

Adam Stanclik¹

**CIAŁO W PSYCHOTERAPII.
NATURA I FUNKCJA INTEGRACJI CIAŁA I UMYŚŁU
W PRACY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ NA PODSTAWIE
STUDIUM PRZYPADKU W PIERWSZYM ROKU PSYCHOTERAPII**

**THE BODY IN PSYCHOTHERAPY.
THE NATURE AND FUNCTION OF MIND-BODY
INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPEUTIC WORK BASED
ON A CASE STUDY IN THE FIRST YEAR OF PSYCHOTHERAPY**

¹Prywatny Gabinet Psychoterapii

**developmental perspective
mind-body integration
relational crisis**

Streszczenie

W artykule przedstawiam opis pracy psychoterapeutycznej w nurcie psychodynamiczno-systemowym z pacjentką przeżywającą trudności w komunikowaniu swoich stanów emocjonalnych. W pierwszym roku psychoterapii pacjentka skarżyła się na zanikanie satysfakcjonujących relacji w życiu osobistym i zawodowym. Dokuczliwe dla niej było również uczucie pustki odpowiedzialne, jej zdaniem, za brak odczuwania przyjemności w życiu. Przedstawiam swoje zaciekawianie powstawaniem trudności pacjentki, a swoje rozumienie zjawisk intrapsychicznych popieram rozpoznaniem obszaru interpersonalnego, w szczególności procesów dziejących się w jej rodzinie. Dla pacjentki w dzieciństwie najistotniejsze było przetrwanie. Nie miała warunków do stworzenia wewnętrznej przestrzeni rozumienia siebie i świata. Nauczyła się marginalizować swoje cierpienie, pomijając je, kamuflować jego znaczenie, umieszczać je w różnorodnych kryzysach relacyjnych i emocjonalnych. Często cierpienie było ich przejawem, ciągle niezintegrowanym głosem wewnętrznym. Zgodnie z przekonaniem, że doznania, o których trudno jest myśleć, mogą stanowić źródło chaotycznych i przytłaczających przeżyć, wspomagałem pacjentkę w stworzeniu jej wewnętrznej przestrzeni do refleksji. Na wstępnym etapie procesu psychoterapii pacjentka miała kłopot, aby mówić o sobie. Chciała wycofać się z psychoterapii. Analiza przeniesienia i przeciwprzeniesienia, a w szczególności przeciwprzeniesienia somatycznego u terapeuty dawała szansę rozumienia i utrzymania tego procesu.

Summary

This article describes the psychotherapeutic work, conducted within a psychodynamic-systemic framework, with a patient experiencing difficulties in communicating her emotional states. In the first year of therapy, the patient complained of deteriorating relationships in her personal and professional life. She was also troubled by a feeling of emptiness, which she believed was responsible for her in-

ability to experience pleasure. I explore the development of the patient's difficulties by combining an understanding of intrapsychic phenomena with an analysis of her interpersonal domain, particularly her family dynamics. Survival was paramount for the patient in childhood, leaving her no opportunity to develop an internal space for self-understanding. She learned to marginalize and camouflage her suffering, which manifested as relational and emotional crises – an unintegrated internal voice she could not hear or accept. Based on the premise that thoughts too difficult to process can cause chaotic experiences, I assisted the patient in creating an internal space for reflection and conscious choice-making. Initially, she struggled to speak about herself and wished to withdraw from therapy. The analysis of transference and countertransference, especially the therapist's somatic countertransference, was crucial for understanding and sustaining the therapeutic process.

Wprowadzenie

Od wielu lat współpracuję z Krakowskim Ośrodkiem Psychoterapii i Psychoedukacji (KOPiP). Razem przygotowaliśmy warsztat, który prowadziliśmy w ramach Konferencji Trzech Sekcji 2024 „Ciało w psychoterapii”. Warsztat nosił tytuł: „Ciało w pokoju przejściowym”. Uczestniczyło w nim około czterdziestu osób – psychoterapeutów z różnych orientacji teoretycznych. Przedstawiony podczas niego materiał kliniczny został wzbogacony wypowiedziami uczestników, które urozmaiciły rozumienie tego, co działa w psychoterapii nie tylko z perspektywy przeniesienia, przeciwprzeniesienia i oporu, ale również pracy z ciałem czy rozumienia popęduowości ujawniającej się w procesie psychoterapii.

W niniejszym artykule przedstawiam analizę przypadku pacjentki (pani B.). W pracy z nią starałem się wykorzystywać zweryfikowane w praktyce teorie, wprowadzające do procesu psychoterapii najskuteczniejsze oddziaływania terapeutyczne. Kalita w książce „Rytmy Otchłani. Rozważania o wczesnych stanach umysłu” [1] zwraca uwagę na konieczność koncentracji na świecie wewnętrznym pacjenta w celu zrozumienia stanów wewnętrznych prześladowań¹. Natomiast Lemma w swojej książce „Ciało w umyśle” [2] przedstawia praktyczne wskazania odwoływania się do przeniesienia i „pracy figuratywnej”, które stają się niezbędne we wczesnej fazie współpracy z pacjentami².

W opracowaniu przypadku odnosiłem się do prac skupiających się na relacji umysł – ciało we wczesnych stanach rozwojowych oraz na dostrzeganiu i rozumieniu psychologicznych aspektów podejmowania cudzej perspektywy, wnioskowania przez analogie

¹⁾ „Skupianie się na wewnętrznych światach fantazji, zasilanych życiem popędowym pomaga klinicyście zrozumieć stany wewnętrznego prześladowania i dziwaczne rozwiązania chroniące przed owym przerażającym dręczeniem. Prace współczesnych autorów inspirujących się ideami Melanii Klein, poświęcone wczesnym stanom umysłu podpowiadają, że pozycja schizoparanooidalna [...] daje grunt terapeutom do lepszego rozumienia zachowania pacjentów, a nastawienie na zgłębianie procesu identyfikacji projekcyjnej – pomaga odnaleźć kanał komunikacji tam, gdzie brakuje słów” [1].

²⁾ „Pracę psychoanalityczną charakteryzuje ciągle odwoływanie się do przeniesienia, co obejmuje utrzymywanie postawy analitycznej zakorzenionej w doświadczeniu [...] Po to by móc zrozumieć stan umysłu pacjenta i wybrać najskuteczniejszą interwencję terapeutyczną [...] Prawdopodobnie wszyscy „używamy” tak rozumianego przeniesienia, należy jednak zachować otwartość na rozmaite sposoby pobudzania i wspierania zaciekawienia pacjentów swoimi umysłami – zwłaszcza, choć nie wyłącznie, przez formułowanie werbalnych interpretacji przeniesienia [...] Praca figuratywna lub wspierająca mogą stać się niezbędne we wczesnej fazie analizy lub w psychoterapii psychoanalitycznej z pacjentami, których nasilone trudności z reprezentowaniem przeżyć w umyśle okazują się poważnym wyzwaniem” [2].

i rozpoznawania intencji. Dodatkowo uwzględniłem perspektywę rozwojową pacjentki, aby zrozumieć jej trudności w komunikowaniu potrzeby odnalezienia obiektu opiekuńczego w środowisku, w którym ciało przede wszystkim było zaabsorbowane przetrwaniem – zmuszone do zamknięcia w swoim wnętrzu, w myśleniu o tym, czego doświadczało.

