

W Pułapce Zależności

Zofia Elżbieta Adamowicz

Streszczenie

W tym artykule nawiązuję do mojego wystąpienia pod tytułem „W Pułapce Zależności” na Konferencji Trzech Sekcji w październiku 2019: „Miłość, zależność, separacja”. Przedmiotem mojego zainteresowania są procesy terapeutyczne przerwane w zaawansowanym ich stadium widziane oczami pacjenta. Poszukuję przyczyny przedwczesnego przerwania takich procesów. W moich poszukiwaniach natrafiłam na następujące książki:

- Carter Heyward: "When Boundaries Betray Us" ([1]);
- Ann France: „Consuming Psychotherapy" ([2]);
- Rosie Alexander: "Folie à Deux" ([3]);

W swoich komentarzach kieruję się myśleniem i podejściem psychodynamicznym a zwłaszcza podejściem ISTDP, które w mojej praktyce jest mi najbliższe.

Celem artykułu jest wskazanie na niebezpieczeństwa związane z psychoterapią. Przyłączam się do dyskusji, którą omawiam w Zakończeniu. Analizuję wybrane trzy konkretne terapie sprzed ponad dwudziestu lat. Jednak mam przekonanie, że zaistniałe w tamtych terapiach zjawiska nie są odosobnione i dzieją się dziś także. Świadczenia hojnie nam podarowane przez trzy cierpiące pacjentki niech będą dla nas źródłem wiedzy i przestroga.

Słowa kluczowe: zależność, przeniesienie, obrona

1. Wstęp

Proces terapeutyczny polega na tym, że pacjent wchodzi w relację terapeutyczną, to znaczy:

- w przymierze terapeutyczne – wspólne dążenie do zdrowia pacjenta

- w przeniesienie.

Przymierze terapeutyczne jest zjawiskiem głębszym niż kontakt emocjonalny między pacjentem a terapeutą. Może ono trwać mimo działania mechanizmów obronnych pacjenta przed kontaktem (bliskością) z terapeutą i mimo chwilowych zachwiała kontaktu emocjonalnego pomiędzy nimi. Częścią przymierza jest zaufanie pacjenta do terapeuty. W ISTDP istnieje pojęcie nieświadomego przymierza terapeutycznego. Pacjent terapeutę ufa, mimo, że nie jest tego świadomy i mimo, że świadomie może temu zaufaniu zaprzeczać. Jednak jeśli pacjent mówi o swoim braku zaufania, świadczy to o istnieniu nieświadomego przymierza.

W trakcie procesu terapii pacjent rozwiązuje swoje wewnętrzne emocjonalne problemy poprzez uświadomienie sobie emocjonalnej historii swojego dzieciństwa i przeżycie nieprzeżytych uczuć do obiektów pierwotnych. Te uczucia najpierw pojawiają się w przeniesieniu na terapeuta. Ich skierowanie ku pierwotnym adresatom pozwala na rozwiązanie zależności od terapeuty. Pacjent zdrowieje i relacja się kończy. Chodzi o zobaczenie w prawdzie swojej osobistej emocjonalnej historii dzieciństwa. Istnieje obiektywne kryterium prawdy – to jest ciało – ciało w sprawie emocji nie kłamie.

Życiową analogią relacji terapeutycznej jest relacja pacjent-lekarz. Jest to relacja typu bezpiecznej, opartej na zaufaniu zależności. Ewentualnie analogią jest też relacja z kierownikiem duchowym. Nie jest to ani relacja przyjaźni, ani partnerstwa w miłości.

Jeśli w dzieciństwie pacjenta nie było obiektu, który był bardziej dobry niż zły, ani nie było żadnej bezpiecznej relacji, to jest mała szansa, aby ten proces mógł się toczyć, aby pacjent mógł wejść w bezpieczną, opartą na zaufaniu, zależność i w przymierze terapeutyczne.

Taki pacjent przeważnie nie ma w swoim doświadczeniu relacji pacjent-lekarz. Nawet jeśli w życiu musiał się na coś leczyć, to z lekarzami nie wchodził w relację.

W terapii musiałby wejść w relację zupełnie sobie nieznaną, zbudować w sobie od zera zdolność do wejścia w taką relację.

Wobec tego pacjent nieświadomie wchodzi w przeniesieniu w relację sobie znaną. Z drugiej strony świadomie dąży też do relacji sobie znanej, do przyjaźni. Z jednej strony relacja przyjaźni nie jest możliwa a z drugiej strony w przeniesieniu nie ma odniesienia do bezpiecznej zależności. Więc nie ma szansy wejścia w relację pacjent-lekarz, w relację terapeutyczną, jedyną możliwą i jedyną adekwatną.

W przeniesieniu pacjent wchodzi w znaną sobie relację, w niebezpieczną relację z opiekunem-oprawcą. Ponieważ nie ma przymierza terapeutycznego, a zatem nie istnieje relacja terapeutyczna, nie ma punktu zaczepienia w rzeczywistości. Pacjent jest w pułapce. Nie może ani odejść ani wyzdrowieć.

Jak odejść od relacji, która nie zaistniała? Jak zakończyć relację, która się nie zaczęła?

Jedna z opisywanych przeze mnie niżej pacjentek pisze: „Relacja osobista nigdy się nie kończy, możliwe, że określenie – „kończenie” – jest nieodpowiednią nazwą – co tłumaczyłoby, dlaczego kończenie terapii jest często takie trudne ... być może nie z powodu problematyki pacjenta wcześniejszych nieprzepracowanych zakończeń (choć ta dynamika może też być obecna), ale dlatego, że specyficzna natura relacji terapeutycznej sama w sobie wyklucza – „naturalne” – czy choćby zdrowe zakończenie. Nie jest to kończenie relacji miłości, przyjaźni, nie jest to utrata członka rodziny ani zwierzęcia domowego, ale jest to kończenie wysoce specyficznej relacji, dla której nie ma odpowiednika w ludzkim doświadczeniu egzystencjalnym” ([2]).

Rozważane przeze mnie pacjentki znacznie się od siebie nawzajem różnią. Różnią się w szczególności charakterem patologii. U Carter Heyward patologią jest fałszywe obronne self i obrony narcystyczne, Ann France cierpi na depresję, Rosie Alexander ma strukturę

osobowości borderline. Jednak jak pokazuję w części 5 można dostrzec cechy wspólne pacjentek i wszystkich trzech procesów.

Mamy dostęp do rozważanych procesów wyłącznie od strony pacjentek. Jest to jednak pełen dostęp do ich subiektywnego obrazu tych procesów. Kursywą będę wtrącać moje komentarze. Będą to moje próby spojrzenia z zewnątrz, obarczone błędem posiadania przeze mnie niepełnej i jednostronnej informacji. Wyróżniam w tych procesach następujące fazy: idealizacja, zmiana znaku przeniesienia, walka, kapitulacja, aktywacja traumy. W drugim opisanym tu procesie nie ma fazy walki, niemniej powyższa klasyfikacja i do niego się odnosi. Brak w nim fazy walki możemy uznać za znamienny.

2. **Carter Heyward.**

Opieram się tu na książce napisanej w 1993 roku przez Carter Heyward pod wymownym tytułem „Kiedy granice nas zdradzają” (*When boundaries betray us*) – [1].

Carter Heyward urodziła się w 1945 roku. Jest profesorem teologii i pastorem Kościoła Episkopalnego w USA (anglikańskiego). Jest też działaczką feministyczną. Jest osobą publiczną, obecną w Wikipedii. W jej teoriach teologicznych eksponowane miejsce zajmuje pojęcie wzajemności w relacji.

Terapia miała miejsce w latach 1987-88 gdy pacjentka miała 42 lata, trwała 18 miesięcy, zakończyła się przerwaniem przez pacjentkę. Książka została pierwszy raz wydana w 1994 roku, czyli gdy pacjentka miała 49 lat.

Kontekst zgłoszenia się na terapię:

- Wychowana w patriarchalnej i elitarniej tradycji klasy rządzącej. Co dzień chodziła do kościoła. Bywała pozbawiana realizacji swoich życzeń, na przykład jazdy konnej. Wymyśliła sobie wirtualną przyjaciółkę Sophie, „wolnego ducha”.

- Zmagiała się z dyskryminacją kobiet ze strony Kościoła. W wieku 29 lat została wyświęcona na pastora Kościoła Episkopalnego w trybie nieregularnym (zanim Kościół usankcjonował święcenie kobiet). Jest lesbijką. Dokonała coming out'u w wieku 34 lat. Spotykała się z nieakceptacją.
- Ma historię bulimii i alkoholizmu, przestała pić i wymiotować około 41 roku życia w związku z zaangażowaniem się w AA. Jej ojciec zmarł około jej 40go roku życia.
- Była w trzech terapiach zakończonych otwartą możliwością zmiany relacji na towarzyską albo przyjacielską, ale nie utrzymywała z tamtymi terapeutkami kontaktu.
- Zgłosiła się na terapię w wieku 42 lat w celu przyjrzenia się swojemu balansowaniu na cienkiej linii pomiędzy przynależnością do patriarchalnej, heteroseksistowskiej, rasistowskiej i elitarnej tradycji religijnej (określenia pochodzą od pacjentki) a całkowitym odrzuceniem tej tradycji wraz z jej kulturą i wspólnotami. Jako problem zgłosiła uczucie zmęczenia.
 - W trakcie trwania terapii pacjentka żyła w trwałym związku z kobietą, jej była nauczycielką i mentorką.
 - Wybrała terapeutkę lesbijkę, poleconą jej przez internistę. Terapeutka była psychiatrą. Pracowała w podejściu psychodynamicznym.

