

Beata I. Morawska - Józwiak, Tomasz Sobów, Jonathan W. Britmann*
EWOLUCJA W SPOSOBIE ROZUMIENIA PRZECIWPZENIESIENIA
I JEGO OSADZENIE W NURTACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH
THE EVOLUTION IN THE WAY OF UNDERSTANDING COUNTERTRANSFERENCE
AND ITS EMBEDDING IN THE TRENDS OF PSYCHOTHERAPY
Zakład Psychologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska.

kierownik: dr hab. n. med. Tomasz Sobów

*Instytut Psychologii Klinicznej i Psychoterapii, Pruszków.

dyrektor: dr n. med. Jonathan Britmann

Streszczenie:

W artykule dokonano przeglądu sposobów rozumienia przeciwprzeniesienia w aktualnych nurtach psychoterapii, uwzględniając zmiany i różnice w jego definiowaniu. Świadomy własnych zjawisk psychicznych psychoterapeuta, może dokonywać analizy przeciwprzeniesienia w trakcie sesji, podczas opracowywania materiału ze spotkania oraz na superwizji, a materiał przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowy cechuje jedyna w swoim rodzaju przydatność do uzyskiwania zmiany w procesie psychoterapii. Autorzy artykułu zakładają, że doświadczanie przeciwprzeniesienia zachodzi niezależnie od paradygmatu, w którym psychoterapeuci lokują swą aktywność zawodową. Widoczne w poszczególnych nurtach psychoterapii różnice dotyczą nazywania tego zjawiska i znaczenia jakie przypisuje się przeciwprzeniesieniu w procesie zmiany. Zygmunt Freud w *The Future Prospects of Psychoanalysis* określił przeciwprzeniesienie jako przeniesienie analityka w reakcji na przeniesienie pacjenta [2], jako nieświadome i neurotyczne było uważane za niepożądane w psychoterapii. W latach pięćdziesiątych XX wieku uznano potrzebę poszerzenia definicji, określenia, czym są świadome i realistyczne reakcje terapeuty, nie będące odpowiedzią na przeniesienie pacjenta. Niniejszy artykuł podąża za ewolucją w rozumieniu pojęcia przeciwprzeniesienia i praktycznymi implikacjami tych zmian. Sposób zaprezentowania tego zjawiska zakłada jego obecność w procesach: emocjonalnych, poznawczych oraz somatycznych.

Summary

The article reviews the ways of understanding the countertransference in currents trends of psychotherapy, including the changes and differences in its definition. Conscious of his own psychic phenomena psychotherapist can analyze countertransference during the session, the descriptive stage of material of the session and on the supervision meeting, and material transference - countertransference is one of a kind to obtain changes in the process of psychotherapy. The authors this paper assumes that the experience of countertransference occurs regardless of paradigm, in which psychotherapists invest their professional activity. Visible in the various currents trends of psychotherapy differences, concern the naming of the phenomenon and the importance attributed to the countertransference in the process of change. Sigmund Freud in *The Future Prospects of Psychoanalysis* described the countertransference as the

transference of the analyst in response to the transference of the patient [2] as unconscious, neurotic was considered undesirable in psychotherapy. In the fifties of the twentieth century, recognized the need to broaden the definition to determine what the reactions of the therapist are: conscious, realistic and in response, not only to the transference of the patient. This article follows the evolution of the meaning of the concept of countertransference and practical implications of these changes. Way to presentation of phenomenon assumes the presence of this phenomenon in processes: emotional, cognitive and somatic.

Słowa kluczowe: psychoterapia, psychoterapeuta, przeciwprzeniesienie, relacja terapeutyczna

Key words: psychotherapy, psychotherapist, countertransference, therapeutic relationship

Wstęp

Psychoterapia będąca działaniem intencjonalnym, przywracającym pacjentowi dobrostan i zdrowie poprzez wpływ na psychikę, posiada kilka cech różniących ją od poradnictwa psychologicznego oraz innych form wsparcia.

Na plan pierwszy wysuwa się relacja terapeutyczna, na gruncie której powstaje sojusz terapeutyczny, kontrakt (setting) zawierający realistyczny cel oraz podmiotowość osoby pacjenta. Psychoterapię definiujemy uwzględniając obiekt oddziaływań, metodykę i konsekwencję w warstwie praktycznej oraz spójność i kompletność reguł teoretycznych [1]. Te ostatnie czynniki wyraźnie powiązane są z nurtem reprezentowanym przez terapeutę.

Początki psychoterapii odnajdujemy w medycynie silnie wplecionej w kontekst religijny, astrologii (w średniowieczu niezgodnej z nauką Kościoła), antropologii (założki odnajdujemy w starożytnych kulturach) oraz filozofii [1].

Proporcje w identyfikowaniu czynników wpływających na rozwój człowieka oraz przebieg jego dorosłego życia, są podstawą nurtu psychoterapeutycznego. Ten element kształtuje myślenie o istocie zaburzeń i procesie przywracania równowagi.

Nowożytna psychoterapia rozwinęła się na gruncie eksperymentów hipnotycznych Jeana Charcota (z badał i opisał zjawisko sugestii posthipnotycznej) oraz sformułowanej przez Zygmunta Freuda psychoanalitycznej teorii osobowości i pojęcia nieświadomości [1]. Do dziś psychoterapeuci korzystają z jego dorobku: interpretacji oporu pacjenta, metody katharsis, analizy marzeń sennych, wolnych skojarzeń, przejęzyczeń i pomyłek oraz przeniesienia. W centrum zainteresowania autorów niniejszego przeglądu znajduje się zjawisko przeciwprzeniesienia, które koncentruje uwagę na doświadczeniu terapeuty.

Znaczenie kontekstu relacyjnego akcentowane jest w poszczególnych nurtach psychoterapii w różnym stopniu. Niezależnie od tego, wspólnym dla wszystkich terapeutów wydaje się doświadczenie emocji związanych z sesją, pojawianie się skojarzeń, wspomnień i myśli oraz doznań płynących z ciała, których treść jest odbiciem wewnętrznego świata terapeuty oraz przestrzeni pacjent – terapeuta.

Znaczenie relacji psychoterapeutycznej w głównych nurtach teoretycznych

Opisy rozwoju, osobowości człowieka i istoty zaburzeń, pokazują złożoność i niejednoznaczność natury ludzkiej oraz procesów nią rządzących. Granice koncepcji wykorzystywanych w psychoterapii zacierają się poprzez wspólne korzenie oraz teoretyczne przenikanie. Niezależnie od teoretycznej zawartości nurtu, proces psychoterapii zawiera przenikające się aspekty: techniczny (strategie, interwencje) oraz relacyjny (postawy, emocje oraz sposób ich wyrażania) [2]. Wpływ aspektu relacyjnego jest trudniejszy do zdefiniowania oraz określenia jego wpływu na procesy i efekty psychoterapii. Możemy spotkać się z relacją terapeutyczną rozumianą jako:

- a) warunek wstępny, niezbędny do rozpoczęcia psychoterapii,
- b) podstawowy proces wywołujący zmianę lub
- c) źródło treści poruszanych podczas sesji [3].

Perspektywy widzenia relacji terapeutycznej czyli rola kontekstu, w jakim lokuje się przeciwprzeniesienie, zachęciła autorów niniejszego artykułu do przedstawienia różnic w spostrzeganiu relacji terapeutycznej w psychoterapii.

Rozwój psychoanalizy wzbogacił techniki uzyskiwania dostępu do zablokowanych doświadczeń, pragnień oraz uczuć pacjenta. Zaczęto analizować obrony stosowane przez pacjenta oraz wykorzystywać pole przeniesieniowo - przeciwprzeniesieniowe dla konstruowania interwencji, korygujących emocjonalne doświadczenia pacjenta.