W gabinecie spotykałem się z osobą, która szybko wyczerpała zakres wnoszonego materiału werbalnego. Stwarzała wrażenie, jakby kilka zdań, które wypowiadała na początku terapii, to było wszystko, czym dysponowała. Potrafiła przybyć, aby wziąć udział w sesji terapeutycznej i na tym jej aktywność się kończyła. Była obecna ciałem, które widziałem i mogłem próbować rozumieć, ale niekoniecznie ciałem, które sama odbierała i rozumiała. Pacjentka miała problemy z mówieniem o sobie, a przy tym bardzo silnie zaznaczała potrzebę bycia zrozumianą przeze mnie, niejako z pominięciem konieczności nazywania swoich myśli. Była podporządkowana zewnętrznej motywacji, jakiemuś zewnętrznemu bytowi, który nawiedzał albo opuszczał ją w kluczowych momentach jej życia, destabilizował. Raz był rodzicem, który na wszystko pozwalał, raz gościem zaproszonym przez jej rodziców do domu, raz wścibskim intruzem przechodzącym przez jej pokój, a raz napastnikiem wkradającym się do świata jej intymności. Wszystko zatem miało zależeć ode mnie.

Pacjentka: ... powiedziałam już wszystko, nie wiem, co mam dalej mówić.

Rozumienie terapeuty: To opór? Czy może jakiś poważny deficyt w zakresie integracji myśli – jak opisywał w teorii myślenia Bion [3]. Czy może wstęp do opisu autystycznego schronienia – jak opisała Tustin [4] – bo nie można myśleć niektórych myśli, ponieważ są zbyt straszne.

Pacjentka poszukiwała obiektu, który pomyśli za nią myśli nie do pomyślenia, co pozwoliłoby jej odzyskać własną historię – ciągłość doznań, emocji, które nie zalewają, nie przerażają, nie hamują rozwoju. W matematyce integrację rozumie się jako całkowanie, czyli proces sumowania poszczególnych części w celu znalezienia całości. W rozumieniu przypadku pani B. odwoływałem się do prac akcentujących synchroniczność ciała i umysłu oraz zagadnień związanych z zaangażowaniem terapeuty.

Poniżej przedstawię wybrane instrumentarium terapeutyczne, które najlepiej sprawdziło się w pracy z panią B. Ewaluowało ono od tradycyjnych form interpretacyjnych do tych, które przez wnikliwą analizę przeciwprzeniesienia terapeuty prowadziły do zintegrowania doświadczeń cielesnych i emocjonalnych, dając możliwość zrozumienia zachodzących procesów, by pomóc pacjentce. Opis kliniczny podzieliłem na trzy etapy. Każdy etap rozpocznie charakterystyczny, wybrany fragment prezentacji przypadku, po którym chciałbym przedstawić rozumienie terapeuty w oparciu o podejście psychodynamiczno-systemowe. To pierwsze pokazuje, jak zewnętrzny, dysfunkcyjny system zostaje zinternalizowany przez pacjentkę. Proces transgeneracyjny kształtuje jej wewnętrzny świat, relacje z obiektami, mechanizmy obronne. To drugie pozwala spojrzeć na rodzinę jako na system, w którym wzorce zachowań, role i traumy są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Chciałbym na podstawie takiej analizy zaprezentować wnioski, z których wynikały interwencje terapeutyczne.

Zarówno przed poprowadzeniem warsztatu, jak i obecnie, przed napisaniem artykułu, uzyskałem zgodę pacjentki na prezentację jej przypadku. Dla poczucia bezpieczeństwa pacjentki jej dane osobowe zostały zmienione, aby nie doszło do identyfikacji jej historii.

Opis przypadku

Etap pierwszy. Zgłoszenie

Pani B. – inteligentna, atrakcyjna, osiągnąca sukcesy zawodowe 45-letnia ekonomistka – zgłosiła się do psychoterapii z powodu problematycznej relacji z partnerem, braku akceptacji swojego życia oraz odczuwanej pustki. Kobieta jest matką 20-letniej córki – studentki, jest też związana z młodszym od siebie o pięć lat partnerem – ojcem 19-letniego syna (dzieci obecnie nie mieszkają z nimi). Ich relacja trwa od dziesięciu lat. Pacjentka mówiła o niej: „coś jakby wygasło”. Wskazywała na brak trwałych związków w ogóle, pomimo ogromnego pragnienia tworzenia z kimś więzi. Wspominała o dotkliwej samotności, poczuciu bycia niepotrzebną. Partner pacjentki na początku zdawał się tym mężczyzną, który jej potrzebował. Miał problemy z synem, a pani B. miała na niego dobry wpływ.

Pani B. urodziła się w pełnej rodzinie jako drugie dziecko – ma starszego o dziesięć lat brata, z którym nigdy nie miała dobrego kontaktu. Aktualnie spotykają się sporadycznie u rodziców z okazji świąt czy uroczystości rodzinnych. Swoje dzieciństwo pacjentka opisała jako „typowe”. Trzeba było być grzeczną, zajmować się sobą, a później uczyć, pomagać мамie. Dom zawsze był pełen gości. Do rodziców przychodzili znajomi – było wtedy wesoło. Dużo się działo. We wspomnieniach pani B. problematyczna była relacja z bratem, któremu młodsza siostra głównie przeszkadzała, którą „przeganiał albo odpychał”, źle ją traktował, jak przyznaje: „tłukł mnie”. Rodzina pacjentki zajmowała część domu dziadków. Było to mieszkanie, w którym jej matka w dzieciństwie mieszkała ze swoimi rodzicami. Matka pani B. zajmowała niegdyś ten sam pokój, w którym mieszkała później pacjentka. Inne części domu zajmowały rodziny rodzeństwa matki. Było tam dużo dzieci – kuzynostwa – z którymi pacjentka spędzała czas. W dzieciństwie pani B. często nocowała u ulubionej kuzynki – rówieśniczki, kiedy impreza towarzyska w jej domu miała się nie skończyć przed nocą. Było gwarno. Dzieci mogły sobie pozwalać na wiele, zwłaszcza jeśli chodzi o wybór pory i miejsca do spania – to było atrakcyjne. Pani B. czas dzieciństwa wspominała jako beztroski – z luzem. „Dzieciństwo było super. Czas szkoły średniej był jeszcze lepszy, bo mogli do mnie przychodzić koledzy i koleżanki, i prawie za każdym razem coś fajnego się działo. Często za sprawą mojej mamy, która spędzała z nami czas. Organizowała minigrille z poważnymi tematami. Były też gry i zabawy, które wszyscy bardzo lubiliśmy”.

Rozumienie terapeuty

Psychoterapia na wstępnym etapie współpracy z pacjentką koncentrowała się na odczytywaniu metaforycznych i symbolicznych znaczeń w jej opowieści, w transgeneracyjnym doświadczeniu bycia córką i matką, w którym matka organizowała egzystencję swojej córki. Rodzina pacjentki mieszka od dziesiątków lat w tym samym domu, który był w różny sposób przebudowywany. Jej matka jako dziecko zajmowała ten sam pokój, który przypadł później pani B. i jej bratu. Jednak przodkowie pacjentki wpłynęli na jej obecne życie nie tylko jeśli chodzi o mieszkanie. Transgeneracyjny przekaz to przecież zasady, których powinno się przestrzegać. To przekonania i wartości, jakie przekazują

nam poprzednie pokolenia. Zadawałem sobie pytanie, jaki wobec tego, wydobywający się z nieświadomości przekaz, mógł przyczynić się do powstania problemów, z którymi pacjentka zgłosiła się do terapii.

