

Pierwotna wersja tekstu ukazała się w International Journal of Psychoanalysis. 1993; 74: 141-149. Material required. Copyright Institute of Psychoanalysis, London, UK. International Journal of Psychoanalysis website [www.ijpa.org](http://www.ijpa.org)  
Tłumaczenie za zgodą autora i wydawcy Michał Mielimąka, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

Alicia Etchegoyen

WPLYW CIAŻY ANALITYCZKI NA JEJ PRACĘ ZAWODOWĄ  
THE ANALYST'S PREGNANCY AND ITS CONSEQUENCES ON HER WORK

Streszczenie

W tym artykule przedstawiam, z przykładami klinicznymi, wyjątkowy, subtelny, czasami nieoczekiwany wpływ jaki ciąża terapeuty może mieć na proces analityczny. Jak każdy kryzys psychospołeczny, ciąża wystawia na próbę zdolność analityka do utrzymania orientacji psychoanalitycznej. Konfrontuje go również z pewnymi specyficznymi dla tej sytuacji problemami (prymitywnych lęków związanych z wnętrzem ciała, utratą własnej tożsamości, uszkodzeniem płodu, itp.), które muszą zostać dostrzeżone i przyjęte, a ponadto wymagają konsekwentnego i czasami bolesnego przepracowania.

Ogólnie rzecz biorąc podczas ciąży doświadczyłam znacznego pozytywnego rozwoju emocjonalnego, który dokonał się zarówno we mnie jak i w pacjentach. Sądzę, iż prawdopodobne zmiany zaszły nie tylko przez ciążę per se, ale również dzięki starannej analizie jej skutków, co pozwoliło utrzymać relację psychoanalityczną oraz pogłębić i rozwinąć proces terapeutyczny.

Summary

In this paper I discuss with clinical examples how the analyst's pregnancy may affect the analysis in unique, subtle and at times unexpected ways to which the analyst must be alert. Like any major psychosocial crisis in the life cycle, pregnancy challenges the analyst's ability to hold on to the psychoanalytic attitude. It also confronts her with specific issues (primitive anxieties about the inside of the body, fears of loss of identity, of damage to the foetus etc.) which have to be acknowledged and which require consistent and at times painful working through.

Overall, my experience was that by and large positive emotional growth took place both in patients and myself, during the pregnancy. I would suggest that the possible changes were not only due to the pregnancy per se but to the careful analysis of its effects which allowed for the psychoanalytic situation to be maintained.

Słowa klucze: ciąża psychoanalityczki, ciężarna psychoterapeutka, psychoterapia, psychoanaliza, kryzys w psychoterapii

Keywords: analyst's pregnancy, pregnant psychotherapist, psychotherapy, psychoanalysis, pregnancy, psychotherapy crisis

Zagadnienie poruszane w tym artykule istotnie wpływa na sferę emocjonalną człowieka. Dyskutowane jest w literaturze nie dłużej niż w okresie kilku ostatnich lat. Niewielka liczba dostępnych doniesień może wskazywać na naturalną trudność tego zagadnienia. Ciąża ujawnia podstawowe aspekty prywatnego życia terapeuty. Podkreśla odrębność i seksualność psychoanalityka jako osoby. Jak stwierdziła Penn [1] "ciąża bezwarunkowo odsłania wiele aspektów życia terapeuty, które sytuacja terapeutyczna celowo stara się przysłonić".

Z drugiej strony, fakt podejmowania przez rosnącą liczbę kobiet zawodów związanych z opieką medyczną sprawia, że osobiste i społeczne konsekwencje ciąży terapeuty to temat wzbudzający rosnące zainteresowanie kliniczne i wymagający uwagi.

Powszechnie spotykane w literaturze przeświadczenie głosi, iż ciąża psychoanalityka wzmacnia przeniesienie i przeciwprzeniesienie oraz, że zakłóca techniczną neutralność procesu. [2, 3, 4]. Podzielam pogląd, iż wpływ ciąży na diadę terapeutyczną jest silny i bezpośredni, co wyraża się w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu oraz w reakcjach pacjenta. W tym artykule pragnę przedstawić, powołując się na przykłady kliniczne, wyjątkowy, subtelny i czasami niespodziewany wpływ jaki ciąża może wywierać na terapeutkę.

Przybliżę ponadto okoliczności mojej ciąży, wpływ tej sytuacji na pacjentów oraz szczegółowo omówię wybrane przykłady kliniczne.

To była moja pierwsza ciąża przebiegająca z wieloma trudnościami (byłam starszą pierwiastką). Wymagała dokładnych i regularnych badań lekarskich przez cały okres jej trwania.

W osiemnastym tygodniu ciąży musiałam spędzić dwa tygodnie na zwolnieniu lekarskim. Kiedy wracałam do pracy zapewniano mnie poniekąd, iż z medycznego punktu widzenia moja ciąża przebiega zadawalająco. Tym niemniej, po rozmowie z zespołem oraz z moją rodziną, doszłam do wniosku, iż właściwym będzie znaczne ograniczenie moich obowiązków w instytucji oraz zajęć dydaktycznych a wykonywanie wyłącznie pracy klinicysty, psychoanalityka.

Zdecydowałam, iż pacjentów poinformuję o ciąży nie później niż w 24 tygodniu, jeżeli ten temat nie pojawi się wcześniej spontanicznie w pracy analitycznej. Planowałam przerwać pracę sześć tygodni przed porodem i wrócić do niej sześć miesięcy po porodzie.

