

---

# Powszechność i wyjątek w praktyce terapeuty psychodynamicznego

*Małgorzata Opoczyńska, Dorota Ryzanowska*

Metody [tu] przedstawione nie są doskonałe.  
Pomimo iż zdaję sobie sprawę z ich ograniczeń,  
często nie udało mi się wypracować niczego lepszego.  
Znajduję się w sytuacji naukowca, który odwołuje się do jakiejś teorii  
– choć wie, że jest błędna – ponieważ nie wymyślono lepszej.

(W.R. Bion, *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, s. 28)

## Wstęp

Istotą metody jakościowej, określanej inaczej jako „opisowa”, „rozumiejąca”, „idiograficzna” lub „interpretacyjna”, jest badanie tego, co szczególne i wyjątkowe w doświadczeniu osoby, zaś jej celem jest rozumienie konkretnego zdarzenia z życia człowieka w kontekście całości jego życia psychicznego (Straś-Romanowska, 1997). Jak zauważa Maria Straś-Romanowska, od momentu uniezależnienia się psychologii od filozofii i niemal jednoczesnego jej uzależnienia się od wpływów przyrodoznawstwa metoda jakościowa stopniowo traciła na znaczeniu w opinii większości badaczy. Nadal jednak znajdowała zastosowanie w badaniach naukowych, zwłaszcza klinicznych, oraz w praktyce psychologicznej. Poznawanie indywidualności pacjenta dokonuje się bowiem w praktyce klinicznej nie inaczej, jak dzięki interpretacji jego przeżyć, zachowań, opisywanych przez niego doświadczeń. Liczni autorzy podkreślają, że nawet wtedy, kiedy zostanie już zawarty kontrakt terapeutyczny, procesy diagnozy i terapii pozostają od siebie nieoddzielne, skoro rozmawiając z pacjentem, terapeuta wciąż próbuje rozumieć i poznawać jego trudności (m.in. Kępiński, 2002; Slater 2003). Autorzy teorii psychoanalitycznych i wyrastających z nich teorii psychodynamicznych uznają proces interpretacji za podstawową technikę psychoterapii (Freud, 1901/1987; Klein, 1921–1945/2007;

Segal, 1981/2006). Z wielu prac biograficznych, badawczych i teoretycznych tworzonych przez osoby zajmujące się psychoterapią wynika również, że pacjent może być przez terapeutę rozumiany na bardzo wiele sposobów i ważne jest w pracy z nim, aby nie zamknąć całości jego doświadczeń w słowach interpretacji nieotwartej na dalsze przeobrażenia (Kępiński, 2002; Opoczyńska, 2007; Slater, 2003; Lauveng, 2008; Brenman, 2010).

Z procesem interpretacji doświadczeń pacjenta dokonywanej w czasie psychoterapii wiążą się liczne pytania, zwłaszcza to jedno, które rozpisane na wiele innych brzmi: czy i jak jest możliwe poznanie indywidualności pacjenta w trakcie procesu psychoterapii i jaką ma dla niego wartość? Pod jakim warunkiem wiedza zgromadzona w różnych systemach terapeutycznych może być z korzyścią dla pacjenta angażowana w proces poznawania jego indywidualności? Czy odwołanie się w próbach poznania indywidualności pacjenta do konkretnego paradygmatu terapeutycznego, w tym wypadku – psychodynamicznego, nie jest uproszczeniem, a jeśli tak, bo pewnie tak, to jakie mogą być konsekwencje tego uproszczenia? Praktyka badawcza i psychoterapeutyczna uczy bowiem, że wartość zabiegów redukcyjnych nie jest z góry przesądzona, a skoro tak, nie musi stać na drodze powrotu do zdrowia.

Zanim pójdziemy dalej śladem tych pytań, przytoczmy fragment biograficznej pracy Arnhild Lauveng (2009, s. 14), psychoterapeutki, która jako nastolatka chorowała na schizofrenię. Autorka pisze o spotkaniu ze swoją lekarką:

Jedno z naszych pierwszych spotkań miało miejsce w świetlicy, gdzie siedziałam i płakałam. Rozmawialiśmy już wcześniej ze dwa razy w pierwszym tygodniu mojego pobytu na oddziale i powoli zaczynałyśmy się poznawać. Nie byłyśmy umówione, ona po prostu przechodziła obok, spiesząc się gdzieś w swoim białym fartuchu, w drodze ku jakimś ważnym, znaczącym sprawom. Pamiętam, że zaskoczyło mnie to, że się zatrzymała i zapytała, co się stało i dlaczego płaczę. Jeszcze wówczas nie chorowałam długo, zdumiała mnie jednak normalność jej reakcji. Na tym oddziale łyż były interpretowane, analizowane i oceniane i nieczęsto budziły tylko proste pytanie: „Co się stało?”. Nie wiem dokładnie, co sprawiło, że odpowiedziałam jej szczerze. Może obezwładniła mnie jej bezpośrednia troska, może byłam zbyt smutna, aby się schować, może po prostu miałam siedemnaście lat. Odpowiedziałam jej – że na dworze pada deszcz. Tyle w zasadzie mogła zobaczyć sama, dodałam jednak – zgodnie z prawdą – że uwielbiam moknąć na deszczu. Lubię poczuć tysiące małych kropelek spadających mi na twarz i przypominających, że jestem żywa, lubię odgłos i zapach deszczu. Deszcz sprawia, że czuję się żywa, niemal tak żywa jak wtedy, gdy tnę się do krwi i uzyskuję dowód, że krew naprawdę we mnie płynie – czysta, żywa krew. Deszcz to ważna część mnie.

Słowa terapeutki nie interpretowały niczego, a jednak (mimo tego? dlatego?) okazały się dla pacjentki bezcenne. Stwierdzenie to wyznacza podejmowanym tu próbom jeszcze jeden ważny trop.

## 1. Od wyjątku do powszechności

Zanim powstała psychoterapia psychodynamiczna, a wcześniej psychoanaliza, z której czerpie, dochodziło do unikatowych spotkań lekarzy i pacjentów. Z czasem, na podstawie ich zapisów, powstały teorie, które tu czynimy przedmiotem namysłu, badając warunki ich przydatności w poznawaniu indywidualności pacjenta, któremu służy. Zacniemy od przypomnienia podstawowych tez współczesnej psychoterapii psychodynamicznej, by następnie rozważyć jej potencjalną wartość, ujawniającą się w badaniach oraz indywidualnej praktyce psychoterapeutycznej.

Według Glena Gabbarda (2011, s. 5), podstawowe tezy współczesnej psychoterapii psychodynamicznej brzmią: znaczna część życia psychicznego człowieka pozostaje nieświadoma i jest ukształtowana przez doświadczenia z dzieciństwa oraz czynniki genetyczne; przeniesienie pacjenta na terapeutę jest głównym źródłem zrozumienia jego doświadczeń; przeciwprzeniesienie terapeuty umożliwia zrozumienie emocji, które pacjent wywołuje u innych ludzi; opór pacjenta ujawniony w procesie terapeutycznym jest ważnym źródłem wiedzy na temat pacjenta i jego relacji ze światem; objawy i zachowania pacjenta pełnią w jego życiu wiele funkcji i są zdeterminowane przez złożone, często nieświadome siły; zadaniem psychoterapeuty psychodynamicznego jest niesienie pacjentowi pomocy w stopniowym osiągnięciu przez niego poczucia autentyczności i wyjątkowości.

