

Pierwotna wersja tekstu ukazała się w International Journal of Psychoanalysis. 1993; 74: 151-164. Material required. Copyright Institute of Psychoanalysis, London, UK. International Journal of Psychoanalysis website www.ijpa.org Tłumaczenie za zgodą autora i wydawcy Michał Mielimąka i Katarzyna Klasa, redakcja tekstu Jerzy A. Sobański.

Paola Mariotti

CIĄŻA ANALITYKA: PACJENT, TERAPEUTA I PRZESTRZEŃ NIEZNANA

THE ANALYST'S PREGNANCY: THE PATIENT, THE ANALYST, AND THE SPACE OF THE UNKNOWN

Streszczenie

Na podstawie własnych doświadczeń, autorka przedstawia swoje przemyślenia na temat wpływu ciąży analityczki na jej pacjentów. Przedstawione zostały kwestie dotyczące przeciwprzeniesienia oraz przeniesienia i sposobu radzenia sobie przez pacjentów z dowiedzeniem się i myśleniem o ciąży analityczki. Wykorzystany został materiał kliniczny dotyczący dwojga pacjentów - kobiety i mężczyzny.

Summary

On the basis of her own experience, the author discusses some thoughts about the effect of the analyst's pregnancy on her patients. Some issues regarding countertransference and transference, as well as the question of how patients dealt with learning and thinking about the analyst's pregnancy, are examined, with the use of clinical material relating to two patients - a woman and a man.

Słowa klucze: psychoanaliza, ciąża psychoanalityczki, przeniesienie, przeciwprzeniesienie

Keywords: psychoanalysis, analyst's pregnancy, countertransference, transference

W artykule tym proponuję podjęcie dyskusji dotyczącej przemyśleń na temat wpływu ciąży kobiety-analityka na jej pacjentów. Odniosę się do moich własnych doświadczeń, krótko skupiając się na aspektach praktycznych istotnych w sytuacji terapeutycznej oraz w pewnym stopniu na czynnikach przeciwprzeniesieniowych, które miały wpływ na moją pracę analityczną. Następnie omówię dwa przypadki kliniczne w celu przedstawienia, które z aspektów przeniesienia podlegały największym wpływom oraz w celu powiązania ich z trudnościami jakich doświadczali pacjenci w dostrzeganiu i myśleniu o mojej ciąży. Mam nadzieję pokazać, iż związane to jest z jednej strony z powtarzaniem wcześniejszych doświadczeń, z drugiej zaś strony z wyłanianiem się prymitywnych procesów myślowych w odniesieniu do analityka, które stają się łatwiejsze do rozpoznania w takiej

paradygmatycznej sytuacji, jednak nie są jakościowo różne od procesów zachodzących w czasie terapii, w której takie wydarzenie jak ciąża terapeuty nie ma miejsca. Powracającym zagadnieniem leżącym u podłoża badań procesów myślowych pacjentów jest organizacja ich wewnętrznego świata, ujawniająca się w przeniesieniu, a w szczególności sposób, w jaki wpływa ona na ich możliwość zrozumienia oraz myślenia o ważnym pod względem emocjonalnym wydarzeniu jakim jest ciąża psychoterapeuty. Innymi słowy, ważne jest jak ta informacja może zostać "wpasowana" w istniejącą już strukturę psychiczną, która może być mało elastyczna i niezdolna do przyjęcia i przepracowania zmiany.

Zacznę od przypomnienia tego co oczywiste: ciąża terapeuty wprowadza zmiany do sytuacji terapeutycznej. Sama w sobie nie wnosi niczego produktywnego do pracy analitycznej, a jedynie jest źródłem przeszkód i trudności. Konsekwencją ciąży jest przerwa w terapii. W moim przypadku podjęłam decyzję o wstrzymaniu terapii pacjentów na trzy miesiące oraz o zmniejszeniu częstotliwości spotkań z pięciu do trzech w tygodniu w okresie kolejnych dwóch miesięcy. Inną zmianą w settingu, unikalną dla ciąży, jest fakt istnienia we wspólnej, dzielonej podczas każdej 50 minutowej sesji, przestrzeni terapeuty i pacjenta, trzeciej żywej istoty - maleńkiego płodu żyjącego gdzieś w terapeutce, obecności dodatkowej żywej istoty niezależnie od tego jak mało zauważalna by była.

Ponadto istnieje jeszcze jedna subtelna aczkolwiek znacząca zmiana w stosunku do typowego settingu terapii - zachodząc w ciążę terapeutka mimowolnie przekazuje pacjentowi ważne intymne informacje o sobie. Swoboda, jaką zazwyczaj posiada pacjent, wyobrażania sobie terapeuty jako powiedzmy samotnego, nie będącego w żadnym związku lub posiadającego bogate i ekscytujące życie towarzyskie, lub być może jako homoseksualistę, zostaje ograniczona. Wprawdzie fantazje takie z pewnością nie są całkowicie usuwane, lecz osadzone w bardziej realistycznej perspektywie. Niektórzy pacjenci, aż do końcowej fazy terapii potrzebują i wykorzystują możliwość postrzegania terapeuty jako "ich" własnego, bez zbytniego przejmowania się tym, co czasami określane jest jako "prawdziwa osoba". W sytuacji ciąży "prawdziwa osoba" terapeuty pojawia się pokazując, że ma "prawdziwe" życie seksualne, zaś pacjent nie może tego zignorować, chociażby z powodu długiej, niezaplanowanej przerwy, jaka jest nieunikniona. Omawiane przypadki kliniczne pokażą, iż pacjenci potrafią posunąć się daleko w buncie przeciwko takiej zmianie rzeczywistości pozostającej w sprzeczności do ich onnipotentnego postrzegania świata.

Zanim przejdę do opisu rozumienia przeżywania moich pacjentów chciałabym poświęcić uwagę zagadnieniu przeciwprzeniesienia, które nie może zostać pominięte przy omawianiu wydarzeń, w które tak głęboko i bezpośrednio zaangażowany jest sam terapeuta. Chciałabym wykorzystać definicję przeciwprzeniesienia zaproponowaną przez Lasky'ego [1] w pracy, w której

porusza zagadnienie posiadające wiele cech wspólnych, ale również wiele różnych, z tematem mojego artykułu a mianowicie zagadnienie reakcji emocjonalnej terapeuty w sytuacji zachorowania na poważną chorobę. Postrzega on przeciwprzeniesienie jako "coś co terapeuta robi w trakcie samej sesji terapeutycznej, nieświadomie i niecelowo, co powstaje bezpośrednio w odpowiedzi na przeniesienie pacjenta, na jego życzenia, oczekiwania oraz lęki" (str. 456). Do tego co terapeuta "robi" zaliczam poziom koncentracji terapeuty, świadomy i nieświadomy dobór treści do interwencji, sposób sformułowania i treść podawanych interpretacji. Jeżeli przeciwprzeniesienie nie jest brane pod uwagę i adekwatnie rozumiane, potrzeby przeniesieniowe pacjenta mogą być nieświadomie zaspokajane zamiast poddane analizie.

W czasie mojej ciąży oraz w trakcie pisania tego artykułu starałam się analizować czy moja odpowiedź emocjonalna w stosunku do poszczególnych pacjentów pozostawała pod wpływem mojego szczególnego stanu. Nie byłam jednak w stanie znaleźć na to dowodów. Na podstawie prezentowanego materiału można stwierdzić, że gdy poziom mojej uwagi i koncentracji obniżał się, potencjalnie działało się tak również u moich pacjentów, aczkolwiek w różnym stopniu i na różny sposób.

Zagadnieniem, które być może znacznie bardziej niż cokolwiek innego skupiło moją uwagę było pytanie kiedy i jak informować pacjentów o moim stanie. W rzeczywistości wkrótce zdałam sobie sprawę, iż nie potrzebują oni być informowani, lecz muszę zdecydować kiedy odpowiadać na ich pytania, pojawiające się czy to mgliście w ich snach i skojarzeniach, czy też bezpośrednio w świadomie sformułowanych pytaniach. W przypadku niektórych pacjentów właściwym okazała się interpretacja różnych zachowań czy myśli mających na celu uniknięcie dostrzeżenia przez nich mojej widocznej już w tym okresie ciąży. Interpretacje te wypowiedziałam w odpowiednim czasie dzięki czemu miałam co najmniej trzy miesiące na przedyskutowanie z pacjentami vis-a-vis ich reakcji nie tylko na moją ciążę, lecz również na nieuniknioną długą przerwę w terapii. Jednakże, na początku ciąży zjawisko przeciwprzeniesienia było złożone i trudne do analizy. Zilustruję to na przykładzie pierwszego przypadku klinicznego.

