

# Kurt Husemann

---

## Ciąża jako nieświadomiona próba wyzwolenia się z nadmiernie uwewnętrznionej grupy pierwotnej

---

Studia Philosophiae Christianae 21/2, 157-168

---

1985

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez **Muzeum Historii Polski** w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Garma, A. (1974): *Das fötale Seelenleben und das Geburtstrauma im Ursprung aller Träume*, w: Graber (Hrsg.) 1974: *Pränatale Psychologie*, München: Kindler.

Graber, G. H. (Hrsg.) 1974: *Pränatale Psychologie*, München: Kindler.

Graber, G. H. (1975—1978): *Gesammelte Schriften in 4 Bänden*, Berlin: Pinel Publikationen.

Hau, E. M. (1974): *Prä- und perinatale Milieufaktoren als Ursachen für Beunruhigung der Nachkriegsgeneration*, w: Graber (1974).

Hau, T. F., Schindler, S. (Hrsg.) 1982: *Pränatale und perinatale Psychosomatik*, Stuttgart: Hippokrates.

Henseler, H. (1976): *Die Theorie des Narzismus*, w: Eicke, D. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts* Bd. II, München: Kindler.

Keller-Husemann, U. (1983): *Destruktive Sexualität — Krankheitsverständnis und Behandlung der sexuellen Perversion*, München — Basel: Reinhardt.

Kilian, H. (1982): *Die Störungen der Subjektbildung und der Kulturverzug der Psychoanalyse*, *Psychoanalyse*. 3. Jg. Heft 2/3 1982, 122—180.

Kruse, F. (1969): *Die Anfänge des menschlichen Seelenlebens*, Stuttgart: Enke.

Mahler, M. (1972): *Symbiose und Individuation. Psychosen im frühen Kindesalter*, Stuttgart: Klett.

Portman, A. (1970): *Entlässt die Natur den Menschen?* München: Piper.

Rank, O. (1924): *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, Wien.

Rascovsky, A. (1974): *Das Ich als Doppel des ES und die Entwicklung der primitiven Objektbeziehungen*, w: Graber (1974).

Rottmann, G. (1974): *Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung*, w: Graber (1974).

Schär, M. (1970): *Mögliche Ursachen der unterschiedlichen Sterblichkeit von Säuglingen lediger und verheirateter Mütter* Zürich: Veröffentlichung des Inst. f. Sozial- und Präventionsmedizin.

Schindler, S. (Hrsg.) 1982: *Geburt — Eintritt in eine neue Welt*, Göttingen: Hogrefe.

Winnicott, D.W. (1969): *Übergangsobjekt und Übergangsphänomene*, *Psyche* (23) 666—681.

KURT HUSEMANN

### **CIAŻA JAKO NIEUŚWIADOMIONA PRÓBA WYZWOLENIA SIĘ Z NADMIERNIE UWENĘTRZNIONEJ GRUPY PIERWOTNEJ**

Przygotowując się do niniejszego tematu przejrzałem ponownie anamnezy i protokoły z przebiegu terapii około pięćdziesięciu pacjentek, które przebywały lub też są nadal na leczeniu psychoterapeutycznym z różnorodnych powodów i w czasie rozpoczęcia psychoterapii były brzemiennie wzgl. niedawno urodziły dziecko. Zwrócił moją uwagę fakt, że ponad

trzy czwarte kobiet wykazywało w okresie po urodzeniu dzieci objawy depresji wzgl. ekwiwalentów depresji lub inne symptomy psychopatologiczne jak np. rozwój fobii, dolegliwości psychosomatyczne, manie, zaburzenia funkcji seksualnych itp.

W swojej epigenetycznej koncepcji rozwoju tożsamości ERIKSON (1971) przedstawia rozwój ku dojrzałej tożsamości jako nakładające się na siebie w postaci spirali ogniwa łańcucha kryzysów życiowych, co nazywa kryzysem wieku dojrzałego, dialektyczną problematyką pomiędzy biegunami napięcia, „generatywnością przeciw stagnacji”, a ujmuje to w sposób następujący: „Problem płciowości jest ściśle powiązany z siódmym kryterium zdrowia, mianowicie z rodzicielstwem. ...istotne jest, by zdać sobie sprawę, że stanowi ona stadium wzrostu zdrowej osobowości i że jeśli to ubogacenie odpada, następuje regresja generatywności na nasiloną potrzebę pseudointymności, co często związane jest z nadmiernym poczuciem zastoju i zubożenia relacji międzyludzkich. Sama okoliczność, że posiada się dzieci, względnie pragnie się je mieć, nie oznacza oczywiście jeszcze generatywności. ...Przyczyny zaburzonej generatywności należy często szukać we wczesnych przeżyciach dzieciństwa” (Erikson 1971, s. 117 do 118).

