

Sue Gottlieb

CIĘŻARNA TERAPEUTKA JAKO SILNY BODZIEC PRZENIESIENIOWY.  
THE PREGNANT PSYCHOTHERAPIST: A POTENT TRANSFERENCE STIMULUS.

Słowa klucze: ciąża terapeutki, przeniesienie, psychoterapia

Keywords: therapist pregnancy, transference, psychotherapy

Streszczenie

Chociaż w literaturze psychoanalitycznej nieczęsto spotyka się ciężarną terapeutkę, moi pacjenci doznali silnego oddziaływania ze strony mojej ciąży. Pacjent opisał próbę odtworzenia w przeniesieniu utraconej wytęsknionej matki symbiotycznej. Identyfikacja z (fantazjowanym) dzieckiem była główną obroną przed separacją od wyidealizowanej matki i uświadomieniem sobie ambiwalencji. W przeciwprzeniesieniu rozwinęłam odpowiadającą temu postać pierwotnego matczynego zaangażowania. Pierwotna identyfikacja z matką staje się zatem potencjalnie dostępna dla eksploracji w szczególnie czystej postaci. Naszkicowano również niektóre trudności przeciwprzeniesieniowe jakie zostały napotkane.

Summary

The pregnant therapist is not often encountered in the psychoanalytic literature, and yet my patients were profoundly affected by my pregnancy. The patient described attempted to recreate in the transference the lost, longed-for symbiotic mother. Identification with the (fantasized) baby was the main form of defense against separation from the idealized mother and awareness of ambivalence. In the countertransference I developed a corresponding form of primary maternal preoccupation. The primary identification with mother is thus potentially available for exploration in a particularly clear form. Also outlined are some of the countertransference difficulties to be encountered.

Wprowadzenie

Jak wskazują niektórzy autorzy [1, 2, 3] niewiele uwagi w literaturze psychoanalitycznej poświęcono zagadnieniu ciąży psychoterapeutki jako bodźcowi wywołującemu przeniesienie. Dopiero ostatnio ukazał się szerszy przegląd zagadnień dotyczący tego tematu [4]. Ciąża terapeutki pobudza wiele wątków, z których część jest charakterystyczna dla samej ciąży. Po pierwsze, pobudza i intensyfikuje potężny, uniwersalny temat symbiotycznego związku z idealizowaną figurą maternalną oraz separacji od takiego obiektu i rozpoznania ambiwalentnej relacji z realną matką. Zagadnieniem wiążącym się z tym jest zawiść o zdolność matki do noszenia i urodzenia dziecka. Dalszy przebieg procesu separacji-indywiduacji kulminuje się w tych

konfliktach dotyczących akceptacji trzeciej osoby w trójstronnej relacji - czy to ojca czy rodzeństwa.

Po drugie, podobnie jak w przypadku wszelkich innych aspektów życia terapeuty, których pacjent nie powinien, ale staje się świadomy, ciąża sprawia, że terapeutka staje się mniej anonimowa. Ciąża jest sprawą bardzo intymną: oczywistym przyznaniem się do aktywności seksualnej oraz związku z mężczyzną i rodziną [2]. Jak wskazuje Lax [1] terapeutka staje się raczej specyficznym i niezwykle silnym "realnym bodźcem" niż "optymalnym ekranem projekcyjnym". Może jednak być w stanie funkcjonować jako "optymalny ekran projekcyjny" jeśli wymagane zdystansowanie analityczne zostaje utrzymane w celu wyjaśnienia reakcji pacjenta na taki bodziec. Po trzecie, ciąża jest także ważnym wydarzeniem w życiu samej terapeutki. Stopień do jakiego terapeutka jest w stanie radzić sobie ze wzbudzoną przeniesieniem pacjenta w czasie gdy jest szczególnie podatna na zranienie (fizyczne i emocjonalne) bez rozwinięcia neurotycznego przeciwprzeniesienia opartego na jej własnej patologii, określa stopień do jakiego może ona funkcjonować terapeutycznie jako efektywny "optymalny ekran projekcyjny". Chociaż nie zawsze jest to łatwe zadanie, jest możliwe, że ciężarna terapeutka stanie się bardziej wyczulona na wątki przeniesieniowe pacjenta dotyczące relacji z obiektem ukształtowanej we wczesnym dzieciństwie i fantazjach. Przynajmniej uważam, że terapeutka w ciąży ma ważną możliwość pobudzania aspektów dziecięcej symbiozy - wykorzystując zarówno przeniesienie, jak i przeciwprzeniesienie. Siła tej relacji została ujęta przez Mahler [5] w opisie tego, co nazywa fazą ponownego przybliżania się, jako trwającego przez całe życie procesu "dystansowania się od- i introjekcji utraconej symbiotycznej matki, wewnętrznej tęsknoty za rzeczywistym lub fantazjowanym, 'idealnym stanem self', który zastępuje symbiotyczną fuzję z 'wszelko-dobrą' matką symbiotyczną, która była częścią self w błogim dobrostanie"

W artykule tym opisuję szczególnie mobilizujący efekt mojej ciąży na podstawie materiału z pracy z pewną pacjentką. Pracowałam z nią będąc w ciąży dwukrotnie ale materiał niniejszy niemal w całości dotyczy mojej pierwszej ciąży.

#### Opis przypadku

Pani A jest niezamężną nauczycielką w wieku 43 lat, uczęszcza na terapię dwa razy w tygodniu od ponad czterech lat. Na naszym pierwszym spotkaniu opisywała siebie jako mającą chroniczne trudności z podejmowaniem decyzji, lękową. Mówiła o poczuciu, że wydarzenia w jej życiu zachodzą bez jej aktywności, bez kontroli lub decyzji z jej strony. Była delikatnej budowy, z cichym głosem i zalęknioną, ściągniętą twarzą. Zachowywała się bardzo ostrożnie, była przewrażliwiona i mało spontaniczna. Ta widoczna bezbarwność jej uczuć i bierność pozwoliły mi, na tamtym etapie terapii, zobaczyć ją w kategoriach "fałszywego ja" [6]. Porzuciła właśnie z

powodu "nie dogadywania się" i poczucia "braku zainteresowania" trwającą rok terapię u innej terapeutki. Zakończenie terapii przyspieszone zostało ośmioletnim urlopem terapeutki.

Jej matka była dyrektorką szkoły, do której uczęszczała pacjentka. Była postrzegana przez panią A jako kobieta ambitna, dominująca i mająca władzę, odnosząca sukcesy we wszystkim co pani A uważała za nieosiągalne dla siebie, ale raczej słabą fizycznie. Nie była w stanie przebywać w domu ponieważ pracowała, niechętnie zajmowała się dziećmi ponieważ "relaksowała się z nogami do góry przed telewizorem" po pracy. Uważała panią A i jej trzech młodszych braci za naprzykrzających się i niespecjalnie się nimi wówczas zajmowała. Po urodzeniu najmłodszego dziecka przeszła "załamanie" i na jakiś czas wyjechała.