Przyjrzymy się powyższym tezom, ilustrując każdą z nich przykładami.

### 1.1. Wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych na rozwój tożsamości osoby

Zgodnie z teoriami psychodynamicznymi rozwój tożsamości człowieka od pierwszych chwil życia jest zarazem rozwojem tożsamości cielesnej. Według wielu autorów stopień, w jakim rozwinięte i zintegrowane jest Ja cielesne osoby, świadczy o wczesnodziecięcych relacjach z ważnymi dla niej postaciami z przeszłości (Mahler, za: Sikorska, 2008; Schier, 2009). Współcześni badacze o orientacji psychoanalitycznej podjęli systematyczne prace nad problematyką reprezentacji psychicznej ciała, czyli obrazu własnej cielesności, który powstaje w umyśle osoby.

I tak przykładowo David Krueger (Krueger, za: Schier, 2009, s. 7) przyjmuje, że „ciało i jego rozwijająca się reprezentacja umysłowa stanowią podwaliny poczucia siebie”. Według tego autora, Ja cielesne (*self*) odnosi się do całego obszaru doświadczeń cielesnych na powierzchni ciała i w jego wnętrzu, z włączeniem także funkcji ciała. Ja cielesne obejmuje w myśl koncepcji

Kruegera trzy wymiary: psychiczne doświadczenia wrażeń cielesnych, doświadczenia funkcji ciała oraz obraz ciała. Krueger opisuje trzy stadia rozwoju Ja cielesnego, pokazując jednocześnie konsekwencje, jakie mają trudności rozwojowe występujące w tym okresie u dziecka. Autor wymienia następujące stadia rozwoju tożsamości osoby: stadium wczesnego doświadczenia własnego ciała, stadium wczesnej świadomości obrazu ciała, połączonej z integracją doświadczenia wewnętrznego i zewnętrznego, stadium integracji Ja cielesnego jako kontenera dla Ja psychicznego aż do momentu, gdy Ja cielesne i Ja psychiczne połączą się w spójnym poczuciu tożsamości.

W odniesieniu do etapów rozwoju Ja cielesnego Krueger (za: Schier, 2009, s. 22) proponuje klasyfikację problemów, które mogą wynikać z niezaspokojenia potrzeb dziecka w tych najwcześniejszych fazach rozwoju psychofizycznego.

Pierwsza kategoria problemów to, zdaniem autora, nadmierna intruzywność ze strony opiekunów dziecka. Rodzice czy opiekunowie mający skłonność do nadmiernej intruzywności z powodu własnych problemów emocjonalnych mogą mieć potrzebę pozostania w połączeniu z dziećmi od czasu wczesnego dzieciństwa przez kolejne stadia ich rozwoju. W tej sytuacji może zostać ograniczona przyjemność dzieci płynąca z ich sprawczości, w związku z czym niemożliwy czy bardzo utrudniony jest ogólny rozwój poczucia własnej indywidualności, niezależności. Jeśli ten wzór relacji jest bardzo silny, u dziecka mogą, według autora, wystąpić zaburzenia obrazu siebie, utrzymujące się także w okresie dorosłości. Ciało może być w tym wypadku doświadczane jako dziecięce, aseksualne. Według Kruegera, anoreksja jest przykładem takiego rodzaju zaburzenia. Osoby z wyżej opisanym wzorcem więzi w stanie napięcia i stresu przez mechanizm regresji podejmują autostymulację cielesną albo zadają sobie ból. Takie zachowania stanowią zdaniem autora próbę regulacji emocji, uwalniania się od napięcia i odzyskiwania kontroli nad własnym ciałem.

Drugi wzór relacji dziecka i osoby znaczącej, który może zaburzać rozwój Ja cielesnego dziecka, to w myśl koncepcji Kruegera tzw. niedostępność empatyczna opiekuna. Rodzic, który z powodu własnych trudności nie potrafi empatycznie odpowiadać na stany emocjonalne dziecka podobnymi uczuciami, a także zaspokajając jego potrzeb, często nieświadomie przyczynia się do tego, że dziecko nie może w przyszłości stać się dla samego siebie punktem odniesienia. Jeśli granice ciała dziecka nie są wyraźnie zaznaczone przez dotyk opiekuna i jego troskę, dziecko to nie może doświadczyć wyraźnych granic swojego Ja ani nauczyć się trafnie rozpoznawać sygnałów płynących z jego wnętrza. Problem ten może utrzymywać się u niego także w okresie dorosłości. Według Kruegera, tego rodzaju problem mają niejednokrotnie osoby z zaburzeniami borderline, osoby cierpiące na bulimię i depresję. Obraz

ich ciała często ulega zmianie w ciągu dnia, w zależności od ich nastroju. Podstawowe doświadczenia granic ciała mogą być przez nie także tworzone za pomocą zachowań impulsywnych lub innych, często mających formę uzależnienia. Objawy te są przez autora interpretowane jako służące zwiększeniu świadomości wnętrza własnego ciała.

Trzeci opisany przez Kruegera wzorzec utrudniających rozwój Ja cielesnego wczesnych relacji rodzice–dzieci to brak konsekwencji i selektywność odpowiedzi na uczucia dziecka. Jeśli uwaga opiekuna skupia się na przykład wokół potrzeb fizycznych dziecka i jego fizycznego bólu, a jego stany emocjonalne są ignorowane, może ono się nauczyć, że aby zyskać zainteresowanie i akceptację rodzica, powinno koncentrować się na doświadczeniu bólu lub innych dolegliwościach fizycznych. W takiej sytuacji emocje mogą być odczuwane wyłącznie na poziomie ich komponentu somatycznego (Krystal, 1997). Wzorzec polegający na doświadczeniu Ja cielesnego i Ja psychicznego przez pryzmat bólu może, zdaniem Kruegera, prowadzić do rozwinięcia się u dziecka w przyszłości chorób psychosomatycznych.

Te trzy podstawowe wzorce relacji między opiekunem a dzieckiem i wynikające z nich konsekwencje dla rozwoju obrazu siebie mogą występować łącznie, choć z przewagą pewnych elementów nad innymi. Niezależnie od ich specyfiki, łączy je podstawowe założenie, zgodnie z którym pierwotne Ja cielesne człowieka tworzy się w kontakcie zmysłowym z matką lub, w szczególnych sytuacjach, z inną znaczącą dla dziecka osobą. Kontakt ten wyraża się poprzez dotyk, głos, spojrzenie matki. Na jego podstawie dziecko już w najwcześniejszym okresie życia dowiaduje się, czy jest dla swojej matki/innego opiekuna, z którym jest związane, ważne, czy może być zaakceptowane i przyjęte z całą różnorodnością swoich stanów psychofizycznych (także tych trudnych dla niego samego do zniesienia), czyli, jak pisze Katarzyna Schier (2009, s. 25), „czy może ono doświadczyć tego, że jest dla swojej matki «piękne»”.