Kiedy byłam w szóstym tygodniu ciąży pani X rozpoczęła swoją pierwszą sesję po przerwie świątecznej tymi słowami: "to, co tak naprawdę mam na myśli, to czy jest Pani w ciąży?". Nie wiem, dlaczego o tym pomyślała i jak długo się nad tym zastanawiała. Przypadkowo, dwie inne pacjentki w tym czasie wykazały podobne zainteresowanie. Być może wysyłałam subtelne podświadome komunikaty, lub niezwykła wrażliwość pacjentów pozwoliła na dostrzeżenie jakichś fizycznych zmian zachodzących we mnie. Co ciekawe, odnosiłam wrażenie, że ego pani X, która jako jedyna pacjentka świadomie i wprost sformułowała pytanie, rozwinęło się bardzo przedwcześnie, na co wskazują jej wspomnienia sięgające czasów sprzed jej drugich urodzin.

Jej bezpośrednie pytanie skonfrontowało mnie z problemem jak wcześnie i ile informacji dotyczących wydarzenia, które miało bardzo istotnie wpłynąć na proces terapii, zamierzam ujawnić moim pacjentom. Zdecydowałam, że nie poinformuję ich o ciąży wcześniej niż przed zakończeniem pierwszego trymestru. Odczuwałam potrzebę oddalenia moich wątpliwości dotyczących ryzyka poronienia lub deformacji płodu. Koniec osiemnastego tygodnia to okres w którym ciąża jest już ustabilizowana i dostępne są wyniki testów świadczące o dobrym stanie płodu. Nie odpowiedziałam więc na pytanie pani X, lecz zapytałam ją, czy miała jakieś przemyślenia z tym związane. Nie miała i kontynuowała rozmowę na inny temat.

Następną sesję rozpoczęła od stwierdzenia, iż nie myśli już o tym, że jestem w ciąży. Narzekała natomiast na powracające obsesyjne myśli dotyczące pewnego wydarzenia, które miało miejsce podczas wakacji nad morzem wiele lat wcześniej: widziała dwóch młodych mężczyzn wypływających małą łódką, później zaś usłyszała, że łódka wywróciła się i jeden z chłopców utonął. Łączyła to z wiarą w działanie "złego spojrzenia" (malocchio; przyp. tłum.) ponieważ patrząc na chłopaków pragnęła wypłynąć razem z nimi. Zasugerowałam, że można odnieść wrażenie, iż ciąża zniknęła przez noc, obumarła pod wpływem "złego spojrzenia" pacjentki. Sądziłam, iż nie mogę zignorować jej nawiązania do mojego stanu i dlatego musiałam to skomentować, jednak nie byłam wolna od wątpliwości. Zaprzeczyła jakimkolwiek związkom.

Moja interpretacja może być potraktowana jako wypowiedziana w niewłaściwym momencie, bezzasadna lub nieadekwatna. Można jednak również przypuszczać, że pani X nie odpowiedziała na nią, ponieważ w tym stadium terapii nie mogła zmierzyć się ze swoimi omnipotentnymi pragnieniami. Ponadto odniosłam wrażenie, że inny czynnik zniweczył wpływ mojej interpretacji w ukryty, lecz znaczący sposób: mianowicie moje własne pragnienie by nie mówić jeszcze moim pacjentom czy jestem w ciąży czy też nie. Oczywiście większość terapeutów nie ujawnia pacjentom szczegółów swojego życia prywatnego. W moim jednak przypadku miały miejsce dodatkowe okoliczności, a mianowicie byłam zaniepokojona ujawnianiem faktu mojej ciąży w tym stadium i miałam ku temu własne ważne powody. Było to więc coś więcej niż wyłącznie typowa powściągliwość terapeuty, w której milczenie służy ochronie i wspomaganie procesu terapeutycznego.

Przypomina mi się w tym miejscu kolumna w siatce Biona, oznaczona symbolem psi opisująca "stwierdzenia terapeuty realizowane w taki sposób, że obawa terapeuty związana z sytuacją nieznaną i w konsekwencji dla niego zagrażającą, zostaje zaprzeczona przez interpretację, która ma za zadanie udowodnić jemu i pacjentowi, że tak nie jest [2, str. 18] . W tym sensie treść interpretacji jest wtórna (podrzędna) do jej funkcji, którą była ochrona mnie przed przedwczesną wiedzą pacjentki o moim stanie. Pani X prawidłowo dostrzegła mój wyraźnie podświadomy komunikat i do pewnego stopnia przestała widzieć moją ciążę. Zbieżność mojej potrzeby

nieujawniania faktu ciąży z jej wiarą w niebezpieczny wpływ jej negatywnych pragnień, jeżeli zostałyby uświadomione, doprowadziły do usunięcia przez pacjentkę świadomości rzeczywistości zewnętrznej, w której istniała zarówno moja ciąża, jak i spostrzeżenia i pragnienia pacjentki.

Mimowolnie i w pewnym stopniu nieświadomie, musiałam komunikować pacjentce, być może moim tonem głosu czy doborem słów, istnienie przeszkody na drodze jej swobodnych skojarzeń, w kontekście tego, iż musiały one pozostać na poziomie spekulacji z powodu moich osobistych względów emocjonalnych. Fakt, iż sekret dotyczył ciąży, tematu tak bardzo nacechowanego emocjonalnie i nawiązującego do wczesnodziecięcej ciekawości, ujawnił jak ważne (jak mam nadzieję wykazać później) jest poddanie głębokiej analizie przeżywania pacjenta już na początku wystąpienia przeciwprzeniesienia.

Lasky [1] szeroko komentuje czynniki wpływające na decyzję o ilości przekazywanych pacjentom informacji o stanie terapeuty w przypadku jego choroby. Wskazuje na fakt, iż w dużej mierze zależy to od teorii i techniki terapeuty, a mianowicie od tego czy terapeuta uważa, że ujawnienie szczegółów jego życia prywatnego, może (lub nie) korzystnie wpłynąć na pacjenta. Ponadto odzwierciedla to stosowaną przez terapeutę strategię radzenia sobie w sytuacji własnej choroby. Główną różnicą pomiędzy przypadkiem moim i opisywanym przez Lasky'ego jest fakt, iż rozważa on przypadek uszczerbku fizycznego, który sam w sobie jest niechciany, wzbudza strach i stanowi poważną narcystyczną ranę, zaś w przypadku chcianej ciąży sytuacja jest odwrotna: kobieta jest nie tylko świadomie zadowolona ze swojego stanu fizycznego i wyniku procesu jaki zachodzi, cieszy ją też silne, prymitywne i głębokie poczucie narcystycznej gratyfikacji. Wierzę, że waga i znaczenie tego dla umacniania możliwości kobiety dotyczących radzenia sobie z własnymi konfliktami i obawami oraz z fizycznymi wymaganiami jakie stawia ciąża, są w znacznym stopniu niedoceniane.

Ten stan narcystycznej gratyfikacji jest głównie zagrożony we wcześniejszych stadiach ciąży, kiedy istnieje ryzyko poronienia oraz, szczególnie u starszych matek, takich jak ja sama, aż do momentu wykluczenia ryzyka genetycznych uszkodzeń płodu. W moim przypadku, gdyby zdarzyła się taka katastrofa, musiałabym sobie radzić ze swym narcystycznym rozczarowaniem połączonym z ogromnym smutkiem spowodowanym utratą mego małego płodu. Utrzymanie silnej pozycji terapeuty po takim wydarzeniu byłoby niezwykle trudne w każdym przypadku, zaś szczególnie w sytuacji, gdy w pierwszej kolejności poinformowałabym moich pacjentów o ciąży, a następnie musiałabym powiedzieć im o jej utracie. Niezwykle trudnym byłoby dla mnie odpowiadać na prawdziwe wyrazy współczucia wypowiedane przez moich pacjentów oraz na sytuacje zwykłego ludzkiego kontaktu, który zwykle w przypadku terapii jest surowy, wolny od wpływu załamania emocjonalnego, które mogłoby stanowić poważne zagrożenie dla pracy terapeutycznej.

Byłam w tym czasie świadoma moich obaw o donoszenie ciąży i zdrowie dziecka, jednak nie byłam w stanie na bieżąco, dogłębnie konfrontować emocji związanych z możliwością noszenia w sobie umierającego lub genetycznie uszkodzonego płodu, za którego życia przerwanie lub jego zachowanie musiałabym wziąć odpowiedzialność. Nie potrafiłam zmierzyć się z tą straszliwą możliwością w sposób spokojny i zrównoważony. Sądzę, że stanowiło to niejako stan wstępny do akceptacji projekcji pacjentów dotyczących ich strasznych fantazji. Doszłam do wniosku, że wybierając podejście dostosowane do mnie samej nie wyrządzam terapii moich pacjentów nieodwracalnych szkód.