Przebieg terapii.

Pacjentka podzieliła terapię na cztery fazy i każdą nazwała. Kursywą dodaję moje nazwy każdej fazy.

Pierwsza faza terapii: od lutego do września 1987 (tytuł pacjentki: Wspominanie Sophie). Ja dzielę tę fazę na dwie części.

Pierwsza część: osiem pierwszych tygodni – *idealizacja*. Spotkania odbywają się raz w tygodniu. Pacjentka i terapeutka siedzą na podłodze ze świeczką pomiędzy nimi.

W pierwszym telefonicznym kontakcie z terapeutką pacjentka czuje się przyjęta entuzjastycznie. Przez pierwsze dwa miesiące spotykają się raz na tydzień. Narracja pacjentki waha się pomiędzy zachwytem nad terapeutką i swoją z nią relacją, określaną górnolotnie jako „relacja siostrzana, wzajemne porozumienie dusz”, a skargą na wcześniej spotykane kobiety, od których „oczekiwała więcej, niż one mogły dać”.

W trakcie tego rodzaju narracji pacjentka przytacza jedną interpretację ze strony terapeutki, która jej dała do myślenia. Mianowicie terapeutka zasugerowała, że jej uczucie zmęczenia wynika z faktu, że nie pije i nie wymiotuje.

Pacjentka zaczyna darzyć terapeutkę miłością i ma przekonanie o wzajemności. Pacjentce kojarzy się nauczycielka szkolna, przez którą wyjątkowo nie została odrzucona i z którą wciąż się przyjaźni. Drugie skojarzenie pacjentki to inna nauczycielka z jej dorosłych lat, która też jest dziś jej przyjaciółką, a także kochanką.

Pacjentka chętnie pisze o duchowości, duchowym porozumieniu. Terapeutka wyraża entuzjazm i komplementuje pacjentkę.

Pacjentka ma refleksję, że być może projektuje swoją potrzebę wzajemności na terapeutkę, ale odrzuca tę refleksję. Swoje wrażenie, że oczy terapeutki błyszczą i jej twarz promienieje, bierze za kontakt duchowy między nimi dwiema.

Terapeutka nadal wyraża entuzjazm. Pacjentka wyznaje jej miłość używając jednocześnie określenia „przeniesienie”. (Pacjentka ma psychologiczną erudycję, zna pojęcia projekcji i przeniesienia).

Pacjentka używa określenia „przeniesienie” prawdopodobnie w celu ukrycia siły swoich uczuć i ochrony siebie przed krytyką i odrzuceniem.

Terapeutka potwierdza nazwę „przeniesienie”. Twierdzi, że to za wcześnie.

Druga część pierwszej fazy: zmiana znaku przeniesienia. Spotkania odbywają się dwa razy w tygodniu na życzenie pacjentki.

Pacjentka mówi z entuzjazmem o swoich uczuciach. Sugeruje wzajemne dążenie do przyjaźni. Terapeutka w stanowczych słowach wyklucza przyjaźń. Pacjentka traci grunt pod nogami. Nie czuje uczuć. Potakuje terapeutce.

Pacjentka ma refleksję, że być może jej wrażenie wzajemności relacji z terapeutką jest fałszywe. Czuje ból.

Zaczyna wątpić w wiarygodność terapeutki i swojej z nią relacji.

Jak widzimy, pacjentka prawie natychmiast weszła w miłosne przeniesienie. Idealizuje terapeutkę, z czym terapeutka zdaje się współdziałać poprzez swoje wyrazy entuzjazmu.

Niektóre zachowania terapeutki wydają się być przekraczaniem granic profesjonalizmu, na przykład sceneria ze świeczką na podłodze albo odsłonięcie przed pacjentką orientacji seksualnej terapeutki.

Reasumując, obronna idealizacja ze strony pacjentki nie jest przez terapeutkę zatrzymywana i omawiana. Podobnie wejście pacjentki w górnołotne rejony „duchowe” ma prawdopodobnie charakter obronny, co też nie jest przez terapeutkę

zatrzymywane i omawiane. Ponadto nie widać sensownego kontraktu terapeutycznego.

Wniesiony przez pacjentkę problem „balansowania na cienkiej linii pomiędzy przynależnością do patriarchalnej heteroseksistowskiej, rasistowskiej i elitarniej tradycji religijnej a

całkowitym odrzuceniem tej tradycji wraz z jej kulturą i wspólnotami” nie jest jej

wewnętrznym emocjonalnym problemem, który nadawałby się do pracy terapeutycznej. W

kontrakcie należałoby przeformułować ten problem w terminach wewnątrz-psychicznego

problemu emocjonalnego. Pierwotne sformułowanie wydaje się być zastępcze. Tak jak

napisałam we wstępie, pacjentka nieświadomie wchodzi w regresję i przeniesienie a

świadomie dąży do jedynej znanej sobie dorosłej relacji intymnej – do przyjaźni. Pacjentka

zapewne nie ma w swoim życiu doświadczenia bezpiecznej zależności. Jej dążenie do

usymetrycznienia relacji z terapeutką jest obroną przed zagrażającą jej zależnością. Podobnie

w poprzednich terapiach dążyła do symetrii i przyjaźni. Również w swoich pracach

teologicznych eksponuje wzajemność jako immanentny warunek relacji. Odmowa terapeutki zaskakuje ją. Można przypuszczać, że z kolei jej propozycja przyjaźni zaskoczyła terapeutkę. A więc zarówno pacjentka miała jak dotąd fałszywą wizję ich wzajemnej relacji jak i terapeutka nie zdawała sobie sprawy z pragnień i oczekiwań pacjentki. Terapeutka, odmawiając przyjaźni, stawia swoją granicę. Granica ta nie jest przyjęta. Odmowa terapeutki jest dla pacjentki traumą. Nasuwa mi się określenie, że ta granica została postawiona poniewczasie. Za późno. W swoim procesie wewnętrznym pacjentka została oszukana. Liczyła na co innego. Pacjentka miała fałszywą wizję rzeczywistości, ale na jej usprawiedliwienie przemawia fakt, że nie została jej dostarczona pełna informacja. Zapewne nie wiedziała o tym, że psychoterapia nie może być przyjaźnią a także wyklucza przyjaźń w przyszłości, i nie została o tym wcześniej poinformowana. Terapeutka też miała fałszywą wizję rzeczywistości – nie zdawała sobie sprawy z zachodzącego w pacjentce procesu.

Pacjentka w reakcji na bolesną dla niej odmowę terapeutki dekompensuje się. Obronnie przyjmuje postawę submisywności. Dostosowuje się. Przytakuje terapeutce. Dysocjuje się od swoich prawdziwych uczuć. Jej prawdziwym i prawdopodobnie odszczepionym uczuciem jest zapewne gniew o bycie uwiedzioną, wprowadzoną w błąd i odrzuconą.

Na życzenie pacjentki zaczynają zwracać się do siebie po imieniu. Dla pacjentki nadal ważna jest symetria. Gdyby zwracała się do terapeutki „pani doktor”, to oczekiwałaby tej samej formy wobec siebie (tak odpowiada na pytanie terapeutki).

Pacjentka nadal konsekwentnie dąży do symetrii i przyjaźni. Z drugiej strony terapeutka wydaje się być ambiwalentna. Mimo stanowczej odmowy przyjaźni zgadza się na przejście na „Ty”.

Nadal pacjentka używa idealizacji i uduchowienia. Terapeutka współdziała, komplementuje postępy pacjentki w terapii, jej odwagę.

Terapeutka współdziała z obronami pacjentki, a tym samym je podtrzymuje.

Partnerka pacjentki staje się dla niej mało ważna.

Terapia staje się życiem, a życie poza terapią mało istotnym, a nawet uciążliwym dodatkiem. To wyłącznie terapia absorbuje pacjentkę emocjonalnie.

Pacjentka zwierza się terapeutce ze swoich impulsów seksualnych ku niej. Terapeutka stanowczo informuje ją o braku wzajemności ze swojej strony. Pacjentka deklaruje ulgę jako że wzajemność terapeutki wykluczałaby dalszą terapię.

Tu znowu pacjentka stosuje obronę submisywności. Można podejrzewać, że jest to obrona przed gniewem. Można przypuszczać, że gniew, złość do terapeutki, zostają odszczepione.

Pacjentka mimochodem wspomina nadużycie seksualne ze strony robotnika rodziców i klapsy na gołe ciało ze strony ojca. W lecie toczy się rozmowa o impulsach seksualnych skojarzonych z klapsami. Są one potraktowane lekko (str. 91).

Można przypuszczać, że proces emocjonalny zachodzący w pacjentce jednak odłonił jakieś wyparte wspomnienia.

Druga faza terapii: Wrzesień 1987 – styczeń 1988 (tytuł pacjentki: Tęsknota za przyjaźnią) – walka.

Pacjentka chce zakończyć terapię i dąży do zmiany relacji z terapeutycznej na przyjacielską. Wyznaje teorię, że tylko wzajemna relacje są wiarygodne. Terapeutka jest ambiwalentna.

Październik, po 8 miesiącach terapii: pacjentka informuje terapeutkę o zamiarze zakończenia terapii. Terapeutka zarzuca jej podjęcie jednostronnej decyzji i sugeruje dalszą pracę nad prawdopodobnym nadużyciem pacjentki w dzieciństwie przez robotnika rodziców.