Nurt psychoanalityczny stanowi zróżnicowany system w psychoterapii. Oprócz freudowskiej teorii popędów, analitycznych teorii Ego, psychoanalitycznej psychologii „ja”, popularność zyskała także teoria relacji z obiektem [2]. Wspólne pozostają założenia dotyczące mechanizmów obronnych, nieświadomych motywacji oraz struktur wykształconych we wczesnych etapach rozwoju. Centralną rolę pełni również relacja terapeutyczna, będąca środkiem do uzyskania pożądanej przez pacjenta zmiany. Na relację terapeutyczną składa się: sojusz roboczy (wyrażający porozumienie terapeuty i pacjenta co do celów i zadań pozwalających realizować cele terapii), rzeczywista relacja oraz konfiguracja przeniesienia („nierzeczywista” relacja) [2]. Tej ostatniej przypisuje się kluczowe znaczenie, stanowi bowiem źródło treści interpretowanych przez analityka. Przyjmowanie doświadczeń pacjenta oraz umiejętność „poznawczej obróbki” emocjonalnego materiału, stanowi wyzwanie i określa charakter aktywności psychoanalityka: *„...analityk łączy wolną uwagę z wolnymi reakcjami emocjonalnymi i nie postrzega swoich uczuć jako jakiś problem ponieważ są one zgodne ze znaczeniem, które on rozumie. Bardzo często jednak, emocje wzbudzone w nim są dużo bliższe sercu sprawy, niż jego rozumowanie, innymi słowy jego nieświadoma percepcja*

nieświadomego pacjenta jest ostrzejsza i bliższa niż jego świadoma koncepcja dotycząca sytuacji” [4, s. 29-30].

Postawa terapeuty psychoanalitycznego zawiera powściągliwość w gratyfikacji neurotycznych pragnień pacjenta. Doświadczana przez pacjenta frustracja eskaluje aż do kulminacyjnego punktu, czyli nerwicy przeniesieniowej. Interpretacja tego doświadczenia na sesji, pozwala pacjentowi uzyskać wgląd w genezę zniekształceń dominujących w jego relacjach, oraz przepracować je dzięki systematycznej analizie przeniesień.

Inne, niezbędne do uzyskania zmiany cechy terapeuty to: neutralność wobec stron konfliktów angażujących pacjenta oraz uważność i dociekliwość w obserwowaniu procesu pacjenta [2]. Poczucie odpowiedzialności i zaangażowanie terapeuty, coraz częściej definiowane jest także jako zdolność do empatycznego budowania rzeczywistej relacji, która wspomaga terapeutę w konstruowaniu strategii prowadzącej do zmiany.

Koncepcje poznawczo-behawioralne wywodzą się z teorii warunkowania Pawłowa, Skinnera i Hulla oraz z hipotez Wolpego, gdzie zaburzenia funkcjonowania rozumiano jako efekt uczenia się, stały wzorzec zachowania (w zależności od jego treści: nawyk ruchowy, emocjonalny lub myślowy) [5]. Koncentracja na zachowaniu i uwarunkowaniach środowiskowych ewoluowała włączając istotne dla samoregulacji zjawiska pośredniczące - procesy poznawcze i doświadczenia społeczne.

W latach sześćdziesiątych do psychoterapii poznawczo – behawioralnej wprowadzono wątki zaczerpnięte z psychologii społecznej. Kontekst interpersonalny wpływający na uczenie się i zachowania, skupił uwagę na relacji terapeutycznej jako czynniku uczestniczącym w modyfikacji patologicznych wzorców poznawczych i behawioralnych.

Rzeczywista relacja terapeutyczna w nurcie poznawczo – behawioralnym może być wykorzystywana na trzy sposoby: jako narzędzie zwiększające skuteczność stosowanych technik, źródło informacji na temat rzeczywistości pacjenta oraz sposób wywierania wpływu na zachowania i procesy poznawcze pacjenta [2]. Mimo, że terapeuci poznawczo – behawioralni nie upatrują w relacji terapeutycznej czynnika zmiany, coraz częściej używają jej do budowania pozytywnych oczekiwań wobec terapii, wzmocnienia zaufania do terapeuty oraz modyfikacji przekonań i reakcji pacjenta wobec terapeuty, co może zapoczątkować zmianę w relacjach interpersonalnych pacjenta, w jego naturalnym środowisku.

Elementem relacji terapeutycznej w opisywanym nurcie jest zaufanie, współpraca i motywacja pacjenta: *„Do listy cech ważnych w relacji terapeutycznej terapia poznawczo – behawioralna dodaje chęć współpracy (...). Z uwagi na fakt, że wielu pacjentów przychodzi na terapię, oczekując, że ich rola będzie bierna (proszę mnie doprowadzić do porządku), terapeuci często muszą zaznajomić pacjentów z oczekiwaniami wzajemnej współpracy”* [6, s. 18]. Terapeuta jest

jednoznaczny, aktywny i posługuje się konfrontacją wobec pacjenta, wskazując jego działania sabotujące zmianę, ale mimo swej dyrektywności na sesji, pozostawia pacjentowi decyzję co do zmiany.

Dzięki sukcesom Aarona Becka, Alberta Ellisa czy Alberta Bandury, racjonalno – emotywna terapia behawioralna (REBT), terapia poznawcza (CT) oraz terapia poznawczo - behawioralna (CBT), znajdują we współczesnej psychoterapii rzeszę zwolenników i naśladowców [7].

W latach czterdziestych XX wieku pojawił się **nurt humanistyczny** w psychoterapii, wyrażający sprzeciw wobec psychoanalitycznego i behawioralnego opisu natury ludzkiej oraz zaburzeń. Twórcy podejścia koncentrowali się na wartościach, sensie życia i autonomii jednostki ludzkiej: *„Podstawowym materiałem psychoterapii jest zawsze tego rodzaju ból egzystencjalny, a nie, jak się często uważa, stłumione instynkty czy nie dość dokładnie pogrzebane skorupy tragicznej przeszłości”* [8, s. 17].

Podejście fenomenologiczno-antropologiczne lub humanistyczno-egzystencjalne jest realizowane m.in. w teoriach: Rogersa (terapia skoncentrowana na osobie), Frankla (terapia sensu – logoterapia), Lainga (terapia egzystencjalna), oraz Perlsa (psychoterapia Gestalt).

Aktywny terapeuta dba o zasady współpracy, niedyrektywność i powściągliwość w diagnozach oraz interpretacjach, stymuluje klienta do samodzielności w poznawaniu siebie i korekcji postaw. Narzędziem zmiany są wybory oraz gotowość klienta do samorealizacji, w warunkach odpowiedzialności za swoje zachowanie, decyzje i przebieg terapii. Charakterystyczne jest stosowanie określenia „klient” zamiast „pacjent”. Sesja terapeutyczna jest spotkaniem „tu i teraz”, wymagającym od terapeuty umiejętności klaryfikacji wypowiedzi klienta, „odzwierciedlania” uczuć wyrażanych przez niego oraz gotowości do „zatracenia się” w rzeczywistości klienta.

W psychoterapiach humanistycznych wiodąca jest rzeczywista relacja, będąca celem samym w sobie, fundamentem kontaktu oraz czynnikiem rozwijającym świadomość klienta. Terapeuta tworzy atmosferę umożliwiającą zaistnienie zmiany terapeutycznej, a jest to możliwe dzięki „sprzyjającym warunkom” wymienionym przez Rogersa [9], czyli cechom terapeuty: empatii, spójności i zdolności do pozytywnego nastawienia. Empatia wymaga przyjęcia wewnętrznego systemu odniesienia klienta, spójność wymaga autentyczności w komunikacji z klientem, a bezwarunkowe, pozytywne nastawienie - różnicowania między wartością człowieka a jego zachowaniem. Stąd też istotne jest dostrzeżenie własnych reakcji oraz rozpoznawanie, czy odnoszą się one do rzeczywistości „tu i teraz”, czy też są echem przeszłości.

