

Oryginalna wersja artykułu ukazała się w czasopiśmie *Psychotherapy Research*. 2004; 14, 3: 271-288. Tłumaczenie za zgodą autora Katarzyna Klasa, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

Robert Shaw

UCIELEŚNIONY PSYCHOTERAPEUTA: BADANIE DOZNAŃ SOMATYCZNYCH
TERAPEUTÓW W RAMACH SPOTKANIA TERAPEUTYCZNEGO

THE EMBODIED PSYCHOTHERAPIST: AN EXPLORATION OF THE THERAPISTS'
SOMATIC PHENOMENA WITHIN THE THERAPEUTIC ENCOUNTER

Streszczenie

Niniejsze badanie dotyczy odczuć somatycznych psychoterapeuty w trakcie spotkania terapeutycznego, które to zjawisko autor wiąże z poglądami fenomenologii, w szczególności z paradygmatem własnego ciała w odniesieniu do somatycznych reakcji terapeutów na pacjentów. Metodologia referowanego badania wyłoniła się na podstawie trzech grup dyskusyjnych, których efektem było 14 pogłębionych wywiadów oraz dwóch profesjonalnych, badawczych grup dyskusyjnych. Wszyscy badani byli doświadczonymi psychoterapeutami. Analiza oparta o teorię ujawniła zestaw zmiennych pierwszego rzędu, które następnie sklastrowano w wiązki empatii cielesnej, ciała jako receptora oraz zarządzania ciałem. Końcowa teoria ucieleśnienia terapeuty wyłoniła się w wyniku analizy przenikających się zagadnień profesjonalnego i osobistego dyskursu oraz cielesnych reakcji badaczy. Dowodzi ona ważności roli ciała terapeuty w kontekście spotkania terapeutycznego.

Abstract

This study explores psychotherapists' somatic experiences during the therapeutic encounter, linking these to ideas from the phenomenological school of philosophy, in particular the notion of the lived-body paradigm in relation to therapists' physical reactions to clients. The methodology for this research evolved from 3 discussion groups, which led to a series of 14 in-depth interviews and 2 professional scrutiny discussion groups. All the participants were experienced psychotherapists. A grounded-theory analysis generated a set of first-order themes that were clustered into the second-order themes of body empathy, body as receiver, and body management. The final grounded theory of psychotherapist embodiment emerged after an analysis of the permeative themes of professional and personal discourse and researchers' bodily responses. The grounded theory of psychotherapist embodiment has revealed the importance of the therapist's body within the therapeutic encounter.

Słowa kluczowe: psychoterapia, psychoterapeuta, ciało, przeciwprzeniesienie

Keywords: psychotherapy, psychotherapist, body, countertransference

Psychoterapię można rozważać jako sposób konstruowania znaczenia na podstawie spotkania dwóch ciał: ciała pacjenta i ciała terapeuty. Podstawowym założeniem tego artykułu jest, że psychoterapia jest nieodłącznie ucieleśnionym procesem. Jeśli psychoterapia jest poszukiwaniem w intersubiektywnej przestrzeni pomiędzy pacjentem i terapeutą, wówczas my terapeuci powinniśmy znacznie bardziej poważnie traktować nasze reakcje cielesne niż robiliśmy to do tej pory, jak zauważyli niektórzy autorzy, ciało jest "absolutną podstawą ludzkiej subiektywności" ([1] ss. 44-45). Niniejsze badanie dotyczy sposobu doświadczania przez terapeutów swoich ciał podczas pracy z pacjentami. Rozpoczyna się ono pytaniem o to w jaki sposób zagadnienie ciała w psychoterapii zostało zmarginalizowane czy wręcz zignorowane, lub jak Boadella sugeruje ([2] s. 31) "ciało, które zostało symbolicznie wygnane z psychoterapii wraz z politycznym wykluczeniem Wilhelma Reicha z ruchu psychoanalitycznego... spędziło 60 lat na wygnaniu". Autor wyraża nadzieję, że badanie niniejsze wniesie wkład w debatę, która pozwoli ciału "powrócić z wygnania".

Ucieleśnienie

Spojrzenie na ucieleśnienie mające zastosowanie do niniejszej dyskusji wywodzi się zasadniczo z podejścia fenomenologicznego. Fenomenologiczna szkoła filozofii wiąże się z pracami Edmunda Husserla (1859-1938), Maurice'a Merleau-Ponty'ego (1908-1961) Jean Paul Sartre'a (1905-1980) i Martina Heideggera (1889-1976) i innych. W szczególności nasza dyskusja dotyczy fenomenologii percepcji i jako taka jest pod wpływem prac Merleau-Ponty'ego [3, 4] przedstawiciela francuskiej szkoły filozofii fenomenologii odrzucającej ideę kartezjańskiego dualizmu. Znaczenie jego pracy dla niniejszych badań podsumowuje następujący cytat z Merleau-Ponty'ego ([3] s. 186): "to poprzez moje ciało rozumiem innych ludzi".

Badanie niniejsze dotyczy szczególnie tego jak terapeuci doświadczają swoich ciał w odniesieniu do swoich pacjentów i w jaki sposób staje się to ważną drogą odnajdowania sensu spotkań terapeutycznych. Prace Merleau-Ponty'ego dostarczają punktu wyjścia do rozumienia tego procesu jako zasadniczo ucieleśnionego przeżywania. Prawdą jest, że psychoterapia zajmowała się ideą reakcji somatycznych podczas terapii ale nacisk w literaturze przedmiotu jest położony na badanie ciała pacjenta, ciało terapeuty jest w zasadzie nieobecne [5, 6, 7, 8] tak jakby w gabinecie terapeutycznym znajdowało się tylko jedno ciało. Może to symbolizować niektóre z problemów nieodłącznych w radzeniu sobie z ciałami w ramach psychoterapii. Boadella [2] przekonująco argumentuje za poważnym traktowaniem ciała i dostrzeganiem bogatego materiału emanującego z ciał pacjentów jako rodzaju komunikacji niewerbalnej. Jednakże, argumentacja ta również dotyczy ciała pacjenta. Mimo iż w literaturze mamy do czynienia z ogólnym niedostatkiem prac na temat reakcji ciała terapeutów, Field [9] badał niektóre z własnych fenomenów somatycznych w bardzo jawny sposób powiązanych z jego praktyką kliniczną. Wprowadził on wstępną hipotezę dotyczącą

