

Księżyc zrobiony jest z sera



JAK GESTALT TŁUMACZY JĘZYK BORDERLINE



Andreana Amato ◦ Valeria Conte
Gabriella Gionfriddo ◦ **Giovanni Salonia**

Andreana Amato • Valeria Conte
Gabriella Gionfriddo • **Giovanni Salonia**

Księżyc zrobiony jest z sera

JAK GESTALT TŁUMACZY
JĘZYK BORDERLINE

Andreana Amato ° Valeria Conte
Gabriella Gionfriddo ° Giovanni Salonia

Księżyc zrobiony jest z sera

JAK GESTALT TŁUMACZY
JĘZYK BORDERLINE

pod redakcją
Giovanniego Salonii



Copyright © 2014 Giovanni Salonia

Copyright © polskiego wydania:

Wydawnictwo Instytutu Integralnej Psychoterapii Gestalt, 2024

Wszelkie prawa zastrzeżone. Cała książka lub jakakolwiek jej część nie może być przedrukowywana w internecie, kserowana, odtwarzana w środkach masowego przekazu, reprodukowana elektronicznie, mechanicznie lub w jakikolwiek inny sposób – bez pisemnej zgody Wydawnictwa Instytutu Integralnej Psychoterapii Gestalt.

Tytuł oryginału: La luna è fatta di formaggio. Terapeuti gestaltisti traducono il linguaggio borderline

Tłumaczenie: Bożena Abramowicz, Emilia Fifielska

Konsultacja tłumaczenia: Juliusz Węgrzyn

Redakcja i korekta: Krzysztof Porosło

Redakcja merytoryczna: Kamila Kostrzewska

Konsultanci merytoryczni: Elżbieta Meliszek, Marek Jawor, Michał Kostrzewski

Redaktorka prowadząca: Aleksandra Sękowska

Projekt okładki: Jolanta Królas

Skład i łamanie: Blue Publishing Studio Marta Razowska

Ilustracje: Patrycja Kuźniar

ISBN 978-83-66784-46-8

Wydawnictwo Instytutu Integralnej Psychoterapii Gestalt

ul. Pasternik 114, 31-354 Kraków

Kraków 2024 – Wydanie I

Druk i oprawa: A2 studio reklamy i druku

*Książkę dedykujemy Isadorowi Fromowi
i jego nauczaniu*

Spis treści

PRZEDMOWA	11
------------------------	-----------

Rozdział 1

GIOVANNI SALONIA • KSIĘŻYC ZROBIONY JEST Z SERA	19
1. Wstęp	23
2. Gestaltowska metoda tłumaczenia języka borderline	25
3. Wdrukowanie pomieszania borderline	29
3.1 Wkład neuronauk	29
3.2 Teoria ewolucji i psychopatologia	30
3.2.1 Nabywanie cech borderline w obszarze sensomotorycznym (funkcja Id)	30
3.2.2 Do kogo przynależą doświadczenia?	32
3.2.3 Trzeci poziom nabywania cech borderline: nazywanie przeżyć (funkcja Osobowości)	33
3.2.4 Teoria „podwójnego wiązania”	34
3.2.5 Początek i przejawy stylu relacyjnego borderline	36
3.2.6 Styl relacyjny borderline: między teorią Self a teorią cyklu kontaktu ..	37
4. Ścieżki terapeutyczne	38
4.1 Hermeneutyczne horyzonty	39
4.1.1 Horyzont jasności (bardziej niż świadomości)	39
4.1.2 Horyzont życzliwości (bardziej niż ciepła)	40
4.1.3 Horyzont tła (bardziej niż figury)	41
4.2 Ćwiczenia z tłumaczenia języka borderline	42
4.2.1 Od „dziwnych” zachowań do cielesno-relacyjnych przeżyć	44
5. Uczenie się od pacjenta borderline	49
5.1 Sekretne więzy relacji	49
5.2 Od społeczeństwa narcystycznego do społeczeństwa borderline	50
6. Terapia Gestalt i inne podejścia	53
6.1 Na początek freudowskie nieporozumienie	54
6.2 Terapeuta w trakcie sesji: przykład Gabbarda	56
6.3 Metoda mentalizacji Fonagy’ego	57
6.4 Kwestia słuchania w pewnym dialogu u Kernberga	59
6.5 Granice odpowiedzi empatycznej z pacjentami borderline	61
6.6 „Żółty” kolor Froma: terapia jako twórcze odzyskiwanie. Terapia, która łączy i nadaje kolorytu	62

Rozdział 2

GABRIELLA GIONFRIDDO • OPOWIEŚĆ RELACYJNA BORDERLINE 67

1. Pomiędzy uczuciem a mówieniem: iluzja ciepła vs. prawda oszustwa	71
2. Rozróżnienie pomiędzy doświadczeniem a zachowaniem: nić Ariadny w opowieści relacyjnej borderline	72
2.1 Język deskryptywny	74
2.2 Zaburzenie osobowości borderline	75
3. Kryterium A w gestaltowskim tłumaczeniu	77
3.1 Krucha tożsamość: odseparowani na granicy, ale zmieszani w uczuciu. Gestaltowska interpretacja „zaburzenia Self (tożsamość i kierowanie sobą)”	78
3.1.1 Funkcja Id a styl relacyjny borderline	78
3.1.2 Funkcja Osobowości i styl relacyjny borderline	79
3.2 Permanentnie niestabilny styl relacyjny. Gestaltowska interpretacja „Zaburzenia funkcjonowania interpersonalnego (empatia i bliskość)” ...	80
4. Kryterium B w gestaltowskim tłumaczeniu	82
4.1 Negatywny Afekt	82
4.1.1 Gestaltowska interpretacja: styl relacyjny borderline objawia się w separacji	83
4.1.2 Gestaltowska interpretacja: Dysforia między ciałem i czasem	85
4.2 Rozhamowanie	87
4.2.1 Gestaltowska interpretacja: kruche doświadczenie	88
4.2.2 Wyczerpujące poszukiwanie relacji: pomiędzy potrzebą uspokojenia się i czucia siebie	89
4.2.3 Od trudności w myśleniu o sobie do bólu czucia siebie	90
4.3 Antagonizm	92
4.3.1 Gestaltowska interpretacja: Wściekłość borderline, uparte poszukiwanie jasności	92
5. Rozważania końcowe. Gestaltowskie Tłumaczenie Języka Borderline: przestrzeń wielogłosu	93

Rozdział 3

ANDREANA AMATO • JAKBYM URODZIŁA SIĘ „NIEPARZYSTA” 99

1. Wstęp antropologiczny: niepokój pomieszczenia pomiędzy bliskością a oddaleniem	103
2. Dynamika figury-tła	106
3. Intencjonalność i doświadczenia cielesno-relacyjne	109
4. Model Gestaltowskiego Tłumaczenia Języka Borderline (GTBL): specyfika gestaltowskiej pracy ze stylem relacyjnym borderline	116

4.1	Klimat	131
4.2	Jasność: znalezienie słów, aby się wyrazić	133
4.3	Serdeczność	137
4.4	Konkretne interwencje	139
4.5	Osoba z językiem borderline jako twórcze przystosowanie: integracja jasności własnego odczuwania z nieuniknioną różnorodnością Drugiego	143

Rozdział 4

VALERIA CONTE • TERAPIA GESTALT Z PACJENTKĄ BORDERLINE 147

1.	Relacja terapeutyczna leczy relację borderline	154
1.1	Historia Giady	155
1.2	Droga do bycia obecną w nowej relacji	158
1.3	Czas, aby móc poczuć granicę	162
1.4	Czas identyfikacji	166
1.5	Czas kontaktu	169

GIOVANNI SALONIA

Przedmowa



*...jestem ciśnięta w świat,
gdzie się gubię i dezorientuję...*

Książka napisana jest przez psychoterapeutów wykształconych w Instytucie Terapii Gestalt Kairos (GTK). Ważną kwestią jest zatem wyjaśnienie używanych przez nas pojęć, aby uniknąć ryzyka autoreferencyjnej semantyki.

1. Gestaltowski wzór pracy

Szczegółowo przedstawiamy model psychoterapeutyczny, osadzony w teoretycznych ramach terapii Gestalt. Nazwaliśmy go Gestaltowskim Tłumaczeniem Języka Bordeline (GTBL). Celem autorów, oraz książki samej w sobie, nie jest usystematyzowana prezentacja innych modeli leczenia.

2. Jak nazywać tak zwanego pacjenta borderline?

Terapia Gestalt sytuuje się w grupie podejść psychoterapeutycznych, które jako pierwsze sprzeciwiły się diagnozie typologicznej. Już w 1950 roku Goodman zastanawiał się, „w jaki sposób nie narzucić standardów na daną osobę i zamiast tego pomóc rozwinąć jej własne zasoby” (jest to specyficzny problem, który psychoterapia współdzieli z pedagogiką i polityką). Zasugerował, żeby rozmawiać o rozpoznawaniu w procesie leczenia, skoro „terapeuta potrzebuje pewnej koncepcji, aby zachować orientację oraz wiedzieć, na co zwracać szczególną uwagę”. Diagnoza w terapii Gestalt jest zatem teoretycznym i eksperymentalnym tłem, informacją wskazującą na styl relacyjny, z którego pochodzi oraz nad którym można pracować. Dla terapeuty oznacza empatyczne reflektowanie nad „pomiędzy” w relacji psychoterapeutycznej czyli tego, co wydarza się pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem. W terapii Gestalt mówimy o stylach relacyjnych. Z uwagi na to, że mogą one zakłócać kontakt między Organizmem (*Organism*) a Środowiskiem (*Environment*), można stwierdzić, że część z nich jest funkcjonalna, a część nie.

W tym drugim przypadku wolimy używać terminu styl relacyjny (fobiczny, zależny, narcystyczny lub borderline) unikając w ten sposób nadawania nazwy podmiotowi (borderline, narcystyczny itp.). Uważność na język pacjenta jest wówczas niezwykle istotna. Koncentrujemy się na „języku borderline” zamiast na doświadczeniu lub funkcji. Bowiem to właśnie język dostarcza wskazówek, gdzie i kiedy zaburzenie zakotwiczyło się w mowie – macierzy kontaktu. Zaburzenie manifestuje się w języku. „Wymagającym” języku, który wzywa terapeutę do „tłumaczenia”. Stąd w książce piszemy o pacjentach używających języka borderline (PBL – Patient with Borderline Language) oraz o Gestaltowskim Tłumaczeniu Języka Borderline (GBTL) jako naszych modelach leczenia.

3. Jakie są najważniejsze założenia terapii Gestalt?

Model GTBL opiera się na dwóch podstawowych teoriach terapii Gestalt: teorii Self oraz teorii kontaktu.

Teoria kontaktu opisuje kontakty, w jakich Organizm żyje ze Środowiskiem. To ich jakość odpowiada za zdrowie lub dyskomfort psychiczny. Teoria analizuje całość wykonanego przez Organizm i Środowisko procesu, służącemu osiągnięciu pełnego kontaktu, w którym spotykają się ich intencje. Jeśli proces jest nieustannie przerywany lub zakłócany, tworzy się przestrzeń do powstawania dysfunkcyjnych stylów relacyjnych. Kształt, jaki przybrały, zależy od momentu, w którym nastąpiła przerwa w kontakcie.

Teoria Self opisuje więzi pomiędzy Organizmem a Środowiskiem, koncentrując się na tym, co dzieje się w Organizmie w momencie kontaktu, wyróżniając trzy funkcje zaangażowane w jego realizowanie. Funkcja Id (odpowiada za to, co jest odczuwane w ciele: odczucia, emocje, doznania cielesne), funkcja Osobowości (określa, kto czuje: definicja siebie samego, zbudowana ze zasymilowanych w ciele doświadczeń) oraz funkcja Ego (pojawia się w momencie spotkania funkcji Id z funkcją Osobowości, umożliwiając tym samym zharmonizowanie tego „kim jestem” z tym „co czuję”). Zaburzenie występuje wówczas, gdy funkcja Id lub funkcja Osobowości nie działają prawidłowo. Organizm nie czuje lub zniekształca odczucia cielesne (funkcja Id), co

skutkuje uniemożliwieniem ich asymilacji (funkcja Osobowości). To powoduje powstanie „bryły” złożonej z introjektów, a nie ze zasymilowanych odczuć. Wtedy każdy podejmowany wybór będzie dysfunkcyjny i pozbawiony wartości odżywczej (funkcja Ego zostaje zgubiona).

Miłego czytania!

Giovanni Salonia

GIOVANNI SALONIA

Księżyc zrobiony jest z sera

GESTALTOWSKIE TŁUMACZENIE JĘZYKA BORDERLINE (GTBL)

Rozdział 1



*...szukam słów nigdy nie nauczonych
a widzę jedynie złe, pomieszane, natrętne, splątane...*

prof. GIOVANNI SALONIA – psycholog, psychoterapeuta, profesor psychologii społecznej na Uniwersytecie LUMSA w Palermo. Dyrektor naukowy studiów specjalistycznych z zakresu psychoterapii Gestalt w Instytucie Terapii Gestalt Kairos (Wenecja, Rzym, Ragusa) oraz 2. poziomu specjalizacji studiów magisterskich, współprowadzonych z Katolickim Uniwersytetem Najświętszego Serca w Rzymie. Wykłada na Papieskim Uniwersytecie Antonianum.

Jest nauczycielem zawodu o międzynarodowej sławie, zapraszany przez włoskie i zagraniczne uczelnie. Współtworzył i realizował pierwszą Szkołę Terapii Rodzin Gestalt w Polsce; był prezesem FISIG (Włoskiej Federacji Szkół i Instytutów Gestalt). Autor *Sulla felicità e dintorni* oraz wydanej po polsku książki *Taniec krzesel i zaimków. Gestaltowska terapia rodzin*; współautor *Comunicazione interpersonale. Teoria e pratica*, *Devo sapere subito se sono vivo* oraz niniejszej publikacji.

Napisał liczne artykuły, które ukazały się w krajowych i zagranicznych periodykach naukowych poświęconych tematyce klinicznej i antropologicznej. Prof. Salonia założył i był redaktorem czasopisma „Quaderni di Gestalt” (1985–2002), a od 2008 r. jest redaktorem naukowym „GTK Journal of Psychotherapy”.

1. WSTĘP

Isadorowi Fromowi i jego nauczaniu

” Każdy pacjent z zaburzeniem osobowości typu borderline doznał jako dziecko zaprzeczenia swojego doświadczenia: „Nie mów tego”, „Nie myśl tak”. Technika psychoanalizy jest trochę podobna i wydaje się niewłaściwa w przypadku osób borderline. W terapii Gestalt możliwe jest potwierdzenie doświadczenia pacjenta bez zwodzenia go i bez interwencji typu: „Ty nie możesz tak myśleć” lub „Nie mów tak”. Dziecko mogłoby powiedzieć np. „Księżyc zrobiony jest z sera” – stwierdzenie samo w sobie niezwykle poetyckie, prawda? Niespokojna matka mogłaby odpowiedzieć: „Mylisz się”. Cóż, nawet dobry psychoterapeuta Gestaltu wie, że księżyc nie jest zrobiony z sera, ale nie powiedziałaby do osoby borderline: „Tak, księżyc zrobiony jest z sera”. Raczej „Obydwa są żółte”. I o to w tym chodzi.

Bądźcie bardzo ostrożni z osobami borderline. Nigdy nie mówcie im, że się mylą, zamiast tego słuchajcie uważnie, w jaki sposób doświadczają świata.

Jeśli przyjrzyjecie się historii takiego pacjenta to zobaczycie, że w dzieciństwie słyszał od ważnych osób w swoim życiu słowa, które zaprzeczały jego doświadczeniom. Być może intencją tych osób była jego ochrona, ale słowa te dezorientowały pacjenta poprzez

1 Isadore From (1918–1994) był jednym z najbardziej cenionych nauczycieli i terapeutów w grupie siedmiu założycieli terapii Gestalt (wraz z Fritzem Perlem, Laurą Polster, Paulem Goodmanem i innymi). Nie napisał wiele: por. Salonia, Spagnuolo Lobb 1985; wraz z V. Millerem wprowadzenie do wydania z 1994 roku tekstu *Gestalt Therapy* autorstwa F. Perlsa, R. Hefferline’a i P. Goodmana; wywiad udzielony Rosenfeldowi w 1987 roku. Spośród opublikowanych o nim tekstów należy wymienić: Salonia 1994, Sichera 1994, Muller 2013, Cole 1994, Spagnuolo Lobb 1994. Od 1981 roku wykładał na różnych wydziałach Instytutu Terapii Gestalt Kairos (Syrakuzy, Wenecja, Rzym).

stworzenie warunków do doświadczenia „bycia pomieszany”. Dlatego jako terapeuci nie możecie pozwolić, aby historia się powtórzyła, nie możecie odtwarzać tego, co już się wydarzyło. W pracy z pacjentami borderline nie dbam o prawdę. Interesuje mnie jedynie ochrona ich doświadczeń, tego, co mówią i co przeżywają. Gdyby pacjent powiedział do mnie: „Wyglądasz na smutnego”, nie odpowiedziałbym po prostu: „Nie jestem smutny” (mógłbym tak zrobić z innymi pacjentami wiedząc, że to może być projekcja). Powiedziałbym raczej „Jestem dzisiaj bardzo zmęczony”. Nie zanegowałbym jego słów, ale też nie skłamałbym, bo tylko w ten sposób mogę ochronić jego doświadczenie.²

Ta bardzo mądra i pionierska intuicja Isadora Froma jest wkładem, w którym próbuje przybliżyć hermeneutyczną figurę podejścia terapii Gestaltu do pacjentów borderline (PBL – Patient with Borderline Language³), nie dyskredytując („To, co mówisz, jest złe”) i nie zwodząc („To, co mówisz, jest prawdą”). Psychoterapeuta Gestaltu wspiera pacjenta i sprawia, że ujawnia się ukryta spójność jego wypowiedzi, która na pierwszy rzut oka może wydawać się dziwna. Kontynuujemy zatem naszą podróż, zaczynając od tego paradygmatycznego i poetyckiego przykładu oraz innych, cennych nauk Froma⁴ na temat borderline.

Rozpoczęcie od Froma wiąże się dla mnie z wyrażeniem szczerzej wdzięczności wobec człowieka, który jako pierwszy zastosował terapię Gestalt w pracy z poważnie chorymi pacjentami. Wiedział, i często to powtarzał, że Gestalt może dać światu psychoterapii oryginalną metodę interpretacji, wychodzącą naprzeciw pacjentowi,

2 Tekst jest tłumaczeniem seminarium poprowadzonego przez Isadore Froma w Wenecji, w dniach 29.11–1.12.1990 w Instytucie Terapii Gestalt Kairos.

3 Termin „pacjent borderline” jest używany ze względów praktycznych; nie ma na celu etykietywania, a raczej wskazanie na konkretny styl relacyjny.

4 Zawsze, gdy cytuję Isadora Froma, przypominam sobie nasz obiad na południu Francji, kiedy zażartowałem – wciąż niechętnie publikował – że może ja udostępnić drukiem część prowadzonych przez niego seminariów, pod swoim nazwiskiem. Spojrzał na mnie tymi ciepłymi i bystrzymi oczami i odpowiedział, z charakterystyczną dla siebie precyzją: „Nie możesz napisać tego, co powiedział From, ale co ty wyniosłeś z lekcji Froma”. Z przyjemnością przypominam sobie jego słowa za każdym razem, kiedy odnoszę się do tego, co zrozumiałem z nauczania Froma, i czuję się zobowiązany mówić o tym.

oraz interwencje kliniczne, możliwe do zastosowania nawet w najcięższych zaburzeniach psychicznych i stanach zdrowotnych pacjentów. W związku z tym moja praca będzie próbą odpowiedzi na dwie potrzeby. Pierwsza to wyjaśnienie podstaw hermeneutyki i terapii Gestalt, przytoczę przykłady wybranych, trudnych i charakterystycznych dla współczesnych czasów pacjentów. Druga to zaprezentowanie „gestaltowskiej ścieżki”, którą porównam z najbardziej znanymi i istotnymi podejściami (od Gabbarda do Kernberga, od empatii do mentalizacji) w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów borderline. Podejmuję się tego przede wszystkim w celu przyjrzenia się różnorodności i rozbieżności, które w otwartej dyskusji terapeutycznej oznaczają spokojną i pełną szacunku, ale niekiedy również zdecydowaną różnicę zdań.

2. GESTALTOWSKA METODA TŁUMACZENIA JĘZYKA BORDERLINE

*W moich nieuporządkowanych kieszeniach
szukam słów nigdy nie nauczonych
a widzę jedynie złe,
pomieszane, natrętnie, splątane,
uciekam lub jestem pochłonięta
przez powtarzającą się zwodniczość
i jestem ciśnięta w świat,
gdzie się gubię i dezorientuję,
trzymam się kogoś, żeby zrozumieć,
co się ze mną dzieje, jeśli w ogóle mogę czuć.*

A. Iaculo⁵

Metaforycznie, Archimedesowym punktem w gestaltowskiej pracy klinicznej z pacjentami borderline jest pewność, że ich słowa i zachowanie, które mogą wydawać się pomieszane, dziwne i oskarżycielskie, zawsze zawierają wewnętrzną spójność. Należy ją odnaleźć, aby poznać doświadczenia pacjenta. Ten model pracy terapeutycznej nazwaliśmy

⁵ A. Iaculo, „Border-line”, *GTK Journal of Psychotherapy* 3, 2013, 61–63. Ten wiersz będzie nam towarzyszył przez cały niniejszy rozdział.

Gestaltowskim Tłumaczeniem Języka Borderline (GTBL – Gestalt Translation of Borderline Language), w którym próbujemy uniknąć zawłaszczania poznawczego lub emocjonalnego wobec pacjenta borderline, szanujemy jego słowa, nawet te całkowicie idiograficzne, oraz wracamy do związanego z nimi doświadczenia.

Użycie słowa „tłumaczenie”⁶ nie jest przypadkowe lecz hermeneutycznie uzasadnione, oznacza nadanie godności wypowiedziom. To tak jak w przypadku przekładu, tam oba języki są równie ważne. Tłumacz nie może zakładać ukrytych hierarchii wartości⁷ w języku źródłowym lub docelowym. To bardzo istotny aspekt. W terapii z pacjentami borderline często próbujemy narzucić język terapeuty, traktując język borderline nie jako „dziwny”, ale „obcy”. Według modelu GTBL podstawowe nieporozumienie wynika z faktu, że pacjent borderline używa słów zgodnie z ich znaczeniem idiograficznym, stąd wydaje się, że mówi w obcym języku. Jego semantyczny wybór przypomina zjawisko „fałszywych przyjaciół”, które pomimo znacznych podobieństw morfologicznych i fonetycznych odnosi się do różnych, a czasem wręcz przeciwstawnych znaczeń⁸. Język pacjenta borderline można określić fałszywym przyjacielem, ponieważ wydaje się być zbudowany na semantycznym uniwersum innych osób, a w rzeczywistości jest osadzony w odmiennym świecie znaczeń.

Zdefiniowanie opisywanego modelu pracy z pacjentem borderline oznacza przyswojenie epistemologii tłumaczenia jako zadania terapeutycznego. Tłumaczenie może być poprawne tylko wtedy, gdy znasz i traktujesz na równi i z szacunkiem oba języki. Dzięki takiej postawie można wydobyć bogactwo niuansów i wrażliwość obu języków. Patrząc z tej perspektywy, terapeuta może wiele nauczyć się od

6 Dla nowej hermeneutyki „tłumaczenia”, nie opartej już na teoriach „zorientowanych na źródła” i „docelowych”, ale na metaforze hotelu, czyli językowej gościnności, podstawowym tekstem jest: Berman 1984. Iglesias 2013. „Tłumaczenie” oznacza rekonfigurację zarówno języka źródłowego, jak i docelowego, wiążąc je: Hagège 1989, Fontana, Zuccalà 2011.

7 Ciekawe. Terapeuta z wykształceniem kognitywno-behawioralnym porównuje taką trudność ze „zmuśnionym zadaniem tłumaczenia książki, w której arabskie słowa przewrotnie przeplatają się z chińskimi” (Stone 1987). Natomiast model Gestaltowskiego Tłumaczenia Języka Borderline (GTBL) uważa ten język za spójny i niezależny.

8 Niektóre terminy obce zdradzają powiązanie z językiem włoskim, np.: „uczestniczyć” nie oznacza *attendere* (czekać), ale „częste”; „urojenie” nie jest „urojeniem” (rozczarowaniem), ale „błędnym pomysłem”; *déjeuner* to nie *digiunare* (post), ale „jedzenie śniadania” itp.

pacjentów borderline: terapia zmienia się w ciekawą i poniekąd fascynującą podróż, w której odkrywa się tajemne, jednak znaczące zakamarki ludzkiego serca. Nieustępliwe i uparte dążenie pacjenta borderline do jasności pomaga terapeutcie stać się bardziej świadomym swoich niespójności i precyzyjniejszym w posługiwaniu się własnym językiem. Wróćmy do procesu tłumaczenia. Etymologicznie „tłumaczyć” (*trans-duco*) oznacza „prowadzić”, „przenosić na drugą stronę”, „przekraczać”. W gestaltowskiej praktyce klinicznej „tłumaczyć” oznacza przejść przez werbalną i niewerbalną komunikację pacjenta borderline w celu zidentyfikowania momentu, w którym powstało zaburzenie. Przytaczając Froma, terapeuta znajduje powiązanie (z pewnością idiograficzne i artystyczne!) księżycy i sera: kolor żółty. Pacjent używając współdzielonych słów (księżyc, ser) łączy je z idiograficznymi oznaczeniami, połączeniami lub konotacjami, a to tworzy pomieszenie borderline. W przykładzie Froma podmiot obrał inne kryterium asocjacyjne – nie mniej logiczne i spójne od kryterium potocznej semantyki. Jeśli oba przedmioty są żółte, to wynika z tego, że są ze sobą powiązane i wymienne (księżyc zrobiony jest z sera i – dlaczego nie? – ser zrobiony jest z księżycy). W strategii pracy terapeutycznej ważne jest identyfikowanie relacyjnych doświadczeń pacjenta borderline i wspieranie przejścia z jego języka idiograficznego do języka współdzielonego.

Terapia Gestalt oferuje dwie jasne i interesujące płaszczyzny rozumienia tego procesu. Pierwsza to ewolucyjna teoria cyklu kontaktu, która analizuje, kiedy i jak pacjent borderline nauczył się słów i gramatyki w relacji z figurą rodzicielską. Druga to teoria Self, analizująca jaką funkcja Self była zaangażowana w proces uczenia się: funkcja Id (doświadczenie cielesne) czy funkcja Osobowości (narracja doświadczenia). Rozpoznanie etapu, na którym zachodzi pomieszenie, pomoże, krok po kroku, przejść od słów pacjenta do doświadczenia relacyjnego, czyli „tekstu źródłowego”. Pytania, jakie towarzyszą pracy terapeuty Gestaltu, to: „Z jakim doświadczeniem relacyjnym żyje pacjent?”, „Jakie trudności napotyka w przeżywaniu, rozumieniu i w mówieniu o tym doświadczeniu?”, „W jaki sposób jego «dziwne» słowa są połączone z tym doświadczeniem?”, „Co się dzieje między terapeutą i pacjentem w kontakcie granicznym?”.

W GABINECIE | Pewnego dnia mój pacjent Claudio usiadł i powiedział: „Giovanni, mam wrażenie, że jesteś dzisiaj na mnie zły”. Wydawało mi się, że nie odczuwałem tego typu emocji w tamtym momencie i dlatego odpowiedziałem: „Nie wydaje mi się, abym odczuwał taką emocję. Ale skoro o tym mówisz, to pozwól, że wstucham się w siebie bardziej. Daj mi chwilę na zastanowienie się”. Po chwili namysłu odpowiedziałem: „Nie znajduję w sobie nic przeciwko tobie, ale skoro tak mówisz, to ta złość musi gdzieś być. W którym momencie ją zauważyłeś i w jakiej części mojego ciała? Spróbuj sobie przypomnieć”. Pacjent: „Zobaczyłem złość w twoich oczach”. Zapytałem: „Kiedy?”. On, po chwili: „Przypomniałem sobie! Twoje oczy były wściekłe, kiedy otworzyłeś mi drzwi”. Tego dnia nie było sekretarki i rzeczywiście to ja otwarłem drzwi. Odpowiedziałem: „Niech pomyślę...”. Nagle wszystko stało się jasne: „Masz rację – mówię – kiedy otworzyłem drzwi, moje oczy były wściekłe, ale nie na ciebie. Czytałem list od kolegi, który mnie zdenerwował, i kiedy otworzyłem ci drzwi, moje oczy mogły być jeszcze pod wpływem tamtej emocji”. „Dzięki Bogu! – skonkludował Claudio – nie jestem szalony!”.

W momencie, w którym pacjent kończy interakcję wykrzykując „Dzięki Bogu, nie jestem szalony!”, stwarza się w nim przestrzeń na trud, jaki podejmuje, aby opowiedzieć o sobie i o swoich doświadczeniach, bez poczucia bycia niezrozumianym lub nazwanym szalonym. Gdybyśmy nie doszli do tego, gdybyśmy nie uchwycili tego konkretnego powodu mojej złości, mógłbym w takiej sytuacji powiedzieć: „Mówisz, że czujesz we mnie złość na siebie. I chociaż nie znajdujemy konkretnego potwierdzenia tej złości, to jeśli tak mówisz, to coś w tym musi być. Na razie przejdźmy dalej. Ale jeśli poczujesz znowu coś takiego, lub podobnego, to powiedz mi o tym i wrócimy do tego: poszukamy, z czym to może być związane...”. Oczywiście szacunek i zaufanie do prawdziwości słów pacjenta borderline nie wyklucza możliwości, że może on projektować na terapeutę swoje doświadczenia. Jednak coraz wyraźniej widać, w jaki sposób aspekt kliniczny terapii Gestalt – zarówno procesów percepcyjnych, jak i pola semantycznego – ma, jak podkreślał From, utrzymać pacjenta w pewności, że jego wypowiedzi, nawet te najbardziej niezrozumiałe dla terapeuty, mówią o doświadczeniu

relacyjnym. Właśnie dlatego pacjent zawsze i w każdym przypadku ma (jakąś) rację. Zresztą za każdym razem chce podzielić się swoim doświadczeniem, jednocześnie nie wiedząc – i na tym właśnie polega pomieszanie! – że jego słowa mają „osobiste” znaczenia lub skojarzenia, które może nie są łatwe do zrozumienia (a właśnie to terapeuta będzie musiał zrozumieć), ale nie są błędne. To ten sam słownik, z różnymi znaczeniami lub odniesieniami gramatycznymi.

3. WDRUKOWANIE POMIESZANIA BORDERLINE

3.1 Wkład neuronauk

Neuronauki⁹ potwierdziły kształtowanie się doświadczenia na trzech poziomach (zmysł motoryczny, emocjonalny i poznawczy), które MacLean opisał w neuropsychologii jako pojęcie „trójjedynego mózgu”: „Mózg z mózgiem w mózgu” (MacLean 1985). Z perspektywy ewolucyjnej „mózg gadzi” rozwinął się jako pierwszy i jest odpowiedzialny za regulację stanu pobudzenia, homeostazę organizmu, impulsy seksualne oraz czuciowo-motoryczny poziom przetwarzania informacji, w tym impulsów związanych z dobrowolnymi ruchami. Układ limbiczny (tzw. mózg paleossaczy), obecny u wszystkich ssaków, łączy się z przetwarzaniem emocji, otacza mózg gadzi i pośredniczy w emocjach, procesach pamięciowych, uczeniu się oraz niektórych zachowaniach społecznych (Cozolino 2002). W każdym z tych mózgów tworzą się różne typy wiedzy (Ogden, Minton, Pain 2006). Mózg gadzi wytwarza „wrodzoną wiedzę behawioralną, czyli skłonność do instynktownych działań i nawyków zapewniającą prymitywną potrzebę przetrwania” (Panksepp 1998). Układ limbiczny związany jest z „wiedzą emocjonalną: subiektywnymi odczuciami i reakcjami emocjonalnymi na wydarzenia ze świata” (Panksepp 1998). Natomiast kora nowa (tzw. mózg neossaczy) generuje „wiedzę deklaratywną, czyli odnoszącą się do informacji o świecie” (Panksepp 1998). W rzeczy samej,

9 Por. Wilberowskie pojęcie hierarchicznego przetwarzania informacji, które opisuje ewolucyjną i funkcjonalną hierarchię między trzema poziomami organizacji doświadczenia: zmysłem poznawczym, emocjonalnym i motorycznym (Wilber 1996).

gestaltowska praca kliniczna dąży do analizy procesu tworzenia się gestaltu (rodzaj analizy Gestalt) w celu określenia miejsca, gdzie ulokowane jest pomieszenie borderline. Jest to praca fenomenologiczno-relacyjna, której celem jest zmniejszenie pomieszenia pacjenta oraz unikanie jakichkolwiek odniesień do ram nie związanych z jego treściami komunikacyjnymi. Specyfika i stopień nasilenia każdego zaburzenia borderline ustalane są na podstawie poziomu pomieszenia pacjenta. Dzięki tej ścieżce terapeuta będzie lepiej rozumiał werbalne i niewerbalne komunikaty pacjenta, które najpierw zostały określone jako „dziwne”, a teraz stały się jedynie „obce” i wymagające tłumaczenia. Uważam, że pojęcie, w jaki sposób pojawiło się i jak ustrukturyzowało pomieszenie borderline u pacjenta w trakcie jego ewolucyjnego procesu uczenia się, jest kluczowe, ale niewystarczające, aby traktować pacjenta borderline bez żadnych uprzedzeń terapeutycznych.

3.2 Teoria ewolucji i psychopatologia

Chcąc zrozumieć słownictwo i gramatykę pacjenta borderline, trzeba powrócić do momentu procesów wdrukowywania, kiedy dziecko (Salonia 2013a) zaczyna być świadome przeżyć własnych i innych ludzi (doznań, spostrzeżeń, emocji i odczuć międzycieleśnych) oraz uczy się słów służących do wyrażania tych doświadczeń. Określenie czasu oraz poziomu „pomieszenia” umożliwi dobranie ścieżki terapeutycznej odpowiedniej do różnych dróg powstania zaburzenia borderline. Istnieje wiele form zaburzenia, w zależności od momentu ewolucyjnego, w którym nastąpiło uczenie się języka przez pacjenta. Odnalezienie tych momentów ewolucyjnych staje się w terapii Gestalt kluczowym kierunkiem pracy terapeutycznej.

3.2.1 Nabywanie cech borderline w obszarze sensomotorycznym (funkcja Id)

Wszystkie traumatyczne „pomieszenia”, które powstają na etapie budzenia się świadomości doznań cielesnych (funkcja Id), tworzą głębokie zaburzenia. Matka zaczyna całować córeczkę w twarz, potem w szyję, jej pieszczoty stają się coraz intensywnie, aż wreszcie zaczyna ją gryźć. Pomimo werbalnych i niewerbalnych sygnałów dziecka matka nie rezygnuje, kontynuując używa naprzemiennie czułych i agresywnych słów. Ciało córki czuje się przytłoczone przeciwstawnymi doznaniem (ciepło,

czułość, atak, przemoc, rozdrażnienie). W ciele zostaje zapisane pomieszanie: za każdym razem gdy będzie całowana, w jej ciele pojawi się mieszanie przeciwstawnych doznań i emocji, wywołujących pomieszanie i dezorientację. Inny przykład: wcześniej rano ojciec wchodzi do pokoju swojej jedenastoletniej córki, która śpi, i agresywnym tonem pyta wulgarnie: „O czym śnisz? Ty mała ździro! Należysz do mnie!”. Takie gwałtowne wtargnięcie szaleńca dezorientuje i niszczy w dziewczynie spontaniczność spania, śnienia i budzenia się. Wymagana będzie obszerna praca kliniczna, aby przywrócić silnie zniszczoną spontaniczność.

Jednak najpoważniejszym doświadczeniem traumatycznego „pomieszania” jest kazirodztwo¹⁰. W takich zbrodniczych sytuacjach z klinicznego punktu widzenia należy wziąć pod uwagę to, że jeśli do nadużycia doszło w okresie wczesnodziecięcym, kiedy dziecko nie ma jeszcze odpowiednich narzędzi do nazwania tego doświadczenia, szkoda dotyczyć będzie funkcji Id (poziom senso-motoryczny). Ciało jest przekroczone i zdezorientowane z powodu podniecenia oraz sprzecznych i niespójnych emocji (przyjemność, ciepło, ból, przemoc, oszołomienie, bliskość, bierność, bezsilność itd.). Kiedy w przyszłości ciało doznawać będzie podniecenia lub stymulacji seksualnej, immanentnie odczuwać będzie w tym samym czasie inne emocje, takie jak niepokój, przemoc, potrzeba, wstręt, złość, intensywne poczucie pomieszania i zagubienia sensoryczno-behawioralnego.

Na etapie formowania się doświadczenia taki przekraczający sposób interakcji z dzieckiem może wprowadzać zamęt o różnym nasileniu (przykłady: „Idź spać. Nie widzisz, że jesteś śpiący?”, „Zjedz to, bo jesteś głodny”, „Zakryj się, jest ci zimno”, „Wiem, co ci się teraz stanie” itp.) i przerywać spontaniczność w fizjologicznym procesie doświadczania i uczenia się doznań cielesnych, emocjonalnych i relacyjnych. To tak, jakby przyswajać nazywanie emocji nie doświadczając ich, jakby zostały jedynie same nazwy (*nomina nuda tenemus*¹¹), które

10 Na temat nadużyć zob. Kepner 1995, Stupiggia 2007. Na temat kazirodztwa: zeznania E. Astera (2011). Zob. też Rozmowa Elisy Amenty z prof. Stupiggia (2012) oraz forum o wykorzystywaniu seksualnym Instytutu GTK pod redakcją dr E. Amenty. Jeśli chodzi o doświadczenia traumatyczne ogólnie, zob. Ogden, Minton, Pain 2006, a w szczególności teoria poliwagalna (Porges 2001).

11 B. Di Cluny, „Stat Roma pristina nomine, nomina nuda tenemus”, *De contemptu mundi* I, v. 952.

czasami nabierają różnych znaczeń. Takie postępowanie w interakcji z dzieckiem, nie potrafiącym jeszcze nazwać swoich doznań cielesnych, dezorientuje je. W toku uczenia się dziecko nabywa umiejętność rozpoznawania procesów i niuansów powstawania uczuć poprzez doświadczenie. Nieodpowiedni moment i zewnętrznie narzucony kierunek rozpoznawania uczuć zakłóca ten proces (na przykład „złość” nazwana będzie „lekkim rozdrażnieniem”). Conte podsumowuje: „Skutkuje to tym, że dziecko przedwcześnie zostaje wrzucone w określone ramy, charakteryzujące się fałszywą i zwodniczą empatią, która uniemożliwia mu nauczanie się właściwego określenia swoich emocji. Doświadczenie dziecka zostaje przerwane, powodując trudności w procesie symbolizacji i nadawania znaczenia doświadczeniu. Ta przekazywana przez rodzica zwodnicza antycypacja doświadczenia, zamiast pełnego szacunku wsparcia różnic, jest właśnie oszustwem relacyjnym. W rezultacie dziecko dorasta w pomieszaniu własnych przeżyć” (Conte 2011).

3.2.2 Do kogo przynależą doświadczenia?

W fazie uczenia się drugi poziom pomieszania dotyczy nie tyle procesów nazywania przeżywanych doświadczeń, co ich przynależności. Przykład pierwszy: dziecko pyta matkę, czy jest smutna, a matka – nieświadoma przeżywania i okazywania tego typu emocji – odpowiada wrogo: „Ja, smutna? Jestem szczęśliwa. To ty jesteś smutny/a”. Przykład drugi: jeśli do dziecka, które mówi, że jest smutne, matka odpowiada: „Co ty mówisz? To ja jestem smutna”, dziecko jest zdezorientowane w identyfikacji i prawidłowym przypisywaniu przeżyć. Inna sytuacja: Ania, 8-latką, jest podenerwowana niektórymi pieszczotami ojca, i pomimo że nie jest to jeszcze molestowanie, czuje, że coś jest nie tak. Kiedy wyraża swoje zakłopotanie, słyszy, że jest w błędzie, bo ma jakieś dziwne myśli. Ojciec nie jest świadomy cielesnych granic między sobą a córką i przypisuje jej błędne odczucia. Dziewczynka jest pogubiona i nie wie, czy przypisać „nieodpowiednie” przeżycie zachowaniu ojca czy swojej reakcji. Przychodząc na terapię opowiada o tym, że czuje się zraniona, kiedy doznaje nieprzyjemnych reakcji związanych z zachowaniami innych osób. Aby na nowo zyskać przejrzystość w relacjach z innymi, będzie musiała nauczyć się, że ciało należy tylko do niej i że nikt nie ma prawa dotykać go bez pozwolenia.

3.2.3 Trzeci poziom nabywania cech borderline: nazywanie przeżyć (funkcja Osobowości)

Inna forma „pomieszania”, którą można wywołać u dziecka, wiąże się z sugerowanymi, niewłaściwymi nazwami emocji, które dziecko przeżywa lub widzi w ciele drugiej osoby. Pomieszanie to następuje w funkcji Osobowości¹², gdy słowa, których się uczy, są nieadekwatne lub zniekształcają przeżycie, którego doświadcza.

W GABINECIE | W grupie szkoleniowej, na zakończenie zajęć, Anna wydaje się zrelaksowana i spokojna. Pytam ją: „Jak się czujesz?”. Odpowiada: „Czuję się niespokojna”. Jestem zaskoczony, uczestnicy też, ponieważ jej odpowiedź wydaje się niespójna z tym, co komunikuje jej ciało i z pracą, jaką wykonała. Proszę, aby opowiedziała mi, co czuje w swoim ciele, o swoich doznaniach i przede wszystkim skąd bierze się ten niepokój. Mówi: „Czuję, jak wibruje moje ciało, czuję przepływ energii, mam ochotę się ruszać... czuję się niespokojna!”. „Gdybyś mogła zamienić słowo „niepokój” na coś innego, pytam ją, to co byś powiedziała?”. Zaskoczona, pyta: „Czy nie tak wygląda niepokój?”. Następnie opowiada, że za każdym razem kiedy czuje we własnym ciele chęć ruchu, przypomina jej się matka, która w podobnych momentach mówiła: „Co ci jest? Dlaczego jesteś taka niespokojna? Czemu nie stoisz grzecznie?”

