

Psychiatria i Psychoterapia 2007; Tom 3, Nr 3: artykuł 3; s. 31-44

Oryginalna wersja artykułu ukazała się w *Psychoanalytic Review*. 1993; 80, 3: 457-473.

*Psychoanalytic Review* jest czasopismem wydawanym przez Guilford Press, link:

[http://www.guilford.com/cgi-](http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=pr/jnpr.htm&dir=periodicals/per_psych&cart_id=502508.28283)

[bin/cartscript.cgi?page=pr/jnpr.htm&dir=periodicals/per\\_psych&cart\\_id=502508.28283](http://www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=pr/jnpr.htm&dir=periodicals/per_psych&cart_id=502508.28283)

Tłumaczenie Katarzyna Klasa, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

Leon Anisfeld

## O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TERAPEUTY. MOŻLIWOŚCI ROZWIĄZANIA NIEZAKOŃCZONEJ ŻAŁOBY W PRZENIESIENIU

### ON THE THERAPIST'S DISABILITY: OPPORTUNITIES FOR RESOLUTION OF OBSTRUCTED MOURNING IN THE TRANSFERENCE

#### Streszczenie

Autor omawia kwestię znaczenia widocznej niepełnosprawności analityka na rozwój przeniesienia i jakość relacji terapeutycznej, jak również na reakcje przeciwprzeniesieniowe. Na podstawie przykładu klinicznego opisuje możliwości wykorzystania niepełnosprawności terapeuty dla ułatwienia rozwiązania w przeniesieniu niezakończonych żałoby. Rozważane są także przyczyny częstego pomijania zagadnienia choroby czy niepełnosprawności analityka w literaturze psychoanalitycznej.

#### Abstract

The author considers the issue of influence of an analyst's visible disability on development of transference, quality of therapeutic relationship, as well as countertransference reactions. On the basis of a clinical case, he describes possible ways of use of the therapist's disability for a facilitation of resolution of obstructed mourning in the transference. Reasons for little attention paid to the issue of analyst's illness or disability in the psychoanalytical literature are also discussed.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, terapeuta, przeniesienie, niezakończona żałoba

Keywords: disability, therapist, transference, unresolved mourning

#### Motto:

Co tworzy "całość choroby" czy "nową chorobę"? Lekarz nie zajmuje się, jak naturalista, mnogością różnych organizmów teoretycznie zaadaptowanych w przeciętny sposób to przeciętnego środowiska, lecz pojedynczym organizmem, człowiekiem, zmagającym się by zachować swoją tożsamość w niesprzyjających okolicznościach

- Ivy McKenzie (Sachs, 1987, s.6)

W niniejszym artykule chciałbym postawić i odpowiedzieć na kilka pytań. Pierwsze jest pytaniem klinicznym, mającym osobiste i naukowe znaczenie: jaką rolę pełni niepełnosprawność terapeuty w rozwoju u pacjenta przeniesienia? Spróbuję pokazać w jaki sposób postrzeganie mojej niepełnosprawności przez jednego z pacjentów dopasowało mnie do szczególnego paradygmatu przeniesienia, w wyniku którego uruchomiony został proces żałoby po ojcu, którego pacjent nie był w stanie przejść jako dziecko. Dla tego pacjenta moja niepełnosprawność stała się "szablonem" śmierci i umierania. W jego umyśle zostałem połączony ze zmarłym ojcem poprzez postać jednonogiego wujka, który pełnił rolę kochającego lecz niewystarczającego substytutu ojca. W ramach ponownie uruchomionego procesu żałoby możliwe stało się dla pacjenta odniesienie do fiksacji edypalnej, która zakłócała żałobę.

Jedną z kwestii, które poruszę jest to, w jaki sposób realne atrybuty analityka pobudzają wznowienie dziecięcej traumy. Jest to przykład tego, jak przeniesienie z przeszłości zmienia aktualny moment historyczny, który nie wiązał się z przeszłością. Krótko mówiąc, jest to przykład tego, jak aktualne przeżywanie analityka przez pacjenta budzi wydarzenie z przeszłości, z którym, dzięki bardziej rozwiniętemu ego, pacjent może się teraz skonfrontować. Nie jest to tworzona prawda narracyjna, lecz wywoływanie prawdy historycznej w świetle terażniejszego doświadczenia.

Drugie pytanie, które chciałbym przedyskutować odnosi się do powodów dla których, w literaturze psychoanalitycznej tak mało uwagi poświęcono niesprawności analityka. Jest to zaskakujące zjawisko w świetle naszej skłonności do introspekcji i zważywszy na fakt, że wielu z nas mogło mieć do czynienia z wpływem choroby, zranienia, starzenia się czy nawet śmierci na praktykę kliniczną. Te nieliczne prace, które omówię później, wskazują że możemy, bardziej niż myślimy, bać się myśli o nieuniknionych procesach choroby i śmierci. Sam Freud, jak wykazali w swoich biografiach Schur [1] i Jones [2], lęki przed śmiercią tłumaczył jako pochodną kompleksu kastracyjnego, nie jako obawy wprost. W swoim monumentalnym dziele *The Denial of Death* (Zaprzeczanie śmierci), Becker [3], podobnie jak to proponował także Otto Rank, widzi wzniesienie przez Freuda lęków przed śmiercią do poziomu instynktu jako unikanie ontogenetycznego, rzeczywistego przerażenia śmiercią. Dystansując się samemu od własnego lęku przed śmiercią poprzez ogłoszenie go filogenetycznym, niezmiennym i realnym instynktem, Freud położył kamień węgielny pod omijanie tego tematu przez późniejszych autorów literatury psychoanalitycznej. Nasze pomijanie tej kwestii w literaturze, w moim poczuciu, z pewnością jest odbiciem naszej chęci uniknięcia eksplorowania wpływu naszych fizycznych ułomności na naszych pacjentów, tym samym wzmacniając powszechne społecznie zaprzeczenie obawom przed śmiercią i ich pochodnych. W odniesieniu do pacjentów, o których wspomnę w niniejszym artykule, uważam, że

jasnym stanie się, że moja zdolność do podnoszenia tych problemów w ramach terapii miała pozytywny wpływ na postęp procesów ich analizy.