pojawiania się takich zjawisk, nazwaną *ucieleśnionym przeciwprzeniesieniem*. Terminu tego użył również Samuels [10]; opisane zjawisko rozciągało się od noszenia ubrań podobnych do ubrań pacjenta do bólu i pobudzenia seksualnego. W późniejszej pracy, Samuels ([11] s. 33) otwarcie uznał, że "reakcje ciała analityka są ważną częścią obrazu: ciało jest organem informującym". Pojawia się tu echo poglądów Merleau-Ponty'ego odnośnie faktu, że nasze rozumienie świata zaczyna się od przeżywania za pomocą ciała. Rowan [12] odnotowuje wykorzystanie przez Samuela ucieleśnionego przeciwprzeniesienia i wprowadza własny pomysł *wiązania*, pojęcia, które opisuje specyficzny rodzaj empatii. Ucieleśniona natura powiązania pomiędzy terapeutą i pacjentem stanowi przykład tej koncepcji. Rowan jest wyjątkowy pod względem wprowadzania nowego pojęcia; odchodzi od ograniczeń starych konstruktów takich jak przeniesienie oraz przeciwprzeniesienie i wskazuje na potrzebę nowych sposobów myślenia, potrzebnych do wyjaśnienia takich ucieleśnionych fenomenów. W odniesieniu do empatii, Rowan ([12] s. 245) stwierdza: "staramy się wejść w wewnętrzny świat innej osoby, ale bardzo dobrze wiemy, że oni są tam a my jesteśmy tutaj... mówimy o czymś odmiennym, co sięga znacznie głębiej w świat drugiej osoby: to tak jakby to faktycznie nakładało się z naszym". Tak więc idea wiązania dostarcza możliwości do postrzegania relacji terapeutycznej jako ucieleśnionego spotkania: w gabinecie znajdują się dwa ciała - pacjenta i terapeuty - i rodzaje fenomenów cielesnych doświadczanych przez terapeutę mogą być dostrzeżone w kontekście pokrywania się przeżywania. Sugeruje to również, choć nie *explicite* w pracy Rowana, że zachodzi pewien rodzaj komunikacji ciał. Ten sposób rozumienia ucieleśnienia znacząco różni się od przeważających poglądów na temat cielesności w psychoterapii, często postrzeganej jako rodzaj przeciwprzeniesienia. Przykład tej perspektywy przeciwprzeniesieniowej podaje Mathew [13]. Uświadomiła sobie ona, dzięki swojej praktyce klinicznej, potężne fizyczne reakcje na pacjentów. Podaje ona przykład z praktyki wielu różnych reakcji, które nazywa *somatycznym przeciwprzeniesieniem*: "ciało wyraźnie jest instrumentem procesów fizycznych, instrumentem, który potrafi słyszeć, widzieć, dotykać i wahać otaczający nas świat. Ten wrażliwy instrument posiada również możliwość dostrojenia się do psyche: słuchania jej subtelnego głosu, słyszenia jej cichej muzyki i wpatrywania się w jej ciemność w poszukiwaniu znaczenia." ([13] s. 17).

Nie jest zaskakującym, że autorzy tacy jak Mathew, którzy wkroczyli w tradycję psychoanalityczną, widzą te procesy poprzez psychoanalityczne soczewki. Zatem opisując danego pacjenta, który wywołał w niej silne reakcje cielesne Mathew pisze "prawdopodobnie było to w jakiś sposób związane z bardzo konkretnym sposobem w jaki przeżywała go w przeciwprzeniesieniu" (Mathew [13] s. 17). Następnie pisze ona "tym razem byłam całkiem szybko w stanie zebrać i przetwarzać moje obiektywne reakcje cielesne na nieuświadomiony materiał mojej pacjentki, tak, że mogłam oddać jej to w trakcie sesji" ([13] s. 21). Użycie określeń *konkretny* i

materiał sugeruje namacalną substancję. Problemem jest natomiast, że Matthew opisuje nienamacalne zjawiska subiektywne i powoduje to niebezpieczeństwo reifikacji tych subiektywnych fenomenów. Dane zebrane na potrzeby niniejszego badania potwierdzają, że jest to wyraźna tendencja w psychoterapii.

Przechodząc teraz do psychologii w ramach której toczyła się debata o ucieleśnieniu [14, 15]. Radley ([14] s. 13) sugeruje, że "ucieleśnienie bardziej niż ciało jest centralne dla życia psychologicznego i relacji społecznych." W pewnym sensie jest to próba wyłamania się spod kulturowej dychotomii umysł-ciało i spojrzenia na ucieleśnienie jako symbolizujące bycie-w-świecie. W oczywisty sposób powtarza to poglądy autorów piszących o fenomenologicznych aspektach ciała [3, 4, 16].

Radley ([14] s. 27) stwierdza, że "ucieleśnienie jest kluczowe dla ekspresji", dostarczając silnego argumentu za badaniem tej koncepcji pod kątem tego "jak ludzie radzą sobie ze swoimi ciałami", oraz wskazuje, że może to dostarczyć ważnych danych dla teorii psychologicznej. Crossley [1] dostarcza użyteczne rozumienie prac Merleau-Ponty'ego i sugeruje, że fenomenologiczne opisy intersubiektywnego przeżywania są punktem wyjścia do badania ucieleśnienia. Badanie opisywane w niniejszym artykule odnosi się do tych ram, w tym, że podejmuje próbę zbadania fenomenologicznego przeżywania swojego ciała przez terapeutów a poprzez to zdobycia głębszego wglądu w ucieleśnione doświadczenie spotkania terapeutycznego. Celem niniejszej pracy jest zbadanie ciała psychoterapeuty jako obiektu percepcji. Przeżywanie ciała przez terapeutę (podczas spotkania - przypis Red.) jest zatem bezcenną informacją odnoszącą się do intersubiektywnej przestrzeni pomiędzy terapeutą a pacjentem. Takie percepcyjne fenomeny są istotne w rozumieniu procesu terapeutycznego.

Ucieleśnienie widziane przez soczewki psychoterapeutyczne wydaje się dość wąską koncepcją, choć autorzy tacy jak Rowan [12] podejmują debatę, która może rozwinąć te koncepcje poza gabinet terapeutyczny. Fenomenologiczne konstrukty ucieleśnienia dostarczają szerszej perspektywy o której mowa będzie za chwilę.

Paradygmat własnego ciała

Życie codzienne dostarcza przekonujących dowodów na istotność roli jaką pełni ciało w naszym poszukiwaniu rozumienia ([17] s. 313).

Paradygmat własnego ciała wywodzi się z fenomenologicznej szkoły filozofii, zajmującej się rozumieniem świata życia osoby. Podstawową doktryną tego podejścia jest "wiedza jest aktem świadomości" ([18] s. 140). Autorzy, którzy zajmowali się paradygmatem własnego ciała to Merleau-Ponty [3] oraz Strauss [19], a ostatnio Leder [16].

Zasadniczo, paradygmat własnego ciała podkreśla, że nasza percepcja świata jest kluczowa dla uzyskiwania wiedzy. Podkreśla się tu, że jesteśmy w stanie rozumieć otaczający nas świat

wyłącznie poprzez aparat w który jesteśmy wyposażeni do odczuwania go, to jest nasze ciało. Jak wskazuje Liedloff [20] rodzimy się z oczami mającymi widzieć, uszami mającymi słyszeć, oraz ciałami mającymi odczuwać i być dotykany. Zatem każda wiedza o naszym świecie musi być wiedzą zorientowaną na ciało: "badanie doświadczenia ujawnia, że to ciało pierwsze 'rozumie' świat wyłapując jego elementy otoczenia i działając aby osiągnąć cele. W ujęciu fenomenologicznym ciało nie jest po prostu mechanizmem przyczynowym ale 'intencjonalną' całością zawsze zwróconą w kierunku bieguna obiektu, świata. ([21], s. 31)".

Przedstawione tu idee są zasadniczo fenomenologiczne, oraz silnie się sprzeciwiają kartezjańskiej dualistycznej metodzie dzielenia ciała i umysłu na odrębne całości.

Paradygmat własnego ciała dopuszcza interakcję ze środowiskiem, nadając perspektywę dynamiki ciała nie będącemu jedynie pochłaniaczem zewnętrznych bodźców na które reaguje w sposób automatyczny ale jest zaangażowane w samym centrum bycia.

Reakcje ciała związane są zarówno z doświadczeniami przyszłymi jak i teraźniejszymi. Nasze ciała są środkiem za pomocą którego angażujemy się w świat. Stanowią one o tym jak dochodzimy do rozumienia naszego środowiska i znajdowania poczucia naszego miejsca w świecie. Jak trafnie stwierdził Merleau-Ponty ([3] s.xi) "świat nie jest obiektem, który posiadam, miłość jego tworzenia stanowi naturalne warunki i pole dla moich myśli i dosłownych percepcji."