Biorąc pod uwagę opisane okoliczności, nie zaskakuje fakt, iż pierwszy trymestr mojej ciąży naraził moich pacjentów na przeżywanie szczególnie intensywnych i złożonych lęków. Wydaje mi się, że potrafię znaleźć różnice w materiale analitycznym moich pacjentów z okresu przed i po otrzymaniu ode mnie jasnej informacji o mojej ciąży. Lęki były bardzo nasilone, zaś każdy z pacjentów wyrażał je na swój indywidualny sposób: na przykład pacjent obsesyjny nieustannie przedstawiał brutalne, krwawe sny, w których występowały rozczłonkowane ciała w basenach, czerwone strzępki owoców w galaretkach, i tym podobne. Jednocześnie, w trakcie rozwoju ciąży, był bardzo przejęty faktem, iż "ludzie" mogą być karani za to, że dowiadują się rzeczy, o których wiedzieć nie powinni. Takie sny i skojarzenia wydawały się wskazywać na raczej ekstremalną formę przedstawiania w wyobraźni nieświadomości pacjenta: jeżeli obrazy poronionego płodu (mojego dziecka i/lub terapii pacjenta) były agresywne i pozbawione nadziei, zdolność mojego pacjenta do ich komunikowania wskazywała na obecność rezerwuaru wyobrażeniowego, na dostęp do którego rzadko pozwalały jego sztywne mechanizmy obronne.

Mimo jego strachu podbarwionego omnipotencją nigdy nie czułam, że moja ciąża jest zagrożona przez jego fantazje czy fantazje i sny innych pacjentów, które w moim mniemaniu wyrażały ich zdolność i determinację do kontynuacji terapii pomimo trudnych i niesprzyjających okoliczności. Wynikały one, jak wcześniej przedstawiłam, nie tylko ze zmiany w settingu terapeutycznym, ale również z kombinacji potrzeb przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych, które początkowo się pojawiły. Na przykład, obawy mojego obsesyjnego pacjenta, że niebezpiecznym jest wiedzieć za dużo, były powtórzeniem odczuć z dzieciństwa. Świat dookoła, a przede wszystkim jego rodzice mieli dużo większe problemy psychiczne niż ktokolwiek był skłonny przyznać, a te uczucia były powtarzane w przeniesieniu i nieświadomie połączone z moimi własnymi lękami. Zmiana okoliczności prowadząca do znacznego uwolnienia mnie od moich własnych lęków pomogła jedynie częściowo, a reakcja emocjonalna mojego pacjenta na wiadomość o dobrym stanie mojej ciąży została szybko umieszczona i zaadaptowana w siatce jego obsesyjnej i psychosomatycznej struktury.

W dalszej części artykułu przedstawię szczegółowo jak dwoje innych moich pacjentów radziło sobie z coraz szerszą wiedzą na temat mojej ciąży oraz jakie rozwinęły mechanizmy, by móc wcielić te niezwykle znaczące informacje o mnie w obręb ich struktury psychicznej. W tym miejscu staram się przywołać ogólne odczucia jakie moi pacjenci wnosili do gabinetu, gdy nie wiedzieli co się dzieje, ale wiedzieli, że coś się dzieje, coś z czego zostali wykluczeni, o czym wiedza była przerażająca, zabroniona, niedostępna a nawet niebezpieczna, lub co było niemożliwe do rozsądnego zrozumienia, na co można było odpowiedzieć tylko działaniem. Obawa przed niewiedzą, chęć poznania i strach, sens zakazanej wiedzy, do której inni mają dostęp, ale nie ja sama, to wszystko znajdowało swój oddźwięk we mnie. Na tym etapie, czasem chciałam powiedzieć pacjentom: "Nie obawiajcie się, jestem tylko w ciąży", myśląc, że wiedza, niezależnie jak "złą" informację zawiera, lepsza jest niż niepewność; realna ciąża lepsza jest niż ta z fantazji. Ponadto w tym przypadku czułam, że informacja o moim stanie fizycznym odsunęłaby ode mnie lęki wynikające z niewiedzy co się dzieje, lęki, których doświadczali zarówno pacjenci jak i ja sama. Kiedy nadszedł w końcu czas na poinformowanie ich, uwolniona byłam od głębszych lęków, jednak, co nie zaskakuje, na ich miejsce pojawiły się inne.

Sądzę, iż moja ciąża sprowokowała w pacjentach fantazje i uczucia wywodzące się z wczesnych doświadczeń ciekawości i obawy przed tym, co dzieje się w ciele matki. Mam tu na myśli ciekawość powiązaną z tym, co Freud nazwał "popędem (Trieb) do wiedzy" [3]. Według Freuda "to nie zainteresowania teoretyczne, ale praktyczne sprawiają, że u dzieci pojawiają się działania badawcze. Zagrożenie podstawy egzystencji dziecka powstałe na skutek odkrycia lub podejrzenia pojawienia się nowego dziecka, oraz obawy, że z tego powodu może utracić opiekę i miłość sprawia, iż staje się ono rozważne i trzeźwo myślące. Pierwszym problemem, z którym (popęd) się styka, nie jest kwestia różnic pomiędzy płciami, lecz zagadka skąd biorą się dzieci"(str. 194-5, podkreślenie autorki). Mimo, iż później Freud ograniczył zasadność tego stwierdzenia, moje własne doświadczenie potwierdza je z całą mocą.

Ciekawość sama w sobie nie musi wywoływać lęku, jednak dążenie dzieci do odnalezienia odpowiedzi na ich świeżo sformułowane pytania może prowadzić do tworzenia strasznych fantazji, jak to przedstawia Freud [4] w odniesieniu do dziecięcych teorii powstających w odpowiedzi na pytanie jak się rodzą dzieci i ich fantazji na temat sceny pierwotnej. Melanie Klein w całej swej pracy utrzymywała, iż wczesny związek niemowlęcia z matką zawiera w sobie również poznawanie jej ciała oraz że dzieci wykorzystują swoje własne doświadczenia świata zewnętrznego i procesów wewnętrznych, aby odkrywać i fantazjować na temat tego, co dzieje się w ciele matki i między rodzicami. Według Klein, od urodzenia aktywne są bardzo intensywne procesy myślowe a być może, co może być dyskusyjne, procesy te aktywne są nawet wcześniej. Moim zdaniem takie procesy przechodzą fazy rozwoju i transformacji w kierunku patologicznych układów lub zdrowej

integracji, jednak osobowość utrzymuje niektóre z prymitywnych, podstawowych struktur z wczesnego życia.

Rozpoznawanie procesów, które pojawiają się w fazie przedwerbalnej nastręcza dużych trudności, a w mojej opinii, jest dostatecznie przekonywujące dla pacjenta i terapeuty tylko wtedy, gdy jest zapoczątkowane i kontynuowane przy pomocy ciągłej i szczegółowej pracy ukierunkowanej na skojarzenia słowne, wspomnienia i rekonstrukcje, a także na sny, zachowania typu acting-out oraz psychotyczne mechanizmy obronne. Cięża terapeutki działa jak potężny lecz nieprzewidywalny katalizator dla wczesnych fantazji: Z niektórymi pacjentami możliwe i bardzo pomocne jest przepracowanie ich doświadczeń, z innymi jest to niemożliwe, lub możliwe tylko w ograniczonym stopniu, jako że pojawiające się problemy i lęki nie są dostępne dla pacjenta w danym etapie terapii.

Stwierdziłam, iż moja ciąża uwydatniła wiele procesów psychodynamicznych u moich pacjentów, co przejawiało się w przeniesieniu. W pozostałej części tego artykułu chciałabym zastanowić się nad jednym ważnym aspektem ich doświadczeń, ukierunkowanym na to jak postrzegali oni, głównie nieświadomie, samych siebie w stosunku do mnie lub mówiąc inaczej "z czego w ich odczuciu składał się nasz związek". Słowo "związek" nie jest właściwe, ponieważ wskazuje na dwie niezależne osoby podczas gdy separacja okazała się być jednym z kluczowych problemów. Dla jednej z pacjentek, pani A, tworzenie relacji ze mną polegało na próbie bycia taką samą jak ja, dla pana B, oznaczało to brak granic, brak różnicy pomiędzy poziomem psychicznym i fizycznym. Ich zdolność do świadomego posiadania wiedzy o tym, że jestem w ciąży, kontaktu z uczuciami tego dotyczącymi i co ważniejsze z tym, jakie to ma znaczenie w ich życiu wewnętrznym, zdolność rozmyślenia o tym, wszystko to pozostawało w służbie utrzymania w niezmiennej formie pewnych nieświadomych podstawowych założeń o mnie i o nich samych.

PANI A - REAKCJA TYPU ACTING OUT

Pani A odmawiała przyjęcia do wiadomości faktu, iż jestem w ciąży aż do szóstego miesiąca. Zanim się to stało sama zaszła w ciążę i w kontekście jej terapii - jak to mam nadzieję wykazać - wydawało się, że poprzez swoją ciążę zastąpiła ona swoje rozumienie zewnętrznej rzeczywistości reprezentowane przez moją osobę, oraz odczuwanie własnych uczuć, cielesnym doświadczeniem własnej ciąży. Na szczęście dzięki, między innymi, pracy terapeutycznej była ona w stanie wykorzystać i przekształcić potencjalnie tragiczne zachowanie typu acting-out na trudne, lecz kreatywne doświadczenie macierzyństwa.