Pani A przestraszona oskarżeniem matki o samolubność uważała, że matka jej nie kocha, nigdy jej nie pokocha i może opuścić rodzinę. Gniew matka wyrażała ostentacyjnym milczeniem (w rzeczywistości pani A tak nauczyła się unikać podobnych sytuacji, że pamiętała tylko jedną gdy była powodem złości matki). Ostatecznie matka bywała "zagadywana" przez ojca, jednak nie wyjaśniała powodów swojej złości ani nie dawała jasnego znaku, że "kłótnia" została zakończona. Pani A miała ustawicznie trudności w zrozumieniu co jej matka czuje. Podczas takich epizodów matka często musiała kłaść się z powodu silnego bólu głowy i A bała się, że matka może umrzeć. Pacjentka była przekonana, że jej zdolna, "bez nonsensów" matka jest niezdolna do uznania jakichkolwiek uczuć pacjentki - wrażliwości, strachu, niezrozumienia, niemożności poradzenia sobie z zadaniem, samotności a także potrzeby kontaktu z matką. W tej sytuacji pani A radziła sobie na dwa sposoby. Po pierwsze stała się rodzinną "opiekunką", od najmłodszych lat zajmując się młodszymi braćmi przede wszystkim po to, aby matka mogła odpocząć. Miała nadzieję, że dzięki temu matka będzie miała czas i możliwości zajęcia się nią. Po drugie, ukrywała przed matką wszelkie oznaki trudności lub niezadowolenia z tej roli, usiłując pokazać się jako grzeczna, usłużna dziewczynka, odpowiedzialna i radząca sobie z opieką nad młodszymi dziećmi. Wypełnianie tej roli możliwie najlepiej stało się jedynym sposobem zdobywania wysoce warunkowej miłości i akceptacji ze strony matki. Matka zmarła na raka kiedy pani A była po półrocznej terapii (i zanim dowiedziała się o mojej ciąży). Na jej śmierć zareagowała mało skrywanym żalem.

Ojciec pani A był księgowym (obecnie na emeryturze), odnoszącym mniejsze sukcesy niż matka. Pani A uważała go za człowieka słabego, zdominowanego przez żonę i tak jej oddanego, że nie miał czasu dla dzieci. Przedstawiała go jako jeszcze jeden obiekt, który ją zawiódł, jej pogarda do niego znajdowała jak się wydaje odbicie w przekonaniu, że mężczyzna, który chciałby się z nią związać nie byłby wiele wart. Właściwie był on jeszcze jednym z rodzeństwa, z którym rywalizowała o uwagę matki.

Nie dziwi, że pani A swoją rolę opiekunki rozciągnęła także na innych - w szczególności na swoją najbliższą przyjaciółkę, B, która mieszka z trójką małych dzieci w tym samym domu. Ona również jest często postrzegana przez panią A jako niedbała matka, na której nie można polegać w kwestii zapewnienia dzieciom tego, czego potrzebują. Pani A miewa fantazje o dawaniu dzieciom tego, czego nie daje im B, kompensując sobie (poprzez identyfikację z nimi) niedbałość własnej matki. Mimo to, zwykle uważa, że zawodzi w swoim staraniu o bycie "perfekcyjną matką". Podobnie, bardzo stara się o bycie "perfekcyjną" nauczycielką, kimś kto da dzieciom dokładnie to, czego potrzebują ale łatwo popada w niezadowolenie z pracy i sposobu w jaki naucza (w rzeczywistości odnosi ewidentne sukcesy, wystarczające by zaproponowano jej awans, który odrzuciła). Obecnie uczy w klasie początkowej, twierdząc, że bardzo źle to robi ponieważ nie została przeszkolona w nauczaniu takiej "przedszkolnej" grupy wiekowej.

Od około dziesięciu lat pozostaje w związku z panem C, w którym mimo długości, brak jest zaangażowania obu stron. Podobnie jak matkę, pani A usiłuje chronić C przed swoimi wymaganiami lub uczuciami. W początkowym okresie terapii nie była w stanie przyjąć, że oczekuje od niego czegoś więcej. Faktycznie, uznała mieszkanie z nim (przez jakiś czas) za zbyt trudne i nalegała na powrót do obecnego systemu spotkań tylko w czasie weekendów. Sądzę, że jej wyparte potrzeby zostały pobudzone do stopnia, jaki trudno jej było znieść. Związek ten tymczasowo się rozpadł (krótko przed rozpoczęciem terapii) kiedy pani A chciała mieć dziecko a partner nie. Odkryła, że jego niedostępność, tak odmienna od tego, co ojciec prezentował wobec matki, była bardzo prowokująca. Postrzegała ojca i C jako równie dla siebie niedostępnych, jednak ojciec pozostał obiektem raczej wyszydzanym i pogardzanym niż takim, który mógłby ekscytować. W trakcie terapii jej pragnienie posiadania dziecka stało się silniejsze, podobnie jak stopień matkowania panu C.

Moje pierwsze dziecko urodziło się pod koniec pierwszego roku terapii. Skończyłam pracować na tydzień przed datą porodu i wróciłam do pracy po zaledwie ośmiu tygodniach. Chociaż zamierzałam powiedzieć pani A kiedy byłam w trzecim miesiącu ciąży wydawało mi się, że jesteśmy zbyt blisko przerwy wakacyjnej, a także zaraz po śmierci jej matki. Teraz uważam, że prawdopodobnie bałam się, że ta informacja ją przytłoczy lub, że jej reakcja przytłoczy mnie. Uznałam też jej reakcję na urlop poprzedniej terapeutki za złowieszczą. Pani A zorientowała się, że jestem w ciąży po przerwie wakacyjnej, kiedy byłam w piątym miesiącu. Moje drugie dziecko urodziłam dwa i pół roku później i wtedy poszłam na czteromiesięczny urlop. Tym razem byłam w stanie poinformować ją kiedy byłam na początku czwartego miesiąca - jak tylko uznałam ciążę za niezagrożoną.

## Dane kliniczne

Moja ciąża gwałtownie zintensyfikowała przeniesienie. Pacjentka czuła się bez życia, pusta i zmęczona, co było efektem poczucia bycia "nieważną". Przypomniała sobie podobne uczucia i lęk, że umrze, jakie odczuwała mając osiem lat kiedy jej matka wyjechała z "załamaniem nerwowym" po urodzeniu jej trzeciego brata. Czuła się opuszczona i niekochana przeze mnie tak jak przez matkę, gdy ją opuszczaliśmy aby "zastąpić" ją nowym dzieckiem, prawdopodobnie bezpowrotnie. Była też przekonana, że także zachoruje na chorobę nowotworową, wypełniającą pustkę jaką odczuwała. Potrzebowała mnie jako dobrego obiektu do podtrzymywania jej bardzo kruchej poczucia self, "łączenia" jej. Czuła się jak balon, który jeśli nie będzie "uziemiony" łączem ze mną, zacznie "latać dookoła w przypadkowych kierunkach". Dla niej samej tworzenie więzi było jak próba "szycia z igłą trzymaną zbyt daleko od materiału". Między nami było bezpośrednio połączenie, które w jej odczuciu pozwalało na to, aby mówiła mi o różnych rzeczach bez pośrednictwa świadomości. Symbolika pępowiny między nami jest oczywista, w rzeczy samej, pacjentka chciała być moim małym dzieckiem, włożonym do wózek i otaczanym moją wyjątkową, niepodzielną uwagą. W tej fantazji idealizowała mnie coraz bardziej. Uważała, że tylko dzieciom pozwalano a wręcz oczekiwano, że będą całkowicie wymagające i zachłanne bez konsekwencji. Trudno było jej uwierzyć, że kiedykolwiek była dzieckiem. Często przyjeżdżała pod mój gabinet wcześniej i obserwowała czy ktoś wychodzi przed nią, w nadziei na potwierdzenie życzeniowej fantazji o byciu moją jedyną pacjentką.