Praca niniejsza dotyczy zatem zbadania jakie jest doświadczenie żywego ciała terapeutów w ramach spotkania terapeutycznego.

Metoda

Grupa badana

Dane do niniejszego badania pochodzą z pięciu grup dyskusyjnych, złożonych z doradców i psychoterapeutów oraz czternastu pogłębionych wywiadów z psychoterapeutami. Z pięciu grup dyskusyjnych trzy odbyły się przed wywiadami a dwie po. Kolejne grupy dyskusyjne zostały przeprowadzone po prezentacji wstępnych analiz danych zebranych w trakcie wywiadów i dwóch pierwszych grup dyskusyjnych. W badaniu wzięło udział łącznie dziewięćdziesięciu psychoterapeutów.

Grupy dyskusyjne

Grupy te pod względem metodologicznym były podobne do grup fokusowych [22, 23], jednak z uwagi na fakt, że były dość liczne (n=15-25) określenie "grupa dyskusyjna" wydaje się bardziej adekwatne. Na początku niniejszego badania, grupy powstały w celu eksploracji ogólnego zagadnienia znaczenia ciała w terapii. Analiza informacji zebranych z tych wstępnych grup dyskusyjnych zaowocowała skoncentrowaniem się w niniejszych badaniach na ciele terapeuty.

Najwłaściwszą metodą zbierania tych danych były nieustrukturywane pogłębione wywiady umożliwiające fenomenologiczną eksplorację doświadczenia przez terapeutów żywego ciała [24].

Grupa wywiadów

Warunkiem włączenia do grupy z którą prowadzono wywiad było minimum pięć lat praktyki klinicznej, czas, który uznano za adekwatny do zdobycia doświadczenia pracy z różnymi pacjentami oraz świadomości w kwestiach związanych z ciałem w terapii. Uczestnicy musieli być członkami organizacji zawodowych oraz absolwentami uznanych programów szkoleniowych. Wywiady przeprowadzono z czternastoma terapeutami.

Tabela 1.

nr terapeuty	płeć	afiliacja	doświadczenie zawodowe
1	k	BU	15-20 lat integracyjne
2	k	BU	15-20 lat integracyjne
3	m	B	30-35 lat eklektyczne (w tym teologia kliniczna, psychodynamiczne i humanistyczne)
4	k	BU	5-10 lat Gestalt
5	k	D	5-10 lat psychodrama, psychodynamiczne
6	m	BU	5-10 lat Gestalt, integracyjne
7	k	BU	5-10 lat Gestalt
8	k	BU	5-10 lat skoncentrowane na osobie, integracyjne
9	k	B	5-10 lat integracyjne
10	k	U	5-10 lat integracyjne, Gestalt
11	k	U	10-15 lat integracyjne
12	k	BU	15-20 lat integracyjne, psychodynamiczne, skoncentrowane na osobie
13	m	NZ	20-25 lat Gestalt, skoncentrowane na osobie
14	k	U	5-10 lat Gestalt, poznawczo-behawioralne

B=British Association of Counselling and Psychotherapy; D=British Association for Dramatherapists; NZ=New Zealand Association of Counselors, U=United Kingdom Council for Psychotherapy (Humanistic and Integrative Psychotherapy section). ([25] s. 157 przedruk za zgodą wydawcy)

Zdecydowano o włączeniu do tej grupy terapeutów będących przedstawicielami głównie podejścia humanistycznego, zakładając, że będą oni prawdopodobnie bardziej świadomi ciała. Interesujące,

że wśród członków *British Association of Counselling and Psychotherapy* (BACP), których jest w sumie 19 tysięcy stosunek kobiet do mężczyzn wynosi 3:1 (BACP [26]).

Składy grup wywiadu i grup dyskusyjnych wydają się zatem reprezentatywne dla zawodu terapeuty w Wielkiej Brytanii pod względem proporcji kobiet i mężczyzn.

Dyskusja w opiniotwórczych grupach profesjonalistów

Po przeprowadzeniu wywiadów z terapeutami oraz po wstępnych analizach opartych na teorii wyniki przedstawiono dwóm grupom psychoterapeutów: jednej grupie w Wiedniu, Austria [27] oraz grupie psychoterapeutów Gestalt w Sztokholmie w listopadzie 1999. Celem tych prezentacji oraz dyskusji było uzyskanie opinii profesjonalistów odnośnie procesu badawczego oraz określenie czy dane wytrzymują badanie przez fachowców. Ta część badania posłużyła również jako środek triangulacji danych [28, 29, 30]. Przedstawienie danych profesjonalistom pozwoliło również na zweryfikowanie kategorii utworzonych na wcześniejszych etapach analizy danych.

Rozważania etyczne

Na początku każdego wywiadu lub grupy dyskusyjnej wprowadzano kwestię świadomej zgody. Ponieważ wszystkie osoby badane pracowały jako terapeuci lub doradcy, idea świadomej zgody była im dobrze znana. Przy grupach dyskusyjnych przedstawiono również wstępne informacje na temat celu oraz charakteru badania. Poufność zapewniono poprzez zmianę nazwisk oraz nazw miejscowości. Badani zostali poinformowani, że jedyną osobą posiadającą dostęp do nagrań oraz przeprowadzającą transkrypcję będzie autor badania. Wszystkim badanym zapewniono możliwość usunięcia swoich odpowiedzi z materiału zebranego podczas badania.

Wszyscy terapeuci, którzy wzięli udział w pogłębionych wywiadach otrzymali ich transkrypcje aby umożliwić im dokonanie poprawek. Wszyscy oni byli zadowoleni z faktu, że ich odpowiedzi zostały włączone do badania i opublikowane.

Oczywiście badani terapeuci mieli wspólne pewne aspekty siebie oraz życia zawodowego. Jako członek BACP oraz *United Kingdom Council for Psychotherapy* (UKCP) autor kierował się również ich wytycznymi dotyczącymi prowadzenia badań.

Mimo iż zgoda komisji etycznej została udzielona na etapie propozycji badania, co było niezbędne do jego przeprowadzenia, w celu zapewnienia, że kwestie etyczne zostały dokładnie uwzględnione, regularnie omawiano je z osobami nadzorującymi badanie. Zatem kwestie etyki miały ogromne znaczenie w relacjonowanym badaniu.

Metodologia badań

W analizach wykonywanych w niniejszym badaniu kierowano się zasadami *grounded theory* [31, 32]. Podstawowym celem tego podejścia jest umożliwienie wyprowadzenia teorii z danych empirycznych. Podejście wykorzystane w relacjonowanym badaniu oparte zostało przede

wszystkim na pracach Straussa i Corbina [32]: "*grounded theory* jest teorią wyprowadzaną indukcyjnie z badań nad fenomenem, którego dotyczy. Tak więc jest wyprowadzana, rozwijana i na bieżąco weryfikowana poprzez systematyczne gromadzenie danych i analizę danych odnoszących się do tego fenomenu" ([32] s.23).

Jak w przypadku wielu aspektów metodologii jakościowej, nie ma zgody co do podejścia do *grounded theory*. Jednym z problemów jest tu organizacja danych i formułowanie tematów/kryteriów do organizacji danych, a także to, czy ostateczna teoria jest akceptowana przez osoby zajmujące się daną dziedziną, mające doświadczenie z danym zjawiskiem (stąd wykorzystano profesjonalne, badawcze grupy dyskusyjne).