W czasie ciąży pozostawałam pod wpływem zarówno realnych jak i nieświadomych obaw związanych z jej przebiegiem i rezultatem. W moich zmaganiach z tymi czynnikami zakłócającymi pomocne były: doskonałe wsparcie medyczne, instytucjonalne, rodzinne oraz superwizja.

Na początku odniosę się do przypadku Jane.

Jane była bardzo inteligentną kobietą w średnim wieku, która zgłosiła się na terapię z powodu depresji, niezdolności do stałej, konsekwentnej pracy oraz do tworzenia trwałych związków. Pełniła rolę "dziecka zastępczego" za zmarłą w wieku dwóch lat siostrę. Pochodziła z dużej rodziny, w której doświadczyła umiarkowanej deprywacji emocjonalnej. Ponadto, nie przepracowała żałoby po stracie, której doświadczyła we wczesnym okresie swojego życia.

Analiza postępowała powoli ze względu na występujące dość często negatywne reakcje pacjentki nazywane przez nią "atakami czarnego zła" (black evil attacks przyp. tłum.). Niemniej, osiągnięte w terapii zmiany po raz pierwszy pozwoliły pacjentce z zaangażowaniem ponownie podjąć szkolenie na pracownika opieki społecznej.

Na pierwszej poniedziałkowej sesji po mojej dwutygodniowej nieobecności wynikającej z problemów związanych z ciążą wyraziła ulgę z powodu mojego powrotu. Myślała, iż miałam operację i obawiała się obciążać mnie swoimi problemami (wiernie powielając zachowania z dzieciństwa w stosunku do swojej cierpiącej z powodu depresji matki). Powiedziała mi, że miała pewne problemy z poradzeniem sobie z dwoma trudnymi klientami. Zdała sobie sprawę, że potrzebuje spotkania ze mną, co odczuwała jako ponizające.

W tym samym tygodniu, w piątek zgłosiła, że jest w "grobowym nastroju". Wstydziła się powiedzieć mi, że nie chciała przyjść na sesję. Nie chciała mojej pomocy. Radziła sobie lepiej w pracy, jednak nie odczuwała radości. Po długiej ciszy powtórzyła, że czuje się martwa i pełna cynizmu.

Tego rodzaju treści były mi znane i zinterpretowałam je jako odwracanie się od terapii, która pozwoliła pacjentce lepiej funkcjonować w pracy. Zgodziła się z kierunkiem mojej interpretacji. Ja jednak odczuwałam pewien niepokój związany z tą sesją. Po jej zakończeniu, czując pewne napięcie, zdałam sobie sprawę, że ta pacjentka była jedyną, z którą nie potrafiłam poruszyć tematu mojej ciąży.

Zastanawiając się nad tym uświadomiłam sobie ponadto, że na początku przeoczyłam ważną wskazówkę. Pacjentka zgłosiła, iż kiedy patrzyła na stojący w poczekalni kwiatek zauważyła w strukturze jego liści czerwone naczynia, "krew, symbol życia", niejako przeciwieństwo odczuwanego przez nią "grobowego nastroju".

Pacjentka nie przyszła na poniedziałkową sesję i nie zadzwoniła, co było dla niej nietypowym zachowaniem. We wtorek przyszła punktualnie na rozpoczynającą się wcześniej rano sesję. Mówiła tonem przyjemnym, starannie modulowanym, z dobrze mi znaną nutą zgryźliwości. Powiedziała mi, że przykro jej z powodu opuszczonej sesji. Przed moim pójściem na zwolnienie ustaliłyśmy zmianę godziny poniedziałkowych sesji z popołudniowej na wczesnoporaną, która

miała zacząć obowiązywać tydzień po moim powrocie do pracy. Nastawiła budzik na bardzo wczesną godzinę. Po przebudzeniu wyłączyła go jednak i ponownie zasnęła. Mogła zdążyć na ostatnie dziesięć, piętnaście minut sesji, ale nie zdecydowała się na to. Dzwoniła popołudniu, jednak linia była zajęta. Miała trudności z dostosowaniem się do nowej, wczesnej godziny.

Komentując stwierdziłam, że pacjentka wydaje się zapominać, iż ustalona wcześniej nowa godzina obowiązuje dopiero od następnego poniedziałku. Zastanawiała się, czy powiedziała bym jej o tej pomyłce gdyby udało się jej do mnie dodzwonić. Powiedziałam, że można odnieść wrażenie, że przyszła tego dnia na terapię z obrazem nieprzyjaznego terapeuty, który nie poinformowałby jej o właściwym terminie sesji. Pacjentka rozumiała to nowe nieprzychylnie nastawienie do terapeuty jako wynikające z mojej chęci pozbycia się jej.

Stała się bardziej przychylna. W piątek, a być może w czwartek (powiedziała o tym na początku tygodnia, w którym wróciłam po przerwie do pracy) miała jakieś mgliste, nieokreślone przeczucie.

Stwierdziła, że poniedziałkowa sesja jej pomogła. Czowała się ożywiona. Powrót do domu zajął jej jednak dwie godziny. Korki były niemiłosierne. Czowała się głupia i upokorzona. Powiedziałam, że być może jednym z aspektów opuszczenia przez nią sesji było "sprowadzenie mnie do pionu" i skontrolowanie stopnia w jakim na nią wpływam. Zgodziła się, a w jej głosie usłyszeć można było pewną ulgę i ożywienie. Po krótkiej chwili ciszy opowiedziała mi, troszcząc się o zachowanie najdrobniejszego detalu, o chrzcinach swojej córki chrzestnej, które odbyły się w ostatni weekend. W miarę opowiadania jej relacja przybierała formę pogawędki towarzyskiej. Powiedziała, że chrzciny mogły skończyć się katastrofą. Pastor zapomniał o nich, zasnął i musiał zostać obudzony, aby uroczystości mogły się rozpocząć.