Pacjentka: Dzieciństwo było super, czas szkoły średniej był jeszcze lepszy...

Rozumienie terapeuty: Wydawało mi się, że takie idealizacyjne przedstawienie przez pacjentkę swojego dzieciństwa ma znaczenie. Chciałem zatrzymywać się w tych miejscach, aby zreflektować ten sposób autoprezentacji pacjentki na początku jej psychoterapii. Na myśl przychodziło mi rozróżnienie funkcji procesów idealizacji używanych do obrony i takich, które występują jako konieczne etapy rozwoju.

Laplanche i Pontalis definiują idealizację w następujący sposób: „Idealizacja jest procesem umysłowym, który podnosi cechy i wartości obiektu do poziomu doskonałości. Identyfikacja z idealizowanym obiektem przyczynia się do utworzenia ego idealnego oraz ideału ego” [5]. Klein w swojej pracy z 1952 roku, zatytułowanej „Kilka wniosków teoretycznych na temat emocjonalnego życia niemowlęcia” stwierdza: „Chociaż pod pewnymi względami te obrony [rozszerzenie i idealizacja] utrudniają integrację, to są one niezbędne dla zdrowego rozwoju ego, ponieważ raz po raz łagodzą lęki małego dziecka. To względne i tymczasowe bezpieczeństwo osiąga się głównie przez to, że obiekt prześladowczy jest utrzymywany w oddzieleniu od dobrego obiektu” [6]. Z kolei w pracy „Żałoba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi” Klein pisze: „Zachwiana wiara w dobre obiekty najboleśniej zaburza proces idealizacji, który jest niezbędnym pośrednim krokiem w rozwoju umysłowym. U małego dziecka idealizowana matka stanowi zabezpieczenie przed odwetową matką oraz przed wszystkimi złymi obiektami i dlatego reprezentuje bezpieczeństwo i samo życie” [7].

Segal w swojej książce „Wprowadzenie do teorii Melanie Klein” zaznacza: „Jeśli warunki rozwoju są korzystne, to dziecko będzie coraz bardziej czuło, że jego obiekt idealny i jego własne impulsy libidynalne są silniejsze niż zły obiekt i jego złe impulsy. Będzie coraz bardziej gotowe do identyfikowania się z obiektem idealnym, a ze względu na rozwój fizjologiczny i rozwój ego, będzie coraz bardziej czuło, że jego ego staje się silniejsze i lepiej przygotowane do obrony siebie i swojego obiektu idealnego. Gdy dziecko czuje, że jego ego jest silne i ma silny obiekt idealny, to mniej boi się własnych złych impulsów, a przez to jest mniej skłonne do projektowania ich na zewnątrz” [8].

Podczas pierwszych sesji pacjentka mówiła o swojej historii z trudem. Wspominała wydarzenia, którymi zwykle dzieliła się z innymi, ale związane z nimi doznania były skomplikowane i odległe. Kobieta wydawała się spłoszona, kiedy miała łączyć jedno z drugim.

Pacjentka: Wszystko było w porządku. Nic złego się nie działo. Nie wiem, dlaczego mam tak trudno.

Rozumienie terapeuty: Wyczuwałem potrzebę pacjentki, by jej nie dopytywać; by potwierdzić, że może nie wiedzieć wielu kwestii związanych z historią swojego życia.

Lemma przywołuje Ogdena (tekst opublikowany w 1992 roku „Comments on Transference and Countertransference in the Initial Analytic Mitting. Psychoanalysis in Inquiry”), który nazwał „opowieścią ku przestrodze” to, co rozumiał jako wnoszoną na pierwszych

sesjach interpersonalną opowieść, będącą zapisem nieświadomych lęków wzbudzonych perspektywą rozwoju relacji z terapeutą. Proponuje przy tym tezę, że: „nieświadoma opowieść komunikowana na poziomie zmysłowym, za sprawą relacji pacjenta z przestrzenią fizyczną i ciałem analityka, istotnie na niego wpływa i wchodzi w skład »opowiadanej« przez pacjenta historii” [2]. Dla pani B. miało znaczenie to, jak wyglądał mój gabinet. Mówiła, że „jest w nim tak domowo”, a palący się ogień w kominku dawał przyjemnie ciepło. Jednak trudno jej było myśleć o sobie. A najtrudniejsze było poszukiwanie znaczeń tego, o czym mówiła. Na interpretacje – nawiązanie do przeniesienia – pacjentka reagowała lękiem. Na tym etapie terapii najważniejsze było utrzymanie tego procesu. To, z czym się zmagalem, to odczuwanie ciężaru, jakiegoś bezwładu i zarazem napięcia – nie potrafiłem uwierzyć pacjentce. Miałem wrażenie, że zależy jej na tym, bym odebrał ją jako pogodną, bezproblemową. Przecież opowiadała o beztrojskim, idealnym czasie dzieciństwa – „wszystko było super”. Ja też miałem być „super”. Byłem dla niej idealnym terapeutą, idealnym obiektem – musiałem nim być. Analiza przeciwprzeniesienia – poczucia bezwładu czy niedowierzania – była nie tylko wglądem w psychodynamiczny świat pacjentki, ale również sygnałem o systemowej presji, abym przyjął rolę znaną jej z rodziny, na przykład rolę nieefektywnego, wycofanego rodzica. Świadoma analiza tych odczuć pozwalała uniknąć powtórzenia traumy i utrzymać ramy bezpiecznego systemu terapeutycznego. Z czasem stawało się dla mnie jasne, że w gabinecie odtwarzały się podstawowe wczesne relacje, jakie pacjentka miała od początku swojego życia. Pierwotne obiekty i zamknięte w swoim świecie dziecko. Poirytowani na brak doskonałości córki, zajęci sobą rodzice. Dziecko szybko nauczyło się, że ma nie przeszkadzać. Przekonałem się, jak ważne jest stworzenie w gabinecie odpowiednich warunków do rozmawiania, żeby nie dołączyć do wrogich albo uwodzących pozornym przyzwoleniem, dziwnych postaci z przeszłości. Kiedy na początku pacjentka mówiła o swoim świecie, byłem bliski uznania, że to, co mówi, jest nieważne. Z czasem mogłem zobaczyć to inaczej. Powstawała coraz bardziej bezpieczna przestrzeń, do której pacjentka zaczęła wносить coraz to inne wspomnienia z tego, co działo się w jej domu.

Pacjentka: Wiedziałam więcej o życiu niż moje koleżanki. (...) Kiedy inni tworzyli związki, ja byłam wciąż sama i odczuwałam fizyczny ból, że nie mam nikogo – jak wtedy, kiedy zginął mój pies.

Podczas warsztatu w ramach Konferencji Trzech Sekcji 2024 „Ciało w psychoterapii” uczestnicy poproszeni byli o podzielenie się własnymi refleksjami. Pobudzeni treścią prezentacji eksponowali to, co pojawiało się w ich cielesnościach i umysłach. Ich wypowiedzi dotyczyły przeżywanego mroku, złowrogości, ścisłu wewnętrznego czy głębokiego bólu fizycznego. Niektórzy mówili o braku siły do wytrzymywania swoich myśli o tym, co jeszcze okaże się w pozostałych odsłonach prezentacji.