W takich sytuacjach powstało doświadczenie, uformowane i odczuwane jako własne, ale nazwa, którą mu nadano była „niewłaściwa” (według współdzielonego słownika). Błędne nazwy doświadczeń odnoszą się do poziomu doświadczenia poznawczego i narracyjnego, który psychoterapia Gestaltu definiuje jako funkcję Osobowości. Widać, że z klinicznego punktu widzenia konieczne jest przeprowadzenie analizy różnicowej typów i poziomów pomieszania i sprawdzenie, czy dotyczy funkcji Id (kształtowanie się doświadczenia w odczuciach i emocjach) czy też funkcji Osobowości (opowiadanie o sobie lub opowiadanie o doświadczeniu). Analiza ta staje się szczególnie potrzebna w sytuacjach kazirodycznych. Skala jest zasadniczo różna jakościowo,

12 Na temat funkcji Osobowości w teorii Self zob. Salonia 2012.

gdy dziewczynka wyraźnie odróżnia, co się dzieje (przekroczenie jej ciała i związane z tym reakcje), ale nie wie, czy ma prawo o tym powiedzieć i jak to zrobić. Jeśli też jest za to odpowiedzialna, to czy dorośli jej uwierzą? Czy właściwe będzie stwarzanie dodatkowych problemów między rodzicami czy w domu? Tutaj pomieszanie dotyczy znalezienia odpowiednich słów, zrozumienia i opowiedzenia o doświadczeniu, które w jej przeżyciu jest jasne.

Używanie niewłaściwych nazw w definiowaniu własnych przeżyć wprowadza pomieszanie nie tylko na poziomie poznawczym i narracyjnym, ale także szkodzi innym poziomom świata doświadczeniowo-relacyjnego. W rzeczywistości nauka mówienia u dzieci nie polega jedynie na znajdowaniu słów zapisanych w pamięci, a następnie mechanicznym powtarzaniu za pomocą ust, ale także na rozwoju zdolności językowych, które rozwijają się wraz z wiekiem i praktyką. Słowa, których dzieci się uczą, wzbogacają ich wiedzę i przygotowują umysł do zrozumienia tego, czego jeszcze nie słyszały, do wyjaśnienia tego, o czym już dawno słyszały i rozumiały połowicznie lub nie rozumiały w ogóle, oraz do uporządkowania świata (von Humboldt 1989).

To pomieszanie może dotyczyć także nazywania emocji innych osób. Angelo odbiera telefon od ciotki, która prosi aby przekazał go mamie. Po zakończonej rozmowie, pyta: „Mamo, ciotka miała dziwny głos. Co się jej stało?”. Matka, kłamiąc (ciotka była w szpitalu z powodu zawału serca męża), odpowiada: „Była trochę zmęczona”. Syn mówi: „Nie wydawała mi się zmęczona, tylko bardzo zmartwiona”. Być może z racji swojego wieku chłopiec znał już właściwe słowa, aby rozpoznać emocje po tonie głosu. Jeśli natomiast dzieci nie uczą się prawidłowych nazw identyfikujących doświadczenia innych, są skazane na pomieszanie i sprzeczne relacje. Jeśli błędnie nauczą się definiować np. „smutną” twarz, myląc ją z wyrazem obrzydzenia, to wywoła to szereg nieporozumień, i nikt nie zrozumie powodu ich powstania w tym konkretnym momencie. Długotrwałe powtarzanie się takich sytuacji tworzy definicję „dziwności”, charakteryzującą pacjentów *borderline*.

3.2.4 Teoria „podwójnego wiązania”

Szeroko rozumiane „oszustwo” zostało zdefiniowane w literaturze jako teoria „podwójnego wiązania”. Matka daje synowi dwie koszulki:

jedną białą i jedną czerwoną. Kiedy widzi swojego syna w czerwonej koszulce, woła płaczliwie: „Nie podoba ci się ta biała?!”. Dzieje się tak samo, gdy syn zakłada białą koszulkę.

Sytuacja „podwójnego wiązania” (Sluzki, Ransom 1979) występuje, gdy w komunikacji dwóch osób pozostających w ważnej dla nich relacji pojawia się niespójność między komunikacją jawną (werbalną) i metakomunikacyjną (niewerbalną: gesty, postawy, ton głosu itp.). Mówimy o „podwójnym wiązaniu” w momencie, gdy odbiorca komunikatu nie ma możliwości zdecydowania, który z dwóch poziomów jest istotniejszy, ani nawet zauważenia niespójności na poziomie jawnym. Przykładem przytoczonym przez Batesona (1976) jest matka, która widzi syna po długim pobycie w szpitalu z powodu zaburzeń psychicznych. Syn w geście czułości próbuje przytulić matkę, ona sztywnieje, na co syn wycofuje się, a wtedy matka mówi: „Nie bój się wyrażać swoich uczuć”. Na poziomie komunikacji niewerbalnej (usztynwienie) matka odrzuca gest czułości dziecka, natomiast na poziomie komunikacji werbalnej (zdanie wypowiedziane tuż po) zaprzecza temu, że to ona była odpowiedzialna za cofnięcie się syna. To sprawia, że czuje się winny i nie jest w stanie zareagować. Opierając się na własnych badaniach nad poziomami uczenia się, Bateson stawia hipotezę, że przyczyną schizofrenii jest chroniczne narażanie na podwójne wiązania w sytuacjach rodzinnych.

W rzeczywistości szkoła Palo Alto ustosunkowała się już do podobnych hipotez. W *Pragmatyce komunikacji ludzkiej*¹³ (Watzlawick, Beavin, Jackson 1971) opisano, że większość ludzi poddawana jest „podwójnym wiązaniom” w ciągu życia, ale są one „pojedyncze i poboczne [...]”. Inna sytuacja następuje, gdy było się narażonym na «podwójne wiązania» przez długi czas, stopniowo przyzwyczajając się i uważając to za normalne. Dzieje się tak na przykład, gdy dziecko posiada niewiele mechanizmów obronnych i myśli, że tak wygląda komunikacja na całym świecie” (Watzlawick, Beavin, Jackson 1971). Z drugiej strony zgodnie z modelem dystansującym się od identyfikacji i teoretyzowania pojedynczej przyczyny (przyczynowość liniowa) na rzecz wieloczynnikowych przyczyn i skutków działających wstecz

13 O paradoksalnym stylu komunikacji zob. Lumbelli, Parisi, Castelfranchi 1977.

(przyczynowość kołowa) Watzlawick i jego koledzy wyjaśniają, że „podwójne wiązanie nie powoduje schizofrenii. Można jednak uznać, że jeśli «podwójne wiązanie» stało się dominującym modelem komunikacji [...], to zachowanie osoby spełnia kryteria diagnostyczne schizofrenii” (Watzlawick, Beavin, Jackson 1971).

3.2.5 Początek i przejawy stylu relacyjnego borderline

Kiedy i jak powstaje styl relacyjny borderline? Teoria rozwojowa Gestaltu mówi o pierwotnym doświadczeniu relacyjnym, w którym konfluentna, ciepła i nieustępliwa postać rodzicielska nie toleruje faktu, że dziecko może mieć spostrzeżenia, emocje i przeżycia różne od rodzicielskich. W celu złagodzenia niepokoju narzuca wzorce percepcyjne oraz słowa niepokrywające się z doświadczeniami dziecka. Na przykład będzie nazywać żywotność dziecka „niepokojem”. Ta hipoteza etiologiczna umiejscawia pojawienie się stylu relacyjnego borderline w fazie konfluencji i introjekcji, a więc wcześniej niż w teorii Mahler (Mahler, Pine, Bergman 1975, Salonia 2013a, Mahler, Kaplan 1977), która lokuje zaistnienie zaburzenia borderline w fazie „ponownego zbliżenia”. Różnice w umieszczeniu początku zaburzenia borderline wynikają z faktu, że teoria Mahler przygląda się behawioralnemu czynnikowi zaburzenia borderline, podczas gdy Gestalt skupia się na momencie, w którym po raz pierwszy wystąpiły przesłanki rzeczywistego zaburzenia: dziecko uczy się, jak widzieć świat (zewnętrzny i wewnętrzny) i jak go nazywać (około 5–6 miesiąca życia). W początkowych stadiach dziecko nie zauważa tego semantycznego pomieszania, ponieważ dzieli świat z matką, która również jest pomieszana. Dopiero w fazie, w której zaczyna chodzić i oddala się od matki, dając początek własnej przygodzie, coraz wyraźniej będą pojawiać się problemy: nie będzie w stanie zrozumieć innych i nie będzie czuło się rozumiane. Nazywając żywotność „niepokojem” (własnym lub innych osób), krok po kroku będzie postrzegane przez ludzi i będzie postrzegać siebie jako „dziwne”, zacznie gromadzić i utrzymywać w sobie poczucie izolacji, gniewu i pomieszania. Warto pamiętać, że jeśli pomylimy nazwy konkretnych przedmiotów, spotka się to z natychmiastowym zaprzeczeniem (jeśli dziecko nazywa chleb „stołem”, doświadcza konsekwencji błędnie użytego terminu). Jeszcze bardziej skomplikowane jest doświadczanie zaprzeczeń i rozpoznawanie błędów w świecie przeżyć

cielesno-relacyjnych. Te elementy wpływają na separację dziecka od matki. Co prawda z pewnego punktu widzenia następuje oddzielenie dziecka od figury rodzicielskiej, ale w rzeczywistości pozostają zespoleni w pomieszaniu, które ich połączyło (na poziomie doznań, struktur percepcyjnych, emocji i słów). W praktyce pacjent borderline nabywa swoją tożsamość, ale nie zaznaje zróżnicowania doświadczeń. Jego schemat relacyjny można określić w ten sposób: „Wiem, kim jestem ja i kim jesteś ty, ale nie wiem, do kogo należą przeżycia”. Rozwija się u niego specyficzna ambiwalencja („nie mogę z tobą być / nie mogę być bez ciebie”). Chce być blisko, bo pragnie emocjonalnego ciepła, ale po pewnym czasie nagromadzonych nieporozumień i gniewu chce się oddalić. Im więcej ciepłych uczuć w relacji, tym więcej pomieszania i niepokoju. Kiedy nie wie już, czego chce, pojawia się potrzeba ucieczki i oddalenia się, aby odnaleźć siebie. Jeśli odchodzi i się dystansuje, jego pomieszanie maleje, ale wzrasta poczucie samotności. Zobaczmy, że wiele typowych trudności („dziwności”) pacjenta borderline bierze się właśnie z tego pomieszania.

3.2.6 Styl relacyjny borderline: między teorią Self a teorią cyklu kontaktu

Reasumując, umieszczenie stylu relacyjnego borderline w teorii Self (Perls, Hefferline, Goodman 2022, Salonia 2012) (czyli w funkcji Id lub w funkcji Osobowości) ma wyraźne implikacje kliniczne. Na przykład jeśli terapeuta uściśnie pacjentowi rękę, a ten natychmiast ją wycofa, mówiąc, że czuje się zakłopotany, pierwszą interwencją kliniczną będzie zbadanie, której funkcji dotyczy zakłopotanie. Trzeba zadać pytanie, czy czuje zakłopotanie w dłoni, ciele czy też jest ono związane z takimi myślami jak: „Tak się nie robi”, „To nie jest w porządku” itp. Konieczną i wymaganą podstawą do dalszej pracy klinicznej w tym przypadku jest rozróżnienie pomieszania poprzez umiejscowienie go albo w ciele, albo w narracji. Pomieszanie dotyczące funkcji Id wymaga długiej i delikatnej interwencji, powolnego procesu stopniowego klaryfikowania całej gamy sprzecznych i nieuporządkowanych doznań.

Umiejscawiając styl relacyjny borderline w teorii cyklu samoregulacji (Perls, Hefferline, Goodman 2022, Salonia 1989), terapeuta musi pamiętać, że pacjent borderline zaczyna każde doświadczenie w stanie

pomieszania. Nie posiada odpowiednich narzędzi semantycznych, aby rozszyfrować i opowiadać o własnych i cudzych przeżyciach. Z tego już pomieszanego tła wyłaniają się nieuniknione potrzeby, także pomieszane. Zamiast precyzować i otwierać się na działanie, gromadzi się coraz więcej pomieszanych potrzeb i nie może dojść do doświadczenia kontaktu.

Niezbędne jest odróżnienie pomieszania pacjenta borderline od pomieszania pacjenta neurotycznego lub psychotycznego¹⁴. Pomieszenie borderline jest w rzeczywistości bardziej intymne, w pewnym sensie pacjent jest świadomy tego, co się z nim dzieje, ale nie jest w stanie odróżnić pomieszanych doznań, opowiada o nich słowami zrozumiałymi dla siebie, a kompletnie niezrozumiałymi dla innych. Zaburzeniem pacjenta borderline nie jest typowy dla neurotyków brak świadomości tego, co się z nimi dzieje, ani brak tożsamości, jak u psychotyków, ale brak jasności, co się wydarza w jego wewnętrznym i interpersonalnym świecie. Z punktu widzenia cyklu kontaktu pomieszenie pacjenta borderline zachodzi na samym początku kształtowania się doświadczenia (tj. na etapie, w którym doświadczenie relacyjne jest blokowane), jego zaburzenie zatem kształtuje się w fazie pre-kontaktu (Fabbrini 1997).

4. ŚCIEŻKI TERAPEUTYCZNE

W pewnym sensie praca terapeutyczna winna prześledzić przebieg procesu rozwoju doświadczenia relacyjnego pacjenta, aby móc uchwycić sedno pomieszania. Metodologia fenomenologiczno-gestaltowska uwzględnia percepcję pacjenta (nawet jeśli jest „dziwna”), tym samym pozwalając terapeutce poznać jego opowieść, w celu przetłumaczenia na współdzielony język tego, jak widzi świat. Każda interwencja omijająca ten wstępny proces okazuje się nieskuteczna, a może nawet szkodliwa. Jest jedynie interakcją, gdy zaangażowani nie zdają sobie sprawy, że chociaż używają tego samego języka, to przypisują słowom

¹⁴ Nie sądzę, aby można było mówić o konfuzji granicznej w sytuacji opisanej przez Dreitzela, gdy dziecko jest zdezorientowane różnorodnością ojca i matki. Nie zgadzam się z następującą definicją: „Z punktu widzenia terapii Gestalt musimy przede wszystkim mieć świadomość, że doświadczenie borderline wywodzi się ze schizoidalnych i narcystycznych sposobów doświadczania w zmieniających się konstelacjach” (Dreitzel 2010).

różne znaczenia. Jeśli jedna osoba twierdzi, że godzina to bardzo długo, a druga, że bardzo krótko, będą w konflikcie (w dodatku bezprzedmiotowym!), dopóki im się nie uświadomi, że mają różne punkty odniesienia (pierwsza porównuje godzinę z minutami, druga z latami!).

4.1 Hermeneutyczne horyzonty

4.1.1 Horyzont jasności (bardziej niż świadomości)

To założenie wyjaśnia, czemu niektóre podejścia nie dbają o precyzyjną identyfikację i poszanowanie doświadczeń pacjenta, w konsekwencji prowadząc do nieskutecznej, a nawet szkodliwej terapii. Poniżej przedstawiam przykłady epistemologicznego i klinicznego nonsensu w pracy z osobami borderline:

- intensyfikowanie poziomu emocji pacjenta (spotęgowałoby to pomieszanie i nieporozumienie);
- sugerowanie interpretacji (wywołałoby to udrękę z powodu powtórzenia schematu relacyjnego: „Nie ufaj temu, co słyszysz, bo to nieprawda; to oznacza coś, czego ty nie wiesz”);
- badanie przeszłych doświadczeń w poszukiwaniu znaczenia aktualnego cierpienia (zwiększyłby to pomieszanie związane z obecnym doświadczeniem);
- praca nad wglądem (byłaby oznaką niepoprawnej diagnozy, pacjentowi borderline brakuje jasności, a nie świadomości);
- werbalizowanie treści emocjonalnych (brzmiałoby to jak ograniczanie i definiowanie doświadczeń pacjenta);
- skonfrontowanie pacjenta z jego niezdolnością do „reprezentowania wewnętrznych stanów psychicznych, w odniesieniu do siebie lub do innych” (taka interwencja ujawnia zaburzenie terapeuty i ignoruje zasadę, w której można otworzyć się na świat Drugiego, dopiero gdy ma się jasność we własnym świecie);
- wchodzenie w eskalacje tego, „kto ma rację”, a kto „się myli” między terapeutą a pacjentem (interwencja nieterapeutyczna i powtarzająca wzory relacyjne, które doprowadziły do zaburzenia pacjenta borderline).

Innymi słowy, terapeuta musi całkowicie polegać na słowach pacjenta, nawet jeśli brzmią niezrozumiale i dziwnie: raz wyjaśnione,

ujawnią intymne i spójne prawdy. Dzięki takiemu podejściu, które przeprowadza nas od dziwności do wdrukowanych doświadczeń, wiele zachowań pacjenta zostaje wyjaśnionych. Można uznać, że w terapii borderline od terapeuty wymaga się nadmiaru świadomości, który służy procesowi dążenia do jasności, a nie do świadomości pacjenta.

4.1.2 Horyzont życzliwości (bardziej niż ciepła)

Pomieszenie pacjenta borderline nastąpiło w fazie konfluencji z matką, czyli relacji pełnej ciepła i uwagi. Nauka, która miała miejsce w tej fazie, okazała się nieadekwatna lub niewłaściwa, tworząc pomieszenie i zagubienie. Sytuacja podobna do tej, gdy po wypiciu mleka matki dziecko boli brzuch z tego powodu, że mleko było zepsute.

Kiedy pacjent uświadamia sobie, że to, czego nauczył się od matki, nie odpowiada jego wewnętrznemu światu, cierpi z powodu tej rozbieżności tak bardzo, że odczuwa w relacjach nieustanny niepokój, rodzaj antagonizmu pomiędzy prawdą własną a ciepłem relacji. Będzie wytrwale poszukiwał prawdy i rozwinie się w nim nietolerancja na ciepło/bliskość. Fobia przed ciepłem to kolejny element charakterystyczny dla pacjenta borderline właśnie dlatego, że doświadczył oszustwa. Gdy czuje w związkach miłosnych ciepło, na poziomie afektywnym pojawia się w nim niepokój i pomieszenie. Jeśli to możliwe, musi się zdystansować (danie mu takiej szansy jest zdecydowanie terapeutyczne), ponieważ ryzykuje, że zostanie wciągnięty w psychotyczną fuzję, straci swoją tożsamość i nie będzie w stanie odróżniać tego, czego chce, od tego, czego chcą inni. Rozróżnienie potrzeby dystansu u pacjenta borderline od potrzeby dystansu u pacjenta narcystycznego może być bardzo przydatne. Na poziomie behawioralnym jest to ten sam ruch: borderline oddala się, aby dowiedzieć się, czego chce, gubi się w relacji pełnej ciepła, natomiast narcyz oddala się i retroflekтуje ze strachu przed zaborczą konfluencją. Ta rama relacyjna obrazuje walkę pomiędzy autonomią a zależnością. Na przykład charakterystyczną cechą pacjenta borderline jest nieregularne przychodzenie na sesje. From wyrażał się bardzo jasno w tej kwestii: „Pozwól pacjentowi borderline decydować o rytmie sesji”. To, co inni definiują jako „niestałość”, jest dla niego systemem samoregulacji. Kiedy pacjent poczuje narastające ciepło w relacji, nasila się w nim jednocześnie pomieszenie, potrzebuje

wtedy nabrać dystansu i spędzić trochę czasu w samotności, aby zrozumieć, co go naprawdę interesuje, a co jest indukowane.

Po sesji, w której doświadczyłem bardzo jakościowego porozumienia z pacjentką, na kolejnej sesji wydawała się zimna i zdystansowana, jakby już zapomniała, co wydarzyło się na poprzedniej. Ciepłe przyjęcie na ostatniej sesji zostało uznane przez nią za nadmierne i ją zdezorietowało. Teraz chciała być sama, żeby znaleźć trochę jasności. W afektywnym doświadczeniu pacjenta borderline ten styl relacyjny zmienia się naprzemiennie z „Nie mogę żyć z tobą” na „Nie mogę żyć bez ciebie”.

Z tego powodu życzliwość terapeuty jest właściwym stanem emocjonalnym potrzebnym w terapii pacjenta borderline. Terapeuta musi jednak unikać zaproszenia do wyrażania zbyt dużej bliskości i ciepła. Na przykład dobrze jest pozostać na „pan/pani”, zamiast być lub proponować przejście na „ty”. Można zatem wnioskować, że dla pacjenta borderline jasność i życzliwość w relacji są ważniejsze i bardziej znaczące niż ciepłe przyjęcie.

4.1.3 Horyzont tła (bardziej niż figury)

Terapeuta musi stworzyć klimat zaufania. Celem terapii pacjenta borderline nie jest odsłonięcie czegoś podświadomego lub osiągnięcie jakiegoś szczególnego wglądu, który będzie inspirujący i kluczowy. Wręcz przeciwnie, pojedyncza sesja czasami wydaje się nie przynosić żadnych efektów. W rzeczywistości celem jest stworzenie atmosfery zaufania i ochrony dla pacjenta w perspektywie średnio- i długoterminowej, ponieważ chodzi o stopniowe wyjaśnianie wielu nieporozumień. Innymi słowy, działanie terapeutyczne skupia się najpierw na funkcji Osobowości¹⁵, czyli relacji terapeuta-pacjent. Ta relacja ma decydujące znaczenie, gdy pamięta się o tym, że zaufanie do pierwszych znaczących postaci w życiu pacjenta zostało zawiedzione. W tym sensie konieczna jest praca w tle, a nie skupianie się tylko na figurze. W moim doświadczeniu sygnałem, że tworzysz odpowiedni klimat w terapii, gdy pacjent nie musi się bronić i nie czuje się zagrożony jakimkolwiek nie-

15 Nie zgadzam się ze stwierdzeniem Mullera (2013), że nie ma znaczenia, czy pracujemy nad funkcją Id czy nad funkcją Osobowości oraz że kolejność nie ma znaczenia. Jeśli zapytam narcyza „Co czujesz?”, otrzymam odpowiedź „Co powinienem czuć?”, zanim jeszcze określi się jako „pacjent”. Położenie nacisku na funkcję Osobowości jest priorytetem i stanowi podstawę dla efektywnej pracy terapeutycznej (Salonia 2013b).

porozumieniem, jest postępujący relaks w układzie ciała podczas sesji. Pamiętam, że w pracy z jedną dość wymagającą pacjentką, która robiła powolne postępy, zorientowałem się, że proces terapeutyczny mimo wszystko szedł naprzód, właśnie po sposobie, w jaki pacjentka siedziała w fotelu, coraz bardziej zrelaksowana i spokojna.

4.2 Ćwiczenia z tłumaczenia języka borderline

Zachowania pacjenta borderline w życiu codziennym są opisane w DSM-5¹⁶ i zdefiniowane w psychopatologii jako „dziwne” i prawie niezrozumiałe. Kryteria diagnostyczne DSM-5 w szczególności opisują: idealizację–dewaluację, bliskość–odległość, obsesję, lepkość, kontrolę, manipulację, rozwiązłość, halucynacje, uzależnienie, niespójność, pomieszanie i niekontrolowany gniew. Docelowa jakość charakteryzująca tę „dziwność” jest tak specyficzna, że nabiera wartości diagnostycznej, odróżniającej pacjenta borderline od psychotycznego lub neurotycznego.

Czytając (lub tłumacząc) „dziwne” słowa i zachowania pacjenta borderline można wyodrębnić różne modele terapii. Gabbard pisze na przykład: „[Pacjenci borderline] często przywiązują się do swojego postrzegania rzeczywistości jako niepodważalnego faktu, zamiast traktować go jako jedną z możliwych alternatyw” (Gabbard 2006). To przywiązanie do percepcji traci patologiczne znaczenie, jeśli odczyta się je jako swoistą pewność, której pacjent się trzyma, aby nie czuć się przytłoczonym psychotycznym pomieszczeniem (jakiego doświadczył na początku swojej historii i teraz boi się, że powtórzy się to z terapeutą!).

Według terapii Gestalt „dziwne” zachowania pacjenta borderline wynikają z jego doświadczenia relacyjnego, którego nie jest w stanie zrozumieć i opowiedzieć o nim innym, nie posiada bowiem narzędzi uwspólnionych lub tych różniących się od nich. Słowa i zachowania pacjenta borderline są prawdziwym językiem komunikowania własnych przeżyć, cielesnych i relacyjnych znaczeń (doznań, emocji, spostrzeżeń), których doświadcza w byciu-w-teraźniejszości-w-relacji. Obecność nabiera kształtu w przeżyciach i wtedy można doświadczyć

¹⁶ Por. ATP 2023. Aktualna interpretacja gestaltowska fragmentu DSM-5 poświęconego zaburzeniom osobowości typu borderline zob. znacząca praca G. Gionfriddo, *La trama relazionale borderline: lettura gestaltica dei criteri tra corpo e parola, spazio e tempo*, HCC Kairos Gestalt Institute, 2012–2013.

prawdziwej relacji. Psychopatologia diagnostyczna i gestaltowska określa doświadczenie cielesno-relacyjne między pacjentem a terapeutą jako miejsce dyskomfortu i cierpienia psychicznego, a więc miejsce wymagające leczenia. Oddzielenie zachowań od przeżyć jest motywem przewodnim w pracy klinicznej.

Elena, pacjentka borderline, uzależniona od alkoholu. Kiedy jej rodzice, niezadowoleni z powolnego tempa powrotu córki do zdrowia, wysyłają ją na terapię dla alkoholików, objawy się pogarszają. Leczenie uzależnienia (od alkoholu lub innych środków) bez uwzględnienia, że przeżycia pacjenta borderline bardzo różnią się od przeżyć alkoholika, powoduje jedynie zamieszanie i szkodzi pacjentowi. Tłumaczenia zachowań pacjenta borderline (tzn. jego języka) na współdzielony język przeżyć jest dla terapii Gestalt punktem wyjścia i punktem docelowym w pracy klinicznej.

Jak wiadomo, nastrojem towarzyszącym pacjentowi borderline jest pomieszenie. Poza dostrzeganiem niewielkiej jasności we własnym emocjonalnym świecie czuje się zagubiony w relacjach z innymi: czuje się nie na miejscu¹⁷ i nierozumiany, mimo że mówi tym samym językiem co inni. Nie jest świadomy (podobnie jak osoby, które wchodzą z nim w interakcje), że posługuje się idiograficznym cielesno-poznawczym słownictwem, co czyni go niezrozumiałym dla innych, a innych niezrozumiałymi dla niego. Jego interakcje są postrzegane jako katastrofalne. Budują wtórnie doświadczenie agresji i niepowodzeń, z ryzykiem dziwnych i nieprzewidywalnych zachowań. W związku z tym, że osoba borderline żyje nieprzerwanie w zawilej sieci zamętu (postrzega innych fragmentarycznie) i sama nie rozumie tego, co się w niej dzieje, jej funkcjonowanie w relacjach jest pełne zagmatwanych sytuacji. Dzięki swojemu szczególnemu wyczuleniu nawet na najmniejsze, subtelne nieuczciwości, gdy tylko odczyta manipulacyjny komunikat ze strony innej osoby, ma poczucie, że oszaleje, nie mogąc nazwać cierpienia i wzburzenia, jakie odczuwa. W celu uspokojenia nieznośnej udręki może uciec się do autodestrukcyjnych lub destrukcyjnych dla innych zachowań (*acting out*).

17 Por. w nawiązaniu do znakomitej pracy A. Amato, *Il mondo è fuor di Squadra. Che maledetto dispetto esser nato per rimetterlo in sestol (Amleto)*. *Gestalt Therapy e stile relazionale borderline*, HCC Kairos Gestalt Institute, 2011–2012.

4.2.1 Od „dziwnych” zachowań do cielesno-relacyjnych przeżyć

- **Pacjent borderline nie przyjmuje przeprosin**

W GABINECIE | Kiedy przeprosiłem Giadę podając powód nagłego zakończenia naszej poprzedniej sesji, byłem zaskoczony jej negatywną reakcją i narastającą irytacją. Ponowiłem przeprosiny, powtórzyłem powód (nie mając w sobie żadnych negatywnych uczuć do niej), ale jej złość nie zmalała, co więcej, wydawała się nasilać. Wziąłem w nawias myśl, że „pacjenci borderline są dziwni” i starałem się zrozumieć logikę Giady. W pewnym momencie wyczułem subtelna manipulację ukrytą w moich przeprosinach. Giada miała rację: przepraszając ją na początku sesji, chciałem ukoić jej gniew. Przyszedł mi na myśl przykład partnera, który po zdradzie prosi o wybaczenie i oczekuje, że druga strona przestanie się natychmiast złościć. Giada w momencie, gdy zdołała wyrazić poczucie gniewu i go wyartykułować (i słusznie!), odebrała moje przeprosiny jako sposób na uspokojenie lub rozproszenie jej gniewu (coś w stylu: „Możesz się złościć, ale nie za bardzo, chyba, że na to pozwolę”). Jej zachowanie (nieprzyjęcie przeprosin) ujawniło z kolei moją nieświadomą próbę manipulacji („Nie zostawiaj mnie w tym zakłopotaniu”, „Niech twój gniew na mnie od razu minie”).

Nauczyłem się od niej mówić do pacjentów borderline: „Masz rację. Opowiedz mi coś więcej o twoim gniewie. Jeśli zechcesz, to ja też opowiem ci o powodach mojego zachowania”. Terapeuta musi zdać sobie sprawę z tego, że osoby potrzebujące jasności zwariują, jeśli będą zmuszone do zrozumienia dwóch przeciwstawnych powodów. Pomieścić przeciwstawne emocje to bardzo skomplikowany proces emocjonalny dla osoby, która ma w sobie poczucie pomieszania i która próbuje jasno wyrażać emocje. Pół roku później, w dość podobnej sytuacji, zaproponowałem Giadzie, aby zachowała w sobie złość na mnie i mimo wszystko spróbowała przyjąć moje uzasadnienie. Udało jej się wyrazić swoje racje jasno i wyraźnie, a także przyjąć moje.

- **Pacjenci borderline nie tolerują żadnych błędów**

Pacjent borderline operuje tak zwanym „rozszczeniem borderline” właśnie po to, aby chronić się przed kolejnym pomieszaniem: świat jest albo czarno, albo biały, z naprzemiennymi przejściami od idealizacji do dewaluacji. From nauczał, że czasami terapeuci nazywają rozszczenie (*Split*) procesem, który dla pacjenta borderline jest szybkim przejściem (*Shift*) z funkcji Id do funkcji Osobowości. Na porządku dziennym funkcjonuje niezdolność pacjenta borderline do tolerowania błędów. Czasem wystarczy pojedynczy, zwykły błąd terapeuty. Często zdarza się, że dla pacjenta borderline błąd idealizowanej przez niego osoby staje się nie do zniesienia do tego stopnia, że zmusza go do przejścia od idealizacji do dewaluacji. O tego rodzaju doświadczeniu i przeżywaniu mówi poniższy fragment:

*i ty, stajesz na mojej drodze,
raz jesteś diabłem, raz bogiem,
maluję cię na biało, maluję na czarno,
a jeśli mój bóg ubierze się w czerń,
złością zbrukam swój wewnętrzny świat.*

Ktoś, kto ma w sobie tyle niepokoju i pomieszania, nie jest w stanie znieść kolejnych, niejasnych komunikatów ze świata zewnętrznego. Uspokajają go natomiast jasne i jednoznaczne komunikaty. Do szalu doprowadzają pacjenta borderline pomieszane wiadomości, których nie umie rozszyfrować. Woli czuć wyraźny ból (spowodowany przez innych lub siebie), niż znajdować się w niejednoznacznej sytuacji. Pewnego razu pacjentka powiedziała mi, że mając ze swoim partnerem jakiś konflikt, a chwilę później dużą bliskość, czuła, że oszaleje. Żeby się uspokoić, musiała powrócić do znanych sobie, autodestrukcyjnych zachowań: albo ciepłe piwo albo stosunek z kimś, kim pogardzała. Pacjent borderline mieści tylko jedną emocję, łatwiej mu znieść negatywną, niż zestawić i skontenerować dwie o przeciwnym znaczeniu. Pamiętając o tej dynamice, ewentualny błąd terapeuty można przekuć na moment rozwojowy, jeśli terapeuta nie broni się, nie przeprasza, potrafi być z przeżyciami pacjenta oraz daje mu czas, którego ten potrzebuje do zebrania razem pomieszania i złości, złości i zrozumienia (czarny i biały).

- **Pacjent borderline ma fobię przed introjekcją**

Kolejną cechą pacjenta borderline jest fobia przed introjekcją. Przejawia się poprzez niedostępność i niemożność słuchania nawet tego, co terapeuta mówi podczas sesji. To zjawisko bierze się z tej samej dynamiki i logiki. Taki wzorzec relacyjny powoduje problemy w terapii, ale musi być głęboko szanowany i wspierany. Pacjent nie może być otwarty na inne kanały (*input*), jeśli najpierw nie uporządkuje swojego wewnętrznego świata. W ten sposób chroni się przed narastającym pomieszaniem w sobie, i w relacji.

Terapeuta nie powinien prowadzić pacjenta w kierunku, którego ten nie czuje jeszcze jako swojego. W obliczu różnic percepcyjnych terapeuta musi dążyć do wzrostu własnej świadomości, mając na uwadze, że zdeorientowany pacjent nie zniesie więcej informacji i przede wszystkim potrzebuje pomocy w wyjaśnianiu pomieszania w sobie. Podstawowa zasada terapii z pacjentem borderline mówi, że terapeuta musi być przejrzysty. Kierunkiem rozwoju pacjenta staje się jego niepoohamowana potrzeba jasności i prawdy, przeżycia przywrócić sens i spójność jego słowom oraz zachowaniom.

- **Pacjent borderline jest uparcie przywiązany do szczegółów**

Gdy pojawiają się różnice w opiniach, pacjent borderline w obronie swojej tezy przedstawia jeden lub więcej szczegółów, uparcie przez niego powtarzanych. Obsesyjne przywiązanie do szczegółów i wnioskowania (czasem nawet arbitralnego) może powodować irytację terapeuty. Odpowiada ono jednak logice osoby, która boi się zostać ponownie oszukana, zmanipulowana lub zdeorientowana, i dlatego musi nieustannie weryfikować prawdziwość słów innych. Jak głosi stare przysłowie: diabeł tkwi w szczegółach. Badanie szczegółów i fiksacja na nich ujawniają brak zaufania do słów. W ciele i umyśle pacjenta borderline są obecne i aktywne myśli typu: „Kto wie, czy to, co mówi, jest prawdą”, „Nie mogę dać się znowu nabrać”, „Sprawdźmy szczegółowo prawdziwość jego słów”, „Jeśli wyłapuję jakiś szczegół, który potwierdza moje podejrzenia, jestem spokojny, wiem, jak się chronić... i nie pozwolę się znowu oszukać!”.

- **Pacjent borderline ma fobię bycia definiowanym, nawet jeśli pozytywnie**

Jednym ze sposobów interwencji, który pacjent borderline postrzega jako przemocowy, jest poczucie bycia definiowanym.

*Nie szukam wymówek, nie chcę się mylić,
wszystko wydaje się oszustwem,
nie umiem siebie słyszeć ani wyrażać,
ale nie pozwolę się zdefiniować,
jeśli moje słowa wydają się nietypowe,
nie zwracaj uwagi, to mój alfabet,
pomieszany, bezsensowny, niespójny*

Kiedy pacjent borderline czuje się definiowany, obawia się nowego oszustwa. Pomijając ryzyko, że sama definicja może być błędna, to każda jest ograniczeniem i roszczeniem. Również komplement („Jesteś bardzo miły”) może wywołać nieprzewidywalne reakcje, jeśli jest odbierany (słusznie!) jako subtelna manipulacja: „Mówię ci, że jesteś miły w nadziei, że nadal taki będziesz”.

Co ciekawe, jak na ironię losu, nawet nazwa określająca tych pacjentów pozostaje niezdefiniowana „border-line”, czyli z pogranicza, ani psychiatrycznego, ani neurotycznego, niedefiniowalnego. Każda etykieta przypisywana pacjentowi borderline (alkoholik, depresyjny, uzależniony czy inne) jest błędem diagnostycznym i terapeutycznym.

- **Pacjent borderline ma swój własny język werbalny**
Język werbalny borderline jest intrygujący.

W GABINECIE | W grupie superwizyjnej dla zespołu pracowników Społecznego Ośrodka Zdrowia Psychicznego rozmawialiśmy o języku ich rezydentów (ciężko chorych pacjentów), dokonując rozróżnienia języka psychiatrycznego od borderline. Jedna z pracownic miała obiekcje: „Podzielam wasze próby zrozumienia ich języka, choć czasami pacjenci są nie do wytrzymania... zawsze powtarzają to samo zdanie, jak zdartą płytę”. Koterapeutka poprosiła ją o podanie przykładu. „Kiedy odwoziłam naszego pacjenta do miasta, przez całą drogę powtarzał to samo: «Dlaczego kobiety nie zostają w domu, tylko idą do pracy?». Nie było wyjaśnienia, które by go uspokoiło.

Po prostu nie do zniesienia!”. Koterapeutka zapytała: „Jak się czułaś tamtego ranka? Jak wyglądała twoja jazda samochodem?”. Po chwili zastanowienia powiedziała: „To był dzień, który zaczął się naprawdę źle. I do tego jeszcze te skargi pacjenta. Byłam bardzo zdenerwowana w trakcie jazdy”. Pojawiły się uśmiechy na twarzach uczestników, a koleżanka zapytała: „Nie myślisz, że może chciał ci powiedzieć «Jedź spokojniej»?”. Też się uśmiechnęła, bo zrozumiała, że to prawda: pacjentowi trzeba pomagać w wyrażaniu się w jasny sposób, a szofer z ośrodka powinien być bardziej świadomy od pacjenta.

Pierwszym krokiem dla terapeuty jest droga od dialogu zewnętrznego do dialogu wewnętrznego (Franta, Salonia 1979, Salonia, Di Cicco 1982, Bandler, Grinder 1981). Warto pamiętać o zasadach gramatyki transformacyjnej¹⁸, która pozwala na wyłonienie się głębokich struktur języka poprzez znieskształcenia, takie jak generalizacja, nominalizacja, unieważnianie.

- **Relacyjny *acting out* pacjenta borderline**

Mając na uwadze relacyjne tło, można zrozumieć każdy *acting out*, który stanowi poważne ryzyko w terapii z pacjentem borderline. Są to gesty samookaleczające, mające na celu ukojenie niepokoju i nagłego poczucia szaleństwa w momentach, gdy pacjent nie ma pod ręką innego realnego wyjścia awaryjnego. W sytuacji, kiedy czuje się oszukany i nie jest w stanie wydostać się z tego poczucia, nie potrafi w inny sposób wyrazić implodującej wściekłości. Gdy jest bezradny wobec oszustwa, może dojść do skrajnej przemocy, czuje, że zaraz zwariuje, bo ktoś dla niego ważny doprowadza go do szału, wyzwalając w nim gwałtowną wściekłość, czasami niepohamowaną furję. Jeśli *acting out* pojawia się w terapii, może odnosić się do relacji pacjenta borderline z terapeutą, który stał się dla niego osobą znaczącą. Mówimy tu o gestach samookaleczania zdarzających się, gdy wybuch złości jest połączony z poczuciem winy („coś jest ze mną nie tak”), a osoba, którą stawia wyżej od siebie, jest nietykalna lub nie do zastąpienia (próba samobójcza pacjenta borderline ma szczególne konotacje i wymaga interwencji innej od tej z neurotykami czy z psychotykami). Czasami eksplozja gniewu może być

18 O gramatyce transformacyjnej: Chomsky 1968.

wymierzona w innych. W obu tych przypadkach kluczowa jest praca terapeutyczna, której celem jest uchwycenie i wydobywanie sedna pomieszczenia wywołujących wybuch, a w konsekwencji *acting outu*.

W GABINECIE | O siódmej rano dzwoni moja komórka. To Luisa, która wzburzonym i kontrolującym głosem mówi mi, że podcina sobie żyły. Rozmawiamy. Upewniam się, że sytuacja nie jest aż tak poważna. Powoli się uspokaja. Odkładając słuchawkę zastanawiam się, co zrobiłem na ostatniej sesji (terapia rozpoczęła się kilka miesięcy temu), co mogło tak zdezorientować i poruszyć Luisę. Nagle dociera do mnie błąd, który popełniłem. W związku z tym, że przez jakiś czas miałem być niedostępny, dałem jej swój numer komórkowy bez poinformowania, że to nic osobistego (w tamtych czasach tylko nieliczni posiadali telefony komórkowe, a numer mieli członkowie rodziny i osoby bliskie) i że kiedy wyjeżdżam, telefon komórkowy jest także numerem do gabinetu. Podanie komórki było dla niej bardzo intymnym gestem, więc jak inaczej mogła to zinterpretować? Jeśli wątpi w kompetencje terapeuty (o którym mówi się dobrze i do którego chodzi już od jakiegoś czasu), nie pozostało jej nic innego jak pomyśleć źle o sobie („Co ja zrobiłam?”). Pomieszanie narastało, a żeby nie wybuchnąć, uspokaja się działaniem, który mnie zrani i pozwoli na „medyczne uzasadnienie” użycia komórki.

5. UCZENIE SIĘ OD PACJENTA BORDERLINE

5.1 Sekretne więzy relacji

Gestaltowskie Tłumaczenie Języka Borderline zamienia terapię z pacjentem borderline w ekscytujące doświadczenie. Staje się wyjątkową okazją do wydobywania na jaw skrywanych i istotnych meandrów relacji międzyludzkich, a w szczególności do pracy z cierpieniem i dyskomfortem, wyrażanych w nietypowym języku. Istnieją dwa wymiary doświadczenia pacjenta borderline. Język, który wydaje się dziwny, będąc po prostu „obcym” (w relacji i w momencie narracji) oraz świadome lub nieświadome oszustwa, wciąż obecne w relacji (zwłaszcza w relacjach asymetrycznych), które znajdujemy we wszystkich relacjach międzyludzkich,

w różnym stopniu nasilenia. Z gestaltowskiego punktu widzenia praca z pacjentem borderline wzbogaca terapeutę: uczy baczego słuchania i wyczulenia na niuanse pomieszczenia i manipulacji oraz nadawania używanemu językowi większej klarowności i dokładności poprzez zwracanie uwagi na wyłaniające się z tła niejasności i pomyłki.