Na gruncie powyższych nurtów, wyodrębniły się autorskie interpretacje dorobku terapeutycznego. Ich realizację uwidaczniają wpływy psychoanalizy, podejścia humanistycznego czy poznawczo-behawioralnego. Jednoznaczne zaklasyfikowanie szkół psychoterapii byłoby uproszczeniem, jak choćby analiza transakcyjna Erica Berne'a (wpływy psychoanalizy) czy

programowanie neurolingwistyczne (inspirowane terapią Gestalt, podobieństwo metod do terapii behawioralnej). Bogactwo koncepcji odkrywają także terapie systemowe, m.in. model strukturalny, strategiczny oraz mediolański [10], będące odbiciem zmian społecznych po II wojnie światowej. Terapia systemowa zapoczątkowana przez Levy'ego, Minuchina i Spitzza [5], łączy patologię jednostki z zaburzonymi relacjami rodzinnymi. Inspiracją stała się teoria systemów Ludwiga von Bertalanffiego, mówiąca o cyrkularności oddziaływań elementów w systemie (osób w rodzinie) oraz dynamice, strukturze i mechanizmach samoregulujących, czyli przywracających homeostazę. Praca terapeutyczna odbywa się z udziałem całej dostępnej rodziny, która zyskuje miano „pacjenta”.

Obecny w psychoterapii eklektyzm dowodzi potrzeby poszukiwania i stosowania nowych perspektyw. Wzajemne przenikanie się inspiracji poszczególnymi nurtami, znajduje odzwierciedlenie także w tym artykule, poświęconym sposobom rozumienia przeciwprzeniesienia.

Rozwój pojęcia „przeciwprzeniesienie” w macierzystym nurcie

Analiza obron i przeniesień, badanie funkcji i mechanizmów ego oraz działania terapeutyczne uświadamiające przeżycia nieświadome, wyprzedzały analizę przeciwprzeniesienia, która jako narzędzie terapeutyczne psychoanalizy pojawiła się relatywnie późno. Sposób rozumienia tego zjawiska nie jest jednolity, podstawowe różnice dotyczą pojemności definicji oraz oceny użyteczności przeciwprzeniesienia (praca terapeutyczna z pacjentem o określonym rozpoznaniu) [5].

Zygmunt Freud określał przeciwprzeniesieniem nieświadomą odpowiedź terapeuty, będącą efektem nierozwiązanych konfliktów oraz aktualnych frustracji z życia osobistego terapeuty, przejawiającą się jako postawy, reakcje czy uczucia. Przeciwprzeniesienie uruchamiane relacją z pacjentem, miałyby więc takie samo odwołanie do osobistych doświadczeń, jak przeniesienie pacjenta. Freud u źródeł przeciwprzeniesienia upatrywał głównie problemy edypalne psychoterapeuty, który powinien mieć świadomość ich istnienia oraz eliminować je z psychoanalizy. Doświadczony klinicznie terapeuta, posiadający dostęp do analizy szkoleniowej oraz wiedzę na temat zjawisk towarzyszących procesowi psychoterapii, jest w stanie aktywnie przeciwdziałać wpływowi własnych procesów na przebieg pracy terapeutycznej z pacjentem, a tym samym realizować postulat Freuda.

Zmiana stanowiska wobec przeciwprzeniesienia w latach pięćdziesiątych XX wieku zrodziła wiele niejasności, przynosząc jednocześnie szersze i bardziej użyteczne spojrzenie na to zjawisko, dzięki czemu zaczęto traktować je jako narzędzie przydatne w terapii pacjentów z zaburzeniami głębszymi niż neurotyczne [5]. Perspektywę opisującą przeciwprzeniesienie jako świadome i nieświadome uczucia, reakcje cielesne i fantazje ujawniające osobowość psychoterapeuty,

określano mianem „totalnego” poglądu na przeciwprzeniesienie [2]. Uruchomiło to wątpliwości co do zakresu ujmowania zjawiska, trudno bowiem uznać, że przeciwprzeniesienie będąc jedną z form odpowiedzi terapeuty na kontakt z pacjentem, jest synonimem ogólnego określenia „reakcja”.

Szeroka definicja przeciwprzeniesienia zapoczątkowała dążenia do różnicowania reakcji terapeuty:

- a) świadomych, wynikających ze wspólnej rzeczywistości na sesji,
- b) nieświadomych odpowiedzi na przeniesienie pacjenta,
- c) pochodzących z przeszłych relacji terapeuty i jego nierozwiązanych konfliktów¹.

Relacja terapeutyczna posiada te same atrybuty, co każda relacja interpersonalna: zakłócenia, zafałszowania czy nadinterpretacje. Wszelkie reakcje terapeuty (w tym prowokowane przeniesieniem pacjenta), mogą być zniekształceniem komunikacji na skutek włączenia subiektywnego filtra. Wiedza ta podkreśla tylko znaczenie udziału terapeuty w procesie terapii własnej oraz superwizji. Podjęcie podczas własnej analizy tematu konfliktów i lęków, ułatwia nawiązanie kontaktu z własną nieświadomością i skutecznie przeciwdziała przypisywaniu ich pacjentowi [4].

W poszerzaniu pojęcia przeciwprzeniesienia uczestniczyła Paula Heimann, mówiąc o emocjach analityka indukowanych zachowaniem pacjenta [11]. W ten sposób aktywność terapeuty w formułowaniu konstruktywnej dla pacjenta interpretacji została wzbogacona o badanie jego własnych reakcji przeciwprzeniesieniowych, jako „najważniejszego narzędzia jego pracy”, badającego nieświadomość pacjenta [4].

Racker kontynuował ideę Heimann, wprowadzając określenie przeciwprzeniesienia zgodnego i komplementarnego [12], gdzie pierwsze z nich oznacza identyfikację terapeuty z subiektywnym stanem pacjenta lub jego reprezentacją self, natomiast przeciwprzeniesienie komplementarne – identyfikację z reprezentacją obiektu pacjenta, projektowanego na terapeutę.

Obecne w literaturze podziały reakcji przeciwprzeniesieniowych uzupełniają podstawowy model o rozróżnienie między przeciwprzeniesieniem chronicznym i ostrym oraz subiektywnym i obiektywnym. Chroniczne oznacza stałą tendencję terapeuty do reagowania na pacjentów w sposób wynikający z nierozwiązanych problemów, niezaspokojonych potrzeb lub tendencji. Przeciwprzeniesienie ostre natomiast, jest reakcją podyktowaną szczególnymi warunkami kontaktu, zmiennymi relacyjnymi i dotyczy określonych pacjentów [2]. Zarówno ostre, jak i chroniczne przeciwprzeniesienie zagrażające psychoterapii, musiało budzić obawy psychoterapeutów przed ujawnianiem jakichkolwiek emocji w stosunku do pacjenta. Dość dobrze sytuację tę oddaje interpretacja Heimann: „*stwierdzenie Freuda, że analityk musi rozpoznać i opanować swoje przeciwprzeniesienie, nie prowadzi do wniosku, że przeciwprzeniesienie jest czynnikiem przeszkadzającym i że analityk powinien stać się odłączony i bez uczuć, ale że musi, posługiwać się*

¹ ta część reakcji bywa też nazywana przeniesieniem własnym terapeuty (przyp. red.)

swoimi reakcjami emocjonalnymi jak kluczem do nieświadomości pacjenta. To ochroni go przed wchodzeniem jako ko-aktor na scenę” [4, s. 32].