Nie znaczy to, że niepełnosprawność analityka jest niezbędna dla uruchomienia nierozwiązanych procesów żałoby. Może ona pobudzać różne przeniesienia w przypadku różnych pacjentów. Przykładowo, dla jednego z moich pacjentów, doktora B., moja niepełnosprawność stworzyła możliwość przepracowania negatywnego obrazu siebie poprzez identyfikację z agresorem i zamianę pasywności na aktywność. Są to składniki identyfikacji projekcyjnej, postrzegane tak, jak przedstawił to ostatnio Porder w Nowojorskim Towarzystwie Psychoanalitycznym.

Pacjent ten, doktor B., rozpoczął analizę ponieważ jego arogancja i brak wrażliwości na innych zagroziły jego rozwojowi akademickiemu mimo znacznego talentu. Pod tymi przykrymi cechami charakteru znajdowały się silne zmagania z samooceną, będące w części wynikiem podążenia ścieżką życia stanowiącą opozycję do biznesowych aspiracji jego rodziny. Niezdolność rodziny do pozytywnej reakcji na jego uzdolnienia spowodowała, iż czuł się jak wyrzutek. W trakcie analizy, pacjent ten w sposób nieunikniony doszedł do traktowania mnie, z racji mojej widocznej niepełnosprawności, w sposób bardzo podobny do tego, w jaki był traktowany z powodu swojej "inności". Badanie sposobów, za pomocą których radziłem sobie zarówno z moją niepełnosprawnością jako taką, jak i z jego wynikającymi z niej umniejszającymi i litościwymi atakami na mnie, pomogło doktorowi B. ponownie ocenić jego własne szanse na przetrwanie i pozytywny obraz siebie we wrogim choć obojętnym otoczeniu. Choć moglibyśmy odnieść się do tego procesu jako "metabolizowania identyfikacji projekcyjnej pacjenta", bardziej bezpośrednio można zobaczyć to jako wykorzystanie mnie przez pacjenta w leczeniu jako modelu radzenia sobie ze szczególnym zestawem okoliczności życiowych.

Podobny proces, w którym posłużyłem jako model dla pomocniczego ego pacjenta miał miejsce w przypadku piętnastoletniego pacjenta z zaburzeniami wzrokowo-motorycznymi i niską samooceną, który zgłosił się do mnie z powodu nieadekwatnego funkcjonowania naukowego i społecznego w szkole. Moje interpretacje nieświadomej pogardy tego pacjenta wobec mnie i jego lęków przed identyfikacją z kimś, kogo postrzegał jako tak niepełnosprawnego, jak on sam mógłby być, umożliwiły mu skonfrontowanie się ze swymi ograniczeniami w bardziej realistyczny sposób, oraz rozwinięcie bardziej efektywnej kompensacji i uzyskanie lepszego przystosowania. Najlepszym świadectwem tego była jego zdolność do radzenia sobie z katastroficznym kryzysem zdrowotnym. Mimo, iż jego pierwszą reakcją na realnie przerażające procedury medyczne i zmiany cieleśne był upadek pod naporem obron, a gdy i one zawiodły, pozbawione nadziei litowanie się nad samym sobą, pacjent ten był w stanie zebrać ogromną, nie rozpoznawaną wcześniej siłę i determinację do opanowania wynikłych ataków na swoją samoocenę, wykorzystać konstruktywnie

poczucie humoru, oraz rozpocząć nawiązywanie kontaktów i umawianie się na randki z dziewczętami, pomimo swoich obaw. Pacjent ten często otwarcie mówił o tym, jak zaimponowałem mu swoją zdolnością do "stawienia czoła" swojej niepełnosprawności.

Tak więc, nie twierdzę, że moja niepełnosprawność posłużyła któremuś z tych pacjentów jako jedyna czy nawet najlepsza droga do przepracowania różnych historycznie nierozwiązanych kwestii, ale że *może* zostać wykorzystana w różnych kontekstach do osiągnięcia takiego przepracowania. Ta wstępna dyskusja przynosi wiele dalszych problemów, z których jednym z nie najmniej ważnych jest pytanie Slaktera [4] o istnienie optymalnego dopasowania określonego analityka i określonego pacjenta. Czy na przykład realność choroby analityka, dostarcza istotnej bazy do budowania przeniesienia ukierunkowanego na rozwiązanie niezakończonych żałoby? Czy podobieństwo analityka do realnej figury z życia pacjenta dostarcza czegoś, co umożliwi bardziej intensywną eksplorację przeniesienia, niż w przypadku gdy analityk nie jest podobny do tej figury?

Nie podważam zdolności pacjenta do "kreowania" nerwicy przeniesieniowej na podstawie fantazji (tj. bez faktycznego podobieństwa do figury z przeszłości). Postuluję, że istotne dla postępu analizy jest aby i pacjent i analityk, byli świadomi istniejącego 'spadku' (tj. faktycznych cech wyglądu analityka) oraz procesu, poprzez który pacjent przekształca go w przeniesienie-fantazję. Aby analityk był optymalnie użyteczny dla pacjenta, musi być świadomy nieuniknionego przeciwprzeniesienia, towarzyszącego jego niepełnosprawności. Jak powiedział Freud, analityk nie może przekroczyć własnych nierozwiązanych kompleksów. Sposób adaptacji pacjenta do tego, kto jest terapeutą, włączając w to wolne skojarzenia i inne reakcje na osobiste cechy terapeuty, są istotnymi elementami definiującymi przeniesienie i mogą prowadzić do powiązań z przeszłymi doświadczeniami pacjenta, jego fantazjami i obronami.

