

Beata Mirucka

## PSYCHOTERAPEUTA UWĄŻNY NA CIELESNOŚĆ PACJENTA. ANALIZA FRAGMENTÓW DIALOGU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO

### THE PSYCHOTHERAPIST ATTENTIVE TO THE EMBODIMENT OF THE PATIENT. ANALYSIS OF FRAGMENTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC DIALOGUE

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii,  
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia

**embodiment  
psychotherapy**

#### Streszczenie

*Celem artykułu jest przedstawienie sposobów korzystania z uważności psychoterapeuty na zjawiska cielesności. W części pierwszej zarysowana została autorska koncepcja podmiotu ucieleśnionego, według której doświadczenie ciała jest nieustannie opracowywane w formie trzech podstawowych psychicznych reprezentacji: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała. Obraz ciała, odnoszący się głównie do eksterocepcji, obejmuje spostrzeżenia, przekonania oraz emocje kierowane wobec ciała. Schemat ciała bazuje przede wszystkim na organizacji informacji proprioceptywnych, których źródłem są akty poruszania i przemieszczania się w przestrzeni oraz władania ciałem. Natomiast poczucie ciała, reprezentacja kształtowana dzięki interocepcji, dotyczy obrazowania stanów, procesów i zachowania ciała; obejmuje całościowe doświadczenie kondycji fizycznej, które ma podstawowe znaczenie dla nastroju i stanu emocjonalnego podmiotu. Triada psychicznych reprezentacji cielesnych tworzy nierozdzielny całość, której poziom integracji ulega zakłóceniom, zwłaszcza w sytuacji traumy. Druga część artykułu stanowi egzemplifikację pracy psychoterapeuty wrażliwego i uważnego na fenomeny cielesności. W przytoczonych fragmentach dialogów ukazane zostały sposoby indentyfikowania poszczególnych reprezentacji ciała, a następnie łączenia ich w coraz bardziej pozytywnym wizerunku pacjentki. Przedstawiona propozycja pracy ma na celu pozytywne przekształcanie traumatycznego doświadczenia w taki sposób, żeby stawało się ono integralną częścią świadomości siebie, a tym samym w coraz mniejszym stopniu utrudniało realizację życiowych zadań.*

#### Summary

The aim of this article is to present ways of using the psychotherapist's attentiveness to the phenomena of embodiment. In the first part, the author's conception of the embodied subject is outlined, according to which the experience of the body is continuously elaborated in the form of three basic mental representations: body image, body schema and body sense. Body image, referring mainly to exteroception, includes perceptions, beliefs and emotions directed towards the body. Body schema is based primarily on the organisation of proprioceptive information, the source of which is the acts of moving and displacing in space and mastering the body. Body sense, on the other hand, a represen-

tation shaped by interoception, concerns the depiction of bodily states, processes and behaviour; it encompasses the overall experience of the physical condition, which is fundamental to the subject's mood and emotional state. The triad of mental bodily representations forms an inseparable whole, the level of integration of which is disrupted, especially in situations of trauma. The second part of the article exemplifies the work of a psychotherapist sensitive and attentive to the phenomena of embodiment. In the excerpts from the dialogues quoted, the ways of identifying particular representations of the body and then combining them in an increasingly positive image of the patient are shown. The work proposal presented is aimed at positively transforming the traumatic experience in such a way that it becomes an integral part of self-consciousness and thus makes life's tasks less and less difficult.

## Wprowadzenie

Fantastyczność rysunku Leonarda da Vinci „Homo ad circulum”, czyli człowieka wi-truwiańskiego, polega między innymi na sposobie przedstawienia fenomenu cielesności. Widzimy i jednocześnie czujemy. Rozpoznajemy: wizerunek ciała doskonałego w swoich proporcjach i kształtach, nacechowany uderzającym pięknem całej postaci. Jednocześnie odbieramy wrażenie ruchu, uzyskane dzięki podwójności umięśnionych kończyn. Wyczuwamy i niemalże widzimy, jak mężczyzna energiczne to wyrzuca nogi w bok, to znów je cofa. Jego ramiona zdają się trzepotać niczym skrzydła. Czujemy pulsującą energię, a jego intensywne i zarazem intymne spojrzenie pozwala nam odbić w sobie, jak w lustrze, jego emocje. Możemy poczuć najgłębszą istotę nas samych, stojących nago w miejscu, w którym nasz świat spotyka się z makrokosmosem [1].