Bliskie chronicznemu i ostremu przeciwprzeniesieniu jest pojęcie przeciwprzeniesienia obiektywnego i subiektywnego [2]. Powyższe rozróżnienia obrazują podział reakcji terapeuty na przewidywalne, będące efektem interpersonalnego stylu pacjenta (przeciwprzeniesienie obiektywne) oraz charakterystyczne dla danego terapeuty, czyli jego przeniesieniowe reakcje (przeciwprzeniesienie subiektywne). Uwzględniając pierwotną definicję, subiektywne przeciwprzeniesienie bliższe jest klasycznemu ujęciu, obejmującemu obecność przeniesienia pacjenta, jak i przeniesieniowe reakcje terapeuty.

Jeśli przyjmiemy, że projekcje pacjenta oraz wewnętrzne konflikty psychoterapeuty wchodzą w specyficzną interakcję w procesie terapeutycznym, zadaniem terapeuty byłoby odróżnienie tych komponentów od siebie. Wkład pacjenta w przeciwprzeniesienie może się zdecydowanie różnić, w zależności od jego psychopatologii. Przeciwprzeniesienie subiektywne jest charakterystyczne dla pacjentów neurotycznych, projektujących na terapeutę swoje wymagające superego. Przeciwprzeniesienie obiektywne oraz mechanizm identyfikacji projekcyjnej dotyczy natomiast pacjentów poważniej zaburzonych, na poziomie osobowości [11]. Przy tej okazji, warto wspomnieć o roli przeciwprzeniesienia w pracy terapeutycznej z pacjentami borderline. Projekcje kierowane wobec terapeuty, mogą w przeciwprzeniesieniu wywoływać szerokie spektrum reakcji. Wśród najczęstszych jest irytacja i złość, z konsekwencją w postaci poczucia winy wraz z fizjologicznymi komponentami, bezradność oraz lęk przed zatraceniem własnej tożsamości. Psychoterapeuci dostrzegają u pacjentów borderline prowokacje i skłonność do przekraczania granic settingu, ale też konfrontują się z własnymi reakcjami, odbiegającymi od przyjętych standardów: przedłużaniem sesji, odraczaniem opłat, ujawnianiem szczegółów z osobistego życia. Niekiedy przekraczanie granic bazuje na racjonalizacji, szczególnie w przypadku pacjentów grożących samobójstwem [11] lub ryzykownie okaleczających się. Terapeuci posługując się indukowanym wyobrażeniem pacjenta – ofiary, fantazjują na temat ratowania pacjenta i chcą zadośćuczynić jego dotychczasowym cierpieniom. Praca z pacjentami borderline bogato ilustruje przeciwprzeniesienie jako procesy poznawcze, emocjonalne, reakcje fizjologiczne oraz zachowania realizujące się podczas sesji i poza nią.

Analiza przeciwprzeniesienia pozwala doświadczyć rzeczywistości pacjenta psychotycznego, który nie jest w stanie werbalnie wprowadzić terapeuty w swój świat tak, jak czyni to pacjent neurotyczny. Psychoanalityk rozumiejący swoje przeciwprzeniesienie, rozpoznaje mechanizm identyfikacji projekcyjnej i jest w stanie pełniej dotrzeć do nieświadomości pacjenta. *„Polega to na krótkotrwałym zidentyfikowaniu się z pacjentem, a zatem doświadczeniu niejako od środka jego konfliktów i napięć (zjawisko, na które kładł nacisk Kohut nazywając je zastępczą*

introspekcją). *Jeśli przez chwilę poczujemy się tak, jak czuje się pacjent, znacznie wyraźniej zrozumiemy, dlaczego robi to, co robi i łatwiej go z tym zaakceptujemy. Ale żeby narzędzie to było skuteczne, musimy umieć dość jasno odgraniczyć to, co nasze, od tego, co zewnętrzne, przypisać uczucia sobie, pacjentowi, procesowi psychoterapii.*” [13, s. 117].

Ewolucja pojęcia przeciwprzeniesienia w psychoanalizie przebiegała od klasycznego, mówiącego o nieświadomej, niekorzystnej terapeutycznie, przeniesieniowej reakcji terapeuty na przeniesieniowy materiał pacjenta, do totalnego poglądu ujmującego przeciwprzeniesienie jako świadome i nieświadome, przeniesieniowe (będące funkcją nierozwiązanych trudności i konfliktów terapeuty) i nieprzeniesieniowe (racjonalne, obiektywne) cielesne, emocjonalne i poznawcze terapeuty odpowiedzi na przeniesieniowe i nieprzeniesieniowe funkcjonowanie pacjenta.

Aktualnie możemy przyjąć, że przeciwprzeniesienie jest reakcją terapeuty na przeniesieniowy i nieprzeniesieniowy materiał pacjenta [2]. Uzupełnienie tej definicji stanowi podział reakcji przeciwprzeniesieniowych wg Boucharda i wsp. [14] na 3 typy:

- a) obiektywno – racjonalne o neutralnym znaczeniu dla przebiegu psychoterapii, z obserwowującym, zdystansowanym terapeutą;
- b) reaktywne, będące obroną o negatywnym wpływie na proces psychoterapii;
- c) refleksyjne, korzystne dla terapeuty i pacjenta dzięki informacjom, jakich dostarcza oraz możliwości rozwijania wglądu.

Terapeuta dostrzegający i konfrontujący się ze swoimi przeciwprzeniesieniowymi uczuciami wobec pacjenta, poznaje pacjenta dzięki własnym doznaniom. Niedostrzeganie przeciwprzeniesienia, powoduje w konsekwencji opór pacjenta, zahamowanie, powierzchowność reakcji, aż do rezygnacji z psychoterapii.

Przykłady adaptacji przeciwprzeniesienia w praktyce psychoterapeutycznej

Opis poglądów dotyczących przeciwprzeniesienia w psychoanalizie, jest punktem wyjścia do rozwoju oraz zakorzeniania się przeciwprzeniesienia w szeroko rozumianej praktyce terapeutycznej. Podstawa teoretyczna zjawiska, znajdująca zastosowanie w terapii psychoanalitycznej ulegała przeobrażeniom, wkraczając w nowe obszary pracy terapeutycznej. Psychoterapeuci innych nurtów, zainteresowani znaczeniem swojej postawy, sposobu reagowania oraz roli w procesie terapeutycznym, mogli poszukiwać odmiennego języka opisującego doświadczenie kontaktu z pacjentem lub skorzystać z klasycznych podstaw. Poniżej zaprezentowano skromny, w obliczu wielości dostępnych opracowań, przegląd interpretacji, wskazujących na obecność przeciwprzeniesienia w rozważaniach, badaniach oraz praktyce klinicznej wykraczającej poza psychoanalityczne ramy.