Pacjentka ujawniała odczuwanie silnego poczucia winy za „zawracanie mi głowy”. Potrzebowałem zmian w dotychczasowym sposobie pracy podczas sesji. Po lekturze „Rytmów otchłani” Lecha Kality uznałem za istotne jego wskazania, w których powoływał się na Riccarda Lombardiego, który mówił o wspieraniu myślenia o uczuciu doznań [1]. Starałem się już nie tyle zajmować lękami pacjentki, co odnosiłem się do prostego

odzwierciedlania jej uczuć czy nastroju tu i teraz. Istotny okazał się również namysł nad funkcją idealnej opowieści kobiety o swoim dzieciństwie. Pani B. mogła odczuwać silny lęk, że z nią coś nie jest w porządku, że jest inna niż wszyscy. Niemyśleniem o sobie oddalała się od realności, w której żyła. Otaczający ją świat mogła postrzegać przecież jako wrogi, prześladowczy – pełen zagrożeń. „Wiedziała o nim więcej od swoich rówieśników”.

Etap drugi. Przestrzeń przejściowości/przechodności

Pani B. wspominała, że bardzo nie lubiła, nienawidziła nastolatki w sobie. Mówiła o przejmującej samotności. Bardzo pragnęła bliskości, przyjaźni, a jednocześnie bardzo bała się relacji, związku. Jej kolega, któremu pozwoliła się pocałować i poczuła, że sprawia jej to przyjemność, chciał więcej. Sprzeciwiła się. Upokarzająco nazwał ją najgorszą. Najsmutniejsze – jak wspominała – że sama o sobie tak myślała. Nienawidziła swojego ciała. Od podstawówki stanowiło ono problem. Pani B. była wtedy „większa” od wszystkich. Wyższa od innych dziewczynek, wcześniej od koleżanek rozpoczęła dojrzewanie. Wyglądała dorośle. Opowiedziała sen:

Pacjentka: Szłam przez miasto. Przechodziłam małymi, wąskimi ulicami. Przechodząc, zauważyłam niebieską papugę wielkości owczarka niemieckiego. Był z nią mężczyzna. Pozwolił mi zrobić zdjęcie. To był aktor. Papuga się cały czas odwracała – nie mogłam zrobić zdjęcia. Mężczyzna wtedy podszedł do mnie i na swoim iPadzie pokazał mi ekran i na nim było moje mieszkanie. Powiedział, że mam super książki. Mówiąc to, cały czas się zbliżał. Czułam, że za chwilę przekroczy granice – bałam się! Potem odwiedził go w domu. Papuga leżała jak pies na zewnątrz – zauważyłam, że na dziobie ma kaganiec z łańcuchem przypiętym do stojącej w pobliżu koparki. Zareagowałam: „Jak można tak traktować zwierzęta?!”. Mężczyzna powiedział, że niedawno się przeprowadzili z córką i że to jest okres przejściowy. Po tych słowach podbiegła do niego dziewczynka – trzpiotka – i przytuliła się do niego. Zaraz potem pojawiła się jakaś kobieta – właścicielka domu, w którym zamieszkali – i powiedziała, że jak nie mają pieniędzy na czynsz, to mogą sprzedać dziewczynkę, bo za dziewictwo można dostać dobrą cenę. Krzyczałam, wpadłam w furję. Ojciec w tym czasie pływał w basenie... ja krzyczałam – nie było nikogo. Kiedy przestałam krzyczeć, ojciec powiedział, że ta kobieta może mieć rację. Znowu zaczęłam krzyczeć... i obudziłam się – przerażona.

W skojarzeniach do snu pacjentka powiedziała: „To moje życie. Widziałam seks moich rodziców. Widziałam ich seks z ich gośćmi. Widziałam te wszystkie imprezy..., a ja z łańcuchem na dziobie”.

Praca nad tym snem zilustrowała, jak intrapsychiczny, wewnętrzny świat pacjentki jest nierozdzielnie związany z dynamiką systemu rodzinnego. Na poziomie rozumienia psychodynamicznego sen ujawnia stłumioną agresję (papuga w kagańcu), lęk przed kastracją i utratą głosu. Jednocześnie na poziomie rozumienia systemowego postacie ze snu – obojętny ojciec, kobieta chcąca sprzedać dziewczynkę – są reprezentacjami ról z jej

realnej rodziny. Interpretacja snu była więc wglądem nie tylko w nieświadomość pani B., ale również w jej pozycję i rolę w patologicznym systemie rodzinnym.

Pokój przejściowy, a właściwie konsekwencje takiego mieszkania na początku życia, stały się dla pacjentki jednym z głównych wątków procesu psychotherapeutycznego. Metafora pokoju przejściowego dobrze oddaje wzorzec braku granic, prywatności i bezpieczeństwa, który pacjentka internalizuje i odtwarza w swoim życiu psychicznym, czując, że nie ma własnego, bezpiecznego miejsca. Na tym etapie starałem się pomóc pani B. uświadomić sobie te nieświadome wzorce, zrozumieć ich pochodzenie i przerwać cykl powtórzeń, aby mogła zacząć budować swoje relacje na nowych, zdrowych zasadach.

Chciałbym zacytować wypowiedź pacjentki, aby ukazać grozę, jaka dotyczyła jej wewnątrzpsychicznego świata – świata dziecka, którym wtedy była:

Pacjentka: Tam było tak potwornie zimno, przykrywałam się po uszy kołdrą i wypuszczałam parę z ust – taka zabawa. (...) Tak bardzo nie chciałam o tym nic wiedzieć. Tak samo jak chciałam ukrywać swoje wewnętrzne życie – chronić je przed wtargnięciem, nagłym wejściem w mój świat kogoś, komu chciało się siku.

Rozumienie terapeuty

To był trudny czas w terapii. Dotykane dziecięcych wspomnień skutkowało tym, że pacjentka przeżywała bardzo intensywnie swoje stany. Pani B. nigdy nikomu nie opowiadała swojej historii. Przed terapią jej nie pamiętała, a teraz była przestraszona, że ciągle przypominają jej się takie trudne wydarzenia. „Bez nich” czuła się lepiej. Obecnie ciągle odczuwała napięcie, że tyle mówi o rodzicach – zwłaszcza o matce. Stała na rozdrożu lojalności. Była rozdarta pomiędzy „niewidzialną lojalnością” wobec patologicznego systemu rodzinnego a rodzącą się w terapii lojalnością wobec własnego, dążącego do zdrowia Ja. Psychotherapia stopniowo stawała się przestrzenią, w której po raz pierwszy mogło pojawić się jej prawdziwe Ja z jego potrzebami, złością, bólem.