Artystyczne przedstawienie cielesności Leonarda da Vinci uwyrażnia psychologiczne ujęcie tego fenomenu, w którym trzy aspekty doświadczenia ludzkiego ciała zostały zawarte w trzech pojęciach — mentalnych reprezentacjach: obrazie ciała, schemacie ciała i poczuciu ciała [2]. Ponieważ istnienie w materialnym świecie zasadza się na byciu cielesnym, ciało może być istotnym obiektem doświadczenia człowieka, jak również może stać się nim samym — ucieleśnionym podmiotem [3]. Ta znacząca różnica w relacji ze swoim ciałem wiąże się ze sposobem funkcjonowania ja cielesnego, które jako nadrzędna, centralna instancja psychiczna jest odpowiedzialna za kształtowanie i całościowe opracowywanie doświadczenia cielesnego [4]. Ja cielesne przejawia się w funkcjach ujmowania złożonej rzeczywistości cielesnej (w tzw. ja podmiotowym) oraz psychicznych reprezentacjach ciała (w tzw. ja przedmiotowym), które razem składają się na złożony system regulujący prerefleksyjną i refleksyjną świadomość cielesną [5–8], włącznie z jej kluczowym, nadrzędnym wymiarem, czyli tożsamością cielesną [2].

Bezpośrednim rezultatem funkcjonowania ja cielesnego są reprezentacje ciała. Kształtują się one w przebiegu całego życia człowieka, począwszy od tych najprostszych po bardziej złożone, wielomodalne struktury psychiczne. Do najważniejszych umysłowych przedstawień siebie cielesnego należą: a) poczucie stanów ciała (in. poczucie ciała), b) schemat ciała oraz c) obraz ciała. Wszystkie one rozwijają się na bazie somatosensorycznej percepcji: interocepcji, propriocepcji i eksterocepcji, w różnym stopniu korzystając z tych trzech zmysłowych modalności ciała. Kiedy schemat ciała czerpie swoją formę głównie z opracowywania informacji proprioceptywnych, a obraz ciała z eksterocepcji, to poczucie ciała powstaje w dużej mierze w wyniku organizowania doznań interoceptywnych. One

stają się kluczowe w kształtowaniu tej trzeciej — nie mniej ważnej niż schemat i obraz ciała — psychicznej reprezentacji ciała [2].

Pierwsza z psychicznych reprezentacji ciała — o b r a z c i a ł a — najbardziej wizualna, bo bazująca na percepcji wzrokowej, dotyczy — najprościej ujmując — wyglądu zewnętrznego. Dzięki niej podmiot jest w stanie zidentyfikować siebie i innych, chociaż — jak się okazuje — ma on niewiele wspólnego z migawkowym zdjęciem, wykonanym w konkretnym momencie życia [9]. Dlaczego? Ponieważ obraz ciała zawiera w sobie całą dotychczasową historię bytowania człowieka, związaną z różnymi opiniami i emocjami odnoszącymi się do jego atrakcyjności. Na przykład, zdanie ojca wypowiedziane do dorastającej córki: „wyglądasz bardzo seksownie”, połączone z jego uwodzicielskim spojrzeniem, może odcisnąć się bardzo znacząco w wewnętrznym wizerunku — obrazie ciała — tej nastolatki. To, co dla innych jest naturalnym obszarem fizycznej identyfikacji kobiecości, dla niej przypuszczalnie stanie się pomijanym aspektem siebie samej.

Druga reprezentacja cielesności — s c h e m a t c i a ł a jest zbiorem programów ruchowych, obejmuje małą i dużą motorykę. Zapewnia nie tylko sprawne poruszanie się czy wykonywanie precyzyjnych manipulacji manualnych, ale również orientację przestrzenną. Bez sprawnie działającego schematu ciała niemożliwe byłoby określenie: góra — dół, strona lewa — prawa [10].

W filmie *Zapach kobiety* główny bohater — niewidomy, emerytowany pułkownik, grany przez Alę Pacino — brawurowo prowadzi czerwone ferrari czy też tańczy tango z mistrzowską wprawą, ponieważ dysponuje wyjątkowo rozwiniętym schematem ciała. Właśnie ta reprezentacja umożliwia władanie ciałem jak genialnym narzędziem oraz rozwijanie poczucia kontroli, sprawstwa i skuteczności. Pacjenci po przeżyciu traumy — jak pisze o nich van der Kolk — są zaskakująco niezdarni i nieskoordynowani ruchowo. Nawet podczas swobodnych rozmów wydają się skrępowani, jakby pozbawieni naturalnej mimiki czy gestykulacji. Często zgłaszają zakłócenia w orientacji przestrzennej; łatwo gubią drogę, błędzą nawet w dobrze znanych miejscach [11].

Trzecia, umysłowa reprezentacja — p o c z u c i e c i a ł a — odnosi się do sposobu odbierania stanów i procesów ciała. Kształtuje się głównie na bazie interocepcji, dzięki której osoba może dostrzegać wszelkie doznania somatyczne lub też zauważać subtelne zmiany w procesach cielesnych; rejestrować napięcie mięśni, zmęczenie, bóle, czuć tętno i bicie serca czy też subtelne oznaki pracy narządów wewnętrznych [12]. O poczuciu ciała mogą świadczyć następujące wypowiedzi: „Jestem świadomy bólu w obszarze mojego karku”, „Czuję, że moje mięśnie rozluźniają się. Pomimo próby zrelaksowania się, wciąż jestem napięty”. Poczucie ciała dotyczy również jakości uwagi kierowanej na doznania i stany cielesne, począwszy od dużej uważności na swoje doznania, do całkowitego ignorowania ich. Poczucie ciała wskazuje nie tylko na sposób odbierania informacji cielesnych, ale również na sposób korzystania z nich; na przykład w sytuacjach podejmowania decyzji<sup>1</sup>.