Jedną z cech, którą spostrzegłem obserwując pracę Froma, było jasne i precyzyjne wyrażanie się: ani jednego zbędnego słowa. Kiedyś żartobliwie skomentowałem: „Zdaje się, że masz delikatność i precyzję mikrochirurga”. Miałem wrażenie, że osiągnął mistrzostwo w doborze konkretnych słów w pracy z pacjentami borderline.

Prześledziliśmy próby ukojenia złości pacjenta przeprosinaми, jednoznaczność terapii mającej na celu skolonizowanie świata pacjenta, narzucenia mu własnych wzorców semantycznych i percepcyjnych, subtelną i utajoną przemoc w pozytywnym definiowaniu go... Doszkalanie się w Gestaltowskim Tłumaczeniu Języka Borderline staje się nieustającym treningiem nabierania świadomości i klarowności w przestrzeni, w której mieszają się języki i kryją oszustwa.

5.2 Od społeczeństwa narcystycznego do społeczeństwa borderline

Kiedy w 1938 roku Adolph Stern wprowadził do psychiatrii klasycznej kategorię diagnostyczną „borderline” dla pacjentów nie-psychotycznych i nie-neurotycznych, nie mógł przewidzieć, że ta diagnoza stanie się obecnie jedną z najczęstszych. Z diagnozy psychotyków uspołecznionych przekształciła się w diagnozę nadawaną wszystkim, trudnym do zdiagnozowania według nazwy i stopnia nasilenia, marginalnym patologiom. To tak, jakby świadomość nagle rozbudziła osobisty i relacyjny styl borderline, obecny w wielu cierpieniach psychicznych, a nie jedynie w ciężkich przypadkach¹⁹.

19 Literatura dotycząca tego tematu jest bardzo bogata. Wymienię tylko niektórych, najbardziej znaczących autorów włoskich: Migone 1995 (w szczególności rozdział 8), Cancrini 2006, Rossi Monti 2012. Model DBT (Dialectal Borderline Treatment) Marsha M. Linehan wydaje się bliski modelowi gestaltowskiemu GTBL. Wychodzi od podejścia poznawczo-behawioralnego, w niektórych aspektach zbliżając się do modelu GTBL, lecz według mnie nie rozwiązuje wszystkich kwestii z epistemologicznego i klinicznego punktu widzenia. Por. Linehan 2011, gdzie np. opis procesu terapii z Giulią (s. 112–136) wydaje się całkiem zgodny z zasadami GTBL.

Jak zawsze, pojawianie się i rozprzestrzenianie bólu psychicznego jest ściśle związane z kontekstem społeczno-kulturowym. Przechodzimy ze społeczeństwa narcystycznego do społeczeństwa borderline. Z apodyktycznego wyłaniania się podmiotowości i kultu wizerunku dochodzimy do społeczeństwa, w którym indywidualność jest coraz bardziej podkreślana, język coraz bardziej idiograficzny, a logika coraz mniej współdzielona. W narcystycznym społeczeństwie przybierają na sile ambiwalencje, zwodzenie, niezrozumienia, które zwykle uciszane są w społeczeństwach oligarchicznych²⁰.

Innymi słowy, jeśli w narcystycznym społeczeństwie mieliśmy do czynienia z walką pomiędzy podmiotowością a innością, między dwiema gramatykami („liczy się tylko mój punkt widzenia”), to w społeczeństwie borderline mamy do czynienia z upadkiem podmiotowości (Vattimo 1981) i gramatyki. Jeśli w społeczeństwie narcystycznym skupienie się jedynie na sobie spowodowało kryzys relacji, w społeczeństwie borderline relacji brakuje, ludzie nie są nimi zainteresowani, okazuje się, że nie są zdolni do dialogu oraz konfrontacji. Doskonałym odzwierciedleniem jest terapia par, którą można traktować niczym papierek lakmusowy: jeśli w przeszłości uczęszczano na terapię z powodu nieznośnych kłótni i konfliktów małżeńskich, dziś można zauważyć nowy problem wśród par: „Nie możemy się porozumieć, nie rozumiemy się, jakbyśmy mówili dwoma różnymi językami. Można oszaleć słuchając siebie nawzajem”. Ze społecznego punktu widzenia ikoną relacyjnego zaburzenia jest niemożność zrozumienia Drugiego z powodu niemożności zrozumienia siebie.

W konsekwencji można stwierdzić, że w społeczeństwie borderline uważne słuchanie pacjenta daje interesującą perspektywę, okazję do spotkań i odbudowania więzi relacyjnych, do dokładniejszego zrozumienia chaosu obecnego w relacjach międzyludzkich w postmodernistycznym świecie.

Jeśli ich dziwaczność nie zostanie uciszona diagnostyką opisową lub interpretacyjną, pomaga zrozumieć, w jaki sposób bycie ze sobą jest możliwe w momencie, gdy porównanie różnorodności nie odbywa

20 Ze względu na znaczenie kontekstualności społecznej w dowolnej formie relacyjnej i różne adaptacje Podstawowego Modelu Relacyjnego (MRB), zob. Salonia 2013c.

się na zasadzie biegunowości „prawda czy fałsz” lub „zdrowie czy szaleństwo”, ale na tłumaczeniu. Należy nadać godność każdemu językowi. Nie rezygnować z dialogu, ale z obsesji na punkcie rozumienia Drugiego (Salonia 1999), co innymi słowy oznacza kontrolowanie. Nauczyć się żyć razem, nawet bez wzajemnego rozumienia, ale z poszanowaniem własnych języków. W dialogu rozpoznającym różne formy prawdy oraz tworzącym nowe warunki tłumaczenia języka Drugiego bez dyskredytowania go (w trakcie konfliktów) i bez utwierdzania w kłamstwie (w neurotycznej konfluencji).

Bycie otwartym na przyglądanie się swojemu językowi z dokładnością (brzytwy Ockhama) jest ogromnie ważne w obliczu niejasności, manipulacji i pomieszania nie tylko w kontekście wieloznaczności słów, ale także w mnogości ukrytych znaczeń. Rozpoznanie fragmentów pomieszania we własnym języku otwiera przestrzeń do dzielenia się i do spotkania. Byłem zaskoczony, gdy była pacjentka wróciła do mnie po dziesięciu latach, z problemem córki, i dała mi przeczytać mojego sms-a, którego zachowała: „Cześć. Mam poczucie, że dziś wieczorem mój język był szorstki i wywołał nieporozumienie. Chcę podkreślić mój głęboki szacunek do ciebie, twoich wyborów i dla buddyzmu. Przepraszam. Możemy do tego wrócić w odpowiednim czasie, jeśli tylko chcesz”.

W społeczeństwie narcystycznym stworzyliśmy przestrzeń do tego, by każdy miał prawo wypowiedzieć się. Odeszliśmy od walki o prawdę do walki o uznanie, od poszanowania / nierespektowania prawa do pytania: „Kim jesteś, by wydawać rozkazy?”²¹. Autorytarność może stać się skrajną alternatywą (i przez to dezorientującą) dla autorytetu. Autorytet nie może być sankcjonowany przez autorytarność. Pierwszy wiąże się z obiektywnością kontekstu, druga podlega niepewności subiektywnej oceny. Aby wyjść poza dylemat: obiektywność instancji i subiektywność ocen, być może potrzebne jest, jak uczymy się od pacjentów borderline, wspólne przepisanie komunikacyjnych zasad logiki. Uparte poszukiwanie przez pacjenta borderline prawdy i jasności sugeruje, że spójność rygorystycznej logiki komunikacji może być sposobem na spotkanie. Demokracja unika dryfu w kierunku rozpadu nie poprzez tęsknotę za powrotem niekwestionowanego autorytetu czy uciekania się do wątlej

21 W nawiązaniu do Agamben 2013.

i wątpliwej autorytarności, ale poprzez stanięcie twarzą w twarz z zadaniem ustalenia na nowo zasad dialogu²², zaczynając od specyfiki każdego języka – przekładalnego i współdzielonego.

6. TERAPIA GESTALT I INNE PODEJŚCIA

Otwarty i uważny na ukryte znaczenia, hermeneutyczny model tłumaczenia języka borderline, wydaje się jak dotąd najbardziej spójny z teoretycznymi założeniami terapii Gestalt²³, która skupia się na relacji między terapeutą a pacjentem, na autentycznym spotkaniu twarzą w twarz, na potrzebie całkowitej akceptacji, bez domniemanych czy gotowych interpretacji, z założenia czyniących z pacjenta „poddanego” (co bardzo odbiega od uznania, że potrzebuje pomocy i leczenia z wyraźnym rozróżnieniem ról). Taki rodzaj pracy wiąże się z „nawróceniem” terapeuty na słuchanie i rozważania na temat istnienia Drugiego, z założeniem równości. Ale nie tylko. Konsekwencje takiego podejścia są bardzo widoczne. Trzeba postawić terapeutę w niewygodnej, ale intrygującej pozycji „tłumacza”, który całkowicie poświęci się wyjaśnianiu języka Drugiego. Celem ma być zrozumienie języka poprzez próbę uchwycenia jego ducha, skupianiu się na szczegółach, na używanym słownictwie, aby umiejętniej odbierać i odkrywać „rzeczy” ukryte w języku pacjenta. Nadszedł czas, aby wprowadzić tę optykę do dialogu z aktualnymi i najbardziej wpływowymi modalnościami zajmującymi się borderline, określić ich spojrzenie na problematykę oraz napotykaną w terapii trudność. De facto nie chodzi o bezproduktywne przybliżenie różnic w podejściach, ale raczej o przetestowanie różnych konfiguracji i zagłębienie się w sedno konkretnego języka terapeutycznego, proponowanego przez twórcę danego modelu. Nie chodzi o dokonywanie wartościujących ocen, ale o podjęcie owocnej debaty na temat wspólnego poszukiwania klucza do tej formy cierpienia i dyskomfortu, charakterystycznej dla naszych czasów i naszego własnego życia. Chcąc uchwycić

22 Przyczynek do (ponownego) rozpoczęcia myślenia logiką zob. Cantù 2011.

23 Znaczący wkład Gestalt w PBL znajdziesz w: Greenberg 1989, Greenberg 1999, Janssen 1999, Yontef 1993, Spagnuolo Lobb 2013. Moim zdaniem chodzi o próby, być może nader oczywiste, ponownego odczytania pacjentów borderline teoretyczno-klinicznymi kategoriami terapii Gestalt. Oryginalną i inspirującą pracą jest tekst Anny Fabbrini (1997).

specyfikę każdego modelu psychoterapii trzeba dokonać porównań, jednak warto zacząć od historii, która opowiada o początkach psychoterapii.

6.1 Na początek freudowskie nieporozumienie

” Pewnego pięknego dnia – opowiada Freud – dostałem jasne dowody na to, że to, co podejrzewałem od dłuższego czasu było prawdą. Jedna z moich najspokojniejszych pacjentek (u której uzyskałem doskonałe wyniki w hipnozie, uwalniając ją od cierpienia) budząc się z hipnotycznego snu, zarzuciła mi ręce na szyję. Na szczęście nieoczekiwane wejście pokojówki oszczędziło nam kłopotliwych wyjaśnień, ale od tamtego momentu zrezygnowaliśmy (w milczącej zgodzie) z kontynuowania leczenia hipnozą. Na szczęście miałem dość zdrowego rozsądku, żeby nie przypisywać tego wydarzenia mojemu osobistemu urokowi i uznałem, że wreszcie zrozumiałem naturę tego mistycznego elementu (*Mystich*), który zadziałał poza hipnozą; aby go usunąć, lub przynajmniej wyizolować, trzeba było zrezygnować z hipnozy (Freud 1989).

Jak wiemy, ten „wstydlivy” epizod był źródłem odkrycia przeniesienia i jego korelacji (przypadek pacjentki, która uwodzi i przeciwprzeniesienie jako możliwa odpowiedź ze strony terapeuty). Prócz poniesienia hipnozy w psychoterapii analitycznej została wprowadzona trzecia osoba (ojciec) jako nieobecny odbiorca, będący rzeczywistym adresatem uwodzicielskiego objęcia. Takie działanie było konieczne, aby uniknąć niepowodzenia terapii (co mogłoby się zdarzyć, gdyby terapeuta odpowiedział na gest pacjentki lub przerwał sesję). W tej historii kryją się dwa błędy logiczne. Brakuje punktu widzenia pacjentki (milcząca zgoda nie gwarantuje wzajemności), a uściskowi pacjentki przypisuje się uwodzicielski charakter (erotyczny i równy). Komentarz Freuda „Miałem dość zdrowego rozsądku, żeby nie przypisywać tego wydarzenia mojemu osobistemu urokowi” z jednej strony ujawnia jego uczciwość, z drugiej potwierdza jego zakłopotanie i niezrozumienie gestu pacjentki.

Z gestaltowskiego punktu widzenia, gdy terapeuta odczytałby gest pacjentki jako asymetryczny, to mógłby go przyjąć i odwzajemnić (wymagałby tego kontekst). Jeśli mamy do czynienia z kontekstem asymetrycznym, jakim jest terapia i hipnoza, uścisk pacjentki wyraża w rzeczywistości jedynie próbę, być może niezdarną, nawiązania

czulego kontaktu fizycznego z mężczyzną, który się nią opiekuje i nie ma (i mieć nie może) równych, uwodzicielskich intencji. Jak dowodzi „syndrom sztokholmski”²⁴, uwodzenie stanowi jeden z wielu sposobów ochraniać siebie przed strachem i odrzuceniem przez tych, których stawiamy wyżej. Terapeuta, który przypisałby pacjentce intencjonalność erotyczną, wykazałby wyraźne zaburzenie swojej funkcji Osobowości Self, umieszczając się w zupełnie innym kontekście (jako równorzędny partner). Paradoksalnie, jak sugeruje podejście Gestalt, gdyby gest pacjentki został przyjęty w sposób skośny i ewentualnie odwzajemniony, terapia (w końcu!) poczyniłaby znaczne postępy. Według podejścia Gestaltu terapia może wypełnić przerwy w doświadczeniach cielesno-relacyjnych, będących przyczyną dyskomfortu i cierpienia psychicznego. Przyjęta pacjentka podążyłaby w stronę dopełnienia relacyjnego gestu, który, przerywany w pewnym okresie jej życia, spowodował wiele trudności psychicznych i relacyjnych. Warto pamiętać, że pacjentka nie chciała przytulić ojca, ale terapeutę, czyli mężczyznę opiekującego się nią w tamtym kontekście właśnie w „ojcowski” sposób. Chęć przytulenia go była w pełni autentyczna, nawet jeśli przywołała ją cielesna pamięć aktywowanego, ale zablokowanego (tj. przerywanego) ruchu w kierunku ojca. Po objęciu terapeuty pacjentka mogłaby ewentualnie pójść do ojca, przytulić go i doświadczyć innego przeżycia w rejestrze pełni, a nie integralności. Kiedy terapeuta wycofuje się z objęć pacjentki definiując gest jako uwodzicielski (a więc symetryczny), powtarza przerwane w swoim czasie doświadczenie pomiędzy ojcem a córką, komplikuje ścieżkę terapeutyczną²⁵ i wprowadza pomieszanie: po raz kolejny afektywny impuls

24 Zob. Carotenuto 1986: Krytyczna historia transferu w perspektywie analitycznej.

25 Zob. Krutzenbichler, Essers 1993. Przedstawiona w książce historia różnych nadużyć psychoanalizy powinna być zreinterpretowana w ramach „dysfunkcji funkcji Osobowości terapeuty”, która traci asymetryczny wymiar relacji terapeutycznej. W tej perspektywie pominięte są dwa punkty teoretyczne i kliniczne. Po pierwsze, przerywanie gestów relacyjnych we wczesnym dzieciństwie powoduje cielesny i emocjonalny niepokój, który determinuje zablokowanie w relacjach, por. Salonia 2013d. Po drugie, zasada emocjonalnej samoregulacji. Dziecko, podobnie jak pacjent, nie dostrzega potrzeby doznań równorzędnych erotycznie w asymetrycznych kontekstach: wszelkie możliwe doznania są „zastępowane” innymi emocjami (Salonia 2012). W gestaltowskiej hermeneutyce pacjent odczuwa cielesny impuls do wyrażenia uczucia i wdzięczności wobec terapeuty. Jednak ciało zostaje zablokowane, jeśli jego afektywny gest zostanie przerywany w dzieciństwie. W tej sytuacji wygląda to tak, jakby pacjent chciał spróbować przerywanego gestu ze swoim terapeutą. Tylko przy takiej interpretacji interwencja terapeutyczna ma sens, por. Salonia 1992, 2008, 2013a, 2013e.

córki/pacjentki został odebrany jako niewłaściwy z powodu obawy lub zakłopotania osoby, która się nią opiekowała. Co chcę przez to powiedzieć? Niezależnie od tego, że prawdopodobnie tamta pacjentka nie mieściła się w diagnozie *borderline*, uważam, że opowieść wyrażanie pokazuje niebezpieczeństwo przekształcenia przez terapeutę swoich zaburzeń w patologiczne etykiety stosowane wobec pacjentów. To obrazuje ryzyko nieporozumień (lub manipulacji) obecnych w pracy z pacjentami *borderline*.

6.2 Terapeuta w trakcie sesji: przykład Gabbarda

” Pani A. to 28-letnia pacjentka z zaburzeniem osobowości *borderline*, będąca w terapii psychodynamicznej. Po około 6 miesiącach spotkań pewne pozornie błahе zdarzenie wywołało poważną reakcję pacjentki. Około 5 minut przed końcem sesji pani A. opowiadała mi o wizycie u swojej rodziny podczas Święta Dziękczynienia. Czuliła się nieważna dla swojego ojca, który wydawał się o wiele bardziej zainteresowany pracą jej brata niż jej. W pewnym momencie spojrzałem na zegar wiedząc, że sesja dobiega końca. Chciałem sprawdzić, czy mam wystarczającą ilość czasu, aby podzielić się swoimi spostrzeżeniami w sprawie jej przypuszczeń dotyczących uczuć ojca względem niej. Pani A. przestała mówić i spojrzała na podłogę. Zapytałem, co się stało. Po kilku sekundach ciszy rozplakała się i powiedziała: „Nie może pan się już doczekać, aż wyjdę! Przepraszam, że pana zanudzam! Od dawna wiedziałam, że pan mnie nie znosi i wykonuje tę pracę jedynie dla pieniędzy. Jeśli pan chce, to już sobie pójdę!”. Byłem zaskoczony i nieco obronnie odpowiedziałem, że po prostu sprawdzam czas, chcąc się upewnić, że mamy go wystarczająco dużo, abym coś powiedział przed końcem sesji. Na co pani A. mówi: „Nieżyły unik! Myśli pan, że w to uwierzę?”. Odpowiedziałem jeszcze bardziej defensywnie: „Może pani wierzyć lub nie, ale taka jest prawda!”. Pani A. była nieugięta: „Widziałam, co widziałam”, i kładąc rękę na drewnianym stole obok krzesła zwróciła się do mnie podniesionym głosem: „To tak, jakby mi pan powiedział, że ten stół nie jest zrobiony z drewna!”. Czując się tak samo niezrozumiany jak ona, kontynuowałem: „Chcę powiedzieć, że możliwe, że patrzyłem na zegar z innych powodów niż te, które mi pani przypisuje. Tak jak

może pani snuć przypuszczenia na temat swojego ojca”. Pani A. była coraz bardziej natarczywa w odpowiedzi na zaproponowaną hipotezę: „Teraz próbuje mi pan powiedzieć, że nie widziałam tego, co widziałam! Przynajmniej mógłby się pan przyznać!”.

To bardzo pouczająca rozmowa. Przytoczę komentarz Gabbarda: „Jednym z największych wyzwań dla psychoterapeuty jest porażenie sobie z urojeniowymi przekonaniem niektórych pacjentów borderline. [...] Dla tej pacjentki stałem się potencjalnie złowrogim i prześladowczym obiektem; stała się ofiarą; a nadmiernie czujny, niespokojny i upokorzony stan afektywny scementował Self z obiektem. W takim poczuciu przerażenia nie można myśleć ani zastanawiać się. Intensywność oskarżeń pani A. osłabiła również moją zdolność do myślenia” (Gabbard 2006).

Czy rzeczywiście było to tylko percepcyjne zniekształcenie pacjentki? Czy też raczej coś autentycznego, głębokiego i prawdziwego, co objawiło się w trudności i słowach pani A., które wzywały terapeutę do twórczego „tłumaczenia” języka zasługującego na uwagę i równe traktowanie? Czy blokada w terapii była wynikiem „urojeń” klientki? A może brakującej hermeneutyki tłumaczenia ze strony terapeuty?

Terapeuta Gestalt powiedziała: „Proszę pani, w pewnym sensie ma pani rację. Kiedy pani do mnie mówiła, myślałem o swoim następnym komentarzu, odnoszącym się do pani słów. Przepraszam. Myślę, że pogubiłem się w tych sprawach, które mi pani opowiedziała... Może wydarzyło się między nami coś, co działo się u pani w domu, kiedy nie czuła się pani doceniana przez ojca...”. Z punktu widzenia Gestaltu wysiłek polega na znalezieniu wspólnej płaszczyzny, żywej gleby, która umożliwi tłumaczenie oraz uniknięcie znanego i niebezpiecznego wydzwisku, będącego autorytatywnym powtórzeniem doświadczeń.

6.3 Metoda mentalizacji Fonagy’ego

” Pacjentka: Wczoraj miałam okropny napad szału...

Terapeutka: Co się stało?

Pacjentka: Pokłóciłam się z mamą.

Terapeutka: Proszę opowiedzieć ...

Pacjentka: Nic, jak zwykle... Umówiliśmy się, że mnie obudzi i pojedziemy razem na zakupy, zamiast tego obudziłam się sama, a jej już nie było. Gdy tylko wróciła, powiedziałam jej wszystko, krzycząc na nią, że jak zwykle nie dba o mnie.

Terapeutka: Dlaczego mama pani nie obudziła?

Pacjentka: Tak jak powiedziałam, nie dba o mnie!

Terapeutka: A jeśli powodem było to, że chciała, aby pani odpoczęła? Pamiętam, że to był bardzo trudny tydzień dla pani...

Pacjentka: Nie, pani doktor. Ja znam moją mamę lepiej niż pani i czasami jest po prostu zła! Jestem pewna, że zrobiła to specjalnie!" (Prunetti, Mansutti 2013, Fonagy 1991).

W tym „dosłownym” zastosowaniu podejścia Fonagy’ego obecny jest brak jakiegokolwiek próby tłumaczenia. Terapeutka zakłada nawet, że zna rzeczywistość pacjentki lepiej niż ona sama, swoim punktem widzenia zaprzeczając możliwości istnienia świata intymnych relacji. Oto komentarz terapeutki: „W tej wymianie przekonanie pacjentki o tym, że ma rację, wydaje się jasne, co blokuje jakąkolwiek możliwość zaangażowania się w spór sokratejski. Możemy zakończyć stwierdzeniem, że z takim funkcjonowaniem pacjentka wpada w «nadmiar rzeczywistości»” (Prunetti, Mansutti 2013, Fonagy 1991).

Patrząc z perspektywy Gestaltu, taka dosłowność rzuca światło na to, jak terapeutka nie tylko potwierdza, ale także powtarza (nieświadomie!) manipulacyjny i mylący styl relacyjny, który można podsumować tak: „Nie dotrzymuję umowy (obudzenia cię na czas) dla twojego dobra!”. Terapeutka zaprzecza doświadczeniu pacjentki, narzuca własne percepcyjne wnioskowanie (czytanie w umyśle rodzica), a interwencja terapeutyczna wydaje się uprawomocniać pomieszanie matki, która niezależnie od powodów (bardziej lub mniej ważnych) „oszuje” córkę, nie wywiązując się z umowy.

Terapeuta Gestalt odpowiedziałby: „Widzę, że jest pani naprawdę wściekła. Fakt, że pani matka nie dotrzymuje słowa, doprowadza panią do wściekłości. Jak można nie poczuć się źle w takiej sytuacji? Nawet jeśli zrobiła to dla pani dobra, żeby dać pani odpocząć, to zabrakło dotrzymania umowy z jej strony... I jak tu jej wierzyć? Można poczuć złość i pomieszanie”.

6.4 Kwestia słuchania w pewnym dialogu u Kernberga

Dla dopełnienia obrazu przejdźmy do przykładu zaczerpniętego z pracy innego kluczowego psychoterapeuty leczącego pacjentów borderline, a mianowicie Kernberga (1984)²⁶. To pouczający przypadek. Obok siebie mieszczą się dwie, choć nieświadome, postawy: jedna, w opinii terapeuty pasywna, bliska jest zachowaniu „tłumacza”, który pomaga i odciąża pacjentkę; druga, znacznie bardziej aktywna i ortodoksyjna, wydaje się nie przynosić jednak oczekiwanych rezultatów.

” Pani N., trzydziestoletnia prawniczka, wykazywała zaburzenie osobowości borderline z dominującymi cechami obsesyjnymi i schizoidalnymi. Prowadziłem ją w psychoterapii psychoanalitycznej, z settingiem trzech spotkań tygodniowo, przez ponad pięć lat. W trzecim roku terapii [...], kiedy interpretowałem jej lęki przed seksualnymi tęsknotami za mną, jako ojcem (zabronione przez jej wewnętrzną matkę), nastąpiło gwałtowne pogorszenie stanu²⁷ i przez kilka tygodni była w regresie, bliskim początkowym etapom leczenia. [...] **W pewnym momencie N. dała mi do zrozumienia, że chce, bym mówił jej tylko o rzeczach konkretnych i precyzyjnych, które jasno i wyraźnie oddawałyby jej samopoczucie i utwierdzałyby ją w przekonaniu, że jestem po jej stronie.** W przeciwnym razie, lepiej żebym nic nie mówił i cierpliwie znosił jej słowną agresję. Czasami znajdowałem się w sytuacji, w której nie mogłem powiedzieć ani słowa, bo N. przerywała mi i przeinaczała prawie wszystko, co powiedziałem. **W końcu się poddałem** i przez kilka sesji słuchałem jej rozwlekłych tyrad, próbując lepiej zrozumieć sytuację. Ograniczyłem się do obserwacji i zdawałem sobie sprawę z jej ogromnej potrzeby, abym opowiadał tylko o rzeczach właściwych, żebym ją uspokajał dając do zrozumienia, że ją rozumiem: ona nie musi nawet nic mówić, a ja i tak ją rozumiem. Uprzytomniłem sobie także, że była przerażona myślą, iż wszystko, co powiem, będzie próbą pokonania jej, zdominowania lub zrobienia prania mózgu. Po takich

26 Zob. też Clarkin, Yeomans, Kernberg 2000, Kernberg 1967.

27 Niektóre fragmenty, które nie występują w oryginalnym tekście, dopisałem i wyróżniłem. Chcę zwrócić uwagę na istotne dla hermeneutyki naszego podejścia ujęcie.

interwencjach N. uspokajała się, jakby czekała, aż coś dodam. Ale ja milczałem. Potem się uśmiechała, jakby wiedziała (a przynajmniej tak sobie to interpretowałem), że nie próbuję jej kontrolować, ani mówić nic innego poza tym, że uznaję stan rzeczy, który dzieje się między nami. Muszę podkreślić, że we wczesnych stadiach takiego rozwoju sytuacji interpretowałem postawę pacjentki jako próbę kontrolowania mnie w sposób onnipotentny oraz jako przejaw identyfikacji z postawą jej sadystycznie postrzeganej matki (jej superego) wobec siebie (tutaj reprezentowanej przeze mnie).

Na tym etapie jakakolwiek próba interpretacji pogorszyłaby sytuację i nie byłaby pomocna (choć podobne interwencje były bardzo owocne kilka miesięcy wcześniej). **Zaskakująco, po kilku tygodniach nierobienia niczego innego poza werbalizowaniem bezpośredniej relacji między nami, zauważyłem, że N. poczuła się lepiej**, była uspokojona i znowu miała do mnie bardzo pozytywne i seksualnie nacechowane uczucia. Niemniej moje wysiłki znalezienia związku pomiędzy dwoma rodzajami sesji: tymi, w których nie była w stanie nic ode mnie przyjąć i musiała mieć przewagę, a tymi, w których wydawała się pozytywnie nastawiona i jednocześnie bojaźliwa wobec uczuć seksualnych, doprowadziły do ponownego impasu. Po kilku tygodniach doszedłem do następujących wniosków: N. odtwarzała ze mną dwie naprzemienne relacje. Jedną, w której byłem jak kochająca, otwarta, wyrozumiała matka, która... nie ma skłonności do kontrolowania jej, i drugą, w której byłem postacią niebezpiecznego ojca, kuszącego ją seksualnie. Pacjentka powiedziała, że kiedy interpretowałem jej zachowanie, wydawałem się szorstki, męski i natrętny, a kiedy milczałem, ograniczając się do słuchania jej, wydawałem się słodki, kobiecy i trochę przygnębiony, w bardzo kojący dla niej sposób. Dodała, że kiedy czuła się rozumiana, czyli w momentach, gdy byłem ugodowy i kobiecy, nawet lekko przygnębiony, ona potrafiła mnie słuchać, nawet jeśli następnie «popęłniałem błąd», stając się ponownie mężczyzną, który chce ją kontrolować” (Kernberg 1984).

Kolejna interpretacja pogarsza relację z pacjentką, ponieważ ma tendencję do narzucania modelu, który wyłania się z jej słów i emocji. Interesujące jest, że to terapeuta ma największe trudności ze zmianą:

„Wreszcie poddałem się” (jak bardzo pacjentka musiała walczyć, aby zostać wysłuchana!). Później terapeuta stwierdza: „Zaskakująco, po kilku tygodniach nierobienia niczego innego poza werbalizowaniem bezpośredniej relacji między nami, zauważyłem, że N. poczuła się lepiej”. Przysłówek „zaskakująco”²⁸ budzi wątpliwości, czy terapeuta zachował się zgodnie z prośbą pacjentki (unikając interpretacji i tylko rozważając), bez zagłębiania się w powody tego pozornie narzuconego mu wyboru. Pacjentka upomniła się o godność, wysłuchanie i „tłumaczenie”. To jest właśnie droga, która prowadzi do „niewytłumaczalnej” poprawy.

6.5 Granice odpowiedzi empatycznej z pacjentami borderline

” Terapeutka prosi o superwizję, jest zniechęcona pracą z pacjentem, który nieustannie bojkotuje jej interwencje, nawet wtedy, gdy ona reaguje w sposób empatyczny.

Poprosiłem ją o przybliżenie mi kilku przykładowych interakcji z sesji.

Pacjent: Moja mama jest kochająca, ale zawsze źle rozumie to, co jej mówię. Sprawia, że mówię rzeczy, których tak naprawdę nie myślę.

Terapeutka: Czuje się pan źle rozumiany przez matkę.

Pacjent: A co to ma wspólnego? Wiadomo, że matki nie rozumieją dzieci.

Terapeutka: Nie czuje się pan rozumiany przez matkę.

Pacjent: To nie tak! To jakieś szaleństwo!

Po uważnym wysłuchaniu komentuję: „Wyjdźmy z założenia, że pacjent nie jest w kontrze, ale jest precyzyjny. Pacjent borderline odrzuca empatyczne odpowiedzi, ponieważ przeżywa je jako definicje.

28 Ciekawe. W doświadczeniu terapeuty zdarzają się momenty, w których uświadamia sobie, że zastosowaną metodę można zmodyfikować i z tego powodu odczuwa zażenowanie. Badałem to zjawisko w publikacji Homey: „(...) Myślę, że ważne jest, aby unikać przeceniania doświadczenia emocjonalnego. Tak jakby to doświadczenie było jedyną rzeczą, która liczy się w analizie... Nie sądzę, żeby to było w porządku”. Tuż przed tym powiedziała: „Skoro takie postrzeganie siebie, taka samoakceptacja, jest tak istotna, to może powinniśmy zmienić tę «dobrą», «efektywną» część terapii”, por. Homey 1988. Polemika do tekstu Homey zob. Salonia 1990.

W swojej historii nauczył się postrzegać definicje swoich emocji i ich znaczeń jako sposób na posiadanie nad nim władzy i na ograniczenie jego doświadczenia. Po ponownym przeczytaniu tekstu można się zorientować, że terapeutka stosuje manipulację w obawie przed pacjentem, zaniedbała w swojej empatycznej odpowiedzi kilka cennych zdań pacjenta takich jak: „Kochająca matka”, „matki nie rozumieją swoich dzieci”. Sugeruję zatem inną hermeneutykę typu: „Można poczuć się zdezorientowanym, kiedy ma się kochającą matkę, ale i tak nie czuje się rozumianym. Matki nie rozumieją swoich dzieci... to strasznie pogmatwane. Kochają, ale nie rozumieją...”.

6.6 „Żółty” kolor Froma: terapia jako twórcze odzyskiwanie. Terapia, która łączy i nadaje kolorytu

Z ostatniego przykładu jasno wynika, że tłumaczenie nie oznacza empatycznego potwierdzenia, ale ustanowienie wspólnego rozumienia przestrzeni na ziemi niczyjej, w której tłumacz podejmuje wysiłek wolnej i wiernej „posługi” wobec słów Drugiego. „Dziękuję Ci! – powiedziała mi pewna pacjentka. – Jak udało ci się zrozumieć, z tego, co powiedziałam, to, co naprawdę miałam na myśli, mimo że nie potrafiłam tego powiedzieć?”. Nie chodzi o powtarzanie, być może nieszczerze, ani o odrzucanie poprzez interpretację, ale o oparcie się na relacji, o nadanie tła i spójności fragmentom prawdy „rozbieżnego” języka klienta, który nie prosi nas o normalizację, ale o twórcze odzyskiwanie. Na koniec przytoczę krótką analizę poetyckich słów Froma: „Księżyc zrobiony jest z sera”. „Żółty” Isadora łączy i nadaje barwę tym dwóm słowom i jest jednocześnie jak estetyczna przestrzeń, gdzie słowa spotykają się, odnawiają i odnajdują.

Bibliografia

- Agamben G., 2013: *Il mistero del male. Benedetto XVI e la fine dei tempi*, Bari: Laterza.
- ATP: Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2023: *Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*, Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner.
- Aster E., 2011: „I can't write it...”, *GTK Journal of Psychotherapy* 2, 79–81.
- Aster, E., 2011: „Letters”, *GTK Journal of Psychotherapy* 2, 75–78.
- Bandler R., Grinder J., 1981: *La struttura della magia*, Rome: Astrolabio.
- Bateson G., 1976: *Verso un'ecologia della mente*, Milan: Adelphi.
- Berman A., 1984: *L'épreuve de l'étranger*, Paris: Gallimard.
- Cancrini L., 2006: *L'oceano borderline*, Mediolan: Raffaello Cortina.
- Cantù P., 2011: *E qui casca l'asino. Errori di ragionamento nel dibattito pubblico*, Turin: Bollati Boringhieri.
- Carotenuto A., 1986: *La colomba di Kant*, Milan: Bompiani.
- Chomsky N., 1968: *Language and Mind*, New York: Harcourt Brace, 24.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F., 2000: *Psicoterapia delle personalità borderline*, Milano: Raffaello Cortina.
- Cole H., 1994: „In ricordo di Isadore From”, *Quaderni di Gestalt* X, 18/19, 5–20.
- Conte V., 2011: „The borderline patient: an insistent, anguished demand for clarity”, *GTK Journal of Psychotherapy* 1, 63–77.
- Cozolino L., 2002: *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*, New York: Norton.
- Dimaggio G. i in., 2013: *Terapia metacognitiva interpersonale dei disorderi della personalità*, Mediolan: Raffaello Cortina.
- Dreitzel H.P., 2010: *Gestalt and Process. Clinical Diagnosis in Gestalt Therapy. A Field Guide*, Bergisch Gladbach: EHP Andreas Kohlhaage, 116.
- Fabbrini A., 1997: „Le radici corporee dell'esperienza emotiva nella psicoterapia della Gestalt. Per una lettura gestaltica degli stati limite”, [w:] C. Maffei, L. Baroni (red.), *Emozione e conoscenza nei disorderi di personalità*, Mediolan: Franco Angeli.
- Fonagy P., 1991: „Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient”, *International Journal of Psychoanalysis* 72, 1–18.
- Fontana S., Zuccalà A., 2011: „Tra segni e parole: Impatto linguistica, socjolinguistico e Culturale dell' interpretariato lingua dei segni/lingua vocale”, *Rivista di Psicolinguistica applicata* XI, 3, 67–78.
- Franta H., Salonia, G., 1979: *Comunicazione Interpersonale*, Rome: LAS.
- Freud S., 1989: *Autobiografia, in Id., Opere*, vol. X, Turin: Bollati Boringhieri.
- Gabbard G.O., 2006: „Mente, cervello e disturbi di personalità”, *Psicoterapie e Scienze Umane* XL, 1, 9–24.

- Greenberg E.**, 1989: „Healing the Borderline”, *The Gestalt Journal* XII/2, 11–55.
- Greenberg E.**, 1999: „Love, Admiration or Safety. A System of Gestalt Diagnosis of Borderline, Narcissistic and Schizoid Adaptations that Focuses on What Is Figure for the Client”, *Studies in Gestalt Therapy* 8, 52–64.
- Hagège C.**, 1989: *L'uomo di parole*, Turyn: Einaudi.
- Homey K.**, 1988: *Le ultime lezioni*, Roma: Astrolabio, s. 89.
- Humboldt von W.**, 1989: *Scritti sul linguaggio*, Naples: Guida, 51–52.
- Iaculo A.**, 2013: „Border-line”, *GTK Journal of Psychotherapy* 3, 61–63.
- Iglesias M.J.**, 2013: „L'esperienza della traduzione. Verso un'ermeneutica dell'ospitalità e della reciprocità”, *Nuova Umanità* XXXV, 206, 177–192.
- Janssen N.**, 1999: „Therapie von Borderline – Störungen”, [w:] R. Fuhr, M. Sreckovic, M. Gremmler-Fuhr (red.), *Handbuch der Gestalttherapie*, Getynga: Hogrefe, 767–786.
- Kepner J.**, 1995: *Healing tasks: Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Kernberg O.F.**, 1967: „Borderline Personality Organization”, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15, 641–685.
- Kernberg, O.F.**, 1984: *Severe Personality Disorders*, New Haven: Yale University Press.
- Krutzenbichler H.S., Essers H.**, 1993: *Se l'amore in sé non è peccato... Sul desiderio dell'analista*, Mediolan: Raffaello Cortina.
- Linehan M.M.**, 2011: *Trattamento cognitivo-comportamentale del interferento borderline*, Mediolan: Raffaello Cortina.
- Lumbelli L., Parisi D., Castelfranchi C.**, 1977: „Sulla comprensione nelle situazioni comunicative di doppio vincolo”, *Lingua e stile* XII/3, 369–383.
- MacLean P.D.**, 1985: „Brain evolution relating to family, play and the separation call”, *Archives of General Psychiatry* 42/4, 405–417.
- Mahler M.S., Kaplan L. J.**, 1977: „Developmental Aspects in the Assessment of Narcissistic and So-called Borderline Personalities”, [w:] P.L. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorder: the Concept, the Syndrome, the Patient*, New York: International Universities Press, 71–85.
- Mahler M., Pine F., Bergman A.**, 1975: *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*, New York: Basic Books.
- Migone P.**, 1995: *Terapia psicoanalitica*, Mediolan: Franco Angeli.
- Muller B.**, „Il contributo di Isadore From alla teoria e alla pratica della Gestalt terapia”, *Quaderni di Gestalt* VIII, 15, 7–24
- Muller B.**, 2013: „Comment to G. Salonia, From the greatness of the image to the fullness of contact. Thoughts on Gestalt Therapy and narcissistic experiences”, [w:] G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (red.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, 643–659, 660.
- Ogden P., Minton K., Pain C.**, 2006: *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*, New York–London: Norton & Company.