Zwraca uwagę opisywany przez pacjentkę stosunek rodziców do ich cielesności, który mógł być przejmowany przez córkę. Jak pisze Schier w swojej książce „Piękne brzydatwo”: „Zdaniem Levine i Smolak (2002) w kulturach Zachodu obraz ciała w połączeniu z ogólnym wyglądem fizycznym jest jednym z ważniejszych komponentów ogólnego poczucia wartości dla nastolatków. U dziewcząt w okresie dorastania związek pomiędzy obrazem ciała, poczuciem wartości i negatywnymi emocjami jest bardzo silny” [9]. Pacjentka często widziała rodziców nietrzeźwych, niezwracających uwagi na to, co dzieje się z ich upojonym ciałem... a to przecież była „dobra zabawa”. Od początku mogła uczyć się, że powinna sprawiać dobre wrażenie, a nie żyć w zgodzie z własnymi potrzebami i uczuciami. Obserwowanie nietrzeźwych, niestabilnych ciał rodziców i naruszanie jej granic cielesnych doprowadziło do tego, że własne ciało stało się dla niej źródłem wstydu, nienawiści i problemów, a nie bezpiecznym domem. Pacjentka wchodziła w związki, w których odtwarzała dynamikę domu rodzinnego – musiała opiekować się partnerami (jak rodzicami), znosić ich niestabilność i upokorzenia, a jednocześnie czuła się niepotrzebna i samotna.

Uświadomienie sobie swojej historii sprawiło, że pacjentka nie mogła już dłużej utrzymać swojej wizji rodziny, z jaką rozpoczęła terapię, że w zasadzie wszystko było

dobrze. Kobieta zaczynała rozumieć to, czego nie chciała wiedzieć, pamiętać: jak musiała powstrzymać swoje myślenie, żeby nie łączyć grozy własnej egzystencji z pragnieniami dziecka, które potrzebowało bezpieczeństwa i spokoju. Charakterystyczne były opisy przestrzeni życiowej pacjentki, które przedstawiała.

Pacjentka: Tam było ciasno, głośno, korytarzowo, ciągle ktoś przechodził i zaglądał do tego, co robiłam...

Rozumienie terapeuty: Ciało pacjentki podobnie – było za ciasne, żeby wszystko pomieścić. Ile złości – i różnych innych nieprzyjemnych emocji – było w przestrzeni jej dziecięcości. Ona nie miała swojego pokoju ani spokoju. Nie mogła swobodnie oddychać – rytmicznie – dla dobrego rozwoju. Jej oddech ciągle przyspieszał albo zwalniał. W każdej chwili ktoś „mógł wejść”. Nie było szansy na oddzielenie, wyizolowanie się w swoim świecie – nauczania się, że taki świat istnieje. Wszystko było zlepione (pacjentka przyklepiona do każdej imprezy rodziców). Nie da się wyjść. Jest imperatyw: „pozostać i przetrwać”.

Pacjentka opowiedziała historię z czasu, kiedy studiowała. Pewnego razu po pracy wróciła wieczorem do swojego pokoju w akademiku, żeby się uczyć – chciała powtórzyć materiał do kolokwium. Zastała tam swoje współlokatorki, które zorganizowały imprezę. W trzypokojowym pokoju było gwarno. Towarzystwo słuchało głośnej muzyki, zapraszało do wspólnej zabawy. Pani B. oddzieliła się od wszystkich regałem i tapczanem, i w tych warunkach przeglądała notatki – uczyła się. Taki scenariusz „bez wyjścia” powtarzał się ciągle, przez wiele lat. Życie pacjentki było jak pokój przejściowy, który być może kojarzy się z przejściowością – przemijalnością tego dramatycznego okresu, ale na razie pozostawiał po sobie straszne konsekwencje. „Przychodzą, chodzą, wychodzą, depczą”. Pacjentka doświadczała swojego zamknięcia („łańcucha na dziobie”). Nie było wtedy przestrzeni cielesno-emocjonalno-intelektualnej, w której mogłaby próbować łączyć te wymiary ze sobą. Rozumiałem relację terapeutyczną na tym etapie jako uporczywe podążanie pacjentki tam i z powrotem, jako drogę w stronę cielesności, a potem intelektualności.

Kobieta w swojej psychoterapii powoli zbliżała się do wątków separacyjnych, ale jeszcze musiała zrozumieć narzuconą sobie dziecięcą powinność zasłaniania swoim ciałem nagości rodziców, zwłaszcza matki. Jej ciało okazywało się za małe, niewystarczające. Chciała być otrzeźwiająca, ofiarować pomoc, co było ponad jej siły. Pacjentka opisywała nadużycia zewnętrzne, ale mówiła też o autoprzemocy. Schier w „Pięknym brzydactwie”, w rozdziale dotyczącym rozwoju Ja cielesnego pisze: „Brak adekwatnych reakcji ze strony opiekuna prowadzi do konieczności poszukiwania przez dziecko w przyszłości punktu odniesienia i źródeł odzwierciedlenia na zewnątrz. Pomostem pomiędzy ciałem i umysłem stają się nie tylko choroby psychosomatyczne, lecz także dostarczanie sobie intensywnych stymulacji w obrębie ciała lub dokonywanie samouszkodzeń” [9]. Pani B. w dzieciństwie przeważnie była sama, chciała sprawiać dobre wrażenie, by w warunkach swojego przejściowego pokoju poradzić sobie z coraz trudniejszymi do pomieszczenia elementami otaczającej ją rzeczywistości. Jako dziewczynka próbowała zakryć swoim ciałem przerażenie, rozpacz, wstyd. Próbowała owinać sobą coś, co było nie do owinięcia. Jej myśli przez te starania stawały się coraz bardziej nie do wypowiedzenia.

Etap trzeci. Pierwsze próby nazywania swoich stanów i nadawania im znaczeń

Dla zilustrowania odkrywanych przez pacjentkę nowych sensów swojego funkcjonowania, posłużę się jej wypowiedziami. Zaprezentuję sformułowania, którymi umiała już na tym etapie operować, żeby opisywać swoje potrzeby w zakresie widzenia swoich granic psychologicznych i chronienia ich.

Pacjentka: Nienawidziłam swojej matki. Mój ojciec przemądrzalec. Jak byłam młodszą, bałam się go, a potem mnie tylko irytował. Bił mnie za nieposłuszeństwo. To był rytuał. Musiałam do niego przyjść, zdjąć ubranie, a on wymierzał karę pasem. Wszystko wiedział najlepiej. Na wszystko miał odpowiedź. Najlepiej wiedział, co powinnam myśleć, robić. Chodziło o to, żeby on ze mną nie miał kłopotów, żeby nikt mu niczego nie mógł zarzucić. Tak było w konfliktach z bratem – miałam mu nie przeszkadzać... A ja chciałam kogoś, z kim mogłabym rozmawiać. Mogłam rozmawiać później w liceum, kiedy przychodzili do mnie moi koledzy, ale oni rozmawiali z moją matką. Mogłam wtedy z nimi być i rozmawiać o życiu – teoretycznie. Nienawidziłam swojego ciała. Ono nie wyglądało dobrze, było głupie – jak mówił mój brat: „debilne i puste”. Próby rozmów niszczyły. Zaczęłam się ciąć. To był mój świat. Żyłam. Ludzie – czasem obcy zupełnie – przechodzili za moimi plecami. Niekiedy czuli się w obowiązku, żeby do mnie zagadać. Chwalili moje maskotki, potem książki. Ja czułam, że niektórym jest niezręcznie i dlatego coś mówią do mnie. Tak było, kiedy byli jeszcze trzeźwi. Kiedyś pamiętam – miałam 16 lat – jak w nocy, kiedy już spałam, jakiś cuchnący wódą facet zwałił się na mnie do mojego łóżka. Leżałam jak kłoda, byłam przerażona. Nie umiałam nic zrobić. Najgorsze było to, że nie miałam siły, żeby go zepchnąć. W końcu uciekłam i on sobie poszedł, śmiejąc się ze mnie. Nie mogłam zasnąć do rana. Najgorsze, jak mówiłam o tym matce, a ona wtedy zaczynała to swoje: „tak, uważasz, że jestem najgorszą matką”. Nie chciałam, żeby była najgorsza. Przystawałam się skarżyć i jeszcze bardziej ukrywałam się w sobie. Może mnie tam nie było? To możliwe, że mnie nie było. Było debilne ciało. Teraz myślę, że ta pustka, którą czułam, a teraz ona mi się przypomina – ona mnie chroniła przed szaleństwem. Miałam swoją pustkę jako ratunek. Teraz myślę, że tę pustkę często wypełniała moja matka, wszyscy ci ludzie. Ona we mnie była mniej uwikłana. Nie miała wątpliwości, że to, co się dzieje, jest złe, że przez to, co się dzieje, cierpię. Naprawiałam ją i chyba nadal naprawiam, kiedy przyjeżdżam do rodziców i wiem, że piła. Nic nie mówię. Teraz myślę, że to się jakoś wiąże z tym, jak znoszę to, co mówi do mnie partner, co wcześniej mówili inni.