## 1.2. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie w relacji terapeutycznej jako źródło informacji na temat indywidualności pacjenta

Kolejna z podstawowych tez terapii psychodynamicznej wymienionych przez Gabbarda dotyczy przeniesienia i przeciwprzeniesienia jako źródła wiedzy o pacjencie. Przeniesienie jest specyficzną relacją, jaka powstaje podczas psychoterapii pomiędzy terapeutą a pacjentem. Wyraża się ono w postaci uczuć, popędów, pragnień, obaw, fantazji, postaw, których pacjent doświadczał w przeszłości, zwłaszcza wobec znaczących dla niego osób z dzieciństwa, kierowanych obecnie w stosunku do psychoterapeuty (Grzesiuk, 1994; Gabbard, 2011). Klein (1975/2007) twierdzi, że przeniesienie pojawia się i rozwi-

ja na bazie projektowania wewnętrznych postaci rodzicielskich na analityka. Autorka podkreśla, iż podobnie jak w wypadku dorosłych pacjentów, także w przypadku dzieci na analityka projektowane są nie realne postaci rodzicielskie, ale postaci wewnętrzne. Segal (1981/2006, s. 29) pisze:

W swojej praktyce nie miałam przypadku, w którym nie musiałabym interpretować przeniesienia od samego początku analizy. Pacjent rozpoczynający psychoanalizę przychodzi na pierwszą sesję pełen nadziei i lęków i na pewno tworzy fantazje na temat analityka, gdy tylko wejdzie z nim w kontakt, a nawet wcześniej – gdy tylko się dowie, że ma się z nim spotkać (...). Oto dosyć typowy przykład: zimna i zamknięta w sobie kobieta w trakcie pierwszej sesji najpierw milczy, potem mówi, że jest niespokojna, bo nie wie, jak ma się zachować, co mówić i tak dalej. Analityk może zinterpretować jej lęk jako obronę przed tym, że zyska on dostęp do jej umysłu. Pacjentka opowiada następnie o swoim ojcu, mężczyźnie gwałtownym, często pijanym, którego się bała. Analityk może zinterpretować te wypowiedzi jako nadzieję pacjentki, iż on zbliży się do niej i ją zrozumie, ale jednocześnie jako obawę, że jego interpretacje będą gwałtowne i przerażające, że dostanie się on do jej umysłu i zniszczy go.

Przeciwprzeniesienie, początkowo uważane za neurotyczne zaburzenie psychoanalizy utrudniające mu wyraźne i obiektywne widzenie pacjenta, obecnie jest uznawane za ważne źródło informacji o pacjencie, a także za główny element interakcji między pacjentem a analitykiem. Segal (1981/2006, s. 119) podkreśla, że zmiana w podejściu do przeciwprzeniesienia częściowo wiąże się ze zmianami w poglądach na przeniesienie. W początkowej fazie rozwoju psychoanalizy terapeuta był postrzegany jak lustro, na które pacjent projektuje swoje wewnętrzne postaci, a następnie na nie reaguje. Obecnie uważa się, że pacjent projektuje nie tyle „na”, co „w” analityka: pacjent nie tylko postrzega analityka w zniekształcony sposób, reaguje na ten zniekształcony obraz i komunikuje te reakcje, ale także oddziałuje na umysł analityka, projektuje w niego własne emocje, a tym samym wpływa na jego przeżycia i je wywołuje. Segal (1981/2006, s. 33) podaje następujący przykład przeciwprzeniesienia:

Na początku analizy schizofrenicznego pacjenta, którą superwizowałam, pacjent stał odwrócony plecami do analityczki, za ogromnym stołem. Ten pacjent został jako dziecko oddzielony od matki i wysłany do kraju leżącego za morzem. Analityczka zinterpretowała stół jako reprezentację oceanu oddzielającego go od matki, a całe zachowanie jako próbę „odwrócenia sytuacji”. Odwracając się od analityczki, pacjent stawał się odrzucającą matką i umieszczał w analityczce swoją dziecięcą zdesperowaną część. Na podstawie pewnych wskazówek, takich jak zmiana postawy pacjenta, a także swojego przeciwprzeniesienia, analityczka mogła szczegółowo opisać uczucia, które pacjent w nią projektował.

Doceniając wagę przeciwprzeniesienia jako źródła dostępu do przeżyć pacjenta, Segal zwraca uwagę, że pojęcie to bywa nadużywane i „pod jego sztan-

darami popełniono wiele psychoanalitycznych grzechów” (Segal, 1981/2006, s. 126). Według autorki, terapeuci szczególnie łatwo znajdują racjonalizacje usprawiedliwiające działanie pod wpływem przeciwp przeniesienia, zamiast wykorzystywać je jako wskazówki do rozumienia pacjenta. Autorka podkreśla, iż przeciwp przeniesienie nie może być usprawiedliwieniem dla działań terapeuty, a jeśli tak się dzieje, świadczy to o tym, iż nie udało się go zrozumieć i konstruktywnie wykorzystać w procesie terapeutycznym.

### 1.3. Opór jako strategia obrony przed zmianą

Jak pisze Gabbard (2011), charakterystyczne dla pacjenta mechanizmy obronne wyłaniają się jako opór w sytuacji terapii. Sposób, w jaki pacjent przeciwstawia się interwencjom terapeuty, dostarcza istotnych informacji na temat świata jego doświadczeń i przeżyć. W teoriach psychodynamicznych opór jest traktowany jako wewnętrzna siła, przeciwstawiająca się zmianie, tyleż upragnionej, co niechcianej. Będąc zjawiskiem nieświadomym, opór powtarza sposoby obrony przed przykrością dostępne pacjentowi w przeszłości, i tym samym utrudnia mu otwarcie się na nowe doświadczenia.

Klein (1975/2007, s. 137) podaje następujący przykład oporu z własnej praktyki klinicznej:

Na przykład dziecko zaczyna rozróżniać „udawaną” mamę i mamę realną oraz drewnianą lalkę i prawdziwego małego braciszka. Następnie upiera się, że chciało skrzywdzić jedynie zabawkę – twierdzi, że kocha prawdziwe dziecko. Dopiero po osłabieniu potężnych i długotrwałych obron dzieci uświadamiają sobie, że ich agresywne działania skierowane były przeciwko realnym obiektom. Po takim wyznaniu nawet bardzo małe dzieci są w stanie wykonać duży krok w kierunku przystosowania do rzeczywistości.

Według Gabbarda (2011, s. 115):

choć pacjenci mogą być całkowicie nieszczęśliwi, to jednak są przywiązani do swoich sposobów radzenia sobie ze światem. Osiągnęli wewnętrzną równowagę, która jest zagrożona przez rozpoczęcie psychoterapii. Zmiana może być najbardziej przerażającą perspektywą dla ludzi, którzy okopali się w specyficznych wzorcach myślenia, zachowania, odczuwania i relacji. Pojęcie oporu kojarzy się z przeszkodą, która musi zostać usunięta, a zatem może przywołać na myśl militarne metafory. Terapeuta może mieć poczucie, że konieczny jest frontalny atak w celu przełamania oporu, aby można było zrobić jakiś postęp w terapii, jednak bezpośrednie atakowanie oporu często powoduje jego wzmocnienie.

Według autora, terapeuci psychodynamiczni powinni postrzegać opór jako źródło cennych informacji o pacjencie. Terapeuta powinien rozpoznać i zrozumieć opór, zamiast go usuwać; powinien on także rozbudzić w pacjen-

cie ciekawość jego znaczeń, ponieważ szczegółowa eksploracja tego, co hamuje terapię, może pozwolić zrozumieć życzenia, fantazje, konflikty i pragnienia pacjenta.