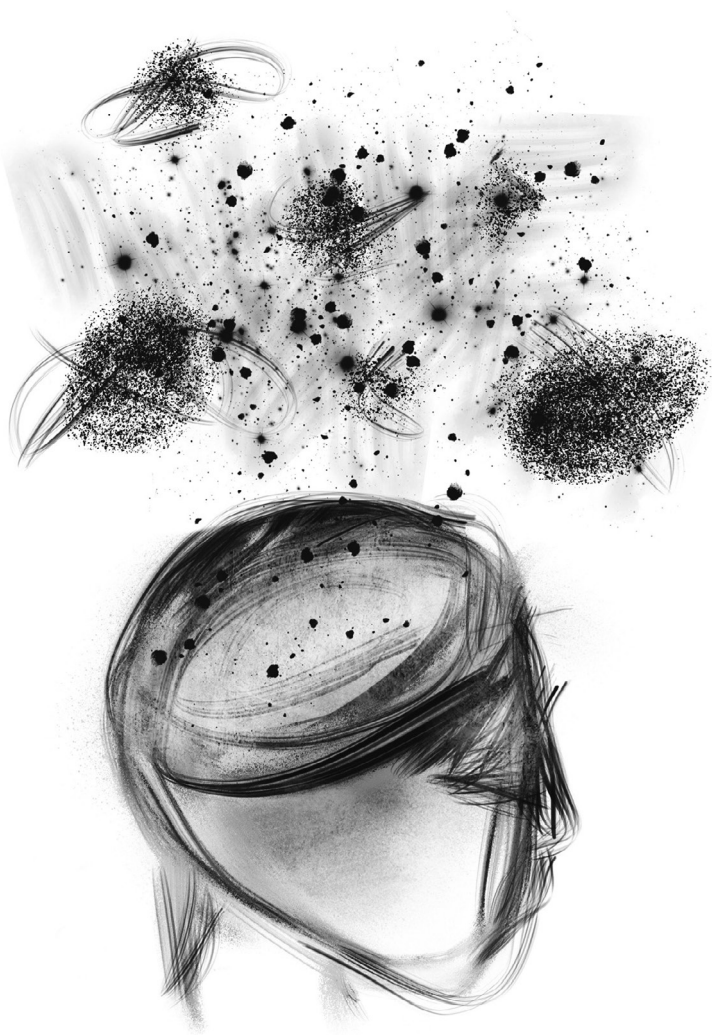
- Panksepp J.**, 1998: *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*, New York: , Oxford University Press, 43.
- Perls F.S., Hefferline R., Goodman P.**, 2022: *Terapia Gestalt. Pobudzenie i wzrost w osobowości człowieka*, Warszawa: OZO.
- Porges S. W.**, 2001: „The polyvagal theory: Phylogenetical substrates of a social nervous system”, *International Journal of Psychopathology*, 42/2, 123–146.
- Prunetti E., Mansutti F.**, 2013: *Lo terapia basata sulla mentalizzazione (MBT) – caratteristiche distintive*, Milan: Franco Angeli, 28.
- Rosenfeld E.**, 1987: „Storia orale della psicoterapia della Gestalt”, *Quaderni di Gestalt* III, 5, 11–36.
- Rossi Monti, M.**, 2012: *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica*, Mediolan: Franco Angeli.
- Salonia G.**, 1989: „Tempi e modi di contatto”, *Quaderni di Gestalt* V, 8/9, 55–64.
- Salonia G.**, 1990: „Karen Homey i Frederick Perls: dalla psicoanalisi interpersonale alla terapia del contatto”, *Quaderni di Gestalt* VI, 10/11, 35–41, 40.
- Salonia G.**, 1992: „From We to I-Thou: A Contribution to an Evolutive Theory of Contact”, *Studies in Gestalt Therapy* I, 31–42.
- Salonia G.**, 1994: „L’elogio della debolezza”, *Quaderni di Gestalt* X, 18/19, 53–57.
- Salonia G.**, 1999: „Dialogare nel tempo della frammentazione”, [w:] F. Armetta, M. Naro (red.), *Impense adlaboravit. Scritti in onore del Card. Salvatore Pappalardo*, Pontificia Facoltà Teologica di Sicilia, Palermo: S. Giovanni Evangelista, 571–595.
- Salonia G.**, 2008: „La psicoterapia gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness”, [w:] S. Vero (red.) *Il corpo disabitato. Semiologia, fenomenologia i psicopatologia fitness*, Mediolan: Franco Angeli, 51–71.
- Salonia G.**, 2012: „Theory of Self and the liquid society. Rewriting the Personality- function in Gestalt Therapy”, *GTK Journal of Psychotherapy* 3, 29–57.
- Salonia G.**, 2013a: „Gestalt Therapy and Developmental Theories”, [w:] G. Francesetti M. Gecele J. Roubal, *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, Milan: Franco Angeli, 235– 249.
- Salonia G.**, 2013d: „L’Anxiety come interruzione nella Gestalt Therapy”, [w:] G. Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo*, 33–53.
- Salonia G.**, 2013e: „Oedipus after Freud. From the law of the father to the law of relationship”, [w:] G. Salonia, A. Sichera, V. Conte (red.) *For Edipus a New Family Gestalt*, Ragusa: GTK-books/02, 13–48.
- Salonia G.**, 2013c: „Psicopatologia e contesti culturali”, [w:] G. Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo*, 17–32.
- Salonia G.**, 2013b: *From the greatness of the image to the fullness of contact. Thoughts on Gestalt Therapy and narcissistic experience.*
- Salonia G., Di Cicco C.**, 1982: „Dialogo interno e Dialogo esterno: contributo per un’integrazione dello Terapia Cognitiva con la Comunicazione Interpersonale”, *Formazione Psichiatrica*, 1, 179–194.

- Salonia G., Spagnuolo Lobb M.**, 1985: „Requiem for Gestalt”, *Quaderni di Gestalt* I, 1, 22–32
- Sichera A.**, 1994: „Per una rilettura di Requiem for Gestalt”, *Quaderni di Gestalt* X, 18/19, 81–90
- Sluzki C.E., Ransom D.C.**, 1979: *Il doppio legame*, Rome: Astrolabio.
- Spagnuolo Lobb M.**, 1994: „Da figlia a madre”, *Quaderni di Gestalt* X, 18/19, 45–52.
- Spagnuolo Lobb, M.**, 2013: „Borderline. The Wound of the Boundary”, [w:] G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (red.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, 609–639.
- Stern A.**, 1938: „Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group neuroses”, *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467–489.
- Stone M.H.**, 1987: „Constitution and temperament in borderline conditions: biological and genetic explanatory formulations”, [w:] J.S. Grotstein, M.F. Solomon, J.A. Land (red.) *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*, The Analytic Press, New York: Hillsdale, 253–287, 253–254.
- Stupiggia M.**, 2007: *Il corpo violato. Un approccio psicocorporeo al trauma dell'abuso*, Molfetta (BA): La Meridiana.
- Stupiggia, M.**, 2012: „Re-reading The re-discovered body”, *GTK Journal of Psychotherapy* 3, 65–71.
- Vattimo G.**, 1981: *Al di là del soggetto*, Milan: Feltrinelli.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D.**, 1971: *Pragmatica della comunicazione umana*, Rome: Astrolabio.
- Wilber K.**, 1996: *Krótką historia wszystkiego*, Boston: Shambhala.
- Yontef G.M.**, 1993: „Awareness, Dialogue and process. Essays on Gestalt Therapy”, *Gouldsboro: Gestalt Journal Press*, 456–488.

GABRIELLA GIONFRIDDO

Opowieść relacyjna borderline

**GESTALTOWSKIE TŁUMACZENIE KRYTERIÓW DIAGNOSTYCZNYCH DSM-5
(MODEL „ALTERNATYWNY”)**



*...z zewnątrz nie zdąsz nic zmienić.
Stojąc i patrząc w dół
pozornie możesz dostrzec wzór...*

GABRIELLA GIONFRIDDO ukończyła psychologię na Uniwersytecie w Palermo, jest psycholożką i psychoterapeutką Gestaltu.

Aktualnie prowadzi praktykę kliniczną. Zajmuje się badaniami naukowymi w Instytucie Terapii Gestalt Kairos w Ragusie.

1. POMIĘDZY CZUCIEM A MÓWIENIEM: ILUZJA CIEPŁA VS. PRAWDA OSZUSTWA

Zgłodniały wilk krążył szukając żeru. Koło pewnej chaty usłyszał, jak staruszka wygrażała dziecku, że jeżeli nie przestanie płakać, odda je wilkowi. Wilk sądząc, że staruszka naprawdę tak mówi, czekał, aż to się stanie. Kiedy wieczorem słowa te się nie spełniły, powiedział: „W tej chacie co innego mówią, a co innego czynią”.

Ezop, Wilk i staruszka¹

Zmieszany wilk odchodzi, mamrocząc. W tym momencie nasuwa się pytanie, czy dziecko zrozumie grę, czy jak wilk poczuje się zdezorientowane.

Dzieci, zwłaszcza małe, muszą zaufać temu, co się im mówi. Słowa Drugiego stanowią dla nich wyjątkowy dźwięk, towarzyszą ich płaczom, uśmiechom, całusom i pieszczotom. Dziecko doświadcza na własnej skórze ciała i słów Drugiego, czucia i mowy. Dorośli ucieleśniają i ubierają w słowa doświadczenie dziecka. Dzięki odpowiedziom matki dziecko buduje pamięć, przede wszystkim cielesną, własne spostrzeżenia, własne odkrycia, siebie.

Myśli na temat siebie samego (ciało) i myśli relacyjne (pomiędzy ciałami) wyłaniają się w intercielesności, czyli w interakcji ciała z innymi ciałami². W doświadczeniu „My”³ cielesność jest nieokreślona i płynna, granice pomiędzy mną a Drugim nie są jeszcze jasne. Doświadczenie

1 *Bajki Ezopowe*, tłum. z greckiego i oprac. M. Golias, Wrocław-Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1961.

2 Według gestaltowskiej interpretacji Edypa wynika, że to zmiany cielesne aktywują modyfikację stylów relacyjnych. Por. Salonia 2008. W celu zgłębienia gestaltowskiej interpretacji Edypa por. Salonia 2005, 2009, Salonia, Sichera 2013.

3 W celu pogłębienia teorii ewolucji w terapii Gestalt por. Salonia 1989, 2013.

przeżyć cielesno-relacyjnych wzajemnej obecności dziecka i matki, tj. słowa, spojrzenia, przerwy towarzyszące karmieniu i byciu karmionym, dotykaniu i bycie dotykany, stanowi tło, na bazie którego stopniowo wyłania się poczucie granic (Salonia 1989).

W ten sposób rozwój dziecka postępuje od „My” do „Ty”. W tym procesie następuje organizacja doświadczeń i pojawia się możliwość dostrzegania różnicowania: „Ty-karmiące”, które się opiekuje, i „Ja-które otrzymuje”. Matka jest zdolna zsynchronizować się nie tylko z przeżyciem dziecka, ale także ze swoim własnym, wyczuwa potrzeby dziecka i odróżnia je od swoich, znajduje właściwy rytm dawania, bycia obecną i bycia nieobecną, gratyfikowania i stawiania granic (por. Salonia 1989).

„Poprzez introjekcję dziecko otrzymuje i asymiluje pierwsze podstawowe struktury percepcyjne, język, poczucie przynależności, innymi słowy narzędzia, aby móc nakreślić granice własnego «Ja»” (Salonia 1989: 50). Dziecko potrzebuje postaci rodzicielskiej, która pomoże mu rozszyfrować doświadczaną rzeczywistość, z poszanowaniem jego tempa, pragnień i lęków. Dziecko słuchane i z szacunkiem wspierane w swoim różnicowaniu oraz pragnieniu autonomii uczy się słuchać siebie samego oraz płynnie i naturalnie wyrażać swoje potrzeby. W rytmie słów i dźwięków, które towarzyszą jego doświadczeniom, uczy się rozpoznawać i nazywać wrażenia wysyłane przez ciało i odróżniać je od wrażeń postrzeganych w Drugim. Dziecko musi być uznane i wspierane w umiejętności oceny własnego, osobistego doświadczenia: „stając się krytykiem doświadczenia, dziecko tworzy swoją indywidualną osobowość” (From, Miller 1997).

2. ROZRÓŻNIENIE POMIĘDZY DOŚWIADCZENIEM A ZACHOWANIEM: NIĆ ARIADNY W OPOWIEŚCI RELACYJNEJ BORDERLINE

Opracowane przez Salonię Gestaltowskie Tłumaczenie Języka Borderline (GTBL – Gestalt translation of borderline language), mające korzenie w naukach Isadore’a Froma i wpisujące się w tradycję fenomenologiczno-egzystencjalną, stanowi precyzyjny i bezprecedensowy model tłumaczenia zachowań werbalnych pacjenta z językiem borderline (BL) we współdzielonym języku dotychczasowych doświadczeń.

W GTBL „słowa i zachowania pacjenta borderline stanowią same w sobie język do komunikowania własnych przeżyć, cielesnych i relacyjnych znaczeń (doznań, emocji, spostrzeżeń), których ten doświadcza w byciu-w-teraźniejszości-w-relacji”. Słowa, gesty, nieprzewidywalne i sprzeczne zachowania, które często były źródłem pogubienia diagnostycznego⁴, „zawierają zawsze fragmenty rzeczywistości i spójności, od których należy wyjść, aby prześledzić doświadczenie pacjenta” (Salonia 2013: 33).

Pozostając w logice „tłumaczenia”, pierwszym krokiem do zastosowania GTBL jest rozróżnienie pomiędzy nabytymi doświadczeniami cielesno-relacyjnymi a opisem zachowań, które leżą u podłoża tych doświadczeń. DSM, czyli Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych, jako system nozograficzny, opisuje aspekty kliniczne zaburzenia i jego obserwowalne zachowania. Stanowi deskryptywne podejście do psychopatologii, swoistą użyteczną mapę. Z drugiej strony, terapeuta Gestaltu jest zainteresowany zachowaniami właśnie dlatego, że zawierają w sobie przebyte doświadczenia cielesno-relacyjne, i są ich wyrazem. „Relacyjność widoczna jest w nabytych doświadczeniach. Dla terapeuty Gestaltu kluczowa jest poprzez to, w jaki sposób się przejawia, dlatego że jest najważniejsza dla leczenia psychopatologii cielesno-relacyjnych” (Salonia 2013: 31). Mamy do czynienia z różnymi językami.

Salonia przypomina, że Isadore From podkreślał potrzebę precyzyjnego języka wewnątrz społeczności gestaltowskiej, a jednocześnie na tyle elastycznego, by był zrozumiały w świecie psychoterapii (por. Salonia 2013c). Z takiego punktu widzenia z pewnością najbardziej odpowiednim modelem byłby model deskryptywny. Diagnoza⁵ w terapii Gestalt bierze pod uwagę model kliniczny DSM, zajmując się psychopatologią w odniesieniu do definicji psychiatrii klasycznej. W odróżnieniu od pierwszych definicji, które podkreślały granicę

4 Historycznie zaburzenie osobowości borderline (BPD) wydaje się pełnić rolę wypełnienia „pustki” pomiędzy nerwicą i psychozą, wzbudzając obszerne refleksje kliniczne i wielopłaszczyznowe rozważania teoretyczne.

5 Sformułowanie diagnozy oznacza przyjęcie własnego modelu i jednocześnie przyjęcie języka wspólnego dla społeczności naukowej, gwarantującego przepływ i wymianę informacji mając na uwadze praktyczność, ekonomiczność i przejrzystość. Więcej informacji na temat diagnozy Gestalt por. Sichea 2013.

między aspektami neurotycznymi i aspektami psychotycznymi, system nozograficzny DSM⁶ (od DSM-III z 1980 r. aż do aktualnego DSM-5) szereguje podstawowe cechy charakterystyczne tak, aby móc zdiagnozować zaburzenie osobowości borderline głównie w obszarze „relacji interpersonalnych, uczuć, tożsamości i impulsywności” (Lingiardi 2001: 206).

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie spojrzenia Gestaltu na kryteria diagnostyczne tego zaburzenia: nadania symptomom „opowieści relacyjnej”, za pomocą cielesno-relacyjnych interpretacji tych kryteriów. Chcę podkreślić, że odnoszę się do kryteriów diagnostycznych opisanych w Alternatywnym Modelu Zaburzeń Osobowości, zaprezentowanych w sekcji III DSM-5, w celu zagwarantowania większej „ciągłości obecnej praktyki klinicznej” (APA 2013: 761) oraz spójności z nowymi osiągnięciami badawczymi w tej dziedzinie (por. Frances 2013, Coppo 2013).

2.1 Język deskryptywny

Przy opracowywaniu nowej klasyfikacji diagnostycznej ostatniej wersji DSM-5 zaproponowano zmianę⁷ Zaburzeń Osobowości na korzyść wielowymiarowego systemu klasyfikacji, niemniej przy zachowaniu struktury opisowej.

Jak wspomniałam wyżej, zaburzenia osobowości zostały przedstawione zarówno w sekcji II, gdzie zaproponowano te same kategorie diagnostyczne co w wersji DSM-IV, jak i w sekcji III, w której dodano nowy model: „hybrydowy”. Celem jest przyzwyczajenie klinicystów do nowej klasyfikacji, wielowymiarowej, koncentrującej się na cechach, oraz ukierunkowanie badań w tym kierunku.

Zaburzenie osobowości typu borderline, tak jak inne zaburzenia rozważane w tym modelu (schizotypowe, antyspołeczne, narcystyczne, unikowe i obsesyjno-kompulsyjne), jest określone zestawem kryteriów wskazujących na znaczne zaburzenie funkcjonowania osobowości w obszarze Self i interpersonalnym, oraz specyficznych cech osobowości relatywnie stabilnych, które nie mogą być przypisane warunkom

6 Por. APA 1983, 1996, 2013.

7 W celu dalszego objaśnienia procesu diagnostycznego w DSM-5 por. Lingiardi, Gazzillo.

społeczno-kulturowym jednostki czy warunkom medycznym ogólnym lub też używaniu substancji psychoaktywnych. W celu dokładnej analizy zaburzenia osobowości borderline przytoczono poniżej kryteria diagnostyczne oryginalnego tekstu DSM-5.

2.2 Zaburzenie osobowości borderline

” Typowymi właściwościami granicznego zaburzenia osobowości są: niestabilność obrazu siebie, celów osobistych, relacji międzyludzkich i uczuć, którym towarzyszy impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka i/lub wrogość. Charakterystyczne trudności widoczne są w tożsamości, kierowania sobą, empatii i/lub bliskości zgodnie z poniższym opisem oraz w powiązaniu ze specyficznymi dezadaptacyjnymi cechami w domenach Negatywnego Afektu, Antagonizmu i/lub Rozhamowania.

Proponowane kryteria diagnostyczne:

A. Umiarkowane lub większe nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości, przejawiające się charakterystycznymi trudnościami w dwóch lub więcej z poniższych czterech obszarów:

1. **Tożsamość:** wyrażnie ubogi, słabo rozwinięty lub niestabilny obraz siebie, często związany z nadmiernym samokrytycyzmem; niestanne uczucie pustki; pojawiają się stany dysocjacyjne w warunkach stresu.
2. **Kierowanie sobą:** niestabilność celów, aspiracji, wartości lub planów zawodowych.
3. **Empatia:** ograniczona zdolność do rozpoznawania uczuć i potrzeb innych, związana z przewrażliwieniem na swoim punkcie w relacjach społecznych (tj. podatnością na odczuwanie obrazy czy zniewagi); postrzeganie innych jest selektywnie zniekształcone w kierunku negatywnych właściwości lub słabości.
4. **Bliskość:** intensywne, niestabilne i konfliktowe bliskie relacje, naznaczone brakiem zaufania, poczuciem niespełnienia, lękiem przed realnym lub wyimaginowanym porzuceniem; bliskie relacje postrzegane często w sposób skrajnie idealizujący lub deprecjonujący

przy jednoczesnej oscylacji między nadmiernym zaangażowaniem a wycofaniem.

B. Cztery lub więcej spośród poniższych siedmiu patologicznych cech osobowości, z których przynajmniej jedną musi być (5) Impulsywność, (6) Skłonność do nadmiernego ryzyka lub (7) Wrogość:

1. **Labilność emocjonalna** (aspekt Negatywnego Afektu): niestabilne doświadczenia emocjonalne i częste zmiany nastroju; emocje wzbudzone są łatwo, intensywnie i/lub nieproporcjonalnie do wydarzeń i okoliczności.
2. **Niepokój** (aspekt Negatywnego Afektu): intensywne doświadczanie niepokoju, napięcia lub paniki w reakcji na stres interpersonalny; zamartwianie się negatywnymi konsekwencjami nieprzyjemnych zdarzeń z przeszłości oraz możliwościami ich wystąpienia w przyszłości; uczucie strachu i obawy związane z niepewnością; strach przed rozpadnięciem się lub utratą kontroli.
3. **Lęk separacyjny** (aspekt Negatywnego Afektu): lęk przed odrzuceniem i/lub separacją od osób znaczących, powiązany z obawą przed nadmiernym uzależnieniem i całkowitą utratą autonomii.
4. **Depresyjność** (aspekt Negatywnego Afektu): poczucie przygnębienia, bycia nieszczęśliwym i/lub beznadziejności; trudność w przezwyciężeniu takich nastrojów; pesymizm związany z przeszłością; trwałe i uogólnione poczucie wstydu i/lub winy; niskie poczucie własnej wartości; myśli samobójcze i zachowania suicydalne.
5. **Impulsywność** (aspekt Rozhamowania): działanie pod wpływem chwili w bezpośredniej odpowiedzi na bodziec; działania natychmiastowe, bez planu czy rozważenia ich skutków; trudności w ustalaniu i realizowaniu planu; poczucie przymusu natychmiastowego działania, a także zachowania samouszkodzające w sytuacjach napięcia emocjonalnego.
6. **Skłonność do nadmiernego ryzyka** (aspekt Rozhamowania): angażowanie się w niebezpieczne, ryzykowne i potencjalnie szkodliwe działania – niepotrzebnie i bez względu na konsekwencje;

nieuwzględnianie własnych ograniczeń i zaprzeczanie realności zagrożenia dla siebie.

7. **Wrogość** (aspekt Antagonizmu): stałe lub często pojawiające się uczucie gniewu; złość lub irytacja występują w odpowiedzi na drobne lekceważenie lub obrazę.

Specyfikatory. Specyfikatory w zakresie cech oraz funkcjonowania osobowości mogą być wykorzystane do wskazania dodatkowych właściwości osobowościowych, które mogą być obecne w granicznym zaburzeniu osobowości, ale nie są wymagane dla postawienia tej diagnozy. Przykładowo cechy Psychotyzmu (np. Dysregulacja poznawcza i percepcyjna) nie należą do kryteriów diagnostycznych granicznego zaburzenia osobowości (zob. Kryterium B), ale mogą zostać uwzględnione, kiedy jest to uzasadnione. Ponadto wprawdzie dla postawienia diagnozy granicznego zaburzenia osobowości wymagane jest stwierdzenie umiarkowanych lub większych nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (Kryterium A), to jednak poziom funkcjonowania osobowości również może zostać dookreślony i uszczegółowiony dodatkowymi elementami (ATP 2023: 927–928).

3. KRYTERIUM A W GESTALTOWSKIM TŁUMACZENIU

Opis kryterium A. Znaczone zaburzenia Self (tożsamość lub kierowanie sobą) i funkcjonowania interpersonalnego (empatia lub bliskość)

Osoby z zaburzeniem osobowości typu borderline cechuje wyjątkowo krucha samoświadomość, która łatwo rozpada się lub dezintegruje pod wpływem stresu, wywołując doświadczenie pomieszania tożsamości i chronicznego poczucia pustki. Ta niestabilna struktura Self powoduje trudności w utrzymaniu stabilnych relacji intymnych. Samoocena jest związana z emocjami złości i przygnębienia. Empatia jest silnie zaburzona.

3.1 Krucha tożsamość: odseparowani na granicy, ale zmieszani w czuciu. Gestaltowska interpretacja „zaburzenia Self (tożsamość i kierowanie sobą)”

*Tożsamości przynoszą owoce tylko wtedy,
gdy są szanowane w swojej różnorodności*

Salonia 2007: 98

Z gestaltowskiego punktu widzenia style relacyjne Self⁸ strukturyzują się poprzez pierwsze relacje. Sposoby wchodzenia w relacje, zarówno te karmiące, jak i dysfunkcyjne, są zatem kluczowe w tworzeniu i utrzymaniu ważnych więzi (Salonia 2013).

Tożsamość dziecka tworzy się na podstawie tego, co rodzice mu proponują i mówią. Doświadczenia pierwszych relacji nadają tożsamości dziecka ciało i słowo. Cierpienie borderline rodzi się „z” i „w” relacji zaburzonej i zdezorientowanej na poziomie ciała i na poziomie słowa. Dwa poziomy⁹, na których występuje zagubienie, to poziom sensoryczno-motoryczny (funkcja Id) i kognitywno-narracyjny (funkcja Osobowości). Oba prowadzą do różnych stylów relacyjnych i głębokości patologii. Nasilenie zaburzenia u pacjenta borderline jest zdeterminowane właśnie stopniem zdezorientowania, którego doświadczał.

3.1.1 Funkcja Id a styl relacyjny borderline

Self tworzymy z doświadczeń cielesnych: funkcja Id jest czymś odczuwalnym pod skórą. Cieleśność jest wymiarem kształtującym tożsamość ciała, którą jesteśmy my sami. Jest miejscem, gdzie doświadczamy

8 Self w Terapii Gestalt nie jest bytem stałym, „nie jest to więc self organizmu samego w sobie ani bierny odbiorca środowiska”, jest systemem obecnych kontaktów i czynnikiem wzrostu, jest sposobem, w jaki organizm wchodzi w kontakt ze środowiskiem: „W idealnych warunkach self nie ma zbyt dużo osobowości. Jest jak mędrzec Tao, który «jak woda» przybiera formę naczynia” (Perls, Hefferline, Goodman 2022: 262, 336). Self jest organizmem w kontakcie i jako że jest to proces ciągłej adaptacji organizmu do zmieniających się warunków jego środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, w terapii Gestalt nie mówimy o cechach, ale o funkcjach Self: funkcja Id (ciało, z którego wyłania się „ruch ku”: „Co czuję”), funkcja Ego (by uczynić swoim lub oddalić to, co się wyłania: „Czego chcę”), funkcja Osobowości (asymilacja po kontakcie: „Czym się stałem”).

9 Dla głębszego zrozumienia teorii ewolucji i psychopatologii borderline por. Salonia 2013, Conte 2010.

naszych granic, właśnie na granicy kontaktu, i rozpoznajemy tam inność Drugiego. Relacja jest przede wszystkim cielesna (Salonia 2008, 2011).

Ciało ciągle wysyła wrażenia, zrozumiałe lub nie, których mimo wszystko doświadczamy. Dziecko czuje coś w ciele i zaczyna dawać informacje (ciepłe–zimne, przyjemne–nieprzyjemne itp.). Jeśli jednak nie jest mu dana możliwość odkrywania tego, co jego ciało przekazuje, i nazwania własnego doświadczenia, lecz jest dezorientowane, zagubi wtedy powiązania logiczne nadające ramy ciała i uczuciu.

Umiejętność czucia emocji wyłaniania się z potrzeb, wymagając przepływu i kontaktu z podstawowym doświadczeniem cielesnym. U pacjenta borderline ten przepływ jest zaburzony: doświadczanie własnego ciała, przeżycia i znaczenia cielesne są pomieszane. W cierpieniu borderline zaburzenie funkcji Id nie wiąże się ze świadomością, ale z klarownością (Conte 2010), doświadczenie jest zagmatwane.

3.1.2 Funkcja Osobowości i styl relacyjny borderline

Zaburzenie funkcji Osobowości polega na trudności osoby w uaktualnianiu własnego Self wobec tego, kim się stało oraz kim się jest w życiu. Nowe, nabyte kompetencje oraz pełnione przez nie funkcje nie integrują się w sposób jednolity i nie są asymilowane. W osobie istnieje autonomia, ale w tym samym czasie istnieje także niemożność odseparowania się od rodziny pochodzenia. Zachowują rolę nigdy niezaspokojonego dziecka. Jest to rodzina zlana, gdzie granice nie są określone i z której nikt nigdy naprawdę nie odchodzi (Conte 2010).

Zaburzenie funkcji Osobowości dotyczy w szczególny sposób myśli powiązanych z doświadczeniem, a zatem „myśli cielesnych”. W reinterpretacji teorii Self¹⁰ Giovanni Salonia podkreśla, że autorzy terapii Gestalt opisują funkcję Osobowości jako umiejętność odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące własnego doświadczenia i przepływu emocjonalnego, których doświadcza ciało: „Kim jestem (stałem się) «Ja», który to czuje?”. Innymi słowy każde doświadczenie musi

10 Z niedawnej ponownej reinterpretacji teorii Self Osobowość wyłania się nie tylko w post-kontakcie, ale od samego początku, wraz z Id: „Kim się stałem, że to czuję”. Osobowość to stworzona figura, którą staje się Self i która jest przyswajana przez Organizm, łącząc ją z osiągnięciami poprzedniego wzrostu (Salonia 2012).

być opisywalne¹¹. „Słowa mają za zadanie nazwać doświadczenia” (Salonia 2011: 124). Jednak w historii pacjenta borderline dekodowanie własnych przeżyć oraz nazywanie własnych odczuć zostało zaburzone.

Pacjent borderline mylnie nadaje nazwę swojemu uczuciu, a jego słowa nie korespondują z doświadczanym przeżyciem.

Rozróżnienie matka–dziecko „wiem, kim-jestem” i „wiem, kim-jesteś-ty”, chociaż już się zdarzyło, pozostawia następstwa pierwotnej konfluencji. Dziecko, odróżniając się od „Ty”, jednocześnie jakby mówiło: „Wiem, że jestem «Ja», ale nie wiem, do kogo przynależą przeżycia, które czuję w sobie, nie jestem pewne, że umiem rozpoznać przeżycia Drugiego: bliskość z Drugim mnie dezorientuje” (Salonia 2013: 60). Zatem tworzy się granica, ale jest niestabilna, pozwala na przenikanie się przeżyć, asymilowanych jako własne (Conte 2010).

Pacjenci borderline wydają się oddzielnymi osobami, rygorystycznymi i zdefiniowanymi, ale zagubionymi w sferze najgłębszych i najbardziej intymnych przeżyć. W tej dezorientacji trudne jest rozumienie i dawanie do zrozumienia, wyrażanie, mówienie o najintymniejszych znaczeniach, które pacjent nadaje przeżywanym doświadczeniom. Chcąc się odróżnić, będzie kontynuować walkę, ale nie znajdzie odpowiednich słów, aby podzielić się własnymi przeżyciami.

3.2 Permanentnie niestabilny styl relacyjny. Gestaltowska interpretacja „Zaburzenia funkcjonowania interpersonalnego (empatia i bliskość)”

Gestalt rozumie niestabilność i ambiwalencję zachowań w zaburzeniu borderline jako czerpanie sprzecznych przeżyć z tła, doświadczonych i nabytych w pierwszych relacjach uczuciowych. Relacja, w której dziecko mówi: „Jestem smutny...”, a matka odpowiada: „To nieprawda!”, albo dziecko mówi: „Jesteś smutna...”, a mama odpowiada: „To Ty jesteś smutny!” jest relacją, w której matka nie słucha dziecka,

¹¹ Funkcja Osobowości kształtuje się między drugim a trzecim rokiem życia, czyli w okresie, który zbiega się z pojawieniem się języka: w tym wieku słowa zaczynają łączyć się z doświadczeniem własnego ciała i ciała innych, nabierają kształtu i stają się narracją. Pojawia się sens narracyjnego „Ja”, dziecko jest w stanie opowiedzieć historię, powiedzieć, kim jest, co się z nim dzieje, co robi i dlaczego to robi, por. Stern 1989.

nie „przenika wzrokiem” (Iacono, Maltese 2012) w celu usłyszenia go i zrozumienia. Relacja, w której intencje, cele, pragnienia, emocje i odczucia są przypisywane i odsyłane, jest relacją nie pozwalającą na rozróżnienie.

Teoria ewolucyjna uczy, że dziecko spogląda na świat na podstawie tego, czego doświadczyło na własnej skórze: razem z mlekiem smakuje także akceptację i ciepło, a czasem odrzucenie i obojętność (Conte 2011). W ten sposób w doświadczeniu borderline pojawia się ciepło płynące z empatii, nawet jeśli jest ona zwodnicza. Dziecko posmakowało ciepła „bycia-My”, ale też „połknęło” nie swoje rzeczy, a więc iluzję bycia „Ja” będący naprzeciw „Ty”. Bez umiejętności rozróżnienia dziecko uwewnętrzniało przeżycia matki i błędne nazwy na odczucia własne i na odczucia Drugiego.

W konsekwencji fałszywa i zwodnicza empatia tworzy przedwczesną hiperdefinicję dziecka („Na pewno jesteś smutny, daj się pocieszyć...”). Ciągłe bycie systematycznie definiowanym przez Drugiego, bez bycia widzianym i/lub bez dokończenia własnego doświadczenia, daje początek językowi borderline (BL). Negacja doświadczenia okazywana jako empatia, która zastępuje słuchanie, wsparcie, poszanowanie różnic i prób autonomii dziecka i jego ciała, staje się oszustwem. W dorosłym życiu ujawni się cierpienie mające źródło w tym oszustwie i dezorientacji, uzewnętrznione poprzez powtarzające się trudności „osadzenia się” w relacjach (Conte 2011a).

„U pacjenta borderline nietolerowanie złożoności wynika z lęku bycia ponownie wrzuconym w dezorientującą konfluencję” (Salonia 2013: 60), gdzie trudno odróżnić, kto działa, a kto przeżywa napięcia. Rodzi się trudność bycia blisko i daleko od Drugiego, potrzeba kontaktu i jednoczesne przerażenie bycia oszukanym.

Wówczas przynależność i separacja nie są już elastycznymi kompetencjami relacyjnymi, stają się ambiwalentne. Niestabilny styl relacyjny charakteryzuje się skrajnymi doznaniem: od ekstremalnej zależności do efemerycznej powierzchowności, gdzie współlistnieją lęki bycia zależnym i bycia opuszczonym. Na ogół lęki te oscylują dwójako, od pacjenta bardziej skoncentrowanego na strachu przed byciem opuszczonym (wtedy są to osoby zależne, które „chwytają się” relacji, z nieopanowanym łaknieniem uczucia, złękniemi poczuciem bycia

opuszczonym lub odrzuconym) lub bardziej skoncentrowanego na lęku bycia wchłoniętym (gdzie lęk jest lękiem unieważnienia, inwazji ze strony Drugiego).

Niestabilność i ambiwalencja zachowań, występujące w stylu relacyjnym borderline, mają wewnętrzną logikę, ich celem jest łągodzenie poczucia dezorientacji w obliczu dwóch przeciwstawnych doświadczeń. Pacjent z zaburzeniem osobowości borderline (PBL) nie toleruje antynomicznych przeżyć, nie będąc w stanie ich powiązać: „Jeśli tak mnie kochasz, to dlaczego się złościsz?”. Niemożność rozszyfrowania niejasnych dla niego informacji powoduje rozszczepienie, które demonstruje się poprzez myśli i zachowania dychotomiczne: albo wszystko, albo nic, albo dobry, albo zły, albo wyidealizowany, albo zdewaluowany. Doświadczenie w tym samym czasie i wobec tych samych osób, lub tych samych sytuacji, przeciwstawnych emocji lub odczuć przywołuje na myśl oszustwo relacyjne. Osoby z językiem borderline mogą czuć w danym momencie tylko jedną emocję (w przeciwnym razie oszaleją) i nie tolerują błędów: niewłaściwe zachowanie osoby, którą idealizują „de-strukturyzuje ich świat” (Conte 2010).

4. KRYTERIUM B W GESTALTOWSKIM TŁUMACZENIU

” Kryteria DSM-5 klasyfikujące osobowość borderline opisują nasilenie zaburzenia w sposób deskryptywny, w trzech specyficznych wymiarach lub domenach: negatywny afekt, antagonizm, rozhamowanie (ATP 2023: 932).

4.1 Negatywny Afekt

” **Negatywny Afekt** (vs. Stabilność Emocjonalna): częste i intensywne doświadczanie szerokiego zakresu emocji negatywnych (np. lęku, depresji, poczucia winy/wstydu, zamartwiania się, gniewu), a także ich przejawy w zachowaniu (np. samouszkodzenia) oraz w relacjach interpersonalnych (np. zależność).

W odniesieniu do specyficznych cech negatywnej domeny afektywności, wymienionych w DSM, chciałabym zacząć od niepewności w separacji. W podręczniku czytamy:

” Lęk separacyjny (aspekt Negatywnego Afektu): lęk przed odrzuceniem i/lub separacją od osób znaczących, powiązany z obawą przed nadmiernym uzależnieniem i całkowitą utratą autonomii” (ATP 2023: 928).

4.1.1 Gestaltowska interpretacja: styl relacyjny borderline objawia się w separacji

Lęk przed zostaniem samemu to jeden z głównych lęków, który nie pozwala na separację i indywiduację, a poczucie bycia odseparowanym jest niezbędnym warunkiem wstępnym, aby odkryć własną wyjątkowość (Salonia 2011). Jak przypomina Mahler (Mahler, Pine, Bergman, 1975), uwieńczeniem drogi do podmiotowości jest nauka chodzenia, będąca wyrazem autonomii, która w perspektywie relacyjno-cielesnej, charakterystycznej dla podejścia Gestalt, „niesie ze sobą inną przyjemność: przyjemność decydowania o odległości pomiędzy ciałami (na przykład odejście i powrót)” (Salonia 2011: 60). Chodzenie to doświadczanie możliwości samodzielnego decydowania o przybliżaniu się i oddalaniu. „Autonomia, której doświadcza dziecko, wywołuje jego entuzjizm i ekscytację, ale jednocześnie powoduje w nim lęk pozostania samemu. Dziecko wraca wtedy do matki” (Salonia 2011: 19). Przeżywa ambiwalencję pomiędzy zależnością i autonomią, pomiędzy potrzebą Drugiego i ekscytacją działania samemu.

Nietolerowanie samotności oraz pojmowanie zaburzenia osobowości typu borderline zostały wyjaśnione przez Kernberga (1978), Mastersona i Risleyego (1975)¹², a także przez Mahler (1975), która łączy je z niepowodzeniem w podfazie „ponownego zbliżania”. Według

¹² W przeciwieństwie do Kernberga, Masterson i Risley skupili się na zachowaniu matki, a nie na agresji dziecka. Według autorów matki pacjentów borderline wysyłają do swoich dzieci przesłanie, że jedynie jeśli pozostaną zależne, zachowają matczyną miłość, podczas gdy dorastanie i stawanie się autonomicznymi spowoduje utratę tej więzi. Matki tych pacjentów najpierw utrudniały separację swoim dzieciom, a następnie zapewniały niewielką dyspozycyjność emocjonalną dla ich regresywnych potrzeb.

Mahler, narodziny psychologiczne dziecka współwystępują z ukończeniem procesu separacji-indywiduacji.

Według gestaltowskiego rozumienia pacjenta borderline istotne jest, że w czasie separacji występuje niemożność rozdzielenia się, ale przyczyny, dla której tak się dzieje, należy szukać w fazie poprzedzającej. To, co wyłania się w podfazie „ponownego zbliżania”, nie jest źródłem zaburzenia, ale wynikiem wcześniejszego przerywania procesu rozwojowego. Zanim dziecko nauczy się chodzić, spotykać z innymi i oddzielać od nich, potrzebuje być zrozumianym tam, gdzie ono samo jeszcze nie rozumie. „Potrzebuje być wysłuchanym i zaakceptowanym w zamęcie emocjonalnym” (Iacono, Maltese 2012: 29); potrzebuje pomocy w nadawaniu znaczeń oraz nazywaniu doświadczeń własnych i innych. Nie sposób odseparować się w relacji, która nie pozwoliła na znalezienie właściwych słów, aby wyrazić, co się czuje, i która nie dostarczyła narzędzi do wyodrębnienia i rozróżnienia tego, co się czuje w obecności Drugiego, a co Drugi czuje w mojej obecności.

W GTBL Salonia podkreśla, że używanie niewłaściwych nazw na własne przeżycia powoduje nie tylko dezorientację na poziomie kognitywnym i narracyjnym, ale szkodzi także innym poziomom świata doświadczeniowo-relacyjnego. Dziecko będąc w relacji z matką jest chronione od tej dezorientacji, ale odseparowane od postaci rodzicielskiej będzie musiało stawić czoła światu i doświadczyć trudności. Zacznie postępować dezorientacja, wyrażana w powracającej trudności odnalezienia się w relacjach, spowodowana tym, że dziecko nie zna „właściwych” słów na określenie własnych przeżyć i przeżyć innych (Salonia 2013). W konsekwencji nie będzie w stanie zrozumieć Drugiego ani czuć się zrozumianym. Będzie opacznie rozumiane, pomimo że zwraca się do innych używając tego samego języka.

Ponieważ to niepowodzenie w procesach uczenia się miało miejsce w sytuacji zaufania, uczuciowość dziecka nasiąknie ambiwalencją wobec każdej relacji.

Dla pacjenta problematyczne jest zbieranie i łączenie złożonych aspektów doświadczenia, nie potrafi pozostać w niepewności i gubi się: jego doświadczeniem jest poczucie bycia przytłoczonym, oszukanym i zdradzonym.

”Labilność emocjonalna (aspekt Negatywnego Afektu): niestabilne doświadczenia emocjonalne i częste zmiany nastroju; emocje wzbudzone są łatwo, intensywnie i/ lub nieproporcjonalnie do wydarzeń i okoliczności.

Niepokój (aspekt Negatywnego Afektu): intensywne doświadczanie niepokoju, napięcia lub paniki w reakcji na stres interpersonalny; zamartwianie się negatywnymi konsekwencjami nieprzyjemnych zdarzeń z przeszłości oraz możliwościami ich wystąpienia w przyszłości; uczucie strachu i obawy związane z niepewnością; strach przed rozpadnięciem się lub utratą kontroli.

Depresyjność (aspekt Negatywnego Afektu): poczucie przygnębienia, bycia nieszczęśliwym i/lub beznadziejności; trudność w przezwyciężeniu takich nastrojów; pesymizm związany z przyszłością; trwałe i uogólnione poczucie wstydu i/lub winy; niskie poczucie własnej wartości; myśli samobójcze i zachowania suicydalne” (ATP 2023: 928).

4.1.2 Gestaltowska interpretacja: Dysforia między ciałem i czasem

Nagła huśtawka stanów afektywnych jest podstawową charakterystyką wymiaru doświadczenia borderline (Cancrini 2006, Correal i in. 2009).

Dysforia¹³ (z greckiego: cierpienie nie do zniesienia, lęk, ból, niepokój) zdefiniowana jako doświadczenie pośrednie pomiędzy depresją i manią (Smith, Muir, Blackwood 2005) jest sygnałem stanu lub kondycji afektywnej, w której nie udaje się odnaleźć własnej stabil-

13 Termin „dysforia hysteroidalna” został stworzony przez Liebowitza i Kleina w 1979 roku; por. Liebowitz, Klein 1979: 555–575. Choć pojęcie to nie przyjęło się na poziomie nozograficznym, zastępuje jednak na uznanie. Cechuje się skoncentrowaniem na szczególnym stanie afektywnym, który zależy w dużej mierze od zmiennych relacyjnych, por. Spitzer, Janet, Williams 1982: 1286–1291. Berner, Rusałek i Walter próbowali podkreślać psychopatologiczne znaczenie dysforii. Wyodrębnili typowe cechy, które pozwalają uznać dysfориę za stan afektywny, nie pokrywający się z reakcją depresyjną. W konsekwencji zaproponowano stosowanie terminu „dysforia” do stanów charakteryzujących się poczuciem nieprzyjemnego napięcia, irytacji i drażliwego nastroju. Pacjent wykazuje wówczas skłonność do podszytych wściekłością *acting outów* oraz sztywności afektywnej, czyli zmniejszonej zdolności do stopniowania wzburzenia, por. Berner, Musalek, Walter 1987: 93–100, Gabriel 1987: 101–106.

ności, jak przypomina Rossi Monti (2012). U pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline dysforię interpretuje się jako wynikową efektu patoplastycznego organizacji osobowości, która – trochę jak pryzmat – filtruje doświadczenie depresyjne, zniekształcając je. Efekt dysforyczny świadczyłby o realnym oporze osoby wobec inwazji bardziej autentycznego smutku, próbą buntu przed depresyjnym losem (Stanghellini 1996).