W kontekście trudności pani A w radzeniu sobie z myślami i uczuciami wywołanymi przez moją ciążę ważne wydaje się przedstawienie kilku faktów dotyczących jej przeszłości. Pani A nosiła w sobie częściowo przysłonięte przez idealistyczny obraz rodziców uczucia deprivacji z okresu wczesnego dzieciństwa, które następnie była w stanie przeżyć na nowo, przypomnieć sobie i

odtworzyć w trakcie terapii. Pomogły jej w tym opowiedane przez matkę w czasie ciąży pacjentki anegdoty - wspomnienia z wczesnego dzieciństwa pacjentki. Matka opowiedziała jej, że była "przebiegłym dzieckiem", które przestawało płakać w momencie, gdy podnosiła ją ona z kołyski, jednak gdy tylko została włożona do niej z powrotem momentalnie zaczynała "wyć". Jej "przebiegłość" polegać miała na tym, iż płakała tylko i wyłącznie dlatego, że chciała być noszona. Wydawało się, iż występowały wówczas również pewne problemy z karmieniem, gdyż matka pacjentki była przekonana, iż pani A jest dzieckiem, któremu grozi przekarmienie. Było tak do czasu, kiedy wizytator służby zdrowia (w Polsce położna; przyp. tłum.) ostrzegł ją, iż jest wręcz przeciwnie - dziecko otrzymuje za mało pożywienia. Gdy pacjentka miała 7 lat jej matka urodziła chłopca, który w mniemaniu pacjentki był ulubieńcem matki.

Od czasu kiedy sięga pamięcią, pani A leżąc w łóżku miała nawyk rytmicznego przekręcania głowy z jednej strony na drugą. Czasami trwało to godzinami, sporadycznie towarzyszyła temu masturbacja. W okresie dorastania zaczęła narzekać na bóle w biodrach - zdiagnozowano chorobę Bechterewa (ankylosis spondylitis), chorobę, która dotyka dolnych partii kręgosłupa. W trakcie analizy jej stan polepszył się i zdała sobie wówczas sprawę, iż sama nasilała swoją chorobę poprzez powtarzające się mikrourazy spowodowane godzinami i latami potrząsania głową. Z powodu swojego stanu odczuwała dolegliwości bólowe, jednak nie była unieruchomiona a jej postawa i ruchy były prawidłowe. W okresach między zaostrzeniami choroby była wolna od objawów.

Kiedy byłam w trzecim miesiącu ciąży zobaczyła mnie na ulicy - przyjechała wcześniej i postanowiła zaczekać w samochodzie, wtedy zobaczyła jak przyjeżdżam do gabinetu. Powiedziała mi, że wyglądałam zabawnie, szłam jak "kaleka", z wysuniętymi do przodu biodrami, co skojarzyło się pacjentce z jej chorobą. Cztery tygodnie później poinformowała mnie, że jest w ciąży. Jej pierwszą reakcją była ulga, że może przestać pracować i na kilka miesięcy opanował ją triumfujący i destruktywny nastrój, zaprzeczała swoim problemom, zaś inni ludzie, ze mną na czele, postrzegani byli przez nią jako beznadziejnie zazdrośni.

Kiedy w końcu przyjęła do świadomości, że jestem w ciąży, wyraziła to mówiąc z animuszem, iż wpadła jej do głowy szalona myśl, że mogę być w ciąży. Wydawało się to podkreślać stan zamieszania w jej umyśle pomiędzy tym, co odnotowywał on w świecie rzeczywistym a tym, co było wyobrażane - co było szalone?

Potwierdziłam, że jestem w ciąży. Po krótkiej przerwie pani A stwierdziła, iż nic dziwnego, że byłam na nią zła, że nie chce pracować, z wyraźną implikacją, że to ja chciałam przestać pracować i byłam po prostu zazdrosna, że ona nie pracuje. Miała poczucie, iż bardzo mądrze udało jej się z tym poradzić. Wskazywała również na to, że zna moje uczucia - zawistnego gniewu, że w przeciwieństwie do mnie ona nie pracuje. Wtedy przypomniła sobie różne wcześniejsze "oznaki"

mojej ciąży. Powiedziała, że czasami wyglądałam na umęczoną, co musiało być efektem porannych mdłości, a czasami miałam zmieniony oddech.

Zdaję sobie sprawę z tego, iż materiał pochodzący z terapii mojej pacjentki może być różnie interpretowany i tak też był opracowywany w czasie sesji, jednak dla celów tego artykułu chciałaby szczególnie podkreślić stopień identyfikacji pacjentki ze mną, co stanowiło podstawę jej komunikacji. Kiedy zobaczyła mnie na ulicy, "zobaczyła" moją ciążę jako taką samą chorobę, na jaką sama cierpiała: być może sugerując, że choroba sama w sobie i powtarzające się ruchy, które ją nasilały, były w pewien prymitywny sposób powiązane w jej umyśle z "tworzeniem" dziecka. Postrzegając również moją ciążę w kontekście porannych mdłości, które sama miała i nie wahała się myśleć, że miałam dokładnie takie same uczucia jak ona jeśli chodzi o preferencje dotyczące zaprzestania pracy w czasie ciąży. Chroniła się w ten sposób przed uczuciem zawiści, że ja mogę pracować, ona zaś nie. Myślę, że w ten sposób również zaprzeczała, że ja i ona jesteśmy różnymi, niezależnymi osobami: jej uczucia w trakcie ciąży, bez żadnych zmian zostały umiejscowione we mnie w ten sam sposób, w jaki przejęła i mocno umiejscowiła w sobie mnie jako ciężarny obiekt.

Pacjentka ta przez wiele lat miała głębokie, bardziej lub mniej skrywane przekonanie, iż w czasie sesji obie robimy to samo, obie oczekujemy od leczenia tego samego: nieokreślonej, perwersyjnej czynności, która zarówno dla niej, jak i dla mnie ma z pracą niewiele wspólnego. Czasami nabierało to cech homoseksualnych: moim zdaniem perwersja wywodziła się głównie z omnipotentnego buntu, rewolty, istotnych w zaprzeczaniu istnienia różnicy między pacjentką a analityczką. Zaprzeczenie to było posunięte do tego stopnia, że gdy ja zaszłam w ciążę, pacjentka również zaszła w ciążę. Zamiast przyjęcia do wiadomości, iż jestem w ciąży "starła na proch" swoje myśli o rzeczywistości oraz o swoim życiu zewnętrznym, w długo odwlekany triumf identyfikacji z matką, która również urodziła dziecko.

Zazdrość o brata, której długo zaprzeczała, stała się istotnym problemem w późniejszym etapie mojej ciąży, kiedy była ona intensywnie przez pacjentkę przeżywana wraz z zazdrością o moje dziecko. Jednak początkowo z uczuciami strachu i zazdrości pacjentka poradziła sobie sama zachodząc w ciążę, co jak myślę, było to szczególnie ważne ze względu na fakt, iż w przeszłości pani A otrzymywała od matki niewiele pomocy w radzeniu sobie z uczuciem niezaspokojonej potrzeby czy zazdrości, tak więc omnipotentne zaprzeczenie cierpieniu oraz identyfikacja z matką, przeżywane jako odrzucanie postawy posiadania własnych niezaspokojonych potrzeb, było być może jedynym sposobem na uczynienie życia znośnym, niezależnie od kosztów. Ważne jest aby podkreślić, iż nie wyczerpuje to w żaden sposób znaczenia ciąży pacjentki: istniała również kreatywna, odpowiedzialna strona tej kobiety, która musiała do tej pory pozostawać w ukryciu, jednak była w stanie wykorzystać tę okazję do wzbudzenia poczucia jej dziecka.

Sądzę, że dla tej pacjentki moja ciąża stanowiła cielesną reprezentację pewnej przestrzeni w moim życiu, do której nie miała większego dostępu niż do jej własnej kreatywności. Istnieją opisy [np. 5] trudności niektórych pacjentów w zakresie akceptacji faktu posiadania przez terapeutę własnego umysłu i myśli. W przypadku ciąży terapeutki pacjent jest niejako wrzucony z powrotem do najwcześniejszych doświadczeń związanych z obawą przed tym co dzieje się w ciele matki: jeśli jest ona niezależną osobą, pacjent nie ma kontroli nad tym, co się wewnątrz niej dzieje, ani nad tym jaki rodzaj matczynej opieki od niej otrzyma. Gdy pani A była w tym stanie umysłu, moja ciąża nie symbolizowała mojej separacji, lecz była separacją poza kontrolą. Pacjentka nie miała żadnych możliwości, aby o tym myśleć a jej omnipotentny acting-out był rodzajem magicznego rozwiązania. Fakt, iż ten acting-out stanowił bycie mną uwieszoną na doznaniach cielesnych wzmacniał tylko jego siłę i zastępował symboliczną myśl konkretną identycznością (może lepiej: identyczną konkretnością - przyp. red.).