Panującą atmosferę określiłam jako miłą, sprzyjającą pogawędkom. Być może był to sposób w jaki pacjentka dystansowała się od zrozumienia głębszego znaczenia "odcięcia" się od sesji poniedziałkowej i ode mnie.

Powiedziała, że zupełnie zapomniała o sesji. Nadal pozostawała nią niezainteresowana, nie przywiązywała do jej opuszczenia szczególnej wagi. Powiedziałam, iż pamięć o zmianie godziny konfrontowała pacjentkę ze mną jako matką posiadającą inne relacje, innych pacjentów (te niemiłosierne korki). Przypomniała sobie, że kiedy ustalałyśmy zmianę godziny powiedziała mi, że pozbawiam ją jej najlepszego czasu, że się jej czepiam. Zauważyłam, iż wcześniej prosiła mnie, abym przeznaczyła dla niej właśnie godziny poranne. Zdała sobie sprawę, że niekoniecznie była tak bardzo "pozbawiana" jak pierwotnie zakładała.

Po krótkiej chwili ciszy powiedziała mi, że jej matka wyjeżdża na trzy tygodnie za granicę odwiedzić wnuki. Pacjentka czuła się w stosunku do niej obco, nieswojo. Starła się przypomnieć sobie jej dobre strony, musi przecież zaakceptować ją taką jaką jest. Skomentowałam, iż te same

emocje - uczucie dystansu skierowane nie tylko do matki, ale także do mnie, rozbudzone przez zmianę godziny, przez weekend, przez moją dwutygodniową nieobecność - wprowadzała na sesję.

Kontynuowała mówiąc o problemach w rodzinie, o faworyzowaniu przez matkę brata, o braku zainteresowania jej osobą ze strony matki. Mówiąc sprawiała wrażenie nieobecnej. Powiedziała, że nienawidzi swojej sztywności, braku elastyczności w stosunku do zmieniających się czasów podobnej do zachowań starców niezdolnych do zaakceptowania zmian. Pragnęła, aby jej matka przyszła się z nią zobaczyć. Ta jednak odwiedza ją tylko w drodze na zakupy.

Wspomnianą sztywność pacjentki odnoszącą się do wagi i potrzeby zmiany oraz do mojej nieobecności traktowałam jako obszar, któremu nie chciała się bliżej przyjrzeć. Mimo to często wносиła do terapii wątek odchodzącej matki, mówiąc pośrednio o nieobecnej przez kilka tygodni analityczce.

Sądziła, że powodem mojej nieobecności było nie najlepsze samopoczucie ale, że teraz jest już wszystko w porządku. Nie potrafiła dłużej o tym myśleć. Miała pustkę w głowie. Powiedziałam, iż sądzę, że miała coś jeszcze na myśli, na co wskazywała jej żywa reakcja na odchodzącą, niedostępną dla niej matkę. Przypomniałam jej, że kiedy była mała jej matka często "odchodziła" by mieć kolejne dzieci. Powiedziała: "Pewnie oczekuje Pani, że się do tego już przyzwyczaiłam... odnośnie Pani nieobecności wydaje się Pani być w dobrym zdrowiu".

Skomentowałam, iż potrafiła pomyśleć tylko o chorobie, że żadne inne myśli nie zostały dopuszczone. W jej głosie wybrzmiewał umiarkowany niepokój. Powiedziała, że być może ktoś w mojej rodzinie zmarł i że musiałam nagle wyjechać zagranicę. Stwierdziłam, iż powiedziała, że wyglądam dobrze, ale jednocześnie w ostatnim czasie mało na mnie spogląda. Zgodziła się. Nie potrafiła "objąć mnie" w okresie ostatnich kilku tygodni. Zgodziłam się z trudnością w "objęciu mnie", pokazałam jak omija zmiany wynikające z upływu czasu oraz, że być może, zaszyły inne konkretne zmiany dotyczące mojej osoby, których nie potrafiła "objąć" w tej chwili. Przypomniałam, że zazwyczaj jest bystrym i szybkim obserwatorem. Powiedziała mi przyjaźnie, iż spostrzegła, że noszę ostatnio ładne szare rajstopy z wzorkiem oraz, że moje włosy od czasu mojego powrotu sprawiają wrażenie nieco jaśniejszych. Skomentowałam, że patrzy na moje stopy i twarz, a nie na moją figurę. Pomimo że od powrotu nosiłam luźne ubrania pacjentka stwierdziła, iż myślała, że jestem szczuplejsza (byłam tym zszokowana). Skomentowałam, że mimo iż mówi o chrzcinach nowego dziecka i wpływie jaki wywarł na nią wyjazd matki w odwiedziny do wnuków nie łączy tego ze zmianą mojej figury. Zastanowiła się, czy mówię, że jestem w ciąży. To może oznaczać, że za osiem do dziesięciu miesięcy zakończę pracę, co mogłoby wiązać się z zakończeniem analizy. Powiedziałam jej, że potrafi myśleć o dziecku jedynie jako o odległym w czasie zdarzeniu. Nastąpiła cisza wypełniona napięciem. Powiedziała, starając się brzmieć beztrąsko, że być może miałam już to dziecko kiedy byłam nieobecna. Nastąpiła kolejna pełna

napięcia chwila ciszy. Skomentowałam, że trudno jest jej zapytać. "Tak"..., zapytała "czy jest Pani w ciąży?" Odpowiedziałam, że jestem. Z pewną dozą uprzejmości powiedziała, że cieszy się, że będę miała dziecko. Spodziewała się, że to jest moje pierwsze dziecko, czasami ludzie mają problem z zajściem w ciążę, że może potrzebowałam trochę wolnego z pracy z powodu zagrażającego poronienia.