Jednocześnie sądziła, że będzie dla mnie "do zaakceptowania", podobnie jak dla swojej realnej matki, tylko wtedy gdy nie będzie się naprzykrzać i powstrzyma się od wymagania czegokolwiek. Była przerażona tym, że załamanie matki mogło być spowodowane jej tego rodzaju zachowaniem. Ja także mogłabym się "załamać" i nie wrócić po przerwie jeśli nie chroniłaby mnie przed żarłocznym dzieckiem w sobie. To, że szczególnie w ostatnich tygodniach ciąży byłam często zmęczona, prawdopodobnie nasilało ten konflikt, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, iż jej matka "wymawiała się" objawami somatycznymi załamania. Zaprzeczając swoim pragnieniom bycia opiekowaną pacjentka często przeżywała się jako "nie-osobę" i nie dowierzała (zapewne nie bez powodu), że taka "niepełność" może wzbudzić czyjeś zainteresowanie. Intensywne pragnienia aby stać się dzieckiem wyrażała więc początkowo jako skargę, że nie jest dla mnie "wystarczająco interesująca". Swoją niezdolność do przeżywania smutku z powodu śmierci matki streszczała w sposób, w jaki będąc dzieckiem starała się uodpornić na utratę matki, tym samym zabezpieczając się przed utratą, którą odczuwała jako druzgocącą.

Gdy zaczęła postrzegać mnie jako idealizowany powstrzymujący obiekt, czuła się przeze mnie prześladowana. Pod koniec mojej ciąży często przeżywała mój gabinet, będąc tak pewna, że ja chcę wypchnąć ją na zewnątrz (tam gdzie zimno) by powstrzymać ją przed przyglądaniem się mi i

nachodzeniem, co prawdopodobnie było odbiciem intensywności jej pragnienia wtargnięcia, niemalże dostania się do środka mnie.

Nieświadome ataki na ten prześladowczy obiekt przyjęły bardzo zamaskowaną formę. Gdy raz trochę się spóźniła, była zadowolona, że mogłabym zrozumieć to spóźnienie bez odnoszenia się do oporu lub oceniania jej jako głupiej lub niezorganizowanej. Zaraz potem, jakby chcąc zniszczyć to pozytywne doświadczenie, stwierdziła że prawdopodobnie nie obchodziła mnie wystarczająco żebym miała jej to za złe, albo bym choć zauważyła, że się spóźniła. Prawdopodobnie byłam zamiast tego zajęta myśleniem o dziecku. Zazdrościła mi "perfekcyjnego" domu, co prowadziło do poczucia wykluczenia z niego. Szczególnie podziwiała pewną roślinę doniczkową w moim gabinecie; był to symbol mojej zdolności do hodowania rzeczy (najbardziej widoczne - dziecka), podczas gdy ona miała tylko wewnętrzną pustkę, gdzie wyrosnąć mógł tylko nowotwór. Atakując dobry obiekt zamieniony na obiekt prześladowczy, skrytykowała go mówiąc, że prawdopodobnie roślina ta jest plastikowa. Czasami mówiła, że czuje się dobrze i jest w stanie sobie radzić (dobrze uczyć) w szkole, sugerując, że już mnie nie potrzebuje i mając nadzieję, że sprawi, że poczuje się odrzucona.

Wiele z tych subtelnych ataków powodowanych było nieświadomą zawiścią. Pacjentka ta nigdy nie doświadczyła nadziei na bycie zdolną do rywalizowania z matką i nie chciała się z nią zmierzyć w przewidywaniu bolesnej, nieuchronnej klęski. W rzeczy samej, wydaje się, że matka pani A była zbyt skoncentrowana na zapewnianiu sobie zaspokojenia przez rodzinę swoich narcystycznych potrzeb aby umożliwić córce bardziej konstruktywne wykorzystanie zazdrości. Przykładowo, wyobrażenie sobie, że mogłaby być kochana przez mężczyznę tak jak matka była kochana przez ojca było "zaproszeniem" do porażki w zawodach, do których nie przystępowała. Podobnie, za beznadziejne uważała konkurowanie ze mną, idealną, wyfantazjowaną pierśią zawierającą niewyczerpane zasoby ciepła, miłości i zrozumienia. Mimo, że znajdowała przyjemność w fantazjach o zajmowaniu się jako "doskonała matka" dziećmi pani B, i dziećmi w klasie, zwykle odczuwała w tym względzie niepowodzenie. Jej zazdrość o dynamiczność i kreatywność pana C była tak ekstremalna, że sprawiała iż postrzegała go jako chorego, czując się niedobra i obłożona wątpliwościami co do jego zdolności. Faktycznie, prawdopodobnie on sam czuł się tak w ich relacji i nabrał sił dopiero w krótkim związku z inną kobietą. Rezultatem jej wysiłków by zepsuć wyidealizowany obiekt, jaki we mnie widziała było przetworzenie go na silne źródło odwetowego prześladowania i winy lub czasami w kruchy obiekt nie dający jej "dobra" aby uchronić się przed jej zachłannością.

W krótkim czasie okazało się, że jej drażliwość i maskowane ataki na mnie były jedynie wierzchołkiem ogromnej góry lodowej wypartego gniewu i wściekłości. Do tego momentu, uczucia te pozostawały w przeważającej mierze nieświadome i pacjentka była przestraszona i zaskoczona

odkryciem, jak wszechogarniająco i niepomamowanie wściekła może się stać. Wizualizowała tę wściekłość we śnie, jako przerażający, "wielki czarny i lepki chaos" na plaży, do którego dotrzeć można było tylko po bardzo spadzistej i trudnej ścieżce biegnącej po klifie. Dołączyła do innych na szczycie klifu a oni uciekali przerażeni od tego co ona zobaczyła. Dużo później wyraziła swoje stresujące przekonanie, że gniew był tak długo ukryty, że aż zepsuł się w niej, stał się zgniły i trujący i otaczał ją wstrętnym smrodem. Kiedy indziej opisywała go jako boleśnie rozwijającą się próchnicę zębów. Najbardziej chyba oczywistą interpretacją jej "raka" jest to, że również symbolizował zjadający ją ciągle gniew.