Wydawało mi się, iż powtarzane przez moją pacjentkę przekręcająco-wahadłowe ruchy głowy mogą być postrzegane jako zachowanie autystyczne (mimo, że nie ma żadnych dowodów na to, by kiedykolwiek była ona dzieckiem autystycznym), gdyż wydawała się wypracować zestaw fizycznych bodźców, które zajmowały miejsce myśli i uczuć. Kwestia separacji/symbiozy, tak istotna w przypadku pani A, przypomina mi silnie procesy autystyczne. W kompleksowej pracy nad autyzmem Frances Tustin [6] sugeruje, że dziecko autystyczne przeżywa separację od matki jako wydarzenie o katastrofalnym znaczeniu i rozwija system (obron - przyp. red.) oparty o wrażenia fizyczne, który zastępuje myśli i odczucia, aby pozbyć się świadomości istnienia tej katastrofy. W niedawno napisanym artykule Tustin wykazuje, iż stan poprzedzający niemożliwe do zniesienia poczucie separacji, czasami opisywany przez matki w negatywnym kontekście jako uwieszenie lub w pozytywnym kontekście jako niezwykła bliskość, jest w każdym przypadku wielce kłopotliwy [7]. Skłaniam się ku myśli, iż pani A została uwięziona jednocześnie w ogromnym poczuciu opuszczenia i cielesnego silnego utożsamienia ze mną.

Chciałabym kontynuować kwestię fuzji i utożsamienia z obiektem oraz wpływu jaki wywiera to na proces poznawania i rozumienia, który w moim mniemaniu jest jednym z głównych aspektów, który uwydatniła moja ciąża. Posłużę się drugim przypadkiem klinicznym, pana B, mężczyzny, którego granice i "ja" są strukturami niezwykle kruchymi. Przybliżę w kilku słowach jego przeszłość, co może okazać się pomocne w zrozumieniu jego stanu psychicznego w sytuacji, w której musiał zmierzyć się z faktem ciąży analityczki.

PAN B. - STRATEGIA PSYCHOTYCZNA

Pan B poszukiwał analizy mając nadzieję, że pomoże mu ona przezwyciężyć jego depresję, przerywaną okresami manii. Uskarżał się także i nadal się uskarża, na słabą pamięć, co uniemożliwia mu kontynuację studiów, oraz korzystanie z czytania i rozmów z innymi ludźmi.

Rozpoczął on leczenie gdy jego córeczka miała kilka miesięcy, a wkrótce jego żona ponownie zaszła w ciążę. Wcześniej miał problemy w relacjach seksualnych, dopóki nie spotkał żony, nie był w stanie znieść bliskości z kobietą, z którą odbył stosunek seksualny. Bardzo podobały mu się kobiety będące już w związku z innym mężczyzną, a w niektórych sytuacjach nie był w stanie funkcjonować i był przyjmowany do szpitala.

Na przykład, kiedy miał dwadzieścia kilka lat, zaangażował się w relację z dziewczyną, która najwyraźniej spędzała z nim czas opowiadając o swoim chłopaku. Jeśli, patrząc na to w takich kategoriach, jego problem wydaje się należeć do późnej fazy edypalnej, to rozwiązanie jakie znalazł wskazuje, że jego trudności są znacznie głębsze i poważniejsze. W końcu pacjent pojechał na wieś, wjechał samochodem przez okno balkonowe do pokoju dziennego domu należącego do kompletnie nieznanym ludzi i zażądał spotkania z tą dziewczyną. Wezwano karetkę i pacjent został odwieziony do szpitala psychiatrycznego.

W ciążę zaszłam w trzecim roku analizy pana B. Myślę, że wintegrował to wydarzenie poprzez podstawową strukturę umożliwiającą mu przetwarzanie swoich przeżyć, mianowicie konkretne "przyjmowanie i wysuwanie", dające niewiele zdolności do świadomości swoich uczuć, pragnień, lęków i myśli. Przykładowo, w różnych momentach analizy pacjent starannie pilnował skorzystania z toalety przed każdą sesją: teraz rozumiał, że oddawanie moczu może być dla niego sposobem na "pozbycie się" uczuć. Właściwie powinnam zaznaczyć, że słowo "uczucia" może być mylące, dlatego, że to, co pan B. określał jako uczucia było dla niego prawdziwie nieznośnym doświadczeniem kompletnej pustki, potrzeby i być może czegoś, co można by opisać jako podobne do niebytu.

Pierwszy raz wydawał się być świadomy tego, co się dzieje kiedy byłam w drugim miesiącu ciąży, po powrocie z przerwy bożonarodzeniowej. Pan B. opowiedział mi wtedy o swoim poważnym zdenerwowaniu pomniejszym niefortunnym wypadkiem, który wydarzył się gdy wezwał pracownika Zakładu Gazowniczego do skontrolowania licznika w jego nowym domu. Kiedy mężczyzna ów przyjechał, pacjent zorientował się, że licznik znajduje się w garażu, do którego nie miał klucza. Pomyślał, że powinien wezwać ślusarza, lecz czuł się "winny" z powodu wezwania go tylko do jednego zamka; czuł się jak "głupek" komplikujący ustalenia. Kiedy w końcu ślusarz pojawił się, pacjent był pod wrażeniem tego, jak wiele było sposobów na wejście do domu od frontu, a tylko jedno wyjście z tyłu. Interpretując powiedziałam, że on sam czuł się "głupkiem" przez to, że nie był swoim własnym kompetentnym ślusarzem. Dodałam, że chciałby wiedzieć o moim cielem tak wiele jak ślusarz o jego domu.

Następnego dnia pan B. powiedział mi, że na poprzedniej sesji powiedziałam, że jest głupkiem, a wówczas zapytałam go co dokładnie oznacza dla niego to słowo. Ku mojemu kompletnemu zaskoczeniu pacjent powiedział, że uważa iż słowo to oznacza ciężarną rybę - nie był

tego całkowicie pewny, ale to miał na myśli i w ślad za tym myślał o tym słowie jako opisującym kogoś kto bezsensownie krąży w kółko. Myślę, że te wypowiedzi świadczą o tym, że pan B. został owładnięty nagłą świadomością zmian fizycznych w moim ciele, wskazujących na ciążę, oraz że świadomość ta spowodowała w nim trudną do zniesienia reakcję, podobną prawdopodobnie do bezmyślnej wściekłości, której pozbył się poprzez projekcję, rzutując ją na mnie i przekształcając mnie w bezwartościowy - lub bezmyślny - obiekt: głupka.

Ta masywna identyfikacja projekcyjna nieuchronnie pociągnęła za sobą rozmycie granic i w ten sposób pacjent miał zamieszanie, co do tego, kto jest ciężarną rybą-głupkiem. Gdy zdałam sobie sprawę, że pacjent jest w takim stanie, zobaczyłam, że moje interpretacje były skazane na niepowodzenie ponieważ zakładały, że pacjent ma zdolność do utrzymania jakichś myśli o sobie lub znoszenia ciekawości ciała analityczki.

Kilka dni później pan B. opowiedział o tym, że młoda kobieta w ciąży, z którą tańczył na przyjęciu, poroniła: bardzo obawiał się czy w jakiś sposób nie była to jego wina i nie pomagały mu zapewnienia żony, że to nie tak. Powiedziałam mu, że obawia się tego, że ja jestem w ciąży i tego, co zrobiłby mi w takim przypadku. Pacjent stał się sarkastyczny, co było dla niego dość nietypowe, i powiedział, że nie zdawał sobie sprawy z tego, że tu tańczymy; oczywiście byłoby niewygodne gdybym była w ciąży, ale nie pomyślałby o porównaniu mnie z atrakcyjną młodą kobietą z którą tańczył.

W tym momencie wydawało się, że moje próby zrozumienia jego komunikatu, i zajęcia się kwestią mojej ciąży, zmierzały donikąd głównie z powodu silnego przekonania pacjenta o swojej omnipotentnej mocy niszczycielskiej, które sprawiło, że uważał, że znajoma poroniła ponieważ z nim zatańczyła. Charakter tego przekonania musiał zostać choćby częściowo przepracowany aby pacjent był w stanie utrzymać w sobie zarówno lęk przed swoją omnipotencją, jak i frustrację z powodu utrzymywania się mojej ciąży. Można by powiedzieć, że aby komunikacja werbalna miała znaczenie, intensywność szybkiej i fragmentarycznej identyfikacji projekcyjnej zachodzącej w jego umyśle, oraz jej budzące lęk konsekwencje w sensie omnipotentnej kontroli, musiały zostać zmniejszone, tak aby możliwa i znacząca stała się mniej konkretna forma porozumiewania się.