W zintegrowanej cielesności ciało jako obiekt stanowi rodzaj medium quo, które nie koncentruje na sobie, nie niepokoi, nie zakłóca podstawowej jedności ciała i umysłu ani

<sup>1</sup>) Bardzo dokładnie rolę poczucia ciała w podejmowaniu decyzji opisał Antonio Damasio w hipotezie markera somatycznego [13].

też nie blokuje swobodnego przepływu strumienia świadomości własnych przeżyć<sup>2</sup>. Kiedy natomiast pod wpływem trudnych doświadczeń, zwłaszcza traumy, osoba chroni się przed tzw. uczuciami nie do zniesienia za pomocą nieświadomego aktu znieczulania siebie, integracja cielesna zostaje osłabiona albo wręcz utracona. Oznacza to, że na najbardziej podstawowym poziomie następuje istotna zmiana odbioru doznań cielesnych, sposobu przeżywania swojego ciała, a w konsekwencji relacji ze swoim ciałem. Przestaje ona mieć charakter podmiotowy: „ja i moje ciało to jedno”, na rzecz relacji przedmiotowej: „moje ciało jest balastem, który mnie ogranicza” [14]. Konieczna wydaje się wtedy praca psychoterapeutyczna, mająca na celu przywracanie utraconej jedności psychofizycznej, a tym samym poszerzenie świadomości zwłaszcza tych doświadczeń, z którymi związane jest dojmujące cierpienie psychiczne pacjenta.

### Uważność na cielesność pacjenta w dialogu psychoterapeutycznym<sup>3</sup>

Bazując na autorskiej teorii podmiotu ucieleśnionego [2], poniżej zaprezentowano fragment pracy psychoterapeutycznej, podczas której — dzięki wzmocnionej uważności terapeutki na cielesność pacjentki — stopniowej transformacji mogły ulegać traumatyczne doświadczenia. Terapeutka, pracująca w paradygmacie psychodynamicznym, sukcesywnie włączała do swoich działań interwencje wynikające z konceptualizacji cielesności jako podstawowej i zarazem najbardziej pierwotnej formy świadomości podmiotu. Posługiwała się metodami służącymi do wyodrębniania i zarazem integrowania reprezentacji cielesnych. Robiła to zwłaszcza wtedy, kiedy typowe metody analizy wydawały się niewystarczające, bo natrafiały na opór pacjentki jako naturalną obronę przed jej cierpieniem psychicznym.

Pani A. w momencie rozpoczęcia terapii miała 47 lat. Skarżyła się na nawracające, bardzo silne bóle zębów. Diagnoza stomatologiczna nie ujawniła jednak żadnych przyczyn uzasadniających zgłaszane dolegliwości. Nie tyle doznania somatyczne niewiadomego pochodzenia stanowiły główną troskę pacjentki, ile poczucie niezadowolenia ze swojego życia i z siebie samej, które nasiliło się od czasu wyprowadzenia się z domu jej 24-letniej córki.

Pacjentka przez siedem pierwszych lat życia była jedynaczką. W jej wspomnieniu moment urodzenia się brata zakończył agresję fizyczną matki regularnie stosowaną wobec niej w formie dotkliwego bicia pasem. Brat pani A. od wczesnej młodości leczony był z powodu uzależnienia. Zmarł śmiercią tragiczną zaraz po osiągnięciu 30. roku życia, ponieważ przedawkował narkotyki.

Pani A. w wieku 18 lat zaszła w ciążę. Była wtedy w klasie maturalnej, którą ukończyła już jako samotna matka: w pierwszym miesiącu ciąży została porzucona przez swojego chłopaka, ojca dziecka. Do tego czasu była z nim w bardzo zażyłej, romantycznej relacji, trwającej od początku szkoły średniej. Rozstanie z nim było dla niej przeżyciem trudnym i zupełnie niezrozumiałym.

<sup>2)</sup> Czytelnika zainteresowanego bardziej szczegółowym omówieniem zagadnień cielesności, a zwłaszcza psychicznych reprezentacji ciała, odsyłam do książki *Podmiot ucieleśniony* [2].

<sup>3)</sup> Dialog powstał na podstawie realnych rozmów psychoterapeutycznych. Dane pacjentki zostały zmienione w sposób uniemożliwiający jej identyfikację.

Nigdy nie była zamężna. Miała doświadczenie siedmioletniego, nieformalnego związku z mężczyzną, którego sama zostawiła, kiedy wyszły na jaw jego zdrady (rok przed podjęciem terapii).