Nie jest jasne, dlaczego terapeutka w tym momencie zatrzymuje pacjentkę w terapii. Być może ma przekonanie, że chęć pacjentki przerwania terapii jest próbą uniku przed pracą

nad bolesnymi wspomnieniami, czyli obroną typu „acting out”, i nie chce pacjentce na tę obronę pozwolić. Miałoby to sens, gdyby po pierwsze jej przekonanie było słuszne, a po drugie gdyby mogła pokazać pacjentce tego rodzaju obronny charakter jej zamiaru przerwania terapii. Pacjentka nic takiego nie pisze. Mnie się wydaje bardziej prawdopodobne, że pacjentka sugerując przerwanie terapii, broni się przed złożonymi silnymi uczuciami przeniesieniowymi (miłością i złością) do terapeutki, o których terapeutka nie w pełni wie. Wspomnienia z dzieciństwa prawdopodobnie są w tym momencie dla pacjentki mniej ważne. Wygląda na to, że pacjentka i terapeutka są w swoim postrzeganiu rzeczywistości o 100 kilometrów od siebie. Obawiam się, że przymierza terapeutycznego nie ma.

Terapeutka znów odmawia pacjentce przyjaźni. Zarzuca pacjentce bycie natarczywą. *Pacjentka nie przyjmuje granic stawianych przez terapeutkę. Z drugiej strony nie jest jasne czy terapeutka zdaje sobie sprawę z tego, że przyjęcie tych granic jest dla pacjentki niemożliwe. Może tak, może stąd wynika jej ambiwalencja. Może próbuje pójść na kompromis, który byłby dla pacjentki do przyjęcia. Prawdopodobnie terapeutka próbuje skonfrontować pacjentkę z jej natarczywością a pacjentka odbiera to jako zarzut. Zarówno postawienie granicy, jak i ta konfrontacja, są nieskuteczne.*

Trzecia faza terapii: Styczeń 1987-maj 1988 (tytuł pacjentki: Wspominanie przemocy) – *kapitulacja.*

Pacjentka upiera się przy zakończeniu terapii i zmianie relacji na przyjaźń. Terapeutka ponownie odmawia.

Pacjentka rzuca w nią papierową kulą. Terapeutka zarzuca jej nieumiejętność przyjęcia odmowy i krytykuje jej rzucenie kulą. Domaga się szacunku. Pacjentka deklaruje swój szacunek.

Wyobrażam sobie, że pacjentka zaczyna sobie uświadamiać swoją złość na terapeutkę. Zmienia charakter swojej obrony. Zamiast submisywności i dysocjacji pojawia się nowe zachowanie obronne „acting out”. Prawdopodobnie terapeutka, nie wiedząc o sile złości pacjentki, odnosi się wyłącznie do jej zachowania. Złość pacjentki zostaje przez terapeutkę zdewaluowana jako niegrzeczne zachowanie „bez szacunku”. Pacjentka ponawia swoją wcześniejszą obronę submisywności. Dostosowuje się.

Pacjentka ma refleksję (intelektualną), że jest nadużywana. Jest w konflikcie pomiędzy potrzebą przerwania terapii a potrzebą tkwienia w niej – swoją od terapeutki zależnością. Ma refleksję, że jej obsesja na punkcie przyjaźni z terapeutką może mieć swoje źródło w traumie z dzieciństwa. Ma też refleksję, że to, na czym jej zależy, to relacja z terapeutką. Jednak tkwienie w relacji terapeutycznej jest dla niej bolesne. Podejmuje próbę umówienia się z terapeutką na zakończenie.

Terapeutka ponownie zatrzymuje ją.

Pacjentka zauważa, że jedyna możliwa dla niej rola w tej relacji terapeutycznej, jedyna akceptowana przez terapeutkę, to jest rola skrzywdzonego dziecka. Decyduje się przyjąć taką rolę. Zwraca się do terapeutki o możliwość przyjrzenia się źródłu swojego bólu i swojej potrzeby przyjaźni. Terapeutka reaguje entuzjastycznie. Pacjentka „przypomina sobie” molestowanie ze strony robotnika, bicie przez ojca (na gołe ciało), a potem w lutym 1988, gwałt oralny ze strony robotnika. Tym zostaje wyjaśniona bulimia pacjentki a potem jej dążenie do przyjaźni z terapeutką. Pacjentka dziękuje terapeutce za jej odmowę przyjaźni. Potem, w kwietniu, „przypomina sobie” brutalne pobicie ze strony ojca (i być może uwiedzenie).

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że pacjentka wreszcie przyjęła odmowę przyjaźni ze strony terapeutki i wreszcie zaczęła pracować. Jednak naprawdę pacjentka weszła w całość pełni w swoją obronę submisywności jednocześnie sprzeniewierzając się całkowicie swoim

uczuciom do terapeutki, w tym skierowanej do niej złości. Pacjentka prawdopodobnie odtwarza swoją relację z rodzicami. Wydaje się, że akt podziękowania terapeutce wypływa całkowicie z pozycji fałszywego obronnego submisywnego self pacjentki i że pacjentka dokonuje w nim gwałtu na sobie.

Terapeutka opowiada pacjentce swoje spotkanie z komitetem na rzecz gejów i lesbijek, któremu została polecona przez pacjentkę jako konsultant psychiatryczny. Pacjentka jest żywo zaintrygowana. Dopytuje się o przebieg spotkania. Terapeutka odmawia odpowiedzi powołując się na granice terapeutyczne. Pacjentka wybuchła złością. Terapeutka reaguje kamienną twarzą i słowami: „nie powiem Ci, i nie będziemy dalej na ten temat dyskutować, czy to jasne?”

Terapeutka przekroczyła profesjonalne granice i weszła na życiowe terytorium pacjentki – komitet na rzecz gejów i lesbijek. Została do tego przez pacjentkę sprowokowana poleceniem jej jako konsultanta psychiatrycznego. Pacjentka dokonała tej prowokacji konsekwentnie dążąc do zmiany relacji z terapeutką na relację życiową. Wygląda na to, że terapeutka tę prowokację „kupila”. Pacjentka zapewne liczyła na „przeprowadzenie” swojej relacji z terapeutką na teren komitetu na rzecz gejów i lesbijek. Jednak terapeutka zatrzymała się w pół drogi. Wprawdzie przyjęła rolę konsultanta, ale odmówiła pacjentce rozmowy na ten temat. Cała ta sytuacja obraca się dla pacjentki na dobre – pacjentka nareszcie wybuchła otwartą złością. Jednak złość pacjentki kolejny raz nie jest przez terapeutkę przyjęta i zostaje zdewaluowana. Złość pacjentki uderzyła w beton. Nie została zauważona wartość tej złości.

Pacjentka zaczyna wątpić w wiarygodność swoich wspomnień z dzieciństwa dotyczących aktów przemocy wobec niej.

Pacjentka ma refleksję, że te wspomnienia przykleiły się do aktualnej przemocy psychicznej wobec niej ze strony terapeutki i w ten sposób wspomnienie przemocy zostało wzmocnione i zafałszowane. Z drugiej strony czegoś jej w tych wspomnieniach brakuje, tak jakby pacjentka czuła, że jest w nich coś dla niej ważnego, czego nie wie.

Można zadać tu pytanie o prawdę. Co jest prawdą? Kto postrzega rzeczywistość adekwatnie terapeutka czy pacjentka? Czy prawdziwe jest nadużycie pacjentki w dzieciństwie przez robotnika i przez ojca a zapewne też i przez matkę (jako biernego agresora) i w konsekwencji patologia pacjentki? Czy też terapia namieszała pacjentce w psychice i wyolbrzymiła w jej wspomnieniach wydarzenia, które w istocie były blahe i nie były traumatyczne? Odpowiedź daje tu częściowo sama pacjentka. Pacjentka czuje, że w wydarzeniach z dzieciństwa jest dla niej coś ważnego i jeszcze nie uświadomionego.

Pacjentka postrzega swoje obronne podporządkowanie się terapeutce w imię kontynuowania relacji z nią jako przemoc terapeutki wobec niej. Ja skłonna jestem widzieć problem pacjentki w braku dostępu do własnej złości wobec terapeutki, przed którą broni się ona podporządkowując się terapeutce. Robi to w imię chronienia relacji z nią, bojąc się utraty tej relacji. Prawdopodobnie pacjentka odtwarza swoją relację z rodzicami.

Czwarta faza terapii: od czerwca do września 1988 (tytuł pacjentki: Odejść, aby przeżyć) – aktywacja traumy.

W czerwcu pacjentka ponownie zwraca się do terapeutki o zakończenie terapii i przyjaźń. Terapeutka ponownie odmawia przyjaźni. Pacjentka ma sen, w którym terapeutkę błogosławi. We śnie role są odwrócone, pacjentka stoi wyżej.

Ten sen można chyba zinterpretować jako wielkościowy – drugi biegun rozszczepienia pomiędzy poniżeniem w podporządkowaniu się terapeutce a nieświadomym wywyższeniem się.

Znów siedzą na podłodze przy świeczce. Znów pojawia się kwestia przyjaźni. Terapeutce się wydaje, że pacjentka przyjęła jej odmowę. Pacjentka zaprzecza. Terapeutka jest głęboko przygnębiona.

W lipcu terapeutka znów jest ambiwalentna w sprawie przyjaźni.

W sierpniu pacjentka wraca do tematu przyjaźni. Terapeutka wybucha złością. Zarzuca pacjentce natarczywość i nieumiejętność przyjęcia odmowy. Odmawia kategorycznie. Odmawia informacji, kiedy są jej urodziny – pacjentka chciała wiedzieć, żeby móc jej składać życzenia urodzinowe. Pacjentka ma wrażenie bycia spoliczkowaną. Terapeutka kolejny raz robi pacjentce wyrzuty.