Przez kilka miesięcy pan B. unikał jakiegokolwiek odniesienia wprost do mojej ciąży, nawet gdy zaczęłam coraz częściej wiązać ze sobą wnoszony przez niego materiał. Jednakże mówił o ciąży swojej matki, która miała miejsce gdy miał trzy lata, oraz swoim poczuciu bycia zastępowanym przez młodszego brata. Pacjent komunikował mi bardzo bolesne poczucie braku wartości i "bycia niczym" gdy był w potrzebie: doświadczał go w relacji z żoną, a czasami także ze mną. Weekendowe przerwy przeżywał jako kompletne załamania analizy i do poniedziałku pozostawał w stanie zawieszenia. Jedynym dostępnym mu sposobem radzenia sobie z tymi

uczuciami były próby spowodowania by inni czuli się samotni i opuszczeni: przez pewien czas dyskutował ze mną możliwość przerwania analizy na tydzień by mieć dodatkowy wolny czas.

Jego wysiłki by nie wiedzieć, że jestem w ciąży w miarę upływu czasu stawały się coraz bardziej daremne i do czasu kiedy byłam w czwartym miesiącu zaczął skarżyć się na problemy ze snem i bez konsultacji z psychiatrą zdecydował o zażywaniu tabletek nasennych. Pojawiło się u niego także swoiste "głowowe przeziębienie", opisywane jako "flegma w głowie", które w odczuciu pacjenta uniemożliwiało mu normalne myślenie. Podczas sesji mówił bardzo szybko, przeskakując z tematu na temat, wtrącając komentarze o tym, jak jest mu ciężko od kiedy żona wyjechała na wakacje i został sam. W końcu powiedziałam, że desperacko stara się wypełnić swoją głowę flegmą żeby nie wiedzieć, że jestem w ciąży. Wydawało się, że pacjent zignorował moje słowa. Zaniepokoiłam się tym, że być może wchodzi w epizod maniakałny i poczułam się winna za wspomnienie ciąży: pacjent był w stanie dużej wrażliwości i samotny, ponieważ żona była na wakacjach. Na tej sesji nie wspomniałam już o mojej ciąży, ale spoglądając wstecz myślę, że moje poczucie winy za powiedzenie o czymś, co było wówczas oczywiste wiązało się z lękami pana B., przed tym, że zewnętrzna rzeczywistość istniejąca niezależnie od niego i poza jego kontrolą jest zagrażająca i może doprowadzić go do szaleństwa. Następnego dnia pacjent nadal nie odnosił się do mojej ciąży, mówiąc zamiast tego o swoim przeziębieniu a także o tym, jak dobrze układa mu się ostatnio z młodszym bratem. W końcu powiedziałam, że próbuje czuć, że wszystko jest w porządku (z wyjątkiem przeziębienia) z jego młodszym bratem i obecnym tu dzieckiem, które ignoruje. W odpowiedzi na to pacjent powiedział, że w nocy miał sen. W tym czasie pacjent ten śnił sporadycznie albo rzadko pamiętał swoje sny. W tym śnie znajdował się w specjalnym autobusie, siedział po jednej stronie a druga była oderwana tak, że mógł więcej widzieć przez okno. Autobus krążył po boisku sportowym, na którym powinna odbywać się jakaś impreza sportowa, ktoś powiedział, że pacjent powinien wysiąść ponieważ nie ma nic wspólnego ze sportem, ale jakaś inna osoba, która najwyraźniej go lubiła, powiedziała, że może zostać; w rzeczy samej boisko było puste, nie odbywały się tam żadne zawody, prawdopodobnie dlatego, że wszyscy uczestnicy byli w autobusie.

Pacjent kojarzył ten sen z pewnym znajomym, który bywając na imprezach sportowych zajmował tylko najlepsze miejsca (na widowni - przyp. red.) i według pacjenta, nie miał żadnego kontaktu z prawdziwym światem sportu. Powiedziałam, że jego analityczny autobus został rozerwany i może spojrzeć na zewnątrz, ale wymazał sportowe wydarzenie, jakim jest moja ciąża. Pacjent odpowiedział, że we śnie trzymał się tego autobusu, czując się wyróżnionym poprzez bycie w nim, mimo, że nie zajmował najlepszych miejsc. Rozumiałam to jako wyraz jego lęku przed byciem wyrzuconym z analizy. Następnie pacjent mówił, że gdybym była w ciąży byłby na mnie zły i chciałby wiedzieć jakie zabezpieczenia poczyniłam w sprawie jego analizy. Powiedziałam, że

zostanie ona na pewien czas przerwana, a następnie wznowiona. Przez cały ten czas martwiłam się, że konfrontuję pacjenta z sytuacją, do radzenia sobie z którą nie jest przygotowany i byłam wzruszona jego snem o trzymaniu się autobusu, podczas gdy starał się znaleźć ulgę poprzez identyfikację z bogatym znajomym odcięty od prawdziwego świata cierpienia. Jednakże, inna interpretacja specjalnego autobusu stała się jasna w miarę trwania analizy. Przy różnych okazjach pan B. mówił mi o "bąblu", w którym matka i dziecko znajdują się razem, a właściwie on i ja; czuł, że musi wydostać się z tego bąbla poprzez maniackalne i triumfujące zaprzeczanie swoim potrzebom. Myślałam, że pacjent czuł, że specjalny autobus/bąbel został rozerwany poprzez moje zaproszenie go do zobaczenia, że coś dzieje się poza analitycznym tapczanem. Jednak kiedy pacjent spojrzął na zewnątrz, nie mógł nic dostrzec, ponieważ jedyne osoby, które miały dla niego znaczenie, zawodnicy, on i ja, znajdowali się w środku teraz już rozprutego bąbla. Zasugerowałam to pacjentowi.

Po krótkiej chwili pan B. powiedział, lekkim tonem, że myślał, iż fantazje o mojej ciąży były częścią jego analizy. Powtórzyłam, że jest mu trudno stanąć twarzą w twarz z realnością mojej ciąży. Oh, powiedział pacjent, on pomyślałby, że jestem w ciąży, ale właśnie powiedziałam mu, że nie jestem. Z uczuciem, że brutalnie wciskam mu to przez gardło, zmuszając do przyjęcia czegoś przed czym desperacko się broni, powiedziałam, że jestem w ciąży. Następnie pan B. chciał dowiedzieć się możliwie jak najwięcej o kwestiach organizacyjnych i rozmowa o sprawach praktycznych przyniosła ulgę zarówno jemu, jak i mi, choć czułam się winna za opuszczanie go na tak długi czas.

Wtedy pan B. powiedział gniewnym tonem, że "ktoś musiał mi coś zrobić", coś "cholernie nie do pomyślenia", prowadzącego do ciąży, a ja zasugerowałam, że to coś to też było wydarzenie sportowe, którego nie chciał oglądać. Pacjent powiedział, że nie myślał, że mam męża, i dodał z pogardą, że w jego rodzinie patrzy się z góry na niezamężne matki. Gdy powiedziałam, że stara się zdecydować, czy z moją ciążą ma coś wspólnego mężczyzna, pacjent odpowiedział z sarkazmem, że to prawdopodobne i że przecież nie pies. Byłam przekonana, że ta uwaga nie zabrzmiała tak złośliwie, jak w jego zamierzeniu miała zabrzmieć.

Kiedy temat mojej ciąży został wyciągnięty na światło dzienne, stonowała się charakterystyczna, maniackalna atmosfera sesji pana B., jednak przez miesiące pacjent był zajęty jej różnymi aspektami, z których najważniejszymi dla niego były: jak do tego doszło, co dzieje się w moim ciele, oraz myśli o jego ojcu.

Mówiąc o swojej żonie, czy ciężarnych znajomych, pacjent nieustannie wyrażał wstręt wobec tego, jakie kobiety są w środku, co dzieje się gdy odbywają stosunek seksualny i zostają z bałaganem wewnątrz, rozmyślał nad miesiączkami i ich znaczeniem. Gdy w oczywisty sposób wiązałam to ze sobą, pacjent czuł, że budzi to wstręt, ale również sugerował uczucie martwienia się,

jakby był związany z doprowadzeniem mnie do takiego stanu i nie było nikogo, kto mógłby zająć się mną i bałaganem we mnie, jakiego narobił. Podejmowane przez niego próby realistycznego rozumienia trwały krótko i dopiero przed przerwą, gdy zmobilizował wszystkie swoje zasoby, zdołał być bardziej realistyczny. Uważam, że pomogło mu mówienie o swoich lękach; jest również przywiązany do analizy i gotowy do pracy, nawet jeśli oznacza to rzecz najtrudniejszą - czekanie.

Podczas tamtych miesięcy pan B. z emocjami mówił o swoim ojcu, przedstawiając go w negatywnym świetle. Nie było to niczym nadzwyczajnym, ponieważ zawsze narzekał na ojca, mówiąc, że ojciec nie dbał o niego i w ogóle nie był dobrym ojcem.