Niezwykle trudne psychicznie doświadczenia rodzinne pacjentki stały się źródłem jej urazów psychicznych, które najprawdopodobniej przyjęły formę traumy relacyjnej. Powtarzające się od wczesnego dzieciństwa nadużycia emocjonalne, połączone z przemocą fizyczną matki, ciągły lęk i niepewność w relacji z ojcem, regularnie wszczynającym awantury w stanach upojenia alkoholowego oraz nieustanna trwoga o życie młodszego brata, uzależnionego od twardych narkotyków, złożyły się na długą listę wyzwiań, z którymi pacjentka musiała się mierzyć w ciągu swojego życia. Ich poziom trudności był na tyle wysoki, że psychiczne ich opracowanie znacząco przekraczało dostępne jej umiejętności zaradcze i adaptacyjne. Konsekwencje doświadczanych urazów psychicznych ujawniały się wyraźnie między innymi w jej obniżonej umiejętności odczytywania emocji, zmniejszonej odporności na stres, permanentnym niepokojem, połączonym z silną tendencją do obwiniania siebie oraz uporczywym poczuciu wstydu przeżywanego w relacjach społecznych. Dodatkowo pani A. cierpiała głównie z powodu samotności i bardzo obniżonego poczucia wartości siebie. Zmagiała się z intensywnymi stanami depresyjnymi, z powodu których leczyła się psychiatrycznie.

Terapia obejmowała trzy lata. Prezentowany fragment dialogu psychoterapeutycznego pochodzi z końcowego etapu pracy (około cztery miesiące przed zakończeniem procesu). W chwili kończenia terapii pacjentka nie przyjmowała już leków antydepresyjnych (pół roku wcześniej w porozumieniu z lekarzem zaprzestała leczenia farmakologicznego).

Fragmety dialogu z sesji pani A.:

P.: *Ostatnio wciąż brak mi sił. Czuję się wyczerpana, zmęczona, częściej czuję, że serce mi kołatze.*

T.: *Kieruje pani uwagę na dolegliwości somatyczne.*

P.: *Tak, aczkolwiek w głowie mam takie myśli, co mogłabym zrobić, żeby się lepiej poczuć, żeby moje życie miało więcej sensu. Do tej pory chciałam swoją głowę zajmować czymś innym. Ale teraz już nie chcę tego odkładać. Chcę wiedzieć, co mam robić. Czuję, że jest to dla mnie ważne teraz.*

T.: *Co dokładnie jest dla pani ważne?*

P.: *Żebym znalazła sposób na resztę mojego życia. Chciałabym to poczuć, jak mam dalej pokierować swoim życiem. Bo to życie teraz już mi nie odpowiada.*

T.: *Teraz pani wie to bardzo dokładnie: „to życie, które teraz wiodę, nie odpowiada mi”. I pani zmęczenie czy te doznania kołatania serca bardzo możliwe, że są też znakiem tego, sygnałem potwierdzającym tę prawdę: „to życie, które teraz wiodę, nie pasuje mi”.*

W tej początkowej wymianie pacjentka odważnie wprowadza istotny temat — niezadowolenia z życia czy raczej poszukiwania sposobu na jego zmianę. Zaczyna swoją narrację od dolegliwości somatycznych, czym sugeruje brak dostępu do przeżywanych emocji. Ponieważ akcentuje aspekt poznawczy przeżycia, idę za nim, nie forsując tematu emocji (nie pytając na przykład: „Co pani czuje w związku z tym”, „Czego pani doświadcza w swoim ciele, kiedy pani to mówi” itp). Takie pytanie, w tym miejscu zadane, zdradzałoby niedostatek mojej empatii jako psychoterapeuty i w konsekwencji prawdopodobnie osłabiałoby współpracę terapeutyczną.

P.: *Teraz dopuszczam te myśli do siebie, nie odsuwam ich całkowicie, pozwalam im krążyć. Kiedyś odsuwałam je na później, bo nie czas, bo nic nie mogę zrobić ze swoim życiem. Myślę, że teraz mogę. Muszę się zastanowić, czego bym chciała.*

T.: *Pani stwarza w sobie przestrzeń do tego, żeby poczuć swoje pragnienia. Żeby znaleźć w sobie odpowiedź, jakie to życie teraz ma być, tak?*

P.: *Tak... Zawsze myślałam, że nie mam problemu być sama. Ale przecież nigdy nie byłam tak jak teraz sama. Nigdy nie myślałam, że naprawdę potrzebuję ludzi.*

T.: *Rozpoznała pani potrzebę.*

P.: *Tak, chociaż ciężko mi przyznać, że potrzebuję codziennego kontaktu z drugim człowiekiem, z bliskim człowiekiem...*

T.: *Kiedy pani to mówi, to widzę, że inaczej pani przełyka ślinę... coś się w pani dzieje?*

Pacjentka zaczyna intensywniej przełykać ślinę, prostuje się na krześle oraz zmienia kierunek swojego spojrzenia. Rejestruję te cielesne zmiany i komunikuję je pacjentce. Nie zostawiam ich niewypowiedzianych, bo w tym momencie sesji wydają się ważnym sygnałem jej przeżyć. Niezauważenie ich i niezwerbalizowanie byłoby znakiem zignorowania niewerbalnych komunikatów pacjentki. Nie pytam też jeszcze: „Co się w pani dzieje?“, tylko mówię, że widzę, że coś się w niej dzieje. Taka interwencja na tym etapie pracy zmniejsza napięcie, które pacjentka ujawniła w słowach: „ciężko mi przyznać”.