Przypadek kliniczny: Italo

Moje wstępne uwagi chciałbym poszerzyć o opis przypadku pacjenta, będącego obecnie w analizie trzy razy w tygodniu od nieco ponad roku, który wykorzystał moją niepełnosprawność do zmobilizowania przedłużającej się żałoby.

Italo (pseudonim) jest 32-letnim mężczyzną, wysokim, szczupłym i żyłastym, o bezpośrednim, przyjaznym ale często unizonym sposobie bycia, który skonsultował się ze mną z powodu lęków, często osiagających poziom ataków paniki, wiązanych z atakiem serca. Italo chodził do kardiologa co tydzień, czasami codziennie, przez około pół roku przed konsultacją u mnie. Kardiolog wykluczając wszystkie przyczyny somatyczne, sfrustrowany nieustannymi telefonami od Italia i przepisawszy mu leki przeciwłękowe, nakłaniał go do skontaktowania się z psychoterapeutą. Pacjent dowiedział się o mnie od kolegi leczącego się u jednego z moich znajomych.

Itelio od lat cierpiał z powodu lęków dotyczących jego fizyczności - na przykład czy nie jest zbyt chudy, zbyt słaby - nawet w obliczu faktu, że jako dziecko często w sadystyczny sposób dominował nad kolegami. Wkrótce (po trzech miesiącach terapii) Itelio sformował ściśle przywiązanie do mnie, pragnąc bym był figurą jego ojca. W swój obsesyjno-kompulsyjny sposób wykreował fantazję, która stała się podstawą przeniesienia. Zaspokajałem jego potrzebę bezpieczeństwa (jak opisał to Sandler [5]) poprzez utrzymywanie go przy życiu, bezpiecznego od fantazjowanej tachykardii - jego serce waliło gdy wchodził od prysznic i gdy miał fantazje seksualne, zwykle podczas masturbacji (pacjent ma kontakty seksualne ze swoją żoną, którą kocha, raz na tydzień lub dwa). Często fantazjuje na temat odbywania stosunku płciowego ze swoją starszą o trzy lata siostrą, w których nosi jej ubrania i penetruje ją analnie. Ta fantazja seksualna, jedna z wielu jakie pacjent ma codziennie, doprowadza nas do momentu w jego życiu gdy miał około pięciu lat, gdy umarł jego ojciec a matka zaczęła kilka razy w tygodniu robić lewatywy jemu i jego siostrze, oraz do momentu gdy miał około dziecięciu lat i lewatywy zakończono.

Jego reakcja na śmierć ojca (gdy miał lat pięć) była według wspomnień pacjenta dość beznamietna. Był "dość zadowolony", jak powiedział mi w czwartym miesiącu leczenia, że ojca nie ma, więc nie może mówić mu co ma robić. Gdy to powiedział dostał ataku paniki w czasie sesji, świadectwo faktycznego traumatycznego wpływu śmierci ojca oraz siły wypartego życzenia ojcu śmierci, obecnych w jego lękach somatycznych. Wkrótce pacjent powiedział mi, że nadal odczuwa panikę i poczucie winy za uświadomione pragnienie by ojciec umarł. Jego matka, ze swoimi lewatywami i otwarcie uwodzającym i zależnym stosunkiem do pacjenta (nigdy nie umówiła się z innym mężczyzną po śmierci ojca pacjenta), stworzyła zarówno triumfującego małego księcia, jak i zahamowanego, pełnego poczucia winy, skrajnie ukierunkowanego na matkę, młodego człowieka.

Itelio mieszkał z matką i siostrą do wieku 25 lat, kiedy ożenił się z dziewczyną, z którą spotykał się od ponad roku, będącą jego pierwszą partnerką seksualną. Itelio wyrastał w raczej niedojrzałym środowisku: ubogiej, tradycyjnej dzielnicy włoskich imigrantów w pobliżu Bronxu. Ceniono tam siłę fizyczną. Pomiędzy kobietami i mężczyznami w rodzinie panowały pozorowane i skrajnie antyseksualne i seksistowskie relacje. Ojciec Italia, który zmarł w wieku 47 lat po 4 latach walki z rakiem, który pojawił się około roku po narodzinach Italia, był imigrantem i robotnikiem, gloryfikowanym pośmiertnie przez żonę i brata jak święty.

Wszystko to ujawniło się i stało się dostępne interpretacji w ramach przeniesienia. Pacjent potrzebował mnie do zastąpienia mu ojca, ale specyficznie jako wyidealizowanej wersji zarówno ojca, jak i mnie samego. Idealizował mnie by odkryć wcześniej idealizowanego ojca, ojca-świętego, oraz by racjonalizować i obronić siebie przed poczuciem winy którą czuł jako pięcioletni zwycięzca konfliktu edypalnego. Podczas gdy podejmował próby udawania smutku, jaki uważał, że powinien odczuwać po śmierci ojca, ostatnio powiedział mi, że w rocznicę śmierci ojca odczuwał nie tylko

smutek i żal ale, z jakiejś nieznaney mu przyczyny, zaczynał spontanicznie słuchać tematu z "Oklahomy". Nie mógł zrozumieć dlaczego słuchał w kółko Gordona McCrae śpiewającego "Och, cóż za piękny poranek". W jego przyjemności ze słuchania tej wesołej piosenki jest więcej niż niewielka ambiwalencja w kontekście wydawałoby się smutnej rocznicy!

W trakcie dwudziestu lat po śmierci ojca Italo wiele razy był na czuwaniu przy zwłokach. Rok po śmierci ojca, w wielu sześciu lat umarł na raka mózgu jego najlepszy przyjaciel Stevie. Frankie, bardzo dobry kolega Italia, zginął mając lat piętnaście w okrutny, kastrujący sposób, przygnieciony do ściany przez wagon kolejki podziemnej. Śmierć Frankie'go nastąpiła także po serii życzeń śmierci, podobnych do tych jakie pacjent miał w stosunku do ojca i Stevie'go - że jego przyjaciel powinien zniknąć.