Według mnie powyższe cytaty świadczą o tym, w jaki sposób pacjentka coraz bardziej świadomie mierzy się z wyzwaniem rozwojowymi, przygotowującymi ją do odkrycia swojej podmiotowości i stawania się tą, którą chciała być. To aspekty wglądu, prowadzące pacjentkę ku przepracowaniu swojej sprawczości w procesie separacji – indywidualizacji. Separacja odnosi się do rozwoju granic i różnicowania, indywidualizacja zaś dotyczy rozwoju ego, tożsamości i zdolności poznawczych, które pozwalają tworzyć obraz świata w umyśle i sprawdzać, czy jest zgodny z tym, co istnieje w świecie zewnętrznym.

W psychoterapii systemowej mówi się o „zidentyfikowanym pacjencie” – osobie, która manifestuje objawy w imieniu całej chorej rodziny. Chciałbym zastosować tę metaforę

do zrozumienia wewnętrznego świata pani B., w którym somatyzacja jako proces staje się „zidentyfikowanym pacjentem” psychiki pacjentki. W obliczu traumy, której umysł nie był w stanie zintegrować, to właśnie ciało – poprzez samookalectenia, choroby czy poczucie bycia „debilnym” – zaczęło nosić objawy całego, rozszczępionego systemu wewnętrznego. Praca terapeutyczna polegała więc na reintegracji tego „kozła ofiarnego”, jakim stało się ciało, z resztą psychiki.

Pacjentka rozważała zakończenie związku z partnerem, w którym wydarzyło się już wiele złego. Było też wiele dobrego, ale to złe, które się nadal działo, było już nie do zamazania. Dotąd tego nie zauważała. Wszystko widziała i słyszała, brała we wszystkim udział – jak w dzieciństwie – ale te kwestie jakby „przechodziły za jej plecami”. Partner obrażał ją, ale zaprzeczała urazie. Była przekonana, że on nie czerpie przyjemności z bycia z nią i nie znosiła swego odbicia w lustrze, ale jedyne, co potrafiła robić, to wycofywać się z kontaktu. Słyszała wtedy, że jej nic nie można powiedzieć i że to jej wina, bo nic nie robi, żeby było lepiej – nie zmienia się, jak chciał partner. Słyszała inwektywy pod swoim adresem, a potem on odchodził obrażony. Milczał wiele dni – nie wytrzymywała tego, przeproszała – wracał. Pacjentka pytała retorycznie: „co by się stało, jakbym nie przeprosiła, jakbym wytrzymała to milczenie?”.

Pomyślałem, że coraz wyraźniej w jej myśleniu o doznaniach zaznaczało się partnerstwo; coraz częściej pojawiały się myśli o sobie, wynikające z trudności w relacji. Pojawiały się jeszcze bojaźń i ból, ale pacjentka już nie odsuwała od siebie znaczeń tych przeżyć. Od przełożonej, która dotąd wykorzystywała panią B. w pracy, kobieta usłyszała, że coraz lepiej wygląda. Pani B. czuła, że to jeszcze nie jest o niej. Ona przecież nie podoba się ludziom. Od innych często słyszała nieprzyjemne określenia. Mówiła o tym wszystkim z namysłem. Wyraźnie w ten sposób rozpoczynała przygotowania do próby wyłonienia się, oddzielenia od wewnętrznego obiektu, którego dobry wizerunek przez dotychczasowe życie chroniła, identyfikując się z nim. Łączyńska i Schier, przywołując pracę Mahler, Pine’a i Bergman (tekst opublikowany w 1975 roku „Psychological Birth of the Infant”), napisały: „Obraz Ja musi być odrębny od obrazu wewnętrznego obiektu, aby osoba mogła wchodzić w dojrzałe relacje dorosłe” [10]. W taki sposób pacjentka przygotowywała się do wglądu, czyli głębszego i pełniejszego zrozumienia swoich problemów. Następował powolny proces zmiany jej dominującej narracji życiowej. Kobieta opowiedziała sen:

Pacjentka: Śniło mi się, że chcę polecieć na Sri Lankę razem z moją bratanicą, którą uwielbiam. Na lotnisku byli też moi rodzice. Przed odlotem razem z P. poszłyśmy kupić sobie gumy do żucia. P. powiedziała, że są dwie ostatnie. Jedna to „dobroć”, a drugiej nie pamiętała. Powiedziałam, że chcę dobroć i jak sięgnęłam po portfel, to okazało się, że nie mam go – zapomniałam zabrać portfel i paszport z domu. Postanowiłam nic nie mówić P. i przeniosłam się do domu po dokumenty. Kiedy wróciłam na lotnisko, samolotu już nie było. Nie przejęłam się. Wyszłam z lotniska i szłam jakby po Wielkim Murze Chińskim. Potem schodziłam po schodach do innego samolotu, żeby dolecieć do rodziny, ale okazało się, że nie ma mojego plecaka. Za chwilę go znalazłam, ale znowu okazało się, że rzeczy w nim nie były moje – jakieś stare łachy. Przestraszyłam się, było mi żal, że nie poleciałam z rodzicami i P., ale za chwilę przyszła myśl: „przecież mam paszport – powtarzałam sobie – popatrz na to jak na szansę”. Ale równocześnie pojawiła się myśl, że oni teraz zginą: „ty miałaś lecieć i nie

poleciałś – taki zbieg okoliczności. Wróciłaś po paszport i to cię uratowało przed katastrofą”.