P.: *Nie myślałam, że aż tak tego potrzebuję. Moja matka zawsze powtarzała, że mężczyzna nie jest potrzebny w życiu kobiety. Żyłam w przeświadczeniu, że to nie jest niezbędne do życia. A jednak wydaje mi się, że dla mnie to jest niezbędne.*

T.: *Jakie to jest uczucie, kiedy pani mówi: „potrzebuję być w relacji z mężczyzną”.*

P.: *Nie wiem, jak nazwać te uczucia... (pauza)*

T.: *Jakie to uczucia ...?*

Krystalizuję i uwyrażniam charakter potrzeby pacjentki, wstawiając w miejsce „tego potrzebuję” frazę: „potrzebuję być w relacji z mężczyzną”. Sama pacjentka identyfikuje i werbalizuje tę potrzebę w formie fragmentarycznej. Jednocześnie decyduję się na ponowne zadanie pytania o uczucia, ponieważ pacjentka wcześniejszymi słowami: „aż tak tego potrzebuję”, z emfazą położoną na „aż tak...” sugeruje mi, że dopuściła do siebie emocje, uczucia. Najprawdopodobniej świadomość doznań cielesnych już otworzyła jej drogę do własnych emocji.

P.: *Myślę, że taką ulgę poczułam, ale też poczułam taki strach, czy to się uda. Ja cały czas starałam się nie dopuścić myśli, że mogę dzielić z kimś życie. Żeby nie być rozczarowaną, taką oszukaną. To ciężko jest teraz odblokować. Jestem taka zablokowana, ale już pozwalałam sobie pomyśleć: jak to byłoby fajnie dzielić z kimś życie.*

T.: *Możemy zbadać to, co pani nazywa „zablokowaniem”.*

Zanim zacznę bardziej eksploracyjną pracę z pacjentką, chcę uzyskać jej zgodę, tym samym chcę wzmocnić jej motywację.

P.: *Tak.*

T.: *Zwróćmy uwagę na doznania z pani ciała. Gdzie je pani czuje, kiedy pani mówi o zablokowaniu?*

P.: *W sercu [odruchowo kładzie dłoń na sercu].*

T.: *Jakby pani pozwoliła sobie wnikać w te doznania, poczuć je jeszcze bardziej.*

P.: *Ciężko mi to zrobić...*

T.: *To jest to zablokowanie... Może powiedziałyby mi pani o swoim sercu, o tym, jak je pani teraz doświadcza?*

P.: *Ja trzymam to serce, a ono chce się tak wyrwać. Nie chce być tam samo, zablokowane. Jakby dawało mi znaki, że nie chce być tam samo.*

T.: *Ono daje znaki...*

P.: *Domaga się, żebym je w końcu uwolniła, żebym pozwoliła mu żyć.*

Pacjentka odseparowuje swoje pragnienie, tym samym dystansuje się od niego i umieszcza je w części swojego ciała — w swoim sercu. Taki mentalny, nieświadomy zabieg pozwala jej na osłabienie odczuwania swojego pragnienia, ale jednocześnie w jakimś stopniu fragmentaryzowanie siebie i częściowe uprzedmiotowienie. Mówi: „serce nie chce być samo”, zamiast — „ja nie chcę być sama”.

Kolejna część sesji właśnie tego dotyczyła — odkrywania przyczyn takiego mentalnego zabiegu. Rozmowa koncentrowała się coraz bardziej na temacie zdrady i lęku przed nią (przedstawienie tego fragmentu pominęłam). Dalsza część sesji ujawnia już inny poziom świadomości pacjentki.

P.: *Nie dopuszczam w swoim życiu żadnych zmian. Zablokowałam to wszystko tak mocno. Może dlatego wciąż jestem taka zmęczona. Wciąż jestem w spięciu. Nawet swoje ciało blokuję tak mocno.*

T.: *Hmm... po to, żeby powstrzymać zmianę.*

P.: *Teraz jak tak pomyślę, to nie wiem, dlaczego tak się boję zmiany. I dlaczego nie miałabym próbować, nie puścić tak tego życia swojego, żeby szło swoim torem. A nie tak cały czas blokować.*

Temat blokady powraca, ale tym razem dotyczy nie tyle myśli (poznawczego aspektu funkcjonowania), ile lęku, który pacjentka umiejscawia wyraźnie w ciele, mówiąc o blokadzie ciała. Przechodzę zatem bezpośrednio do eksplorowania tej cielesnej blokady.