Śmierci te nie tylko symbolizowały lęki kastracyjne Italia, ale w jakiś sposób potwierdzały jego omnipotentne fantazje o własnej boskiej mocy. W trakcie sesji pacjent powiedział mi, że boi się, że to on spowodował te zgony i że, analogicznie, obawia się, że jego pragnienia będą miały negatywny wpływ na mnie. W tym świetle jego lęki somatyczne muszą być widziane jako kara za wcześniejsze agresywne fantazje. Mój chroniczny stan neurologiczny, wymagający poruszania się z pomocą laski i czasami powodujący słabość i zaburzenia równowagi, posłużył Italo do nieświadomego porównania z wcześniejszymi znaczącymi traumami - śmiercią ojca z powodu raka, śmiercią Stevie'go z powodu guza mózgu i gwałtownym zgonem Frankie'go, zmiażdżonego przez wagon kolejki podziemnej. Z materiału z sesji jasno wynika, że Italo postrzega moje objawy jako reprezentacje raka, guza mózgu oraz miażdżącej niepełnosprawności i śmierci.

Próbując uwolnić się od intensywnych i dość prymitywnych uczuć winy, pacjent stara się przekonać siebie i mnie, że "te rzeczy mi się zdarzają, nie przeze mnie". Jego poczucie winy jest silne i zupełnie prymitywne, nawet mimo tego, że na poziomie świadomości zdaje sobie sprawę, z jego zakorzenienia w omnipotentnych fantazjach odbijających poznawczy poziom dziecka, które wierzy, że jego myśli są czynami. To rozszczepienie ego jest widoczne także w fantazjach seksualnych pacjenta i jego hipochondrycznym lęku przed atakiem serca: fantazje i lęki somatyczne zazwyczaj występują razem. Kiedy chodził na czuwanie przy zwłokach, do głowy często przychodził mu ojciec, ale jedynie poza obszarem jego uczuć. Italo zastanawiał się, w dość intelektualny, logiczny sposób, czy spowodował guza mózgu Stevie'go kiedy uderzył jego głową o mur podczas bójki-zabawy.

Po śmierci ojca, Italo stracił bliski kontakt z jego krewnymi, a także utrzymuje w analizie, że nigdy nie miał substytutu ojca, który mógłby szanować mimo, iż tak bardzo tego pragnął, nawet jeśli tylko dla zrównoważenia swojego edypalnego zwycięstwa.

Matka zrobiła wszystko, według pacjenta, by mieć go tylko dla siebie, wzmacniając jego odizolowanie od rodziny ze strony ojca.

Gdy ojciec jeszcze żył, Italo i jego siostra spali w sypialni rodziców, tak było również po jego śmierci. Jedynym substytutem ojca był dla chłopca wujek Pete, jednonogi brat ojca, godny zaufania, obecny fizycznie zastępca, który ze względu na niepełnosprawność nie pracował. Italo jednakże nigdy nie považał Pete'a, który nie mógł zabrać go na mecz piłkarski, jak robili to ojcowie innych dzieci. Mógł natomiast od czasu do czasu bronić Italia gdy miał problemy z jakimiś brutalnymi dziećmiakami z sąsiedztwa. Co prawdopodobnie miało większe znaczenie, Pete był świadkiem licznych lewatyw, jakie matka kazała robić Italiowi i jego siostrze i nigdy nic nie powiedział. Matka racjonalizowała je jako konieczny środek leczniczy na regulację funkcjonowania żołądków i jelit dzieci.

Nadzieja Italia na zrobienie ze mnie opiekuńczego ojca, jakim Pete nie mógł być jest często widoczna w jego rozczarowaniu moim milczeniem podczas sesji. Jego gniew na te chwile ciszy - śmierci - jest często zaprzeczany poprzez komplementowanie mojego talentu jako analityka lub bardziej jasno ujawniany w zuchowatych wypowiedziach tonem ledwie maskowanej wrogości i rywalizacji. Nawet te momenty negatywnego przeniesienia powodują jednakże działania o charakterze samokarania u pacjenta, wskazując stopień patologii jego superego. Przykładowo, po chwaleniu się przejściem 60 ulic do mojego gabinetu, pacjent mówi o lęku, jaki miał wcześniej tego dnia, przed wejściem schodami. Jego lęk podążył za myślą, że niektórzy ludzie mogą uważać takie wchodzenia po schodach za zagrażające ich bezpieczeństwu. Zapytałem: "Na przykład ludzie, którzy nie mogą wchodzić schodami lub chodzić bardzo dobrze?". "Tak, na przykład mój wujek Pete" odpowiedział pacjent. "I ja?" zinterpretowałem. W ten sposób, poprzez naszą podobną fizyczną niepełnosprawność, ustanowione zostało powiązanie pomiędzy mną i wujkiem Pete'm.

Odkryłem, mając doświadczenie w pracy z różnymi pacjentami, że konieczne jest poruszenie tematu mojej choroby w sposób otwarty, po tym jak pacjent odniesie się do niej w pochodnych, przemieszczonych skojarzeniach. Pacjenci mają skłonność, zarówno z powodów społecznego taktu, jak i nieuświadomianych konfliktów, do chronienia analityka przed tym, co w ich wyobrażeniu może być bolesną reakcją na ich negatywne uczucia, impulsy i obawy dotyczące słabości analityka. Zaniechanie przez analityka zachęcenia do ekspresji tych myśli w przeniesieniu może jedynie potwierdzić wiarę pacjenta w to, że nie powinny one być wypowiedzane aby analityk nie zdenerwował się, nie poczuł się zraniony, nie rozchorował się bardziej lub nie chciał się zemścić. W przypadku Italia, wniesienie mnie jako zastępcy ojca w przeniesienie możliwe było poprzez postrzeganie mnie jako podobnego do wujka Pete'a, łącząc nas trzech poprzez dodanie niepełnosprawności i śmierci.