W komentarzu do snu pacjentka powiedziała, że teraz może naprawdę wybrać swój lot. Uwolniła się od przekonania, że ktoś znowu wtargnie i wymusi niechciane, nieuprawnione działanie. Już nie musiała podróżować z całym balastem „starych łańców”. Swój „zbyt ciężki bagaż”, kiedy takim się okazał, potrafiła już zostawić. Na razie jeszcze nie wsiadała do żadnego samolotu, ale swoje milczenie od początku terapii, trudności w mówieniu o sobie i poczucie winy zaczęła rozumieć jako wyraz lęku przed rozpadem obrazu rodziców. Sen o ucieczce z samolotu, którym leca, był symbolicznym odzwierciedleniem tego konfliktu. Uratowanie siebie wiązało się z obawą przed zniszczeniem rodziców i jej więzi z nimi. Przekładało się to na moje rozumienie oporu pacjentki. Jej początkowa idealizacja przeszłości oraz poczucie winy („zawracanie głowy terapeutce”) były przejawem głębokiego konfliktu wewnętrznego, którego jeszcze nie potrafiła rozwiązać.

Rozumienie terapeuty

Wzmacniałem synchroniczność ciała i umysłu pacjentki. Poddawałem interpretacjom jej zachowania albo wypowiedzi, kiedy mówiła o swoich doznaniach i próbowała je sama zrozumieć. Kobieta coraz częściej wspominała o swoim ciecie. Przejmująco opowiadała o samookaleczeniach, których potrzebowała jako intensywnych autostymulacji wtedy, kiedy nie radziła sobie z samotnością albo przemocą najbliższych. Bardzo ważne były dla niej wspomnienia o wewnętrznej pustce. Być może wiązało się to z brakiem dostrojenia się rodziców do dziecka. McDougall w swojej książce stwierdza: „Byli zajęci sobą, co stanowiło może podstawę do powstawania w psychice pacjentki rodzaju braku” [11]. Brak adekwatnych reakcji ze strony matki i ojca pani B. mógł doprowadzać ją do poszukiwania pomostu pomiędzy ciałem i umysłem; liczne anginy i hospitalizacje z niejasnego powodu w dzieciństwie oraz samookaleczenia w adolescencji stały się tego odzwierciedleniem. Życie w złych warunkach mogło powodować osuwanie się do egzystencji odartej ze znaczeń, w której groza przewyższała jakąkolwiek vitalność. Ważne okazywały się reakcje terapeuty na zachowania pacjentki w gabinecie. Zastygła, nieruchomiła. Kiedy mówiłem, że zauważam jej stan, jakby się budziła. Istotne było to, aby te interwencje nie kojarzyły się pacjentce z przechodzeniem przez jej pokój, z chęcią zaczepienia jej. Z czasem pani B. zaczęła reagować pozytywnie. Jej znikanie, zamykanie się zostało znacząco ograniczone, a wspomniane interwencje uruchamiały te części osobowości pacjentki, które sprzyjały nazywaniu przeżywanych emocji (doznań) i łączeniu ich z możliwością refleksyjnego myślenia na ich temat. Ciągłe byłem narażony na nieświadome próby wciągania mnie w rolę ze starego, dysfunkcyjnego systemu pacjentki. Analiza przeniesienia, przeciwprzeniesienia i oporu pozwalała utrzymać proces psychoterapii w konwencji wspólnej pracy nad zmianą. Z perspektywy systemowej były to przeformułowania historii rodzinnej, które burzyły patologiczny mit idealnego dzieciństwa. Z perspektywy psychodynamicznej zaś był to proces tworzenia spójnej opowieści o sobie, który pozwalał na integrację odszczepionych części Ja i przekształcanie traumatycznego chaosu w zrozumiałą dla pacjentki historię. Tak upłynął pierwszy rok terapii.

Staraliśmy się później rozmawiać o intencjonalnym, zaplanowanym zaangażowaniu pacjentki w sprawy swoje i najbliższych. Schier, która powołuje się na Stanleya Greenspana (tekst opublikowany w 2000 roku „Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji”), pisze: „Już około czwartego miesiąca życia u dziecka zaczyna kształtować się pierwsze doświadczenie wywołania efektu przez własne działanie pozwalające na prowokowanie oczekiwanych zachowań opiekuna. Przyjemność ze sprawczości tworzy podwaliny rozwoju kompetencji”. [...] „Bez jakiegoś stopnia ekstatycznych zachwyków wobec dziecka przez przynajmniej jednego dorosłego, który je uwielbia, dziecko może nigdy nie poznać potężnego odurzenia ludzką bliskością, nigdy nie oddać się całkowicie magnetycznemu przyciąganiu ludzkich stosunków, nigdy nie widzieć innych ludzi jako pełnych jednostek ludzkich zdolnych do odczuwania tego, co »ono«” [9].

Podsumowanie

Transgeneracyjny przekaz traumy i wzorców relacyjnych to oczywisty most łączący podejścia systemowe i psychodynamiczne, które zostały zilustrowane w zaprezentowanym opisie przypadku. Integracja obu podejść polegała na rozumieniu, w jaki sposób dysfunkcyjny system rodzinny (ujęcie systemowe) wpływa na kształtowanie się wewnętrznego świata psychicznego pacjentki (ujęcie psychodynamiczne). Trauma jest procesem, co widać w przypadku pani B. Jej matka odtwarzała własne doświadczenia, kreując środowisko, które ukształtowało aparat psychiczny córki.

Kluczowa dla tego przypadku metafora pokoju przejściowego była analizowana na dwóch poziomach. Na poziomie systemowym obrazuje ona patologicznie przepuszczalne granice w rodzinie pacjentki. Na poziomie psychodynamicznym brak zewnętrznych granic przełożył się na trudności w budowaniu granic ego, co przejawiało się w somatyzacjach, poczuciu bycia naruszaną i niemożności ochrony własnego świata wewnętrznego.

Objawy pacjentki (pustkę, problemy w relacjach) starałem się rozpatrywać dwójako. W aspekcie systemowym jej wycofanie i bezproblemowość służyły utrzymaniu dysfunkcyjnej homeostazy rodzinnej. W ujęciu psychodynamicznym ta sama pustka była potężnym mechanizmem obronnym, chroniącym przed rozpadem w obliczu traumatycznych doświadczeń.

Moje działania jako terapeuty były realizacją zintegrowanego psychodynamiczno-systemowego myślenia. Do najistotniejszych, jak rozumiem, interwencji należały te, które na początku naszej współpracy z panią B. polegały na aktywnym wytrzymywaniu ciszy i własnego przeciwwprzeniesieniowego dyskomfortu. Interwencje te miały podwójny cel. W ujęciu psychodynamicznym tworzyłem dla pacjentki „pojemnik” (ang. *container* wg Biona) na jej nieznośne, niepomyślane uczucia. Jednocześnie w ujęciu systemowym modelowałem nowy, bezpieczny system relacyjny. W tym systemie cisza jest akceptowana, obecność nie musi być inwazyjna, a obiekt nie ucieka od trudnych emocji w chaotyczne działania.

Kolejnymi ważnymi interwencjami terapeutycznymi były te, w których udawało się odzwierciedlać stany cielesne pacjentki „tu i teraz” (widzę, że pani ciało teraz nieruchomieje). Były one mostem łączącym oba podejścia. Psychodynamicznie pomagały budo-

wać połączenia pomiędzy ciałem i umysłem, naprawiając traumatyczne rozszczępienie. Systemowo takie odzwierciedlenie było bezpośrednim zakwestionowaniem dawnej zasady rodzinnej, która mówiła, że ciało pacjentki i jego potrzeby są nieważne i mają nie przeszkadzać. Po raz pierwszy jej stan somatyczny był widziany, nazywany i traktowany jako ważny komunikat w systemie relacyjnym

Chciałbym raz jeszcze wrócić do niektórych zagadnień i w kilku punktach pokazać znaczenie tej rocznej pracy w kontekście roli ciała i ograniczonych możliwościach komunikacji, które były podstawą rozumienia trudności w życiu pacjentki. Zainspirowany pracą Younga [12], który mówi o znaczeniu i zakresach psychoterapii ciała współcześnie, w kilku punktach prezentuję rolę, jaką może odgrywać ciało w procesie psychoterapii.