Analiza transakcyjna, opisując aktywność społeczną posługuje się pojęciem 3 stanów ego: Dziecka, Dorosłego i Rodzica, zawierającymi zestaw wzorów zachowania. Stan ego Rodzica stanowi odbicie funkcjonowania (realizowanie określonych zachowań, poglądów, doświadczanie uczuć) rodzica lub innej, znaczącej dla rozwoju dziecka osoby. Stan ego Dorosłego pozwala na dokonywanie niezależnych ocen świata zewnętrznego, bezstronne podejmowanie decyzji czy wypowiadanie przekonań, natomiast stan ego Dziecka ilustruje motywy i reagowanie w sposób charakterystyczny dla okresu dzieciństwa [15]. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie w tym ujęciu, tożsame są z dialogiem między pacjentem a terapeutą prowadzonym w ramach „gier” [16]. Pacjent wg klasycznej definicji przeniesienia (kontakt z ważnymi obiektami w dzieciństwie), komunikuje się z pozycji Ja-Dziecko, na co świadomy występowania przeniesienia psychoterapeuta, reaguje z pozycji Ja-Dorosły. Tego rodzaju działanie ma stymulować u pacjenta stan ego Dorosłego, zamiast utrzymywać nieprzystosowane wzorce relacji z pozycji Dziecka. Autor twierdzi również, że „...*jeśli terapeuta podchodzi do swoich pacjentów w sposób głęboko empatyczny, to przeciwprzeniesienie jest w jakimś sensie nieuniknione, a może też niezbędne*” [16]. Argumentem podkreślającym użyteczność przeciwprzeniesienia, jest zdobycie wiedzy na temat wewnętrznego świata pacjenta, o ile terapeuta jest w stanie świadomie kontrolować stosowane przez siebie gry, służące własnym celom. Przykładem są „gry ratownicze” generujące protekcyjną postawę terapeuty, przekonanie o własnej wyższości, realizujące potrzebę dominacji [17]. Zyski tego rodzaju pomagają terapeutce zagłuszyć bezradność i bezsilność pojawiającą się, np. w reakcji na opór pacjenta. Tak przebiegająca psychoterapia, nie spełnia swojego podstawowego zadania – nie służy pacjentowi i z dużym prawdopodobieństwem zakończy się porażką.

Przykłady gier stosowanych przez terapeutów, zaobserwowane i wymienione przez J.A. Kottlera [18], są podporządkowane budowaniu autorytetu psychoterapeuty, realizującego swoją wizję terapii, maskowaniu rzeczywistego kontaktu z pacjentem lub ochronie terapeuty poprzez odsuwanie odpowiedzialności terapeuty za brak efektów psychoterapii. Im częściej realizowane, tym bardziej potwierdzają istnienie trudnych dla terapeuty odpowiedzi przeciwprzeniesieniowych. Gry transakcyjne znajdują potwierdzenie w nieudanych terapiach oraz pracy z tzw. „trudnymi pacjentami”. Elementem determinującym występowanie gier transakcyjnych w relacji terapeutycznej jest Trójkąt Dramatyczny [19], wskazujący na interakcje ról Prześladowcy, Ratownika (Wybawcy) oraz Ofiary. Podłożem gier stosowanych przez terapeutów są obiegowe przekonania dotyczące ról, ale przede wszystkim osobiste doświadczenia docierające do potrzeb, uczuć i przekonań opisujących ważność terapeuty jako osoby. Szczególnie istotne są przeniesienia, na które terapeuta rezonuje komplementarnym przeciwprzeniesieniem, realizując tę samą grę [20]. Prawdopodobieństwo występowania gier jest większe na początku terapii, a ich znaczenie słabnie z czasem. Na tę dynamikę wpływa precyzyjne sformułowanie kontraktu oraz gruntowna wiedza

terapeuty z zakresu analizy transakcyjnej wzbogacana doświadczeniem. Uczciwe przyglądanie się swojej postawie na sesji, udział w superwizji ułatwiającej uzyskiwanie świadomości realizowanych gier oszczędza energię i zwiększa skuteczność pracy terapeuty.

Również terapia systemowa, na przykładzie szkoły postmediolańskiej L. Boscolo i G. Cecchina, posługuje się niezbędną w procesie psychoterapii identyfikacją gier i zasad panujących w rodzinie. Stawianie hipotez, cyrkularność i neutralność stanowią podstawowe zasady prowadzenia sesji psychoterapii rodzinnej. W oparciu o informacje, które psychoterapeuta posiada na danym etapie psychoterapii, stawia on systemową hipotezę funkcjonalną - użyteczną niezależnie od tego czy jest prawdziwa czy nie, obejmującą wszystkich członków rodziny oraz poprzednie pokolenia. Jego rola skupia się na znalezieniu punktu węzłowego, którego zmiana spowoduje zmianę całego systemu. Gry rodzinne mogą trwać dzięki lojalności każdego członka. Charakterystyczne jest, że gra jaka toczy się wewnątrz rodziny, ma miejsce również między członkami rodziny a terapeutą. Zjawisko tego rodzaju opisuje Gianfranco Cecchin, na przykładzie zespołu terapeutycznego, który powtarza wzory rodziny, zmienia je, gdy zyskuje tego świadomość (po interwencji superwizora), tym samym zyskuje możliwość wykorzystywania tego, jako elementu interwencji wobec rodziny. „...Terapeuci nie tylko odpowiadali, poprzez imitowanie wzorców klienta, ale także w sposób osobisty. Każda osoba ma swój szczególny sposób reagowania na agresję, depresję, na sytuację wykorzystywania jednej osoby przez drugą, na sytuację, w której jest się stawianym w roli ofiary, na uwodzenie itd. W gruncie rzeczy, terapeuta odpowiada w swoim własnym stylu, w sposób zależny od tego, jak spostrzega sytuację i poprzez własne uprzedzenia i stronniczość” [21, s. 37]. Naturalna skłonność do reagowania w oparciu o własne doświadczenia z ludźmi, pojawia się na sesji psychoterapii. Cecchin uważa, że zarówno elastyczność terapeuty i gotowość do konfrontowania własnych wyobrażeń z innymi, jak i sztywna obrona własnego stanowiska, może być wykorzystywana w terapii. Dzieje się to poprzez nazywanie swoich reakcji (uczuć, tendencji) oraz formułowanie wobec klienta pytań, np. o podobieństwa w sposobie takiego reagowania wobec innych, znanych mu osób, znaczenie sposobu reagowania terapeuty i możliwego wpływu na zmianę w toku terapii. Spożytkowanie emocjonalnych, poznawczych i fizykalnych odpowiedzi terapeuty staje się możliwe i szczególnie cenne poprzez świadomość ich obecności oraz źródeł. Znaczenie tak rozumianego przeciwprzeniesienia w terapii systemowej opisują słowa Cecchina: „Gdy uznajemy istnienie obiektywnej rzeczywistości, myślimy, że to co widzimy, jest niezależne od nas jako obserwatorów. Nasz sposób obserwowania jest wówczas niedostatecznie wykorzystany. Tymczasem jeśli będziemy stale poddawać refleksji zniekształcenia pacjenta i własne, będziemy tworzyć dynamiczną interakcję, która wykracza poza problem neutralności czy społecznej kontroli” [21, s. 39].

Bliskie poglądom Cecchina są prezentowane przez konstrukcjonistów – w pracy z rodziną nie jest możliwy obiektywizm. Terapeuta buduje własną wersję rzeczywistości, wspartą na indywidualnych systemach przekonań [10]. Jest to kolejny przykład, który wprawdzie wprost nie mówi o przeciwprzeniesieniu, ale wyraźnie rysuje kontekst subiektywnego filtra, jakim posługują się terapeuci pracujący z rodzinami.

Zaskakujący wydaje się sposób rozumienia i wykorzystania przeciwprzeniesienia w psychoterapii poznawczej. Wbrew potocznemu przekonaniu o zaniechaniu aspektu relacyjnego jako źródła informacji o pacjencie, terapeuci poznawczy wykorzystują zarówno przeniesienie jak i przeciwprzeniesienie, szczególnie w pracy z pacjentami, których zaburzenia przyjmują poważniejsze formy.