#### 1.4. Objawy i ich rozumienie

Według Gabbarda (2011), występujące u pacjenta objawy pełnią w jego życiu wiele funkcji i są zdeterminowane przez złożone i często nieświadome siły. W przebiegu psychoterapii możliwe staje się odkrywanie ich znaczenia.

Zilustrujmy tę tezę przykładem zaczerpniętym z pracy Segal (1981/2006), dotyczącej terapii psychotycznego mężczyzny:

W jego zmieniającym się świecie przepelnionym lękiem potrzebował on niezmiennej dobrej postaci i starał się wierzyć, że ja byłam taką osobą. Potrzebował wszystkich swych obron, by ochronić tę wiarę. Przede wszystkim musiał zaprzeczyć temu, że miałam coś wspólnego z jego pobytem w szpitalu. Gdy frustrowałam go, zaprzeczał frustracji i rozszczepiał mnie na dobrą i złą postać. Zła postać była introjektowana jako wrogie głosy lub reprojektowana na pracujących w szpitalu lekarzy. W rezultacie Edward doświadczał uczucia okrutnego prześladowania przez to, co działo się w nim i co działo się w świecie zewnętrznym.

Autorka (Segal 1981/2006, s. 185) pisze na temat terapii analitycznej pacjentów psychotycznych:

Wydaje się oczywiste, że leczenie psychoanalityczne, tak czasochłonne i długotrwałe, nie stanowi odpowiedzi na problemy społeczne, jakie stwarza schizofrenia. Gdyby wszyscy psychoanalitycy na świecie byli ekspertami w dziedzinie analizy schizofreników i gdyby poświęcili się całkowicie temu zadaniu, byłby to mimo wszystko statystycznie niewielki wkład w rozwiązanie światowego problemu leczenia psychoz. W czym więc leży wartość leczenia psychoanalitycznego? Myślę, że musimy tu rozróżnić między wartością dla pacjenta a wartością dla społeczności. Najpierw przyjrzyjmy się pacjentowi: uważam, że w tych nielicznych wypadkach, gdy spełnione są wszystkie warunki, leczenie psychoanalityczne daje najlepsze prognozy dla indywidualnego pacjenta. Jeżeli leczenie będzie udane, dotrze do samych źródeł zaburzeń w jego osobowości. Nie zrezygnuję z zalecania tego leczenia pacjentowi, nawet jeżeli metoda ta nie rozwiązuje problemu społecznego, podobnie jak nie zrezygnowałabym z urządzeń do dializy dlatego, że nie wszyscy mają do nich dostęp. Z punktu widzenia społecznego wartość psychoanalizy pacjentów psychotycznych leży głównie w obszarze korzyści badawczych. Psychoanaliza jest przede wszystkim badaniem, metodą rzucającą światło na prawdziwą psychopatologię choroby. Na tej wiedzy opierają się wszelkie przedsięwzięcia psychoterapeutyczne, takie jak opieka nad pacjentem, terapia grupowa, psychoterapia indywidualna lub opieka środowiskowa.

Mimo trudu wiążącego się z docieraniem przez terapeutę i pacjenta do znaczeń, jakie niosą za sobą objawy jego cierpienia, proces interpretacji tych objawów ma zdaniem autorki charakter leczący.

## 1.5. Odzyskanie poczucia własnej autentyczności i wyjątkowości jako cel psychoterapii psychodynamicznej

Ostatnia z przytoczonych przez Gabbarda (2011) tez myślenia psychodynamicznego mówi o tym, że zadaniem terapeuty jest pomagać pacjentowi w osiągnięciu poczucia autentyczności i wyjątkowości. Nabierze ona szczególnego znaczenia, gdy przypomnimy, iż wyrasta z przekonania, „że tak naprawdę nie znamy siebie”, gdyż „ze względu na rozmaite konflikty, zakazy, lęki i mechanizmy obronne mamy skłonność do chowania się przed sobą” (Gabbard, 2011, s. 17).

Podkreślanie autonomii pacjenta, związane z kształtowaniem poczucia własnej autentyczności i wyjątkowości, występuje we wszystkich formach terapii i jest uznawane za jeden z podstawowych czynników leczniczych. W terapiach psychodynamicznych ma ono jednak dużo większe znaczenie, ponieważ pacjent – w tym wypadku – bywa w stanie silnej regresji, potęgującej jego potrzeby zależności. Zadaniem terapeuty jest te potrzeby rozpoznawać, lecz ich nie zaspakajać. Postawa szacunku wobec autonomii pacjenta i towarzysząca jej świadomość jego niepowtarzalności i niepoznawalności jest koniecznym warunkiem sprostania temu wyzwaniu.

## 2. Od powszechności do wyjątku

Podejście psychodynamiczne przyczynia się do rozumienia problemów pacjenta w kontekście jego doświadczeń z osobami znaczącymi, zwłaszcza matką. Pojawia się jednak pytanie, czy biorące w nim początek sposoby rozumienia nie pomijają specyficznych dla konkretnej osoby warunków rozwoju (niesprowadzających się przecież wyłącznie do relacji z osobami znaczącymi), a więc czy nie są zbyt daleko idącym uproszczeniem, mogącym powodować skutki nie zawsze korzystne dla rozwoju osoby.

Powyższe wątpliwości rozważmy poniżej na tle doniesień z wybranych badań oraz własnej praktyki psychoterapeutycznej.

### 2.1. Doniesienia z badań

Na podstawie analizy wyników badań nad matkami dzieci chorujących na alergię (Bogusz, za: Schier, 2009) stwierdzono, iż osoby badane mają wyższy wskaźnik aleksytymii niż matki dzieci zdrowych. Z badań wynika także, że matki, których dzieci chorują na alergię pokarmową, ogólnie częściej mówią o swoich dzieciach niż matki dzieci zdrowych. Ich wypowiedzi częściej są

negatywnie zabarwione emocjonalnie lub pozbawione emocji. Matki małych dzieci z alergią uważają, że stan zdrowia ich dzieci jest dobry. Jak pisze autorka, być może z jakiegoś powodu nie uważają one alergii za chorobę. Autorka stawia hipotezę, że być może matki te pochodzą z rodzin o szczególnym przekazie transgeneracyjnym dotyczącym sposobu wyrażania emocji. Sposób ten charakteryzuje się prawdopodobnie większym dostępem do stanów negatywnych niż pozytywnych, ale również swoistym typem więzi psychicznej w relacji dziecko–opiekun. Według autorki taki przekaz transgeneracyjny może mieć związek ze specyfiką wykorzystywanych przez te osoby mechanizmów obronnych, polegających na unikaniu konfrontacji z bólem psychicznym, a w związku z tym z somatyzacją stanów psychicznych u dziecka, wyrażającą się w postaci alergii. Matki dzieci chorych w przeważającej mierze uważały, że ich dzieci lubią swoje ciała. Opisując wygląd zewnętrzny dzieci, odwoływały się najczęściej do ich wzrostu i wagi. Schier (2009) pisze, iż biorąc pod uwagę założenie, że Ja cielesne jest pierwowzorem Ja psychicznego (Krueger, 2002, za: Schier, 2009), nie można uznać za zaskakujące wyników badań, zgodnie z którymi kilkadziesiąt mam spostrzegło minimalny związek choroby dzieci z ich psychiką. Niektóre matki (zdaniem autorki prawdopodobnie w związku z silnym mechanizmem obronnym unikania) odczuwały złość w związku z pytaniem o relację ciała i duszy.