Według Gestaltu dysforia odzwierciedla intensywną reaktywność na środowisko, a jednocześnie zależność od środowiska: pacjent borderline jest niezwykle wrażliwy, podatny na wpływy i zmiany środowiska. Uśmiecha się, gdy środowisko się uśmiecha, ale wystarczy brak uśmiechu, aby relacja się rozpadła. Przeżycie zmienia się wraz ze zmianą w środowisku (Conte 2011).

W tej „zależności” różnorodność przynależna samemu sobie i relacji jest unieważniona. Inny jest ciałem, z którym nie można się spotkać ze względu na to, że kompetencja relacyjna wymaga stopniowego modyfikowania sposobu widzenia samego siebie w obecności Drugiego, i Drugiego wobec mnie¹⁴. Pacjent borderline nie jest w stanie tolerować ciągłych modyfikacji, których wymaga relacja. Jest uwięziony w dezorientacji i trudzie odróżnienia własnych przeżyć od przeżyć Drugiego, oszukany słowami określającymi przeżycie „właściwe” dla niego, ale błędne dla innych.

Relacja z Drugim w stylu relacyjnym borderline charakteryzuje się poszukiwaniem niemożliwej przestrzeni pomiędzy. Przestrzeni, która prędzej czy później staje się bliskością i wdzierającym się ciepłem, dezorientującym i przywołującym poczucie oszustwa. Natomiast zbyt duży dystans, a co za tym idzie samotność, będzie przypominać niepokój, panikę i odrzucenie. W ten sposób osoby z językiem borderline próbują żyć w bliskości z Drugim, tocząc walkę pomiędzy „autonomią i zależnością”, z trudem poszukując przestrzeni i możliwej dla nich odległości pomiędzy ciałami, pomiędzy sobą i Drugim. Jak przypomina Greenberg: „Doświadczają tego, co intymne, jako potencjalnie zagrażające, nie umieją znaleźć odpowiedniej odległości” (Greenberg 1999).

¹⁴ „Bycie naprzeciw jest sposobem rozpoznania siebie nawzajem. Każda tożsamość stworzona jest za pomocą relacji i zdefiniowana poprzez bycie naprzeciw kogoś” (Salonia 2011: 106).

Przestrzeń przeżywana jest przez pacjenta borderline jako miejsce obecności lub nieobecności Drugiego. Kimura pisze: „Brak obiektu przywiązania oznacza dla osoby z pogranicza nagłe zawieszenie jej aktualnego bycia lub jej obecności jako takiej” (Kimura 2005: 66). Skutkiem tego oczekiwanie staje się doświadczeniem bolesnym i trudnym do zniesienia.

Czas i relacja splatają się w niepowtarzalny sposób w wymiarze oczekiwania. Pierwszym doświadczeniem czasu jest oczekiwanie, i to wokół oczekiwania gromadzą się przeszłość, przyszłość i teraźniejszość.

Osoba z językiem borderline żyje w „teraz”: nie jest w stanie istnieć pomiędzy „teraz” a następnym momentem. To wiązałoby się z nazwaniem tego, czego się oczekuje. Niemożność utrzymania fabuły narracyjnej życia, ciągłości afektywnej siebie i Drugiego oraz trudność w przetwarzaniu nieznośnego uczucia zagubienia wyjaśniają, dlaczego pacjent borderline nie toleruje oczekiwania i samotności. Salonia podkreśla: „Jego interakcje są postrzegane jako katastrofalne i powodują (dodatkowo i wtórnie) doświadczenie agresji i niepowodzeń, z ryzykiem dziwnych i nieprzewidywalnych zachowań”. Stan depresyjny następuje po odczuciu bezsiły w dotarciu do Drugiego. Pacjent nie jest w stanie wypłatać się z poczucia bycia oszukanym i zagubionym w konkretnej, obecnej sytuacji relacyjnej¹⁵.

4.2 Rozhamowanie

” Nastawienie na otrzymywanie natychmiastowej gratyfikacji, prowadzące do impulsywnych zachowań wywoływanych przez aktualne myśli, uczucia i bodźce zewnętrzne, bez względu na przeszłe doświadczenia lub przewidywane przyszłe konsekwencje (ATP 2023: 923).

” **Impulsywność** (aspekt **Rozhamowania**): działanie pod wpływem chwili w bezpośredniej odpowiedzi na bodziec; działania natychmiastowe, bez planu czy rozważenia ich skutków; trudności w ustalaniu

¹⁵ „Błędem terapeutycznym byłaby praca z osobą borderline (także z próbami samobójczymi), np. nad depresją, bez uprzedniego przepracowania nieznośnych uczuć dezorientacji, szaleństwa i bezsilności, wyjaśniając konkretne sytuacje, w której pacjent czuł się zmuszony do interakcji pomimo poczucia bycia oszukanym”. Stąd znaczenie pracy nad teraźniejszością z pacjentami borderline (Salonia 2013).

i realizowaniu planu; poczucie przymusu natychmiastowego działania, a także zachowania samouszkodzające w sytuacjach napięcia emocjonalnego.

Słoność do nadmiernego ryzyka (aspekt **Rozhamowania**): angażowanie się w niebezpieczne, ryzykowne i potencjalnie szkodliwe działania – niepotrzebnie i bez względu na konsekwencje; nieuwzględnianie własnych ograniczeń i zaprzeczanie realności zagrożenia dla siebie (ATP 2023: 928).

4.2.1 Gestaltowska interpretacja: kruche doświadczenie

Kimura pisze: „[...] chory z pogranicza ma raczej tendencję uciekania z przyszłości [...] w poszukiwaniu natychmiastowego zlania z czystą obecnością [...]. To pochłonięcie w terażniejszości odróżnia sposób bycia chorego z pogranicza nie tylko od schizofrenika, ale także od melancholika” (Kimura 2005: 64–65).

Autor mówi o modelu czasowości punktowej, byciu z chwili na chwilę, w terażniejszości, pochłonięciu przez natychmiastowość. Jest to sposób budowania doświadczenia, w którym zakłócone są funkcje formalne, strukturyzujące czas i przestrzeń (Kimura 2000, 2005). Jednym z kluczowych założeń terapii Gestalt jest to, że nie można wypełnić egzystencji terażniejszością: każde ukierunkowanie na „tu-i-teraz” jest mylące, jeśli nie bierze się pod uwagę „teraz-na-potem”, a więc doświadczenia, które następuje zaraz po (Polster, Polster 1986, Salonia 2011).

Czas u osoby z językiem borderline jest wypełniony doświadczeniami niezasymilowanymi, pustymi i zubożalymi, które nie powodują rozwoju i nie pozostają w pamięci cielesnej.

Osoby żyją w natychmiastowości, szukają połączenia cielesnego, szybko się wiążą, mają szybkie, krótkie i niespójne kontakty. Cierpią na „głód dotyku”¹⁶, poszukując błyskawicznej satysfakcji, jednak bez prawdziwego kontaktu (na przykład myślą intymność z seksualnością). Ich sposób życia „na powierzchni” charakteryzuje się ciągłą potrzebą

16 Posłużyłam się terminem „głód dotyku”, który znajdujemy w rozdziale na temat introjekcji; w rzeczywistości autorzy posługując się tym terminem nie odnoszą się jednoznacznie do „stanów granicznych”. Raczej do alkoholizmu i rozwiązłości seksualnej jako doświadczeń niezasymilowanych (Perls, Hefferline, Goodman 2022: 367-368).

nowości i potrzebą „nigdy-nie-doświadczonego”. Tworzą intensywne, jednak słabe figury: momenty doświadczenia, które jednak nie stanowią jego całości, lub rozmyte i ciągle potrzeby, których ani nazwa, ani przynależność nie są znane. Ich opowieść mówi o oczekiwaniu, zniekształconym czasie, niezakończonych doświadczeniach, ocenionych i przerwanych przez matkę.

Dzięki temu każde doświadczenie będzie ciągle nowe, ponieważ te przeszłe nie zostały zasymilowane, nie zostały przeżyte w całości. Doświadczenie potrzebuje asymilacji, a czas spotkania z nowością potrzebuje czasu na przerwę (Salonia 1992, 2012, Sichera 2001); pacjent borderline nie potrafi pozostać w takim stanie, w ciszy umożliwiającej zrozumienie i asymilację. U pacjenta czas składa się z konsumowanych chwil, pozbawionych czekania i asymilacji, nie ma więc przerw, które organizują rytm przeżytego czasu (Minkowski 1971, Salonia 2011). To właśnie pauza (Perls mówi o „płodnej próżni”) przywraca rytm życia i relacji, a także pozwala zasymilować doświadczenie i wyrazić kreatywność.

4.2.2 Wyczerpujące poszukiwanie relacji: pomiędzy potrzebą uspokojenia się i czucia siebie

Pacjenci borderline mają tendencję do natychmiastowego wprowadzania w czyn zachowań autodestrukcyjnych i impulsywnych, znanych w literaturze jako *acting out*. Gestalt nie odbiera działania jako wykonanie myśli, ale jako autonomiczne doświadczenie, które sprawdza i często modyfikuje myśl je poprzedzającą, generując nowe myśli. Działanie jest zatem miejscem, w którym decydujące elementy własnej tożsamości są doświadczane i poznawane.

W stylu relacyjnym borderline działanie oznacza ciągle poszukiwanie doświadczeń zmysłowych i podejmowanie ich w celu zredukowania i rozładowania nieznośnego, wewnętrznego napięcia. Celem nie jest dotarcie do konkretnego miejsca lub osiągnięcie celu, „są to gesty samookaleczające, mające na celu ukojenie niepokoju i nagłego poczucia szaleństwa w momentach, gdy pacjent nie ma pod ręką innego realnego wyjścia awaryjnego” (Salonia 2011: 39). Działanie impulsywne nabiera smaku ekscytacji, bez kierunku czy napięcia nie do zniesienia, które popycha osobę do podjęcia akcji.

W doświadczeniu borderline brakuje słów na „opowiedzenie siebie”. Słowa działają wtedy, gdy są kopią doświadczenia (Salonia 2012, Perls, Hefferline, Goodman 2022), ale w języku borderline słowa określające własne doświadczenie są niejasne, mgliste, niewłaściwe, przedwczesne lub ograniczone bardziej do ekscytacji zmysłowej niż do samego doświadczenia. Komunikaty ukierunkowane są w stronę nadmiarowości, poprzez posługiwanie się dramatycznymi, przesiąkniętymi złością wyrażeniami. Pacjenci mogą wyrażać się w sposób „eksplozyjny” również słowami czy głosem, swoistego rodzaju *acting outem*, podnosząc głos lub krzycząc. Natężenie dźwięku jest intensywnością, którą osoba odczuwa na własnej skórze¹⁷. Nie wiedzą, jak nazwać uczucia czy zdefiniować rzeczy, które się dzieją, brakuje im umiejętności, aby móc symbolizować doświadczenie.

Widoczny jest także brak zaufania do ciała i jego możliwości kontenerowania własnego czucia. Można to dostrzec w zakresie przytrzymywania i puszczania: brakuje połączeń logicznych, nadających ramy czuciu, a ciału i odczuciom mocy. To prowadzi do przeżywania impulsu tak, jakby wyłaniał się z niczego. Trudność w działaniu w pełni obrazuje wewnętrzne napięcie, które jest nie do wytrzymania (czuję coś, ale nie wiem co). W celu uspokojenia „konieczne” jest wyładowanie się w działaniu (Kepner 1993).

Acting out, zachowania autodestrukcyjne i zachowania impulsywne są rozumiane jako potrzeba wyciszenia się pacjentów w ich trudności kontenerowania i asymilowania własnego czucia.

4.2.3 Od trudności w myśleniu o sobie do bólu czucia siebie

Zaburzenie osobowości typu borderline w DSM-IV jest jedynym zaburzeniem osobowości, które w kryteriach diagnostycznych przewiduje zachowania o charakterze samobójczym lub samookaleczającym.

Według Gestaltu akty samookaleczenia (bez intencji samobójczej)¹⁸ mogą być rozumiane na różnych poziomach.

17 Dźwięk jest budulcem słów. To dźwięki tworzą słowa i nadają im relacyjną wartość bliskości i odległości (Salonia 2011).

18 Próby samobójcze u pacjenta borderline zastępują na osobną dyskusję: są impulsywne, nieplanowane, „zatem [...] dążenie do śmierci nieuchronnie towarzyszy stanowi granicznemu” (Kimura 2005: 64).

- **Samookaleczenie jako próba uśmierzenia „poczucia szaleństwa”**
Gesty autodestrukcyjne są próbą uśmierzenia napięcia, wzburzenia i poczucia szaleństwa, związanych z doznaniem bycia oszukanym przez ważną osobą i nieumiejętnością wyjścia z tej sytuacji oszustwa.

- **Samookaleczenie jako próba „potwierdzenia siebie czyli obecności w świecie”**

Sklonność do okaleczania ciała i autodestrukcyjne zachowania tworzą tło historii osoby z językiem borderline, która jest, w gruncie rzeczy, historią ciała silnie zdesensytyzowanego. Przy braku jasnej i dostępnej percepcji zmysłowej tracimy kontakt z potrzebami i umiejscowieniem w świecie (Kepner 1993), z poczuciem naszej obecności i naszych granic fizycznych. Zatem samookaleczenie można rozumieć jako próbę potwierdzenia tej niestabilnej granicy, tej cienkiej i przenikalnej „skóry”, która każdego dnia poddaje w wątpliwość własną egzystencję. „Reakcja, polegająca na dotykaniu zranionej części w celu wywołania bólu, jest dążeniem do odczuwania części, która została wcześniej znieczulona” (Perls, Hefferline, Goodman 2022: 251). Założyciele terapii Gestalt, parafrazując Arystotelesa, piszą „Self istnieje w bolącym kciuku, gdy tylko go sobie przytniemy” (Perls, Hefferline, Goodman 2022: 268).

- **Samookaleczenie jako poszukiwanie Drugiego**

Ból w ciele łatwiej jest wytrzymać niż obecne w duszy nieznośne doświadczenie, zazwyczaj niewidoczne dla innych. Te impulsywne działania są sposobem, nawet jeśli znamionującym poważne zaburzenia, nawiązywania relacji z Drugim, sposobem na wzbudzenie żywej, emocjonalnej reakcji (Gunderson 1984, Favazza 1989, Gunderson, Hoffman 2010). Biorąc pod uwagę taki punkt widzenia, interesująca jest myśl, że zachowania impulsywne spełniają funkcję „testowania” wytrzymałości (lub samej obecności w) środowiska, będąc niejako tamą, ochraniającą osobę poszukującą granicy i kontenerowania. W takim rozumieniu proponowana przez Zanzariniego definicja „stanu pogranicza”, używana przez psychopatologię francuską, jest w szczególności sposób sugestywna: stany psychiczne poszukujące granicy (Zanarini 1993).

4.3 Antagonizm

” Przedkładanie interesu własnego nad potrzeby innych ludzi, przejawiające się w wyolbrzymionym poczuciu własnej ważności, przy jednoczesnym oczekiwaniu specjalnego traktowania, a także przejawiające się w okazywaniu innym rezerwy i antypatii, co obejmuje zarówno brak świadomości potrzeb i uczuć innych, jak i gotowość do wykorzystywania ich w realizowaniu własnych celów (ATP 2023: 932).

” **Wrogość** (aspekt Antagonizmu): stałe lub często pojawiające się uczucie gniewu; złość lub irytacja występują w odpowiedzi na drobne lekceważenie lub obrazę (ATP 2023: 928).

4.3.1 Gestaltowska interpretacja: Wściekłość borderline, uparte poszukiwanie jasności

Wściekłość wyraża trudność pacjenta borderline w kontenerowaniu i asymilowaniu własnego czucia: brakuje połączeń, które dałyby siłę ciału i czuciu. Emocje „wybuchowe”, takie jak złość, nie mogą być wsparte przez ciało, które nie jest w pełni odczuwane. Z tych powodów złość u pacjenta borderline nie powinna być nigdy wzmacniana, a przeciwnie – kontenerowana.

Pacjent czuje całą intensywność złości i napięcia powierzchownie, nie odczuwa jej dogłębnie, nie rozumie jej przyczyn oraz znaczenia. Złość jest bardziej obrazowym wyrażaniem pomieszania przeżyć: to ból osoby, której nie udaje się połączyć złożonych aspektów własnego doświadczenia, a w konsekwencji która czuje się okłamana, nie rozumiejąc przyczyny.

Złość pomaga osobie nie oszaleć w relacji, w której Drugi dokonuje aktów intruzywnych lub agresywnych, odbieranych przez pacjenta borderline jako negujących lub deprecjonujących jego percepcję. Dlatego jest interpretowana jako „poszukiwanie jasności” (Conte 2010). Jeśli odmowa jest jasna dla pacjenta borderline, akceptuje ją, natomiast jeśli jest nieczytelna, doprowadza go do szału. Nie dlatego że czuje się poniżony, ale dlatego że jest zdezorientowany. Podam przykład: narzeczona przygotowuje romantyczną kolację, a następnie odrzuca partnera seksualnie. On „wariuje” z powodu pomieszania, a nie dlatego że

narzeczona go poniżyła. Odrzucenie jest logiczne i nielogiczne. W tej sytuacji osoba z językiem borderline jest pogubiona i dużo z jej „dziwnych” zachowań wynika z potrzeby uspokojenia się, czując dwie przeciwstawne emocje (np. miłość i agresja są dla niej nie do pogodzenia).

Złość jest tym, co widzimy, jest zachowaniem, które pojawia się, ale nie zawsze odpowiada realnemu przeżyciu: zastępuje inne przeżycia (lęk, ból itp.). Często jest przeżyciem depresyjnym. W rzeczywistości pacjent z językiem borderline ma siłę do indywiduacji, ale nie udaje mu się odseparować od przeżyć. Czuje tę siłę jednak w sposób iluzoryczny, czuje się silny i oddzielny, natomiast nie są to jego przymioty: został wcześniej oszukany w rozróżnianiu przeżyć.

5. ROZWAŻANIA KOŃCOWE. GESTALTOWSKIE TŁUMACZENIE JĘZYKA BORDERLINE: PRZESTRZEŃ WIELOGŁOSU

Terapeuta Gestaltu świadomy faktu, że każdy opis patologii jest ryzykiem przeobrażenia jej w „typologię”, utrzymuje wytyczne diagnostyczne, które pełnią funkcję drogowskazu, a nie opisanie pacjenta, w tle. Jednak zawsze pojawia się podstawowe pytanie: jakie jest przeżycie, które stoi za słowem, gestem lub zachowaniem? Specyfika hermeneutyki charakterystycznej dla terapii Gestalt polega na tym, że czytamy symptom jako „tekst zaadresowany do pacjenta, pochodzący z rodzinnych wzorców i tradycji, które stały się w pewnym momencie problematyczne [...] pacjent wnosi go na terapię, aby terapeuta towarzyszył mu w poszukiwaniu sensu” (Sichera 2013: 13). W tej interpretacji symptom jest tekstem, „wołaniem” (Sichera 2001: 25), które chce być usłyszane: symptom nawołuje do relacji.

Pacjent borderline pokazuje świat, w którym doznaje wysiłku posługiwania się obcym językiem. Doświadczenie, wyrażane specyficznym słownictwem emocjonalnym i relacyjnym, jest niespójne, co nie oznacza, że jest mniej autentyczne. Gestaltowskie Tłumaczenie Języka Borderline pozwala na objaśnienie cierpienia, które staje się czytelne dla terapeuty wówczas, gdy jest gotowy przywrócić godność doświadczeniu według logiki współistnienia prawd, a nie ich wzajemnej spójności. Jeśli terapeuta ma gotowość do pełnego szacunku, uważnego

słuchania, i jest w stanie wyjść poza zachowania pacjenta, które nadają czytelność słowom i słownictwu, a opisującym odczucia, emocje i spostrzeżenia, to dzięki uważnej i kompetentnej relacji zwróci pacjentowi borderline autentyczność jego doświadczania świata i zapobiegnie dalszemu zranieniu.

Czując i mówiąc pacjent borderline buduje swój świat, szczególny świat, który staje się zrozumiały, logiczny i spójny. Może go zbudować tam, gdzie istnieje relacja terapeutyczna, w której opowieść symptomu spotyka się z pełnym szacunku tłumaczeniem, gdzie istnieje przestrzeń dla wielogłosu, pozwalająca rozszyfrować i odzyskać doświadczenie.

Z zewnątrz nie zdołasz nic zmienić.

Stojąc i patrząc w dół

pozornie możesz dostrzec wzór.

Widzisz, gdzie jest błąd, czego brakuje. Chciałbyś to naprawić, mniemasz.

Lecz nie umiesz połączyć nici. Musisz być wewnątrz, aby tkąć.

Musisz być częścią materiału, Ty sam.¹⁹

¹⁹ Le Guin 1997: 156.

Bibliografia

APA: American Psychiatric Association, 1983: *DSM-III. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson.

APA: American Psychiatric Association, 1996: *DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson.

ATP: Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2023: *Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*, Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner.

Berner P., Musalek M., Walter H., 1987: „Psychopathological concepts of dysphoria”, *Psychopathology* 20, 93–100.

Cancrini L., 2006: *L'oceano borderline*, Milano: Raffaello Cortina.

Conte V., 2010: „Il paziente borderline: un'ostinata e sofferta richiesta di chiarezza”, *GTK Rivista di Psicoterapia* 1, 59–73.

Conte V., 2011a: *Dispense Didattica Specifica*, Anno Accademico.

Conte V., 2011b: „La GT e i pazienti gravi”, *GTK Rivista di Psicoterapia* 2, 17–46.

Coppo P., 2013: *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Milano: Raffaello Cortina.

Correale A. i in., 2009: *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*, Roma: Borla.

Favazza A.R., 1989: „Why patients mutilate themselves”, *Hosp Community Psychiatry* 40, 137–140.

Frances A., 2013: *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Torino: Bollati Boringhieri.

From I., Miller V., 2022: „Wprowadzenie do wydania Terapii Gestalt z 1994 roku”, [w:] F.S. Perls, R. Hefferline, P. Goodman, *Terapia Gestalt. Pobudzenie i wzrost w osobowości człowieka*, Warszawa: OZO, 37–58.

Gabriel E., 1987: „Dysphoric mood in paranoid psychoses”, *Psychopathology* 20, 101–106.

Greenberg E., 1999: „Love, Admiration or Safety. A System of Gestalt Diagnosis of Borderline, Narcissistic and Schizoid Adaptations that Focuses on What Is Figure for the Client”, *Studies in Gestalt Therapy* 8, 52–64.

Gunderson J., 1984: *Borderline personality disorders*, Washington: American Psychiatric Press.

Gunderson J.G., Hoffman P.D., 2010: *Disturbo di personalità borderline*, Milano: Springer.

Iacono D., Maltese G., 2012: *Come l'acqua. Per un'esperienza gestaltica con i bambini tra rabbia e paura*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.

Kepner J.I., 1993: *Body Process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia*, Milano: Franco Angeli.

Kernberg O.F., 1978: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Torino: Boringhieri.

Kimura B., 2000: *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*, Grénoble: Jerome Millon.

Kimura B., 2005: *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, Roma: Giovanni Fioriti.

- Le Guin U.K. 1997: *Il Giorno del perdono*, Roma: Fanucci.
- Liebowitz M.R., Klein D.F., 1979: „Hysteroid dysphoria”, *Psychiatric Clinics of North America* 2.
- Lingiardi V., 2001: *La personalità e i suoi disturbi. Un'introduzione*, Milano: Il Saggiatore.
- Lingiardi V., Gazzillo, F., „La diagnosi dei disturbi di personalità nel DSM-V”, [w:] *Temi di politica professionale*, <http://www.aipass.org/>.
- Mahler M., Pine F., Bergman A., 1975: *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*, New York: Basic Books.
- Perls F.S., Hefferline R., Goodman P., 2022: *Terapia Gestalt. Pobudzenie i wzrost w osobowości człowieka*, Warszawa: OZO.
- Polster E., Polster M., 1986: *Terapia della Gestalt integrata*, Milano: Giuffrè.
- Rossi Monti M., 2012: „Borderline: il dramma della disforia”, [w:] M. Rossi Monti (red.), *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica*, Milano: Franco Angeli, 15–63.
- Salonia G., 1989: „Dal Noi all'Io-Tu: contributo per una teoria evolutiva del contatto”, *Quaderni di Gestalt* V, 8/9, 45–53.
- Salonia G., 1992: „Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della GT”, *Quaderni di Gestalt* VIII, 14, 7–22.
- Salonia G., 2005: „Il lungo viaggio di Edipo: dalla legge del padre alla verità della relazione”, [w:] P. Argentino (red.), *Tragedie greche e psicopatologia*, Siracusa: Medicalink Publishers, 29–46.
- Salonia G., 2007: *Odòs, la via della vita. Genesi e guarigione dei legami fraterni*, Bologna: EDB.
- Salonia G., 2008: „La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness”, [w:] S. Vero, *Il corpo disabitato. Semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness*, Milano: Franco Angeli, 51–71.
- Salonia G., 2009: „Letter to a young Gestalt therapist for a GT approach to family therapy”, *The British Gestalt Journal* 18/2, 38–47.
- Salonia G., 2011: *Sulla Felicità e dintorni. Tra corpo, parola e tempo*, Trapani: Il pozzo di Giacobbe.
- Salonia G., 2012: „Teoria del sé e società liquida. Riscrivere la funzione-Personalità in GT”, *GTK Rivista di Psicoterapia* 3, 31–60.
- Salonia G., 2013a: „Psicopatologia e contesti culturali”, [w:] G. Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe, 17–32.
- Salonia G., 2013b: „Disagio psichico e risorse relazionali”, [w:] Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo*, 55–67.
- Salonia G., 2013c: „Pensieri su Gestalt Therapy e vissuti narcisistici”, [w:] G. Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo. Saggi di Psicopatologia Gestaltica*, Trapani, Il Pozzo di Giacobbe, 159–180.
- Salonia G., Sichera A., 2013: *Edipo dopo Freud*, Ragusa: GTK-books/01.
- Schmideberg M., 1969: „I casi limite”, [w:] S. Arieti (red.), *Manuale di psichiatria* vol I, Torino: Boringhieri.

Sichera A., 2001: „A confronto con Gadamer: per una epistemologia ermeneutica della Gestalt”, [w:] M. Spagnuolo Lobb (red.), *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*, Milano: Franco Angeli, 17–41.

Sichera A., 2013: „Ermeneutica e GT. Breve introduzione ai fondamenti di una diagnosi gestaltica”, [w:] G. Salonia, V. Conte, P. Argentino, *Devo sapere subito se sono vivo*, 11–16.

Smith D.J., Muir W.J., Blackwood D.H., 2005: „Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: a comparison of bipolar and unipolar depression”, *Journal of Affective Disorders* 87/1, 17–23.

Spitzer R., Janet, B.W., Williams D.S.W., 1982: „Hysteroid dysphoria: an unsuccessful attempt to demonstrate its syndromal validity”, *Am J Psychiatry* 139, 1286–1291.

Stanghellini G., 1996: „Phenomenological Psychopathology of Depressive Mood Spectrum”, *Fundamenta Psychiatrica* 2, 45–60.

Stern D., 1989: „La nascita del sé”, [w:] M. Ammaniti (red.), *La nascita del sé*, Bari: Laterza, 117–128.

Zanarini, M.C., 1993: „BPD as an impulse spectrum disorder”, [w:] J. Paris (red.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment*, Washington: American Psychiatric Press.

ANDREANA AMATO

Jakbym urodziła się „nieparzystą”

**MODEL GESTALTOWSKIEGO TŁUMACZENIA JĘZYKA BORDERLINE (GTBL)
– PRZYKŁADY Z PRAKTYKI KLINICZNEJ**



...to tak jakbym była „nieparzysta”...

Zamówienie numer 22317

dr ANDREANA AMATO jest psycholożką i psychoterapeutką Gestaltu, uzyskała specjalizację w Instytucie Terapii Gestalt Kairos w Rzymie. Ukończyła Muzykoterapię w Szkole „Glass Harmonica” w Rzymie.

Od 2004 roku pracuje z pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi. Prowadzi psychoterapię z pacjentami indywidualnymi, parami i rodzinami. Jest specjalistką w zakresie programów rehabilitacyjnych dla zaburzeń wieku rozwojowego.

Nie mogłem pogodzić tych dwóch uczuć. Pamiętam ten moment, tę myśl – bardzo wyraźnie. Uzmysłowanie sobie, że czasem jest możliwe – a nawet konieczne – przyjęcie sprzecznych idei; akceptacja prawdy o rzeczach, które kategorycznie sobie zaprzeczają. Dopiero zaczynałem to rozumieć: ledwo co uznawać, że to jeden z podstawowych warunków naszego istnienia. Ile miałem wtedy lat? Trzydzieści trzy. Zatem tak: można powiedzieć, że właśnie rozpoczęło się moje dojrzewanie.

Jonathan Coe¹

1. WSTĘP ANTROPOLOGICZNY: NIEPOKÓJ POMIESZANIA POMIĘDZY BLISKOŚCIĄ A ODDALENIEM

W teorii terapii Gestalt dwa podstawowe zadania ewolucyjne każdej istoty ludzkiej – umiejętność bycia w pełni sobą i umiejętność wchodzenia w relacje z Drugim – nieodzownie krzyżują się z dwoma lękami egzystencjalnymi: lękiem przed separacją (lęk przed powiedzeniem „Ja”) oraz lękiem przed zawierzeniem w przynależność (niepokój związany z „My”) (Salonia 2010).

Integralność i pełnia życia to dwie fundamentalne potrzeby rozwojowe człowieka. Pierwsza wiąże się z poczuciem własnej wyjątkowości i indywidualności, a druga ze śmiałością w wyrażaniu siebie w pełni, w obecności Drugiego (Salonia 2013).

Płynność, z jaką te zadania splatają i objawiają się lub są wypełniane na przestrzeni życia, definiuje spotkanie między Organizmem (O.) i Środowiskiem (Ś.), między mną a Drugim, jako spotkanie wzajemnie odżywiające oraz źródło wzrostu i dobrobytu całego pola relacyjnego.

¹ J. Coe, *La pioggia prima che cada*, Milano: Feltrinelli, 2007, 163–164.

W pewnym sensie chodzi o przekroczenie granicy między jednym a drugim brzegiem relacji Ja–Ty, z poczuciem, że moment, rytm i tempo tego tańca są odpowiednie i harmonijne. Na żadnym z brzegów nie powinniśmy przebywać dłużej niż to konieczne, aby nie zastygać: sparaliżowani, w zamieszaniu i w zwątpieniu. Chodzi o zachowanie subtelnej równowagi granicy i na granicy.

Relacyjność, jako konstytutywna cecha kondycji ludzkiej, „jest także uczeniem się, owocem podróży, która dotyczy jednostki, wspólnoty, całej ludzkości” (Salonia 2001: 21).

Wiele głosów z obszaru filozofii i antropologii mówi „jak” wspólnie żyć i o „możliwości” wspólnego życia poprzez paradygmat dawania, „pragnienia więzi z drugim jako konstytutywnego wymiaru Ego” (Pulcini 2008). Równie wielu specjalistów z obszaru psychologii jest zdania, że rozwój jednostki polega na różnych sposobach bycia-z-Drugim, jako początku i jednocześnie samego celu wzrostu (Salonia 2001).

Droga do uzyskania pełnego poczucia siebie, poczucia Drugiego oraz historii łączącej czasowy rozwój relacji w sieć znaczeń nieustannie niesie ze sobą dylemat. Jak mogę być w pełni sobą w obecności Drugiego? Jak mogę połączyć swoją indywidualność (cielesną, wynikającą z mojej historii) z nie dającą się przyswoić odmiennością Drugiego, a jednocześnie nie rezygnować ze swojej integralności ani ze spotkania?

Zaufanie sobie i zaufanie otoczeniu są umiejętnościami, które pojawiają się w sposób cyrkularny. Aby móc zawierzyć Drugiemu, muszę najpierw umieć powiedzieć: „Ja czuję”. Aby nauczyć się mówić „Ja czuję”, potrzebuję znaczącego Drugiego (postaci rodzicielskiej), który uznaje i wspiera moje doświadczenia, nadając im „własną” nazwę (w rozumieniu „doświadczenie mojej własności”, czyli tego, co „należy do mnie”, a w konsekwencji umiejętność powiedzenia „to jest właśnie to doświadczenie, które teraz odczuwam”).

Uczymy się tego przede wszystkim w międzycieleśności (Salonia, w przygotowaniu) pomiędzy dzieckiem a postaciami rodzicielskimi. W celu pojawienia się doznań i emocji w ciele dziecka (uwidocznionych w rytmie oddechu, mimice, napięciu mięśni) dorosły musi posiadać umiejętność rozróżnienia, do kogo te doznania należą i jak się nazywają, zaczynając od solidnej świadomości własnej cielesności.

Nazwanie powinno wyłonić się z ciała odczuwanego i świadomego. Doświadczenia cielesno-relacyjne nabierają kształtu i przejrzystości na styku odczuwania i dekodowania sygnałów z ciała, którym następnie zostaje nadane znaczenie za pomocą słów.

Jeśli dziecko nie ma możliwości nabycia umiejętności rozpoznawania własnych i cudzych doświadczeń w relacji z rodzicem, który sam jest pogubiony i przewiduje lub zniekształca doświadczenia dziecka zastępując je swoimi własnymi, dychotomia dylematu związanego z rozpoznaniem integralności osobistej (zakorzenionej w ufności, że te doświadczenia należą do niego i że tak się nazywają) a możliwością spotkania Drugiego (poprzez te doświadczenia) staje się nierozwiązywalna.

Bliskość z innym jest udręką oscylującą pomiędzy pragnieniem kontaktu a strachem przed doświadczaniem nieznośnej dezorientacji. Powtarzające się i niepokojące pytania, które zadaje sobie osoba z językiem borderline, można by określić jako „zwarcie”, wyczerpujące i naprzemienne: „Czy to, co czuję, jest właściwe? Do kogo to należy? Czy wyrzekam się siebie (jestem szalony) czy Drugiego (jest zły)?”.

To tak jakby atawistyczne, ludzkie lęki przed pozostaniem samemu, i w tym samym czasie przed utratą integralności spowodowanej więzią z Drugim, krystalizowały się. To patowa sytuacja.

Zdolność do powiedzenia „czuję «to» w obecności Drugiego” wydaje się krętą ścieżką, bo nawet jeśli Drugi jest w jakiś sposób osiągalny, to pozostaje jednak nieczytelny².

Doświadczenie takiego niepowodzenia ma miejsce w relacji z osobami znaczącymi w kontekście zaufania. Każda późniejsza relacja będzie wypełniona głęboką ambiwalencją: pragnieniem zbliżenia i jednoczesnym przerażeniem przed byciem zassanym, pochłoniętym, oszukany.

W GABINECIE | Myśląc o tym, widzę S. podczas pierwszych sesji, gdy patrzy na mnie intensywnie, siedząc na krześle. Przygląda mi się badawczo, jej ruchliwe oczy zdają się nieustannie mnie „czytać”. Ale jedynie jej głowa jest wyciągnięta ku mnie, ku światu. Reszta

2 Jak stwierdza G. Salonia (2013): „«Ja» nie jest dane jako pierwotne doświadczenie. Jest to cel niezbędnej do przebycia drogi, aby «przybyć» do siebie. [...] W drodze tej decydująca jest obecność kogoś, kto opiekuje się i pomaga dziecku przybyć do niego samego”.

ciała nie wspiera jej w tym trudnym, niemożliwym do wykonania zadaniu, gdy zbiera wskazówki na temat „Kim ona jest?”, „Czy ona mnie oszuka?”. Wtedy próbuję „poczuć siebie całą”, od stóp po czułek głowy, aby nie ryzykować podążania za nią w każdym z jej mikroruchów.

Tymczasem opowiada ciąg wydarzeń ze swojego życia studenckiego, kiedy inni, o których mi opowiada, są „bezbarwni”. Więź z nimi przedstawiona jest jako ciąg działań („Poszłam, wróciłam, potem ruszyliśmy dalej”), nie połączonych ze sobą ani emocjonalną fabułą, ani konkretnymi zamiarami.

W pewnym momencie wyrywa się jej: „Chodzi o to, że ostatecznie nie poszłam z nimi na plażę... nie miałam ochoty, nie wiem... gdy mi o tym mówili – ale czy na pewno? – widziałam, że się spieszyli, w ogóle nie obchodziło ich, czy pójdę. Więc zostałam. Potem, kiedy byłam sama w domu... pojawił się... zły humor... coś głuchego... kręciłam się w pokoju, to trwało wieki... płakałam... nie wiem... oni byli lata świetlne stąd... byłam sparaliżowana... okropne popołudnie”.

Jeśli nie czuję jasno tego, czego doświadczam, i czego chcę w relacji, mogę być „przywiązany” do drugiej osoby, ale nie mogę z nią „być”. Jeśli pozwolę na to, aby określenie mnie samego odróżniało się od doświadczeń i potrzeb innych, otwiera się przepaść i poczucie alarmującego odłączenia.

2. DYNAMIKA FIGURY-TŁA

W spotkaniu z osobą borderline, poczucie, że wszystko jest figurą, uderza w granice terapii dosłownie jak fala! (Salonia 2013a).

W GABINECIE | Kiedy M. mówi, zauważam szybkość, z jaką opowiada o wydarzeniach ze swojego tygodnia (widzę to tak, jakby „skakała”). To tempo wynika nie tyle z przepływu słów, ile bardziej z niemożności zbudowania następujących po sobie ram czasowych, które łączyłyby intencje z działaniami, a działania z czasem. Słowa są mocne, jakościowo skrajne, kategoryczne. Ton głosu jest bardzo wysoki, nieruchomy.

Będąc z nią czuję, że mój oddech przyspiesza, przyspieszam tok myśli, aby zapamiętać fakty, nazwy, miejsca, chwile. Czuję zamęt, skamieniały chaos, ponieważ nie dostrzegam kierunku. Potrzebny byłby większy pokój, by pomieścić cały ten tumult. Wyobrażam sobie, że niezbędne jest znalezienie jakiegoś kawałka drewna, który posłużyłby za tratwę, aby bez szwanku przebrnąć przez sztorm.

Ten typ doświadczenia można zdefiniować za pomocą słów Bin Kimury jako model czasowości punktowej, chwila po chwili w teraźniejszości, bycie pochłoniętym w natychmiastowości (Kimura 2013). Jest to sposób budowania doświadczenia, ustrukturyzowanego poprzez funkcje formalne, czyli czas i przestrzeń, które zostają zniekształcone.

Jeśli te formalne funkcje są również właściwościami wyłaniającymi się „z” i „na” granicy kontaktu, możemy domniemywać, że przyspieszone i przerwane doświadczenie cielesno-relacyjne, przedwcześnie hiperdookreślone, jest także doświadczeniem „zbyt szybkich” figur, wyłaniających się jedna po drugiej, bez możliwości domknięcia uprzedniej.

W ten sposób płynny i powtarzalny ruch figury-tła (czyli współtworzenia figury, która wyłania się i wyodrębnia, a następnie zasymilowana na wzbogaconym tle osiada) zostaje skompresowany i przyspieszony. Powstaje tyle figur, ile aktualnych odczuć, wydarzeń, detali (Salonia 2013b).

Brakuje tkanki łącznej, logicznej i emocjonalnej artykulacji intersubiektywności w czasie. Nawet przestrzeń wydaje się kurczyć, ponieważ wydarzeń jest zbyt wiele.

W obecności M. mam poczucie natłoku, duszności, jakbym nie mogła dostrzec istoty tego, co opowiada. Słuchając jej, uderza mnie „nijakość” jej opowieści, jakby była płaska i pozbawiona głębi. Wynika to z braku przypisywania intencji, emocji i związków przyczynowo-skutkowych, własnych i cudzych.

Poruszany przez różnych autorów (Bateman, Fonagy 2006) w literaturze deficyt mentalizacji wydaje się ogólnym, afektywnym i dominującym tonem, który kieruje całą narracją i jednocześnie ją ubarwia. Wynika zawsze albo z niepowodzenia w zróżnicowaniu, albo z poczucia nieuchronnego i ostatecznego bycia opuszczonym.

W GABINECIE | „Moja matka to menda. Mówię spokojnie: Wychodzę. A ona robi tę swoją twarz rozżalonej Matki Boskiej i ten jej nauczycielski ton... doprowadza mnie do szału... Na rynku spotykam A., która jest puszysta, chłodno wita się ze mną... ona też jest suką... wszyscy to dupki...”.

Próba uporządkowania emocjonalnego zamieszania M. czy też stawiania hipotez wyjaśniających jej reakcje na wydarzenia jest niemożliwa. Odczucie, obraz, który znowu mi się nasuwa, to tratwa, którą trzeba odnaleźć, aby w środku burzy móc się jej uchwycić. Na ten moment nieważne jest znaczenie, ale odnalezienie klimatu, tła, na którym można by się zatrzymać.

Staram się „cerować” szczegóły: bardzo małe interwencje dotyczące „gdzie” i „kiedy”, ustawienie wydarzeń chronologicznie czy przypominanie sobie wydarzeń podobnych do właśnie opowiedzianych, interwencje typu: „kiedy tak stałaś... wtedy ten drugi”.

M. oddycha trochę lżej. W pewnym momencie zatrzymuje się i mówi do mnie: „A więc to... to jest jeden, wielki bałagan, co? ...jak w «Modzie na sukces»... teraz to jednak trochę mniejszy bałagan”.

Wzdycha, po czym wstaje i podchodzi do okna balkonowego mojego gabinetu: „Oczywiście jest tu pięknie, ten krajobraz, róże na tarasie... jest spokojnie...”.

Wstaję i stoję obok niej, patrząc na pola, które rozpościerają się przed nami. Patrzy na mnie: „Widzisz, kiedy tu jestem, to tak jakbyśmy robiły porządki... problem polega na tym, że kiedy wychodzę, to na nowo jest chaos. Widzimy się w przyszłym tygodniu?”.