W niniejszej pracy chciałbym prześledzić pewien określony aspekt i zadać sobie pytanie, w jakich okolicznościach należy rozumieć ciążę jako nieuświadomione usiłowanie uwolnienia się od uwewnętrznionej grupy pierwotnej. W takich przypadkach zarówno ciąża jak urodzenie dziecka nabierają charakteru pragnienia zdrowia. Może to być osiągnięte jedynie wówczas, gdy zostanie uświadomiony konflikt, który ma być rozwiązany przy pomocy ciąży. Dla zbadania tego problemu należy sięgnąć do metodyki psychoanalitycznej. Centrum wiedzy psychoanalitycznej stanowi dialog.

W związku z tym dialogiem należy w ramach konkretnego leczenia skupić wszystkie doświadczenia i całą wiedzę zarówno teoretyczną jak też metapsychologiczną. Należy postawić na jedną kartę wszelkie rozmowy, rozważania szczegółów w procesie analitycznym, w zetknięciu ze sprawami nieuświadomionymi, z przepowiedniami, z poczuciem irracjonalności, z lękami, uzależnieniami, i conajmniej tak samo z kreatywnością, erotyką i pragnieniem, by uczynić wszystko, aby własną tożsamość zdefiniować na nowo; procesy dynamiczne kryzysu tożsamości mają wiele odniesień także w konfrontacji kobiety z otaczającą ją grupą w okresie ciąży i narodzin dziecka.

Chciałbym pokrótce w następujący sposób zarysować za-

kres problemów. Rozważania na temat zakresu identyfikowania się generatywności, określanej dalej przez Eriksona jako czyste rodzicielstwo, obejmują kreatywność i produktywność w zakresie emocjonalnym i społecznym i stanowią kryzys wczesnego okresu dojrzewania.

Opiera się on na poprzednich kryzysach życiowych, uzależniony jest od zwalczania i rozwiązywania kryzysów wczesnego dzieciństwa i okresu młodzieńczego.

Ciąża i urodzenie dziecka stanowią dla matki wymóg tożsamości, a również i dla ojca oraz otaczającej grupy w sensie konieczności przebudowy całej sytuacji życiowej, a także jest to związane z koniecznością wewnętrznego t.zn. psychicznego przekonstruowania się. Ciąża i urodzenie dziecka stawiają wobec matki wymagania większej gotowości do regresji w służbie swojego JA (HARTMANN, 1960). Momenty regresywne stwierdzone przez nas w każdym kreatywnym procesie, pozwalają w szczególności na ponowne ożywienie nierozwiązanych, powstałych w sposób nieuświadomiony konfliktów, nie opanowanych adekwatnie etapów w rozwoju tożsamości.

Utrwalone psychopatologiczne miejsca, które w „normalnych” warunkach pozostają w ukryciu poprzez duchowe kompromisy, mogą oznaczać granicę rozwoju nowych odpowiedzi na wymogi identyfikacyjne. Nie tylko intrapsychiczna regulacja odpowiedzi popędowo dynamicznych procesów musi być zdefiniowana na nowo w istotnym kryzysie identyfikacyjnym. To samo odnajdujemy w zakresie interpsychicznym, to znaczy w formach opanowywania w relacjach interpersonalnych. I tam rozwój tożsamości jest uzależniony od stanu rozwoju indywidualnej autonomii wobec uwewnętrznionej grupy pierwotnej, co francuski psychoanalityk Rene Käes (1980) nazywa „aparatem grupowo-psychicznym”.