Schier (2009) pisze, iż analiza wyników badań dotyczących dzieci z alergią była dla niej bardzo poruszająca. Autorka zastanawia się, jak wiele jeszcze trzeba zrobić w planie społecznym, aby myślenie o związkach psychiki i ciała nie wzbudzało w nas tak silnego lęku czy poczucia winy. Zadaje pytanie:

Czego się lękamy, skoro ogólnie wiadomo, że tylko niewielka grupa rodziców w sposób w pełni świadomy źle traktuje i wykorzystuje swoje dzieci? W zdecydowanej większości postawa rodziców w stosunku do dzieci, ich nastawienie emocjonalne i obraz dzieci są wynikiem ich własnych doświadczeń. Jeśli więc trudno im widzieć w swoich dzieciach autonomiczne osoby, to jest to wynik rodzinnego dramatu, przekazywanego z pokolenia na pokolenie. Być może jednak, gdyby udało nam się wyraźniej zobaczyć połączenie *psyche–soma*, nie moglibyśmy przestać płakać z żalu nad pokoleniami osamotnionych psychicznie dzieci? (Schier, 2009, s. 137).

W innym badaniu Eric Brenman (2010), analizując zapisy sesji psychoterapeutycznych, dochodzi do konkluzji, że psychoanaliza nie odpowiada na pytania o historię pacjenta, ale stwarza bezpieczne warunki do jej badania. Związek z analitykiem jest według autora nową relacją, która pozwala na badanie historii pacjenta. Analityk towarzyszy pacjentowi w jego wewnętrznej podróży, przechodząc wraz z nim proces badania jego doświadczeń z przeszłości. Badanie to stanowi zarazem terapię, rekonstrukcja trudnych doświadczeń prowadzi bowiem do przyzwolenia sobie na przeżywanie żałoby i reparacji. Pacjent przeżywa dawne dramaty w relacji z analitykiem w celu

odzyskania w ten sposób związków z tzw. dobrym obiektem. Brenman (2010, s. 46) pisze na temat wartości tego rodzaju rekonstrukcji w psychoanalizie dorosłych:

Człowiek ma wrodzoną potrzebę poszukiwania wiedzy, dociekania prawdy i jej odkrywania. Wydaje mu się ważne zdobywanie wiedzy o swoich początkach, poszukiwanie swoich korzeni; potrzebuje korzeni i obiektów, nie może funkcjonować sam. Moim zdaniem ta wiedza daje człowiekowi poczucie ciągłości i znaczenia. Tylko wtedy, gdy czuje, że do czegoś przynależy, może zyskać własną tożsamość. Rekonstrukcja jest cenna jako środek ponownego odkrywania korzeni, przeszłych obiektów i utraczonych części self.

Badania nad przebiegiem i efektami procesu psychoterapii psychodynamicznej młodych osób dorosłych z wykorzystaniem analizy przypadku prowadziła Monika Wasilewska (2008). Autorka analizowała przebieg psychoterapii pacjentów, którzy zgłosili się do gabinetu z powodu zaburzeń lękowo-depresyjnych. Osoby badane były w wieku 22–30 lat. Wszyscy pacjenci zgłosili się po pomoc do psychoterapeuty z własnej inicjatywy. Przyczyną zgłoszenia się na terapię były pogłębiające się u nich stany depresyjne i lękowe trwające od 6 do 12 miesięcy. Dla wszystkich osób był to pierwszy kontakt z terapią. Psychoterapia trwała od 6 miesięcy do roku, przy średniej częstotliwości spotkań raz w tygodniu. Autorka, nawiązując do teorii Erika H. Eriksona, stwierdza, iż wszyscy pacjenci znajdowali się na etapie tożsamości moratoryjnej. Pomimo iż siedem osób mieszkało już samodzielnie, w przypadku żadnej z nich nie nastąpiła zdaniem autorki emocjonalna separacja od rodziny pochodzenia. Cechą wspólną łączącą tę grupę pacjentów był fakt nieposiadania własnych dzieci i w zdecydowanej większości partnera ani współmałżonka (tylko jedna kobieta była zamężna i jedna była w stałym związku). Autorka podzieliła osoby badane na dwie grupy: pierwszą z nich stanowiły osoby pozostające w silnym, ambiwalentnym związku z matką przy nieobecnym ojcu; drugą natomiast grupę pacjentów stanowiły osoby, które przeżywały swojego ojca jako osobę apodyktyczną, natomiast matkę – jako wspierającą je, lecz osobowościowo słabą, podporządkowaną mężowi. Według autorki wspólne dla pacjentów z obydwu grup było, iż doświadczyli oni braku wsparcia w procesie dojrzewania, braku poczucia bezpieczeństwa, dzięki którym młody człowiek może minimalizować lęki związane z poszukiwaniem własnej tożsamości. Analizując proces psychoterapii tych pacjentów, autorka stwierdza, że bardzo ważnym elementem terapii było doświadczenie przez pacjenta złości na rodziców (czasem tylko na jedno z nich). Złość ta dawała pacjentom siłę i pozwalała na przeprowadzenie zmian w ich codziennym życiu. Był to etap potrzebny w terapii, nie wolno jednak zdaniem autorki na nim poprzestać. Zrozumienie faktu, iż rodzice nie muszą udzielić zgody

na autonomię dorosłego już dziecka, że ono po prostu ma do niej prawo, pomagało pacjentom w poprawie nastroju, a to z kolei umożliwiało dalszą pracę nad uzyskaniem poczucia większej niezależności i tworzeniem nowych, partnerskich relacji z rodzicami. Z badań wynika, iż terapeuta może pomóc pacjentowi zrozumieć kontekst, w jakim pojawiły się u niego objawy depresji, wzmacniając go jednocześnie w poczuciu własnej wartości, niezależności oraz w potrzebie autonomii. Autorka podkreśla, że jest to konieczne, aby pacjent zdołał się uwolnić od rodzinnych lojalności, które nie pozwalają mu realizować stojących przed nim zadań rozwojowych.

Przytoczone powyżej wyniki badań, do których interpretacji wykorzystano myślenie psychodynamiczne, zbliżają do odpowiedzi na postawione pytanie o wartość leczniczą myślenia psychodynamicznego, ale nie rozwiewają wciąż licznych wątpliwości. Rezultaty badań Schier pokazują trudności emocjonalne rodziców, które mogą stać za dolegliwościami somatycznymi dzieci. Pytanie, w jakim stopniu wspomaganie rozwoju emocjonalnego dzieci i ich rodziców pomogłoby leczyć dolegliwości somatyczne dzieci rozumiane jako objaw trudności emocjonalnych, pozostaje jednak otwarte. Poszukiwanie na nie odpowiedzi wymagałoby bowiem dalszych badań nad przebiegiem i efektami procesu psychoterapii tych dzieci i ich rodziców. Zgodność uzyskanych przez autorkę wyników badań z przyjętą przez nią perspektywą psychodynamiczną pozwala przypuszczać, iż głębsze poznawanie i rozumienie indywidualnych problemów osób badanych możliwe w trakcie procesu psychoterapii miałyby dla tych osób charakter leczący. Z kolei wyniki badań Wasilewskiej i Brenmana prowadzą do wniosku, że poznawanie pacjenta w trakcie spotkań psychoterapeutycznych może pomagać mu w odkrywaniu indywidualnej historii, z której może czerpać, stając się, kim jest: zadanym przeszłością i przyszłością, więc nigdy danym i do pojęcia.