Rozpatrując punkt widzenia psychoterapii poznawczej dla relacji terapeutycznej, warto pamiętać o języku społecznej psychologii poznawczej, opisującym zjawiska będące źródłem zaburzeń psychicznych. Przykładem jest koncepcja schematów relacyjnych, które wyznaczają reprezentację Ja, reprezentację Ty oraz wzorzec interakcji między Ja i drugą osobą tzw. skrypt interpersonalny [20]. Skrypt jest ściśle związany ze sposobem przewidywania przebiegu relacji z innymi ludźmi i nastawieniem wobec tego kontaktu. Psychoterapia poznawcza skupia się na dysfunkcjonalnych założeniach (przekonaniach pośredniczących), ze względu na ich wpływ na przetwarzanie informacji, formowanie postaw oraz doświadczanie emocji. Przeniesienie jest automatycznie aktywizowaną i wykorzystywaną reprezentacją umysłową osoby ważnej, w procesie interpretowania zachowań osoby nowo poznanej, co jest zjawiskiem powszechnym i jako takie nie nosi znamion patologii [22], natomiast jego treść, sztywność oraz emocjonalne i społeczne skutki, określają znaczenie przeniesienia dla konkretnej osoby.

Podczas sesji psychoterapii, pacjent prezentuje specyficzne przekonania na temat osoby terapeuty, ich źródłem może być wzbudzona reprezentacja psychiczna ważnej osoby z przeszłości pacjenta [23]. Jeśli terapeuta nie zrozumie, nie rozpozna treści przeniesienia i potwierdza schematy prezentowane przez pacjenta, jego praca skazana jest na niepowodzenie – odtwarza bowiem zaburzony model funkcjonowania pacjenta w relacjach interpersonalnych. Jest to jedna z przyczyn, dla których proces terapii nie postępuje w oczekiwanym tempie.

Innymi czynnikami wpływającymi na pojawienie się oporu ze strony pacjenta jest: spostrzeganie zmian będących efektem terapii, jako zagrażających osobom bliskim pacjentowi, wtórne zyski z prezentowanych objawów oraz spostrzeganie swojej roli w psychoterapii przez pryzmat poddawania się wpływowi terapeuty. Po stronie psychoterapeuty, oprócz reagowania zgodnego z przeniesieniem pacjenta, niedokładne sformułowanie kontraktu oraz dysfunkcjonalne przekonania terapeuty dotyczące siebie w roli terapeuty, sposobu prowadzenia psychoterapii, cech pacjenta lub natury świata i ludzi [23]. Oczywiście ogromne znaczenie ma etap kształcenia na jakim jest

terapeuta, jego doświadczenie zawodowe i bieżące trudności dnia codziennego. Zasadniczą rolę pełni jednak zachowanie pacjenta stanowiące katalizator dla schematów poznawczych terapeuty, zawierających jego osobiste doświadczenia.

W psychoterapii poznawczej, podobnie jak w innych nurtach pojawia się postulat uważności na uczucia i myśli generowane przez pacjenta w werbalnym i niewerbalnym przekazie. Świadome doświadczanie kontaktu z pacjentem stanowi źródło wiedzy na temat automatycznych myśli i negatywnych przekonań osób pozostających w relacji terapeutycznej. Aktywność terapeuty powinna charakteryzować się koncentracją na werbalnych i niewerbalnych sygnałach emitowanych przez pacjenta oraz samoobserwacją.

Dla terapeuty, sygnałem o aktywowaniu własnych schematów w relacji z pacjentem jest przekraczanie granic przez terapeutę w stosunku do pacjenta lub przyzwolenie terapeuty na analogiczne zachowanie pacjenta [24]. W tych przypadkach najczęściej mamy do czynienia ze schematami poświęcania siebie, poszukiwania aprobaty, bezwzględny standardami wobec siebie i/lub innych osób. Innym, subtelnym sygnałem jest brak zaangażowania terapeuty w kontakt z pacjentem. Schemat tłumienia emocji lub deprywacji emocjonalnej będzie determinował zachowanie terapeuty: nadmierne teoretyzowanie czy wyrażanie krytyki wobec pacjenta za okazywanie emocji na sesji. Punktem wyjścia do oceny takich zachowań jest wewnętrzny schemat terapeuty, przekonania stanowiące motyw do prezentowania określonej postawy, a nie świadomie stosowane strategie terapeutyczne.

Psychoterapia fenomenologiczno – egzystencjalna dzięki relacji terapeuta – pacjent „tu i teraz”, wzbogaca pojęcie przeciwprzeniesienia o doznania płynące z ciała. Autorzy niniejszego przeglądu uznali za wartościowe spojrzenie poza psychoterapię skoncentrowaną na procesach psychicznych i wykorzystali przykłady mówiące o somatycznych manifestacjach przeciwprzeniesienia.

Inspiracją na tym polu stała się fenomenologia percepcji Merleau – Ponty’ego, odrzucająca kartezjański dualizm [25]. Ciało terapeuty, jako receptor może dostarczać informacji o rzeczywistości pacjenta i znaczeniu relacji z terapeutą, podobnie jak każdy inny przeciwprzeniesieniowy materiał (uczucia, skojarzenia czy myśli). W wykorzystywanym przykładzie, Robert Shaw odwołuje się do doświadczeń Fielda, stosującego określenie „ucieleśnione przeciwprzeniesienie”, Samuela, Radley oraz Mathew mówiących o „somatycznym przeciwprzeniesieniu” a także koncepcji Rowana, wzbogacającej rozumienie przeniesienia i przeciwprzeniesienia o pojęcie „wiązań” jako formę somatycznej empatii, cielesnego komunikowania się ciał.

Shaw badał terapeutów reprezentujących głównie nurt humanistyczny. Do analizy doznań somatycznych wykorzystano grupy dyskusyjne i indywidualne wywiady. Reakcje płynące z ciał

badanych terapeutów, miały różne nasilenie, zaznaczała się tendencja do koncentrowania uwagi na doznaniach niekomfortowych, mogących akcentować trudne momenty w procesie psychoterapii. Również jakość relacji terapeutycznej odzwierciedlała się w reakcjach cielesnych terapeutów, którzy wyraźniej rejestrowali doznania somatyczne w relacjach, które bardziej angażowały ich emocjonalnie.

Wyniki umożliwiły wyprowadzenie wniosków, mówiących o istnieniu cielesnego wymiaru procesu psychoterapii i relacji terapeutycznej, niezależnie od prezentowanego nurtu. Nie potwierdziły się hipotezy dotyczące większej świadomości ciała u terapeutów humanistycznych. Interpretowanie własnych odczuć przez pryzmat psychoterapeutyczny umożliwia konstruowanie hipotez na temat pacjentów dla konkretnej relacji i zdaniem autora badań, nie można ich uogólniać. Doznania opisywane przez badanych terapeutów pochodzą z ich ciała, a nie z ciała pacjentów.

Innym przykładem prób eksploracji zjawiska somatycznego przeciwprzeniesienia są badania opisane przez Booth, Trimble'a oraz Egana [26]. Autorzy korzystali z opisów przeciwprzeniesienia wyrażonego na cztery sposoby: uczuć będących odpowiedzią na klienta, fantazji podczas sesji terapeutycznej lub po jej zakończeniu, marzeń pośrednio lub bezpośrednio odnoszących się do klienta oraz zachowań obejmujących pobudzenie fizycznych doznań [27]. Doznania somatyczne mogą być pomocne w rozumieniu procesów nieświadomych, ludzkie narządy posiadają bowiem zdolność reagowania na treści, nawet jeśli są prezentowane podprogowo [28]. Zaangażowanie terapeuty w sesję wiąże się z polisensorycznym doświadczaniem relacji a odzwierciedlanie jako narzędzie terapeutyczne może indukować ucieleśnione przeciwprzeniesienie.