Zapytała mnie, jakie mam plany, czy przestanę w ogóle pracować, czy wrócę za kilka miesięcy. Powiedziałam, że planuję przerwać pracę za trzy miesiące i wrócić do pracy sześć miesięcy po urodzeniu dziecka. Zasugerowała, iż jest to dłużej niż się spodziewała, ale zarazem czuje ulgę ponieważ planuję jednak powrócić do pracy. Zbliżałyśmy się do zakończenia sesji. Z dużą dozą uczucia powiedziała, że cieszy się razem ze mną i że trudnym musiało być dla mnie przebywanie na zwolnieniu a później powrót do zmagania ze wszystkimi moimi pacjentami. To było szczęśliwe wydarzenie, była z niego zadowolona i życzyła mi wszystkiego najlepszego. Potwierdziłam, że wyraża pozytywne emocje bez poczucia zawstydzenia i poniżenia... Dodałam, iż ta wiadomość mogła wzbudzić w niej wiele innych odczuć i emocji, które być może będą wymagały bliższego przeanalizowania na kolejnych sesjach.

Przyglądając się bliżej przebiegowi terapii dostrzec można wyraźną symbolikę mojej ciąży w dostępnym materiale (rosnący kwiatek w poczekalni, zasypiający pastor, który zapomniał o chrzcinach) oraz moją trudność z jej dostrzeżeniem. Wydaje się, iż świadome zaprzeczenie mojej ciąży obecne w pacjentce było w interakcji z zaprzeczeniem obecnym również we mnie.

Spostrzegłam, że podczas piątkowej sesji moje interpretacje były w zasadzie prawidłowe, jednak zdystansowałam się od pierwszej wzmianki pacjentki o kwiatku rosnącym w poczekalni. Stałam się odległą, niedostępną matką z dzieciństwa pacjentki. Dalsze przemyślenia oraz superwizja pozwoliły wyodrębnić kilka hipotez na temat przyczyny opóźnienia przede mnie podjęcia tematu mojej ciąży. Za najbardziej oczywistą uznałam lęk pacjentki przed martwym dzieckiem (martwa siostra z dzieciństwa pacjentki), jej napięcie związane z obawą, że los mojego dziecka będzie zbliżony do losu jej siostry. Na głębszym poziomie, w moim rozumieniu materiału, dostrzec można było uderzające pominięcie wspólnego dla mnie i Jane lęku przed jej "napadami zła" (evil attacks przyp. tłum.) na rzeczywiste dziecko.

Jane nie tylko nieświadomie identyfikuje się z dzieckiem, o którym zapominał pastor i które zostało pozbawione zainteresowania, ale również, będąc w grobowym nastroju, staje się tym właśnie dzieckiem, uśmierconym płodem. Lęk przed "złym spojrzeniem" (malocchio, iettatura przyp. tłum.) jest zjawiskiem częstym w ciąży, co znajduje potwierdzenie w spotykanym w wielu kulturach tabu dotyczącym złowieszczych spojrzeń na ciężarne kobiety. Właściwe rozumienie przede mnie materiału było wyraźnie utrudnione przez wzmożoną obronę przed wynikającym z tego zjawiska napięciem oraz nieświadomą potrzebę ochrony rzeczywistego dziecka przed atakiem.

Silne zaskoczenie, które odczułam kiedy pacjentka stwierdziła, że tracę wagę wynikało, jak sądzę, z mojej własnej trudności bycia w ciąży i cieszenia się nią. Myślę, że nieświadomie identyfikowałam się ze smutkiem pacjentki, która nie posiadała własnych dzieci oraz z jej trudnością w zmierzeniu się z różnicą między moją a jej sytuacją życiową w tamtym okresie. Pacjentka często z napięciem i wzruszeniem mówiła, że jej "zegar biologiczny tyka jak bomba z zapalnikiem czasowym". Było tak jakbym czuła się winna, że noszę w sobie żywe, wzrastające dziecko w sytuacji, gdy wydaje się mało prawdopodobne, że pacjentka kiedykolwiek tego doświadczy. W wyniku dalszych przemyśleń rozumiałam, że złożona problematyka związana z żałobą wpływa zarówno na pacjentkę jak i na mnie. Dla Jane była ona związana z poprzednimi nieudanymi związkami. W moim przypadku dotyczyła zmierzenia się i przepracowania konieczności przerwania pracy. Tego tygodnia, w związku z zaleceniami lekarskimi, musiałam podjąć decyzję o znacznym ograniczeniu pracy w instytucji, która zresztą bardzo mnie cieszyła. Musiałam pogodzić się z własną wrażliwością i pewnymi ograniczeniami a także z faktem, iż sytuacja budziła w pacjentce obszary szczególnie bolesne zważywszy na jej historię życia i zmarnowane możliwości.