Kilka dni po tym, jak powiedziane zostało, że jestem w ciąży, pan B. nie zgodził się z moim komentarzem, w którym porównałam jego ojca z pewnym odnoszącym sukcesy biznesmenem, o którym wspomniał: "On nie jest człowiekiem sukcesu, jest onanistą". Uznałam ten dobór słowa za interesujący w tych okolicznościach, i wydawał się on pasować do wyobrażenia pacjenta o parze rodzicielskiej, pozbawionej dla niego sedna, ojciec postrzegany nie tyle jako słaby, co całkowicie nieobecny obiekt: nie-realny ojciec masturbujący się, a nie zapładniający matkę. To, co dzieje się w ciele matki jest tajemnicze i przerażające, być może rezultat tego, co pacjent zrobił, a boi się, czuje się winny i prześladowany, nie ma nadziei ponieważ na zewnątrz nie ma ojca, który może pomóc matce i jemu, ale także triumfuje, że można się obyć bez pary rodziców.

Para rodzicielska o której tu mówię, to matka i ktoś nazywany ojcem, ktoś odmienny od pacjenta. Ich (pary rodzicielskiej - przyp. tłum.) właściwa wspólna aktywność jest poza doświadczeniem dziecka, i nie może być powtórzona w parze matka-niemowlę: aktywność ta czasami nazywana jest sceną pierwotną. Jedno z wyobrażeń mojego pacjenta na temat sceny pierwotnej ilustruje tak zwany "żart", często powtarzany przez niego w różnych miejscach analizy, czasami dość drwiąco: "Pamiętam wyprawę z ojcem na piknik i powrót z moją matką": rodzicielska seksualność postrzegana jest jako niczego nie kreująca, ale jako oralny rodzaj "podania paczki".

Figlarność tego żartu, przynajmniej w odniesieniu do pacjenta, oraz subtelne wyśmiewanie, dopełnia pogardy jaką pan B. żywił wobec pary rodzicielskiej.

Jako przeciwieństwo do pogardy wobec ojca, i fantazji o wkroczeniu i zdewastowaniu mojego ciała, w trakcie mojej ciąży pojawił się jeszcze jeden temat, nieobecny wcześniej i później, mianowicie poczucie pacjenta, że jest nieważny i nieinteresujący. Mężczyzna ten czasami przestaje radzić sobie z kontaktami z innymi ludźmi i podczas gdy bez wątpienia jest to również reakcją na jego ogromną agresywność, z drugiej strony wydaje mi się być uczuciem w samym sobie, uczuciem bycia nic nie wartym, czy nie posiadania miejsca w umyśle matki, czy analityczki. Przyczynia się to na przykład do jego stałego przerażenia w trakcie przerw, lub na końcu sesji analitycznej, gdy ma on uczucie, że zostaje odepchnięty i pozostawiony zupełnie sam sobie, skoro analiza nie toczy się gdy on nie znajduje się w gabinecie. Jednym ze sposobów rozumienia tego, z czym pacjent się

zgadza, jest to, że nie pojmuje jak mogę utrzymywać go w swoim umyśle - czy raczej w zakątku umysłu - i nie wypychać go zupełnie, gdy jestem na wakacjach i nie jestem zajęta obsesyjnym rozmyślaniami o nim.

Przez lata, pan B. pokazał mi złożony i bardzo skrajny obraz tego, jak funkcjonuje jego umysł, w tym przeżywanie doświadczeń, które nie są, poprzez swój charakter, możliwe do przełożenia na komunikację werbalną. Jednym z takich przeżyć jest uczucie nicości, czegoś podobnego do nie-bycia, czy pustki wynikającej z pragnienia, które pozostawia go żyjącym w obcym świecie, obcym w takim znaczeniu, że nikt nie jest w stanie pojąć jego (pacjenta - przyp. tłum.) położenia. Alternatywne uczucie to uczucie fuzji, przenikania się, prowadzące do utraty poczucia własnej tożsamości, z matką/analytyczką, która jest przeżywana albo jako będąca z nim w całkowicie satysfakcjonującym kontakcie, albo jako nie-dbający, czy też szalony obiekt, zapewniający go, że potrzebuje analizy w poniedziałki, czwartki itd., ale nie w soboty i niedziele, tak jakby w trakcie weekendu i wakacji jego stres i potrzeby zniknęły, maniackalnie zaprzeczane przez analytyczkę, która zawiesza sesje i ignoruje jego rozpacz, pozostawiając go na łasce wewnętrznego analytyka, który zaprasza go do zaprzeczania niemożliwym do zniesienia potrzebom.

Na szczęście, pan B. nie jest całkowicie nieświadomy drugiej strony tej sprawy, czyli tego, że ograniczenia analizy są powiązane z faktem, że angażuje ona mnie i jego jako odrębne, żywe osoby, choć czasami wydaje się to moją kolejną wymówką czy podstępem, mającym na celu usprawiedliwienie bezlitosnych wyjazdów wakacyjnych albo wolnych weekendów.

Dyskusja

W odpowiedzi na początkowe spostrzeżenie mojej ciąży, zarówno pani A., jak i pan B. uciekli w strategię maniackalną, ukierunkowaną na ich świadomość wydarzenia zewnętrznego, która w znaczący sposób zakłócała ich stan umysłu - mianowicie ich wiedzę o mojej ciąży - w celu ochrony siebie przed świadomością różnicy, separacji, opuszczenia i potrzeb. W obu przypadkach wymagało to wykluczenia kreującej matki, która, ponieważ nie jest omnipotentna, do zajścia w ciążę potrzebuje mężczyzny-ojca, a oboje pacjenci zidentyfikowali się z wszechmocną, magiczną matką, niezdolną do rozpoznawania potrzeb. W przypadku pana B. jest to jeden z zasadniczych aspektów jego manii, a jego gwałtowne użycie procesów projekcji doprowadza go do zaburzeń poczucia self. Nawet jeśli jest on zdolny do silnego zaangażowania i przywiązania, jakość jego relacji nie pozwala mu na wchodzenie w realistyczną interakcję ze światem zewnętrznym.

Myślę, że podczas mojej ciąży pan B. mógł doświadczać siebie wyłącznie jako totalnie pustego i prawie nie-istniejącego, lub - alternatywnie - jako zlanego ze mną, wraz z zawsze obecnym ryzykiem zaburzenia maniackalnego jeśli ta niepewna równowaga była zachwiana. Moja ciąża była z pewnością kłopotliwa, i musiała zostać wpasowana i wcielona w ramy diady pacjent-

analityk. Być może "flegma w głowie" pana B. miała również znaczenie replikowania w jego umyśle bałaganu, jaki wyobrażał sobie w moim ciele (reprezentującego również to, czego obawiał się w odniesieniu do stanu swojej analizy). Na tym etapie jego analizy, nie było przestrzeni dla niczego innego poza nim-mną albo niczego. Przestrzeń w moim umyśle lub ciele nieosiągalna dla pacjenta, lub bardziej konkretnie przestrzeń która nie była nim została unicestwiona i został on pozostawiony, zastanawiając się jak dziecko tam się dostało, skoro, jak opisałam wcześniej, w złanej jednostce pacjent-analityk, nie było miejsca na ojca.

Proces opisany powyżej jest ekspresją bardzo wczesnego poczucia fuzji z matką. Sięgając do modelu Margaret Mahler, można powiedzieć, że pan B. był niezdolny do różnicowania siebie od matki wystarczająco do rozpoznania, że on i ona są odrębnymi osobami, tak jak na przykład nie był w stanie rozpoznać, że dom w który wjechał samochodem jako młody chłopak, nie należał do niego, był odrębny od- i poza jego światem wewnętrznym. Jego intensywne wykorzystywanie identyfikacji projekcyjnej podtrzymuje ten stan rzeczy, czego wynikiem jest doświadczanie przez pacjenta własnych myśli jako wszechobecných, tak że nic nie może wydarzyć się poza jego onnipotentną kontrolą. Nie chciałabym jednak nadmiernie podkreślać elementu kontroli, który w tym kontekście jest tylko jednym z aspektów funkcjonowania mentalnego pana B., jego przeżywanie fuzji z obiektem ma złożoną obronną i regresywną funkcję, a jest również, według mnie, nieudaną próbą zachowania dobrego obiektu wewnętrznego i radzenia sobie z trudną rzeczywistością zewnętrzną.

Jedną z konsekwencji jego procesów myślowych jest to, że w swoim umyśle nie jest w stanie pozwolić myślom i uczuciom rozwinąć się w przeżycia powiązane z nim, ale także z zewnętrzną realnością, nad którą nie ma kontroli. Nic dziwnego, że pan B. zwykł narzekać, że nie może budować swojej pracy w analizie z dnia na dzień i wydawało mu się, że zawsze zaczyna od zera; także jego niezdolność do pamiętania spraw staje się w pewien sposób nieuchronna, skoro zawartość umysłu musi zostać wyrzucona zanim może rozwinąć się w nowe i przez to niemożliwe do przewidzenia myśli.