We wrześniu spotkały się jeszcze raz na pożegnanie. Pacjentka czuje ból i cały czas ma nadzieję na kontynuowanie relacji w formie przyjaźni. Terapeutka rozwiewa jej nadzieje. Stwierdza, że nie może pozwolić pacjentce wygrać. Pacjentka jest głęboko zraniona.

Wygląda na to, że terapeutka weszła z pacjentką w próbę sił. Obie tę próbę sił przegrały, bo przegrały relację terapeutyczną, która w ogóle się nie zaczęła.

Podsumowanie

Jeśli chodzi o przebieg terapii, to mamy tu następujące etapy. Pierwszy, to faza idealizacji i miłosnego przeniesienia. Prawdopodobnie pacjentka ma głęboki deficyt z wczesnego dzieciństwa, być może z fazy symbiozy, i nienasyconą potrzebę bycia kochaną. W dzieciństwie pacjentka wytwarza sobie niezależne, samowystarczalne alter ego – „wolnego ducha”, Sophie. Potem trauma odrzucenia jest przez pacjentkę opakowana w konflikt światopoglądowy i społeczny.

Prawdopodobnie pacjentka była nadużyta seksualnie przez ojca, czemu zaprzecza.

Pacjentka wytwarza obronne fałszywe self pastora – feministki. Być może należy je traktować jako obronę narcystyczną.

Pacjentka w pierwszej fazie ma przekonanie o wzajemności terapeutki. Być może zachodzi tu identyfikacja projekcyjna ze strony pacjentki. Terapeutka wydaje się zachowywać zgodnie z oczekiwaniami pacjentki.

Przeniesienie w drugiej fazie zmienia się na negatywne. Punktem zwrotnym jest pierwsza odmowa przyjaźni ze strony terapeutki.

Reakcję pacjentki – utratę gruntu pod nogami, czyli rodzaj dekompensacji, możemy traktować jako obronę przed uczuciami, w tym przed złością. Pacjentka, będąc zraniona, tym bardziej przywiera do terapeutki. To chyba można traktować jako identyfikację z agresorem, kolejną obronę przed złością. Częścią tej obrony jest masywna submisywność i jednocześnie zaprzeczenie swoim prawdziwym uczuciom.

Terapeutka była w sprawie przyjaźni ambiwalentna i niekonsekwentna. Coś obiecywała a potem się wycofywała. Próbowwała stawiać granice, które sama wcześniej przekraczała. Nie dostrzegała, że przyjęcie stawianych przez nią granic nie jest w zasięgu możliwości psychicznych pacjentki w tym momencie i w tej relacji.

Dla pacjentki relacja z terapeutką w percepcji pacjentki stała się powtórzeniem przemocy doświadczonej w przeszłości. W percepcji pacjentki terapeutka była kolejnym oprawcą.

Możemy stwierdzić, że ta terapeutka nie poradziła sobie z tą pacjentką w tym momencie życia pacjentki. Nie wiemy, czy w dzieciństwie pacjentki był obiekt, który był bardziej dobry niż zły, z którym dziecko czuło się bezpiecznie. Wiemy, że w tej terapii nie zaistniało przeniesienie z takiego obiektu. Przymierze terapeutyczne nie zaistniało. Można powiedzieć, że relacja terapeutyczna nie zaistniała.

Czy było możliwe, by inny terapeuta nawiązał z tą pacjentką w tamtym momencie inną relację? Czy też pacjentka nie była w tamtym momencie życia gotowa do wejścia w relację terapeutyczną i nawet gdyby terapeutka nie popełniła żadnych błędów, to była bez szans? Ja widzę dwa poważne błędy terapeutki, jeśli ufać relacji pacjentki. Po pierwsze nie zajęła się uczuciami przeniesieniowymi pacjentki (i prawdopodobnie jej lękiem przed nimi) dostatecznie wcześnie. Po drugie, sposób, w jaki traktowała złość pacjentki, był moim zdaniem nieterapeutyczny.

Można jeszcze postawić następujące pytania. Czy oprócz cierpienia pacjentka coś z tej terapii dla siebie wyniosła? Czy się rozwinęła? Czy przybliżyła się do zdrowia?

Książka Carter Heyward ma dwie części. Zreferowałam pierwszą. Druga część jest opisem upartego dążenia pacjentki do dalszego kontaktu z terapeutką. Dążenie to spotyka się z konsekwentnym brakiem odpowiedzi. Z drugiej części książki wiemy, że pacjentka nie straciła przyjaciół ani swojej partnerki. I partnerka, i przyjaciele ze środowiska kościelno-feministycznego byli dla pacjentki stałym wsparciem. W dyskusji między profesjonalistami, która rozgorzała po ukazaniu się książki, wielu profesjonalistów wykazało duże dla pacjentki zrozumienie i współczucie. Wiemy, że pacjentka w swoim życiu wewnętrznym sięgnęła znów do swojego alter ego z dzieciństwa, Sophie. W drugiej części książki pacjentka wciąż trwa w swojej obronnej fałszywej wizji rzeczywistości. Czy kiedyś poszła dalej na drodze eksploracji swojej nieświadomości, tego nie wiemy.

3. **Ann France** – "Pożerająca psychoterapia" (*Consuming Psychotherapy*) – [3].

Powodem zgłoszenia się pacjentki na terapie były nawroty depresji. Pacjentka opisuje trzy terapie z różnymi terapeutami. Razem trwały 8 lat. Pierwsza trwała 3,5 roku. Spotkania odbywały się raz w tygodniu. Terapeutka, Sybil, była psychiatrą. Potem przez 6 lat pacjentka nie potrzebowała terapii. Następną terapeutką była Harriet, psychoterapeutka (matka licznej rodziny). Terapia z Harriet trwała 4,5 roku. Pacjentka wyróżnia w tej terapii pierwszą, konstruktywną fazę, która trwała trochę ponad rok. Terapia odbywała się dwa razy w tygodniu, po czym nastąpił głęboki dwuletni epizod depresyjny powiązany z patologiczną zależnością od terapeutki. Częstotliwość sesji została zmniejszona do raz w tygodniu. Po upływie około 1,5 roku w trakcie ostatniego roku terapii u Harriet pacjentka podjęła równoległą terapię z mężczyzną, Simonem, która trwała 18 miesięcy. A więc w terapii z Harriet można wyróżnić trzy fazy po półtora roku. Terapia z Simonem odbywała się raz w

tygodniu. Terapia z Harriet została przerwana przez zaprzestanie spotkań. Terapia z Simonem została pod koniec rozrzedzona i rozcieńczona. Po zakończeniu terapii pacjentka zaprzyjaźniła się z Sybil oraz po upływie trzech lat od zakończenia następnych terapii utrzymywała kontakty z Harriet i Simonem.

Historia życia pacjentki.

Pacjentka jest osobą niepełnosprawną, sparaliżowaną po wypadku, który miała jako nastolatka. Nie ma dokładnej informacji o tym, w jakim wieku trafiła na terapię. Z informacji, która jest dostępna, można wnioskować, że miała między 30 a 40 lat (str. 26). Wcześniej miała historię depresji.

Pacjentką opiekowały się od wczesnego dzieciństwa nianie. Rodzice byli nieobecni albo zdystansowani. Nauczyła się, że nie ma sensu na nikim polegać ani do nikogo się przywiązywać.

Ojciec był prawie psychotycznie zdystansowany. Nie zauważał istnienia ani pacjentki ani nikogo innego. Ojciec określał matkę: szef. Pacjentka określa go: sfinks. Píše, że skrycie go kochała a jawnie nienawidziła. Umarł w trakcie terapii. Jak pacjentka pisze, terapeutka miała oczy podobne do jego oczu (str. 87).

Jak pisze pacjentka, matka aranżowała dla siebie i dla niej role idealnej matki i idealnej córki. Ona wiedziała, że te role są fałszywe, ale dostosowywała się. Mama nigdy się z nią nie bawiła, nigdy z nią nie rozmawiała, nigdy nie zadawała jej pytań o jej życie i nigdy jej nie słuchała. Jak pisze pacjentka, matka była nieświadoma jej istnienia jako realnej osoby. Pacjentka określa matkę jako apodyktyczną, zaborczą, skłoną do przyjmowania pozycji męczennicy i do wielorakich urojeń na swój temat. W dzieciństwie nie lubiła matki, czemu świadomie zaprzeczała.

Pacjentka miała o 10 lat starszego brata.

W wieku lat kilkunastu w wyniku wypadku złamała kręgosłup. W związku z tym była dwa lata w szpitalu. Wspomina to jako cierpienie fizyczne i psychiczne i brak wsparcia znikąd. Rodzice patrzyli na jej cierpienie bezradnie. Personel medyczny miał jej za złe depresję i anoreksję. Nikt nie uznawał nagłego odkrycia bycia sparaliżowaną jako uzasadniony powód do depresji. Reżim szpitalny nakazywał jej grę w siatkówkę na wózku. Pacjentka przekornie rzuciła się w wir nauki. To jej doraźnie pomagało, ale na dłuższą metę było zaprzeczaniem rzeczywistości (jak pisze pacjentka).

Pacjentka przywykła do bycia nieustannie zawodzoną i do tego, że jej problemom nie można zaradzić.

Pacjentka robi wrażenie wysoko funkcjonującej intelektualnie. Ma akademicki zawód. Píše o sobie, że czuje się bezpiecznie wobec zadań intelektualnych. Ma akademickie nawyki – w książce analizuje i cytuje literaturę psychoterapeutyczną. Książka ma charakter eseju na temat psychoterapii w ogóle wraz z nawiązaniem do własnego doświadczenia. W tych nawiązaniach pacjentka intelektualizuje i dystansuje się od swoich uczuć.