Analiza danych

Puła danych wykorzystanych w niniejszym badaniu pochodziła z pięciu grup dyskusyjnych i czternastu pogłębionych wywiadów. Grupy dyskusyjne zostały wykorzystane w celu pomocy w ukierunkowaniu badania na początku oraz sprawdzenia trafności wyników na końcu. Większość danych pochodziło z czternastu pogłębionych wywiadów. Można argumentować, że jest to mała grupa, jednak zauważono, że po pierwszych dziesięciu wywiadach w odpowiedziach respondentów wątki zaczęły się powtarzać, tym samym "nasycając" wyodrębniające się kategorie. Na tym etapie, analizy przebiegały zgodnie z metodą *constant comparative* Glasera i Straussa [31]. Ostatnie cztery wywiady przeprowadzono w celu zweryfikowania tego spostrzeżenia i zapewnienia dostatecznej ilości danych do analiz.

Pierwszym celem analizy było utworzenie wielu kategorii. Następnie, poprzez wykorzystanie metody *constant comparative* [31], do kategorii tych przyporządkowano dane i utworzono kategorie (tematy) pierwszego rzędu [33]. Ten etap analiz statystycznych nazywany jest również "otwartym kodowaniem" [34]. Kody utworzono w procesie "linia-do-linii" (tj. czytanie każdej linii (stwierdzenia) i przypisywanie jej kodu; za Charmaz [35]).

Spójrzmy na przykład pochodzący z jednej z pierwszych grup dyskusyjnych, gdzie terapeutka opisywała swoje reakcje fizyczne w następujący sposób:

"Odczuwam silniejsze oddziaływanie niektórych pacjentów. Somatyzuję. W odniesieniu do pacjentki z anoreksją i bulimią, która mówiła o wymiotowaniu i bieguncie, w trakcie następnej sesji z innym pacjentem czułam ból (brzucha - przyp. tłum). Rozumiałam to jako pochodzącą od niej somatyzację. Mając do czynienia z pacjentem zaprzeczającym i odcinającym się od emocji, odczuwałam w ciele wiele lęku"

Kodowanie przebiegało w następujący sposób:

Odczuwam silniejsze oddziaływanie niektórych pacjentów: *wpływ pacjenta*

Somatyzuję: *somatyzacja terapeutę*

Rozumiałam to jako pochodzącą od niej somatyzację: *interpretacja terapeutę*

W odniesieniu do pacjentki z anoreksją i bulimią, która mówiła o wymiotowaniu i bieguncie, w trakcie następnej sesji z innym pacjentem czułam ból (brzucha - przyp. tłum): *reakcja terapeuty*
Mając do czynienia z pacjentem zaprzeczającym i odcinającym się od emocji: *dyskurs terapeutyczny*
odczuwałam w ciele wiele lęku: *odczucia z ciała terapeuty*

W ten sposób powstało kilkaset kodów. W celu przekształcenia ich w kategorie wykorzystano metodę Charmaz [35] sfokusowanego kodowania, polegającą na próbach tworzenia i eksplorowania kategorii w sposób bieżący podczas analizy danych. Ponownie wykorzystując dane z grup dyskusyjnych sfokusowane kody przekształcono w kategorie pierwszego rzędu:

Somatyzacja: "Somatyzuję". "Rozumiałam to jako pochodzącą od niej somatyzację". Użyto pojęcia *somatyzacja*, była to ważna koncepcja do eksploracji z terapeutami.

Reakcje brzuszne: "w trakcie następnej sesji z innym pacjentem czułam ból" (brzucha - przyp. tłum). Wypowiedź odnosząca się do szczególnego aspektu ciała terapeuty. Opisywane określone części ciała terapeuty stały się cechą danych.

Komunikacja cielesna: "Odczuwam silniejsze oddziaływanie niektórych pacjentów". "odczuwałam w ciele wiele lęku". Terapeuci wydawali się mówić, że coś było im komunikowane na poziomie ciała.

Kolejnym etapem analizy było rozwinięcie kategorii pierwszego rzędu i poszukiwanie powiązań między nimi, oraz formułowanie kategorii drugiego rzędu, przed sformułowaniem ostatecznej teorii. Następny rozdział opisuje jak do tego doszło.

Wyniki i dyskusja wyników

Kategorie pierwszego rzędu zawiera tabela 2. Trzy klastry - reakcje fizyczne, komunikacja oraz style i techniki - wyewoluowały w odpowiednie kategorie drugiego rzędu - empatii cielesnej, ciała jako receptora oraz "posługiwania się" ciałem (tabela 3). Kategoria "ciąża" znajduje się w klastrze reakcje fizyczne:

Terapeuta 8. "Byłam chora z powodu infekcji jakimś wirusem typu grypowego i czułam się fatalnie. Ale zanim właściwie zaczęłam zdrowieć ludzie pytali mnie "jak się czujesz, czy czujesz lepiej?" Mówiłam, że tak, ale czuję się jakbym była w ciąży...a oni śmiali się, ponieważ ja nie

mogę być w ciąży, mam usuniętą macicę, wie pan...Ale ponieważ czułam intensywne mdłości, przy czym nie było mi tak po prostu niedobrze, łączyłam je, stanowczo czułam się jakbym była w ciąży...tak czy inaczej, ta pacjentka przyszła na spotkanie w ubiegłym tygodniu i jest w ciąży. Nie mogę nie łączyć tych dwóch spraw, ponieważ bardzo lubię tę pacjentkę".

Terapeutka ta powiedziała, że po spotkaniu z opisywaną pacjentką, jej objawy ciążowe znikły.

T8. "ale kiedy (pacjentka) mi o tym powiedziała (o ciąży) uśmiechnęłam się ponieważ po prostu automatycznie wszystko wróciło na swoje miejsce i od tego momentu nie odczuwam już mdłości. Wydaje mi się to istotne, ponieważ miało to miejsce dwa czy trzy tygodnie wcześniej, zanim się dowiedziałam".

Interesujące, że mimo biegłości w posługiwaniu się modelem psychodynamicznym z uwagi na wykształcenie w podejściu integracyjnym, interpretacja terapeutki odnośnie tego zjawiska nie obejmuje żadnego odniesienia do przeciwprzeniesienia albo identyfikacji projekcyjnej. Zamiast tego, używa ona pojęcia spostrzegania pozazmysłowego:

T8. "Nie wiedziałam, że mam takie doświadczenie ze spostrzeganiem pozazmysłowym czy, wie pan, takim rodzajem współodczuwania, o jakim nieraz się mówi ale tak to powiązałam, że w jakiś sposób jej bycie, psyche, w pewien sposób przeniknęło do mnie".

Jedną z interpretacji wykorzystania spostrzegania pozazmysłowego może być taka, że koncepcja ta pasuje lepiej niż pojęcie przeciwprzeniesienia lub identyfikacji projekcyjnej.

Przykład danych z klastra "komunikacja" pochodzi od terapeutki nr 12, która wiąże napięcie w ciele z czymś emanującym z pacjenta:

T12. "Tak, przypuszczam, że przywołuje to wspomnienia napięć, odczuwania napięcia w moim ciele w różnych miejscach...tak, często odczuwam napięcie w ciele, które jak przypuszczam pochodzi z napięcia pacjenta, może być także proaktywne ale przypuszczalnie może być reaktywne, tak jakbym reagowała na mojego pacjenta na poziomie ciała".

Użycie słów *proaktywne*, odnoszące się do samej terapeutki, i *reaktywne*, odnoszące się do pacjenta, wnosi inny poziom interpretacji i pozwala na przypisanie odczuć ciała zarówno terapeutce, jak i pacjentowi. Wydaje się jednak jasne, że w przypadku tej grupy terapeutów, reakcje

cielesne w odpowiedzi na pacjenta nie są niczym niezwykłym. W rzeczy samej, są bardzo powszechne, a terapeuci często wykorzystują swoje doznania cielesne jako pomocne w rozumieniu procesu terapeutycznego.