Wydaje się, że zanim M. może wejść ze mną w kontakt, ma potrzebę utkania fabuły, którą opowiada sama sobie. Ta fabuła (rozumiem ją jako stan, w którym pacjent ma możliwość „nagłośnienia” samemu sobie znaczenia bieżących wydarzeń i relacji) wyłania się na granicy kontaktu, powiedziałabym, jej „dziur” i mojego „cerowania”.

Z „genetycznego” punktu widzenia hipertrofia teraźniejszości jest sposobem konstruowania doświadczenia, które na nowo musi połączyć się z poczuciem ciągłości własnej historii. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że właśnie w teraźniejszości, w rzeczywistych i bieżących

relacjach, dezorientacja wokół doświadczeń oraz przerażenie bycia oszukany w bliskim kontakcie są nie do zniesienia.

3. INTENCJONALNOŚĆ I DOŚWIADCZENIA CIELESNO-RELACYJNE

Sedno doświadczenia borderline moglibyśmy opisać jako nieustanne wahanie pomiędzy autonomią a zależnością, między pragnieniem bliskości, które nie wiązałoby się z pogubieniem, a pragnieniem zróżnicowania, które nie skończyłoby się pustką i izolacją.

Charakteryzujące się nieprzewidywalnością, chaotycznością i traumatycznością pola relacyjne i afektywne, doświadczone przez pacjenta borderline ze znaczącymi osobami, skutkują tym, że nie potrafi rozdzielić doświadczeń własnych i cudzych w sposób inny niż poprzez przyjęcie logiki „wszystko albo nic”, „białe albo czarne”. Albo jestem entuzjastyczny, albo zdesperowany z powodu tej sytuacji, tej osoby; druga osoba jest albo cudowna, albo beznadziejna.

Ambiwalencja i niestabilność relacji odzwierciedlają zatem lęk przed byciem porzuconym i jednocześnie byciem pochłoniętym. Nie mogę ufać nikomu (bliskość mnie dezorientuje), ale mam też rozpaczliwą potrzebę obecności Drugiego, która pozwala mi zakotwiczyć doświadczenie (Conte 2010). W rzeczywistości doświadczenie ciepła jest dla mnie ponownym przeżywaniem oszustwa, strachem przed byciem zassanym. Chcąc ocalić siebie, osoba zmuszona jest do zniszczenia relacji, a to właśnie relacja jest tym, na czym jej najbardziej zależy. W ten sposób skazuje siebie na straszny dylemat.

Gdy osoba z językiem borderline poczuje trochę ciepła, oddala się. Przestaje myśleć logicznie, nie wie, jakie emocje odczuwa, a oddalenie się jest dla niej jedynym sposobem na uzyskanie jasności co do tego, czego doświadcza (Salonia 2013b).

Rozszczepienie, atawistyczny mechanizm obronny (Kernberg 1987), to nieustanne przeplatanie się intensywnych zbliżeń i równie drastycznych oddaleń. Jest spowodowane niemożnością udźwignięcia złożoności i niejednoznaczności, którymi obciążone są (również konstytutywnie) wszystkie obecne relacje. Odczuwanie dwóch sprzecznych emocji, np. złości na osobę, którą się kocha, lub dostrzeganie ich w Drugim,

np. „jest moim przyjacielem, a odpowiedział mi szorstko”, jest nie do wytrzymania. Pojawia się wówczas zagubienie i poczucie bycia „oszu-kanym” (Salonia 2013b).

Poczucie pustki, pojawiające się w słowach osoby z językiem bor-derline, można zdefiniować jako przeżywanie doświadczeń w inten-sywny i głęboki sposób, przy jednoczesnym braku stabilnego tła, które nadaje doświadczeniom spójności i trwałości oraz je konteneruje (Correale i in. 2009).

Z punktu widzenia terapii Gestalt nastrój i jego wahania nie są zmiennymi indywidualnymi, ale wynikiem procesu współtworzenia w relacji. Zatem uczucie pustki nabiera specyficznej jakości doznania, które pojawia się w polu. Osoba nie potrafi określić, co czuje (a dokład-niej czy to, co czuje, jest jej czy nie), oraz rozszyfrować, co Drugi czuje wobec niej. Jak więc afektywna obecność może stać się czymś przyswa-jalnym? Relacja może stać się tłem, jeśli będąc w stanie alarmu, osoba z językiem borderline nie musi pilnować każdego znaku, gestu, słowa i szczegółu w obawie przed niespójnością, która wprawiałaby ją z powro-tem w stan pomieszania. Poczucie pustki bazuje wówczas na braku wiedzy, co się czuje, a to nie pozwala dotrzeć do Drugiego. Zdobyć tej wiedzy poprzez poczucie głębokiej i autentycznej „wiarygodności” Drugiego staje się niemożliwe.

O ile z klinicznego punktu widzenia ten wymiar (poczucie pustki) wydaje się być stałą, na której opiera się całe doświadczenie życiowe pacjenta, to jednak przez samego pacjenta doświadczany jest jako „inny” i nagły. Osoba wydaje się w niego wpadać, nie będąc w stanie tego kontrolować i nie wiedząc, dlaczego tak się dzieje, a walka o wydo-stanie się z tego stanu jest wyczerpująca.

W GABINECIE | „To jest ta rzecz, o której już pani mówiłem. Pustka, tępy, zły nastrój, nie wiem, czy udaje mi się wyrazić jasno. To jest taka mieszanina różnych rzeczy... Chciałbym rzucić się na kogoś, ale także i na siebie. Chciałbym zapłakać, ale nie potrafię. W niektórych momentach to jest nie do zniesienia, chciałbym po prostu nic nie czuć. Chodzę po domu jak zwierzę w klatce... Nie wiem, czego chcę. Wymyślam tysiące sposobów, by poczuć się lepiej, tysiące kon-kretnych rzeczy, ale żadna mi nie pasuje. Chciałbym, żeby ktoś się

do mnie zbliżył, ale jeśli ktoś to robi, unikam go i źle go traktuję. A kiedy go unikam, czuję się jeszcze gorzej... ale nie wiem, czy w stosunku do siebie czy do niego”.

Niepokój, poczucie zagrożenia z powodu bliskości i odległości jednocześnie, złość, dezorientacja. Dotkliwie, mniej lub bardziej, do tego stopnia, że stają się nie do zniesienia.

Nagłe wahania nastroju i stany depresyjne najczęściej występują po chwilach poczucia niepowodzenia w dotarciu do Drugiego. Zawsze wskazują na poczucie porzucenia lub braku rozróżnienia w rzeczywistości i trwającej sytuacji (Conte 2010). Myśli o śmierci wydają się często jedynym wyjściem z wyczerpującej walki o odzyskanie podmiotowości. Poczucie braku godności, które jest głęboko zakorzenione w doświadczeniu cielesnym, pojawia się w momentach najtrudniejszych, ale także w tych oznaczających krok rozwojowy w terapii i wzrost, w których pacjent staje się bardziej świadomy własnych trudności.

W GABINECIE | „To jest bez sensu. Zawsze myślałem, że coś jest ze mną nie tak. Nie chodzi o charakter. Inni nie rozumieją. Chodzi o coś innego, to tak jakbym była «nieparzystą». Im bardziej zdaję sobie sprawę, jak trudne są dla mnie relacje, tym mocniej czuję się zmęczona. Jak gdybym miała odbudować drogę, która dla innych jest oczywista, podczas gdy dla mnie jest ciągłą walką”.

Nawet pozornie błahе wydarzenie, jak poczucie wykluczenia w gronie przyjaciół, może wywołać poczucie dezorientacji i szaleństwa. Osoba, w odniesieniu do znaczących osób, z którymi regulowanie odległości jest z definicji ciągłą huśtawką, nie jest w stanie wydobyć się z zamętu własnych i cudzych doświadczeń.

Dobrze identyfikowalna emocja, jakkolwiek byłaby ona intensywna i nieprzyjemna, jest łatwiejsza do zniesienia niż niewiedza, co się czuje. *Acting out* staje się wtedy sposobem na złagodzenie tego odczucia. Poszukiwanie skrajnych doznań sensorycznych (nadużywania substancji psychoaktywnych, poszukiwania niebezpieczeństw, intensywnych zachowań seksualnych) lub zachowania autoagresywne mają sprawić, że przypływ emocji staje się znośny. To działania w celu wytrzymania emocji lub udręki związanych

z dezorientacją w emocjach. Ból fizyczny jest „lepszy” niż ten psychiczny (Salonia 2013b).

W GABINECIE | M. opisuje jeden z takich momentów. Opowiada, że czuł, jak wariuje podczas rozmowy ze swoją dziewczyną: „Nic z tego nie rozumiałem, ona przyjmuje kwiaty i prezent, mówi, że jestem najśłodszą osobą na świecie... potem mówi mi, że czuje się z tym źle i że lepiej będzie się nie widywać, potem podchodzi, całuje mnie w usta i martwi się o mnie: nie rób głupot! Niech pani zobaczy, w tamtej chwili rozczuliła mnie... ale dlaczego nie możemy być razem? Wtedy zrodził się we mnie niepokój... więc wsiadłem na motor i jeździłem z zawrotną prędkością... Zatrzymałem się w barze po papierosy, przed budynkiem stał facet, jakiś oszołom. Gapiłem się na niego, więc doszło do bójki. Stoję tam, przed gościem większym ode mnie, który szuka kłopotów... Czuję energię napływającą od moich stóp aż do głowy i rąk. Adrenalina rośnie, nic już nie rozumiem... ale czuję, że żyję i ciosy nie sprawiają mi bólu”.

W doświadczeniu *borderline* samouszkodzenie, które nie jest rytualne, a impulsywne, jest niezmiennie następstwem oszustwa relacyjnego. Jeśli oszustwo nie jest bardzo inwazyjne, osoba podda się poczuciu winy, aby utrzymać „jednoznaczny” obraz znaczącego Drugiego, który inaczej stałby się niezrozumiały, bo nosiłby znamiona ambiwalencji. W tym momencie jest to jedyny sposób, aby wrócić do jednej, zrozumiałej emocji.

W GABINECIE | Pacjentka mówi mi o pewnym zdarzeniu: znany jej od lat lekarz, któremu bezgranicznie ufa, żegnając się po wizycie mówi do niej ze śmiechem: „Jaka jesteś piękna, schudłaś, wyglądasz świetnie... gdybym tylko był kilka lat młodszy!”. Jego słowom towarzyszy gest, całus i przytulenie, które w jej odczuciu są czulsze niż zwykle. Dopiero potem G. doświadcza niepokojącego uczucia. „Wracałam do domu, byłam oszołomiona... zaczęłam się źle czuć. Nigdy się tak nie zachowywał. Zawsze był miły, ale bardzo oficjalny, uprzejmy. Za każdym razem podczas wizyty każe mi się rozebrać tylko w jednej części, tak bym zawsze była jak najbardziej zakryta...

Poczułam się jak gówno. W domu nie mogłam myśleć o niczym innym, nie rozumiałam. Pocięłam się pod prysznicem”.

W logice G. taki język i poufały gest ze strony dużo starszego od niej mężczyzny, pełniącego rolę opiekunczą, są czymś niepokojącym. G. pochodzi z rodziny muzyków, ma doskonale wykształconych rodziców, zwracających uwagę na język dyktowany przez pełnione społecznie role. Jednocześnie ufa tej osobie od wielu lat, zatem kiedy jej słowa i gesty stają się dla niej niezrozumiałe, G., „tnąc się”, nie chce umrzeć, ale próbuje znieść udrękę. *Acting out*, w odróżnieniu od próby samobójczej, ma swoją logikę, której zawsze należy szukać w relacji, także tej terapeutycznej.

W GABINECIE | D. opowiada mi o trudnym wieczorze, który przeplątała, wmawiając sobie, że nigdy nie będzie w stanie ukończyć projektu na egzamin. Ciągłe powtarza, że jest bezwartościowa. Siada na krześle z wyrazem bólu, przygnębienia, irytacji. Mówi o problemach z koncentracją, zmęczeniu spowodowanym napiętym harmonogramem, jak sprawy nie układają się jej na studiach. Pytam, co się stało w ciągu dnia lub dnia poprzedniego. Uduje jej się wyodrębnić wydarzenie z udziałem wykładowczyni z kursu. „Wysłałam do niej e-mail, ponieważ okazało się, że moja rezerwacja online na egzamin jest niewidoczna. Zmartwiłam się. Cały ten wysiłek włożony w projekt... a miałabym nie zdać z powodu jakiegoś problemu w systemie. Piszę do niej z prośbą o pomoc w zrozumieniu, dlaczego nie jestem zarejestrowana, mam przecież pisemne potwierdzenie. Wiem, że zgodnie z regulaminem to profesor przeprowadza onlinowe zapisy w systemie. Wydało mi się obraźliwe, gdybym bezpośrednio zapytała ją: «...A może pani o tym zapomniała?»» Odpowiedziała, że to mój problem, że być może byłam niedokładna dokonując procedury zapisu i w związku z tym mam porozmawiać z sekretariatem. Powiedziała to tak po prostu, sucho”.

Wyjaśniamy wspólnie szereg szczegółów. Z wypowiedzi D. wynika, że wie, jak sprawa powinna być załatwiona, że może być tego pewna. D. wie także, że „wybuchła”, widząc jak wykładowczyni jej zaprzecza i odpowiada w „suchy” sposób. Profesorka zdefiniowała ją jako niedokładną, podczas gdy D. nie postrzega tak samej siebie. „Poczułam się «zbyta», takim wrzodem na tyłku, podczas gdy to był jej błąd.

Może na początku poczułam złość, ale potem zawsze tak robię, wzrasta u mnie przygnębienie... i w ten sposób to ja czuję się źle”.

Sytuacją w której osoba z językiem borderline nie jest w stanie się odnaleźć, jest zaprzeczanie faktom lub narzucanie znaczenia, które do niej nie należy. Nawet wściekły gniew, według DSM-5 „występujący w odpowiedzi na drobne lekceważenie lub obrazę” (ATP 2023: 928), w rzeczywistości opiera się na żelaznej logice. Wynika z poczucia bycia oszukanym, nie znając powodów. Wściekłość pomaga osobie nie zwariować w relacji, w której druga osoba robi coś przekraczającego albo agresywnego, zaprzeczając lub dewaluując jej postrzeganie.

Gniew wyraża potrzebę jasności i jest nieodzownie związany z potrzebą usłyszenia: „Masz rację”. Nie dotyczy racji odnośnie do faktów czy też w jaki sposób potoczyły się sprawy, ale potwierdzenia własnej percepcji: „To, co poczułam względem siebie lub ciebie, zawiera prawdę”.

Jeżeli takie tło jest ukonstytuowane, negocjowanie znaczeń i akceptacja odmienności wzajemnych doświadczeń, intencjonalności czy relacyjnych rezultatów, do których prowadzą, staje się możliwe. Jeśli tak się nie dzieje, nie ma miejsca na nic innego poza bardzo bolesnym uczuciem „zwarcia systemu” i szaleństwa. Osoba z językiem borderline nie jest w stanie odróżnić zaprzeczenia własnego doświadczenia od doświadczenia drugiej osoby, które może być zasadniczo inne. Skrajna, naprzemienna hiperidealizacja i dewaluacja, o których mowa w 2. kryterium DSM-IV (1996) (nieobecne we wskazaniach diagnostycznych DSM-5 (Gionfriddo 2013), związane są z niemożnością zaakceptowania ograniczeń Drugiego. To czynnik tworzący dezorientację i budzący przerażenie przed byciem oszukanym. Konieczne staje się wówczas rozszczepienie rzeczywistości i relacji, jakby ich polaryzacja: albo czarne, albo białe.

Zdaniem niektórych autorów (Correale i in. 2009), wymiar dysocjacyjny nie jest swoistym wzorcem przejściowej reakcji na intensywną traumę afektywną (tak jak to było opisane w kryteriach DSM-IV), ale znacznie szerszym i rozleglejszym stanem, który pomimo że ulega wzmocnieniu w wyniku szczególnie stresujących wydarzeń, to jednak charakteryzuje całe doświadczenie psychiczne pacjenta.

Zawężenie świadomości i depersonalizacja mogą prowadzić zarówno do wzrostu tego napięcia, aż staje się ono nie do zniesienia (stąd wyżej wspomniane pobudzenie), jak i do drastycznego spadku wrażliwości.

Według terapii Gestalt również w tym przypadku akcent pada na pojawienie się podobnych doświadczeń na granicy kontaktu w relacji z Drugim (Gionfriddo 2013).

W GABINECIE | Pewna pacjentka opisuje mi powtarzające się doświadczenie w jej życiu zawodowym. Gdy staje przed wyzwaniem zaprezentowania się nieznanym ludziom, doświadcza uczucia niepokoju, skurczu żołądka i jednocześnie pustej „głowy”. „Od pocucia bycia spokojną, obecną w sytuacji, przechodzę do utraty przytomności umysłu, nie mogę zebrać myśli. Wydaje się, że moja głowa jest oddzielona od ciała, czuję się oszołomiona, nie widzę i nie słyszę wyraźnie. Pomieszczenie staje się coraz większe, ludzie się oddalają... tak jakby wszystko działo się w zwolnionym tempie”. Pytam ją, co się dzieje w takich momentach z uczuciem silnego niepokoju. „Właściwie ustępuje. Niewiele czuję, tak jak bym była pod narkozą. Powtarzam sobie, że nie potrafię, że zrobię okropne wrażenie, że wszyscy zobaczą, że coś jest ze mną nie tak. Myśli nie ustają, ale w ciele nic nie czuję. To trochę jak unoszenie się na wodzie. I pozwalam mówić komuś innemu.”

Wydaje się, że dla osoby z językiem borderline depersonalizacja i desensytyzacja są sposobami na zniesienie nieodłącznej dwuznaczności sytuacji. Nie będąc w stanie dociec co inni myślą i czują, i nie potrafiąc rozróżnić własnych emocji strachu, ekscytacji itp., „wyłączenie ciała” jest rozwiązaniem na złagodzenie niezrozumiałej fali. W ten sposób złożoność pola zostaje uproszczona.

Innym doświadczeniem jest samookaleczenie związane z desensytyzacją, która niesie lęk przed zniknięciem, śmiercią w byciu zde-sentyzowanym (lęk, który sytuuje się bardziej w spektrum zaburzeń psychiatrycznych).

Nie jest to impulsywny akt, który łagodzi dezorientację w „tu i teraz”, ale próba powrotu do czucia: odnalezienie siebie poprzez krew, która daje ciepło. W tych doświadczeniach widoczne jest poważne zaburzenie

funkcji Id w Self, często wynikające z traumatycznych doświadczeń, w których ciało zostało głęboko zdeorientowane i naruszone (takie jak wykorzystywanie seksualne w rodzinie) (Salonia 2013b).

4. MODEL GESTALTOWSKIEGO TŁUMACZENIA JĘZYKA BORDERLINE (GTBL): SPECYFIKA GESTALTOWSKIEJ PRACY ZE STYLEM RELACYJNYM BORDERLINE

*Świat wyszedł z formy
I mniej to trzeba wracać go do normy!*
Hamlet, akt I, scena V³

*Jak być sobą, nie dusząc drugiego;
i jak otworzyć się na drugiego, nie dławiąc siebie?
To absolutnie niezbędne pytanie,
jeśli chcemy uciec od śmiercionośnych i krwawych rewolt,
które obecnie ożywiają i pobudzają chaos świata.*
Edouard Glissant⁴

Zanim omówię konkretne aspekty gestaltowskiej pracy z tym stylem doświadczania, chciałabym podzielić się kilkoma refleksjami na temat przytoczonych fragmentów prac terapeutycznych w modelu opracowanym przez Kernberga (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2000), dodając możliwe interpretacje w perspektywie gestaltowskiej. Komentarze te są nieopublikowanymi spostrzeżeniami prof. Giovanniego Salonii, dyrektora Instytutu Terapii Gestalt Kairos. Uzupełnię je uwagami, bazując na teoretyczno-klinicznych zasadach terapii Gestalt, które nakreślą specyfikę metody pracy z osobami z językiem borderline (PBL): model GTBL, czyli Gestaltowskie Tłumaczenie Języka Borderline, opracowaną przez tego samego autora (Salonia 2013b).

3 W. Szekspir, *Hamlet, królówiczu duński*, tłum. J. Paszkowski, Warszawa: PIW, 1986.

4 É. Glissant, *Poetica del diverso*, Roma: Meltemi, 1998, 19–20.

Fragmety pracy klinicznej pochodzą z transkryptu sesji (dokładnie piętnastej) z osobą z językiem borderline (PBL), prowadzonej przez terapeutkę zgodnie z modelem psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2000). Intencją i celem nie jest komentowanie pracy koleżanki (ryzykując jedynie uwagi wynikające z innej perspektywy), ale podzielenie się jedną z możliwych percepcji, moim zdaniem wzbogacającą. Mając na względzie to, że opis przytacza jedynie piętnastą sesję, nie widząc tła czternastu poprzedzających spotkań i nie mając dostępu do informacji o pacjentce, które pochodziłyby z innych źródeł, refleksje pozostają w „tu i teraz”, zarówno w aspektach pozytywnych, jak i problematycznych.

Sesję poprzedza niewypowiedziane. Przed spotkaniem z terapeutką pacjentka informuje sekretarkę, że zamierza popełnić samobójstwo, zażywając tabletki. Sekretarka zgłasza to terapeutce, o czym pacjentka wie (zgodnie z wcześniej zawartym kontraktem).

Pacjentka: Witam (*odchrząkuje*) mmhm... Chcę zacząć od tej sprawy, że wczoraj nie przyszłam... wczoraj rano łało jak z cebra, a mój samochód nie nadaje się na jazdę w deszczu. Gdybym naprawdę chciała tu być, prawdopodobnie nawet bym o tym nie pomyślała. To był sposób, żeby nie musieć sobie radzić z przyjściem tutaj [*pacjentka zaczyna dostrzegać, że nie chce tu przychodzić*].

Terapeutka: Myślę, że to bardzo ważna sprawa do przyjrzenia się na teraz. Moja sekretarka poszła pani na rękę i przesunęła termin. Ale... powinna była pani tu być o 12.15, a mamy 12.25. Dzięki przesunięciom mogłam się z panią dziś zobaczyć. Sekretarka poszła pani na rękę, a była pora obiadowa i myślałam, jak pani wspominała, że łatwiej jest pani przyjeżdżać poza porannymi godzinami szczytu. Ale nie jest dla mnie jasne, czy to ma dla pani jakąkolwiek wartość, więc zniechęcam się do tego, jak (...) [*Terapeutka zgadza się, że to ważny temat i konfrontuje pacjentkę z jej niechęcią do przychodzenia na terapię, wyrażoną w dzisiejszym spóźnieniu na sesję*].

KOMENTARZ SALONII: Wydaje się, że „tu” stało się miejscem trudnym lub niebezpiecznym (*chwila przerwy*). Zastanawiam się, czy chęć zabicia siebie, i to w dość brutalny sposób, jest związana z „tutaj”...

Pacjentka: *(przerzywa)* Nie chciałam tu dzisiaj być [*Pacjentka potwierdza, że nie chciała tu dzisiaj być*].

Terapeutka: Cóż, w tej chwili nie chodzi o to, czy chciała pani tu dzisiaj być czy nie, ponieważ będą różne chwile, kiedy pani może tego nie chcieć lub może żywić niechęć, by tu przychodzić. Chodzi o to, że pani musi być tutaj i to jest część terapii. Nie oczekuję, że pani zawrze ze mną umowę, że będzie czekać z niecierpliwością, by tu przyjść. Doskonale rozumiem, że czasami nie będzie miała pani ochoty tu przychodzić i to jest jeden z punktów, którym musimy się zająć. Ale jeśli zamiast nad tym pracować, pani podejmuje zgodne z tym działania, to oznacza, że być może ten rodzaj terapii nie jest dla pani odpowiedni. Ta terapia wymaga, by pani dobrze się zachowywała [*Terapeutka odwołuje się do kontraktu, podkreślając, że pacjentka musi przyjść bez względu na to, jak się czuje; inaczej nie będzie w stanie poddać się terapii. Terapeutka kładzie nacisk na kontrakt, zamiast przedwcześnie zagłębiać się w dynamikę*].

Pacjentka: Mmhm mmhm

Terapeutka: Tak jak pani powiedziałam, pani musi tu być, wnosząc wszystkie swoje problemy i wszystkie trudności, a ja będę dostępna, by nad nimi z panią pracować. Ale nie będę w stanie, nawet jeśli bym chciała, ale czego nie chcę robić, biec za panią, kiedy pani mówi: „Nie, nie chcę przyjść” albo: „Czuję się tak czy inaczej”. Nie jest możliwe prowadzić terapii w ten sposób. Zdaję sobie z tego sprawę i mam nadzieję, że pani też to dostrzeże [*Terapeutka wzmacnia przekaz: żadnego leczenia, chyba że pacjentka zgodzi się przyjść bez względu na to, jak się czuje*] (*chwila przerwy*). Ale skoro pani tu jest, poza tym, że mówi mi, że nie miała ochoty tu przyjechać, to co się dzieje? Miała pani przynieść te leki. Ma je pani ze sobą? [*Terapeutka przechodzi natychmiast do tematu gróźb samobójczych pacjentki (przekazanym osobom trzecim, przed tą sesją). Nalega, aby pacjentka dała jej leki, które przetrzymuje z zamiarem samobójstwa*].

KOMENTARZ SALONII: Tak, widzę. „Tutaj” nie jest dla niej najwspanialszym miejscem. Zastanawiam się, czy przyjdzie tutaj wzmacnia czy osłabia chęć skończenia ze sobą!

W jej „tu i teraz” relacja terapeutyczna jest ramą, która pozwala nadać znaczenie słowom i doświadczeniom pacjentki. Oprócz przypomnienia kontraktu i zasad, których należy przestrzegać, trudność pacjentki z punktualnym przybyciem i respektowaniem zobowiązania można połączyć z tym, co dzieje się w relacji terapeutycznej, i dzięki temu pomóc jej zbadać, jak bardzo „tu” terapii jest w danym momencie czymś, co zwiększa (lub zmniejsza) niepokój.

W przypadku osoby z językiem borderline przerwy lub spóźnienia oznaczają często albo narastające niezadowolenie z terapii, albo większą autonomię.

Pacjentka: Mhm, mhm. *(chwila przerwy)* Prawdę mówiąc ja też mam uczucie, że nie ma nikogo, kto by mi mógł pomóc. Nawet jeśli szukam pomocy, czuję, że pomoc, której potrzebuję, i ciężar, którym jestem, są zbyt duże, aby ktokolwiek mógł je udźwignąć, więc lepiej żebym stawiała temu czoła sama. A jeśli nie mogę sobie sama z tym poradzić, cóż wtedy jest tak, jak jest [*Pacjentka odpowiada na konfrontację, niemal interpretację, przez pryzmat skrajnej reprezentacji siebie wewnętrznej, jako kogoś potrzebującego i proszącego o niemożliwe. Ta reprezentacja siebie podsyca egosyntoniczną autodestruktywność pacjentki, ponieważ niesie ze sobą poczucie bezradności*].

Terapeutka: Cóż, czy chciałby pani spróbować zrozumieć, co się dzieje, kiedy pani tworzy sytuację, której, jak twierdzi, obawia się?

KOMENTARZ SALONII: Wydaje się, że gdy pani mówi o swojej rozpacz, a mówi to wyrażając chęć samobójstwa, zamiast poczucia bycia zrozumianą w swojej rozpacz, czuje się zdezorientowana, ponieważ wzbudza u innych złość. Być może dla osób, które są obok pani, strach przed tym, co może zrobić, jest tak silny, że nie pozwala im zobaczyć tej rozpacz? Myśli pani, że to także dzieje się „tu”?

Kolejną z podstawowych zasad modelu Gestaltowskiego Tłumaczenia Języka Borderline jest relacyjne odczytywanie objawów i zachowań pacjenta. Nadanie nazwy (dezorientacja) temu, co dzieje się z pacjentką w spotkaniu z Drugim, pozwala zrekonstruować relacyjną

fabułę wzajemnych doświadczeń, w ramach których zachowania, nawet te skrajne, nabierają znaczenia.

Dopiero po potwierdzeniu doświadczenia pacjentki (poczucia bycia niezrozumianą w swojej rozpacz) możliwe staje się zestawienie jej doświadczenia z doświadczeniem osoby naprzeciwko, terapeuty (strach i złość osób znaczących w obliczu tak wielkiej rozpacz).

Dla GTBL charakterystyczna jest również praca terapeutyczna „na” i „w” granicy kontaktu pola doświadczeniowego pacjent–terapeuta. W jaki sposób obecność terapeuty przyczynia się do współtworzenia określonej intencjonalności? I jak może wspierać następny krok, zawarte w niej „teraz-na-potem”?

Pacjentka: Czy tak właśnie się stało?

Terapeutka: Tak. Zatem pani zachowuje się w taki sposób, że nie tylko naraża swoje życie (prawie się pani zabiła), ale także zaczyna być pani ciężarem dla wszystkich innych. Powiedziała pani, że w zeszłym tygodniu były dwie osoby, dla których była pani ciężarem. Peter wziął na siebie ten ciężar, ale jeśli będzie pani robić tak dalej, to takie postępowanie może zniszczyć tę relację, a pani nie wie dokładnie, jak długo będzie chciał z panią być. Nie tylko go pani okłamuje, ukrywając przed nim różne rzeczy. Każdy człowiek, prędzej czy później, może mieć dość i myślę, że w jakiś sposób pani go do tego prowadzi. Jest to swoisty paradoks, że z jednej strony pragnie pani mieć kogoś, kto jej pomoże, kogoś, kto będzie się nią interesował, i pani nie będzie samotna i bezbronna, a jednocześnie robi pani wszystko, by znaleźć się w sytuacji samotności i bezbronności *[Terapeutka pogłębia swoją interwencję: konfrontuje pacjentkę z destrukcyjnym wpływem jej zachowań samobójczych na partnera i wewnętrznym rozłamem pacjentki. Rozpaczliwą potrzebą pomocy przy jednoczesnym działaniu, które powoduje, że ci, którzy pomagają, mają jej dość. Odnosi się to również do przeciwnieprzeniesienia terapeutki, użytego tutaj podprogowo, jako jeden z aspektów interwencji]*.

Pacjentka: Po prostu jestem przyzwyczajona do czucia się w ten sposób *[Pacjentka uznaje wewnętrzny rozłam, ale prowokacyjnie stwierdza, że tak właśnie jest]*.

Terapeutka: Myślę, że jest pani przyzwyczajona do czucia się w ten sposób, ale to do niczego nie prowadzi. Faktem jest, że jest to bezużyteczne, poza wyjątkiem, kiedy może być bardzo skuteczne w pani samobójczym działaniu. Kiedy umierałaby pani, mogłaby powiedzieć: „I co z tego, że umrę?”. Wiem, że tak mi pani odpowie, jednak warto się nad tym zastanowić. Jeśli pani umrze, to że się z panią nie zgadzam... ale to prawda, ma pani tę moc. To, że pani tutaj jest, i ja też tutaj jestem, oznacza, że próbujemy znaleźć rozwiązanie dla pani życia, wiedząc, że nie będę w stanie omawiać żadnych możliwości po pani śmierci. Myślę, że to, co pani powiedziałaaby „I co z tego, że umrę?”, dotyczy kwestii wrogości [*Terapeutka konfrontuje pacjentkę z jej biernością i trzymaniem się swojej autodestrukcyjnej części. Oferuje swoją pomoc, ale podkreśla fakt, że nikt nie byłby w stanie powstrzymać pacjentki, gdyby naprawdę zdecydowała się na samobójstwo, co stanowi realne zagrożenie dla leczenia. Pośrednio terapeutka odmawia wzięcia odpowiedzialności za przetrwanie pacjentki*].

KOMENTARZ SALONII: Poszukuje pani miejsca, w którym „to” się nie wydarzy. Ponieważ kiedy pani się tak czuje, myśli tylko, aby umrzeć, i nie dba o nic innego.

Jest to wsparcie „teraz-na-potem”, rozwojowej intencjonalności zawartej w pozornie „niezmiennych” słowach i doświadczeniach pacjentki.

Wypowiedzi kobiety dotyczące jej własnego sposobu odczuwania nie stanowią jedynie prowokacji czy prośby o nieograniczoną dostępność. Wskazują przede wszystkim na doświadczenie cielesno-relacyjne (pragnienie spotkania z Drugim, bycia przyjętą i zrozumianą), którego pierwotna intencjonalność skryształizowała się i zablokowała w strachu przed ponownym i ciągłym niezrozumieniem oraz zranieniem.

Pacjentka: Ale jeśli czasami tak się czuję, to czy powinnam zaprzeczyć, że tak się czuję?

Terapeutka: Nie, rozumiem, że pani może się tak czuć. Wszystko, czego od pani potrzebuję i czego pani potrzebuje od siebie samej, to żeby pani nie zachowywała się w ten sposób. Myślę więc, że doszliśmy do ładu w tym, dlaczego chce pani „triumfalnie” umrzeć.

Uśmiecha się pani, kiedy to mówię, ale o to właśnie chodzi. To właśnie udowodniłoby, że nikt nie może pani pomóc i że nigdy nie było nikogo, do kogo mogłaby się pani zwrócić. Ani Peter, ani teraz ja, ani setka innych osób, z którymi miała pani kontakt przede mną. Zemsta jest ważniejsza niż życie. I to byłby wielki triumf, pani by nie żyła, ale udowodniłaby, że nikogo przy niej nie było. Byłaby pani najpotężniejszą osobą na świecie. To jest ta pani dziecinna część, która tutaj działa. Triumfalna porażka, osiągnięcie tej porażki jest warte całej pani energii, każdej jej cząstki. Udane samobójstwo [*Terapeutka ponownie wzmacnia kontrakt terapeutyczny: pacjentka może mieć myśli samobójcze, o ile nie wprowadza ich w czyn. I szybko przystępuje do konfrontacji z triumfalnym uśmiechem pacjentki, gdy ta wierzy, że ma moc zatriumfowania nad terapeutką, zabijając się. Szybka interpretacja przeniesienia w „tu i teraz”, związana z wyzwaniem kontraktu terapeutycznego, odzwierciedla doświadczenie kliniczne terapeutki*].

KOMENTARZ SALONII: Dobrze! O to chodzi. Jak się zachować, kiedy czuje się pewne rzeczy? Widzi to pani? Czasami może się zdarzyć, że czujemy się przytłoczeni uczuciami lub doświadczamy uczuć destrukcyjnych... co jest ważne, to aby nie podejmować działań w związku z tym, czyli aby nie krzywdzić siebie i innych, ale poprosić o pomoc, zapytać kogoś o sens tego, co się dzieje. Rozumiem, że czasami nie pyta pani o to w oczywisty sposób, ale grożąc samobójstwem. To wywołuje u innych reakcje złości lub strachu. Kto wie... może jeśli mówiłaby pani o swojej rozpacz, innym byłoby łatwiej spotkać panią bez lęku i irytacji. W każdym razie inną rzeczą jest „czuć”, a inną jest „działać”.

Chodzi o połączenie „czucia” i „działania”, ale przede wszystkim o potwierdzenie i pomoc osobie w określeniu tego, co czuje, by później zestawzić jej doświadczenie z doświadczeniem drugiej osoby.

Pacjentka: Rozumiem, że muszę zmienić swój sposób myślenia.

Terapeutka: Nie wiem, czy pani to rozumie.

Pacjentka: Nie, jest część mnie, która to rozumie. Naprawdę jest. Ale jest także...

Terapeutka: (przerywa) Nie wiem, może pani w tym momencie stara się być tylko uprzejma. Pani się teraz uśmiecha, również na te słowa.

Pacjentka: Mhm, mhm

Terapeutka: Bardzo się martwię, że to może nie zadziałać. I że wystąpią „małe zabójstwa sesji”, ponieważ pani czas jest bardzo ograniczony. Narzekała pani, że dwie godziny tygodniowo to za mało, ale pani nie ma dwóch godzin tygodniowo. Pani ma pół godziny tygodniowo, trzy kwadranse tygodniowo [*Terapeutka poszerza interpretację (...)*].

Pacjentka: Ma pani absolutnie rację.

KOMENTARZ SALONII: Rozumiem, że to może być dla pani trudne. Czasami kiedy pani mówi, że rozumie, mam wrażenie, że chce mnie zadowolić, ponieważ boi się pani mi powiedzieć, że się nie zgadza. Tak jakby próbowała być pani uprzejma. Proszę spróbować powiedzieć mi także rzeczy, co do których nie jest pani przekonana...

Terapeutka: Tak, cóż, powinnyśmy mieć nasze dwie pełne sesje w tygodniu, ani minuty mniej.

Pacjentka: A więc rujnuję to wszystko, co robimy.

Terapeutka: Cóż, myślę, że borykamy się z tym właśnie dlatego, że upieram się, iż jest to problem. Fakt, że pani dziś tutaj jest dowodzi, że ta druga strona istnieje, a ja polegam na tej drugiej stronie. (...) Ale prawdę mówiąc pani sprawia wrażenie, że nie możemy na to liczyć. Myślę, że prawdą może być to, że nie możemy liczyć na pani decyzję na rzecz życia mimo starań uczynienia życia czymś ekscytującym. Pani ma umiejętność stworzenia sobie interesującego życia, ale teraz widzi pani śmierć, a nie życie, jako coś ekscytującego. Jeśli tak jest, to istnieje moment, w którym musi się pani temu przeciwstawić. Brzmi to tak, jakbym głosiła kazanie, próbując rozmawiać z niewierzącym, który opisuje, że najlepszą rzeczą jest śmierć [*Terapeutka w obecności pacjentki otwarcie bada możliwość sprowadzenia do pozycji bezsilnego „kaznodziei na rzecz przetrwania” i osoby posiadającej zdrową część wewnętrznych konfliktów występujących u pacjentki*]

Pacjentka: Opisuję to w ten sposób, ponieważ tak właśnie się czuję (...)

Terapeutka: Przyciąganie śmierci.

Pacjentka: Nie lubię tego, nie zawsze lubię taka być. Tak, są chwile, kiedy lubię być taka, i czuję, że to jest właściwa droga, taka jest i taka będzie. Ale są też inne momenty, gdy po prostu czuję, że bardzo się starałam i nic nie wydaje się zmieniać. Na jakiś czas będzie lepiej (...)

Terapeutka: *(przerywa)* Wie pani, jedną rzecz muszę powiedzieć odnosząc się do tego... pani tak bardzo się starała, ale sądząc po wynikach, myślę, że starała się pani w sposób, który nie był skuteczny. Zamiast uporać się z wewnętrznym konfliktem, pani manipulowała ludźmi, okłamywała ich i próbowała rozwiązać swoje problemy poprzez próby samobójcze... Więc próba, przykro mi to mówić, ponieważ rozumiem, że mogła pani włożyć w to wiele wysiłku, ale nie jestem pewna co do natury tego, co próbowała pani osiągnąć, ani tego, co faktycznie pani osiągnęła.

KOMENTARZ SALONII: Widzę pani złość i nieufność. Negatywne uczucia i chęć śmierci nie znikają pomimo całego trudu i zaangażowania. Wiem. Droga jest długa. I byłoby zrozumiałe, gdyby mi pani powiedziała o swojej złości i braku zaufania... ci lekarze... gadają, gadają... a później i tak to ja zostaję z moją rozpaczą. Rozumiem. Niech pani postara się dalej ufać, mimo wszystko. To walka między życiem i śmiercią... na wielu płaszczyznach... Ta pani część, która pragnie śmierci, jest zmęczona podtrzymywaniem nadziei. Powiedziałbym, że to zobowiązuje nas do cięższej pracy. Myślę, że ufając w naszą relację, wzrasta pani. I być może w obliczu walki, którą pani nieustannie toczy, będzie pani w stanie być konsekwentna w kontynuowaniu terapii... (teraz lub później) niech pani powie... według pani, co mógłbym czy powinienem poprawić?

Dwie ostatnie interwencje uznają nieufność i „opór” pacjentki oraz dostrzegają jej wołanie relacyjne, nie lekceważąc jej potrzeby utrzymania zaangażowania w terapię. Dają pacjentce możliwość wyrażenia własnej nieufności oraz złości „do” i „wobec” terapeutki, nawet w najmniejszych aspektach. Właśnie te najmniejsze aspekty wzbudzają

ponownie w pacjentce lęk bycia zdeorientowaną i zranioną, co umożliwia jej pierwszy krok w kierunku przyjęcia punktu widzenia drugiej osoby zamiast przeciwstawiania się mu.

Terapeutka: Tak, cóż, to przybliży nas do wyjaśnienia, dlaczego pani to robi. Tym uzasadnieniem jest pani fantazja, i nie mam tu na myśli fantazji w znaczeniu czegoś nieprawdziwego, ale wrażenie, że się pani zaraz rozpadnie. Ale jeśli tak miałoby być, to dlaczego miałabym panią prosić o coś, co sprawi, że poczuje się pani gorzej i rozpadnie? *[Terapeutka interpretuje to stwierdzenie jako wyraz paranoicznej reakcji na siebie, że terapeutka mogłaby zaszkodzić pacjentce]* Oznaczałoby to, że ma pani terapeutkę, która jest tu po to, aby panią zniszczyć i sprawić, by rozpadła się na kawałki. Zaproponowałabym pani zanurzenie się w stany, które pani odczułaby i których doświadczyłaby natychmiastowo, konflikty z określonymi osobami, w określonych momentach pani życia. To wszystko jest poza zasięgiem, ponieważ pani jest przekonana, że mając ze mną do czynienia najlepszym sposobem jest mówić jak najmniej. Robi to pani poprzez nieobecność na sesjach, poprzez spóźnianie się, a kiedy pani jest, poprzez mówienie jak najmniej, przy jednoczesnym sprawianiu wrażenia, że mówi pani dużo, używając stwierdzeń ogólnych. A uzasadnieniem tego, jak pani wyjaśniła, jest to, że ja proszę o zrobienie czegoś, co pani zaszkodzi lub panią zniszczy. (...) Mogę to zrozumieć. (...) Ale czy tak jest? Zbadajmy, czy uzasadniony jest pani pomysł posiadania złej terapeutki, która jest po to, aby poczuła się pani gorzej i rozpadła się na kawałki, straciła kontrolę, i czy jest to moim zamiarem? *[Terapeutka próbuje zinterpretować identyfikację projekcyjną pacjentki, jej projekcję na terapeutkę własnego, autodestrukcyjnego wroga wewnętrznego]*

Pacjentka: (przerywa) Nie, nie jest tak że...