Często stopień znaczenia postrzegania analityka przez pacjenta, w sprzeczności do lęków jakie to postrzeganie wywołuje w pacjencie, jest wyraźnie widoczne w zaprzeczeniach pacjenta. Oczywisty przykład tego pokazuje kolejny obrazek: Choć zazwyczaj nie używam łaski poruszając

się w obrębie gabinetu, zawsze używam jej idąc ulicą. Po sesji, w trakcie której Itelio mówił o niepełnosprawności wujka Pete'a i moim powłóczeniu nogą, przechodziłem ulicą by zawołać taksówkę. Mimo, iż odczekałem kilka minut aby Itelio odszedł, odkryłem, że czeka na autobus po drugiej stronie pokrytej śniegiem ulicy. Kiwnąłem mu głową i myślałem, że zrobił to samo w moją stronę.

Następnego dnia Itelio rozpoczął sesję opowiadając o wujku Pete i jego próbach unikania pracy poprzez wykorzystywanie niepełnosprawności jako "do opierania się" wymaganiom prawdziwego życia. Pozwoliłem by trwało to bez przerywania przez jakieś 15 do 20 minut, słysząc w jego komentarzach na temat udającego chorego wujka oburzone i nieświadome odniesienie do mnie, i mojej laski, którą "ukrywałem" w gabinecie. Zainterweniowałem wówczas pytając jak czuł się gdy zobaczył mnie po wczorajszej sesji. Pacjent całkowicie zaprzeczył jakoby mnie widział, sprzeciwiając się wszelkim sugestiom, że było inaczej w zdecydowany i dobitny sposób. Siła jego wypowiedzi była nieproporcjonalna do mojego rzeczowego zapytania, wydawało się, że pacjent ma silną potrzebę zaprzeczenia, iż widział mnie z laską, mimo że z pewnością powiedział o tym wszystko przytaczając pochodne wspomnienia o wujku Pete zaraz przed moim pytaniem.

Następna sesja rozpoczęła się gdy wyszedłem do poczekalni poprosić Italia do gabinetu. Był on zajęty ożywioną rozmową z bardzo atrakcyjną pacjentką czekającą na mojego współpracownika. Gdy przechodził obok mnie do gabinetu, miał trudny do pomylecia przestraszony i niepewny wyraz twarzy charakterystyczny dla jego niezdecydowanego i zakłopotanego sposobu bycia, jakiego można by spodziewać się na twarzy winnego dziecka przyłapanego na jakimś szkodliwym i niegrzecznym działaniu.

Pierwszym tematem, który się pojawił był wujek Pete i jego kalectwo, zwłaszcza w porównaniu z omnipotencją ojca z fantazji Italia oraz z nim samym, utalentowanym rzemieślnikiem i pisarzem. Następnie pojawiła się informacja o silnej arytmii, jakiej doświadczał na kozetce. Zadałem sobie pytanie o to, jaki może być związek między rozmową Italia z kobietą w poczekalni, jego skojarzeniami o wujku, oraz fantazjowanym problemem z sercem. Zdałem sobie sprawę, że zanim wyszedłem aby zaprosić go na sesję, nie przejmując się stukałem w gabinecie laską, a także że możliwe było, że Itelio mnie słyszał, co wyzwoliło w subtelny sposób jego zaprzeczanie spotkaniu mnie na ulicy dwa dni wcześniej. Jeśli byłoby to prawdą, myślałem, tłumaczyłoby jego skojarzenia z wujkiem na początku sesji oraz hipochondryczny objaw sercowy.

Szczególnie, moje "przyłapanie" go na flirtowaniu w poczekalni z pacjentką mojego kolegi wiązało się z edypalnym poczuciem winy, gniewem i ekscytacją skojarzoną z wcześniejszymi lewatywami, których świadkiem był wujek. Wyobrażony atak serca służył wielu celom jako wytwór kompromisowy, karzący go za analną i edypalną przyjemność z lewatyw, gdzie nastąpiło powtórzenie atmosfery ekscytacji i lęku najpierw związanego z lewatywami, a obecnie z jego



flirtowaniem w mojej poczekalni. Arytmia serca reprezentowała symboliczną identyfikację Italia ze zmarłym ojcem poprzez pośredniczące kroki identyfikacji z wujkiem, którego brakująca noga symbolizowała nieobecnego/martwego ojca, oraz mnie, z niepełnosprawnością łączącą mnie wprost z wujkiem Pete'm. Moja laska symbolizowała broń, która może ukarać winnego chłopca; węża do lewatywy, moją słabość w porównaniu do faktycznej, choć nieustająco podważanej, siły Italia. Być może bliżej faktycznego zaprezentowanego materiału, a mniej spekulatywnie, można rozumieć arytmie serca jako sposób zakomunikowania mi, że on, pacjent, nie stanowi dla mnie zagrożenia, jego problemy z sercem wykluczają możliwość że byłby zdolny zrobić mi to, co w fantazjach zrobił ojcu.

Eksploracja znaczenia mojej laski jako symbolicznego ekwiwalentu węża do lewatywy odsłoniła niektóre z dynamicznych funkcji nieustających fantazji i seksualnych praktyk Italia. Kiedy to zinterpretowałem, pacjent powiedział o pragnieniu bym odbył z nim stosunek analny. Ponownie mamy tu do czynienia z potrzebą pacjenta zadośćuczynienia jego agresywnym pragnieniom wymierzonym w ojca, i jak pokazały kolejne skojarzenia, w wujka Pete'a i we mnie, zaspokajaną symbolicznymi próbami wykastrowania się. Pacjent mówił następnie o tym, jak "nigdy nie tęsknił" za ojcem a potem o tym jak podziwia mogą odwagę w odniesieniu do mojego "utykania", nieświadomie odnosząc mój stan do śmiertelnego nowotworu ojca poprzez wyrażanie się w skrajnie idealizujący sposób o mojej dzielności a następnie o cichej, cierplivej walce ojca z rakiem. Później mówił o tym jak matka, siostra, ciotki i wujkowie (wszyscy ze strony ojca) wzmacniali obraz ojca jako świętego; ojca żyjącego w niebie, czuwającego nad rodziną jako bohater i jedyna miłość swojej żyjącej żony i dzieci. Ojciec - powiedział pacjent - nigdy naprawdę nie umarł, matka i siostra nigdy nie uznały go za straconego.