Miała fantazje mocy i omnipotentnej destrukcji, którym towarzyszyło skrajne poczucie winy i troska, że zniszczenia będą nie do naprawienia. Pewnego razu gdy wyciągała sobie ramię i palce, żeby pozbyć się uczucia ścierpięcia poczuła lęk, że zinterpretuję ten ruch jako próbę podrapania mnie. Powiedziała, że chce kopnąć mnie w żołądek, zabijając dziecko i prawdopodobnie również mnie. Kiedyś kopnęła swoją ciężarną matkę w brzuch (choć w większości nieświadoma swoich motywów) i przypominała sobie to wydarzenie jako najbardziej wyraziste przeżycie z dzieciństwa. Mordercze pragnienia dotyczące brata również pokazały się pewnego razu kiedy omyłkowo mówiąc o jego narodzinach przejęczyła się podstawiając słowo "śmierć". Była przekonana, że chociaż ani matce ani dziecku nie stała się żadna fizyczna krzywda, nigdy jej tego nie przebaczone; pamiętała jak leżała w łóżku łkając, tęskniąc za matką, żeby przyszła, powiedziała jej dobranoc i uspokoiła ją. Matka nigdy tego nie zrobiła.

Pani A wyprojektowała wyparte wściekłe, bezradne i sfrustrowane dziecko z siebie na małą dziewczynkę z klasy, która była "niewiarygodnie nieznośna", "zachowywała się jak dziecko" i "wszyscy biegali dookoła niej". Sadystyczna cecha karzącego superego pacjentki pojawiła się w jasny sposób krótko zanim ja urodziłam dziecko, kiedy stała się tak wściekła na tą dziewczynkę, że miała fantazje, podniesienia i roztrzaskania jej o podłogę. Kiedy stała się świadoma tego przemieszczenia, przeraziła ją jej chęć zrobienia mi tego samego. W tym zasadniczo depresyjnym konflikcie, bała się, że nie będzie w stanie mnie odzyskać, tracąc w ten sposób zarówno dobry obiekt, na którym polegała, jak i obiekt zły, karzący. Postrzegala to wewnętrzne "niemożliwie nieznośne" dziecko, nie jako aspekt jej "prawdziwego ja" ale jako swoją potworną część, która gdyby nie była surowo kontrolowana, całkowicie by nią zawładnęła. Z jej punktu widzenia, to szalejące, nienasycone dziecko mogłoby zostać opanowane jedynie przez "perfekcyjną" matkę: zwykła "wystarczająco dobra" matka wywołałaby zbyt dużo frustracji. Główny konflikt pomiędzy jej głębokim pragnieniem bycia moim "wszystko-pochłaniającym" dzieckiem i żądaniem jej superego aby nie oddziaływała na mnie w jakikolwiek sposób, niewątpliwie stał się wyraźniejszy z powodu mojej ciąży, często przybierającej dla niej postać bolesnej rzeczywistości. Jej głównym mechanizmem obronnym było zaprzeczanie. Uważała, że ja podobnie jak jej matka,

chciałam aby była możliwie nienatrętna (nie domagająca się, nie naprzykrzająca), stworzyła pewne rutynowe, niemal obsesyjne sposoby wchodzenia na i wychodzenia z sesji, wszystkie związane z jej raczej rytualnym zaprzeczaniem uczuciom. W efekcie, usiłowała podtrzymać fantazję, w której ona, a dokładniej zachłanne dziecko czy potworna mała dziewczynka w niej, była niewidoczna. Kiedy pewnego dnia chciała zdjąć buty ponieważ bolały ją stopy, zrobiła się bardzo niespokojna o to, że w ten sposób będę zmuszona zauważyć jej obecność w pokoju, ponieważ zachowałyby się w odmienny sposób, co więcej mogłabym uznać to odstępstwo od jej rutynowego zachowania za akt samolubnego i zachłannego zaabsorbowania swoim własnym komfortem. Wydawało się, że miała niewielką wiedzę o doświadczeniu, które mogłoby być satysfakcjonujące dla obu stron, takie jak archetypowe poczucie dobrej piersi, przyjemne i dla matki i dla dziecka. Jako że jej doświadczenie bycia opiekowaną było uwarunkowane - bycia altruistyczną opiekunką, bez swoich własnych uczuć, pani A była boleśnie uzależniona od bycia docenianą za pełnienie tej roli. Jakikolwiek brak gratyfikacji powodował intensywny gniew i, w końcowym rozrachunku, poczucie desperacji i samotności.

Pani A intensywnie używała rozszczepiania aby chronić stworzone przez siebie idealizowane obiekty. Służyło to zmniejszeniu poczucia winy związanego z destrukcyjnymi fantazjami a także zaostrzało prześladowczy charakter jej złych obiektów. Tak więc rozszczepiła mnie na idealizowaną, "wszystko-zaspokajającą" matkę (symbolicznie powiązaną z nią pępownią) i matkę okrutną, wycofującą się (dającą wszystko innemu dziecku). Przykładowo, porównywała "łagodne, opiekuńcze światło" w moim gabinecie z "ostrym, zimnym światłem", jakie widziała w innym pokoju. Pewnego wieczora nie była w stanie wnieść do mojego domu mokrego parasola (pomimo zachęty z mojej strony), ponieważ bała się, że "zabrudzi" dywan. Podczas gdy, jak się wydawało, miała nadzieję, że jako idealny obiekt, mogłabym pozwolić wnieść brutalnie zły selfobiekt symbolizowany przez mokry parasol, była pewna, że odszczepiona ostra i krytyczna część mnie wolałaby znacznie bardziej żeby zostawiła go na zewnątrz. Jej refleksja, że nie obchodziła mnie na tyle żebym zapewniła miejsce na mokre parasole wydawała się zarówno ukrytą formą ataku na mnie, jak i zaznaczeniem poczucia, że z tą rozwścieczoną częścią siebie nie jest wystarczająco "akceptowalna" aby móc być wpuszczoną.

W ślad za narodzinami mojego dziecka i związaną z tym przerwą w terapii, łączyła się z niepełnosprawnym dzieckiem w ciele dorosłego, przy czym niepełnosprawność oznaczała to, że wciąż poszukiwała matki. Czowała się jak kukułka w moim "gnieździe", pewnego razu, choć bardzo starała się być nieostentacyjna, zaobserwowałam jak próbowała właściwie wypchnąć "rzeczywiste" dzieci i zagarnąć mnie wyłącznie dla siebie.

Tak czy inaczej, w przeciągu kolejnych miesięcy jakość przeniesienia stopniowo zmieniała się, stało się ono mniej intensywne i prześladowcze. Wydawało się, że mój powrót pokazał jej, że



ostatecznie nie załamalam się w obliczu jej zachłanności i wściekłości. Podczas gdy wciąż gotowa była do zobaczenia mnie jako kolejnej opuszczającej, niedbałej matki, zdała sobie też sprawę, że nowe dziecko nie zrobiło w zasadzie żadnej istotnej różnicy w odniesieniu do terapii. Jednocześnie, moje odwzajemnione złudzenie, że odwołanie spotkania lub dokonanie jakichkolwiek widocznych zmian w domu mogłoby mieć katastroficzne skutki, straciło na intensywności i byłam świadoma większego ciepła z jej strony.