Rozwój od tożsamości dziecięcej do młodzieńczej i do tożsamości dorosłego człowieka stanowi permanentny proces rozszerzania, dyferencjacji i tym samym rozłąki. Społeczne i kulturowe doświadczenia w zakresie relacji mogą być spokrewnione z rozszerzeniem tożsamości wówczas, gdy pierwotne doświadczenia rozłąki zostały zwalczone. Obiekty przejściowe (*transitional objects*) — rozumiane tu w sensie pośrednich doświadczeń społecznych — stanowią pomoc przy dyferencjacji od wewnątrz i od zewnątrz i pomoc w zwalczaniu wielkiego lęku, poczucia straty i pomoc w ich rozwikłaniu. W sensie opisanym przez WINNICOTTA (1953) psychiczny rozwój potrzebuje przestrzeni zarówno wewnętrznej jak zewnętrznej,

pewnego etapu przejściowego (*transitional aera*), by osiągnąć przejście od pewnego określonego poziomu rozwoju do następnego.

Ciąża i urodzenie dziecka stanowią egzemplaryczny wymóg zmiany niemożliwej do osiągnięcia bez kryzysu. Kryzys rozumiany tu jest w sensie pewnego procesu dialektycznego, który nie może być realizowany bez emocji. Wynikiem rozdzielenia jednego kroku od następnego przy pokonywaniu kryzysu jest konfrontacja ze stratą i możliwością lub koniecznością rezygnacji, t.zn., że w przypadku kryzysu ciąża stanowi również pracę o charakterze pokonywania obniżonego samopoczucia, smutku (*Trauerarbeit*).

Monachijski tygodnik medyczny z kwietnia 1983 roku cytuje reprezentatywny pogląd, zgodnie z którym ponad 35% kobiet na początku ciąży odczuwa przejściowy lęk i chęć jej odrzucenia, względnie nie są one w stanie okazywać radości z tytułu ciąży.

Sądzę, że takie dane statystyczne mogą być interpretowane w sposób nie zrozumiały, jeśli odnosić się je będzie po prostu do odrzucenia dziecka, a szerszy aspekt sprawy, jak wyrażony powyżej, mianowicie oddziaływanie emocjonalne i wymogi identyfikacyjne nie będą dostrzegane. Jeśli wymogi dyferencjacji i związane z tym wymogi autonomii dotyczą jednostki lub systemu rodzinnego, w swojej strukturze skostniałego i mało ruchliwego, t.zn. takiego, w którym istnieje chęć obrony przed stroną emocjonalną rozłąki i smutku, to nowe obiekty takie jak doświadczenie, przeżycie czy, jak w tym przypadku, nowa istota ludzka, mogą całkowicie lub częściowo być odrzucone, bądź też mogą włączać się w niektóre aspekty z trudnością odmiennej struktury.

Wyraziłem pogląd, że ciąża i poród stanowią w przekroju podłużnym historii życia człowieka a także w przekroju poprzecznym jako aktualnej sytuacji społecznej pewną cezurę. Możemy z całą pewnością przyjąć za punkt wyjścia, że ciąża powstają często w wyniku zupełnie nieuświadomionego pragnienia po zmianie sytuacji życiowej zarówno wewnętrznej jak zewnętrznej. Znaczy to, że poszukuje się dziecka jako rozwiązania i rozłąki z przeszłością, pierwotnymi relacjami obiektywnymi. Jeśli, mając na uwadze przekonanie, że rozwój psychiczny ma charakter fazowy, przywołamy raz jeszcze koncepcję epigenetyczną rozwoju identyfikacyjnego, przebiegającego w postaci spirali, to z tego wyniknie także fakt, że w przypadku patologicznych usiłowań rozwiązania kryzysu roz-

wojowego w wieku wczesnej dojrzałości i poprzedzających okresów, kryzysów specyficznych dla danego wieku i ich zwalczania, odnaleźć można podobne strukturalne postacie obrony i kompromisu. Chęć posiadania dziecka wzgl. ciąża znajdują się wówczas w łańcuchu innych usiłowań kompensacyjnych rozłąki i zwalczania. Ponadto z tego, co zostało powiedziane, nie musi wynikać konieczność zaistnienia ostrego rozwoju, ostrych symptomów patologicznych, tak długo, dopóki utrzymuje się charakter kompromisowy rozwiązań. Lęk i ekwiwalentne postacie symptomów nie koniecznie muszą mieć miejsce w czasie ciąży i porodu, lecz mogą powstać dopiero po tym okresie, np. w takim przypadku, gdy obniżają swą wartość siły kompensacyjne w wyniku jakichś warunków zewnętrznych bądź wewnętrznych. Może to nastąpić np., gdy regulacje wzmacniające daną osobowość w zawodzie bądź w partnerstwie przestają funkcjonować, bądź gdy np. dzieci porzucają stan pierwotnej symbiozy.