Booth, Trimble oraz Egan wykorzystali skalę „Egan i Carr Body-Centred”, skonstruowaną na bazie Inwentarza Symptomów Urazu TSI [29]. Badania poświęcone były wykazaniu częstotliwości występowania objawów ucieleśnionego przeciwprzeniesienia u przedstawicieli różnych orientacji terapeutycznych. Symptomami najczęściej doświadczanymi u ponad 50% osób badanych było: napięcie mięśni, senność, ziewanie, płaczliwość, nagłe zmiany w ciele i bóle głowy. Najrzadziej pojawiające się objawy, to dolegliwości bólowe narządów płciowych (2%), podniecenie seksualne 11% i drętwienie 15%. Mniej niż 15% badanych zgłosiło występowanie tych objawów w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, nikt z badanej populacji nie doświadczał ich „często”.

Mimo uwzględnienia szczegółowych zmiennych demograficznych w poddanej badaniu populacji, nie stwierdzono istotnych zależności między doświadczaniem ucieleśnionego przeciwprzeniesienia a tymi zmiennymi. Zyskiem z badań jest niewątpliwie wykazanie możliwości mierzenia ucieleśnionego przeciwprzeniesienia metodą ilościową. Otwarta natomiast pozostaje kwestia normalizacji reakcji przeciwprzeniesieniowych, jako zabieg zwiększający skuteczność psychoterapii. Z pewnością napięcie mięśniowe ucieleśniające przeciwprzeniesienie, może być

inspiracją do badań częstotliwości, z jaką zjawisko to doświadczane jest przez terapeutów, w celu zminimalizowania negatywnego wpływu na ich samopoczucie.

W tej części przeglądu, nie sposób pominąć perspektywę analizy bioenergetycznej Aleksandra Lowena, który podobnie jak Freud, stał na stanowisku, że przeciwprzeniesienie jest echem historii terapeuty [30]. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie wykraczają poza procesy natury czysto psychologicznej, ujawniają się na sesji w postaci zjawisk psychosomatycznych, a zignorowanie ich stanowi zagrożenie dla psychoterapii.

Zjawisko fizjologicznego rezonansu stanowi podstawę empatii i jest oparte na funkcjonowaniu tzw. neuronów lustrzanych oraz procesie fizycznej wymiany na poziomie molekularnym. Realizowane od lat '90 badania z dziedziny neurobiologii, psychologii emocji i psychologii rozwojowej (szczególnie w zakresie teorii przywiązania) wskazują, że rozumienie relacji interpersonalnych opiera się na nieświadomym i niezwerbalizowanym kontakcie.

Na tym fundamencie opiera się również współczesna praktyka terapeutyczna Vity Heinrich-Clauer [31]. Podstawową psychoterapii somatycznej jest bioenergetyczna interpretacja ciała (obserwacja, zadawanie pytań pacjentowi, dotykanie mięśni), w której manifestuje się osobisty, subiektywny rodzaj diagnostyki. Budowanie somatycznej przestrzeni w relacji terapeutycznej odbywa się poprzez percepcję fizjologicznych odczuć. Ciało terapeuty reaguje na fizyczną rzeczywistość pacjenta, ujawniając odczucia i reakcje związane z temperaturą, głodem, napięciem czy poziomem energii, które ujawniają bezpośrednio niewerbalny materiał pacjenta. Pacjent nie bierze odpowiedzialności za doznania będące udziałem terapeuty, często jednak odczuwa ulgę, gdy sposób reagowania terapeuty pasuje do jego wyobrażeń lub spostrzeżeń, które ma wobec siebie. Terapeuta poszukuje źródeł problemu, zapoczątkowuje budowanie więzi z pacjentem i uruchamia proces terapeutyczny. Rezonans z nieświadomym materiałem pacjentów może stanowić ryzyko dla psychicznego i fizycznego zdrowia. Częste doświadczanie przez autorkę uczuć pochodzących od pacjentów, wyczerpanie po sesji czy uleganie pacjentom, trwało do czasu, gdy wraz z praktyką w zawodzie, nabrała pewności siebie i wyznaczyła wyraźne granice. Zaufanie własnym spostrzeżeniom i cielesnemu rezonansowi jest narzędziem wyjścia z tego niebezpieczeństwa – należy używać go jako katalizatora na potrzeby procesu terapeutycznego. Heinrich-Clauer nie precyzuje natury narzędzia, którym się posługuje. Prezentowane doświadczenia terapeuty można rozpatrywać jako:

- a) somatyczny rezonans na rzeczywistość pacjenta, gdzie terapeuta jest swoistym detektorem blokad emocjonalnych i energetycznych pacjenta;
- b) przeciwprzeniesienie w klasycznym sensie akcentującym biograficzny materiał terapeuty;
- c) wyraz nieumiejętnej praktyki terapeuty, braku doświadczenia, trudności i niepewności dotyczącej podejmowanej na sesji aktywności.

Techniki niewerbalne wykorzystywane terapeutycznie tworzą odrębną, coraz bardziej popularną formę kontaktu z pacjentem. Ma ona szczególne znaczenie w zakresie obustronnego transferu emocjonalnych obciążeń, wymykających się świadomej kontroli poprzez niewerbalny charakter komunikacji. Psychoterapia bazująca na pracy z ciałem przyjmuje założenia dotyczące relacji terapeutycznej, którą można do pewnego stopnia ustanowić niewerbalnie, poprzez dostrojenie do cech ruchu pacjenta. Ruch jako symboliczny język może odzwierciedlać procesy zachodzące w nieświadomości, a improwizacja ruchowa pozwala pacjentowi eksperymentować z nowymi sposobami reagowania [32].

Literatura odnosząca się do terapii poprzez ruch (DMT-Terapia Tańcem i Ruchem) [33], nie przyjmuje jednoznacznego stanowiska wobec źródeł przeciwprzeniesienia, a ukazuje rozłączne koncepcje przeciwprzeniesienia, konceptu somatycznego przeciwprzeniesienia oraz ich rolę w relacji terapeutycznej. Ciało i ruch jest podstawą komunikacji a przeciwprzeniesienie somatyczne narzędziem ułatwiającym zdobycie informacji o pacjencie oraz zarządzanie dynamiką sesji w procesie terapeutycznym. Rola tradycyjnie rozumianego przeciwprzeniesienia, a co za tym idzie historycznego materiału terapeuty jest wyraźnie zredukowana.

Wnioski

Z zaprezentowanego przeglądu sposobów rozumienia przeciwprzeniesienia, wyłania się obraz zjawiska, które mimo poświęconej mu uwagi, w ocenie autorów nadal pozostawia szerokie pole do interpretacji.

Niezależnie od paradygmatu terapeutycznego, psychoterapeuci doświadczają treści o charakterze poznawczym (myśli, wspomnień, skojarzeń), emocjonalnym i cielesnym. To samo zjawisko opisywane jest w kategoriach procesów harmonizujących z założeniami teoretycznymi nurtu: schematów poznawczych, zniekształceń w spostrzeganiu relacji „tu i teraz” lub nieświadomych matryc w relacjach.

Uwzględniając ujęte w niniejszym tekście opracowania, można sformułować kilka hipotez dotyczących doświadczania relacji przez terapeutę. Pierwsza z nich, o najbardziej ugruntowanej pozycji, bezpośrednio odwołuje się do klasycznego rozumienia przeciwprzeniesienia jako reakcji terapeuty, będących obrazem jego konfliktów, w formie materiału przeniesieniowego. Takie rozumienie kieruje naszą uwagę w stronę subiektywnej rzeczywistości terapeuty, jego relacji i doświadczeń z przeszłości, zapisanych na poziomie poznawczym (przekonań, myśli, skojarzeń) i emocjonalnym wraz z somatycznym komponentem.