Wydawało się, jakby poprzez identyfikację z moim nienarodzonym dzieckiem w czasie mojej ciąży, pani A sama także zaczęła od nowa. Miała długo ciągnącą się fantazję o tym, że jest dzieckiem bawiącym się cegłami przy moim grzejniku, budującym dla siebie "nowy start" pod moim okiem. Nie wolno mi było jednak wyjść z pokoju czy przestać na nią patrzeć. Podobnie, była niechętna do powiedzenia mi o swoich dobrych przeżyciach na wypadek gdybym przestała jej "pilnować". W fantazji tej, pacjentka wydawała się mieć przyjemność z procesu, którego nigdy nie doświadczyła ze swoją matką (lub symbolicznie z nikim innym) choć wciąż polegał on na zaprzeczaniu istnieniu rywali - czy to innych pacjentów czy mojego dziecka (wszyscy byli "rodzeństwem") - którym mogłabym poświęcać jakąś uwagę. Na wiele sposobów zachowywała się jak nie odstępujące na krok dziecko, jeszcze niewystarczająco bezpieczne w swojej zależności aby stać się niezależnym, opanowane intensywnym lękiem separacyjnym. Pewnym szczególnie wyrazistym przykładem jej stopniowego pojawiania się w relacji w sposób bardziej autentycznie zróżnicowany było jej eksperymentowanie z użyciem ciszy w czasie sesji. Podczas gdy początkowe sesje często pełne były krótkich okresów wrogiej i wycofanej ciszy ("aktywnego nie-komunikowania się"), pełnych lęku, większość sesji w tym okresie zawierało całkiem długie okresy ciszy mającej charakter zbliżony do zrelaksowanej "milczącej komunikacji" [7]. Podczas tych okresów ciszy pacjentka zaczęła doświadczać poczucia możliwości bycia w czyjejs obecności bez konieczności rezygnacji z własnych uczuć i poczucia ja czy fantazjowania o błogiej symbiotycznej fuzji. Fantazja, którą pacjentka wówczas rozwinęła - bycia tak niepowstrzymanie zezłoszczoną, że tupiała chodząc po pokoju i krzycząc "to ja", sugerowała, że nigdy przedtem w swoim własnym widzeniu czy widzeniu swojej pozornie narcystycznej matki, nie istniała jako oddzielna indywidualność ("ja").

Fantazja, jaką opisała po narodzinach mojego drugiego dziecka, zawierała bycie wezwaną z sesji aby rozwiązać pomniejszy problem z moim starszym dzieckiem; miała mi towarzyszyć i pomagać przez trzymanie młodszego dziecka. Fantazja ta zawierała doskonale jej życzenie pójścia ze mną do salonu (symbol mojego idealizowanego życia odseparowanego od niej) wraz ze smutnym przekonaniem, że mogłaby to zrobić tylko trzymając dla mnie dziecko. Mój komentarz, że być może jej prawdziwym życzeniem było móc dołączyć do mnie w salonie bez konieczności trzymania dziecka, spotkało się z niedowierzaniem.

W przeciwprzeniesieniu odkryłam, że mimo iż w czasie ciąży rzadko czułam się atakowana przez panią A (prawdopodobnie dzięki jej łagodności, byciu nie wprost i często przybieranej formie fantazji), obudziła we mnie silne uczucia macierzyńskie. Później, gdy byłam w stanie pierwotnego macierzyńskiego zaangażowania, zdałam sobie sprawę z tego, że moje uczucia do niej zawierały podobieństwo do tego zadziwiająco kokonopodobnego i niepoohamowanie opiekuńczego stanu, jakkolwiek w znacznie bardziej stonowanej formie. Zdarzało się, że sądziłam, że pacjentka nie przetrwa "porzucenia" przeze mnie, niezależnie od tego, w jak małym stopniu, tak była zależna w byciu zdolną do przeżywania fantazji o byciu zadowolonym dzieckiem z matką, która była również z tego zadowolona. Prawdopodobnie moja reakcja miała charakter odwzajemnionej iluzji o byciu symbiotycznie związaną z pacjentką, co tak wyraziście opisał Searles [8]. Bez wątplenia, moja ciąża pomogła uświadomić jej głębokie pragnienie posiadania takiej relacji, mimo, iż było złudzenie; podejrzewam, że uczyniła mnie także bardziej wrażliwą na dziecko w pacjentce. Jakiś czas po powrocie do pracy uczucia te zostały powściągnięte innymi, dotyczącymi wtargnięcia, ataku i manipulacji, wyraźnie kontrastującymi z tymi poprzednimi. Choć można argumentować, że doświadczałam wtedy pacjentki tak, jak niewątpliwie uznałaby, że doświadczała jej matka, uważam, że uczucia te były częścią neurotycznego przeciwprzeniesienia wzbudzonego moimi trudnościami w zaakceptowaniu bycia matką i terapeutką. Myślę, że miały one charakter niektórych z konfliktów doświadczanych przez większość pracujących matek lecz wzmocnionych faktem, że potrzeby prawdziwego dziecka i te, jakie ma zregresowany pacjent mogą wydawać się być bezpośrednio konkurencyjne. Prawdopodobnie inne zawody mogą dać pracującej matce okazję do chwilowej wolności od wymagań związanych z opieką nad dzieckiem. W przeciwieństwie, próby zawarcia (kontenerowania) infantrylnych stanów umysłu i dzieci i pacjentów, przynajmniej dla mnie, czasami wydawały się być olbrzymim wysiłkiem.

#### Dyskusja

Reakcja pacjenta na ciążę jego terapeutki musi być zdeterminowana jego lub jej indywidualnymi doświadczeniami i patologią. Prawdopodobne jest, że duże znaczenie będą miały tematy symbiozy, separacji, zawiści, konfliktów edypalnych i rywalizacji z rodzeństwem. Mam nadzieję, że w przedstawionym materiale klinicznym udało mi się pokazać, że ciąża terapeutki może spowodować koncentrację na tym, co jest prawdopodobnie najbardziej pierwotną fantazją ze wszystkich: harmonijnego egzystowania w zlaniu w jedno z "wszystko-dostarczającą" matką, gdzie frustracja, agresja i żaloba nie mają miejsca a prawdziwie perfekcyjna matka jest wyłączną własnością niemowlęcia. Wybieganie naprzeciw tej fantazji może wiązać się ze konfliktowymi uczuciami duszenia się i ograniczenia.

Ciążarna terapeutka może zatem być w unikalnej pozycji do zmobilizowania najbardziej prymitywnych aspektów podstawowej, "infantrylnej symbiozy" z matką, z korespondującym

przeciwprzeniesieniem przybierającym postać matczynego zaangażowania. Możliwość ponownego odtworzenia tej relacji w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu, może mieć ogromną wartość terapeutyczną.