Przykład odnoszący się do ostatniego z klastrow - stylów i technik - pochodzi z wątku zarządzania spotkaniem terapeutycznym. Terapeutka nr 9 jest świadoma tego, jak może pomijać reakcje swojego ciała:

T9. "No cóż, myślę o pewnym konkretnym pacjencie. Myślę, że jedną z przyczyn dla których jest to dla mnie trudne, jest to, że w tym samym czasie gdy doświadczam tych odczuć cielesnych podczas sesji, można by, ja mogłabym zlekceważyć je przez czucie, lub teoretyczną, czy bardziej myślową reakcję, że powinnam...wytrzymać z pacjentem, lub że to istotne aby pacjent czuł się akceptowany. Tak więc, w pewnym sensie pomijam ten początkowy wpływ, który ma charakter jakby reakcji jelitowej (brzuszej)... Więc prawdopodobnie będę pomijać to w trakcie sesji pamiętając o tym tak czy inaczej ...zatem skłania mnie to w pewien sposób do łagodzenia, uspokajania początkowej reakcji, dość trudnej do zidentyfikowania ponieważ to, co właściwie robię może hamować to, co jest wpływem".

Jest niemal tak, jakby ta terapeutka potrafiła jakoś odłożyć do szuflady swoje odczucia somatyczne. Dzięki temu, jest w stanie "wytrzymać z pacjentem", a poprzez to pracować z nim. Tak, jakby w tym momencie fizyczna reakcja terapeutki mogła stanowić przeszkodę w efektywnej pracy. Wydaje się, że dokonanie klinicznej oceny tego istotnego momentu wymaga dużej świadomości swojego ciała.

Następny etap analizy metodą *grounded-theory* wymagał powrotu do danych i poszukiwania powiązań pomiędzy kryteriami pierwszego rzędu. Wygenerowano tu kolejny zestaw kategorii (drugiego rzędu) mianowicie: empatia cielesna, ciało jako receptor i posługiwanie się ciałem. Kategorie te wyłoniono na podstawie analizy kategorii pierwszego rzędu (lub otwartego kodowania) i w procesie poszukiwania powiązań między nimi. Proces ten nazywany jest również kodowaniem osiowym (*axial coding*), zdefiniowanym przez Straussa i Corbina (1990, s. 96) jako "zestaw procedur, w ramach których po otwartym kodowaniu, dane są ponownie łączone na nowe sposoby poprzez tworzenie powiązań między kategoriami". Dokonano tego poprzez poszukiwanie wspólnych części między kategoriami pierwszego rzędu, a następnie poszukiwania danych usprawiedliwiających, ilustrujących i popierających konstrukcję powiązań między kategoriami.

Tak więc, w tabeli 2, somatyzację i komunikację (cielesną) postrzegano jako powiązane poprzez fakt, że coś jest komunikowane terapeutycznie. Kategorie te były łączone z innymi kryteriami pierwszego rzędu - historią terapeuty, doświadczeniem tu i teraz, oraz ciałem pacjenta, by sformułować kategorię drugiego rzędu - ciała jako receptora. Efektem tego etapu było utworzenie drugorzędowych kategorii z tabeli 3. Cytaty (w tabelach - przyp. tłum.) są reprezentatywne dla danego kryterium.

Ostatnim stadium analizy było poszukiwanie powiązań pomiędzy wyróżnionymi kryteriami drugiego rzędu i odniesienie ich do literatury. Powiązania pomiędzy kryteriami drugiego rzędu zaowocowały teorią osadzoną w oryginalnym materiale.

Podczas analiz, podejmowano różne kroki w celu oceny trafności kryteriów pierwszego i drugiego rzędu oraz finalnej teorii. Wykorzystano tu stanowisko Kvale'go ([36] s. 19) opisującego trafność w odniesieniu do tworzenia wiedzy jako "społeczną i językową konstrukcję perspektywicznej rzeczywistości gdzie wiedza jest weryfikowana praktyką".

Trafność w pierwszym rzędzie weryfikowano przez uzyskanie informacji zwrotnych od osób nadzorujących badanie [37] oraz przez wykorzystanie profesjonalnych, badawczych grup dyskusyjnych, które posłużyły do oceny wiarygodności wyników przez praktyków. Inne metody obejmowały ocenę spełnienia czterech kryteriów: rozumienia, kontroli, dopasowania i ogólności [31], wykorzystano także siedem wskazówek zaproponowanych przez Straussa i Corbina ([32] s. 253).

Ostatnim poziomem analizy było użycie "przenikających tematów" - dyskursu terapeutycznego i ucieleśnienia badacza. Pojęcie to zostało użyte aby wyrazić to, że oba te tematy "nasączały" całokształt analizy. Sposoby i środki wykorzystywane przez terapeutów do wniesienia swoich ciał w proces terapeutyczny są w sposób naturalny opisane w profesjonalnych dyskursach. Zawierają jednak oczywiście włączone osobiste przekonania i przez to sięgają do indywidualnej historii życia terapeuty pomagającej mu w znalezieniu sensu w procesie terapeutycznym. Temat odpowiedzi ciała badacza odnosi się do jego reakcji na wywiady, a także stanowi próbę wyjaśnienia wyjaśnienia jego czy jej socjalizacji w świecie terapeutycznym. Celem wykorzystania tych dwóch tematów było dodanie kolejnego poziomu analizy przed sformułowaniem ostatecznej teorii. Dodawanie tych danych, oraz etap dyskusji w gronie profesjonalistów stanowiły końcowe etapy analizy, na podstawie której sformułowano teorię ucieleśnienia psychoterapeuty (...). Zatem, budowana teoria wyrasta z analizy tematów pierwszego rzędu: reakcji fizycznych, komunikacji, stylów i technik, oraz tematów drugiego rzędu: empatii cielesnej, ciała jako receptora i posługiwania się ciałem. Kolejne analizy wykorzystujące przenikające, "przewodnie" tematy

dyskursu terapeutycznego i cielesności badacza wygenerowały ostateczną teorię cielesności psychoterapeuty.

Teoria ta odnosi się do istotności ciała terapeuty w spotkaniu terapeutycznym i dowodzi związku pomiędzy kategoriami pierwszego i drugiego rzędu i tematami przenikającymi.

Cytaty wypowiedzi dwojga terapeutów ugruntowują teorię cielesności psychoterapeutów:

T13. "To, co często robię przebywając z pacjentem czy gdy jestem w jakiegokolwiek sytuacji, to jak przypuszczam, jest jak powrót do domu, to poczucie, że moje ciało jest moim domem, wracam do niego jak do domu".

T11. "Mam na myśli, że żyję w moim ciele, gdybym nie miała ciała, nie miałabym gdzie żyć, a zatem tak, jestem ucieleśniona".

Oboje traktują swoje poczucie własnego ciała jako fundamentalne: T13 postrzega siebie jako powracającego do swojego ciała w poczucie, że jest ono jego domem; T11 jasno stwierdza, że jest ucieleśniona, co jest zasadniczą kwestią niniejszego badania; jest ona ucieleśnioną terapeutką.