Autorka przeprowadza intelektualną krytykę procedury psychoterapii, ale przez tę krytykę przebija się osobisty żal i skarga, zwłaszcza jeśli chodzi o drugą terapię. Ten żal jest bardzo zawoalowany i ukryty za akademicką, intelektualną fasadą.

Wiadomo, że wkrótce po napisaniu książki pacjentka popełniła samobójstwo.

Terapia z Sybil.

Pacjentka zgłosiła się na terapię z powodu epizodów depresyjnych.

Pacjentka relacjonuje tę terapię jako nie osobistą i profesjonalną. Jedyne zupełnie jasnym dla pacjentki sukcesem terapii było to, że przestała się bać pajaków. Niemniej przez sześć lat po tej terapii dobrze funkcjonowała. Po zakończeniu terapii pacjentka z terapeutką zaprzyjaźniły się.

Terapia z Harriet.

Po sześciu stabilnych latach pacjentka wróciła na psychoterapię z powodu nowego kryzysu.

Idealizacja.

Na początku terapii pacjentka jest nastawiona do terapeutki entuzjastycznie. W pierwszej rozmowie telefonicznej w celu umówienia się głos terapeutki brzmi miło. Pacjentka lubi terapeutkę, zaś terapeutka otwarcie stwierdza, że chce być lubiana. Pacjentka to komentuje: „Obie obawiały się wyrażania złości lub krytyki. Obopólne przywiązywanie wagi do lubienia się utrudniało potem przerwanie terapii”. Pacjentka, chroniąc się przed odrzuceniem, stara się robić dobre wrażenie na terapeutce.

W przeciwieństwie do konfrontujących interwencji Sybil, Harriet pozostawia dochodzenie do wglądu pacjentce. Harriet tworzy łatwą i bezkonfliktową relację. Nie udziela pacjentce pomocy w dochodzeniu do wglądu a jedynie wsparcia. Później, w okresie kryzysu, pacjentka wspomina to jako niewystarczające. Harriet, w przeciwieństwie do Sybil, pozwala pacjentce na intelektualizację, które są dla niej naturalną i bezpieczną strategią. Harriet wchodzi entuzjastycznie w rozmowy o książkach. To wszystko powoduje niechęć pacjentki do wyrażania negatywnych uczuć.

Terapeutka współdziała z obronami pacjentki. Chcąc być lubiana, podtrzymuje idealizację ze strony pacjentki. Terapeutka wchodzi w relację partnerską – rozmowy o książkach.

Zmiana znaku przeniesienia.

Po nieco ponad roku pracy terapeutycznej pacjentka wchodzi w głęboką depresję. Jest to najgorszy epizod depresyjny w jej życiu. Pacjentka przypisuje terapii przyczynę swojego stanu – przypisuje ją zależności od terapeutki i zniszczeniu wcześniejszych strategii obronnych. Negatywne uczucia do terapeutki stają się nie do zniesienia, „podobnie jak było z uczuciami do matki w adolescencji”.

Kapitulacja.

Pacjentka pisze: „Racjonalnie wiedziałam, że powinnam przerwać terapię ponieważ wyglądało na to, że czyni mi ona więcej złego niż dobrego. Emocjonalnie nie byłam w stanie zdobyć się na porzucenie tej jedynej nadziei na bezpieczeństwo i poprawę. Zainwestowałam zbyt dużo i zbyt byłam do mojej terapeutki przywiązana” (str. 31).

Pacjentka ma wrażenie, że jej realnym życiem jest terapia podczas gdy, życie poza terapią jest dla niej przeszkodą.

Dalej pisze, że zobaczyła jak przerażające może być ponowne przeżywanie traumy z przeszłości w przeciwieństwie do przypominania jej sobie, w dodatku bez ochrony ze strony poprzednich mechanizmów obronnych (str.. 30,31). Pacjentka nie czerpie radości z rzeczy, które wcześniej dawały jej radość, i traci przyjaciół. Nie może funkcjonować ani prywatnie, ani zawodowo. Ma myśli samobójcze.

Częstotliwość sesji jest zredukowana przez terapeutkę do spotkań raz w tygodniu. Zamiarem terapeutki jest rozcieńczenie intensywności przeniesienia i zmniejszenie cierpienia pacjentki. Jednak pacjentka odczuwa stratę i pustkę. Pisze, że musiała trwać w relacji, która przestała być terapeutyczna. Pacjentka stwierdza, że ten stan rzeczy nie mógł być rozwiązany w tej terapii, jak pisze, „być może bez winy terapeutki”.

W tym stwierdzeniu pacjentka terapeutkę chroni.

Terapeutka sobie nie radzi, o czym otwarcie pacjentce mówi. Mówi, że nie może zachowania pacjentki – nieustannego płaczu – znieść. Przyczynę swojej bezradności umieszcza w pacjentce. Mówi „Ty mnie wprowadzasz w ten stan” (str. 96).

Terapeutka odwraca rolę. Obarcza pacjentkę odpowiedzialnością za własną bezradność.

Aktywacja traumy.

Pacjentka kojarzy tę sytuację z bezradnością i niewydolnością jej rodziców, zwłaszcza w okresie gdy była w szpitalu po złamaniu kręgosłupa. Co więcej, podobnie jak matka

pacjentki, terapeutka ma potrzebę bycia uznawaną za dobrą matkę. Pacjentka zauważa, że terapeutka otwarcie mówi o swojej bezradności podczas gdy matka manipulowała budząc w pacjentce poczucie winy.

Terapeutka ma potrzebę bycia uznawaną za miłą osobę i oczekuje tego od pacjentki.

Pacjentka broni się przed zobaczeniem w terapeutce podobieństwa do swojej matki. Próbuje sobie poradzić z przeniesieniem poprzez świadome odróżnienie terapeutki od swojej matki. To nie wystarcza do rozwiązania przeniesienia. Drogą do rozwiązania przeniesienia byłoby, jak sądzę, pełne przeżycie uczuć do terapeutki a następnie zobaczenie w nich swoich uczuć do matki bez pośredniczenia rozumu w tym procesie.

Pacjentka chroni terapeutkę przed swoją depresją i swoim gniewem podobnie jak kiedyś chroniła matkę.

Terapia wychodzi poza relację terapeutyczną i staje się relacją życiową. Terapeutka wychodzi z roli. Pacjentka używa tego w służbie urealniania relacji z terapeutką i w konsekwencji w służbie obrony przed zależnością i obrony przed uczuciami przeniesieniowymi (złością).

Na sugestie pacjentki o przerwaniu terapii terapeutka odpowiada, że takie sugestie ją ranią.

Pacjentka zauważa, że jej regresywna potrzeba jest dla terapeutki nienawistna i że jej własne wrażenie bycia odrzuconą przez terapeutkę jest trafne.

Pacjentka pisze, że opinia innych ludzi o tym, że terapeutka jest miłą osobą, pomogła jej widzieć terapeutkę realnie. W przeciwnym razie postrzegałaby terapeutkę całkowicie negatywnie.

Pacjentka w tym miejscu przypisując przeniesieniu swoją negatywną wizję terapeutki dewaluje swoją wizję. Tym samym dewaluje siebie, podczas gdy prawdopodobnie słusznie ma wrażenie bycia nadużywaną.

Terapeutka mówi: próbujesz zrobić ze mnie swoją przyjaciółkę (str. 103). Pacjentka traktuje to jako krytykę, jest zraniona i reaguje poczuciem winy. Potem siebie oskarża o bycie zranioną – traktuje swoją reakcję jako nadwrażliwość na krytykę. Potem tłumaczy terapeutkę i jednocześnie tłumaczy się przed terapeutką. Tłumaczy, że terapeutka nie widzi jej w sytuacjach towarzyskich, wobec czego nie wie, że zapraszanie do przyjaźni jest jej naturalnym zachowaniem.

Powtarza się następujący schemat: Pacjentka jest dotknięta. Ma do terapeutki żal, ale nie daje sobie prawa do złości i chroni terapeutkę.

Pacjentka podejmuje równoległe nową terapię z Simonem.

Pacjentka podsumowuje terapię z Harriet następująco. Stwierdza, że lęk przed zależnością i przed zniszczeniem aktualnych mechanizmów adaptacyjnych, jaki ludzie często mają przed podjęciem terapii, okazał się w jej przypadku uzasadniony. Podważa wartość podejmowania psychoterapii. Pisze, że odgrywanie traumy z przeszłości prowadzi do nikąd. Wątpi, czy ludzie podatni na zranienie powinni podejmować psychoterapię. Stwierdza gorzko, że potrzebne jest dostatecznie dużo zdrowia, żeby w terapii móc przeżyć i żeby móc z niej skorzystać. Widzi terapię z Harriet jako bolesne i niszczące doświadczenie.

Terapia z Simonem.

Pacjentce nie zależy, by robić na nim dobre wrażenie. Pacjentka nie wchodzi w przeniesienie. Tłumaczy to kilkoma powodami. Po pierwsze brakiem bliskiej relacji z ojcem. Po drugie zaangażowaniem we wciąż trwającą terapię z Harriet. Po trzecie swoimi obronami przed zależnością po nauce z terapii z Harriet.

Podsumowanie.

W terapii z Harriet pacjentka konsekwentnie chroni terapeutkę. Tłumaczy ją i zapewnia czytelnika o jej dobrej woli. Bierze na siebie odpowiedzialność za to, że sama nie przerwała terapii w momencie, gdy zaczęła być ona destrukcyjna.

Zaprzecza swojej do terapeutki złości. Narzeka na setting i na granice terapeutyczne. Dopomina się o relację realną, symetryczną, równą i przyjacielską.