Ponadto z tych szerokich rozważań wynika sąd, że wyzwolony przez ciążę lub poród aktualny osobisty kryzys lub kryzys relacji, nie musi koniecznie być pojmowany jako kryzys relacji wobec nie narodzonego dziecka lub roszczenia dziecka wobec matki i ojca. Zachodzi możliwość zaistnienia zaburzenia interakcji między matką a dzieckiem, które może stać się sceną właściwego pozostającego w ukryciu głębokiego dramatu indywidualności i autonomii, polegającego na odłączeniu od pierwotnych relacji obiektu. Pragnąłbym opisać na podstawie pewnego konkretnego przypadku procesu psychoanalitycznego tę dialektykę między usiłowaniami autoterapii, pragnienia rozłąki i autonomii poprzez ciążę i urodzenie dziecka.

W jednej z moich grup terapeutycznych od długiego już czasu bardzo aktualny był temat ciąży i porodu i związane z tym zagadnienia rozłąki i autonomii. Grupa ta stanowi zespół t.zw. „slow-open”, trudno otwierający się, z przewagą tematyki marginesowej. Grupa jako całość funkcjonuje już od wielu lat. Gdy jeden z pacjentów kończy kurację, zwalnia się miejsce dla kogoś, kto ją rozpoczyna. Z punktu widzenia możliwości rozważań, roztrząsania problemów, grupa jako całość odpowiada temu, co opisał amerykański psychoanalityk Aaron STEIN (1982) jako fazę interakcji i niezależności. Oznacza to, że w grupie sprawa potrzeby niezależności i tłumaczenia, przenoszenia, nie spada już tylko na samego terapeutę, lecz wpleciona jest niejako w sytuację grupy. W swoim łonie, „matrix”, (FOULKES, 1964) grupa rozwinęła twórczą fantazję jako ze-

spół „dobrej, troskliwej matki” (SCHINDLER, 1951). Grupa w ostatnim roku dyskutowała nad sprawą różnorodnych aspektów macierzyństwa. Jedna z pacjentek, która przed trzema laty przybyła do grupy w trzecim miesiącu ciąży z objawami głębokiej depresji, przed kilkoma tygodniami zakończyła pomyślnie i skutecznie swoją kurację. Pozytywne funkcjonowanie grupy „dobrej matki” doświadczyło w tym samym czasie również przypadku poczucia głębokiej niepewności i konfrontacji włącznie z omdleniami, ponieważ u innej pacjentki z grupy musiała być ze względów ginekologicznych w czwartym miesiącu przerwana ciąża.

Chciałbym teraz zreferować przyjęcie nowego członka do grupy, która składa się z pięciu kobiet i czterech mężczyzn. W godzinach przyjęć psychoterapeutycznych zgłosiła się pani X z prośbą o umożliwienie jej i jej małżonkowi rozpoczęcia kuracji, co ma przyczynić się do zapewnienia ich dzieciom optymalnego wychowania i przeżycia szczęśliwego dzieciństwa. Odnosnie do swojej osoby nie wymieniła ona żadnych aktualnych powodów. Nie wykazywała też na zewnątrz żadnych widomych symptomów. Jest to zadbana młoda 26 letnia kobieta i przybyła w towarzystwie swego małżonka i dwojga dzieci, dwuletniego i półrocznego. Małżeństwo swoje określa jako dalece zadawalające. W zawodzie wcześniej uzyskała samodzielność. Po dwu porodach nie chce już wrócić do pracy. Jest to ten sam zawód, który wykonywała również matka pacjentki. Najchętniej miałyby jeszcze co najmniej jedno dziecko, lecz lekarz stanowczo jej tego odradził, gdyż obie poprzednie ciąży już były związane z wysokim ryzykiem zarówno dla matki jak i dziecka.