Mam nadzieję, że pierwszy przytoczony przez mnie przykład skłania do bliższego przyjrzenia się wzajemnym głębokim oddziaływaniom pomiędzy terapeutą a doświadczeniami pacjenta. Chciałabym rozwinąć ten wątek przytaczając drugi przykład, dziecka.

Paulina, lat 12, przychodziła na terapię do prywatnego gabinetu od trzech lat. Została skierowana z powodu fobii szkolnej oraz różnorodnych dolegliwości psychosomatycznych. Była to trudna praca analityczna, w której współpraca ze strony dziecka była niewielka a rodzice prezentowali wyraźnie ambiwalentny stosunek do konieczności terapii. Wystąpiła jednak wyraźna poprawa objawowa.

Atmosfera spotkań uległa jednak wyraźnemu pogorszeniu na początku trzeciego roku analizy, kiedy pacjentka zaczęła osiągać dojrzałość płciową. Pauline stała się bardzo wrażliwa na zmiany jakie przechodziło jej ciało. Stwierdziła, że jest nimi obrzydzone i stara się je ukrywać nosząc luźne ubrania. Stała się bardzo wroga w stosunku do terapii. Uznawała ją za nieuprawnione wtargnięcie w intymne aspekty jej życia i stratę czasu.

Pacjentka zaczęła przejmować kontrolę nad terapią stosując różne zabiegi (emocjonalnie naładowany bełkot, z którego informacje istotne były wyłączone np. "Wyszłam wczoraj z domu... (bełkot)... to było strasznie śmieszne... Poszłam... potem odbyłam długą rozmowę telefoniczną... a potem... a potem..."). Kiedy coś mówiłam zatykała uszy i wypowiadała serię zwrotów odpierających: "mylisz się; to jest bardzo proste, źle to rozumiesz" albo "to nieprawda". To zachowanie, obecne przez kolejnych siedem miesięcy terapii, było rozumiane częściowo jako

początek walki nastolatki o niezależność. Była to również desperacka próba obrony przed koszmarem dorastania i rozwoju seksualnego.

Po moim powrocie, okres mojej nieobecności (zwolnienie lekarskie) oraz moją ciężą pacjentka skomentowała z wszechmocną pogardą "Ja (analityk) myślę się sądząc, że ma to jakiegokolwiek znaczenie". Rodzice zdecydowali, głównie pod wpływem utrzymującej się poprawy objawowej, że pacjentka powinna zakończyć terapię wraz z udaniem się przeze mnie na urlop macierzyński. Przez kolejnych kilka tygodni wszystko co robiłam i mówiłam na sesjach nie odnosiło większego skutku. Ogarnęło mnie poczucie narastającej irytacji i rozpacz. Byłam nastawiona krytycznie do rodziców pacjentki ("wiedziałam", że ich decyzja była błędna), czułam chęć ujawnienia Paulinie moich interpretacji, pokazania, że coś "wiem". Łatwo było dostrzec, że moje pragnienie "wiedzy" częściowo wynikało z identyfikacji z dzieckiem i onnipotencją rodziców. Prawdziwie pomocnym było dopiero dostrzeżenie przeze mnie własnego niepokoju i uczucia niepewności związanego z obarczoną ryzykiem późną pierwszą ciążą. Mój sceptycyzm w stosunku do rodziców częściowo wiązał się z moją zazdrością o ich młodość i możliwości oraz, być może, o maniacką onnipotencję. Mogli oni swobodnie atakować pracę analityczną (dzieło matki), w której ja musiałam być matką w ciąży z nieprzyjemnymi i niepokojącymi myślami o wyniku ciąży i o przyszłości leczenia Pauliny. Terapia wciąż pozostawała trudną, jednak byłam w stanie odbyć konstruktywną rozmowę z rodzicami Pauliny na temat alternatywnych sposobów pomocy.

Sądzę, że ten przypadek jasno ilustruje subtelne i czasami niespodziewane zjawisko przeniesienia - przeciwprzeniesienia.

W tym przykładzie nie miałam do czynienia z zazdrością i zawiścią dziewczynki o moją ciążę, jak to było w przypadku "ataków czarnego zła" Jane, ale moją własną zawiścią w stosunku do niej i do jej rodziców. Zmierzenie się z własnym niepokojem i niepewnością odsłoniło głębszą warstwę mojej zawiści. Praca nad tymi problemami ożywiła liczne interpretacje zarówno w pacjentce jak i we mnie.

Andrew, lat 6, odbywał od osiemnastu miesięcy intensywną terapię w szpitalu gdzie pracuję. Został tam skierowany z powodu zachowań agresywnych i nadpobudliwości. Starszy z dwojga rodzeństwa był opisywany jako wyjątkowo wymagający i rywalizujący w stosunku do swojej trzyletniej siostry. Stan pacjenta uległ znacznej poprawie w terapii. Na moją ciążę zareagował z zainteresowaniem i troską. W materiale obecne były jasne wskazówki, że chciał się mną i moim dzieckiem zaopiekować, jak wspierający ojciec. Ja jednak tego nie potrafiłam dostrzec. Nie spostrzegłam również, iż stopień jego nadaktywność się obniżył, tak jakby próbował mnie oszczędzać.