- Ciało danej osoby jest źródłem informacji na temat jej stanu, zarówno w kontekście widocznej mowy ciała, jak i stworzonej atmosfery emocjonalnej.
- Ciało jest miejscem zawierania (kontenerowania) emocji i wspomnień, zgodnie z założeniami na temat tego, że wspomnienia są zapamiętywane w sposób somatyczny.
- Ciało może być punktem wyjścia do zmian w procesie terapii, „pomagając” omijać intelektualny opór przed leczeniem oraz neutralizować siłę projekcji przeniesieniowych.
- Ciało pacjenta może być źródłem somatycznych uczuć przeciwprzeniesieniowych psychoterapeuty. Warto dodać: takich, które powinny być wnikliwie analizowane w procesie superwizyjnym.

Poniżej odnoszę te punkty do psychoterapii pani B.

Po pierwsze, **ciało pacjentki było źródłem informacji o niej, zarówno w kontekście widocznej mowy ciała, jak i stworzonej przez nią atmosfery emocjonalnej.** Niezdradzająca swoich niepokojów, wysoko funkcjonująca społecznie i zawodowo pani B., w sytuacji rozpoczynającej się psychoterapii nie potrafiła na początku opowiedzieć o sobie, o swoim cierpieniu – marginalizowała je. Praca z pacjentką na tym etapie opierała się na bezpośrednim wykorzystywaniu doznań zmysłowych zarówno pacjentki, jak i terapeuty.

Po drugie, **ciało pacjentki było miejscem zawierania (kontenerowania) emocji i wspomnień, zgodnie z założeniem, że wspomnienia są zapamiętywane w sposób somatyczny.** Pacjentka znalazła w gabinecie terapeutycznym przestrzeń, która była zaczątkiem możliwości przypominania sobie i pomieszczania trudnych, przerażających wspomnień. Odtwarzała się groza pierwotnych chwil, które zaznaczały się na poziomie ciała zatrzymywaniem, zastyganiem, zamieraniem. „W domowym cieple gabinetu” pacjentka pokazywała swój sposób działania, nim pojawiły się słowa, wyobrażenia i pojęcia dotyczące jej zachowań, które wyhamowywały jej potencjał do tworzenia satysfakcjonujących relacji. Na razie możliwość budowania ich była wyjątkowo niestabilna i niepewna. Moja praca stanowiła wtedy szczególny rodzaj wysiłku emocjonalnego związanego z niepewnością i niewiedzą, ponieważ podejmowałam ją jedynie w oparciu o wskazówki płynące z celeśności pacjentki. Jak mi się wtedy wydawało, były one niewystarczające do interpretacji z powodu braku werbalnych komunikatów. Próbowałam syntetyzować skrawki informacji i dopasowywać się, i w ten sposób wiązać zjawisko subiektywnie odczuwanego cierpienia pacjentki z niemożliwością opowiedzenia tego, na czym ono polegało. Przynosiło to pozytywne rezultaty.

Po trzecie, **ciało pacjentki stało się punktem wyjścia do zmian w procesie psychoterapii, „pomagając” omijać intelektualny opór przed leczeniem oraz neutralizować siłę projekcji przeniesieniowych.** Wyobrażanie sobie i rozumienie grozy, z jaką pacjentka miała do czynienia, a która wyłaniała się systematycznie w trakcie psychoterapii, pozwalały rozumieć pożądany, ale niemożliwy do osiągnięcia stan „idealności” obiektu. Przepracowanie tej potrzeby rozwojowej oraz coraz lepsze rozumienie jej jako obrony przed realnością pozwoliło na redukcję silnych lęków związanych z chęcią wycofania się albo zamrożenia. Pacjentka chciała zrezygnować, kiedy nie dawało się wycofać wspomnień, kiedy one narastały, przypominały się wciąż nowe. Dopiero dostrzeżenie roli, jaką lęki pacjentki grały w jej życiu, pozwoliło usunąć pierwotne przerażenie, na które jako dziecko została w nadmierny sposób narażona.

Po czwarte, **ciało pacjentki było źródłem somatycznych uczuć przeciwprzeniesieniowych psychoterapeuty.** Podczas terapii pacjentka pokazywała, jak wyglądał jej świat – terytorium przejściowe, do którego każdy może wtargnąć bez uprzedzenia. To był świat, który nie należał tylko do niej. Musiała pozostawać w nim czujna, cały czas gotowa do pomocy innym albo do walki z innymi – bez miejsca, w którym można odpocząć. Jej opowieść skutkowała u mnie jako terapeuty silnymi odczuciami w ciele. Trudno mi było jej słuchać bez napięcia. Bywały chwile, w których uświadamiałem sobie, że nie oddycham, jakbym chciał przeczekać jakąś bardzo trudną sytuację, albo byłem zniecierpliwiony faktem, że nie mogę zmienić swojego trudnego położenia i muszę to wytrzymać. Moje wydobywanie się z tych trudnych uczuć i myśli torowało drogę do tego samego u pacjentki. Początkowe nieprzyjmowanie jej opowieści jako istotnej, niedowierzanie jej oraz uczucie rozczarowania skutkujące silną potrzebą zapadnięcia w sen podczas sesji, powodowało konieczność wnikliwej analizy znaczeń poszczególnych odczuć czy myśli w procesie superwizji. To umożliwiało łączenie nowych informacji z kolejnymi opowieściami pacjentki z ich sensem i znaczeniami dla niej. Udało się uniknąć przerwania terapii, a w późniejszym czasie kontynuować ją dla odczuwalnej przez pacjentkę poprawy w jej życiu.

Piśmiennictwo

1. Kalita L. Rytmy otchłani. Rozważania o wczesnych stanach umysłu. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2022.
2. Lemma A. Ciało w umyśle. Rozważania o ciele w psychoanalizie i w programach telewizyjnych. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
3. Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
4. Tustin F. Bariery autystyczne u pacjentów neurotycznych. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2021.
5. Laplanche J, Pontalis JB. Słownik psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1996.
6. Klein M. Kilka wniosków teoretycznych na temat emocjonalnego życia niemowlęcia. W: Pisma Melanie Klein, tom III. Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–1963. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2022.

7. Klein M. Żaloba i jej związek ze stanami maniakalno-depresyjnymi. W: Pisma Melanie Klein, tom I. Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2024.
8. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2022.
9. Schier K. Piękne Brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
10. Łączyńska A, Schier K. Analiza procesu separacji-indywidualizacji u adolescentów chorych na astmę oskrzelową. *Psychiatr Psychol Klin.* 2004; 4(4): 206–214.
11. McDougall J. Teatry Ciała. Psychoanalityczne podejście do chorób psychosomatycznych. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
12. Young C. One hundred and fifty years on: The history, significance and scope of body psychotherapy today. *Body, Mov Danc Psychother.* 2006; 1(1): 17–28.

Adres: adamstanclik@gmail.com