Jako mechanizmy obronne pacjentka stosuje intelektualizację, usymetryzowanie relacji z terapeutką, submisywność, zaprzeczenie. Prawdopodobnie terapeutka współdziała z obronami pacjentki. Pozwala jej na intelektualizację. Będąc miła, blokuje jej złość do siebie.

Pacjentka przyjmuje postawę samowystarczalności (mechanizm obronny). Prezentuje patologię superego – siebie obarcza odpowiedzialnością, chroniąc terapeutkę. Ogólnie w książce Anny France dominuje klimat skargi. Jednak wydaje się, że pacjentka nie jest świadoma ani swojej skargi, ani swojej pod nią złości. Pacjentka robi wrażenie, jakby jej się wydawało, że jej narracja jest obiektywna, bezemocjonalna, intelektualna, prawie naukowa.

Być może pacjentka zaprzecza istotności swojej relacji z ojcem, do której nie ma dostępu.

Regresywne potrzeby pacjentki są nie do zaspokojenia dla Harriet. Terapeutka nie jest w stanie skontenerować pacjentki. W terapii następuje aktywacja traumy pacjentki z przeszłości. Potwierdza się przekonanie pacjentki, że nie może liczyć na pomoc.

Obie kobiety, matka pacjentki i terapeutka powierzchownie bardzo się różniły. Terapeutka była miła i ciepła. Jak pisze pacjentka, to ją zaślepiło na kilka lat. Pacjentka długo zaprzeczała silnie negatywnemu charakterowi jej przeniesienia.

Zarówno pacjentka, jak i terapeutka próbują sobie radzić z uczuciami przeniesieniowymi pacjentki poprzez odwoływanie się do realności i zwrócenie uwagi na nieadekwatność tych uczuć. Jednak to nie działa. Dlaczego? Po pierwsze, jak sądzę dlatego, że nie ma przymierza terapeutycznego i zaufania pacjentki do terapeutki. Po drugie to odwołanie do świadomego rozumu pacjentki było bez szans wobec jej emocji. Skuteczne mogło być otwarte przeżycie przez pacjentkę pełni swoich uczuć przeniesieniowych, po czym bezwiedne, nieintencjonalne skierowanie ich do obiektów pierwotnych w procesie

emocjonalnym, a nie intelektualnym. Taka wydaje mi się jedyna skuteczna droga do rozwiązania przeniesienia. Rozwiązanie przeniesienia nie jest według mnie procesem intelektualnym.

Richard House ([5], strona 135) omawiając przypadek Ann France pisze: "Ledwie ukryty gniew, który od czasu do czasu wydobywa się na powierzchnię w narracji Ann France, byłby z pewnością interpretowany przez niektórych komentatorów jako jej patologia; podczas gdy dla mnie dużo więcej sensu ma spojrzeć na ten gniew jako adekwatną i zupełnie naturalną, zdrową reakcję".

4. **Rosie Alexander** – „Szaleństwo we dwoje” (*Folie à Deux*)– [4].

Pacjentka opisuje trzy terapie, dwie krótkie i jedną długoterminową. Ważna dla naszych rozważań jest zwłaszcza terapia trzecia. Pacjentka trafiła na terapię mając 42 lata. Jest Angielką, która spędziła 18 lat we Francji. Pracowała jako tłumaczka i redaktorka techniczna. Terapeutą był mężczyzna 31-letni, psychiatra, z pochodzenia Żyd, pracował psychoanalitycznie. Terapia miała miejsce prawdopodobnie w latach osiemdziesiątych albo wczesnych dziewięćdziesiątych w Paryżu w języku francuskim, w mieszkaniu terapeuty, trwała dwa lata, spotykali się trzy razy w tygodniu (zwykle o 9.30, była wtedy pierwszą pacjentką danego dnia), terapia zakończyła się przerwaniem przez pacjentkę.

Kontekst zgłoszenia się na terapię.

Wcześniej pacjentka miała historię bulimii. Zgłosiła się z problemem nieśmiałości na przemian z atakami agresji oraz z problemem niskiego poczucia własnej wartości i braku pewności siebie (np. w rozmowach kwalifikacyjnych o pracę). Była wtedy w związku z mężczyzną, w trakcie terapii związek się rozpadł.

Niewiele wiadomo o historii jej życia. Jest nałogową palaczką. Miała doświadczenia z LSD. Wchodziła w związki z żonatymi mężczyznami. Jest heteroseksualna. Jej rodzice nie żyją. Ma o cztery lata starszego brata.

Jej osobowość robi wrażenie struktury border-line. Cechuje ją duża impulsywność, mała refleksyjność, skłonność do acting out. Inną cechą pacjentki jest duża inteligencja. Pacjentka zwraca dużą uwagę na estetykę – na architekturę, sposób umeblowania i urządzenia gabinetów, wygląd i sposób ubierania się terapeutów. Umie szyć, szyje sobie ubrania.

Terapia z Marion

Terapia odbywa się w wymiarze raz w tygodniu półtorej godziny u terapeutki w domu.

Po pierwszym spotkaniu pacjentka jest mocno poruszona i niecierpliwie czeka na następne. Po bardzo krótkim czasie czuje się „przyspawana trzewiami” do terapeutki i wszystkie jej myśli krążą wokół terapii. Pacjentce wydaje się, że twarz terapeutki promienieje. Nie chce widzieć faktów, które przeczą jej idealnej wizji terapeutki. Nawet nie chce widzieć fizyczności terapeutki.

Jednak kątem oka widzi, że terapeutka jest ubrana bez gustu. Pacjentka postrzega terapeutkę jako oceniającą, co ją blokuje w wyrażaniu negatywnych uczuć. Terapeutka zauważa obsesyjną zależność pacjentki od niej i sugeruje jej podjęcie pracy z poleconym przez nią psychiatrą.

Terapia zamknęła się w fazie idealizacji terapeutki przez pacjentkę. Ta idealizacja jest masywna, pacjentka broni się przed zobaczeniem rzeczywistości. Pacjentka od razu weszła w regresję i głęboką zależność. Terapia stała się ważniejsza niż życie poza nią. Terapeutka zauważyła ten problem.

Terapia z dr Weissmannem

Terapia trwa 6 miesięcy. Pacjentka czuje podniecenie seksualne w związku z osobą terapeuty. Jednocześnie rozstaje się ze swoim chłopakiem. Jej obsesję seksualną na punkcie terapeuty chłopak komentuje „Ależ Rosie, przecież to jest szaleństwo!”.

Atakuje werbalnie terapeutę. Rzuca butem tak, że omal nie trafia w piękną szklaną lampę. W świadomości pacjentki celowała w lampę niechcący, w interpretacji terapeuty z

premedytacją. Pacjentka przerywa terapię. Terapeuta stwierdza, że celowo nie pogłębiał terapii ze względu na jej kruchość.

Podobnie jak poprzednio, pacjentka od razu weszła w regresję i głęboką zależność. Terapia stała się ważniejsza niż życie poza nią. Terapeuta jest mężczyzną, a pacjentka jest heteroseksualna, więc pojawiło się masywne pożądanie z jej strony, czego nie było w poprzedniej terapii z kobietą. Pacjentka ponosi w związku z terapią realną szkodę – rozpada się jej związek. Dokonuje „acting outu” w postaci aktu agresji na lampę. Terapeuta, podobnie jak poprzednia terapeutka, nie dąży do kontynuowania terapii.

Terapia z Luc’iem.

Idealizacja.

Pacjentka dzwoni pod numer pogotowia psychiatrycznego. Odbiera dr Luc Landau. Pacjentka jest zachwycona i zafascynowana terapeutą.

Pacjentka wyjeżdża służbowo do Afryki. Terapeuta proponuje, żeby pacjentka do niego napisała.

Zmiana znaku przeniesienia.

Gdy napisała, terapeuta nie odpisuje. Potem podaje wykrętne wyjaśnienia. To zachwiało zaufaniem pacjentki.

Pacjentka pisze, że pierwszy raz wraca do Paryża jak do domu, bo wraca do Luca.

Psychoanalityczne interpretacje terapeuty w większości nie są przyjmowane. Rozmowa między terapeutą a pacjentką jest „rozmową gęsi z prosięciem”. To przyczynia się wydatnie do braku zaufania pacjentki.

Podobnie jak poprzednio, pacjentka od razu weszła w regresję i głęboką zależność. Idealizuje terapeuta. Terapeuta ją zawodzi. Przeniesienie zmienia znak.

Walka.

Pacjentka ma masywne fantazje seksualne na temat terapeuty powiązane z masturbacją. Przeżywa dojmującą zazdrość o jego partnerkę. Nawet nachodzi ją w domu terapeuty pod jego nieobecność.

Pacjentka wielokrotnie wybucha nieopanowaną agresją i zazdrością w postaci ataków werbalnych i fizycznych na terapeutę (kopanie). Te wybuchy agresji nie mają niestety efektu separacyjnego. Pacjentka pisze, że przynosiły jej pewną ulgę, ale były tylko powierzchowną manifestacją ogromu jej furii.

W świadomości pacjentki dominuje dorosłe pożądanie terapeuty i zazdrość o partnerkę życiową terapeuty.

Pacjentka dramatycznie broni się przed zależnością i przed wejściem w pozycję dziecka.

Podjmuje wielokrotne próby zwracania się do innych terapeutów. Początkowo jest odsyłana z powrotem do Luca. W późniejszej fazie zalecają jej oni przerwanie terapii. Nikt nie chce jej sam przyjąć na terapię. Prawdopodobnie robi takie wrażenie, że nikt nie chce być jej terapeutą. Podjmuje też próby samodzielnego przerwania terapii. Nie jest w stanie tego zrobić. Terapeuta wielokrotnie ją zatrzymuje.