T.: *Jak pani przeżywa tę blokadę w swoim ciele?*

P.: *Moje ciało jest cały czas spięte, mimo że dużo mam ruchu, że dużo ćwiczę. Nie jestem rozluźniona tak, jak powinnam być rozluźniona. To może trwać trochę po ćwiczeniach, ale potem znowu moje ciało spina się. Tak jakbym nie chciała puścić, tylko cały czas blokowała siebie.*

T.: *Zmieniła pani sposób mówienia o tym spięciu. Najpierw powiedziała pani: „Ciało się spina”, a zaraz potem „jakbym nie chciała puścić”. Ciało sobie, pani sobie. Jakby to było trochę niezależne od pani — tak się działo, po prostu.*

Wskazuję na rozdźwięk w sposobie doświadczenia siebie przez pacjentkę, na brak tożsamości między ciałem i sobą. Kolejne moje interwencje będą miały na celu odbudowywanie w pacjentce doświadczenia większej spójności siebie cielesnej.

P.: *Może tak.*

T.: *I to spięcie... w jakim obszarze ciała odczuwane jest przez panią?*

P.: *Może tutaj, w klatce piersiowej, obejmuje całe ramiona, górną część tułowia...*

T.: *Plecy też?*

P.: *Tak, jak idę to nawet przyjmuję pozycję zgarbioną. To jest poza mną. Idę z głową do ziemi, jakbym była przybita tym wszystkim, tymi problemami.*

Pacjentka przechodzi od doznań spięcia w tułowiu (poczucia ciała) do ruchu (schematu ciała), aby w końcu pokazać całą sylwetkę (obraz ciała). Uaktywnia trzy mentalne

reprezentacje ciała, co może oznaczać poszerzanie przez nią swojej świadomości cielesnej, a w konsekwencji swoich uczuć. Ukazuje to poniższy fragment sesji.

T.: *Jak pani o tym mówi, wyobrażam sobie pani sylwetkę w spięciu. Proszę powiedzieć, czy ja to dobrze widzę. Jakby to spięcie sprawiło, że pani jest bardziej przygarbiona, schylona do ziemi, skutkiem czego pani oddech jest mniej swobodny...*

P.: *Tak, płytki, mniej głęboki...*

T.: *Płytki ... Wyobraziłam sobie panią w tym spięciu pochyloną i nie wiem, gdzie pani jest wtedy ze swoim wzrokiem...*

P.: *W ziemi!*

T.: *W ziemi. Nie w przyszłości, tylko w ziemi.*

P.: *Tak. I powiem pani, że w tym tygodniu zauważyłam, jak chodzę. I powiedziałam sobie: muszę chodzić z głową do góry, nie mogę poddawać się grawitacji... ja muszę po prostu zacząć oddychać. Bo co z tego, że ja chodzę, ruszam się, ale jak nie pozwalam swojemu ciału oddychać, to tak jakbym siedziała na kanapie.*

T.: *Tak, jakby pani nie pozwalała sobie oddychać, a tym samym nie pozwalała sobie zobaczyć swojej przyszłości.*

P.: *Tak.*

T.: *Siebie w przyszłości.*

P.: *Nawet bym powiedziała, że chowam się w sobie, żeby się nie wychylić — tylko w tych swoich dawnych problemach, smutkach zagłębiać. Jakbym w sobie to moje życie i udręczone ciało celebrowała. A jednak ciągle wracam do tego ...*

T.: *Ten wzrok w ziemi, to celebrowanie trudnej przeszłości... Ale jak teraz wyobrażymy sobie panią wyprostowaną, jak pani bardziej to poczuje, to co pani ćwiczyła sama w ostatnim tygodniu — ten ruch prostowania się i kierowania wzroku ku przyszłości, to co chce pani widzieć w tej przyszłości, co chce pani w niej zobaczyć?*

P.: *Nie wiem... Chciałabym taką jasność zobaczyć, takie wesołe życie. Wesołe, ale spokojne. Ja zawsze lubiłam się śmiać i dużo się śmiałam. I to jednak był taki balans, dzięki czemu przeżyłam trudny czas. A teraz w ogóle nie mam radości.*

T.: *Radość, humor, śmiech... to jest to, co ożywi panią i odblokuje? Poruszona i ożywiona radością. Jaki to jest obraz pani?*

P.: *Taki ciepły. Czuję barwy. To jest mimo wszystko — życie... świat wydaje się lepszy.*

T.: *Ciepły i barwny obraz, zmysłowy i konkretny.*

P.: *Tak, czuję się taka żyjąca naprawdę. Bardzo pozytywne mam odczucia. Tak czuję, jakby świat się dla mnie zmienił. To pozwoli mi zapomnieć, nie rozpamiętywać tych ciężkich, złych rzeczy.*

T.: *Tak że pani będzie bardziej w teraźniejszości niż w tej ciężkiej przeszłości.*

