystyczne u pacjentów neurotycznych. Przekład: M. Kaczorowska-Korzniańkow, M. Kruszyńska-Mąka, L. Kalita, J. Jastrzębska, I. Magryta-Wojda, J. Szkuclarek. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2021.
21. Mitrani J. Toward an understanding of unmetallized experience. *Psychoanal. Quart.* 1995; 64(1): 68–112.
22. Searles H. Oedipal love in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 1959; 40:180–190.
23. Ehrenberg DB. *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. London: W.W. Norton and Company; 1992.
24. Stolorow, RD, Atwood, GE. Deconstructing the myth of the neutral analyst: an alternative from intersubjective systems theory. *Psychoanal. Quart.* 1996; 66(3): 431–449.
25. Wadell M. *O nastolatkach. Opowieści o światach wewnętrznych*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2019.
26. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mindreading. *Trends in Cognitive Sciences* 1998; 2(12): 493–501.
27. Lachmann FM, Beebe BA. Three principles of salience in the organization of the patient-analyst interaction. *Psychoanal. Psychol.* 1996; 13(1): 1–22.
28. Pollack T. The ‘body-container’: A new perspective on the body-ego’. *Int. J. Psychoanal.* 2009; 90(3): 487–506.
29. Ogden T. The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psychoanal.* 1994; 75: 3–20.