Ucieleśnienie psychoterapeuty można odnaleźć we wszystkich wątkach diskutowanych podczas analiz; jest ono podstawowym "włóknem", które przeplata dane.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Relacjonowane badanie rozpoczęło się od chęci odzyskania ciała dla psychoterapii. Uzyskane wyniki wskazują, że można to uczynić poprzez wcielanie idei ucieleśnienia psychoterapeuty w psychoterapeutyczne rozważania teoretyczne na temat ciała. Jasnym jest, że w wysoce wysublimowany sposób, zjawiska cielesne są wykorzystywane przez badanych terapeutów jako pomocne w angażowaniu się w spotkanie terapeutyczne. Jest też oczywiste, że ucieleśnienie terapeuty ma znaczenie dla wszystkich szkół psychoterapii. Początkowe założenie, że terapeuci humanistyczni są bardziej świadomi ciała jest błędne. Na etapie dyskusji profesjonalistów, wielu terapeutów reprezentujących różne modalności, w tym szkoły psychoanalityczną i poznawczo-behawioralną, wniosło wiele danych, odnosiło się do wyników pośrednich, oraz uznało koncepcję ucieleśnienia psychoterapeuty za użyteczną. Relacja psychoterapeutyczna może być postrzegana jako relacja ucieleśniona.

W szczególności praca ta wpisuje się w nurt psychoterapii integracyjnej, badający czynniki niespecyficzne obecne we wszystkich formach psychoterapii [38, 39, 40]. Wyniki niniejszego badania sugerują, że pojęcie ucieleśnienia jest czynnikiem niespecyficznym.

Wydaje się, że w ramach zawodu psychoterapeuty, istnieje nie wypowiedziana zgodność potrzeby postrzegania siebie jako praktyka. Jednakże nie jest to jasno sformułowany aspekt szkolenia i jest raczej nabywany później, na zasadzie ad hoc. Jedną z kwestii, jak wyłoniła się w wyniku omawianego badania jest zdrowie terapeuty. Przykład tego podaje terapeutka nr 5 (dramaterapeutka), opisująca złe fizyczne samopoczucie po dowiedzeniu się, o pacjencie, który był ofiarą brutalnej napaści. Terapeutka ta opisuje również jak usłyszenie historii molestowania seksualnego dziecka wpłynęło na jej życie seksualne:

T5. "Uzyskałam, realne połączenie fizyczne, mojej macicy i żołądka, i potrzeby chronienia tej przestrzeni i całkowitego zamknięcia. I miało to faktyczny wpływ również na moje życie seksualne, ten rodzaj odzyskania kobiecej przestrzeni i nie bycia przepuszczalną czy coś podobnego. Rodzaj kompletnego zamknięcia się, zostawiło to wyraźny ślad na mnie w sensie emocjonalnym i fizycznym".

Terapeutka ta została silnie dotknięta w bardzo fizyczny sposób, który mógł wpłynąć na jej relację z partnerem. Taki wpływ pracy terapeuty na jego własne życie emocjonalne i fizyczne to temat poruszany przez wielu badanych, czasami opisywany jest jako "koszt terapii". Jedna z terapeutek opisywała jak bardzo była wyczerpana fizycznie procesem zostawiania terapeutką:

T10. "Ciągle byłam zmęczona, wiem, że było to związane z koniecznością przygotowywania opisów przypadków i robieniem wszystkich tych rzeczy, usiłując w tym samym czasie utrzymać praktykę, wydawało się, że wszystko jest terapią, każdy weekend był w jakiś sposób na to poświęcany, przejęło to moje życie. Tak więc, gdybym miała tak dłużej, miała bym z całą pewnością ograniczone życie...".

Wprowadza ona pojęcie "ograniczonego życia", odnosząc się do swojego życia zawodowego jako terapeutki. Co zaskakujące, stwierdzono, że przeciętna długość praktykowania psychoterapii wynosi zaledwie 10 lat [41]. Jeśli praca w charakterze terapeuty ma wpływ na zdrowie, istotnym wydaje się zajęcie się tym problemem i informowanie osób chcących zajmować się psychoterapią.

Ograniczenia badania

Potencjalną słabą stroną niniejszego badania jest pominięcie kwestii ciała pacjenta, co może być wskazówka dla dalszych badań. Interesujące było by wiedzieć czy pacjenci także odczuwali silne odpowiedzi somatyczne i czy korespondowały one z fizycznymi odczuciami terapeutów. Badanie przeżyć somatycznych pacjenta w powiązaniu z przeżyciami somatycznymi terapeuty może

wzmocnić i wzbogacić niniejsze badanie. Jednakże, poprzez skoncentrowanie się na terapeutach, praca niniejsza dotyka jednego z zagadnień świata terapii; wiele napisano na temat ciała pacjenta, ale niewiele o ciele terapeuty.

Wkład w teorię

Terapeuci, którzy wzięli udział w niniejszym badaniu wykorzystywali swoje przeżycia somatyczne jako swoiste znaki nawigacyjne w złożoności spotkania terapeutycznego. Podkreślają przy tym istotną rolę odczuć płynących z ciała. To spojrzenie wiąże się z ideami paradygmatu własnego ciała opisywanego wcześniej. W niniejszym badaniu zobaczyliśmy jak przeżywanie własnego ciała terapeutów było dla nich ważne w interpretowaniu spotkania terapeutycznego. Źródłem tej wiedzy jest ciało terapeuty. Tak więc, interpretacje dostarczane w tym badaniu można postrzegać jako "ucieleśnioną" wiedzę terapeutyczną. Należy podkreślić, że jest to wiedza "lokalna", czyli że odnosi się ona do określonych wydarzeń pomiędzy terapeutą i pacjentem, nie można jej uogólniać.

Idea ucieleśnienia psychoterapeuty sugeruje również, że w gabinecie terapeutycznym obecne jest ciało. Terapeuci w relacjonowanym badaniu mieli tendencję do informowania o odczuciach cielesnych, które były niekomfortowe, a poprzez to, bardziej zwracające uwagę. Jak sugerował Leder ([16] s.160): "Ciało zaznacza swoje istnienie w momentach zakłóconego funkcjonowania, właśnie dlatego, że jego zwyczajnym stanem jest rozmycie w świecie". Tak więc, w odróżnieniu od sytuacji gdzie ciało nie ma znaczenia, było ono odczuwane jako istniejące, a w niektórych przypadkach, powodowało to znaczący fizyczny dyskomfort.

Często kiedy pacjent wywoływał w terapeutach jakieś zjawiska cielesne, terapeuta był z nim w jakiś sposób silnie związany, tak jakby większe zaangażowanie emocjonalne terapeuty w pacjenta, wiązało się z bardziej wyraźnymi odczuciami cielesnymi, tak jak w przypadku terapeutki nr 8, która odczuwała objawy ciąży w reakcji na pacjentkę, którą również szczególnie lubiła.

Znaczenie tej pracy polega na wskazaniu na fakt, iż wiedza o spotkaniu terapeutycznym może być przez terapeutów zdobywana somatycznie. Wiedza ta wnosi ważny wkład w spotkanie terapeutyczne. Uznanie wkładu swojego ciała jest zatem dla terapeutów zadaniem istotnym, lecz niekoniecznie łatwym.

Eksploatacja ucieleśnienia pozwoliła na stwierdzenie, że terapeuci wydawali się otrzymywać wszystkie rodzaje informacji z ciała i wykorzystywali je w ramach terapii; jednakże ten sposób pracy nie jest nauczany w procesie szkolenia terapeutów. Wydaje się to być pominięte w procesie kształcenia i sugeruje potrzebę włączenia tego zjawiska do szkolenia psychoterapeutycznego, być może poprzez eksplorowanie jego natury i analizowanie sposobów jego wykorzystania przez praktykujących terapeutów. Można wykorzystać tu także analizowanie tematów: ciała jako

receptora, stylów pracy i empatii cielesnej, które stanowić mogą bazowy program tematu "ciało" w szkoleniu psychoterapeutów.