Oboje dzieci — po przebytych poprzednio poronieniu — są w pełnym sensie „dziećmi chcianymi”. Między ciążami wystąpiły silne rozległe w swojej genezie jawnie psychosomatyczne dolegliwości. Stan finansowy rodziny jest — z uwagi na poczynione inwestycje i wynikające z tego zobowiązania — raczej napięty.

Aż do pierwszej ciąży pacjentka pracowała wraz z mężem we wspólnym przedsiębiorstwie. Przy pierwszym porodzie ojciec był obecny. W czasie drugiego porodu sam przebywał w szpitalu na leczeniu w związku z tym, że w dniu poprzedzającym poród uległ lekkiemu wypadkowi. Zarówno w życiorysie pacjentki jak i jej małżonka odnotowuje się w poprzednim okresie poważne aż do ekstremalnych obciążenia rodzinne.

Obojgu partnerom udało się świadomie stworzyć na polu zawodowym wyraźny, co najmniej umiarkowany — z punktu widzenia kryteriów społecznych — dystans do swego rodzinnego zaplecza. W ten sposób osiągnęli odgraniczenie i autonomię na płaszczyźnie realnej. Pacjentka pochodzi z rodziny, gdzie ojciec uzależniony jest od alkoholu, a matka wykazuje objawy histeryczno-depresyjne i również zagrożona jest alkoholizmem. Pacjentka jako dziecko odgrywała rolę pośredniczki pomiędzy rodzicami, ponosiła niejako odpowiedzialność za młodszego brata i była jednocześnie powierniczką matki. Z początkiem dojrzewania wystąpiły u niej pierwsze znaczne dolegliwości psychosomatyczne serca i układu krążenia a także układu kostno-mięśniowego. Choroby nie były leczone w sposób należyty, gdyż pacjentka była w rodzinie jedyną osobą zarabiającą. W 20-tym roku życia otworzyła własne przedsiębiorstwo, ale przez długie jeszcze lata musiała wspierać rodziców finansowo. Względy dyskrecji co do osobowości pacjentki spowodowały, że bardziej przykre detale jej życiorysu ujawniły się dopiero w toku dalszych rozmów, przy czym pacjentka na spotkania przyniosła swoje niemowlę. Nie chciała ona w pierwszych miesiącach pozostawiać dziecka samego. W obecności niemowlęcia mogła ona o swoich skomplikowanych sprawach rodzinnych mówić dziwnie swobodnie, to znaczy, że wydawało się, iż nie wiele sobie robi z tego, o czym opowiada. Natomiast przeprowadzający badanie silnie odczuwał ostro ujawniającą się ciężką sytuację psychiczną pacjentki. Stanowiło to pretekst do ominięcia przeze mnie listy oczekiwania na miejsce w grupie, wobec czego przyjąłem ją do wyżej omawianej grupy. W pierwszym terminie spotkania po wstępnej rozmowie pacjentka nie zjawiła się z powodu silnej grypy; na następne, drugie, przybyła do grupy z niemowlęciem. Grupa była pod silnym wrażeniem tej diady matka-dziecko, pod wrażeniem tak dużej wrażliwości matki na potrzeby sześciomiesięcznego dziecka. Wypowiadano regresywne życzenia znajdowania się na miejscu tego niemowlęcia. Grupa otoczyła ciasno matkę, nastrój w czasie trwania posiedzenia stawał się wyraźnie coraz bardziej przygnębiony aż do momentu, kiedy przy końcu spotkania jeden z mężczyzn — członków grupy — zauważył, że dotychczas wszyscy przychodzący do grupy, każdy na swój sposób, wykazywali objawy jakiegoś lęku, natomiast ta młoda pani na pierwszym posiedzeniu w ogóle tego nie wykazała.