Terapeutka: (kontynuuje) I musi się pani przede mną chronić.

KOMENTARZ SALONII: Jeśli nie czuje się pani zrozumiana... uruchamia się w pani potrzeba ochrony się przede mną...

W sposób konstytutywny, wszystkie istniejące relacje pacjenta obciążone są niejasnością. Jest to aspekt, na który osoba z językiem borderline jest bardzo wrażliwa, także w relacji terapeutycznej. Kiedy ją wyczuwa, natychmiast oddala się, czując się zagrożona!

Pacjentka: *(kontynuuje)* Niekoniecznie myślę, że to jest pani zamiarem. Myślę, że pani może nie rozumieć, że tak się czuję. A to dlatego, że tego pani nie mówię.

Terapeutka: To ciekawe, bo ja jestem lekarzem, jestem psychoterapeutką i powinnam wiedzieć, co robię. Według pani natomiast, i jest pani o tym głęboko przekonana, skutki tego, co próbuję z panią robić, sprawiają, że poczuje się pani gorzej. Sprawią, że rozpadnie się pani na kawałki.

KOMENTARZ SALONII: Nawet ja mogę się mylić... co do pani. I myślę, że nie byłbym w tym pierwszy... czy wie pani, jak wielką różnicę możemy stworzyć? Że pani mi na przykład powie: „tu doktor nic nie zrozumiał...”? Co pani o tym myśli?

Zanim nastąpi możliwość zdecentralizowania postrzegania u pacjentki, osoba z językiem borderline będzie podkreślać potrzebę rozwikłania relacyjnego znaczenia, do którego te „błędne przekonania” się odnoszą. Nie oznacza to, że terapeuta rezygnuje ze swojej roli lub na siłę przyznaje się do intencjonalności, która nie jest jego. Chodzi o uznanie percepcji pacjentki, choćby jednego najmniejszego elementu, który w relacji terapeutycznej naraża ją na ponowne przerażenie przed byciem oszukaną i przedefiniowaną.

Pacjentka: Powiem pani, co to przypomina. To jak powtórzenie mojej relacji z matką, kiedy byłam bardzo młoda. Ponieważ nie mogłam do niej pójść, nie mogłam ufać, że będzie przy mnie, zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, byłam sama... nie było tam za grosz zaufania. Wszystkim zajmowałam się sama i nie mówiłam o niczym.

Terapeutka: A więc to, co dzieje się między nami, jest jakby powtórką?

Pacjentka: Myślę, że jest wiele wspólnego, tak. Moja relacja z ojcem była taka, że wszystko, co robiłam, polegało na próbach wykonania rzeczy, zadań, i udowodnienia mu, że mogę coś osiągnąć.

Terapeutka: Powiem pani tak: jeśli tak jest, i proszę to sama ocenić, to powtórzenie pewnych aspektów relacji z matką i ojcem oznacza, że pani myli mnie z nimi [*Terapeutka skupia się na „tu i teraz”*].

Pacjentka: Cóż, ma to związek z moim stopniem zaufania do ludzi.

Terapeutka: Cóż, wie pani? Może jestem w stanie zrozumieć, co pani mówi. Ponieważ miała pani takie relacje z rodzicami, jest pani skłonna wszystkich postrzegać tak, jakby byli pani ojcem lub matką. A co za tym idzie, nie ma sposobu, w który ja i pani możemy mieć inny rodzaj relacji, która nie byłaby powtórzeniem, to jest niemożliwe... [*i konfrontuje pacjentkę z jej założeniem, że wszystkie relacje muszą powtarzać model relacji jej z rodzicami. Ponownie terapeutka nie daje się wciągnąć w badanie przeszłości pacjentki i jest prawdopodobnie podejrzliwa wobec zintelektualizowanej „psychoanalizy”*]

KOMENTARZ SALONII: Czy któreś z moich słów lub moja postawa przypominają pani tamtą relację, w której nie mogła pani zaufać?

Terapeutka: Ale... ma pani do czynienia ze mną, wie pani, hmmm... Jak rozumiem, mówi pani, że relacje z innymi ludźmi nadal muszą być tak samo naznaczone, jak były z pani matką i ojcem, którzy byli pani jedynymi rodzicami. Zatem jeśli tak było z nimi, zdecydowała pani, że musi być tak samo (lub spodziewa się pani, że tak będzie lub działa pani na rzecz tego, aby tak było) jak z pani matką i ojcem. Czy to właśnie pani mówi? (...)

Pacjentka: Wydaje się, że tak postępuję, ale nie chcę tego robić. Ale tak, to jest to, co zrobiłam, tak.

Terapeutka: Czy tak pani zrobiła?

Pacjentka: Tak.

Terapeutka: Tak, ponieważ to jest, hmmm... wie pani, to jest... próbuję powiedzieć, że to jest tak, jakbym była tutaj pani ojcem lub pani

matką, a nie kimś innym. Wie pani, mam być taka jak pani ojciec i matka.

Pacjentka: Wiem to, ale brak zaufania do innych ludzi wciąż jest we mnie.

KOMENTARZ SALONII: Myślę, że jeśli pani powie mi, kiedy dokładnie i dlaczego mi nie ufa (ale dokładnie w momencie, gdy to się dzieje, a więc które zdanie, które zachowanie pani przeszkadza), możemy zmienić rodzaj relacji...

W perspektywie Gestalt relacja z terapeutą nie jest powtórzeniem relacji z rodzicem. Pacjent nie myli terapeuty z postacią z przeszłości, ale wyłapuje w relacji „tu i teraz” niuans, który ponownie wprowadza go w dezorientację.

Wspieranie „teraz-na-potem” oznacza otwarcie obecnej relacji na inną możliwość współtworzenia, na granicy kontaktu. Pacjent może powiedzieć terapeutce konkretnie, które elementy (nawet te najmniejsze) go dezorientują i ranią, a terapeuta jest otwarty i gotowy wziąć je pod uwagę. Pozwala to pacjentowi wyjść z postrzegania terapeuty jako „nieomyślnego”. Postrzegania, którego pacjent się trzyma, aby móc tolerować przerażenie przed byciem ponownie oszukanym i porzuconym. Przybliży otwarcie się pacjenta na relację, w której wreszcie różnice w percepcji i doświadczeniach niekoniecznie niosą ze sobą oszustwo, udrękę i ból.

Terapeutka: Pani ma kontrolę nad swoim życiem i swoją śmiercią.

Pacjentka: Ale czuję, że mam większą kontrolę nad śmiercią.

KOMENTARZ SALONII: Wydaje się ostatnią deską ratunku, kiedy nie udaje się być zrozumianą. Przynajmniej jedna rzecz będzie jasna: chcę umrzeć i umieram... by wyjść z dezorientacji i rozpacz.

Dla osoby z językiem *borderline acting out* jest sposobem na wyjście z udręki dezorientacji.

Terapeutka: Cóż, myślę, że ma pani taki rodzaj przeniesienia i ono znowu budzi lęk. To jest ta część, którą dodaje pani swoją myślą,

tą triumfalną, wie pani. Pani jest małą dziewczynką, która ma całą tę moc. Więc jest pani małą dziewczynką w tym sensie, że rozumuje w ten sposób, poprzez analogię, uogólniając, od jednej rzeczy do jakiegokolwiek innej, co jest rozumowaniem dzieci, gdy są bardzo małe. To także sposób poradzenia sobie i przystosowania się, typowy dla dzieci. Bo co może zrobić dziecko, które nie ma kontroli nad swoim życiem, tak jak pani? Co mogłoby zrobić poza powiedzeniem „potrafię zapanować nad moją destrukcyjnością”? Mogę to zrobić, nie potrzebuję, aby inni to robili. To zrozumiały dla dziecka sposób radzenia sobie z trudnościami.

Pacjentka: Ale ja nie jestem małą dziewczynką.

Terapeutka: Ale to wciąż istnieje. I to jest wyjaśnienie, dlaczego pani czasami czuje się jak dziecko. Pani zdecydowanie zachowała te dwa sposoby, te rozwiązania, od dzieciństwa. Są bardzo wyraźne.

Pacjentka: Tak.

Terapeutka: To najlepsze, co może pani zrobić.

KOMENTARZ SALONII: Czasami powraca w nas dziecko. Aby dziecko mogło dorosnąć, musi być zrozumiane i przyjęte. Za każdym razem, gdy pani nie czuje się zrozumiana i zaakceptowana, mała dziewczynka wybuchła... i próbuje wydostać się z rozpacz, nawet za cenę ranienia siebie samej... być może dzisiaj to dziecko było w stanie powiedzieć więcej... przejdźmy do podsumowania... Co może pani dziś ze sobą zabrać...? *(powiedziane partnerskim tonem)* poza... oczywiście decyzją, by przyjść na czas i nie popełnić samobójstwa...

Jak pomóc osobie z językiem borderline w „znalezieniu słów do opowiedzenia o sobie” (Conte 2010)?

Początki relacji terapeutycznej z osobami, które cechuje ten styl relacyjny, często bywają „trudne, sprzeczne, żądania są ambiwalentne” (Conte 2010).

W GABINECIE | Podczas pierwszego spotkania L. mówi, że to jest jej druga próba terapeutyczna. Czuje, że poprzednia terapia zapewne pomogła jej ograniczyć zachowania impulsywne i samookaleczanie,

ale nadal czuje się źle, i nie wie dlaczego. Jednocześnie podkreśla: „Próbowałam terapii z mężczyzną, bo nie mam szacunku do kobiet, ogólnie uważam, że są podstępne. W każdym razie czuję, że nikt nic nie może dla mnie zrobić, taka już jestem, zawsze taka byłam. Jestem też trochę zmęczona próbami zmiany”.

Terapeuta często mierzy się z komunikatem „na powierzchni”: „chcę twojej pomocy i jednocześnie ją odrzucam”. Jest to wyraz tła relacyjnego, które, jak powiedzieliśmy, naznaczone jest dwoma dużymi lękami: bycia opuszczonym i bycia pochłoniętym. Nieufność, strach i trud, z którymi pacjenci biorą coś od terapeuty, są oznaką strachu przed wciągnięciem w fuzję.

Jednak już w tych pierwszych słowach L. pojawia się nowa intencjonalność. To zbliżenie się do kobiety, czyli wybór tego, czego najbardziej się boi. Nawet jeśli w sposób nieświadomy, postrzega to jako ważną zmianę. Chociaż jest tym przerażona. W różny sposób i z różną intensywnością cała relacja terapeutyczna będzie zabarwiona silną ambiwalencją.

Innym aspektem w procesie terapii będzie chaos, który dana osoba wprowadza natychmiast, zarówno pod postacią różnorodnej symptomatologii, jak i wydarzeń życiowych. W sesji przybiera on formę słownych i emocjonalnych fal, którymi pacjent zdaje się zalewać terapeutę i którymi wypełnia czas i przestrzeń spotkania.

Poczucie pacjenta z językiem borderline, że od zawsze czuje się źle, nie wynika jedynie z historii czy z tego, że nie pamięta konkretnego, umiejscowionego w czasie początku swojego dyskomfortu. Wynika także z głębokiego poczucia niegodności i wadliwości, wokół których wydaje się krążyć jego doświadczenie i samookreślanie. Jednocześnie potrafi uznać własne kompetencje w niektórych obszarach i być bardzo krytyczny wobec innych.

Uderzające jest, jak pacjent uporczywie trzyma się definicji zapewniającej mu integralność, wręcz uspokajającej w chwilach niepokoju, choć za bardzo wysoką cenę. To tak jakby mieć przystań, bolesną, ale zawsze jasną i jednoznaczną.

4.1 Klimat

Istotnym elementem terapii jest rozwinięcie klimatu relacyjnego. Należy przez to rozumieć umiejętność współtworzenia relacji, w której pacjent może ponownie nauczyć się „mówić” (Salonia 2013b).

Osoba z językiem borderline nie potrzebuje eksperymentów ani przeblysków świadomości co do własnej historii. Przede wszystkim potrzebuje atmosfery, w której może wyrażać siebie jednocześnie czując, że druga osoba, terapeuta, w sposób jasny i przyjazny, ale nie za ciepły, jest zainteresowany nią i tym, co mówi.

To jest grunt dla obecności, ciągłości, użyźniany dzięki nieustannemu skupianiu się na terażniejszości, której, jak mówi Salonia, pacjenci są „prawdziwymi obrońcami”⁵. Oznacza to bycie z bieżącymi doświadczeniami i z niekiedy wyczerpującym opisem codziennych wydarzeń w taki sposób, aby zacząć tkąć wspólny wątek obejmujący wyjaśnianie rzeczy, chwila po chwili. Zarówno w wymiarze czasoprzestrzennym („Co się stało?”, „Kiedy?”, „Gdzie?”), jak i poprzez badanie znaczenia, które pacjent nadał rzeczom („Przyjrzyjmy się wspólnie, jaki wpływ ta rzecz na panią wywarła, ta czy tamta, i z jak różną intensywnością”).

Model Gestaltowskiego Tłumaczenia Języka Borderline charakteryzuje się konkretnością i znalezieniem „właściwych” słów na doświadczenie w trakcie długiej podróży, która w tym stylu relacyjnym nie jest oczywista.

W GABINECIE | M., nastolatek z wyraźnymi cechami impulsywności, zachowaniami destrukcyjnymi i autoagresywnymi oraz problemem nadużywania substancji psychoaktywnych, dobitnie przypomina mi o tej konkretności. Gdy opowiada o dwóch wydarzeniach z udziałem mamy i dziewczyny (powtarzające się w przeciągu kilku tygodni od początku naszej relacji), widzę, jak bardzo wspólnym mianownikiem jest dezorientacja i doświadczenie opuszczenia. Zbyt szybko staram się przedstawić wyjaśnienie:

5 „Słowa i zachowania pacjenta z językiem borderline są językiem komunikowania swoich doświadczeń oraz cielesnych i relacyjnych znaczeń (odczuć, emocji, spostrzeżeń), których doświadcza w «byciu-w-obecności-w-relacji»” (Salonia 2013b: 33).

M.: I co z tego? Nawet jeśli wiem, dlaczego tak się zachowuję, nic to dla mnie nie zmienia!!! Żle się z tym czułem, kiedy zostawiłem ją pod domem... nie wiedząc, kiedy ją znowu zobaczę... Miałem ochotę wszystko rozwalić... albo pójść do tamtego i roztrzaskać mu twarz... Czuję się źle. Teraz, kiedy stąd wyjdę, co mam zrobić? Nie wiem, co robić...

Ja: Dobrze, więc powiedz mi. Myślę, że masz pilną potrzebę zrozumienia, co zrobić z tą dziewczyną, a ja poszłam za daleko.

M. trochę się uspokaja, zaczyna dzielić się ze mną szczegółami wydarzenia. Nie interweniuję, z wyjątkiem proszenia o wyjaśnienia w drobnych sprawach, pozwalam mu samemu uporządkować sekwencje i dialogi.

Dopiero teraz pytam, co go tak rozzłościło. Uderza mnie, że w tym momencie pojawia się pewien konkretny aspekt, który jest dla niego ważniejszy niż ogólna dwuznaczność sytuacji.

M.: Nie obchodzi mnie, czy jesteśmy ze sobą w luźnym związku czy spotyka się też z tym drugim... wkurzyło mnie to, że kiedy byliśmy umówieni, to nie można było jej znaleźć. A ja kręciłem się w kółko jak głupi na skuterze we wszystkich miejscach, gdzie mogłem ją znaleźć, a ona mi mówi: zmieniałam plany, miałam coś do zrobienia... Przynajmniej niech daje mi znać.

Wspólnie rozważając poproszenie jej o jasne komunikowanie, gdy zmienia plany, M. mówi: „Mogę to zrobić, to mogę zrobić. Cóż, wszystkie jesteście dziwne, wszystkie macie tysiące rzeczy do zrobienia, a potem zawsze okazuje się, że po minucie zmieniacie zdanie”.

Ja: Dzisiaj też postąpiłam z Tobą pośpiesznie, z tym, co powiedziałam.

M.: (*śmieje się*) Ok, tym razem uszło ci to na sucho.

Czuję, że to prawda, nie rozumiałam jego potrzeby, wyprzedzając bieg zdarzeń, do czego jest aż nazbyt przyzwyczajony.

M. nie ma aktualnie potrzeby ani możliwości przypatrzenia się własnej historii i pierwotnym relacjom, w których zмага się z bólem i wściekłością. Musi objaśniać sam sobie, chwila po chwili, co się z nim dzieje będąc w relacji, w której fale emocji napływają i są pomieszczone. Dzięki temu jego doświadczenia zaczynają różnicować się, jakby

poluźniać, zaczynają mieć „przerwę”, „oddech” między jednym a drugim, zamiast być ściśnięte w mętным wirze.

Powtarzanie się historii, chaotycznych, zawsze różnych, a mimo tego podobnych do siebie, jest sposobem przygotowania gruntu na rozpoznanie, zbadanie i zdefiniowanie tego, co jest odczuwane w relacji z Drugim, z terapeutą. To stopniowe zbliżanie się i sprawdzanie, czy Drugi wytrzyma czy też jednak się zmęczy i ostatecznie odejdzie, zdawkowo wyjaśniając powody.

4.2 Jasność: znalezienie słów, aby się wyrazić

Obecnie nawet model psychoanalityczny wyraża pewne zastrzeżenia co do stosowania interpretacji w pracy z tym stylem relacyjnym. Na przykład Gabbard podkreśla to, w jaki sposób ściśle interpretacyjne podejście może spowodować, że niektórzy pacjenci będą doświadczać sytuacji terapeutycznej jako powtórzenia traumy z dzieciństwa (Gabbard 2004).

Wyrażanie stanów afektywnych klienta przez terapeutę może być postrzegane jako wywłaszczenie, niemalże kradzież myśli. Jeśli dana osoba nie posiada własnego, niestabilnego i chaotycznego świata wewnętrznego, jak pacjent z językiem borderline, może tolerować nazywanie i tłumaczenie go przez Drugiego, przywłaszczające to, co w swoich odczuciach odbiera jako własne (Meares 1993).

Z perspektywy GTBL kluczową kwestią jest odczytanie relacyjnego znaczenia, jakie doświadczenie przybiera u tych pacjentów.

Osoba z językiem borderline czuje się natychmiast „zaklinowana”, jakby była zmuszona do doświadczenia jednej rzeczy, doświadczając kilku jednocześnie.

„Czuje się pan zaniedbany” to słowa niosące ze sobą ryzyko nadmiernego definiowania. Podobnie zdanie „Doceniam twoją uwagę” zawiera już w sobie oszustwo. W „obcej” logice pacjentów borderline takie stwierdzenie oznacza: „Albo będziesz zawsze uważny, albo przestanę cię doceniać”. Reakcja empatyczna jest ryzykowna, ponieważ może być doświadczana jako definiująca. Bardziej przydatna jest empatyczna klaryfikacja, czyli objaśnianie bieżącej czynności: „Kiedy pan tak się czuje... wtedy zachowuje się w ten sposób” itp.

Podejrzliwość (z jaką pacjenci wchodzą w kontakt w relacji) nabiera sensu, jeśli jest umiejscowiona w pierwotnym doświadczeniu oszukiwania i pomieszania, a nie traktowana jako cecha intrapsychiczna lub jako strukturalna agresja. Uwikłanie osoby w doświadczenie, które do niej nie należy, lub uczynienie tego zbyt szybko oznacza oszukanie jej i wepchnięcie w dobrze znany dylemat relacyjny. Jak we wszystkich relacjach w ich życiu nieufność wobec terapeuty ma więc zawsze związek z teraźniejszą relacją terapeutyczną.

W GABINECIE | Gdy tylko siada na krześle, L. natychmiast wymienia szereg negatywnych cech, które przypisuje sobie, tworząc obraz osoby niestabilnej, impulsywnej, irytującej i nieprzyjemnej. Wspomina także o swoich zainteresowaniach i sukcesach na uczelni, ale mówi o nich szybko, nie nadając im wielkiego znaczenia.

L.: Zawsze tak się czuję, nie potrafię niczego dobrze zrobić.

Ja: A jednak mówi pani, że osiąga cele, które sobie wyznacza, że czuje, że „idzie jak burza”, jeśli chodzi o egzaminy itp.

Widzę, że patrzy na mnie nieufnie, spod półprzymkniętych oczu i milcząc zaciska usta. Mam wrażenie, że chce mi coś powiedzieć, ale nie wie, czy może „zaryzykować”, czy ja to zrozumieć.

Co się dzieje między nami? Jej nieustępliwa próba przekonania mnie o swojej nieadekwatności spotyka się z moją próbą zachowania dobrych rzeczy, o których mi powiedziała. Im dłuższa staje się lista „niepochlebności”, tym bardziej przyspiesza mi puls, mam wrażenie, że cokolwiek powiem, nawet jeśli nawiążuję do jej wypowiedzi, jest to przez L. modyfikowane, przeformułowywane... Ona potrzebuje swojej definicji, nie może przyjąć innej. A ja, czy jestem w stanie po prostu ją przyjąć?

Milczę. Odnajduję rytm oddechu, poprawiam się w fotelu. Patrzę na nią i tylko kiwam głową, jakbym mówiła „Ok, przestanę. Niech pani mówi, co chce, przyjmę to i już, mogę to zrobić”.

L.: Nie wiem, jak to powiedzieć, może nie potrafię się wystawić... Po prostu czuję się jak gówno! Na końcu tego wszystkiego, poza sukcesami... czuję, że nie idzie mi... nie idzie mi jako osobie... Za każdym razem gdy się wściekam, a zdarza się to często, myślę, że mam rację, a potem myślę, że schrząniłam, że ta druga osoba miała rację,

że jeśli odejdzie, to będzie to właściwe... Nie rozumie mnie pani, prawda? Jestem absurdalna.

Ja: Zobaczmy, czy dobrze rozumiem. To jak zmaganie się przez cały czas, nieustannie, pomiędzy odczuwaniem „absurdalnej siebie” a uznaniem drugiej osoby za „absurdalną”. I w każdym przypadku jest to wielkie cierpienie. Na końcu jest takie uczucie, że u podstaw to pani jest wadliwa. Czy tak jest? Niech pani mi powie, czy dobrze zrozumiałam, czy może jestem w błędzie.

L.: *(Niemal nie pozwalając mi dokończyć zdania, unosi tułów wzdrygając się)* Właśnie, właśnie, o to chodzi. Czy ja pani zdaniem wyglądam na wariatkę?

Ja: Nie, nie wydaje mi się pani szalona. Wydaje mi się, że pani chce, żebym wzięła to pod uwagę, że jest to ważne.

Teraz można zacząć pracę. Dla L. kluczowe jest poczucie, że wierzę w jej doświadczenie, ale także upewnienie się, że widzę jej „negatywną” stronę. Zgodnie z jej logiką, jeśli jestem miła, to tak, jakbym mówiła jej: „Widzę tylko część ciebie... kiedy zobaczę twoją irytującą część, opuszczę cię”.

Próba decentralizacji percepcji pacjenta, czyli uświadomienia mu innego punktu widzenia (nazywamy to zdolnością mentalizacji), może nastąpić dopiero po rozpoznaniu, co wydarzyło się dla niego w relacji. Jeśli się złości, to z pewnością uchwycił jakiś element, nawet częściowy, rzeczywistości. Zaprzeczanie temu doprowadza go do szału.

W GABINECIE | M. przychodzi na sesję wyraźnie wściekły. Spotkanie odbywa się w innym gabinecie niż ten, w którym zwykle się spotykamy. Po kilku miesiącach terapii zaszła konieczność zmiany miejsca spotkań, o co poprosiłam M. i uprzedziłam odpowiednio wcześniej, wyjaśniając swoje potrzeby. Liczyłam, że takie postępowanie będzie dla niego wystarczającą ochroną.

Gdy tylko wchodzi, mówi do mnie: „Wszystko w porządku? Wyglądasz na zmęczoną...”. Dostrzegam wrogość w jego tonie głosu, w tym, że nie patrzy na mnie, prawie odpychając mnie na bok wzrokiem, aby mnie od siebie oddalić. Zaczyna narzekać na korki na drodze, gdy tu jechał (choć oba gabinety położone są blisko siebie), i jak nieprzyjemne jest to miejsce. „Taranuje” mnie bardzo wysokim

tonem głosu i potokiem słów: jeśli próbuję się wtrącić, podnosi głos jeszcze bardziej.

Ja: Jesteś zdenerwowany?

M.: Słuchaj, nie prosź mnie, abym ponownie tu przychodził... Mówiłem ci, że nie chcę nic zmieniać. To miejsce jest brzydkie, zimne... wygląda jak gabinet lekarski, z większą ilością pokoi...

Pamiętam, że proponowałam mu alternatywne rozwiązania, inne dni w tygodniu, żebyśmy mogli się spotkać w tym gabinecie co zwykle, ale on je odrzucił.

Jego gniew wzrasta. Jego oddech zablokował się w górnej części klatki piersiowej, jego tułów lekko drży. Mam wrażenie, jakbyśmy siłowali się na rękę.

M.: To ty miałaś inne zobowiązania. Woląłem po prostu odwołać spotkanie, powiedziałem ci to, ale ty się uparłaś. Chciałaś, abym koniecznie tu przyjechał, prawda? W końcu to zrobiłaś, przyznaj się. Nalegałaś, żebym nie pominął spotkania i w końcu wrobiłaś mnie, żebym tu przyszedł.

Przychodzi mi na myśl, co M. powiedział mi kilka sesji temu: „Nigdy nie mogę robić tego, co mi się podoba. Kiedy trzeba coś zorganizować, zawsze liczy się to, co chce druga osoba. Chcesz iść na plażę? Tego dnia? Mi też wtedy pasuje... nawet jeśli nie mam na to ochoty... ale wtedy i tam nawet nie wiem, że nie mam na to ochoty... I nikt mnie nawet o to nie pyta”.

Ja: To prawda, chyba za bardzo nalegałam i przy tym obstawałam. Żeby nie stracić spotkania, zdecydowałam, że przyjdiesz tutaj. Trochę przypomina to sytuację, gdy powiedziałeś mi, że tak naprawdę nikt cię nie pyta, czy chcesz coś zrobić. Widzę, że naprawdę się zdenerwowałeś.

Przez chwilę M. milczy. Może wreszcie wziąć oddech. Potem się uśmiecha.

M.: Więc ty też jesteś człowiekiem. Tak, bardzo się zdenerwowałem.

Tutaj nie ma miejsca na przeprosiny lub mój ogląd sprawy, czyli próbę wyrażenia dobrej woli, aby nie przerywać spotkań, nieistotne, że miał przedstawioną alternatywę. Na ten moment liczy się tylko „kawałek” rzeczywistości uchwycony przez M.

Wiem, że chciałam „dochodzić” swojej roli i prawa do oceny, co jest dla niego dobre. Pamiętam, że zirytowałam się, kiedy zaproponował

pominięcie spotkania. Nie pozwoliłam mu „zrobić po swojemu”, nie ufałam, że wreszcie dokonuje wyboru, a nie manipuluje moją dyspozycyjnością. W tamtej sytuacji to ja nie wywiązywałam się ze zobowiązania. I to jest fakt.

Dla osób o tym stylu relacyjnym słowa „Jestem na ciebie zły” są wielkim wysiłkiem, wynikiem długotrwałej podróży. Umiejętność powiedzenia „Ta złość jest moja” to cel, do którego dążymy.

Ryzyko wyrażenia złości wobec Drugiego, pomimo strachu przed utratą uczuciowości, może zdarzyć się jedynie w momencie, gdy czują, że Drugi jest w stanie dostrzec powody, dla których to robią, i zaakceptować je bez strachu, bez umniejszania sobie lub usztywnienia się we własnym postrzeganiu.

Ważne jest rozróżnienie tych dwóch etapów: „Gniewasz się na mnie. Czy chcesz mi tylko powiedzieć, że jesteś rozzłoszczony, czy chcesz także wiedzieć, dlaczego powiedziałem lub zrobiłem tę rzecz?”. W gruncie rzeczy przepraszanie jest jednoznaczne z poproszeniem pacjenta o przedwczesne wyrzeczenie się jego własnych uczuć, które wciąż są ledwie co zarysowane, oraz odczuwanie innych emocji niż te, które odczuwa. W efekcie końcowym oznacza to, że nie uchwyciliśmy jego intencjonalności relacyjnej: „Potrzebuję twojej pomocy, abyś wsparł moje doświadczenie. Jeśli się usprawiedliwiasz, to po raz kolejny prosisz mnie, abym się przyłączył do twojego”.

To warunek konieczny do połączenia własnego gniewu z racjami drugiego człowieka i zatrzymania się na granicy, gdzie zróżnicowanie (mamy tutaj dwa różne punkty widzenia) wyodrębnia więzi, ale nie powoduje ich zerwania oraz przynosi ulgę bycia sobą, a nie grozę odczuwania pustki.

4.3 Serdeczność

Ciepło, które występuje w terapii, musi być dozowane z ostrożnością: „Terapeuta powinien unikać wszelkich zachęt okazywania większej bliskości lub wyrażania ciepła” (Salonia 2013b). Często konieczne jest doprecyzowanie naszych przeżyć wobec pacjenta (aby mógł być ich świadomy) w taki sposób, aby go nie przestraszyć i nauczyć regulacji.

W GABINECIE | Po roku pracy na początku sesji A. zauważa mój ubiór i nową fryzurę: „Podoba mi się. Żakiet, ta spódnica... Bardzo mi się podoba”. Mam jedynie czas, żeby się uśmiechnąć. A. szybko zaczyna mówić, jak minął tydzień. Czuję, że jestem poruszona (po raz pierwszy pojawiło się między nami ciepło), i w tym samym czasie widzę, że A. jest coraz bardziej niespokojny. Kontynuuje, udzielając sobie całej serii filozoficznych i intelektualnych wyjaśnień, w których zdaje się gorączkowo „plątać”. Wyczuwam jego irytację, jednocześnie czując ogromny dystans: z jednej strony ja, zachowująca ciepło, które pojawiło się między nami, z drugiej strony on, budujący ścianę z myśli.

Ja: Co się dzieje?

A.: Nie wiem, gubię się we wszystkich tych myślach, drażni mnie to.

Ja: Może powinniśmy porozmawiać o tym, co powiedziałeś mi przed chwilą.

A.: Czuję się źle, nie chcę być źle zrozumiany. Nie wiem, co pani sobie pomyślała, ale nie miałem na myśli nic... Czuję się zdezorietowany. Pani jest kobietą, a ja jestem mężczyzną.

Ja: Niech pan spróbuje na mnie spojrzeć. Czy mogę panu powiedzieć, co pomyślałam?

A.: Tak.

Ja: Jestem kobietą, terapeutką, widzę, że jest pan przystojnym mężczyzną. Jestem pod wrażeniem pańskiej inteligencji, tego, co pan mówi. Ucieszył mnie ten komplement. Ale przede wszystkim poczułam, że nasza relacja terapeutyczna się zmienia. Zbliżyliśmy się do siebie. Być może tego się pan wystraszył.

[A. opiera się plecami o fotel, w końcu bierze oddech. Pytam go, jak się czuje]

A.: Nawet pani nie wie, co to za ulga... Jak patrzę na panią, to czuję się taki spokojny, pani nie jest zagubiona. Chciałem powiedzieć, że zależy mi na pani, na naszej relacji. Ale wpadłem w panikę. Przez chwilę nie wiedziałem, co czuję.

Kiedy granice są jasne i solidne, dla pacjenta możliwe staje się połączenie przejrzystości i uczuciowości, przynależności i zróżnicowania.

4.4 Konkretnie interwencje

Opisane powyżej ramy, czyli klimat, przejrzystość i dozowanie ciepła, wspierane są przez interwencje, których celem jest określenie znaczenia słów, np.: „Co to znaczy, że masz się lepiej?”, „Jakie może być znaczenie tego, co twoja przyjaciółka powiedziała twojemu mężowi?”.

Kluczowe jest budowanie połączeń między zachowaniami a odczuciami: z którego elementu pola relacyjnego pochodzi to doświadczenie? Do kogo ono należy? Jak można pogodzić sprzeczne doświadczenia (białe i czarne) wobec tej samej osoby czy sytuacji?

Pomaganie pacjentowi w zrozumieniu odmienności różnego rodzaju doświadczeń i intensywności odczuć jest niezbędne. Lęk, niepokój, przerażenie, strach, smutek i ból są różnorodnymi doświadczeniami, które wymagają różnych słów do ich opisanie i ukojenia.

„Od konkretnego do ujęcia w słowa” to kierunek, który należy obrać, aby nauczyć osobę o tym stylu relacyjnym niezastępowania swoich przeżyć tylko jednym doświadczeniem (najczęściej złością) oraz nazywania odczucia niezgodną nazwą [np. ciepło czy ekscytację (Conte 2010) nazywać smutkiem].

Praca nad zaburzoną funkcją Id polega na stopniowych interwencjach, w których należy wziąć pod uwagę szczególną kruchość pacjenta. Początkowo ważne jest utrzymanie obecności, bardziej w pasywny niż aktywny sposób, pozostanie przy mówieniu sobie na „pan/pani”, raczej niż na „ty” (Salonia 2013b) oraz unikanie dotyku, gdyż ciepło wprowadza ich w dezorientację.

Głęboka desensytyzacja cielesna jest przystosowaniem chroniącym osoby z językiem borderline przed natarczywością, bólem i uporczywieniem. Nie pozwala im na jasne umiejscowienie swojej obecności w świecie oraz swoich granic w relacji ze środowiskiem.

Regulacja warstwy granicznej (oddech i warstwa mięśni/skóry) oraz przestrzeni granicznej (percepcja i wrażliwość na dystans interpersonalny) jest naruszona i spolaryzowana na nadmierną przepuszczalność i sztywność.

Funkcje percepcyjne, które pojawiają się na granicy kontaktu z Drugim, np. widzenie, są zdesentyzowane i zniekształcone po to, aby kontrolować doświadczenia nie do zniesienia.

W GABINECIE | Przez pewien okres naszej relacji terapeutycznej F. doświadcza zawrotów głowy i rozmycia widzenia za każdym razem, gdy nasza praca zaczyna dotyczyć jego relacji z matką oraz trudności w regulowaniu wobec niej odległości. Dla naszej pracy oznacza to, że możemy się zbliżyć i F. może bardziej na mnie polegać. Zniekształcenie percepcji jest jego sposobem na regulację odległości i pytaniem skierowanym do mnie: czy będzie mieć tak samo mało kontroli podczas sesji, podobnie jak działo się to w środowisku pierwotnym? Dostrzegam to i muszę uszanować, aby wspólnie znaleźć takie doświadczenie cielesne, które go wesprze, jednocześnie pozwalając mu na podjęcie ryzyka.

Rozpoczynamy kilka sesji, w których siadamy na podłodze. F. opiera się plecami mocno o ścianę, a podeszwami o podłogę. Zanim opowie mi o wydarzeniach dotyczących jego matki, uczy się regulować odległość między nami oraz to, ile i jak mówić o pewnych zdarzeniach. Funkcje motoryczne mogą być zniekształcone w wyniku specyficznego doświadczenia relacyjno-cielesnego.

Mimo że F. jest technicznie doskonały w sporcie, czuje się i wydaje się niezwykle sztywny w ruchach. Górna część ciała (głowa i tułów) prezentuje się, jakby była oderwana od nóg, które muszą przyjąć pozycję wygiętą, na zewnątrz i lekko odchyloną. Prowadzi to do ciągłych przykurczów i bólu pleców, zmuszając go do licznych przerw w treningach.

Odnoszę wrażenie, że jego tułów próbuje się do mnie zbliżyć, podczas gdy reszta ciała „chce” się oddalić. Patrząc na jego szczupłą sylwetkę zdaje mi się tak sztywny, że mógłby się złamać pod wpływem dotyku.

Z czasem, stopniowo i ostrożnie sondując swoje doznania cielesne, F. zaczyna łączyć z nimi szereg doświadczeń: „Przestałem brać udział w zawodach, bo kiedyś poczułem, że mogę użyć całego mojego ciała... i poczułem strach... Poczułem się tak silny, że mógłbym wyrządzić komuś krzywdę... Miałem wrażenie, że nie zatrzymałbym się. Stałbym się bestią, aby nie pozwolić przeciwnikowi zbliżyć się do mnie. Pamiętam, że gdy w dzieciństwie matka mnie oczerniała, bez powodu, byłem przerażony... Nie rozumiałem... cały drżałem... może chciałem się na nią rzucić? Ale nigdy nic nie mówiłem... Gdy mogłem, szedłem do innego pomieszczenia w domu”.

Nie wiedząc, jak regulować kontakt na granicy (pozostawić kontrolę drugiej osobie lub stać się destrukcyjnym, aby nie czuć się złym), najlepszym rozwiązaniem na teraz jest wejście w kontakt przez „ograniczenie” ciała i wycofanie się z doświadczeń, które wymagają umiejętności regulowania i negocjowania granic.

Praca nad rozróżnianiem i określaniem doznań cielesnych umożliwia przywrócenie funkcji granicznych Self, a więc rozróżnienia, które doświadczenie należy „do mnie”, a które „do Drugiego” oraz prawidłowego ich nazwania.

Praca ta pozwala również pacjentowi skontenerować i zasymilować swoje odczuwanie i doświadczyć je jako fali, która początkowo wzrasta, dochodzi do szczytowej intensywności, zmniejsza się, a następnie zanika. Zasadniczo w doświadczeniu borderline doznania i emocje są często przytłaczające (pod względem intensywności i ciągłości), ponieważ są stanem, a nie ruchem.

To ostatnie spostrzeżenie prowadzi do stwierdzenia, że ważne jest, aby „nie zachęcać pacjenta do wyrażania doświadczenia bez uprzedniego nazwania go i zrozumienia jego przynależności” (Conte 2010: 158). Istniejące tu ryzyko to zintensyfikowanie emocji zamiast pomocy w ich regulowaniu. Osobę z językiem borderline należy uspokajać. Jej trudność nie polega na „czuciu”, ale na tym, że „nie wie, co czuje”.

Resensytyzacja cielesna polega na ponownym odzyskiwaniu i wzrastaniu oraz otwarciu się na nowe, często bolesne i stłumione doznania. Pacjent powinien być w stanie powoli je „przeżywać”.

W szczególności doświadczenie złości musi zostać skontenerowane i wyodrębnione. Jest to niezbędne z dwóch powodów. Pierwszym jest odróżnienie złości od innych emocji, które leżą u jej podstaw, takich jak np. smutek. Drugim jest ponowne połączenie z jej relacyjnym znaczeniem. Praca ze złością w zaburzeniu granicznym oznacza dla pacjenta odkrycie, kto i kiedy wprowadził go w zamieszanie.

Ataki, ambiwalentne żądania, przekraczanie granic zawodowych oraz „przerwy” wyznaczają przebieg i rytm terapii z tymi pacjentami. Nie lekceważąc niepowtarzalności każdej z sytuacji, należy je zawsze umieszczać w konkretnym tle doświadczenia, z którego się wyłoniły.

Trzeba pamiętać, że przez cały proces terapii pacjent podejmować będzie próby regulowania dystansu. Oddalenie się jest sposobem na

odzyskanie siebie, gdy ciepło go przestraszyło. Spóźnianie się na sesje może wskazywać na walkę o autonomię. Atakowanie relacji ujawnia zarówno lęk przed zasysającym ciepłem, jak i próbę zaufania.

W takich momentach należy unikać sztywnego podkreślania zasad i odpowiedzialności. Nie oznacza to nieustanawiania jasnych ram, zwłaszcza gdy trudności pacjenta wiążą się z ryzykiem dla bezpieczeństwa jego i innych osób. Oznacza to raczej wykorzystanie intencjonalności relacyjnej jako klucza hermeneutycznego, odnalezienie pomieszanego kierunku oraz wyrażenie symptomu.

Innym przykładem są próby telefonicznego skontaktowania się z terapeutą, gdy pacjent nie czuje się źle, jedynie aby zbadać naszą stabilność: „Czy pozwolisz mi kontrolować twoje życie czy może jesteś w stanie mnie powstrzymać?”. Wówczas terapeutycznie jest nie odpowiadać.

Jeśli pacjent oskarża terapeutę: „Masz to gdzieś”, próbuje w ten sposób pokazać swoją negatywną stronę. Nieodpowiadanie na taką prowokację oznacza dla niego, że nie jesteśmy w stanie dostrzec jego „złej” strony. Pokaże ją za pomocą prowokacyjnego *acting outu*. W rzeczywistości kiedy nas atakuje, sam cierpi... W „Masz mnie gdzieś” zawsze zawarte jest pytanie „Dlaczego miałbyś mnie kochać?”.

Im większe nasilenie, czyli psychotyczna jakość doświadczenia, tym większą uwagę terapeuta powinien kierować na formułowanie interwencji mających na celu odbudowanie podstawowego gruntu egzystencjalnego.

W momencie gdy doświadczenie Self nie rozróżnia tego, co nie jest Self, przepuszcza wszystko, co dzieje się w środowisku oraz w relacji. Wymaga delikatnej pracy w celu stworzenia niezagrażającego tła, umożliwiającego tchnięcie nowego życia w kontakty traktowane jako oczywiste, dlatego możliwe do zasymilowania (funkcja Id Self).

Funkcja Ego może się ponownie wyłonić jedynie z podstawowych, cielesnych, relacyjnych i emocjonalnych pewników, czyli zdolności do dokonywania wyborów dzięki zintegrowanemu i zróżnicowanemu postrzeganiu swojego Self. Budowanie takiego rodzaju bezpieczeństwa i stabilności wymaga „rozszerzonego” kontekstu terapeutycznego. Zasoby szpitalne, społeczność lokalna, różnicowanie ról terapeutycznych (indywidualnych i grupowych, wsparcie farmakologiczne)

są aspektami interwencji, której celem jest przywrócenie solidnego i uzdrawiającego samego w sobie tła.

Co więcej, nieustający dialog pomiędzy różnymi figurami umożliwia terapiście radzenie sobie z doświadczeniami, które nieuchronnie wyłaniają się na granicy kontaktu z pacjentem borderline. Niemożliwe, aby nie czuć się zmęczonym, rozzłoszczonym, bezsilnym i zaatakowanym. Zdolność do wykorzystania własnego odczuwania jako doświadczenia „granicy” w celu ukierunkowania interwencji terapeutycznej wymaga unikania bycia samym oraz myślenia, że jest się samym. Ten ostatni aspekt przypomina o triadycznym wymiarze relacji. Podobnie jak relacja dziecka z rodzicem powinna być rozpatrywana w kontekście relacji współrodzicielskiej (doświadczenia pomiędzy matką i ojcem) (Salonia 2013c), tak samo relacja terapeuty–pacjent musi uwzględniać trzecią stronę, koterapeutę (lub superwizora – przyp. red.) (obecnego realnie lub nie) oraz rodzaj wsparcia, który oferuje, i jego spojrzenie na nasz sposób funkcjonowania z pacjentem.