## 2.2. Studium przypadku<sup>1</sup>

Siedmioletni M. został skierowany na psychoterapię do poradni zdrowia psychicznego po hospitalizacji w oddziale psychiatrii dziecięcej. Powodem skierowania dziecka na psychoterapię były zachowania agresywne i autoagresywne. M. jest wychowankiem domu dziecka, w placówce przebywa od 2 lat wraz z dwojgiem starszego rodzeństwa, kilkunastoletnimi bratem i siostrą. Relacje chłopca z rodzeństwem są pełne napięć i konfliktów. W domu dziecka M. jest najmłodszym wychowankiem. Z relacji wychowawców wynika, iż chłopiec jest spokojny w indywidualnym kontakcie z opiekunem, ale bardzo łatwo wybucha trudną do opanowania złością w sytuacji, kiedy

---

<sup>1</sup> Ilustracja kliniczna pochodzi z praktyki psychoterapeutycznej Doroty Ryzanowskiej.

uwaga wychowawcy zostaje skierowana na większą grupę dzieci. Powodem umieszczenia M. w placówce opiekuńczo-wychowawczej była przemoc ze strony ojca wobec dzieci i ich matki. Rodzice dziecka nadużywają alkoholu. Matka chłopca wyprowadziła się od ojca, chcąc przerwać przemoc. Zamieszkała z nowym partnerem i najmłodszym dzieckiem. Ze względu na trudną sytuację socjalno-bytową i niemożność zapewnienia odpowiednich warunków materialnych pozostałym trojgu dzieciom, zgodziła się na umieszczenie starszych dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Ojciec nie protestował przeciwko umieszczeniu dzieci w placówce; obecnie nie utrzymuje on kontaktów z dziećmi. M. ma kontakt z matką, która odwiedza go zawsze z najmłodszym braciszkiem. Spotkania z matką są jednak nieregularne.

M. jest dzieckiem innej narodowości, co powoduje dodatkowe trudności w nawiązaniu z nim dialogu przez wychowawców czy terapeutę. Chłopiec w domu dziecka nauczył się języka polskiego.

W czasie pierwszych spotkań terapeutycznych M. początkowo był bardzo onieśmielony, niewiele mówił, nie podejmował także spontanicznie zabawy. Nie był zainteresowany zabawkami w gabinecie. Zapytany, czy chciałby coś narysować, chłopiec godził się tylko na wspólne rysowanie z terapeutką; powtarzał, że jemu samemu na pewno nie uda się rysunek. Złościł się jednak, kiedy na wspólnym rysunku coś nie było zgodne z jego pomysłem. Był niezadowolony, że spotkania z terapeutką trwają zbyt długo. Pod koniec spotkań jednak próbował je przedłużyć, zwykle wtedy dopiero pytał spontanicznie o zabawki na półkach w gabinecie, chciał je obejrzeć. Złościł się bardzo, kiedy terapeutka kończyła spotkanie. Krzyczał wtedy, rzucał przedmiotami albo próbował uderzyć główką w stół tak, aby zadać sobie ból. Terapeutka próbowała rozumieć złość dziecka, pojawiającą się często w podobnych momentach kolejnych spotkań, sięgając po teorie psychodynamiczne. Nazywała uczucia chłopca, dzieliła się z dzieckiem sposobem ich rozumienia. Jak pisze Gabbard (2011), czasami intensywna złość może wybuchnąć tylko pod koniec sesji, gdy pacjent w końcu ma poczucie, że może ją bezpiecznie wyrazić (poczucie bezpieczeństwa pacjenta wynika wtedy, zdaniem autora, z poczucia, że teraz terapeuta nie ma czasu, by go odrzucić). Być może M., lękając się ponownego w swoim życiu odrzucenia, najtrudniejsze uczucia wyrażał właśnie w momencie, kiedy i tak nie mógł już zostać dłużej w gabinecie. Występującą w czasie spotkań psychoterapeutycznych autoagresję M. można rozumieć w kontekście teorii, które odnoszą rozwój Ja cielesnego dziecka do wczesnodziecięcych relacji z osobami znaczącymi. Autoagresja może być rozumiana nie tylko jako próba ukarania samego siebie z użyciem przemocy (tego chłopiec doświadczył ze strony ojca już w bardzo wczesnym okresie swego życia), ale także, według teorii Kruegera, jako rozpaczliwa próba doświadczenia samego siebie przez osobę, która przeżyła niedostępność empa-

tyczną osób bliskich we wczesnym dzieciństwie. Takie właśnie było doświadczenie M. Matka M., sama będąc ofiarą przemocy i długo nie potrafiąc się od niej uwolnić, mimo zaangażowania w los swoich dzieci (to przecież ona starała się, by były bezpieczne i ona nadal utrzymywała z nimi kontakt), nie była jednak w stanie dać im emocjonalnego oparcia.

W czasie kolejnych sesji M. zaczął sięgać po zabawki i tworzyć scenariusze zabaw. Przez wiele spotkań bawił się figurkami Indian i żołnierzy, którzy zwykle w myśl spontanicznie tworzonego przez dziecko scenariusza zabawy toczyli z sobą wojnę. Chłopiec obsadzał samego siebie w roli osoby, która jest atakowana, musi być bardzo dzielna i ocalić siebie oraz swoje plemię przed zniszczeniem. W czasie pierwszych spotkań chłopiec obsadzał terapeutkę w roli osoby, która może go zaatakować, skrzywdzić, jest w obozie przeciwnika w czasie wojny. Często w tym czasie M. wybuchał złością czy wręcz zachowywał się agresywnie podczas spotkań; powodem złości była długość spotkań (M. powtarzał, że chce, aby były one krótsze) albo trudność w znalezieniu odpowiedniej zabawki. Można pomyśleć, iż opisane powyżej zabawy i zachowania dziecka były wyrazem jego oporu. W świetle historii życia dziecka (nie tylko tej, którą terapeutka знаła w momencie rozpoczęcia pracy z nim, ale także tej, która stopniowo odsłaniała się w czasie analizy jego zabaw i wypowiedzi) lęk M. przed rezygnacją z mechanizmów obronnych i zmianą zachowania wydaje się bardzo zrozumiały. Jak dziecko wielokrotnie odrzucane i znów na krótko doświadczające bliskości; dziecko, które tak często przeżywało poczucie zagrożenia, mogło zaufać, mieć nadzieję, że terapeutka nie zachowa się wobec niego w podobnie odrzucający, zagrażający jego bezpieczeństwu sposób? I że nie zachowa się tak wobec niego każdy kolejny człowiek, który będzie próbował się do niego zbliżyć? Posługiwanie się agresją w zabawie i wyrażanie jej wprost wydawało się w tym kontekście skutecznym sposobem na to, by chłopiec czuł się bezpiecznie (to było przecież coś, co dobrze znał ze swojego życia). Rozumienie zabawy dziecka w wojnę tylko w kategorii oporu, niechęci do zmiany może być jednak nadinterpretacją. Metafora wojny, walki jest przecież jednym z ulubionych motywów w zabawach chłopców. W zabawie w wojnę znajdowało być może wyraz pragnienie M., aby być bohaterem, aby wypróbować własne siły.