Podjęłam decyzję, że pracę z nim zakończę szybciej niż z moimi prywatnymi pacjentami. Było to spowodowane dodatkowym napięciem jakie wzbudzały we mnie potrzeba dojazdu oraz



nadaktywność pacjenta. Przejmowałam się problemem znalezienia mu "właściwego" terapeuty i czułam się sparaliżowana wątpliwościami jak najlepiej postąpić. Widziałam, że moje poczucie winy związane z przedwczesnym przerwaniem terapii uniemożliwiało mi przyjęcie jego pozytywnego nastawienia i chęci naprawy. Przyglądając się dalej moim trudnościom z przekazaniem pacjenta innemu terapeutce doszłam do bolesnego wniosku, że moja rzekoma troska o znalezienie "właściwego" terapeuty wynikała z głębokiej rywalizacji z rodzeństwem przenoszonej na innych członków zespołu terapeutycznego.

Po pierwsze, nie chciałam aby ktoś inny przyszedł i przejął opiekę nad moimi pacjentami i nade mną. Po drugie, w tym akurat momencie klinika przechodziła gruntowną reorganizację w wyniku której prestiż tego zakładu miał znacznie wzrosnąć. Zmagania instytucji wchodziły w rezonans z moim głębokim uczuciem napięcia związanym z dążeniem do "zwycięstwa" nad moimi kolegami przez ciężę i ułożone życie rodzinne. Zdałam sobie sprawę, że bałam się odwetu moich współpracowników za pozostawienie ich w trudnej sytuacji - konieczności poradzenia sobie z pacjentami potrzebującymi szczególnie intensywnego zaangażowania i pomocy w perspektywie zmniejszających się zasobów instytucji. Te przemyślenia pomogły mi w realistycznym przedyskutowaniu problemu z zespołem i właściwym przekazaniu pacjenta do innej jednostki posiadającej wolne miejsca.

W tym przypadku trudności w procesie psychoanalitycznym wynikały nie tylko z oczekiwanej rywalizacji dziecka z rodzeństwem, ale również z mojej własnej rywalizacji ze współpracownikami.

Dokonawszy próby przedstawienia tego, co wcześniej nazwałam złożonym i zawiłym wpływem ciąży na wydarzenia w terapii, teraz opiszę moje doświadczenia pokazujące jak różnie pacjenci reagowali na ciążę w zależności od ich indywidualnych wzorców relacji z obiektem.

Margaret, bardzo utalentowana ale narcystyczna studentka uniwersytetu, która była w terapii od dwóch lat, zareagowała na moją ciążę szokiem i dezorientowaniem. Jako niechciane dziecko została porzucona przez swoją matkę a później adoptowana. Przez całe życie nigdy nie czuła, że "była czyjaś, przynależała" i głęboko przeżywała zakorzeniony, intensywny żal związany z jej materialną i emocjonalną deprivacją.

Funkcjonowała przekazując desperacką potrzebę troski, co wywoływało intensywne poczucie winy. Treścią przeniesienia było "hałaśliwe (żądające, protestujące przyp. tłum.) dziecko, które potrzebowało abym była w pobliżu". Była jednak niezdolna do przyjęcia i przepracowania interpretacji. Identyfikując się z obrazem matki, porzucającej, okrutnej, egoistycznej, stale dewaluowała i odrzucała dostępną opiekę, co na zasadzie mechanizmu błędnego koła pogłębiało deprivację. Pacjentka przeżywała ograniczenia settingu terapeutycznego i czas urlopu jako zdradę. Jakkolwiek zmiany monotonii settingu, jego regularności zawsze zbiegały się w czasie z

"momentami osobistego kryzysu". Cięża udowodniła, że nie ma w moim życiu miejsca dla pacjentki. Silnie odczuwała, iż okrutnym z mojej strony było zdecydować się na dziecko w tym szczególnym czasie w jej życiu, kiedy walczyła o rozwój swojej kariery. Sądziła, że wzięłam dwa tygodnie urlopu w celu napisania artykułu, popchnięcia mojej kariery do przodu. Pomysł ten był reprezentacją jej zaprzeczenia napięciu związanemu z przerwą (w terapii) i istnieniem nowego dziecka. Nie potrafiła przepracować złości i egoistycznych uczuć. Demonstrowała to przez stawianie się coraz bardziej wymagającą i jednocześnie odrzucającą jakiegokolwiek próby pomocy.

Sądzę, iż Margaret wykorzystała tę zewnętrzną sytuację w celu potwierdzenia modelu relacji z obiektem obecnego w jej wewnętrznym przeżywaniu, modelu sadomasochistycznej interakcji, gdzie możliwe są tylko dwie role: deprywującej matki i okrutnie traktowanego dziecka. Nie było możliwości pomocy w przeniesieniu maternalnym, w rozwoju dziecięcego self, lub w akceptacji rzeczywistego dziecka. To była terapia, w której uzyskano wyłącznie niewielki postęp również w okresie po moim powrocie do pracy.

Nicholas, mężczyzna po trzydziestce, wyraźnie schizoidalny, który pozostawał w analizie od czterech lat zareagował na ciążę tak, jak reaguje na wszystkie wydarzenia emocjonalne w swoim życiu: przez kilka miesięcy biernie zaprzeczał (nie dostrzegał) zmianom w moim wyglądzie. Kiedy wskazałam na to, zareagował chłodnym zaprzeczeniem istotności tego faktu. Praca nad jego potrzebą odcięcia się pozwoliła na ujawnienie się pewnych pozytywnych uczuć, a mianowicie jego troski o moje zdrowie (byłam nieobecna przez dwa tygodnie). Po raz pierwszy był w stanie przypomnieć sobie i ponownie przeżyć uczucia stanu zagrożenia i lęku związanego z pogarszającym się stanem zdrowia matki w okresie jego dorastania. Rozpoczął przepracowywanie swojej niezakończzonej żałoby nad zmarłą matką, która ujawniła się w załamaniu funkcjonowania około dwudziestego piątego roku życia. Sądzę, że w przypadku omówionych pacjentów wpływ mojej ciąży był bardzo swoisty. Świadome i nieświadome przeżywanie moich problemów zdrowotnych dobrze korelowało z historią pacjenta. W centrum pracy terapeutycznej przed przerwą w terapii był żal i poczucie winy z powodu wewnętrznej uszkodzonej matki. Rosnące dziecko było przeżywane jako niosące nadzieję potwierdzenie toczącego się procesu naprawczego w przeniesieniu maternalnym.