Jak wspomniałam wcześniej, uważam, że istnieje związek pomiędzy niezdolnością tego pacjenta do myślenia, pamiętania i odczuwania a wykluczeniem przez niego ojca jako kreatywnego ale nieznanego czynnika w scenie pierwotnej. Ojciec nie jest tu jednak trzecią osobą w (późniejszej) relacji edypalnej: na bardzo wczesnym etapie rozwojowym może być on rozumiany jedynie jako "ten nieznan", jako pierwszy chwilowy przykład realności, która ma ogromny wpływ i znaczenie dla istnienia, a o której nic nie wiadomo.

W moim rozumieniu, pan B. nigdy nie osiągnął zdolności tolerowania obrazu swojego ojca jako zasadniczo odmiennego i innego niż onnipotentna "jednostka" złożona z niego i obiektu. W efekcie para rodzicielska staje się pozbawionym znaczenia wyobrażeniem, a ojciec w scenie

pierwotnej, jako prekursor wszystkich nie-omnipotentnych kreatywnych i rozwojowych procesów, jest usunięty, możliwość czegokolwiek nowego i niezależnego, na zewnątrz lub wewnątrz jednostki tworzonej z obiektem, jest porzucona - wraz ze zdolnością do znaczących relacji z nieznanym obiektem i do uczenia się.

Wracając do pierwszego opisanego przypadku, pani A., w próbie konceptualizacji jej reakcji na moją ciążę i jej trudności w jej zauważeniu, opisałam jej związek ze mną i rodzaj identyfikacji, jaką rozwinęła, która jak opisałam wcześniej, zastąpiła myślenie o obiekcie, cielesnym doświadczeniem bycia obiektem. Uważam, że użyteczna jest tu koncepcja naśladowania (imitation). Pojęcie naśladowania jest często używane jako pojęcie opisowe służące wskazaniu aspektu identyfikacji. Gaddini [8] łączy i odróżnia naśladowanie i introjekcję jako wstępne fazy identyfikacji i wskazuje, że można oczekiwać regresji do zachowań imitujących gdy identyfikacja nie zachodzi z powodzeniem - na przykład gdy mamy do czynienia z dużą frustracją środowiskową. Sugeruje on, że poprzez naśladowanie pacjent próbuje ponownie nawiązać w magiczny i omnipotentny sposób, fuzyjny związek self z obiektem. Jednakże, obiekt naśladowania jest postrzegany w wysoce ambiwalentny i skonfliktowany sposób, co uniemożliwia integrację. Dobrze opisuje to sytuację pani A., podczas jej ciąży i poza nią; pani A. była jednocześnie w swojej analizie zarówno związana ze mną jako najważniejszą częścią życia, jak i atakująca i lżącą naszą analityczną pracę.

Jej ambiwalencja wobec obiektu, niewątpliwie podsycana wczesnymi doświadczeniami, wydaje się zapobiegać wejściu w proces żałoby i zaakceptowaniu utraty obiektu. Jej idealizacja swojej rodziny była z jednej strony reakcją na negatywne uczucia, z drugiej ekspresją idealnej, pozbawionej konfliktów relacji z matką. Ambivalencja ta manifestowała się w przeniesieniu poprzez regularne uczęszczanie na sesje, a zwłaszcza poprzez centralne i bardzo eksponowane miejsce, jakie przyznawała naszej relacji, podczas gdy w tym samym czasie pozostawała wysoce krytyczna i wręcz pogardliwa wobec pracy analitycznej.

Nie była w stanie zrzec się analityczki jako partnerki w idealnej narcystycznej jednostce, będącej w stałym zagrożeniu rozpoznaniem naszej oddzielności i odmienności. Kiedy różnica została skonkretyzowana poprzez moją ciążę, pacjentka nie mogła znieść utraty obiektu i "stała się mną" naśladowując to, co ja robiłam. Było to jednakże rozwiązanie niekorzystne dla pani A., ponieważ bardziej pozostawiło ją na uwięzi z jej zinternalizowanym idealizowanym obiektem, niż wzbogaciło ją poprzez proces kreatywnej identyfikacji z funkcją macierzyńskości.

Jednakże, fakt, iż mimo jej poważnych trudności, jej reakcją na niemożliwy do zniesienia rozwój mojej ciąży było zajście jej samej w ciążę, donoszenie jej, zatrzymanie dziecka i opiekowanie się nim najlepiej jak była w stanie, nie może być definiowany wyłącznie w kategoriach patologii. Jej rozwiązanie tej sytuacji, czyli urodzenie dziecka, bez względu na powody, ma samo w sobie kreatywny, uczuciowy - związany z miłością - aspekt. Biorąc pod uwagę okoliczności, można by

argumentować, że pacjentka miała podstawy obawiać się, że jedynym sposobem na posiadanie dziecka było działanie impulsywne, bezmyślne; tak jakby proces naśladowania mnie był ochroną przed powtórzeniem zachowania jej własnej matki.

Pani A. miewała czasem trudności w adekwatnym zajmowaniu się swoim dzieckiem: była na tyle odważna i troszcząca się o dziecko, by obszernie mówić o tym w analizie, pozwalając sobie na rozwinięcie zdolności do bycia wystarczająco dobrą matką. Jej naśladowanie mnie umożliwiło jej złożenie pragnienia dziecka w depozycie u analityczki, a następnie powtórzenie tego, co zrobiłam (autorka, przyp. tłum.), nawet jeśli znajdowała się w stanie nieco zdysocjowanym, co zakończyło się posiadaniem dziecka, w odniesieniu do którego czasami miała trudności by uwierzyć, że naprawdę było jej własnym dzieckiem.

W artykule tym omówiłam jedynie niektóre z wielu kwestii podkreślanych poprzez ciążę analityczki. Niemal nie wspomniałam kwestii rywalizacji z rodzeństwem, która była tak istotna dla obojga opisanych pacjentów, intensywności ich wspomnień, emocji, które byli w stanie ponownie przeżyć, oraz ich pragnienia bycia pod opieką idealizowanej matki-analityczki. Nie poruszyłam także w pełni istotności ich ambiwalencji wobec mojej ciąży, reprezentującej ich analizę, ich samych, a także moje dziecko. Te i inne kwestie były bardzo ważne i wymagały szczególnej bliskości z uwagi na ciążę. Wraz z prymitywnymi fantazjami i lękami, pacjenci byli również w stanie wyrażać nadzieję i troskę o mnie i o dziecko, jak również o własną analizę. Doświadczenie posiadania pozytywnych, nie-destrukcyjnych uczuć, było równie ważne w życiu pacjentów, nawet jeśli nie zostało to ujęte w materiale wybranym do niniejszego artykułu, jak rozpoznanie ich własnych zaburzeń.

Podsumowanie

W artykule niniejszym przedstawiłam kilka przemyśleń dotyczących wpływu ciąży analityczki na jej pacjentów, wykorzystując materiał z moich własnych doświadczeń. W pierwszej części zajęłam się niektórymi kwestiami pojawiającymi się w przeciwprzeniesieniu szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, kiedy to z uwagi na troskę o zdrowie płodu byłam niechętna informowaniu pacjentów o moim stanie. W drugiej części skoncentrowałam się na reakcjach moich pacjentów wyrażonych w przeniesieniu: w szczególności na pytaniu o to jak pacjenci radzili sobie z dowiedzeniem się i myśleniem o mojej ciąży, które wiązało się z zagrożeniem poczucia zjednoczenia, fuzji i nie-rozdzielności ode mnie, co w niektórych przypadkach miało ogromne znaczenie. W tym celu omawiałam materiał kliniczny dotyczący dwojga pacjentów: kobiety, która w naśladowczy sposób zaszła w ciążę po mnie, sposób, który zarówno zaprzeczał jakiegokolwiek różnicy między nami, jak i pozwolił jej rozwinąć własną zdolność do bycia matką; drugim omawianym pacjentem był mężczyzna, który początkowo rozumiał moją ciążę jako odrzucenie go,

szykanujące i wywołujące poczucie winy i postrzegając ją jako wydarzenie zarówno niemożliwe do myślenia o nim, jak i/albo takie, z którym trzeba radzić sobie w omnipotentny sposób.

Piśmiennictwo:

1. Lasky R. Catastrophic illness in the analyst and the analyst's emotional response to it. *Int. J. Psychoanal.* 1990; 71: 455-474.
2. Bion, WR. *Elements of psychoanalysis*. London: Heinemann: Maresfield Reprints, 1984.
3. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*. 7, 1905.
4. Freud S. On the sexual theories of children. *Standard Edition*. 9, 1908.
5. Symington N. The analyst's act of freedom as agent of therapeutic chance. *Int. Rev. Psychoanal.* 1983; 10: 283-292.
6. Tustin F. *Autistic barriers in neurotic patients*. London: Karnac, 1986.
7. Tustin F. Revised understanding of psychogenic autism. *Int. J. Psychoanal.* 1991; 72: 585-592.
8. Gaddini E. On imitation. *Int. J. Psychoanal.* 1969; 50: 475-485.