Stopniowo, w czasie kolejnych spotkań, terapeutka zaczęła być przez M. obsadzana także w innych rolach (choć ciągle wracał w zabawach dziecka motyw wojny). M. mówił na przykład „pani będzie namiotem, do którego Indianin może się schować”, ale po chwili: „teraz pani będzie matką Indianina, taką starą Indianką. Matka jest pijana i nie patrzy, co syn robi, a syna tu atakują”, a w czasie innego spotkania: „Pani jest moim przyjacielem, ale nie potrafi walczyć, a jest wojna. Ja panią obronię”.

Ciężar trudnych przeżyć wyrażanych przez dziecko w zabawie (chłopiec pokazywał przecież siebie jako tego, który choć jest mały i sam bezbronny, broni swoją mamę; jest tak bardzo samotny; w nikim nie znajduje oparcia, a jednocześnie momentami pragnie wierzyć, że je otrzyma) przyczynił się do tego, iż terapeutka zaczęła myśleć o poszukiwaniu dla dziecka rodziny zastępczej i sama fantazjować o wyjściu ze swojej roli i otoczeniu dziecka opieką. Rozumienie tych myśli i uczuć terapeutki wyłącznie w kategorii przeciwprzeniesienia byłoby jednak uproszczeniem. Wydaje się, że nastawienie terapeutki zakorzenione było w rzeczywistości dziecka i płynącego z niej niepokoju, czy – z uwagi na traumatyczne doświadczenia chłopca – relacja terapeutyczna okaże się miejscem dla dającego nadzieję procesu reparacji. Nie można jednak wykluczyć, że terapeutka dała się ponieść tak zwanym fantazjom ratunkowym. Pragnienie uratowania pacjenta jest, jak pisze Gabbard, powszechne wśród osób, które decydują się zostać psychoterapeutami. „Wszyscy chcielibyśmy mieć bardzo pozytywny wpływ na życie naszych pacjentów, a niektórzy pacjenci poruszają w nas tak czułą strunę, że chcemy ich uratować, choćbyśmy musieli wyjść z czysto psychoterapeutycznej roli” (2011, s. 161). Zdaniem Gabbarda pewne rodzaje pragnień ratunkowych mogą zostać całkowicie niezauważone jako przejaw przeciwprzeniesienia, ponieważ tak bardzo współbrzmia z naszą wizją psychoterapeuty. Optymalnym sposobem radzenia sobie z fantazjami ratunkowymi jest, według autora, rozpoznanie ich w najwcześniejszej formie, zanim doprowadzą do przekroczenia granic terapii. Jeśli terapeuta ma ochotę wejść w rolę matki wobec pacjenta, powinien dostrzec, że grozi mu odegranie tej fantazji. Dzięki temu może później pomóc pacjentowi przejść przez konieczny proces żałoby związany z przyjęciem i zrozumieniem, iż nie wszystkie fantazje i potrzeby pacjenta można zaspokoić w relacji terapeutycznej. Na dłuższą metę zaspokajanie takich przeciwprzeniesieniowych fantazji może prowadzić do fałszywej nadziei, która, zdaniem autora, ostatecznie byłaby dla pacjenta jeszcze bardziej okrutna. Procesu żałoby nie wolno według Gabbarda pominąć. Prędzej czy później pacjent musi opłakać to, czego brakowało mu we wczesnym dzieciństwie i czego nie może otrzymać od psychoterapeuty.

Duże trudności emocjonalne chłopca, znajdujące wyraz także w jego fizycznej agresji wobec terapeutki, powodowały w terapeutce złość, a nawet poczucie, iż być może z dzieckiem nie uda się nawiązać ufnej, bezpiecznej więzi emocjonalnej, czy wręcz myśl o przedwczesnym zakończeniu terapii dziecka w obliczu braku poprawy, której wyrazem byłaby (według wychowawców dziecka i według niej samej) umiejętność wyrażania uczuć inaczej niż poprzez zachowania agresywne. Dodatkowo terapeutka tłumaczyła fantazje o przedwczesnym zakończeniu spotkań z M. trudnościami dziecka w posługiwaniu się językiem polskim. Rozumienie powyższych uczuć, myśli,

fantazji jako wyrazu przeciwprzeniesienia komplementarnego (czyli zgodnego z przewidywaniami chłopca) pozwoliło terapeutce pozostać w swojej roli i nie stać się dla chłopca ani zastępczą matką, ani osobą, która znowu go odrzuci. W tym miejscu warto podkreślić, że chłopiec doświadczył nie tylko odrzucenia przez rodziców. Doświadczenie bycia niechcianym powtarzało się w jego historii wielokrotnie, ponieważ z powodu swojej agresji M. nie był lubiany przez grupę dzieci w szkole ani w placówce opiekuńczej. Z niechęcią odnosiły się do niego w tamtym okresie także niektóre wychowawczynie, mówiąc, że najlepiej byłoby, gdyby dziecko było przeniesione do innej placówki lub długo przebywało w oddziale psychiatrii. Perspektywa psychodynamiczna pozwoliła terapeutce badać trudności dziecka w budowaniu więzi, odnosząc się do historii jego przeżyć.

Stopniowo w czasie spotkań coraz częściej pojawiał się motyw współpracy. Chłopiec z własnej inicjatywy chciał wspólnie z terapeutką sklejać model samolotu czy budować namiot. W czasie współpracy nadal wybuchał złością w momentach, kiedy czuł się niezrozumiany, było mu jednak łatwiej wyrażać tę złość inaczej niż przez zachowania agresywne. Coraz częściej także zamiast złości M. wprost okazywał smutek, żal z powodu poczucia opuszczenia przez osoby bliskie. A wtedy, w obliczu siły uczuć dziecka i jego cierpienia, każda interpretacja jego przeżyć wydawała się niewystarczająca i, co ważniejsze, nietaktowna – słowa interpretacji rodziły bowiem dystans i pozostawiały dziecko w jego samotności.

Korzystanie w pracy z M. z wyrażonej w podejściu psychodynamicznym wiedzy pomogło dziecku w pewnym stopniu w rozumieniu siebie oraz w rozwijaniu umiejętności wyrażania swoich trudnych przeżyć w sposób dla siebie i innych mniej raniący. W spotkaniach z dzieckiem to, co powszechne (teoria), spotykało się z tym, co wyjątkowe (historia dziecka, historia terapeutki, historia ich spotkania). W chwilach, kiedy dziecko mówiło o swoich najtrudniejszych przeżyciach, próby wyjaśnienia jego smutku rodziły jednak dystans, zagrażający mu doświadczeniem ponownego odrzucenia. Między możliwością mówienia a koniecznością milczenia, między działaniem a zaniechaniem działania toczy się proces terapii i trzeba wielkiej uważności, by nie przeoczyć chwil, w których terapeuta „jedynie troską może «otulić rzeczywistość», niemieszczącą się w pojęciu i niedochodzącą do słowa. Troska nie chce się niczego dowiedzieć. Ona jedynie znaczy obszar, który można, trzeba wypełnić sobą” (Opoczyńska, 2014).