W przypadku tej pacjentki, moja cięża ułatwiła regresję w przeniesienie, które rozjaśniło jej trudności z separacją i ustanowieniem autentycznie zróżnicowanych i ambiwalentnych relacji.

W relacji trójkątnej mniej nacisku położone było na konflikty edypalne. Brak ze strony matki opieki, tej o naprawdę wzmacniającym znaczeniu, sprawił, że pacjentka miała niewiele zasobów, na których mogła budować szacunek dla siebie czy poczucie niezależności. W wypełnianiu tego, co McDougall [9] opisuje jako funkcję obiektów przejściowych: "symboliczne zastąpienie matki w dzieciństwie ... reprezentujące uspokajającą magię i siłę obecności matki w procesie introjekcji" była zatem boleśnie zależna od obiektów zewnętrznych. Pacjentka była rozwścieczona nieuchronną frustracją jej silnego pragnienia zlania się ze mną i osiągnięcia iluzorycznego narcystycznego błogostanu, w którym jakakolwiek postać frustracji czy separacji jest zaprzeczana. Byłam przez pacjentkę doświadczana w sposób prymitywny jako matka rozszczępiona będąca uosobieniem dobra albo zła. Jej próba, usunięcia poprzez omnipotentną fantazję granic, które nieustannie odgradzają jedną osobę od drugiej, nie powiodła się, odczuła ból i zamieszanie przez doświadczenie tej granicy jako mojej sadystycznej i omnipotentnej chęci odrzucenia jej.

Uważam, że konflikty te zostały zmobilizowane przez moją ciężę ponieważ pacjentka zmierzyła się ze swoją fantazją o tym, że wybieram rozkoszowanie się idylliczną fuzją z moim nienarodzonym dzieckiem a jej tego odmawiam. Pacjentka ta przychyliła się do tego, co Raphael-Leff [10] trafnie nazywa "gloryfikowaną koncepcją fuzji matka-niemowlę": pragnęła zająć miejsce mojego dziecka, które stało się reprezentacją nieskazitelnego idealnego ja, zjednoczonego z nieskazitelnym idealnym obiektem. Złudzenie to mogło być podtrzymane poprzez zaprzeczanie istnieniu jakichkolwiek frustrujących czy rozczarowujących niedoskonałości realnej matki lub realnego dziecka, poprzez unikanie utraty jedności i poprzez zaprzeczanie istnieniu jakiegokolwiek życia (matki lub dziecka) poza ich relacją. W obliczu każdej z tych realności pacjentka była zdruzgotana, ponieważ nie była już chroniona przed katastroficznym doświadczeniem utraty obiektu i niepowodzenia zawierania (kontenerowania).

Oryginalna pierwotna identyfikacja z matką była niemal w całości nieadekwatna, i pacjentka odpowiadała na konflikty depresyjne poprzez próby przywrócenia stanu niemowlęcej symbiozy. Osiągnęła to poprzez rozwinięcie wtórnej identyfikacji z figurą matki; przyjmując rolę obowiązkowego dozorca. Pozycja ta obejmowała zarówno tęsknotę za matką, jak i jej próbę bycia matką w zrekonstruowanej fazie intensywnej zależności. Odnosiło się to do wszystkich jej relacji - z matką, z rodzeństwem, ze mną, z panią B i jej dziećmi, z jej partnerem i z małym, zależnym

dzieckiem, które pragnęła mieć. Ta identyfikacja częściowo kompensowała jej niewydolną "wewnętrzna matkę" a także efektywnie usuwała źródło zawiści. W rezultacie pani A nigdy nie uzyskała pełnej separacji od swojej matki, lub substytutu matki, ani realnego poczucia ambiwalencji.

Podobne reakcje opisali inni terapeuci. Lax [1] opisuje trzy pacjentki które jako główny mechanizm obronny przeciw niezdolności do odseparowania się od matki, używały identyfikacji. Jej ciąża zintensyfikowała zatem "obronne symbiotyczne pragnienia zlania się", w których identyfikacja z matką/terapeutką używana była jako ochrona przed lękiem separacyjnym. Dwie z tych trzech pacjentek zaszły w ciążę, co Lax postrzega jako przykłady acting-out'u. Jednej z nich jednoczesna identyfikacja z Lax i jej nienarodzonym dzieckiem, pozwalała na bycie "całościową i perfekcyjną". Dla drugiej ciężarnej pacjentki zasadniczą kwestią była zawiść. Jej identyfikacja, będąca częściowo zaprzeczaniem, że terapeutka ma coś czego ona sama nie ma, służyła początkowo do wyparcia tej zawiści i związanej z nią wściekłości i poczucia winy. Te zasadnicze kwestie w konfrontacji z inną pacjentką, skoncentrowały się na poczuciu porzucenia i zacieklej rywalizacji z rodzeństwem. Z drugiej strony, trzech pacjentów Lax, używało stłumienia i izolacji jako głównych mechanizmów obronnych przeciwko wzbudzonym impulsom edypalnym i zawiści w stosunku do kobiet. W efekcie mieli oni tendencję do wypierania wszelkich uczuć dotyczących ciąży. Dla jednego z pacjentów zaprzeczanie ciąży terapeutki umożliwiało podtrzymywanie fantazji, że seks nie istnieje, co ułatwiało wypieranie jego fantazji o seksie z matką. Uznanie ciąży terapeutki oznaczało przyznanie, że ojciec był potentny a matka pozwalała na seks (ale z ojcem a nie synem). Inne doniesienia wskazują, że podobne reakcje na ciążę terapeutki są typowe. Raphael-Leff [11] i Breen [12] donoszą o powszechnych reakcjach gniewu z powodu wtargnięcia, naruszenia relacji jeden-do-jednego, zawiści o płód i twórcze zdolności terapeutki, poczuciu wykluczenia i deprivacji. Pacjenci mężczyźni często reagowali ucieczką w tematykę homoseksualizmu, wzbudzoną przez ożywione infantylne pragnienia posiadania dziecka i lęk przed "sprawną seksualnie kobietą".

Barbanel [2] podobnie stwierdziła, że jej pacjentki identyfikowały się z nią i jej nienarodzonym dzieckiem, podczas gdy pacjenci używali zaprzeczenia do wyparcia dyskomfortu lub odrazy związanej z rozmyślaniami o "kobięcych wnętrznościach". Podkreśla ona masywną regresję i potencjalną "dezorganizację" spowodowaną swoją ciążą; która choć mogła być użyta w sposób konstruktywny, w niektórych przypadkach spowodowała poważne utrudnienia w terapii. Clementel-Jones [3] opisuje pacjentkę, która zidentyfikowała się z (jej nienarodzonym - przyp. tłum.) dzieckiem, była zazdrosna i miała agresywne fantazje z sadystycznymi, niszczącymi atakami na piersi i męskie genitalia. Radziła sobie z frustracją przez symboliczne "niszczenie obiektu pożądania" (dobrej piersi) w błędnym przekonaniu, że usunie to pożądanie bardziej niż wzmocni

frustrację. Jeden z pacjentów podobnie próbował rozwiązać problem lęku separacyjnego poprzez ustanowienie stanu "pasożytniczej fuzji" gdzie "on był dzieckiem wewnątrz matki terapeutki ... nie miał poczucia bezsensu bycia urodzonym i stania się podatną na zranienia jednostką w tej okrutnej, bolesnej rzeczywistości". Podczas gdy to pragnienie zlania się nie wyzwoliło lęków homoseksualnych, on także posługiwał się obronnym zaprzeczaniem i starannie ignorował ciążę swojej terapeutki.