Następne posiedzenie rozpoczyna się w zmienionej atmosfere-



rze. Liczni członkowie grupy reagują uzupełniająco na poprzednie posiedzenie wyraźnym, manifestującym lękiem. Relacjonowane są sny o tematyce lękowej. Drugie posiedzenie pełne było emocjonalnych wspomnień o przypadkach znęcania się, nieporozumień i o sytuacjach opuszczenia. Poza tym w czasie trwania tego posiedzenia przysły do głosu wspomnienia o silnym zabarwieniu emocjonalnym jak problematyka odłączania dzieci od ich kurczowo trzymających się matek i o lękach dzieci, zmuszonych do cementowania pękających więzów rodzinnych. Przypominano sobie również odpowiednie przejawy prób obrony, zwalczania, wysiłki kompensacyjnego rodzaju, które pacjenci podejmowali w dzieciństwie i młodości, by wyzwolić się z tych rodzin, bądź to przez jakieś działania, małżeństwo, zmianę czy stratę relacji partnerskich, bądź przez pojawianie się manii i zależności. Zapewne poprzez wkroczenie do grupy nowej pacjentki u części jej członków zaatakowany został centralny rdzeń problematyki ich tożsamości, chociaż ona prawie niczego o sobie nie powiedziała. Nowa pacjentka zareagowała na wspomnienia i skrajzenia członków grupy wykazując w ogóle po raz pierwszy objawy lęku przed masowością wypowiedzianych odczuć. W końcu powiedziała, że słuchając wspomnień członków grupy wydawało jej się, jak gdyby po raz pierwszy po latach spojrziała w lustro i że odczuwała, jak gdyby to było to, co przez lata w sobie tłumiała i usiłowała poprzez pracę zawodową, wstąpienie w związek małżeński, dzieci, postawić niejako mur odgradzający ją od tamtych spraw i wydarzeń. To się jej jednak nie całkowicie udało.

W przeszłości stale i wciąż popadała ona w stany głębokiej depresji i niemocy i czuła się nawet porzucona przez małżonka, który nie umiał jej dać skutecznego ratunku w tych nastrojach. Ostatnia trzecia część posiedzenia upłynęła pod znakiem silnej reakcji smutku, gdy jeden z pozostałych członków grupy płacząc wyrażał prawdziwą boleść i smutek całej grupy.

Na tym pragnę zakończyć opis tego przypadku. Chodzi mi nie tyle o przedstawienie przebiegu terapii ile o uwyrażnienie czegoś w sposób egzemplaryczny. Zagadnienie polega na tym, co możemy wywnioskować z tego małego wycinka analitycznego procesu grupowego.

Istnieje niebezpieczeństwo wyjaśniania zjawiska duchowego w kategoriach nadmiernej determinacji, to znaczy, że pewien symptom, marzenie senne, działanie, mogą mieć różnorodne

znaczenia i stanowią mechanizmy procesów duchowych, które z trudnością zrozumieć może laik w dziedzinie analitycznej, a chciałbym na tym miejscu dodać, że zaliczają się do nich także fachowcy przyuczeni do myślenia przyrodniczego czy to lekarze czy psychologowie. Wypowiedzi dotyczące zjawisk psychicznych, działania, marzenia sennego nie zawsze oznaczają jedno i to samo. Zrozumienie zjawiska duchowego stanowi wynik i wyraz kompleksowego dziania się wewnątrz danego osobnika, w ramach jego uwarunkowań życiowych i osobowościowo-strukturalnych. Interakcja w sytuacji analitycznej, szczególnie dynamika procesów transmisji i przeciwtransmisji stanowi drogę do rozszyfrowania tej nadmiernej determinacji. Po to, by ogarnąć w danej jednostce to, co jest rzeczywiście znaczące dla jej niepowtarzalności, osobliwości, FREUD stworzył sytuację standardową kuracji analitycznej „na kanapie” (*auf der Couch*), technikę swobodnych skojarzeń pacjenta, pracę nad snami i przerabianie zdarzeń transmisji między pacjentem a analitykiem.

Analityczna sytuacja grupowa rozszerza tę przestrzeń. Sytuacja standardowa diady terapeutycznej, dialogu terapeutycznego, staje się dialogiem grupowym. Zmiana sytuacji jednostkowej na grupowo-analityczną nie ma tym samym charakteru zasadniczego, nie jest to zmiana metodyki, lecz raczej zmiana techniki analitycznej, gdy analityk może wychodzić od tego, że w diadzie terapeutycznej mają miejsce rozważania, dyskusje z wtajemniczoną uwewnętrzną grupą.