Podczas następnego spotkania Italio opowiedział o silnym ataku lęku po wejściu schodami i powiązaliśmy to, jak wspomniałem, z moją niepełnosprawnością. Epizod ten zawierał nie tylko masochistyczne fantazje o karze, ale również ukrytą pod nimi sadystyczną zawartość, opartą na przyjemności Italia z kpienia ze mnie poprzez swoją fizyczną kondycję.

Proces żałoby po ojcu dokonywanej na drodze przeniesienia jest obecny niemal na każdej sesji. Wiele z niego widoczne jest w samych słowach pacjenta, choć pełne ujście autentyczności tego procesu wymagałoby środków, za pomocą których melancholijna tęsknota mogłaby zostać zobaczona i usłyszana. W trakcie sesji jestem w stanie wyłapać żalobę w tonie głosu pacjenta i jego gestach, będących emocjonalnymi swobodnymi skojarzeniami podkreślającymi werbalizacje pacjenta.

Z tego co dotąd wiadomo, pacjent nie miał żadnego realnego (tj. obecnego) ojca do "zmiareczkowania" lęków fazy edypalnej, co spowodowało konieczność stworzenia rozmaitych rozwiązań kompromisowych w postaci objawów hipochondrycznych i lęków. Lęki reprezentowały

karzące superego, które było dla pacjenta niezbędne do zrównoważenia silnych pragnień kazirodczych i uwodzącego środowiska. Oto interesująca ilustracja wysiłków pacjenta w zakresie żałoby, pojawiająca się w śnie. (Skojarzenia do tego snu zawierają odzyskiwanie pamięci). W tym śnie Italo wędruje szeregiem długich korytarzy o wysokich sufitach, najbardziej godna uwagi jest obecność marmurowych podłóg i ścian. Z jednego z tych korytarzy Italo musi ratować swojego wujka Pete'a przez zabranie go do latającej dyni.

Wydawało mi się, że marmurowe ściany i podłogi reprezentują łazienkę, być może łazienkę, w której Italo i jego siostra mieli aplikowane lewatywy oraz, że sen ten był sposobem symbolizacji ucieczki Italia z bardzo niebezpiecznej sytuacji edypalnej. Pacjent, zgodnie z moim rozumowaniem, zamienił rolami siebie i wujka, ratując wujka a nie, jak tego pragnął, będąc ratowanym przez niego od uwodzącej matki i jej lewatyw. Faktycznie, skojarzenia Italia do tego snu wskazywały, iż służył on jako sposób na opłakiwanie ojca.

Po kilku minutach ciszy, Italo powiedział, że pomyślał iż marmur w korytarzach był w jakimś dużym szpitalu, prawdopodobnie tym, w którym zmarł jego ojciec i o którym, w wieczór poprzedzający sen, Italo rozmawiał z siostrą, która przypomniała mu, że po śmierci ojca szpital ten został zburzony i odbudowany. Podczas gdy rozmowa z siostrą uformowała część pozostałości z dnia, fakt, że Italo mówił o mojej niepełnosprawności na sesji poprzedzającej sen, złożył się na inną część pozostałości z dnia, i dał podstawę do sennego pragnienia Italia by uratować wujka z korytarzy.

Warto tu wspomnieć, że także inny z moich pacjentów śnił o ratowaniu mnie. W jego śnie byłem uwięziony w moim gabinecie na dziewiątym piętrze płonącego budynku. Pacjent zniósł mnie na ramieniu po schodach. Na sesji poprzedzającej ten sen, pacjent ten był na mnie wściekły i życzył mi dalszego pogorszenia stanu zdrowia. Interesujące byłoby dowiedzieć się czy szczególne tematy odnoszące się do terapeuty, który jest chory, niepełnosprawny czy w jakiś inny sposób znacząco odmienny, pojawiają się w snach pacjentów ze szczególną regularnością, jak wspomniane tu fantazje o ratowaniu.

Italo szybko uświadomił sobie, że myśli z poprzedniej sesji obejmujące pragnienie by pomóc mi sprawniej chodzić i myśli ze snu o ratowaniu wujka były ściśle związane z długo wypieranym żalem i pragnieniami uratowania ojca od raka i śmierci.

Jego kolejne skojarzenia dotyczyły przyjaciela z dzieciństwa, Johna. Italo przypomniał sobie wówczas - pierwszy raz od kiedy wydarzenie to miało miejsce - o tym, jak wraz z Johnem chodził dookoła swojego bloku i John powiedział mu (obaj mieli około 6 lub 7 lat), że podczas wojny uratował swojego ojca, co rozwścieczyło Italia. Jako medal za swoją dzielność John dostał dynię.

Italo był zazdrosny nie tylko o dynię, którą miał John, a on nie, ale także rozwścieczyła go reakcja ojca Johna, gdy zapytał go czy John mówi prawdę. "jak każdy dobry ojciec, ojciec Johna

potwierdził słowa syna". Podobnie jak w swoim pragnieniu pomocy mi i wujkowi Pete chodzić sprawniej, tak w pragnieniu uratowania ojca od śmierci, Italo przeżywał rozpacz. Poczuł, że próby by to uczynić były podobne do jego często kończonych niepowodzeniem prób bycia doskonałym zawodowo, pragnienia tak wielkościowego jak pragnienie uratowania ojca, wujka i mnie od naszych losów. Powiedział, że być może dzięki wiedzy o tym będzie mógł wykorzystać swoją energię do realizacji bardziej realistycznych wyzwań.