Na koniec przedstawię dwie pacjentki, którzy silnie zareagowały na moją ciążę.

Elizabeth, pacjentka po trzydziestce z zaburzeniami typu borderline, po dowiedzeniu się o mojej ciąży była ospała na kilku kolejnych sesjach. Było to odzwierciedleniem jej fantazji, że wchodzi do mojego wnętrza i staje się dzieckiem.

Kiedy to zinterpretowałam pacjentka przebudziła się i od tego czasu w sposób niebezpieczny prowadziła samochód. Ten styl prowadzenia reprezentował zarówno jej mordercze impulsy skierowane do rzeczywistego dziecka jak i jej potrzebę kary.

Lucy, lat 7 została skierowana do terapii z powodu poważnego zahamowania w postępach szkolnych. Pochodziła z rodziny, w której problemy emocjonalne nie były dostrzegane i rozwiązywane. Na przykład fakt, iż matka pacjentki przeszła poważne załamanie związane z porodem, z którego do końca nigdy się nie podniosła był pilnie strzeżonym sekretem rodzinnym. Dowiedziała się o mojej ciąży kiedy wróciłam do pracy po dwóch tygodniach zwolnienia lekarskiego. Na wiadomość zareagowała mocnymi oskarżeniami. Systematycznie niszczyła materiały do zabawy i wyrzucała je do kosza. Na kilku kolejnych sesjach była ponura i nie nawiązywała kontaktu. Na moje próby dotarcia do niej zareagowała wzburzeniem i wybiegła z pokoju. Ostatecznie jej lęki przed byciem odrzuconą jak zepsuta zabawka zostały przepracowane w przeniesieniu i pacjentka stała się spokojniejsza. W tym czasie zaczęła malować obrazki przedstawiające labirynty, które odstąpiły jej głęboko zakorzenione lęki związane z byciem zgubioną i na zawsze zapomnianą przez matkę przeżywaną jako uszkodzoną i niedostępną (zapomnianą zarówno przez "zepsutą" matkę jej niemowlęctwa jak również przez "zepsutego" analityka, który wziął "zwolnienie lekarskie"). Wystąpiła ponadto identyfikacja z dzieckiem zagubionym w labiryncie łona.

#### Dyskusja

Z nielicznych dostępnych w literaturze pozycji na omawiany w tym artykule temat wyłania się kilka zgodnych stwierdzeń:

- a. Cięża wzmacnia przeniesienie i przeciwprzeniesienie [2, 3, 4].
- b. Cięża zakłóca techniczną neutralność terapeuty zwiększając jego aktywność i transparentę. [5].

W odniesieniu do wpływu ciąży na przeniesienie i przeciwprzeniesienie zgadzam się, iż cięża pobudza proces analityczny, jednak rzadko w sposób specyficzny i przewidywalny. Jak zaobserwowano w omówionych przykładach klinicznych wpływ ten jest złożony, subtelny a czasami nieoczekiwany. Spostrzegłam, iż pacjenci reagowali różnorodnie w zależności od indywidualnych matryc relacji z obiektem oraz wydarzeń z przeszłości. Jeżeli chodzi o mnie, to nauczyłam się być otwartą na różne możliwe sposoby spostrzegania mnie przez pacjentów w przeniesieniu oraz na różnorodne moje odpowiedzi w przeciwprzeniesieniu. Wymagało to ode mnie ciągłego i bolesnego przepracowywania np. niespodziewanym było dla mnie odkrycie, iż byłam zazdrosna o młodość mojego dziecka, mojego pacjenta i jego rodziców. Trudno było rozwikłać moje poczucie winy związane z posiadaniem dziecka, lękiem przed 'atakami zła' na płód, żalem z powodu decyzji o przedwczesnym zakończeniu terapii Jane. Niepokojącym było uświadomienie sobie uczucia rywalizacji z zespołem terapeutycznym, który starał się pomóc mi z Andrew.

Jeżeli chodzi natomiast o zagadnienie technicznej neutralności, nie znajduję uzasadnienia dla hipotezy, że cięża w jakiś sposób narusza proces psychoanalityczny czy technikę. Oczywiście, cięża, tak jak każde inne szczególne wydarzenie życiowe [6] jest wyzwaniem dla analityka aby

utrzymał sytuację analityczną względnie wolną od wydarzeń typu acting-out. Analityk musi radzić sobie z własnymi reakcjami na ciążę, która stanowi okres nasilonej wrażliwości psychologicznej i emocjonalnej i wiąże się z istotną zmianą pełnionych ról. W moim przypadku, dodatkowym czynnikiem obciążającym były medyczne komplikacje, nieuchronnie zwiększające napięcie zarówno moje jak i pacjentów. Analityk musi również zmierzyć się z nieuniknionym zakłóceniem settingu terapeutycznego spowodowanym przez ciążę oraz wpływem tego zjawiska na pacjenta.