W dojrzałej grupie psychoterapeutycznej powstaje coś takiego jak *matrix*, to znaczy, nieświadomiony rdzeń, jądro grupy, w ramach którego relacje i nieświadome fantazje przepływają wzajemnie pomiędzy członkami grupy a także ku terapii. Wydarzenia mające miejsce w tej *matrix* stanowią wskazówkę na aktualnie centralny problem grupy. Reakcje, pomysły, uczucia członków grupy wobec tematu centralnego, sny śnione w procesie terapii grupowej, dają się rozumieć analogicznie do swobodnych skojarzeń w sytuacji diadyczno-analitycznej.

Po tej krótkiej dygresji chciałbym ponownie wrócić do tematu, którym zajmowaliśmy się w opisywanym powyżej przypadku. Gdy do grupy, która osiągnęła już fazę niezależności, wkracza nowy pacjent, grupa dopuszcza wówczas objawy nawet paranoidalne, mechanizmy depresji, reakcję lęku i złości, jednakże bez przekraczania pewnych granic, określonych dla danej grupy. Jest ona nawet w stanie przejąć funkcję

obrony przed lękiem słabszego członka grupy. Podobnie jak „dobra” matka reaguje na swoje bezbronne dziecko, tak i grupa może reagować wrażliwością na nieuświadomione wynurzenia nowego pacjenta na temat jego lęków i agresji. W naszym przypadku grupa reaguje poprzez opisane postacie swobodnych skojarzeń na centralną problematykę tożsamości nowej pacjentki.

Wstępne rozmowy anamnezyjne zostały rozszerzone i uzupełnione. Jako przyczynek do powtórzenia i przepracowania grupa wypracowała następujące zakresy działania odnośnie do problematyki pacjentki:

1. Pozycja dziecka w stosunku do matki widocznie stanowiła dla niej obronę przed lękiem. Pragnienie następnego dziecka, szczególnie jako powtórzenia w krótkim czasie po urodzeniu drugiego dziecka wydaje się zrozumiałe jako obrona przed zakorzenionym głęboko lękiem identyfikacyjnym.
2. Macierzyństwo pacjentki prezentuje się jako kompensacja wobec własnych nie spełnionych pragnień symbiozy.
3. Widać wyraźnie, że usiłowania pacjentki, by „być dobrą matką” wynika z uprzednich dziecięcych i młodzieńczych pragnień autonomii, które jej się w rzeczywistości nie spełniły. Urodzenie pierwszego i drugiego dziecka należy tym samym rozumieć w sensie opisanym przez WINNICOTTA jako szukanie obiektu przejściowego (*transitional object*), poprzez który miał być osiągnięty proces rozłąki ze skoncentrowaną na sobie grupą pierwotną. Realne zagrożenie dziecka i matki przez choroby cielesne przy potencjalnej trzeciej ciąży, ograniczenia sytuacji ekonomicznej rodziny, postawiły pod znakiem zapytania siły kompensacyjne pacjentki. Mąż, który do tego jeszcze sam popadł w regresję, nie wystarcza już pacjentce jako funkcja wspierająca jej JA ani jako regulator.
4. Członkowie grupy — jako uzupełnienia postaci — umożliwią pacjentce poprzez swoje reakcje:
  - a) dostęp do własnych wspomnień,
  - b) poza tym odzwierciedlają oni wobec nowoprzyjętej pacjentki odrzuconą przez nią przestżeń wspomnieniową w postaci jej ożywienia na nowo zarówno na płaszczyźnie poznawczej jak i emocjonalnej.

Pacjentka dokona konfrontacji ze swoją stłumioną, wyizolowaną i rozkojarzoną konstelacją rodzinną, której sama nie była w stanie zrealizować. Odczuwa ona „jakby spoglądała w lustro”.

5. Związany z tym lęk — nie dopuszczony do głosu przez

całe lata jako groźny lęk dziecięcy — może teraz zostać uświadomiony w ochronnej otoczce sytuacji terapeutycznej i nie musi — patrząc perspektywnie — być już wypierany, względnie pokrywany jakąś kompensacją. Łańcuch chorób psychosomatycznych, przynajmniej od chwili osiągnięcia przez pacjentkę dojrzałości płciowej, da się wytłumaczyć jako przedsięwzięcie psychiczne podyktowane koniecznością w momencie, kiedy nie funkcjonowały takie środki jak tłumienie czy izolacja. MITSCHERLICH (1983) opisuje mechanizm dwufazowego wypierania przy chorobach psychosomatycznych, gdzie następuje ucieczka w somatykę wówczas, gdy nie dysponuje się innymi możliwościami tłumienia swego JA.