#### Literatura

Fakt, że tak mało uwagi poświęcono w literaturze psychoanalitycznej zagadnieniu niepełnosprawności terapeuty można wyjaśniać wieloma motywami (najnowszym wkładem jest tu znakomita praca Richarda Lasky'ego przedstawiona 15 kwietnia 1989r. na nowojorskim spotkaniu naukowym The Institute for Psychoanalytic Training and Research, oraz na jesiennym zebraniu Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychoanalitycznego, 15 grudnia 1989 roku w Nowym Jorku. Zachęcam też do lektury artykułu Lasky'ego w pracy Schwarza i Silvera [6]). Być może najbardziej oczywistą przyczyną milczenia otaczającego to zagadnienie jest to, że my, jako analitycy w naszej niekończącej się analizie, kwestionujemy powody dla których ktoś miałby się angażować w ujawnianie się do tego stopnia. Zakładając, że chcemy kontynuować funkcjonowanie jako analitycy, do jakiego stopnia odsłonięcie siebie, które charakteryzuje pisanie o tak osobistej sprawie jak niepełnosprawność jest rysą na gmachu naszej anonimowości? Do jakiego stopnia wpływamy tym na bieżące i przyszłe analizy? Drażąc ten tok rozumowania, można postawić pytanie o to, jakie korzyści może odnieść analityk z takiego odsłonięcia siebie? Czy jest w tym prośba do pacjentów i kolegów niepełnosprawnego lub chorego analityka by byli dla niego łagodni, by uznali jego odwagę działania w obliczu choroby?

Abend [7] uważa, że poczucie winy przeżywane przez analityków ujawniających pacjentom swoje choroby, związane jest z nieświadomymi konfliktami ekshibicjonistycznymi analityka. Czy nasze odsłonięcia siebie mają na celu uniknięcie gniewu pacjentów czy uniknięcie stawianych nam przez nich wymagań? Czy prosimy pacjentów poprzez takie odsłonięcia siebie o darowanie nam nadmiernego trudu, mogącego prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia? Little [8] pisząc o swoim zawale, mówi o tym, jak unikał gniewu jednej ze swoich pacjentek, obawiając się, że przyspieszy on drugi atak serca. Schwarz [9] napisał niedawno, w tym kontekście, że być może znoszenie ciężaru pracy analitycznej z chorobą lub niepełnosprawnością jest wystarczającym wkładem do trudnej pracy analityka bez dodatkowego ciężaru związanego z przekładem tego zadania na słowo pisane. Dodatkowo Rosner [10] pisze, że skonfrontowanie się z chorobą lub niepełnosprawnością oraz dzielenie się uczuciami związanymi z chorobą z kolegami, którzy pewnego dnia zaczną doświadczać trudności w całkowicie neutralnym funkcjonowaniu wobec pacjentów jest odpowiedzialnością analityka. Można oczywiście wykorzystać empatię pacjenta do ograniczenia

negatywnego przeniesienia lub do uniknięcia poczucia winy i wyrzutów sumienia za nieodpowiednio wykonaną pracę analityczną.

Abend [7] i Dewald [11] skoncentrowali się na sposobie wykorzystywania przeniesienia przez analityków z oczywistą chorobą lub niepełnosprawnością. Abend, opierając się na klasycznej zasadzie nieujawniania przez analityka osobistych kwestii jako gwarancji jakości przeniesienia, doradza że z pacjentami dzielić można się jedynie absolutnie niezbędnymi informacjami (np. że analityk będzie nieobecny na sesji danego dnia). Dewald zajmuje stanowisko, jakie można określić jako bardziej uzależnione od pacjenta, sugerując, iż chory lub niepełnosprawny analityk może dzielić się osobistymi informacjami związanymi ze swoimi problemami zdrowotnymi, na podstawie indywidualnego rozważenia z jakim pacjentem miałby się nimi podzielić. Wzięcie pod uwagę diagnozy pacjenta, fazy leczenia, indywidualnego wykorzystania przeniesienia itd. powinno determinować jakie informacje o analityku, jeśli w ogóle jakieś, powinny stać się dostępne dla pacjenta.

W zakresie w jakim nerwica dziecięca często rozwija się wokół tych myśli, impulsów i percepcji które dziecko uważa za niepoznawalne, nie możliwe do zobaczenia i wypowiedzenia, nie zaproszenie przez analityka spostrzeżeń pacjenta dotyczących choroby lub niepełnosprawności analityka w sytuacji terapeutycznego tu i teraz, powoduje powstanie jeszcze innej nerwicy - takiej, która nie może zostać w terapii rozwiązana. Mam tu na myśli, że konieczne jest jasne rozgraniczenie między ujawnianiem osobistych treści analityka motywowanym takimi czynnikami jak wspomniany już ekshibicjonizm, ochrona siebie itd. a chęcią analityka umożliwienia pacjentowi otwartego mówienia o tym, co pacjent bez wątplenia widzi, lecz może nie być pewny czy może poruszyć. Prywatność analityka jest czymś całkowicie odmiennym niż jego udział w nieświadomej tajemnicy (jak ta opisana przez Jacobsa [12]). Jeszcze inna grupa autorów docieka szczegółowo wpływu choroby analityka na przeniesienie i na sposób postrzegania analityka przez pacjenta [13].

Niniejszy artykuł należy do ogólnej kategorii prac na temat sposobu powiązania choroby z procesem terapii; opisuje w tym przypadku jak choroba analityka służy za szablon według którego nastąpić może przepracowanie nierozwiązanych problemów i urazów z przeszłości (na przykład zamknięcie żałoby po dawnych utratkach). Podejmuję tu próbę zaprezentowania wstępnego poglądu na temat sposobu w jaki choroba analityka służy rozwojowi przeniesienia i tym samym rozwiązaniu konfliktów poprzez ich powtórzenie i reorganizację w nerwicy przeniesieniowej [14]. Oczywistym jest, że istotny jest charakter choroby analityka: na przykład jej chroniczność lub przebieg ostry, widoczność, zakłócający wpływ lub jego brak na przebieg procesu leczenia pacjentów, oraz - ostatnie lecz nie najmniej ważne - podobieństwo lub identyczność z chorobą danego pacjenta lub chorobą jakiegoś członka jego rodziny. Doświadczenie leczenia wielu pacjentów z chorobami nerwowomięśniowymi, nauczyło mnie, że istnieją granice rozwoju przeniesienia u pacjenta który