Clementel-Jones wyraźnie uważa, że niedostatecznie podkreśla się pozytywne aspekty regresji generowanej przez ciążę terapeutki i pyta, przykładowo, czy ciężarna pacjentka Lax używała swojej identyfikacji raczej w sposób konstruktywny czy było to działanie o charakterze acting-out. Co więcej, sugeruje, że identyfikacja z terapeutką może być częściowo wyrażeniem nieświadomego zaabsorbowania się swoim stanem fizycznym i emocjonalnym samej terapeutki. Wskazuje, że lęk pacjenta przed przeniesieniem jest łatwo racjonalizowany na lęk terapeutka przestanie pracować by zająć się dzieckiem. Podejrzewam, że takie powszechne (i w zasadzie uzasadnione) oczekiwanie jest funkcją niemal omnipotentnego lęku pacjenta, że jego (jej) wrogość i zachłanność ostatecznie przełożą się na niezdolność terapeutki do zajęcia się więcej niż jednym dzieckiem (jeśli w ogóle jakimś).

Breen [11] podkreśla pewne różnice między reakcjami pacjentów grupowych i leczonych w terapii indywidualnej. W grupie tematy wtargnięcia i dzielenia się z trzecią osobą (czy to ojcem czy rodzeństwem), tak wyraźne w terapii indywidualnej, były mniej widoczne. Prawdopodobnie członkowie grupy byli już przyzwyczajeni do radzenia sobie z dzieleniem się terapeutką z resztą grupy. Dla pacjenta w terapii indywidualnej, w zregresowanym przeniesieniu, ciężarna terapeutka jest przede wszystkim matką, od której przeżycia pacjent jest uzależniony, podczas gdy dla grupy ciężarna terapeutka reprezentuje rodzica aktywnego seksualnie. Wątki wzbudzone przez ciężarną terapeutkę, dotyczące zagrożenia ze strony seksualnej kobiety, były zatem bardziej edypalne. Ciąża jest oczywiście również ważnym wydarzeniem w osobistym życiu terapeutki [10, 11, 13]. Pines [14] opisał pierwszą ciążę jako rozwojową fazę w ustawicznej separacji i indywidualizacji kobiety od matki, "narcystyczny kryzys separacji" [15]. Druga ciąża jest, prawdopodobnie, dalszą fazą rozwojową w tym procesie separacji. Zaostrza ona konflikty związane z rywalizacją z rodzeństwem, matka drugiego dziecka musi odseparować się jeszcze bardziej od wyobrażenia idealizowanej matki opiekującej się wyłącznie jednym dzieckiem.

Bibring [16] trafnie opisał ciążę jako stan "łagodnej depersonalizacji", podczas której podejmowany jest proces "dezintegracji i reorganizacji". W rzeczy samej, Birksted-Breen [17] utrzymuje, że doświadczenie ciąży i porodu, nie stanowi czasowego stanu zakłócenia, z którego kobieta ostatecznie powraca do stanu początkowego lecz może umożliwić jej modyfikację relacji z obiektami wewnętrznymi w taki sposób, że będzie inną osobą niż była wcześniej.

Ciężarna terapeutka jest zatem nieuchronnie konfrontowana z tymi samymi problemami opisywanymi powyżej, z jakimi spotyka się pacjent. Jednakowoż, wpływ gniewu, wrogości, zawiści i poczucia deprivacji u pacjenta będzie zasadniczo większy niż byłby gdyby terapeutka nie była w ciąży. Jeśli ciężarna kobieta jest introspekcyjna, wycofana i ochraniająca (zwłaszcza po poronieniu), wrogie pragnienia i fantazje wymierzone w nią lub szczególnie w dziecko nie napotykają na taki sam stopień zdystansowania. Jej zdolność do odpowiedzenia w sposób analityczny, nie-zafalszowany na wzbudzone przeniesienie w tym czasie wewnętrznego wrzenia jest przez to utrudniona i zależeć będzie od stopnia w jakim pomieściła (skontenerowała) i rozwiązała te kwestie.

Lax [1] dyskutuje szereg trudności przeciwprzeniesieniowych i opisuje napełnione lękiem i poczuciem winy antycypowanie przez terapeutkę wrogości czy zazdrości pacjenta. Uczucia szczególnej troski lub gniewu często wzbudzane były przez poczucie deprivacji doświadczane przez pacjenta. Przypisuje ona takie reakcje nierozwiązanym konfliktom samej terapeutki, dotyczące na przykład rywalizacji z rodzeństwem czy separacji. Mój lęk przed powiedzeniem opisywanej pacjentce o mojej ciąży i być może decyzja o stosunkowo krótkim urlopie macierzyńskim miały prawdopodobnie taki przeciwprzeniesieniowy charakter. W moim doświadczeniu powrót do pracy z małym dzieckiem okazał się być znacznie trudniejszy niż praca w trakcie ciąży, mimo, że paradoksalnie, przeniesienie było mniej intensywne a sprawa dziecka stała się dla pacjentki mniej istotna.

Obok praktycznych trudności z pogodzeniem karmienia piersią (i bezsennych nocy) z pracą - nawet na część etatu - stwierdziłam, że istnieje ogromna sprzeczność pomiędzy wymaganiami rzeczywistego dziecka i dziecka w pacjentce. Moje omnipotentne obrony, oparte na staraniu się by być "perfekcyjną matką" dla nich obu, traciły na sile. Zaczęłam wówczas odczuwać trudności w poradzeniu sobie z nawykowym narzekaniem pacjentki na deprivację i wykluczenie i reagowałam gniewem i poczuciem winy. Clementel-Jones [3] odnosi się do "wyrównywania" jakie wymagane jest od terapeutki, która jest oskarżana (lub tak się czuje) o zaniedbywanie zarówno dziecka, jak i dziecka w pacjentce. Prawdopodobnie zaniedbywanym dzieckiem jest jedynie dziecko w terapeutce.

Pragnę powtórzyć jej zdanie, że nieuniknioną, a trudniejszą dla ciężarnej terapeutki jest praca z żalem innej kobiety z powodu nie posiadania dziecka. Było dla mnie szczególnie trudne zajmowanie się ogromną zawiścią pacjentki, której źródłem była moja ciąża i implikowana przez nią relacja z moim mężem. Podczas gdy podobne trudności mogą być największe podczas ciąży i w pierwszym okresie pierwotnego macierzyńskiego zaangażowania, sądzę, że twierdzenie Benedek [18] jest szczególnie trafne: większość rodzicielstwa dotyczy reaktywacji konfliktów z wczesnych faz rozwoju dostrojonych do określonej fazy rozwojowej dziecka.