Widzimy zatem, że spotkanie terapeutyczne jest ucieleśnione; ciało terapeuty stanowi jego żywotną część. Terapeuci mogą ulec sugestii "ucieleśnionego stanu bycia" dzięki samej naturze terapii, szczególnie intensywnej i intymnej relacji, niepodobnej do żadnej innej relacji dorosłych osób w społeczeństwie zachodnim. W celu odnalezienia sensu w tym zjawisku, terapeuci często twierdzą, iż "wyławiają" informacje.

T11. "Ale faktycznie wyławiam materiał pacjenta bardzo szybko w moim ciele."

Przedmiotem dyskusji musi stać się to czy terapeuci wyławiają czy nie, objawy pacjenta lub jego materiał. Jest to problem reifikacji, mogącej zaszkodzić dyskursowi terapeutycznemu, wytwarzającej wrażenie, że subiektywne fenomeny są realne i faktyczne oraz korespondujące w pewien realistyczny sposób z językiem. Opis werbalny doznań cielesnych jest również problematyczny, nie jest możliwe potwierdzenie zgodności słów z odczuciami ciała ponieważ stanowi to przekład doznania somatycznego na doznanie werbalne. Mimo iż prawdą jest, że doznanie werbalne jest również doznaniem somatycznym, różnią się one jakością od, przykładowo, uczucia duszenia się astmatycznego lub bycia w ciąży. Terapeuci muszą zatem pamiętać, że poprzez wykorzystywanie dyskursu terapeutycznego, zagrożeni są reifikacją subiektywnych fenomenów. Takie użycie dyskursu wymaga zmierzenia się z nim ponieważ bardziej prawdopodobne jest, że ucieleśniony charakter relacji odbija aspekt życia terapeutów tym samym, odczuwają to oni w swoich ciałach. Oczywiście terapeuci są zachęceni do refleksji nad swoimi doświadczeniami życiowymi w ramach własnej terapii (będącej także w Polsce podstawowym elementem szkolenia psychoterapeuty - przyp. tłum.). Nie jest zatem zaskakujące, że fenomeny somatyczne są postrzegane poprzez pryzmat psychoterapeutyczny.

Być może sposobem na pogłębienie badania tych fenomenów jest zapytanie pacjentów o to, co pojawia się w ich ciałach w momentach rezonansu somatycznego. Tak więc ruch w kierunku narracyjnego spojrzenia na terapię mógłby mieć wiele do zaoferowania dla lepszego zrozumienia ucieleśnienia psychoterapeuty [25, 42, 43, 44, 45, 46]. Mogłoby to stanowić sposób weryfikacji wraz z pacjentami czy te ucieleśnione fenomeny mają dla nich takie znaczenie, jak dla ich terapeutów.

Fenomen opisywany tu przez terapeutów wywodzi się z doświadczeń pochodzących z ich ciała, nie z ciał pacjentów. To poprzez interpretowanie własnych bieżących odczuć przez pryzmat psychoterapeutyczny, terapeuci tworzą twierdzenia na temat swoich pacjentów. Spójrzmy na przykład:

T1. "Więc to, co robiłem, jak myślałem, było sięganiem do nieświadomej cielesnej pamięci" [pacjenta].

Przypisywanie sobie pamięci cielesnej kogoś innego jest znaczące, zwłaszcza z uwagi na to, że pamięć ta jest również nieświadoma w ciele tej innej osoby. Jest to oczywiście problematyczne. Zwodnicze jest to, czy odpowiedzi cielesne terapeuty są zlokalizowane w pacjencie. Te fenomeny somatyczne są reakcjami terapeuty, które, poprzez warstwę interpretacji psychoterapeutycznej, zostają umieszczone w ciele pacjenta. Możliwe jest badanie ucieleśnienia terapeuty, może to powiedzieć nam coś na temat spotkania terapeutycznego i intersubiektywnej przestrzeni pomiędzy pacjentem a terapeutą [47, 48, 49, 50]. Może to jednak niewiele znaczyć dla terapeuty, o ile nie zostanie omówione z pacjentem. Percepcja ciała jest wysoce osobistym doświadczeniem. Terapeuci zdawać sobie sprawę z tego, iż teorie odnośnie ich ciał odnoszą się do ich percepcji spotkania terapeutycznego, niekoniecznie do percepcji pacjentów.

Środowisko psychoterapeutyczne powinno rozważyć ponownie swoje stanowisko odnośnie użycia dyskursu psychoterapeutycznego do opisu niektórych zjawisk somatycznych, jak zaobserwowali to Halling i Goldfarb ([17] s. 328):

Poważne traktowanie ucieleśnienia oznacza poważne traktowanie sposobu, w jaki mówi się i słucha siebie i innych. Przyjęcie, że inna osoba jest ucieleśnionym bytem obejmuje uznanie, że nawet w sytuacji bycia obserwatorem, jest się obserwatorem zaangażowanym - kimś, kto odczuwa wpływ i wpływa na to, co się dzieje. Bycie badaczem lub terapeutą wymaga całkowitego i sumiennego zaangażowania. Jest to tak, jak w tańcu, gdzie stawia się kroki w przód i w tył: podchodzi się bliżej i oddala, jest się pod wpływem i wpływa się, wszystko jako ucieleśniony byt.

Jest oczywiste, że ciało terapeuty jest wykorzystywane jako sposób na monitorowanie procesu psychoterapeutycznego; jest to główny wniosek z niniejszego badania. Jednym z aspektów tego może być intuicyjny proces empatyczności somatycznej w stosunku do pacjenta. Ten proces komunikacji zorientowanej na ciało wydaje się być ważnym obszarem badań i włączenia go do szkolenia psychoterapeutów, ale wymaga to rygorystycznego i krytycznego podejścia. Zjawiska takie nie są jedynie aspektem przeciwprzeniesienia. W rzeczy samej, użycie takiego rodzaju dyskursu psychoterapeutycznego wydaje się nieodpowiednie w kontekście wyników relacjonowanego badania, ponieważ terapeuci mieli skłonność do reifikowania takich doświadczeń. Opisane zjawiska wydają się reprezentować istotne powiązanie pomiędzy terapeutami a pacjentami i dostarczać informacji o ucieleśnionym związku terapeutycznym. Wydaje się że psychoterapii potrzebne jest włączenie innych dyscyplin naukowych do dalszych dociekań i tworzenia teorii na temat tych zjawisk. Konieczne będzie szersze spojrzenie na fenomen ucieleśnienia i włączenie tradycji, na przykład paradygmatu własnego ciała. Nie będzie to łatwy proces, z uwagi na potrzebę

analizy dyskursu używanego obecnie w ramach zawodu psychoterapeuty, oraz z powodu wniosków, z uwagi na wymaganie starannej weryfikacji obowiązujących aktualnie zasad szkolenia psychoterapeutów. Znaczenie takiego projektu dla psychoterapii jest jasne ponieważ, jeśli zjawiska somatyczne są powszechne, nie można ich ignorować. Czas na wyjęcie ciała z zamrażarki.