jest nadmiernie zaznajomiony lub zidentyfikowany z niepełnosprawnością analityka. To samo można powiedzieć odnośnie zdolności analityka do wykorzystania aspektów pracy przeniesieniowej i przeciwprzeniesieniowej z pacjentami, którzy są zaznajomieni z jego chorobą lub niepełnosprawnością. Więcej informacji o zmienności rozwoju przeniesienia i przeciwprzeniesienia w odniesieniu do różnych chorób i stanów zdrowia, oraz dopasowania pacjent-terapeuta w kontekście tych stanów, z pewnością pomoże nam w doskonaleniu metod pracy oraz w konfrontowaniu się z nieuniknionym wysiłkiem i satysfakcją, które wiążą się z naszą pracą. Kwestia specyfiki choroby analityka i jej związku z potrzebą określonego pacjenta zaprezentowania wymykającego się, historycznego materiału w przeniesieniu (np. śmierć ojca) wnosi pytanie o optymalne dopasowanie pacjenta i terapeuty.

Przypadek młodego mężczyzny, z którym spotykałem się cztery razy w tygodniu przez dwa lata - który wychodził z psychozy schizofrenicznej, z cechami psychopatii i wyobcowaniem - pokazuje jak głęboko zaburzony pacjent zareagował na moją niepełnosprawność w sposób wskazujący na to, iż zidentyfikował się i wzorował na tym, co postrzegał jako moją siłę i odwagę w obliczu przeciwności losu. Odpowiedział on na własne pytanie oto, dlaczego był w stanie rozmawiać ze mną, a nie z innym terapeutą, do którego rodzice wysłali go wcześniej.

"Przed wszystkim doktor X przekazywał wszystko co mu powiedziałem moim rodzicom. Gdy na niego patrzyłem, widziałem moją matkę i ojca. Po drugie, nawet jeśli wiem, że jest pan ode mnie lepszy pod względem wiedzy, ja jestem od pana lepszy pod względem fizycznym. Widziałem jak szedł pan z laską i tak dalej, i wiedziałem, że jestem silniejszy, i to sprawiło, że poczułem, że mogę z panem rozmawiać. Tak jakbym wiedział, że pan wie jak to jest czuć się bezsilnym i jakoś ułomnym, że będzie pan w stanie zrozumieć mój ból. Teraz gdy o tym powiedziałem, czuję jakbym chciał uciec".

"Obawiasz się, że zraniłeś mnie swoim gniewem, zawartym w spostrzeżeniu sposobu w jaki chodzę" - powiedziałem.

"Dokładnie tak. Mój ojciec nigdy nie był w stanie przyjąć czegoś podobnego, co mu mówiłem. Było to tak, jakbym go zabijał" - odpowiedział pacjent.

"Cały czas jesteś delikatny, nie brutalny. Nawet jeśli nie mogę tu niczego uniknąć, nie obawiam się, że mnie zranisz. I nie obawiam się też, że ja zranię ciebie. Widzę, że jesteś w stanie wiele przyjąć".

Zdolność pacjenta do wykorzystania mojej pomocy w mówieniu o jego uczuciach wobec mnie, zarówno tych deprecjonujących, jak i wyrażających podziw, umożliwiła mu pełniejsze wykorzystanie leczenia dla rozwoju osobistego. Być może prawdą jest, że im bardziej zaburzony i wycofany jest pacjent, tym bardziej niepełnosprawność terapeuty może służyć jako bezpieczna lecz gruntowna baza dla relacji i identyfikacji pacjenta z analitykiem.

Oczywiście, niepełnosprawność lub choroba analityka może mieć również odwrotny wpływ na leczenie. Jak wskazuje Schwarz [9], samoświadomość jest oparta a priori na stanie fizycznego bezpieczeństwa. Kiedy jest ono zagrożone, rozwojowo bezpieczna analityczna przestrzeń daje drogę hiperkateksji odruchu przeżycia (s.659).

Mam nadzieję, że niniejszy artykuł będzie przypominał, że musimy pozostać świadomi wpływu jaki mamy na pacjentów i na proces analizy jako całość, zwłaszcza gdy wnosimy różne własne cechy, do których pacjent musi się zaadaptować.

#### Piśmiennictwo

1. Schur M. Freud: living and dying. Nowy Jork: International Universities Press. 1972.
2. Jones E. The life and work of Sigmund Freud. Nowy Jork: Basic Books. 1953-1957.
3. Becker E. The denial of death. New York: The Free Press. 1973.
4. Slakter E. red. Countertransference. New York: Jason Aronson. 1987.
5. Sandler J. The background of safety. Int. J. Psychoanal. 1960; 41: 352-365.
6. Schwartz HJ, Silver A-L. red. Illness in the analyst. Madison, CT: Int. Univ. Press. 1990.
7. Abend SM. Serious illness in the analyst: countertransference considerations. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 1982; 30: 365-379.
8. Little R. Transference, countertransference, and survival reactions following an analyst's heart attack. Psychoanalytic Forum. 1967; 2: 107-113.
9. Schwartz HJ. Illness in the doctor: implications for the psychoanalytic process. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 1987; 35, 3: 657-692.
10. Rosner S. The seriously ill or dying analyst and the limits of neutrality. Psychoanal. Psychology. 1986; 3, 4: 357-371.
11. Dewald P. Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality response. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 1982; 30: 347-363.
12. Jacobs T. Secrets, alliances, and family fictions: some psychoanalytic observations. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 1980; 28: 21-42.
13. Anisfeld L. The therapist's disability as an adaptative context. W: Raney J (red.) Listening and interpreting. Nowy Jork: Jason Aronson. 1984.
14. Anisfeld L. Review: HJ. Schwartz and A-L. Silver red. Illness in the analyst. Psychoanalytic Books. 1992; 3, 468-472.