W takich sytuacjach terapeutce jest stosunkowo prosto zastosować zaprzeczanie. Jednym z przykładów jest najwyraźniej powszechne nieinformowanie pacjentów o ciąży lecz czekanie aż sami to odkryją. Prawdopodobnie fenomen "nieświadomej wiedzy", którego przykłady często przytaczane są w piśmiennictwie, można rozumieć jako tego konsekwencję. Ja osobiście zetknęłam się z tym dwukrotnie. Na bardzo wczesnym etapie mojej ciąży pani A zastanawiała się czy ona sama mogłaby być w ciąży a na początku mojej kolejnej ciąży inna pacjentka opowiedziała sen, w którym odkryła w swojej torebce "zamordowany płód" i "uznała się za winną" zabicia wielu dzieci na placu zabaw. Ponieważ oba te wydarzenia były dla każdej z pacjentek wyjątkowe, nie mogę uznać, że były jedynie przypadkowo zbieżne z moją ciążą. Barbanel [2] sugeruje, że "nieświadoma wiedza" jest prymitywną formą identyfikacji z terapeutą, częstym mechanizmem obronnym u najbardziej niezwiązanych pacjentów. Utrzymuje również, że za przyczynę stosunkowo ubogiej literatury na temat ciąży terapeutki, zwłaszcza sprzed artykułu Lax z 1969r. [1], uznać można kolejny aspekt zaprzeczania temu tematowi przez terapeutów. Oczywiście, jasny precedens niechęci do podjęcia tego tematu dotyczy także reszty społeczeństwa, o ciąży rzadko dyskutuje się otwarcie, jeśli w ogóle. Istnieje wiele tabu dotyczących informowania o ciąży do czasu kiedy jest już zaawansowana i za nietaktowne uznaje się zadawanie w tej sprawie pytań. Wiele jest eufemizmów dotyczących ciąży. Poród wiązany jest z bólem, strachem i tajemniczością i, podobnie jak śmierć, obrósł wieloma mitami, rytuałami religijnymi i zabobonami. Zasadniczo zwierzęcy fenomen ciąży i porodu są często zaprzeczane, z poczuciem niesmaku i "wypychane w rejestr sublimowanego ... nie można wnosić zwierzęcości do relacji matki i dziecka" [18]. Nie mniej jednak, jak podkreśla Barbanel [2] nie podejmowanie tematu ciąży powtarza sytuację rodzic-dziecko, gdzie określone "sekrety" (często ciąża) są ukrywane przed dzieckiem; podczas gdy niepowodzenie w zwerbalizowaniu podejrzeń czy wiedzy pacjenta niesie myśl o anonimowości do granic unikania.

Mimo często znacznych trudności doświadczanych przez ciężarną terapeutkę, może ona jednak być szczególnie wyczulona i empatyczna w stosunku do "wskazówek" pacjenta udzielanych w przeniesieniu, dotyczących charakteru wczesnych relacji z obiektem, przede wszystkim pierwotnej identyfikacji z matką. Moja pacjentka, pani A, usiłowała wykreować w przeniesieniu niemowlęcą symbiozę. Odpowiadające jej pierwotne matczyne zaangażowanie jakie pojawiło się u mnie w przeciwprzeniesieniu niewątpliwie było pochodną mojej ciąży i moim zdaniem było odmienne od innych form zaprzeczania, zafałszowywania i nadopiekuńczości, którym ulegałam. Podobnie jak moja pacjentka, przystosowując się do ciąży i macierzyństwa musiałam rozwiązać "kryzys separacyjny" od idealizowanej symbiotycznej matki. Sytuacja taka niesie za sobą wiele oporu i zafałszowywania ale może być również ogromnie wzbogacająca.

## Podziękowania

Autorka dziękuje Robin Davis za bezcenną superwizję oraz dr Andrew Cockburn'owi i Jenny Sharman za pomocne uwagi dotyczące niniejszego artykułu.

Autorka jest psychoterapeutką i członkiem London Centre for Psychotherapy.

## Piśmiennictwo

1. Lax RJ. Some considerations about transference and countertransference manifestations evoked by the analyst's pregnancy. *Int. J. Psychoanal.* 1969; 50: 363-372.
2. Barbanel L. The therapist's pregnancy. W: Blum BL. red. *Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding. New Directions in Psychotherapy*, New York: Human Sciences Press. 1980; Vol. IV: 232-246.
3. Clementel-Jones C. The pregnant psychotherapist's experience: colleagues' and patients' reactions to the authors first pregnancy. *Br. J. Psychother.* 1985; 2, 2: 79-94.
4. Fenster S, Phillips SB, Rapoport ERG. *The therapist's pregnancy - intrusion in the analytic space.* New Jersey: The Analytic Press; 1986.
5. Mahler M. On the first three subphases of the separation-individuation process. W: *Selected Papers of Margaret S. Mahler 2.* 1972. New York: Jason Aronson; 1979.
6. Winnicott DW. Ego distortion in terms of true and false self. W: *The Maturational Processes and the Facilitation Environment.* London: Hogarth Press; 1960.
7. Winnicott DW. Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. W: *The Maturational Processes and the Facilitation Environment.* London: Hogarth Press; 1963.
8. Searles H. The patient as therapist to his analyst. W: Langs R. red. *Classics in Psychotherapeutic Technique* London: Jason Aronson; 1975.
9. McDougall J. *Theatres of the mind.* London: Free Association Books; 1986.
10. Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: conscious and unconscious process in pregnancy and early motherhood. *Br. J. Med. Psychol.* 1986; 59: 43-55.
11. Raphael-Leff J. Psychotherapy with pregnant women. W: Blum E. red. *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding* New York: Human Science Press; 1980. s 174-205.
12. Breen D. Some differences between group and individual therapy in connection with the therapist's pregnancy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1977; 27, 4: 499-506.
13. Pines D. Pregnancy and motherhood. Interaction between fantasy and reality. *Br. J. Med. Psychol.* 1972; 45: 333-342.
14. Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int. J. Psychoanal.* 1982; 63: 211-319.
15. Lemoine-Luccioni E. *The Dividing of Women and Woman's Lot.* London: Free Association



Books; 1987.

16. Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1959; 14: 115-121.

17. Birksted-Breen D. The experience of having a baby. A developmental view. *Free Associations*. 1986; 4: 22-35.

18. Benedek T. Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1959; 7: 389-417.

Artykuł ukazał się pierwotnie w *British Journal of Psychotherapy*. 1989; 5, 3: 287-299.  
Copyright 1996 the author.  
Tłumaczenie za zgodą autorki Katarzyna Klasa. Redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:  
[http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum\\_list&p=view&id=228](http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=228)

Jerzy A. Sobański  
Redaktor Naczelny