P.: *Tak.*

T.: *Przyjrzyjmy się jeszcze bardziej pani ożywionej radością.*

P.: *Widzę taką biegnącą... nie wiem, dlaczego [pacjentka wyraźnie zmienia się na twarzy].*

T.: *Wydaje mi się, że się pani rozpromieniła przy tych słowach „biegnąca”.*

P.: *Myślę, że to synonim pójścia do przodu, że jednak pójdę do przodu. Jak zwolnię ten zacisk, to pójdę do przodu. Biegnącą ... tak to poczułam. Że w końcu ten świat zobaczę, sama pozwolę sobie w końcu wejść w moje życie.*



T.: *Biegąca... ku czemu pani biegnie w tym obrazie?*

P.: *Przyszło mi do głowy, że do kogoś biegnę. Ale od razu chciałam to ukryć, żebym nie poczuła tego [śmieje się].*

T.: *Ale pani to poczuła.*

P.: *Tak, takie poczucie bezpieczeństwa, wolności i bezpieczeństwa. Jakby mnie ktoś za rękę złapał.*

T.: *Jaki jest ten obraz, kiedy pani jest trzymana za rękę?*

P.: *Takiej jakiejś jedności, siły wewnętrznej mojej. Jestem taka silna, że mogę bardzo wiele, że poradzę sobie ze wszystkim.*

T.: *Rozluźnienie pojawiło się na pani twarzy.*

P.: *Kiedys, kiedy byłam dzieckiem marzyłam, że mama będzie mnie kochać. To są marzenia. Potrafiłam to robić. Marzyłam i nie miałam myśli samobójczych. Marzyłam, że to się zmieni, miałam sens życia. To mi pozwalało przetrwać te ciężkie rzeczy. Od dłuższego czasu nie marzę, nie pozwalam sobie na to. Nie widzę, nie widziałam tych obrazów, które są gdzieś we mnie. Nie widzę, że moje życie wcale się nie skończyło, że dopiero może się zacząć.*

T.: *Że ma pani tyle propozycji, tyle scenariuszy pozytywnych na to swoje życie.*

W tym ostatnim fragmencie dialogu terapeutycznego następuje przejście od koncentracji na doznaniach cielesnych do obrazu całej postaci, ożywianej radością i uwalniającej swoją energię do działania, poruszania się. Wraz z uaktywnianiem się wszystkich trzech reprezentacji ciała: obrazu, schematu i poczucia, następuje łączenie się ich w spójne wyobrażenie i odczuwanie siebie cielesnej. Przytrzymuję uwagę pacjentki na jej zintegrowanym obrazie siebie, tzn. powracam do niego trzykrotnie, by go tym samym intencjonalnie wzmacniać w niej. Zintegrowany w trzech mentalnych reprezentacjach ciała jej wizerunek przypuszczalnie aktywuje jej pozytywne wspomnienia. Pacjentka zaczyna uwalniać się od ograniczeń przeszłych, traumatycznych wydarzeń i od blokującego ją lęku. Wykazuje odwagę kierowania wzroku ku swojej przeszłości. Ośmiela się nazwać swoją potrzebę dzielenia życia z bliskim mężczyzną i rozpoznaje nowe możliwości — nadzieję na lepsze życie. Uwaga na jej cielesność w tej sesji wydała się pożądanym i dość skutecznym działaniem psychoterapeutycznym.

Cztery tygodnie później pacjentka powiedziała:

P.: *Czuję, że się zmieniłam. Staram się szanować siebie. Niczego nie muszę nikomu udowadniać. Bardziej akceptuję siebie. Teraz, kiedy patrzę w lustro, nie koncentruję się na swoich zmarszczkach, które wcześniej budziły we mnie duży lęk i przerażenie. Teraz patrzę sobie w oczy i coraz częściej zdarza się, że się uśmiecham do siebie.*

Przedstawiony powyżej dialog psychoterapeutyczny stanowi egemplifikację pracy psychoterapeutki starającej się być bardzo uważną na cielesności pacjentki, szczególnie w tych momentach jej procesu pożądanых zmian, kiedy niezbędne wydawało się opracowywanie i pomieszczenie trudnych emocji związanych z traumatycznymi doświadczeniami. Poszerzanie świadomości doznań i wrażeń cielesnych pacjentki, zawartych w konkretnych reprezentacjach (obrazie, schemacie i poczuciu ciała) pomogło z jednej strony docierać w bardziej łagodny sposób do emocji i uczuć związanych z traumą, a z drugiej integrować ją cielesne z ja psychicznym w jednym, spójnym poczuciu siebie.