Ciąża jest, bez wątpienia, poważnym kryzysem psychospołecznym w życiu analityka. Rozpatrywana jako kryzys zawiera pewne cechy specyficzne dla siebie oraz pewne wspólne dla wszelkich sytuacji kryzysu takich jak choroba, niepełnosprawność, bolesna utrata ważnej osoby. Co ważne, skutkiem ciąży jest intensywne, wyraźne i obnażające wprowadzenie innej, zewnętrznej rzeczywistości na dłuższy okres czasu.

Dotychczas w literaturze podkreślano kryzysowy charakter wyjątkowej okoliczności jaką jest ciąża. Uważam, że badania nad ciążą w porównaniu do innych kryzysów psychospołecznych wymagają szczególnego pogłębienia i dalszej pracy. Aktualne wnioski panelu dyskusyjnego (1990, nieopublikowane) poświęconego tematowi "Cykl życia psychoanalityka: ciąża, choroba i niepełnosprawność", który odbył się podczas corocznego walnego zgromadzenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego stanowią początek pracy w tym kierunku.

Cechą wspólną dla wszystkich ważniejszych sytuacji kryzysowych analityka jest zagrożenie utraty profesjonalizmu. Lasky (1992) określa, iż w sytuacji poważnej choroby analityka w czasie prowadzenia psychoterapii, punkt zainteresowania powinien być skoncentrowany na określeniu "w jaki sposób relacja analityczna jest zmieniana przez tą okoliczność i co można zrobić aby ją (relację analityczną) podtrzymać?"

Powszechnie zakłada się, że ciąża wytwarza niejako stan emocjonalnego uniesienia i ułatwia dostęp do procesów nieświadomych. Bibring [7] na podstawie wywiadów przeprowadzonych z ciężarnymi obserwowała częstsze występowanie myślenia opartego o proces pierwotny, prymitywnych lęków i niepokojów, emocjonalnego zamieszania. Opisała to jako stan "łagodnej depersonalizacji". Tezy Bibring wskazują na zwiększoną wrażliwość ciężarnej terapeutki oraz, przez implikację, większe zapotrzebowanie na zasoby analityka potrzebne do pracy intrapsychicznej. Odnoszę się tu do zwiększonej potrzeby bycia świadomym, ogarniania, hamowania i przepracowania prymitywnych napięć (związanych z wnętrzem ciała, lękiem przed utratą tożsamości, przed unicestwieniem, przed uszkodzeniem lub byciem uszkodzoną przez płód, przez "złe spojrzenie", przez zazdrosne lub zawistne rodzeństwo). Występuje ponadto potrzeba ponownego przepracowania dziecięcych relacji z własną matką i ojcem. Umiejętność przepracowania tych okoliczności wnosi potencjał do naprawy i sublimacji. Mogą one jednak

wywołać wzrost potencjalnie niekorzystnie wpływającego na proces terapeutyczny lęku przed byciem zaatakowaną, potrzeby ochrony płodu, pragnienia zajęcia się wyłącznie dzieckiem.

W mojej ocenie superwizja była podstawowym wymaganiem koniecznym do utrzymania "psychoanalitycznej funkcji osobowości" [8] szczególnie w przypadku analizy dzieci, kiedy nieświadoma identyfikacja terapeuty z dzieckiem lub rodzicem wymaga dokładnego rozpoznania i wglądu.

Stwierdziłam, że możliwość dalszej pracy z zachowaniem silnej tożsamości psychoanalitycznej i psychiatrycznej jest kluczowa w radzeniu sobie z własnym napięciem emocjonalnym. Sądzę ponadto, iż fakt kontynuowania przeze mnie pracy na fundamencie psychoanalitycznym stanowi czynnik wzmacniający pacjentów.

Ogólnie rzecz biorąc, podczas ciąży doświadczyłam znacznego pozytywnego rozwoju emocjonalnego, który dokonał się zarówno we mnie jak i w pacjentach. Sądzę, iż prawdopodobne zmiany zaszły nie tylko przez ciążę per se, ale również dzięki starannej analizie jej skutków, co pozwoliło utrzymać relację psychoanalityczną oraz pogłębić i rozwinąć proces terapeutyczny. Pragnę wyrazić podziękowanie wielu moim kolegom, którzy pomogli mi podczas mojej ciąży, w szczególności Dr Sue Isaacs Elmhirst.

#### Piśmiennictwo

1. Penn L. The pregnant therapist: transference and countertransference issues. W: *Psychoanalysis and women*. Red. Alpert J. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 287-315.
2. Clementel-Jones C. The pregnant psychotherapist's experience. *Br. J. Psychother.* 1985; 2, 2: 79-94.
3. Fenster S. i wsp. The therapist's pregnancy. *Intrusion in the analytic space*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 1986.
4. Gottlieb S. The pregnant therapist: a potent transference stimulus. *Br. J. Psychother.* 1989; 5: 287-299.
5. Fenster S. *Intrusion in the analytic space: the pregnancy of the psychoanalytic therapist*. Dissertation Abstracts International. University Microfilms. 1983, 83-17, 555.
6. Weiss S. The effects on the transference of 'special events' occurring during psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 1975; 56: 69-75.
7. Bibring G. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanal. Study Child.* 1959, 14: 113-121.
8. Bion, WR. *Learning from Experience*. London: William Heinemann. Reprinted London: Karnac Books,. Reprinted in *Seven Servants*, 1962, 1977.
9. Bick E. Child analysis today. *Int. J. Psychoanal.* 1987; 43: 328-332.