6. Rozpoczęte przy końcu drugiego posiedzenia grupowego rozważania na temat straty i smutku (żałoby), dążenie do tego, by zrezygnować z niespełnionych roszczeń wobec reprezentantów rodzicielskich i wczesnych relacji obiektywnych, stały się pierwszym przyczynkiem do faktycznego zwalczania rozłąki i indywiduacji, które nie udawały się dotychczas.

Aspektem nie zrealizowanych zmieniających działań pokonywania obniżonego stanu psychicznego przy przerywaniu ciąży zajmuje się szwajcarski analityk R.W. BENZ (1983). Jego teza zawiera się w tym, że płód staje się introjektem, który zarówno cielesnie jak psychicznie wcielany jest i niszczony jako często nieudana droga do wyzwolenia się od posiadanego w sposób narcystyczny lecz utraconego obiektu. BENZ zauważył u swoich pacjentek, że unikały obniżenia nastroju, gdy uprzednio wyłączały się z istotnych relacji partnerskich i to zarówno, gdy tłumili jak i stwarzały reakcje, jak też, gdy regresywnie identyfikowały się z odrzucającą matką. W patologii typologii ciąży MOLINSKIEGO (1972) daje się wyjaśnić tym przyczynkiem wiele zakłóceń przebiegu ciąży.

W naszym przypadku ciąża i poród znajdowały się w ciążości życiowej z innym nieudanym w istocie rzeczy pragnieniem autonomii i dołączenia się od uwewnętrznionej grupy pierwotnej, chociaż na płaszczyźnie realnej rozłąka ta była faktycznie zrealizowana. Moim celem było wskazać na możliwości przełamania potencjalnego trwałego mechanizmu kozła ofiarnego.

Dziecku, które wrodzi się, jak w naszym przypadku, w potencjalną dynamikę kozła ofiarnego, może być narzucona funkcja ambiwalentnie kochanego obiektu przejściowego, który ma za zadanie uczynić stratę znośną i przeszkodzić lękowi i obniżonemu nastrojowi (smutkowi). Często jednak ta konstrukcja

wewnętrzna daje się utrzymać jedynie tak długo, dopóki dziecko samo nie wystąpi z symbiozy pierwotnej i nie zacznie wykazywać tendencji do autonomii.

Głęboko sięgającej problematyki jak np. konflikty, których nie można zlikwidować przez ciążę i poród, nie powinno się, jak to się uwydatniło w opisanym przykładzie, przypisywać jedynie konfliktowym relacjom pomiędzy matką a nowonarodzonym, względnie obciążającej aktualnie małej dynamice rodzinnej.

Z jęz. niemieckiego  
tłumaczyła Anna Witwicka

#### BIBLIOGRAFIA

Erikson, E.H. (1971): *Identität und Lebenszyklus* Frankfurt/M. Suhrkamp.

Hartmann, H. (1960): *Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme*, Stuttgart: Klett.

Käes, R. (1980): *Group Analysis of Individual Mental Structures: A few Theoretical Consequences*, w: *The Individual and the Group*, New York: Plenum Press.

Winnicott, D.W. (1953): *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, *Int. J. Psycho-anal.* 34, London.

Stein, A. (1982): *Group and Individual Boundaries*, w: *Group Psychotherapy: Theoretical and Technical Consideration*, w: *The Individual and the Group*, New York: Plenum Press.

Faulkes, S. H. (1964): *Therapeutic Group analysis*, London: George Allen und Unwin.

Schindler, W. (1980): *Die analytische Gruppentherapie nach dem Familienmodell*, München: Reinhardt.

Mitscherlich, A. (1983): *Gesammelte Schriften I, Psychosomatik I*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Benz, A. E. (1983): *Die ungewollte Schwangerschaft und ihre Unterbrechung — Eine Möglichkeit zur unbewussten Inszenierung von Trauerarbeit*, w: *Psyche* II, 1983, Stuttgart: Klett-Cotta.

Moliński, E. (1969): *Die unbewusste Angst vor dem Kind*, Stuttgart: Fischer.