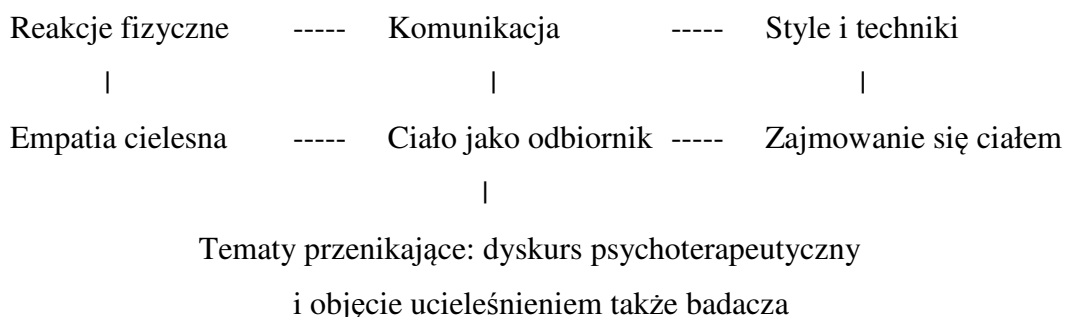
Tabela 2. Tematy pierwszego rzędu

1. Reakcje fizyczne	2. Komunikacja	3. Style/techniki
Mdłości/spocone dłonie Reakcje brzuszne	Komunikacja ciała Historia_terapeuty zmiana ciała terapeuty	Perspektywy kulturowe Dotyk
Ciąża	Somatyzacja	Prowadzenie spotkania terapeutycznego
Astma Doświadczenie tu i teraz Ból mięśnioszkieletowy Somatyzacja Zmiana ciała terapeuty Odzwierciedlanie ciała Internalizacja Reakcje ciała powiązane z pacjentami nadużytymi: zaburzenia widzenia, wstręt i zamykanie się, zapach Uczucie zimna i gorąca	Zdrowie terapeuty Ciała pacjentów	

Tabela 3. Tematy drugiego rzędu

Kategoria	Stwierdzenia terapeuty
Empatia cielesna	T3. "No cóż, w pewnym sensie nie wiem...myślę, że to znak...tego...byłem z kimś, że istniała empatyczna więź"
Ciało jako receptor	T1. "Dla mnie to jak używanie ciała jako radaru, jak anteny satelitarnej, która zbiera dane i kieruje je w dół, tak właśnie widzę ciało"
"Posługiwanie się" ciałem	T11. "Znajduję takie chwile w ciągu dnia, kiedy mogę po prostu założyć nogę na nogę, i tylko być sam ze sobą lub 'znowu stanąć na ziemi' "

Rysunek:



Piśmiennictwo

1. Crossley N. Merleau-Ponty, the elusive body and carnal society. *Body and Society*. 1995; 1: 43-63.
2. Boadella D. Embodiment in the therapeutic relationship: Main speech at the First Congress of the World Congress of the World Council of Psychotherapy, Vienna 1-5 July 1996. *Int. J. Psychother.* 2, 31-44.
3. Merleau-Ponty M. *The phenomenology of perception*. London: Routledge and Kegan Paul; 1962.
4. Merleau-Ponty M. *The visible and the invisible*. Evanston, IL: Northwestern University Press; 1968.
5. Kepner JI. *Body process: Working with the body in psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
6. McDougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *Int. Rev. Psychoanalysis*. 1974; 1: 437-459.
7. McDougall J. *Theatres of the body*. London: Free Association Books; 1989.
8. Schwartz-Salant N, Stein M. red. *The body in analysis*. Wilmette, IL: Chiron; 1986.
9. Field N. Listening with the body: An exploration in the countertransference. *Br. J. Psychother.* 1989; 5: 512-522.
10. Samuels A. Countertransference, the "mundus imaginalis" and a research project. *J. Anal. Psychol.* 1985; 30: 47-71.
11. Samuels A. *The political psyche*. London: Routledge; 1993.
12. Rowan J. Linking its place in therapy. *Int J. Psychother.* 1998; 3: 245-254.
13. Mathew M. The body as instrument. *J. Br. Ass. Psychother.* 1998; 35: 17-36.
14. Radley A. Displays and fragments: Embodiment and the configuration of social worlds. In H. J. Stam red. *The body and psychology* ss. 13-29. London: Sage; 1998.

15. Sampson EE. Establishing embodiment in psychology. W H. J. Stam red., *The body and psychology* ss. 30-53. London: Sage; 1998.
16. Leder D. *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
17. Halling S, Goldfarb M. Grounding truth in the body: Therapy and research renewed. *Humanistic Psychologist*. 1991; 19: 313-330.
18. Hughes J. *The philosophy of social research*. 2nd ed. London: Longman; 1990.
19. Straus EW. *Phenomenological psychology*. London: Tavistock; 1966.
20. Liedloff J. *The continuum concept*. London: Penguin (Akana); 1986.
21. Leder D. Medicine and Paradigms of Embodiment. *J. Med. and Philosophy*. 1984; 9, 29-43.
22. Kitzinger J. The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health And Illness*. 1994; 16, 103-121.
23. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. 2nd ed. London: Sage; 1995.
24. Moustakas C. *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
25. Shaw R. *The embodied psychotherapist: The therapist's body story*. New York: Bruner-Routledge; 2003.
26. British Association of Counselling and Psychotherapy. *British Association of Counselling and Psychotherapy: Research Department Statistics*. Rugby, UK: Author; 2000.
27. Shaw R. An exploration of the embodied experience of psychotherapists in the therapeutic encounter. Paper presented at the Second World Congress for Psychotherapy, Vienna, Austria; 1999.
28. Flick U. *An introduction to qualitative research*. London: Sage; 1998.
29. Seale C. red. *Researching society and culture*. London: Sage; 1998.
30. Seale C. Quality in qualitative research. *Qualitative Inq*. 1999; 5: 465-478.
31. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine De Gruyter; 1967.
32. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
33. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography*. London: Routledge; 1995.
34. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design*. London: Sage; 1998.
35. Charmaz K. Grounded theory. W JA. Smith, R. Harré, LV. Langenhove red., *Rethinking methods in psychology*. ss. 27-49. London: Sage; 1995.
36. Kvale S. The social construction of validity. *Qualitative Inq*. 1995; 1, 19-40.
37. Bolger EA. Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychother. Res*. 1999; 9: 342-362.
38. Castonguay LG. Common factors and non specific variables: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *J. Psychother. Integration*. 1993; 3: 267-286.

39. Russell R. What works in psychotherapy when it does work? *Changes*. 1995; 13: 213-218.
40. Glass CR, Arnkoff DB, Rodriquez BF. An overview of directions in psychotherapy integration research. *J. Psychother. Integration*. 1998; 8, 187-209.
41. Grosch WN, Olsen DC. *When healing starts to hurt*. New York: WW. Norton; 1994.
42. Gergen KJ, Kaye J. Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. W McNamee S, Gergen KJ. red. *Therapy as social construction*. ss. 149-165. London: Sage; 1992.
43. Guignon C. Narrative explanation in psychotherapy. *Am. Beh. Scientist*. 1998; 41: 558-577.
44. Mcleod J. *Narrative and psychotherapy*. London: Sage; 1997.
45. Meier A. Narrative in psychotherapy theory, practice, and research: A critical review. *Couns. Psychother. Res*. 2002; 2: 239-251.
46. Speedy J. The "storied" helper: Narrative ideas and practices in counselling and psychotherapy. *Eur. J. Psychotherapy and Health*. 2000; 3: 361-374.
47. Cole J. Empathy needs a face. *J. Consciousness Studies*. 2001; 8: 51-68.
48. Thompson E. Empathy and consciousness. *J. Consciousness Studies*. 2001; 8: 1-32.
49. Toombs SK. The role of empathy in clinical practice. *J. Consciousness Studies*. 2001; 8: 247-258.
50. Zahavi D. Beyond empathy: Phenomenological approaches to intersubjectivity. *J. Consciousness Studies*. 2001; 8: 151-167.