Szerokie rozumienie przeciwprzeniesienia, zwane „totalnym”, obejmowało wszystkie świadome i nieświadome uczucia, reakcje cielesne i fantazje, które ujawnia osobowość psychoterapeuty wobec przeniesieniowego i nieprzeniesieniowego materiału pacjenta. Taka interpretacja może wydawać się

zbyt pojemna, jako synonim całokształtu reakcji terapeuty na pacjenta. Rzadko spotykane są określenia: przeciwprzeniesienie chroniczne i subiektywne, wyrażające stałą skłonność terapeuty do reagowania swoim materiałem przeniesieniowym oraz przeciwprzeniesienie ostre i obiektywne będące funkcją indywidualnego stylu pacjenta i warunków kontaktu. Aktualnie najczęściej przyjmuje się, że przeciwprzeniesienie terapeuty jest reakcją na przeniesieniowy i nieprzeniesieniowy materiał pacjenta.

Reakcje terapeuty na nieprzeniesieniowe komunikaty pacjenta, prezentują się jako mniej przydatne w procesie psychoterapii, akcentujące niewielkie doświadczenie w pracy, wykazujące konieczność terapii własnej psychoterapeuty oraz udziału w profesjonalnej superwizji. Zdecydowanie cenniejsze są odpowiedzi terapeuty na materiał przeniesieniowy pacjenta, będący wyrazem jego subiektywnej rzeczywistości i charakteru problemów. Dzięki analizie treści przeciwprzeniesienia, terapeuci mogą uzyskiwać orientację w zakresie psychopatologii pacjenta [11], być może uda się również, potwierdzić to empirycznie [34].

Aspekt somatyczny przeciwprzeniesienia wydaje się być najmniej poznany. Organizm jest fizjologicznie powiązany z reakcjami emocjonalnymi i uczuciami, silne przeżycia terapeuty, aktywowane poprzez przeniesienie pacjenta, z całą pewnością dają odpowiedź w ciele terapeuty. Z zaprezentowanych opracowań poświęconych somatycznemu aspektowi przeciwprzeniesienia, wyłania się obraz współbrzmienia terapeuty i pacjenta na poziomie somatycznym, jako reakcji niezależnej od konfliktów, nierozwiązanych problemów i doświadczeń terapeuty, będącej funkcją jego empatycznego stylu budowania relacji.

Brakuje metodologicznie i empirycznie uzasadnionych dowodów na interpretowanie cielesnych reakcji terapeuty jako odbicia sposobu, w jaki na pacjenta reagują ludzie w jego naturalnym środowisku. Ten punkt widzenia stawia ciało terapeuty w roli narzędzia kodującego informację o społecznych relacjach pacjenta. Powyższa hipoteza wydaje się nawiązywać do sformułowanego przez Winnicotta pojęcia przeciwprzeniesienia obiektywnego, w somatycznym wydaniu tego fenomenu. Otwarta pozostaje kwestia, czy dostępne narzędzia intuicyjne, emocjonalne, poznawcze i somatyczne, mogą stać się instrumentem do wyciągania reprezentatywnych wniosków dotyczących rzeczywistości pacjenta oraz jak kształtować warunki, które mogłyby to umożliwić.

Niniejszy przegląd stanowi dla autorów wstęp do eksploracji tematu, szczególnie w zakresie uzyskiwania poprzez somatyczne, poznawcze i emocjonalne doznania terapeuty informacji na temat psychopatologii pacjenta oraz jego społecznej rzeczywistości.

Piśmiennictwo:

1. Janus D. *Historyczne początki psychoterapii. Psychoterapia w teorii i w praktyce*. Psychologia.net.pl portal psychologiczny http://psycho.home.pl/public_html/portal/artukul.php?level=269 (dostęp 30.05.2014).

2. Gelso CJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
3. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
4. Heimann P. *On counter-transference*. Int J Psychoanalysis, 1950; 31:81-84.
5. Grzesiuk L. *Psychoterapia teoria*. cz.1, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2005.
6. Padesky CA, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
7. Ellis A. *Terapia krótkoterminowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
8. Yalom ID. *Kat miłości*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.
9. Rogers CR. *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Thesaurus – Press, Wrocław 1991.
10. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
11. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline*, Wyd. Imago, Gdańsk 2011.
12. Racker H. *Transference and Countertransference*, Karnac, London 1982.
13. Miłska-Wrzościńska Z. *Psychoterapia indywidualna w poszukiwaniu zasad uniwersalnych czyli o nowym konserwatyzmie* w: Santorski J. *Ciało i charakter: diagnoza i strategię w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej. Antologia (wybór i opracowanie)*. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1995.
14. Lecours S, Bouchard M, Normandin L. Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*. 1995; 12(2): 259-279. <http://psycnet.apa.org/journals/pap/12/2/259/>
15. Berne E. *W co grają ludzie? Psychologia stosunków międzyludzkich*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994.
16. Jagieła J. *Psychologiczne gry transakcyjne jako pułapki w procesie psychoterapii*. Wystąpienie na Konferencji Naukowej: *Gry i symulacje jako przedmiot i metoda badań w naukach społecznych*, Collegium Civitas, Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 29-30.11.2008r. <http://www.eat.ajd.czest.pl/uploads/images/jagiela1/Jagiela-1.html>
17. Suchańska A. *Trójkąt dramatyczny i gry ratownicze*. w: Santorski J, *ABC psychologicznej pomocy*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 1993.
18. Kottler JA. *Opór w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
19. Karpman S. *Drama Triangle Script Drama Analysis*. *Transactional Analysis Bulletin*, 1968; 7(26): 39-43. <http://karpmandramatriangle.com/pdf/DramaTriangle.pdf> (dostęp 04.07.2014)
20. Antons K. *Helf oder Lieben? Trennung und Scheidung in psychosozialen Berufen*. Reinbek, Rowohlt Verlag, 1987.
21. Cecchin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Collegium Medium UJ, Kraków 1995.
22. Andersen S, Berenson K. *Spostrzeganie, uczucia i pragnienia – rola poprzednich związków w obecnych relacjach interpersonalnych*. w: Forgas J, Williams K, Wheeler L. red. *Umysł społeczny. Poznawcze i motywacyjne aspekty zachowań interpersonalnych*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2005.
23. Chrzastowski S. *Sposób ujmowania relacji terapeutycznej w psychoterapii poznawczej*. *Psychoterapia*. 2007; 1(140): 15-25.
24. Eshkol R, Bernstein DP, Young J. *Psychoterapia skoncentrowana na schematach*, Wyd. Zielone Drzewo IPZ PTP Warszawa, 2011.
25. Shaw R. *The embodied psychotherapist: an exploration of therapist' somatic phenomena within the therapeutic encounter*. *Psychother Res*. 2004; 14: 271-288.
26. Booth A, Trimble T, Egan J. *Body-centred. Counter-Transference in a Sample of Irish Clinical Psychologist*. *The Irish Psychologist*. 2010; 36(12): 284-289.
27. Field N. *Listening with the body: An exploration in the countertransference*. *Br J Psychotherapy*. 1989; 5: 512-522.

28. Foroni F, Semin GR. *Language that puts you in touch with your bodily feelings: The multimodal responsiveness of affective expressions*. Psychological Science. 2009; 20(8): 974–980.
29. Briere J, Elliott DM, Harris K, Cotman A. *Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult trauma in clinical samples*. J Interpersonal Violence. 1995; 10: 387-401.
<http://jiv.sagepub.com/content/10/4/387.short>
30. Lowen A. *Radość*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa, 2010.
31. Heinrich-Clauer V. *Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper*, Forum der Bioenergetischen Analyse. 1997; 1: 32-41.
32. Pędzich Z. *Psychoterapia tańcem i ruchem*. w: Grzesiuk L, Suszek H. *Psychoterapia. Szkoły i Metody*. Eneteia, Warszawa, 2011.
33. Vulcan M. *Is there any body out there? A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT*. The Arts in Psychotherapy. Elsevier. 2009; 36(5): 275- 281.
34. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. *Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation*. Am J Psychiatry. 2005; 162(5):890-898.