Zwiększenie świadomości cielesnej pacjentki, wyrażone w całościowym ujęciu siebie jako przeżywającego podmiotu, wydaje się stanowić ważne osiągnięcie w jej procesie

psychoterapeutycznym, usprawniającym ją do lepszego funkcjonowania. Wyraziło się to stosunkowo dobitnie w podjętych wkrótce przez panią A. decyzjach, odnoszących się do zmiany charakteru wykonywanej przez nią pracy zawodowej. Z opiekunki do dzieci i osoby sprzątajacej biura przekwalifikowała się w przewodniczkę i pilotkę w renomowanym biurze podróży. Jednocześnie z większym spokojem, a nawet przyjemnością przyjmowała fakt, że córka wyprowadziła się z domu, co była teraz w stanie odczytywać jako pozytywną oznakę jej dojrzewania i usamodzielniania się.

Przedstawiona propozycja pracy ujawnia stosunkowo szerokie spektrum możliwości psychoterapeuty korzystania zwłaszcza z własnej, ale również pacjenta, uważności na zjawiska cielesności. Różni się od innych znanych w literaturze metod pracy z ciałem (np. Alexandra Lowena, Jamesa Kepnera, Babette Rothschild [14–16]) przede wszystkim w rozumieniu fenomenu cielesności, a w konsekwencji — w wyznaczanych do osiągnięcia celach psychoterapeutycznych. Koncentracja na doznaniach cielesnych (jak między innymi w propozycjach pracy z ciałem Lowena czy Kepnera), łączenie ich ze zdysocjowanymi w wyniku traumy pozostałymi elementami doświadczenia (jak w modelu dysocjacji SI-BAM wg Rothschild), w tym autorskim pomysłem stanowi zaledwie wstępny etap procesu. Głównym zamierzeniem jest przeprowadzenie pacjenta od przedmiotowego traktowania ciała do przeżywania siebie jako podmiotu ucieleśnionego. Poszczególne etapy realizacji tego celu prowadzą przez stopniowe aktywizowanie wszystkich trzech mentalnych reprezentacji: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała, aż do końcowego ich zintegrowania w spójnym doświadczeniu siebie cielesnego. Finalnie, odbudowywanie i wzmacnianie umiejętności przeżywania siebie jako jedności psychosomatycznej staje się warunkiem koniecznym przekształcania traumatycznego doświadczenia w taki sposób, żeby mogło ono stawać się integralną częścią świadomości siebie, a tym samym w coraz mniejszym stopniu utrudniać pacjentowi realizację życiowych zadań.

### Zakończenie

Człowiek witruwiański Leonarda da Vinci obrazuje jedność trzech aspektów cielesności: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała. Nie zatrzymując się na żadnym z nich, niezauważalnie, tak jakby bez większego wysiłku, przenosi osobę oglądającą rysunek w przestrzeń emocji i w samo centrum tajemnicy natury człowieka. Pomimo wyraźnej fizyczności i zmysłowości przedstawienia, z łatwością wprowadza w wewnętrzny świat — mikrokosmos, wpisany w świat zewnętrzny — makrokosmos — symbolizowany przez okrąg. Fizyczność i psychiczność, ciało i umysł wydają się pozostawać ze sobą w doskonałej harmonii. Psychoterapeuta uważny na cielesność pacjenta pieczołowicie wyłuskuje umysłowe reprezentacje ciała, przygląda się im z ciekawością, by następnie w twórczy sposób scalać je w zintegrowane ja cielesne, utrzymując na horyzoncie znaczeń mistrzowskie przedstawienie „Homo ad circulum”, czyli podmiotu ucieleśnionego.

### Piśmiennictwo

1. Isaacson W. Leonardo da Vinci. Insignis; 2017.
2. Mirucka B. Podmiot ucieleśniony. Psychologiczna analiza reprezentacji ciała i tożsamości cielesnej. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar; 2018.
3. Merleau-Ponty M. Fenomenologia percepcji. Warszawa: Wydawnictwo Alethei; 1962/2006.
4. Mirucka B, Sakson-Obada O. Koncepcja ja cielesnego, czyli próba przekroczenia fragmentarycznego ujęcia cielesności. *Przeł. Psychol.* 2013; 56(1): 9–28.
5. Bucci W. The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanal. Inq.* 2002; 22(5): 766–793.
6. De Vignemont F. A multimodal conception of bodily awareness. *Mind* 2014; 123(492): 989–1020.
7. James W. *Psychologia*. Kurs skrócony. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1892/2002.
8. Legrand D. Pre-reflective self-consciousness: on being bodily in the world. *Janus Head* 2007; 9(2): 493–519.
9. Slade PD. What is body image? *Behav. Res. Therapy* 1994; 32(5): 497–502.
10. Gallagher S. Body schema and intentionality. W: Bermudez JL, Marcel AJ, Eilan N, red. *The body and the self*. Cambridge: Bradford Books; 1995, s. 225–244.
11. Van der Kolk B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*; Warszawa: Czarna Owca; 2018.
12. Bermudez JL. *The paradox of self consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press; 1998.
13. Damasio AR. *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2000.
14. Rothschild B. *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
15. Lowen A. *Duchowość ciała*. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 1992.
16. Kepner JI. *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok; 1991.

Adres email: [beatamirucka@kul.pl](mailto:beatamirucka@kul.pl)