## Uwagi końcowe

Czternastoletnia pacjentka od 1,5 roku zmagająca się z anoreksją, w trudnym dla niej momencie w terapii, tuż po tym, jak dzieliła się emocjami związanymi z samotnością i poczuciem odrzucenia, powiedziała: „Pracuję nad nową teorią:  $2 + 2 =$  nieskończoność. Rozumie pani? 2 jest częścią nieskończoności i drugie 2 także... więc wspólnie dają nieskończoność. I mnie, i panią można na nieskończenie wiele sposobów wytłumaczyć”. Słowa pacjentki przypominają, że ludzka indywidualność nie daje się zamknąć w przedmiotach naszego skończonego poznania, a szczególnie kontekst, w jakim padły, ujawnia, że próby zrozumienia tego doświadczenia mogą, wbrew intencjom, pozostawić dzielącego się swymi przeżyciami człowieka w jego samotności.

Psychoterapia nie może zastępować życia – iluzją życia, co czyni zawsze (przed czym przestrzegali Karl Jaspers, jeden z jej pierwszych krytyków), ilekroć redukuje rzeczywistość do tego, co może stać się przedmiotem poznania, a w konsekwencji świadomej, ukierunkowanej na cel aktywności (Jaspers, 1990). Toteż psychoterapeuta, chcąc pozostać na gruncie rzeczywistości (lub, jak mówią psychoanalitycy, w zgodzie z zasadą realności) musi rozwijać w sobie atmosferę gościnności dla tego, co go przerasta, wychodząc, mimo niepewności, na spotkanie temu, co w nim i w pacjencie nieskończone.

Wiele przemawia za tym, że tej trudnej sztuce gościnności dla nieskończonego i niepojętego, sztuce, w której terapeuci szkolić się powinni całe życie, przypisać można najważniejsze znaczenie dla spotkania pacjenta ze sobą rzeczywistym – sobą indywidualnym. Dzięki naszej gościnności dla historii, którą w sobie nosi, gościnności, chciałoby się powiedzieć, udzielonej w ciemno (bo znamy z niej co najwyżej tylko pierwsze zdanie), pacjent powraca do siebie. Po drodze spotyka to, co go przerasta: drugiego człowieka/terapeutę, i siebie, o których nie ma pojęcia. Początkowo się boi i dlatego ośmiela mieć nadzieję, że terapeuta poprowadzi za rękę i do celu. Szukając dróg wyjścia z niepewności, z czasem rozpoznaje w niej część swojej drogi, a godząc się z nią (bo nie jest pewne, czy na nią), sam staje się drogą. I odważa się iść, choć nie wie dokąd, „tędy tamtędy, dotrze, tak czy owak” (Nooteboom, 2012, s. 13). Terapeuta też tego nie wie i nie musi.

Psychoterapia jest drogą, a jako droga nie może prowadzić do celu, który znamy. Droga jest drogą, „niczym drogowskaz/ wskazuje dal,/ lecz w dali niknie” (Nooteboom, 2012, s. 13). Ci, którzy spotykają się na niej: pacjent i terapeuta, też są drogą. Ich drogi ani się na nich nie zaczynają ani nie kończą i trudno powiedzieć, o co w nich chodzi. Można natomiast powiedzieć tyle: ważne jest, że idąc, każdy swoją drogą, mogą po drodze spotkać drugiego, jak oni idącego drogą, jak ich własna bez pojęcia. Takie spotkania niekiedy

bywają źródłem siły. I trudno o nich nie pomyśleć, że są cudem: bo przecież mogło ich nie być, bo są prawie niczym, momentem, unikatowym, prawie-nigdy, oddalonym od nigdy i niczego tym drobnym słowem „prawie”. „Niechby tylko zabrakło tego «prawie», jednego włoska! To «prawie» jest bowiem światem i decyduje o wieczności (Jankélévitch, 2010, s. 355).

PS

„Indywidualności się nie tłumaczy. Jej się doświadcza. A skoro doświadcza, to jest się nią doświadczonym, dotkniętym, nieraz obolałym” (Opoczyńska, 2014, s. 144).

## Literatura

- Bion W.R. (2011). *Uczenie się na podstawie doświadczenia*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Bogusz K., Schier K. (2006). *Związek alergii dziecka z relacją emocjonalną dziecka z opiekunem*, przeł. D. Golec. Referat wygłoszony na Konferencji Polskiego Towarzystwa Lekarskiego „Postępy w zakresie Medycyny Psychosomatycznej”, Warszawa, 29 sierpnia.
- Brenman E. (2010). *Odzyskanie dobrego obiektu*, przeł. D. Korziuk. Kraków: Wydawnictwo Replika.
- Erikson E. (1959/2004). *Tożsamość a cykl życia*, przeł. M. Żywicki. Poznań: Zysk i S-ka.
- Freud Z. (1901/1987). *Psychopatologia życia codziennego*, przeł. L. Jekels, H. Iyanka. Warszawa: PWN.
- Gabbard G. (2011). *Długoterminowa terapia psychodynamiczna. Wprowadzenie*, przeł. W. Turopolski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzesiuk L. (1994). Zjawiska w psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankélévitch V. (2010). *Quoddité jest niezniszczalna. Nieodwołalność nieodwracalności*, przeł. M. Jastrzębiec-Mosakowski. W: S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Jaspers K. (1990). *Filozofia egzystencji*, przeł. D. Lachowska, A. Wołkowicz. Warszawa: PIW.
- Kępiński A. (2002). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Klein M. (1975/2007). *Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945*, przeł. D. Golec, A. Czownicka. Gdańsk: GWP.
- Kryształ H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 136–150.
- Lauveng A. (2008). *Byłam po drugiej stronie lustra*, przeł. E. Bilińska. Sopot: Smak Słowa.

- Lauveng A. (2009). *Niepotrzebna jak róża. Potrzeba normalności w chorobie psychicznej*, przeł. E. Bilińska. Sopot: Smak Słowa.
- Nooteboom C. (2012). *Hotel nomadów*, przeł. A. Oczko. Warszawa: W.A.B.
- Opczyńska M. (2002). *Róża wierszem niezawołana*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Opczyńska M. (2007). *Dialog Innych albo inne monologi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Opczyńska M. (2014). *Genealogie psychoterapii. Fragmenty dyskursu egzystencjalnego* (w przygotowaniu).
- Schier K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schier K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Segal H. (1981/2006). *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej*, przeł. D. Golec, G. Rutkowska, A. Czownicka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sikorska I. (2008). Ja cielesne w biegu życia. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Slater L. (2003). *Zapraszam do mojego kraju*, przeł. T. Bieroń. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sokolik Z. (1995). Psychoanaliza (ortodoksyjna i teorie relacji z obiektem). Neopsychanaliza. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Straś-Romanowska M. (1997). Hermeneutyka w psychologicznych badaniach jakościowych. W: A. Gałdowa (red.), *Hermeneutyka a psychologia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wasilewska M. (2008). Depresja jako ucieczka przed wyzwaniem dorosłości – refleksje terapeutyczne. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.