Terapeuta wielokrotnie podejmuje nieudane próby zidentyfikowania źródła przeniesienia ze strony pacjentki. Uważa, że jeśli pacjentka zrozumie, co ją przy nim trzyma, to będzie mogła odejść. Mówi to pacjentce. Pacjentka odbiera to jako odrzucenie.

Kapitulacja.

Pacjentka zaczyna nadużywać alkoholu i nie wychodzi z łóżka. Wchodzi w regresywne pragnienie bycia dzieckiem Luca.

Przypomina jej się jak w dzieciństwie brat jej groził zniszczeniem kochanej lalki, jeśli mu się nie podporządkuje. Lalka jest skojarzona z terapeutą.

Ten sen nawiązuje do przekonania pacjentki, że nie ma innego wyjścia jak podporządkować się.

Nieliczne interpretacje terapeuty, które poruszają pacjentkę: terapeuta trafnie zauważyła, że pacjentka chce zobaczyć jego łóżko, że złości się na niego o brak granic – o pozwalanie jej na acting-out'y, że chce być jego dzieckiem, że kiedy ona pociąga go za włosy, to nie robi tego agresywnie, ale czule.

Nie ma ze strony pacjentki zaufania. Nie ma więc przymierza terapeutycznego. Relacja terapeutyczna nie zaistniała.

Aktywacja traumy.

Rosie Alexander pisze: „W którąkolwiek stronę patrzyłam, nie było wyjścia. Nie mogłam od niego odejść i nie mogłam budować relacji z nim w jakimkolwiek terapeutycznym kierunku, bo nie ufałam mu”.

Pacjentka wyjeżdża na jakiś czas do Anglii. Znów jednak jedzie do Paryża i idzie pod dom terapeuty. Na drzwiach wisi ogłoszenie, że mieszkanie jest do wynajęcia. Pacjentka zgłasza się jako zainteresowana wynajęciem. Przechadza się po opustoszałym mieszkaniu. Nigdy więcej nie ma już z terapeutą kontaktu.

Po jakimś czasie pacjentka nawiązuje kontakt z innymi ludźmi mającymi w przeszłości podobne doświadczenia w terapii jak ona ([3], posłowie). Dla tych ludzi też terapia stała się realnym życiem a życie poza terapią zeszło na margines. Oni też ponieśli w związku z terapią realne życiowe straty (ona straciła chłopaka).

Pacjentka subiektywnie określa swoją zależność od terapeuty metaforami: byłam do niego „przyspawana”, byłam „uzależniona od niego jak od substancji psychoaktywnej”, byliśmy „zrośnięci” (jak syjamskie rodzeństwo), byłam jak „wessana przez odkurzac”, „wkręcona w wir”, „porwana przez grawitację czarnej dziury”.

Zastanawiam się nad tymi metaforami. Wskazują one na subiektywne ze strony pacjentki zatarcie granic między nią a terapeutą. Można by je rozpatrywać jako opisywane przez R. Lainga psychotyczne „pochłonięcie” albo „implozję”, wynikające z „ontologicznej niepewności” ([6]). Ja skłonna jestem w przypadku tej pacjentki widzieć tu zjawisko identyfikacji z agresorem przyjmującej taką psychotyczną postać. Prawdopodobnie swoje korzenie ma ono w zaburzonej fazie symbiozy, która nie była dla tej pacjentki bezpieczna. Pacjentka widziała w swoim terapeutę agresora i nieświadomie, obronnie, się z nim identyfikowała.

Czy to zatarcie granic należy traktować jako objaw psychotyczny czy jako obronę identyfikacji z agresorem?

Pacjentka miała świadomość swojej zależności od terapeuty i podejmowała próby wydobycia się z niej. Jak sądzę słusznie porównuje swoje uzależnienie od terapeuty z uzależnieniem od substancji psychoaktywnej. Podobnie jak bywa w uzależnieniu od substancji, jej rozum wiedział, że trwanie w tym uzależnieniu jest dla niej destrukcyjne. Jednak podobnie jak w uzależnieniu od substancji jej rozum był bezsilny wobec siły nałogu.

Podsumowanie.

Przez cały czas terapii terapeuta dążył do znalezienia obiektu pierwotnego z życia pacjentki – źródła przeniesienia pacjentki. Dążył do uświadomienia pacjentce jej regresji, relacji dziecko-rodzic pomiędzy nimi i jej przeniesienia z obiektów pierwotnych. To się nie udawało.

Terapeuta przekraczał granice settingu – przyjmował w domu, pacjentka mogła zaglądać do jego prywatnych pomieszczeń, dotykał pacjentkę. Pacjentka widziała obrazy z wnętrza mieszkania (to było zatarcie granicy między profesjonalizmem a prywatnością terapeuty), pacjentka dotykała ciała terapeuty, mogła zauważyć jego erekcję.

Wydaje mi się prawdopodobne, że pacjentka była nadużyta seksualnie w dzieciństwie, co wypiera i nie ma do tego dostępu. Jednak jej masywne pożądanie terapeuty jest skutkiem tego nadużycia.

Obrony pacjentki to acting out, początkowa idealizacja, potem masywna dewaluacja. Wybuchy pacjentki nie miały niestety efektu separacyjnego. Przyczyny tego należy szukać w sposobie przeżywania i wyrażania przez pacjentkę złości. Nie miało tu miejsca pełne przeżycie emocji złości, ale było zbyt szybkie pojawienie się impulsu agresywnego i rozładowanie go na zewnątrz. Terapeuta nie odróżniał acting out-ów pacjentki od emocji złości, nazywał jej wybuchy złością.

Pacjentka terapię i terapeutę dewalutowała.

Pacjentka miała doznania na pograniczu objawów psychotycznych, np. wrażenie podróży do tyłu w czasie. Miała wrażenie bycia zrośniętą z terapeutą, co traktowała jako przeciw-identyfikację – pragnęła się zidentyfikować, a nie mogła, bo nie ufała.

Terapia się nie zaczęła.

Pacjentka rozumem zdawała sobie sprawę, że ma możliwość zmiany terapeuty na kogoś starszego, bardziej kompetentnego i bardziej doświadczonego. Jednak głos rozumu był słabszy niż głos emocji.

Dlaczego nie odeszła? Ernesto Spinelli ([3], komentarz profesjonalisty) twierdzi, że trzymał ją dobry początek relacji, który dawał nadzieję na potencjał tej relacji. Moim zdaniem trzymała ją przede wszystkim opisana zależność.

5. Cechy wspólne omówionych trzech procesów.

Wszystkie trzy pacjentki są starannie wykształconymi kobietami w wieku około 40 lat pracującymi w intelektualnych zawodach. Są bardzo inteligentne. Strukturę psychiczną każdej z nich można zdiagnozować jako kruchość, gdzie dominującymi mechanizmami obronnymi

są rozszczepienie, zaprzeczenie, projekcja i identyfikacja projekcyjna. Wszystkie są zidentyfikowane z obronami. Wszystkie trzy (może najmniej Ann France) w fazie negatywnego przeniesienia wielokrotnie próbują terapię przerwać i są przez terapeutów zatrzymywane.

Carter Heyward i Rosie Alexander w pierwszej fazie, idealizującej, mają podobne wrażenie blasku. Terapeuta promienieje.

Procesy mają następujące cechy wspólne.

Po stronie pacjentek:

- 1) Natychmiastowe wejście w przeniesienie
- 2) Krótka faza idealizowania terapeuty, najwyżej około trzech miesięcy, a potem zmiana znaku przeniesienia na negatywne. Siła pozytywnych, a potem negatywnych, uczuć jest ogromna.
- 3) Pacjentki dążą do relacji symetrycznej, do przyjaźni. Nie wchodzi w rolę pacjentek. Odwracają role.
- 4) Pacjentki wchodzi w patologiczną zależność – zależność przy jednoczesnym braku zaufania. Nie ma przymierza terapeutycznego.
- 5) Pacjentki mają wrażenie bycia zrośniętymi z terapeutami.
- 6) Terapia stawała się realnym życiem a życie poza terapią było jedynie przeszkodą.
- 7) W fazie przeniesienia negatywnego następuje utknięcie. Niemożność ani przerwania terapii ani konstruktywnego kontynuowania. Pułapka.
- 8) Pacjentki mają refleksję intelektualną nad procesami, ale emocjonalnie są w niewoli. Nie mają siły terapii przerwać.
- 9) Terapia zostaje jednak przzerwana. Następuje w pacjentkach aktywacja traumy odrzucenia.

Ad 1) Wszystkie prawdopodobnie noszą w sobie ogromny deficyt z wczesnego dzieciństwa. W terapii wszystkie weszły w masywne przeniesienie natychmiast. Idealizacja terapeuty jest ich obroną przed złością.

Ad 3) Wszystkie trzy zaprzeczają skośności relacji z terapeutą (mechanizm zaprzeczenia). Dążą do symetrii. Dewaluacja terapii jest też ich obroną przed złością. Terapeutom nie udaje się utrzymać w rolach. Relacja terapeutyczna łamie się i staje się relacją życiową. Wszystkie trzy nie przyjmują stawianych przez terapeutów granic.

Po stronie terapeutów:

Terapeuci próbują przywracać role i stawiać granice (które nie są przyjmowane). Prowokowani przez pacjentki sami przekraczają granice i wychodzą z roli. Od czasu do czasu terapeuci formułują przyjętą przez pacjentkę interpretację. Udaremniają próby przerwania terapii ze strony pacjentek (najmniej robi to Harriet).

Zastanawiam się, czy dążenie pacjentek do przerwania terapii nie było w tej sytuacji zdrowym dążeniem, a zatrzymywanie ich przez terapeutów błędem. Jeśli w tej relacji przejście przez negatywne przeniesienie nie było możliwe, bo nie było zaufania (przymierza terapeutycznego), to wydaje się, że jak najszybsze przerwanie tej patologicznej relacji byłoby słuszne.

Możemy jeszcze rozważyć następującą hipotezę przebiegu wzajemnego procesu w pacjentkach i terapeutach. Litera „P” poniżej oznacza proces pacjentki, „T” proces terapeuty.

P: Prawie od początku terapii coś się dzieje źle. Na początku jest moment kontaktu i przymierza. To jest dla pacjentek ujmujące. Pojawiają się w nich od razu złożone uczucia przeniesieniowe. Pacjentki boją się ich. Pacjentki są świadome tylko pozytywnych uczuć.

T: Być może i terapeuta boi się siły tych uczuć.

P, T: Oboje zaczynają się bronić. Nie ma bezpieczeństwa i zaufania. Nie ma kontaktu emocjonalnego.

P: Pacjentki nie wchodzi w bezpieczną zależność. Zaczynają się bronić przed zależnością. Zaczynają odwracać role.

T: W związku z tym terapeuta nie czuje się bezpiecznie w swojej roli. Czuje do pacjentki złość. Czuje lęk. Czuje się niepewnie. Traci ego obserwujące. Nie widzi, co się dzieje. Prowokowany przez pacjentkę wychodzi z roli.

T: Jego interwencje zaczynają być nietrafne i nie są przyjmowane.

P: Pacjentki przestają być słyszane i rozumiane. Budzi się w nich złość do terapeuty. Jednocześnie narasta lęk. Pacjentki bronią się przed własną złością, idealizując terapeutę. Wchodzą w regresywną potrzebę idealnego obiektu.

P: Terapeuta je zawodzi. Przeniesienie zmienia znak z idealizującego na negatywne. Aktywuje się trauma pacjentki.

P: Złość do terapeuty narasta. Terapeuta nie potrafi tej złości przyjąć.

P: Pacjentki bronią się dewaluacją terapeuty. Jednocześnie pogrążają się w regresji i zależności.

T: Złość terapeuty narasta.

P: Pacjentka, będąc w regresji, nie potrafi tej złości przyjąć.

T: Terapeuta ją dysymuluje.

P, T: Każda ze stron jest we własnych obronach.

P: W pacjentce otwiera się trauma z przeszłości. Budzi się pierwotna mordercza furia w przeniesieniu skierowana do terapeuty. Narasta lęk. Nie ma kontaktu emocjonalnego, nie ma przymierza, nie ma zaufania.

T: Terapeuta jest bezradny. Narasta złość terapeuty do pacjentki. Z obu stron narasta lęk.

P: Pacjentka, będąc w regresji, nie ma siły tego koszmaru przerwać

T: a terapeuta nie ma odwagi.

Jakie może być wyjście z tej spirali? Może wyjście jest już nie w tym związku?

6. Zakończenie

W literaturze takie przypadki nazywa się na ogół „wypadnięciami z terapii”. Jednak taka nazwa sugeruje, że to pacjent z terapii „wypadł”, podczas gdy słuszne by było terapię kontynuować i dobrze zakończyć. A może zakończenie terapii nie było możliwe?

Wszystkie procesy opisane przeze mnie w obu częściach mojej analizy – w tym artykule oraz w Części II (która nastąpi) – zakończyły się katastrofą. Nasuwa mi się metafora katastrofy samolotu Kościuszkó w Lesie Kabackim. Jak pisano, póki samolot leciał, to nic się strasznego nie działo i mógł jeszcze dalej lecieć. Jednak jego lądowanie okazało się praktycznie niemożliwe.

Pacjentki pozostały w cierpieniu z powodu nierozwiązanego przeniesienia. To cierpienie było tak dojmujące, że zainspirowało je do napisania książek.

Czy zawsze jest możliwe rozwiązanie przeniesienia? Jeśli nie, to dlaczego? Czy odpowiedzialna jest za to siła patologii pacjenta czy nieudolność terapeuty czy specyficzny moment w życiu pacjenta, w którym nie jest on gotów zmierzyć się z częścią swojej nieświadomości, czy niedopasowanie pacjenta i terapeuty powodujące, że ten właśnie terapeuta tego właśnie pacjenta nie jest w stanie zrozumieć? Czy bolesne i doraźnie destrukcyjne doświadczenie opisanych terapii ma szansę przyczynić się do rozwoju pacjentek? Czy jest coś w ich nieświadomości, do czego pacjentki nie mają dostępu i dlatego cierpią?

W literaturze anglojęzycznej jest szereg innych relacji pacjentów z nieudanych terapii. Jest też obecna w literaturze dyskusja między profesjonalistami na temat tych publikacji. Oto przegląd tych, do których dotarłam.

Świadczenia pacjentów:

Rosie Alexander: "Folie à Deux", komentarz profesor Ernesto Spinelli, w posłowie liczne krótkie zwierzenia innych pacjentów mających podobne doświadczenia w ich terapiach – [3];

Yvonne Bates: „Shouldn't I Be Feeling Better By Now?: Client Views Of Therapy” ,
wywiady z pacjentami oraz wypowiedzi profesjonalistów – [7];

Rosemary Dinnage: „One to One: Experiences of Psychotherapy”, wypowiedzi
pacjentów – [8];

Ann France: „Consuming Psychotherapy” – [2];

Carter Heyward: "When Boundaries Betray Us”, w posłowie komentarze Miriam
Greenspan, Beverly W. Harrison, Peggy Hanley-Hackenbruck, Susan Dematos, Jim Lassen
Willem . W drugim wydaniu komentarz Janet L. Surrey (książka miała dwa wydania) – [1];

Anna Sands: „Falling for therapy” – [9];

Tomasz Witkowski: „Psychoterapia bez makijażu”, wywiady z pacjentami oraz
wypowiedzi profesjonalistów – [4].

Te książki wzbudziły wśród profesjonalistów dyskusję. Jest ona obecna częściowo w
już wymienionych książkach i ponadto w pozycjach:

Katherine Hancock Ragsdale: „Boundary Wars: Intimacy and Distance in Healing
Relationships” – [10] – dyskusja zainspirowana książką Carter Heyward;

Richard House: „Therapy Beyond Modernity” – [5] – komentarz do książek Rosie
Alexander, Ann France i Anny Sands;

Linda Martin: „Opinion: A Response to Anna Sands' Falling for Therapy” – komentarz
do książki Anny Sands – [11];

Bonnie J. Miller-McLemore: „Sloppy Mutuality: Just Love for Children and Adults” –
komentarz do książki Carter Heyward – [12];

Richard Morley: „The Analysand's Tale” – omówienia wypowiedzi pacjentów, w tym
omówienie książki Rosie Alexander – [13].

W polskiej literaturze jest jedna tego typu publikacja. Jest to książka Tomasza Witkowskiego [4], która prócz wywiadów z pacjentami zawiera też załączek dyskusji.

Tomasz Witkowski używa dla psychoterapii metafory beczki. Pyta, czy zgniłe są pojedyncze jabłka w beczce czy też sama beczka ma w sobie zgniliznę. To samo pytanie (nie dosłownie) stawia Richard House. Ja nie mam na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi. Myślę, że psychoterapia jako metoda niesie ze sobą poważne niebezpieczeństwa i że za mało się o tym mówi i pisze.

Bibliografia.

1. Heyward C. When Boundaries Betray Us. Beyond Illusions of What is Ethical in Therapy and Life, Harper Collins Publishers. New York; 1994; Carter Heyward. When Boundaries Betray Us. Beyond Illusions of What is Ethical in Therapy and Life. The Pilgrim Press. Cleveland. Ohio; 1999;
2. France A. Consuming Psychotherapy. Free Association Books. London; 1988;
3. Alexander R. Folie à Deux. Free Association Books. London. New York; 1995;
4. Witkowski T. Psychoterapia bez makijażu. *Trudne rozmowy o terapeutycznych niepowodzeniach*. Bez Maski; 2018;
5. House R. Therapy Beyond Modernity. Karnac. London. New York; 2003;
6. Laing R. D. Podzielone „Ja”. Egzystencjalne studium zdrowia i choroby psychicznej. Dom Wydawniczy Rebis. Poznań; 1995.
7. Bates Y. Shouldn't I Be Feeling Better By Now?: Client Views Of Therapy. Palgrave MacMillan. Houndmills, Basingstoke, Hampshire. New York; 2005;
8. Dinnage R. One to One: Experiences of Psychotherapy. Viking; 1988;
9. Sands A. Falling for therapy. Psychotherapy from a client's point of view. MacMillan Press LTD.; 2000;

- 10.** Hancock Ragsdale K(ed.). *Boundary Wars: Intimacy and Distance in Healing Relationships*. The Pilgrim Press. Cleveland Ohio; 1996;
- 11.** Martin L. *Opinion: A Response to Anna Sands' Falling for Therapy*. Internet;
- 12.** Miller-McLemore B J. *Sloppy Mutuality: Just Love for Children and Adults*. w Herbert Anderson. Edward Foley. Bonnie Miller-McLemore. Robert Schreiter (ed.) *Mutuality Matters: Family, Faith, and Just Love*. A. Sheed and Ward Book. Roman and Littlefield Publishers Inc.; 2004.
- 13.** Morley R. *The Analysand's Tale*, Karnac Books. New York; 2007.