4.5 Osoba z językiem borderline jako twórcze przystosowanie: integracja jasności własnego odczuwania z nieuniknioną różnorodnością Drugiego

Według terapii Gestalt symptom reprezentuje twórcze przystosowanie Organizmu w trudnym polu oraz osobliwość spotkania Organizmu i Środowiska na granicy kontaktu.

To założenie nie ma na celu lekceważenia powagi zaburzeń psychicznych i towarzyszącego im cierpienia, zarówno indywidualnego, jak i innych obecnych osób. Przyjmuje natomiast szczególną, semantyczną perspektywę. Rozwój człowieka i jego psychopatologii jawi się jako współtworzenie relacyjne, wspierane i kierowane przez intencjonalność. Uznanie takiej perspektywy przywraca nawet patologicznym zachowaniom pierwotne znaczenie, czyli najlepszego rozwiązania w danym, specyficznym kontekście.

Ta pierwotna adaptacja staje się „symptodem” wtedy, gdy intencjonalność, którą wyraża na granicy kontaktu z otoczeniem (lęk, którego chce uniknąć), nie jest zauważona i przetworzona. Wówczas krystalizuje się, stając się powtarzalną oraz oderwaną od zmian na przestrzeni czasu i stopniowo wyłaniających się możliwości relacyjnych. Można

powiedzieć, że twórcze przystosowanie w szaleństwie jest „próbą rozwiązania problemu w polu, która nigdy nie zakończyła się powodzeniem, ani nie została przerwana” (Spagnuolo Lobb 2007).

Styl doświadczania borderline może być zatem postrzegany jako sposób na ucieczkę przed inwazyjnością i hiperdefiniowaniem ze strony opiekunów, zwłaszcza w momencie rozwoju, kiedy rozpoznanie i określenie Drugiego są elementami składowymi podmiotowości. A ten aspekt jest przyczynkiem do „wiedzy o byciu”, ale nade wszystko do świadomości, że jest się ciałem, które może być rozpoznane przez ciało Drugiego i od niego oddzielone.

Osoba o tym stylu relacyjnym boryka się z odwiecznym dylematem: jak mogę odróżnić się od Drugiego, jeśli potrzebuję Drugiego, aby zrozumieć, kim jestem?

Potrzeba dotarcia do podmiotowości jako figury wylaniającej się dopiero na granicy kontaktu manifestuje się dezorientacją doświadczenia. Złość wyraża próbę zróżnicowania się. Jednak jak można czuć się odrębnym w relacji, jeśli złość nie pozwala zrozumieć „co wyjściowo czuję”?

Jak trafnie podkreślił Salonia (2013c), także my jako terapeuci narażeni jesteśmy na ryzyko nadmiernego definiowania pacjenta: nasz upór, niezdolność do przyznawania się do błędów, dążenie do pewnej „typowości”, czasem mocniejsze niż walka o samego pacjenta, wszystkie są sposobami podtrzymywania doświadczenia borderline zamiast łagodzenia go.

W GABINECIE | Dobrze zapamiętałam pewien serdeczny apel, jaki skierował do mnie jeden z pacjentów, już bardzo zaawansowany na ścieżce zdrowienia: „Zrozumiałem jedną rzecz. Przez długi czas byłem zdezorientowany co do tego, co czuję, i na tym opierałem relacje, na strachu przed byciem opuszczonym. Powstrzymywałem innych poprzez kontrolę i mój przytłaczający ból. Teraz robię to w dużo mniejszym stopniu, potrafię wyrazić, co czuję, i nie boję się już, gdy moje uczucia różnią się od tego, co czuje druga osoba. Wie pani, kiedy napotykam „oszustwo” czy manipulację, wyczuwam to... i potrafię się chronić... nie zawsze... ale bardziej ufam temu, co czuję. To ogromna ulga.

Jednak zdałem sobie również sprawę, że to czasami nie wystarcza. Idę do mojego przyjaciela i mówię mu: «Było mi przykro, że powiedziałeś o mnie coś takiego, paskudny komentarz... Od dłuższego czasu panuje między nami napięta atmosfera. Co się dzieje?». A on odpowiada, że wszystko jest w porządku. Nie potrafię dobrze tego wyrazić. To, że było mi przykro, nie miało żadnej wartości. Nie chodzi mi o to, że on musi o mnie dobrze myśleć czy też, że mam rację i oczekuję przeprosin. Teraz potrafię sobie nawet wyobrazić jego powody, ale wiem, że coś jest niewypowiedziane, wyraźnie to czuję. Krótko mówiąc, chodzi o to, żeby się spotkać. Oczywiście czułem irytację, ale jeszcze bardziej ogromny smutek na myśl, że on po prostu tego nie dostrzega... Czy to możliwe, że niektórzy ludzie nie zdają sobie sprawy, jak bardzo pomagają innym wpaść w szaleństwo?».

Decyduję nie skupiać się na smutku F., który mnie porusza, ale na tym, co nowego i harmonijnego dostrzegam w jego doświadczeniu.

Ja: Nic z tym pan nie robi, F. Jest pan prawdziwym specjalistą od niespójności w relacjach!!!

F.: (*śmieje się*) Tak ujęte, brzmi to prawie jak coś pozytywnego...

Ja: W pewnym sensie tak jest. To także wrażliwość, szczególna dbałość o relacje. I to mnie porusza. Prawdopodobnie zawsze będzie pan dostrzegać pewne subtelności. Różnica polega na tym, w jaki sposób może je pan teraz wykorzystywać. Bez konieczności całkowitej rezygnacji ze swojego widzenia spraw, bez szkodenia sobie.

Dzięki procesowi terapeutycznemu F. akceptuje swoje rany, historię i niemożności relacyjne, na których wyrosło jego cierpienie. Koniec końców zaufanie sobie, nawet gdy stawia pod znakiem zapytania relację, jest dużym osiągnięciem. Świat staje się możliwy do odczytania, podobnie jak jego doświadczenia. Podczas naszych ostatnich spotkań rozmawiamy o uldze, jaką przynosi odszukana przystań...

Jego apel o jasność porusza mnie do dziś. Wiem, że towarzyszyłam F. w rozwoju, w którym doświadczenie borderline nie jest jedynie objawem i wielkim cierpieniem. Polega także na odnalezieniu dumy z powodu swojej umiejętności oglądu, któremu prawda nigdy nie umyka.

Bibliografia

- APA:** American Psychiatric Association, 1996: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Masson.
- ATP:** Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2023: *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*, Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Bateman A., Fonagy P.**, 2006: *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Milano: Raffaello.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F.**, 2000: *Psicoterapia delle personalità borderline*, Milano: Cortina.
- Coe J.**, 2007. *La pioggia prima che cada*, Milano: Feltrinelli.
- Conte V.**, 2010: „Il paziente borderline: un’ostinata e sofferta richiesta di chiarezza”, *GTK Rivista di Psicoterapia* 1, 59–73.
- Correale A. i in.**, 2009: *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*, Roma: Borla.
- Gabbard G.O.**, 2004: „L’azione terapeutica nella psicoterapia psicoanalitica dei disturbi borderline della personalità”, [w:] G. Leo, *Sprawozdanie z referatu wygłoszonego przez Glena O. Gabbarda podczas dnia badawczego Zmiana u pacjenta borderline zorganizowanego przez Centro di Psicoanalisi Romano*, Rzym, 21 lutego 2004 r., web.tiscali.it/bibliopsi/gabbard.htm.
- Gionfriddo G.**, 2013: *La trama relazionale borderline: lettura gestaltica dei criteri tra corpo e parola, spazio e tempo*, Tesi Scuola di Specializzazione postuniversitaria, Istituto di Gestalt HCC Kairos, anno accademico 2012–2013.
- Glissant É.**, 1998: *Poetica del diverso*, Roma: Meltemi.
- Kernberg O.F.**, 1987: *Disturbi gravi della personalità*, Torino: Boringhieri.
- Meares R.**, 1993: *The metaphor of play. Disruption and restoration in the borderline experience*, Northvale: Jason Aronson.
- Pulcini E.**, 2008: *L’individuo senza passioni*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Salonia G.**, 2001: „Disagio psichico e risorse relazionali”, *Quaderni di Gestalt* 32/33, 13–22.
- Salonia G.**, 2010: „L’angoscia dell’agire tra eccitazione e trasgressione. La Gestalt Therapy con gli stili relazionali fobico-ossessivo-compulsivi”, *GTK Rivista di Psicoterapia* 1, 17–55.
- Salonia G.**, 2013a: „Edipo dopo Freud. Dalla legge del padre alla legge della relazione”, [w:] G. Salonia, A. Sichera, *Edipo dopo Freud*, Ragusa: GTK-books/01, 11–46.
- Salonia G.**, 2013b: „Gestalt Therapy and Developmental Theories”, [w:] G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (red.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, Milano: Franco Angeli, 235–249.
- Salonia G.**, 2013c: „L’esser-ci-tra. Aida e confine di contatto in Bin Kimura e in Gestalt Therapy”, [w:], B. Kimura, *Tra. Per una fenomenologia dell’incontro*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe 5–20.
- Salonia G.** (w przygotowaniu): *Accade tra i corpi*, Trapani: Il Pozzo di Giacobbe.
- Spagnuolo Lobb M.**, 2007: „L’adattamento creativo nella follia: un modello terapeutico gestaltico per pazienti gravi”, [w:] M. Spagnuolo Lobb, N. Amendt Lyon (red.), *Il permesso di creare*, Milano: Franco Angeli, 336–356.

VALERIA CONTE

Terapia Gestalt z pacjentką borderline

Rozdział 4



...Czy jeśli boję się umrzeć, to mogę umrzeć?...

Zamówienie numer 22317

dr VALERIA CONTE – dyrektorka Wydziału Zdrowia Psychicznego poradni w Ragusie, członkini komitetu naukowego Instytutu Terapii Gestalt Kairos. Jest psycholożką, psychoterapeutką i superwizorką Gestaltu.

Szkołę się u czołowych, międzynarodowych psychoterapeutów Gestaltu, następnie poszerzała wiedzę specjalistyczną z zakresu terapii rodzin i terapii poprzez ciało. Dzięki pracy z pacjentami psychiatrycznymi, z parami oraz rodzinami pogłębiła epistemologiczny model terapii Gestalt.

Autorka licznych publikacji w specjalistycznych czasopismach krajowych i zagranicznych.

Termin „borderline” pojawił się po raz pierwszy w 1884 roku w jednej z publikacji naukowych: C. Hughes, *Borderline psychiatric records: Prodromal symptoms of psychical impairment*. Jej autor utrzymywał, że osoby dotknięte tym problemem przeżywają swoje życie w sytuacji bliskiej szaleństwu. W połowie XX wieku rozpoczął się długi i nadal trwający proces systematyzacji zaburzeń psychicznych.

Klinicyści dostrzegli konieczność podzielenia objawów, jakie obserwowali u swoich pacjentów, na kategorie, tak, aby stały się powszechnie dostępne. Zaczęły pojawiać się pierwsze klasyfikacje. W 1952 roku opublikowano DSM-I. Analitycy różnych podejść terapeutycznych zaczęli uważniej obserwować pacjentów, którzy doświadczali cierpienia związanego z zaburzeniem charakteru. Byli to pacjenci, którzy rzadko miewali halucynacje czy urojenia, więc nie mogli być uznani za psychotycznych. Charakteryzowali się brakiem stabilności oraz przewidywalności pacjentów neurotycznych i zdawali się cierpieć w sposób bardziej globalny i mniej zrozumiały od dwóch poprzednich. Światło dzienne ujrzały nowe hipotezy i definicje diagnostyczne, które mówiły o zaburzeniu na pograniczu nerwicy i psychozy.

Dopiero niedawno, po okresie niejasności i redefiniowania, zaburzenie to otrzymało należytą uwagę diagnostyczną i terapeutyczną. Dzięki temu stało się bardziej zrozumiałe z teoretycznego punktu widzenia i bardziej czytelne w aspekcie klinicznym. Borderline sytuuje się zatem pomiędzy nerwicą a psychozą (lecz nie w sensie pośrednim), zachowując autonomię diagnostyczną. Pomimo że może objawiać się cechami klinicznymi charakterystycznymi dla neurotyczności i psychotyczności, psychopatologia borderline umieszczana jest w zupełnie innym obrazie diagnostyczno-objawowym. Poniżej przybliżę niektóre z najbardziej znaczących prób nadania ram i usystematyzowania zaburzenia borderline.

W 1979 roku Spitzer, odpowiedzialny za klasyfikację DSM-III, analizował dwa stany psychopatologiczne, w których używany był termin *borderline*. Były to: „schizofrenia *borderline*” (zaburzenie schizotypowe / *borderline* schizotypowy / osobowość schizotypowa), uważana za słabszą formę schizofrenii, z obecnością poważnych zaburzeń zachowania, uczuć, myśli i relacji oraz „zespół / syndrom *borderline*” (zaburzenie niestabilne / *borderline* niestabilny / osobowość niestabilna), objawiający się zaburzeniami charakteru, impulsywności i reakcji społecznych (Spitzer, Endicott, Gibbon 1979)¹. Ta klasyfikacja została włączona do DMS-III, który rozróżnia „schizotypowe zaburzenie osobowości” i „zaburzenie osobowości *borderline*” (APA 1983).

Jako typowe cechy „Zaburzenia Osobowości *Borderline* BDP” (w terapii Gestalt mówimy o pacjentach z językiem *borderline* – Patient with Borderline Language) kwalifikacje DSM-IV i DSM-5 wskazują skłonność do rozwijania, szczególnie w chwilach stresu emocjonalnego, poważnych objawów dysocjacyjnych (APA 1996, APA 2013). Objawy obejmują nadmierną podejrzliwość, paranoiczne wyobrażenia oraz tymczasowe zniekształcenie percepcji, tj. urojenia i krótkotrwałe halucynacje słuchowe i wzrokowe. Brak zdezorganizowanego myślenia i formalnych zaburzeń myślenia różnicują zaburzenie osobowości od innych zaburzeń osi II, pomimo występowania niektórych objawów psychotycznych, jak zaburzenia percepcji czy myślenie magiczne.

W niektórych przypadkach urojenia lub halucynacje mogą być wywołane współistniejącym zaburzeniem psychotycznym. W tym aspekcie ważny jest wkład Rossiego Montiego, który opisał funkcję, jaką pełni załamanie psychotyczne u pacjenta *borderline*, poprzez opracowanie zestawu cech urojeń. Rossi Monti (2010: 195) użył metafory „bezpiecznego portu, kiedy na morzu jest sztorm”. Twierdzi, że delirium *borderline* jest związane z pilną potrzebą, niekiedy wręcz obezwładniającą, umieszczenia pewnych stanów emocjonalnych w treści zorganizowanego myślenia. Następuje w wyniku radykalnego

¹ Z prac Spitzera wytonił się szereg kryteriów diagnostycznych, które odwołują się do dwóch różnych koncepcji pojęcia *borderline*. W odniesieniu do wściekłych, impulsywnych i depresyjnych pacjentów opisanych przez Kernberga (1987) oraz Gundersona (1984) wyodrębnił dwie diagnozy: „*borderline* schizotypowe” oraz „*borderline* niestabilne”.

rozszczeplenia, do którego na ogół przynależą urojenia: na przykład jedna strona jest ofiarą, a druga prześladowcą. W ukonstytuowanej rzeczywistości pozwala to na zablokowanie wzajemności relacyjnej, która z natury jest ruchoma, zmienna i dialektyczna. W takich chwilach rzeczy, sytuacje i role wydają się przybierać przejrzystą, stabilną i przewidywalną formę².

Główną, doraźną „funkcją” delirium borderline jest nadanie jasności rzeczom i sytuacjom na tyle, aby pacjent mógł się odnaleźć i zróżnicować.

Jak mówi Rossi Monti (2010: 193–194), w przypadku poważnego zaburzenia osobowości borderline doświadczenie urojeniowe pełni funkcję schronienia. Zawsze związane jest ze stanem mentalnym, wywołanym przez bieżącą, stresową sytuację relacyjną, która zdaniem autora „jest wynikiem relacji przeżywanej przez osobę jako szczególnie angażująca na poziomie emocjonalnym”.

Taka reakcja pacjenta borderline, czasem niezrozumiała i ekstremalna, według terapii Gestalt jest jedyną możliwością bycia widzianym w relacji z Drugim. Doświadcza oblędu jako jedyne wyjście z konfluentnej i pomieszanej relacji. „Konfluencja jest stanem, w którym występuje brak kontaktu (nie ma linii demarkacyjnej Self). [...] Jednocześnie nie ulega wątpliwości, że niektóre jej obszary są niezbędne, stanowią nieświadome tło, stojące za świadomymi podstawami doświadczenia. Dziecko znajduje się w stanie konfluencji z rodziną, osoba dorosła ze społecznością, człowiek ze swoim własnym wszechświatem. Jeśli ktoś

2 Identyfikując urojenia borderline autor bierze pod uwagę trzy obszary: obszar Self, obszar relacji z rzeczywistością i obszar relacji z czasem. W odniesieniu do Self delirium ma charakter „egodystoniczny”, „zawężony”, „impulsywny” i „minimalny” (rodzaj mikronarracji). „Egodystoniczny” w tym sensie, że jak pisze Meissner, pacjent jest w stanie zidentyfikować treści urojeniowe (a nawet halucynacje) jako wytwory pochodzące z własnego wnętrza (Meissner 1984). „Zawężony” w tym sensie, że uwzględnia partykularne wydarzenie z życia codziennego, nawet jeśli nie jest ono najważniejsze dla tej osoby. „Impulsywny”, ponieważ pojawia się nagle. „Minimalny”, ponieważ delirium nie odnosi się do „wielkich” zagadnień w doświadczeniu osoby. W odniesieniu do rzeczywistości delirium borderline jest „reaktywne”, „atmosferyczne” i „relacyjne”. Zaczyna się od ważnego wydarzenia, które miało miejsce w kontekście znaczącej relacji; ma związek z wydarzeniem zależnie od tego, co przeżywa osoba w zakresie określonych uczuć związanych z kłopotami w danej relacji. W odniesieniu do czasu delirium borderline jest „przejściowe”, „nietrwałe” i „odwracalne”: czas jest ograniczony (minuty, godziny, dni), co powoduje szybki powrót do rzeczywistości. Zdaniem autora naturę delirium borderline można rozpoznać po natychmiastowym rozpadzie doznanego epizodu szaleństwa (Rossi Monti 2010).

jest zmuszony do uświadomienia sobie tych podstaw, «dochodzi do katastrofy» i odczuwany lęk ma wymiar metafizyczny» (Perls, Hefferline, Goodman 2022: 366).

1. RELACJA TERAPEUTYCZNA LECZY RELACJĘ BORDERLINE

W swojej pracy klinicznej zetknęłam się z wieloma pacjentami „z klasyfikacją borderline”. Elementem wspólnym jest pomieszanie, które różnicuje ich na różnych poziomach: pomieszanie w doznaniach, słowach, zachowaniach, jak i w nazywaniu własnego doświadczenia i doświadczenia Drugiego. Jak twierdzi Salonia, traumatyczne pomieszanie przybiera formę patologii i pojawia się w fazie, w której u dziecka „budzi się świadomość”, ale nie posiadając narzędzi, nie ma ono możliwości w pełni utożsamić się z samym sobą. Mamy wówczas do czynienia z płynną granicą, która nie została jeszcze zweryfikowana, zatem dziecko nie jest w stanie odróżnić swoich przeżyć od tych, które do niego nie należą.

Pomieszanie osoby z językiem borderline ułożone jest w rejestrze sensoryczno-motorycznym (funkcja Id), co utrudnia odróżnienie uczuć i doświadczeń własnych od uczuć i doświadczeń należących do otoczenia: osoba doświadcza dysfunkcyjnej, nieustającej, sztywnej i inwazyjnej konfluencji. Pomieszanie relacyjne, charakterystyczne dla pacjenta borderline, nie pozwala mu utożsamić się z samym sobą z powodu niemożności właściwego rozróżnienia i zdefiniowania własnego doświadczenia. W pracy terapeutycznej konieczne jest przede wszystkim budowanie tła relacyjnego, które będzie dla pacjenta stałą i jasną obecnością w procesie indywiduacji. Taka przestrzeń relacyjna umożliwia stworzenie granicy, w ramach której pacjent nauczy się rozróżniać i definiować, co jest jego, a co pochodzi ze środowiska, i w konsekwencji pomoże mu w przezwyciężeniu niepokoju związanego z odczuwaniem czegoś, czego nie rozumie.

Posługując się wyżej wyjaśnioną ramą spróbujemy na nowo odczytać pracę terapeutyczną rozpoczętą w 2008 roku z Giadą.

Przytaczając częściowo dosłowne dialogi z sesji terapeutycznych, postaram się pokazać kilka istotnych momentów, które pozwolą zrozumieć cierpienie Giady oraz punkty zwrotne procesu.

1.1 Historia Giady

*Widziałam coś złego i nikomu nie powiedziałam.
 ...Widziałam, jak dziecko wkładało coś do buzi...
 Nikomu tego nie powiedziałam... Głowa podpowiadała mi:
 „powiedz to, powiedz to, powiedz to”...
 Pomyślałam: „teraz dziecko umrze”
 Jestem zła... boję się...
 Giada*

Giadę poznałam pięć lat temu, kiedy miała osiemnaście lat i była w IV klasie Liceum Lingwistycznego. Przyszła do mnie z rodzicami, którzy niepokoiili się, bo od pięciu miesięcy nie chciała chodzić do szkoły. Odczuwa niepokój, lęki, nie może spać i bardzo martwi się tym, że zostanie sama. Rodzice – a raczej matka, która wypowiada się w imieniu całej rodziny – powiedziała, że próbowali namówić Giadę na wizyty u pewnej psycholożki, ale odmówiła. Teraz postanowili wesprzeć jej chęć skorzystania z pomocy psychologicznej z dala od rodzinnego miasta. Później dowiedziałam się, że Giada spotkała się z tą specjalistką, która okazała się także psychologiem jej matki, o czym matka nie wspomniała. Kiedy zaprowadzała tam córkę, powiedziała jedynie: „Rozmowa z nią dobrze Ci robi. W sumie to ja też zawsze miałam potrzebę, żeby ktoś mi pomógł w mojej depresji, widocznie jesteśmy takie same...”. Przesłanie matki w aspekcie konfluencji jest bardzo jasne. Odmowa Giady („Ja nie chcę rozmawiać z twoim psychologiem. Chcę pójść do innego, najlepiej poza miastem...”) wyraźnie pokazuje jej próbę wydostania się z fuzyjnej konfluencji, odczuwanej jeszcze w sposób niejawny. Jeśli popatrzymy na prośbę Giady w kontekście cyklu jej życia, staje się jasne, że przechodzi przez znaczący okres w dojrzewaniu (ostatni rok liceum). Stoją przed nią ważne zadania rozwojowe, z którymi musi sobie poradzić: życie popycha ją do wyjścia w świat. Lecz dla Giady pójście w świat oznacza zróżnicowanie się, uświadomienie sobie tego, co czuje i co chce. Są to umiejętności, jakich jeszcze nie nabyła i które nie były możliwe w konfluentno-fuzyjnej relacji z rodzicami.

Na pierwszym spotkaniu Giadzie towarzyszą rodzice i chłopak. Mimo przyjaznej atmosfery kontekst, w jakim ich spotykam, czyli poradnia

zdrowia psychicznego, budzi lęk i zagubienie, nie tyle w ówczas nieco znieczulonej Giadzie („chronionej” przez złe samopoczucie), ile w jej rodzicach i partnerze. Kiedy patrzę na nich wszystkich i słyszę, co mówią („Ona źle się czuje i wszyscy jesteśmy tu dla niej”), zdaję sobie sprawę, że w istocie Giada jest sama: nikt tutaj nie wydaje się być „naprawdę z nią”.

Giada jest drobną, szczupłą, bladą dziewczyną o blond włosach i dużych niebieskich oczach. Kiedy pojawia się w gabinecie, natychmiast komunikuje poczucie niestabilności: jej oddech jest powolny, jakby oddychała z ostrożnością. Nie słyszę jej oddechu. Uznaję sobie później, że nawet nie słyszałam, jak weszła. Od początku do końca sesji jej ramiona są lekko pochylone do przodu. Zawsze siedzi na środku krzesła, jej ciało nie opiera się o fotel, nie jest ani zbyt z przodu, ani z tyłu: jest zawieszone w połowie.

Zawsze ma na kolanach małą torebkę, często dotyka swoich dłoni, a właściwie bardziej wygląda to, jakby je pieściła.

Jest drugim dzieckiem, ma o trzy lata starszego brata. Opisuje go jako postać marginalną: mało czasu spędza w domu i nie uczestniczy w życiu rodzinnym. Dalej, w terapii, Giada powie o nim: „Może mój brat ma rację? Na początku myślałam, że jest niegrzeczny w stosunku do matki, że go to nic nie obchodzi. Ale może miał rację? Moja matka ciągle siedzi mi na głowie, nie ma innego sposobu na bycie z nią...”.

Od samego początku matka wydaje się natrętna i niespokojna: wchodzi pierwsza, wypowiada się w imieniu Giady, mówi o sobie, że ma depresję od zawsze. Ojciec sprawia wrażenie sztywnego, opanowanego, niewiele mówi, ale wydaje się uważny i zatroskany o swoją córkę. W kilku słowach, które wypowiada, okazuje złość i dezaprobatę wobec żony.

Powaga sytuacji klinicznej i potrzeba interwencji na różnych poziomach – wielokierunkowe przejęcie odpowiedzialności za Giadę i jej rodziców – natychmiast stają się oczywiste. Rodzice zgadzają się na kilka sesji z moim kolegą po fachu, aby zrozumieć, jak postępować z Giadą w domu. W taki sposób rodzice zaczynają wyznaczać granicę między sobą a Giadą. Trudności pojawiają się już na pierwszych sesjach: ich relacja jest bardzo konfliktowa, ambiwalentna i uwikłana.

Matka zgłasza, że choruje od dłuższego czasu. Ojciec oprócz deprecjonowania żony sprawia wrażenie nadmiernie powściągliwego, a na kolejnych sesjach okazuje wobec żony obsesyjną i „paranoiczną” zazdrość.

Biorąc pod uwagę objawy i poziom cierpienia Giady (wycofanie społeczne, bezsenność, lęki, myśli o śmierci), decyduję, że konieczna jest wizyta u psychiatry oraz terapia indywidualna, która pełnić będzie rolę zewnętrznej kotwicy, poza rodziną.

Jedną z pierwszych rzeczy, o których mówi Giada, jest strach przed byciem „wyczerpaną jak matka”. Stopniowo ujawnia strach przed wymiotowaniem, który najpierw zmienia się w lęk przed popadnięciem w anoreksję lub bulimię, potem w lęk, że może to doprowadzić do śmierci, a finalnie w obawę, że mogłaby sobie zrobić krzywdę. Następnie dochodzą do tego kompulsywne zachowania (mycie rąk), którym towarzyszą obsesyjne myśli, że mogłaby komuś zrobić krzywdę: „Mam złe myśli... boję się... widzę złe rzeczy i boję się, że mogą się wydarzyć...”.

Ścieżka ewoluuje, a objawy się zmieniają: od lęku do depresji, od zaburzeń odżywiania do obsesji. Docieramy wreszcie do trudniejszych aspektów cierpienia, czyli halucynacji i przejściowych urojeń, które znikają po krótkim czasie, nie przybierając formy prawdziwego delirium.

Droga rozwoju Giady jest długa i pełna wyzwań, wymaga od niej nauczania się złożonych czynników emocjonalnych relacji oraz przezwyciężenia ambiwalencji i pomieszania, które ją przerażają i przytłaczają.

Pacjent o słabszym stopniu zaburzenia borderline doświadcza pomieszania w słowach i w sposobie rozumienia znaczeń od wczesnego dzieciństwa. W przypadku poważnej patologii mówimy o okresie, w którym miało powstać intymne doświadczenie pacjenta, a zamiast tego doświadczył „inwazji” i dezorientacji. To spowodowało naruszenie autentyczności jego uczuć (a właściwie nie „jego”, bo zaczyna odczuwać coś innego, choć intymnie osobistego). Będzie musiał nauczyć się, w jaki sposób „pomieścić”, pokonać i wyjść poza to „wtargnięcie”, pomieszanie i ambiwalencję.

1.2 Droga do bycia obecną w nowej relacji

*Moi rodzice mówią, że sny nic nie znaczą
...że to moja podświadomość.*

Pierwszy rok terapii

Już na początku pierwszej wizyty czuję, że chciałabym do niej dotrzeć. Tak, aby jej nie przestraszyć. Na początku pytam, ile ma lat i jak się czuje rozpoczynając ten proces. Momentami odpowiada z głową lekko opuszczoną, jakby się dąsała, mówi, że nie ma ambicji, nie ma celów i że często płacze z byle powodu. Czuję, że utknęłam i że nie mogę do niej dotrzeć.

Przed wyjściem pytam ją, czego by chciała, czy ma jakieś życzenie. W końcu mi odpowiada. Wszystko zaczyna się od pytania na temat snów.

Giada: Tak naprawdę jest jedna rzecz, ale może bez znaczenia. Nie wiem, czy pani może mi odpowiedzieć. To pytanie na temat snów: czy sny coś znaczą? Moi rodzice mówią, że nic nie znaczą, że to tylko moja podświadomość.

Próbuję zrozumieć, co to pytanie dla niej oznacza, co oznacza dla nas. Szukam intencjonalności kontaktu: w jaki sposób Giada odczuwa moją obecność i jak chce do mnie dotrzeć.

Odpowiedź jej rodziców (o podświadomości) wprawia mnie w zaskoplenie. Mam poczucie, że tylko pogłębia pomieszenie u Giady. Może oznaczać, że sny są nieważne i w dodatku niezrozumiałe.

Wydaje mi się, że zadając to pytanie Giada z jednej strony chce zakomunikować próbę różnicowania się od rodziców, w szczególności od matki (wyraża niezadowolenie z otrzymanej odpowiedzi), a z drugiej strony pokazuje swoją gotowość, aby zaryzykować otwarcie się na nową, inną odpowiedź.

Terapeutka: O czym śniłaś? Opowiedz mi [*mówię spokojnym i wyrażającym zaniepokojenie tonem*].

Śniła o przyjacielu, który popełnił samobójstwo w wieku 17 lat, tuż przed tym jak Giada zaczęła się źle czuć. W śnie jest wściekły. Wspomina, że na krótko przed jego samobójstwem pokłócili się i nie zaprosiła go na imprezę z okazji swoich urodzin.

Giada: Byłam na niego zła, pokłóciliśmy się i nie pogodziliśmy się.

Wyczuwam emocjonalną intensywność tego snu. Myślę, że takie wieloaspektowe doświadczenie (ból, poczucie winy, zagubienie) mogło wywołać pomieszanie. Przeżywała, i nadal przeżywa, sprzeczne i ambiwalentne uczucia. Kochała swojego przyjaciela i jednocześnie była na niego zła. Zastanawia się, czy istniał jakiś związek między ich kłótnią a jego samobójstwem. Być może obawia się, że kiedy wyraża siebie, to może wydarzyć się coś złego.

W kolejnych sesjach coraz wyraźniej widać, że jest „przekraczana” przez matkę. Słuchając jej słów, czasem trudno rozpoznać, do kogo przynależą lęki. Matka miesza się nawet w sny Giady: interpretuje je, opowiada je innym, narzuca znaczenie śmierci lub życia, w zależności od stanu swojego umysłu. Czasami bardziej drzę z powodu pomieszania matki niż córki.

Pewnego dnia Giada wspomina: Kiedy zmarł mój przyjaciel, ja nie poszłam... nie czułam się na siłach, żeby pójść do jego domu, zobaczyć go. A potem moja mama, która tam była, powiedziała, że dobrze, że tam nie poszłam, bo był cały napuchnięty, siny. Powiedziała, że nie dało się patrzeć. Miał na szyi ślady po linie, na której się powiesił...

Matka zmusza ją do „kontaktu” ze zmarłym ciałem przyjaciela, mimo że Giada na wszelkie sposoby próbowała tego uniknąć.

Wydaje się, że matce brakuje uważności, delikatności i szacunku do przeżyć, potrzeb i wyborów córki: to ona określa, czego córka potrzebuje i co jest dla niej dobre. Tak naprawdę „nie widzi jej”. Staje się dla mnie coraz jaśniejsze, w jaki sposób matka ingeruje w psychikę Giady: jakby córka nie miała nic swojego, nie istniała i nie mogła istnieć odrębnie. Z kolei Giada opowiada matce wszystko, co myśli i co czuje. W ten nieświadomy i bezkrytyczny sposób uznaje odpowiedzi matki za swoje.

Matka ingeruje w całe życie Giady, także w przyjaźnie. To ona mówi, z kim córka ma się spotykać, zaprasza jej przyjaciółki do domu,

nawet jeśli Giada wyraża sprzeciw. Kiedy córka pokłóci się z przyjaciółką, matka zmusza ją do kontaktu i wyjaśnienia sporu. Pewnego razu Giada pokłóciła się z koleżanką, z trudem udało jej się oddalić od tamtej dziewczyny po tym, jak została przez nią skrzywdzona. Matce nie spodobało się takie zachowanie Giady i skrytykowała ją: przyjaciółka mogłaby już nie postrzegać matki Giady jako osoby ciepłej i serdecznej, i niechętnie odwiedzić ich następnym razem.

Wyraźnie widzę kruche granice Giady, jak trudno jej zrozumieć, do kogo przynależą złe samopoczucie i uczucia, jak dewaluuje swoje dążenie do odseparowania się od matki (i od przyjaciółki).

Z terapeutycznego punktu widzenia nie jest łatwo wesprzeć Giadę w jej intymnej potrzebie zdystansowania się od matki. Zaakceptowanie faktu, że w jej oczach „dobra i wyrozumiała” matka w rzeczywistości jej nie widzi i nie pozwala jej żyć własnym życiem, wywołuje pomieszanie i przygnębienie.

Jak można się było spodziewać, w pewnym momencie terapii matka próbuje nawiązać relację również ze mną: próbuje skontaktować się telefonicznie i porozmawiać za plecami córki. Uważa za oczywiste, że to ona decyduje o tym, co powinnam wiedzieć i co jej córka opowiada na terapii. Stanowczo odmawiam i nie wchodzę w tę próbę uwikłania.

Z pomocą uważności i dużej delikatności udało mi się pomóc Giadzie oddzielić i zróżnicować się od matki, na sesjach pełnych lęku i pomieszania. To właśnie relacja terapeutyczna pomieściła ryzyko rozłam i fragmentaryzacji Giady. Przez pierwszy rok byłam obecna w relacji, aby pozwolić jej pobyc z swoimi lękami. Praca nad nimi nie byłaby wówczas wskazana, mogłyby się nasilić i wzmocnić na tyle, aby uniemożliwić Giadzie obecność. Stała i jasna relacja terapeutyczna pomogła jej w kontakcie z rzeczywistością. Umożliwiła także odpowiednie „przetłumaczenie” ambiwalentnego i pomieszanego języka Giady. W każdy czwartek siedziałam naprzeciw niej, ostrożnie szukając jej drogi, nie swojej.

Z czasem wyszły na jaw obawy: lęk przed przebywaniem z innymi, wstyd, strach przed wymiotowaniem, brak akceptacji swojego ciała: „Obrzydza mnie, jestem za chuda”. Kiedy zaczęła czuć swoje ciało, była przerażona. Granice były nietrwałe, chłonęła wszystko jak gąbka, była podatna na sugestie. Czucie siebie przepełnione było lękami,

których rozpoznanie na tamtym etapie byłoby terapeutycznie bezużyteczne. Pytania „Co cię przeraża?” albo „Kto cię przeraża?” wprowadziłyby ją w jeszcze większą rozpacz i pomieszanie.

Na tym etapie terapii najważniejsza była praca nad granicami Self, udzielanie precyzyjnych, jasnych i zdecydowanych odpowiedzi, tworzenie uspokajającej atmosfery. Terapeuta powinien „być” obok tej niestabilności w solidny i pewny sposób, aby złagodzić poziom napięcia wewnętrznego pacjenta. To sytuacja podobna do przerażonego dziecka, które nie ma dorosłego będącego w stanie poradzić sobie z jego lękami (dlatego szuka „innego” opiekuna, aby móc wyrazić swoje cierpienie). Dla pacjenta borderline istotne jest, aby był ktoś, komu może powiedzieć o wszystkim, czego się boi, i czuć, że ten ktoś to wytrzyma i nie odejdzie.

Giada: Powiedz mi... Myślę, że zrobiłam komuś coś strasznego, skrzywdziłam kogoś... Czy może być tak, że tego nie pamiętam? Czy to prawda?

Terapeutka: Nie może być tak, że nie pamiętasz. Nie zrobiłaś nikomu krzywdy.

Trzeba wyrażać się jasno i bezpośrednio, nie dociekając i nie szukając obsesyjnie szczegółów. Istotne jest także, aby zachować odpowiedni dystans, nie być ani za blisko, ani za daleko.

Giada: Nie chcę tak. Chcę pozbyć się tych lęków. Boję się, że zawsze będę się tak czuć. Boję się, że wpadnę w anoreksję albo bulimię... boję się wymiotów i boję się śmierci...

Giada „połyka” introjekcje matki: „Zawsze taka będziesz”, „Jeśli chorujesz i wymiotujesz, to prędzej czy później umrzesz”. Jest pełna jej lęków i niepokojów, nie swoich. Próbuje zrobić z tym porządek: co jest w Giadzie, a co na zewnątrz; co jest jej, a co innych. Uczy się nazywać swoje uczucia. „Tłumaczenie” pomaga dziewczynie nie pogubić się i nie „oszałeć” w relacji z Drugim.

Terapeutka: Złość, strach, niepokój, wstyd... złe myśli... Giado, co jest teraz najsilniejsze w Tobie?

Giada: Niepokój.

Terapeutka: Kiedy czujesz się źle, odczuwasz niepokój i... czujesz coś jeszcze?

Giada: Boję się śmierci, i że zrobię coś, żeby odebrać sobie życie. Kiedyś patrząc na drzewo wyobraziłam sobie siebie powieszoną na nim. Ta wizja mnie przerażała.

Terapeutka: Czego chcesz się teraz ode mnie dowiedzieć?

Giada: Czy jeśli boję się śmierci, to mogę umrzeć?

Terapeutka: Nie umiera się ze strachu przed śmiercią... Jak się czujesz, kiedy to mówię?

Giada: Lepiej, to mi przynosi ulgę...

Jestem poruszona, że powraca obraz powieszonego przyjaciela. Wiem, że Giadę ogarniają lęki matki. Proponuję, aby zwróciła uwagę na to, co mówi jej matka i jakie pomysły na temat śmierci w niej zaszczepia.

1.3 Czas, aby móc poczuć granicę

*...boję się moich myśli.
Teraz dziecko umiera... Miałam bardzo „złą” myśl...*

Drugi rok terapii

Na późniejszym etapie terapii pojawia się lęk przed dotykaniem przedmiotów i przymus mycia rąk. Giada nie tylko boi się dotykać przedmiotów, ale również wyraża niepokój, że inni dotkną przedmioty, których ona wcześniej dotykała. Podczas jednej z sesji mówi:

Giada: Poczułam się winna. Widziałam coś. Widziałam, jak dziecko zrobiło coś złego, i nikomu o tym nie powiedziałam.

Zastanawiam się, co takiego złego mogła zobaczyć. Pomagam jej opowiedzieć, co się stało. Przychodzi jej to z wielkim trudem.

Giada: Widziałam, jak dziecko włożyło coś do buzi.

Terapeutka: Małe dzieci wszystko wkładają do buzi! Przeżyłaś się tym?

Giada: Nikomu nie powiedziałam, co widziałam...

Terapeutka: Komu miałaś powiedzieć?

Giada: *(nie odpowiada)* Boję się samej siebie, boję się moich myśli. Teraz dziecko umiera... Miałam bardzo „złą” myśl... pomyślałam, że się dusi i umiera.

Terapeutka: Martwiłaś się o to dziecko... to dobrze.

Strach o dziecko zamienił się w „Miałam złe myśli”, a następnie w „Obawiam się, że jestem (byłam) zła”. Budowanie logicznych powiązań między tym, czego doświadcza, a tym co czuje, jak również nadawanie znaczeń fragmentowi rzeczywistości, którego jest częścią, pozwala Giadzie porządkować i pomieszczać.

Zaskakuje mnie, jak stanowczo i zdecydowanie używa pojęcia „skażenie”. Często mówi:

Giada: Myję ręce, żeby nie „skazić” innych.

Terapeutka: Tak się nie dzieje.

Kiedy odpowiadam jej w sposób zdecydowany, uspokaja się.

Na kolejnych sesjach pojawia się lęk związany z brakiem umiejętności zapanowania nad złymi myślami, np. dotyczącymi skrzywdzenia innych. Opowiada, że kiedy spotyka kogoś na ulicy, wyobraża sobie, że mogłaby go skrzywdzić (prawdopodobnie zabić, ale nie udaje jej się tego wyartykułować). Potem odwraca się, żeby sprawdzić, czy rzeczywiście to zrobiła. Musi się upewniać, że to nieprawda. Jest bardzo przestraszona. Takie myśli nachodzą i przytłaczają Giadę, kiedy jest poza domem. Dlatego woli nie wychodzić, żeby czuć się spokojniej.

Giada: Mam złe myśli. Wolałam niepokój. Boję się, że to są halucynacje.

Terapeutka: Giado, czym są halucynacje?

Giada: Widzeniem rzeczy, których nie ma. A jeśli skończy się to tym, co robią szaleńcy?

Terapeutka: *[Wyczuwam jej lęk przed tym, że zwariuje]*

Giada: Dlaczego je mam?

Właśnie, dlaczego je ma? Co jest prawdziwe w delirium? Zadawanie sobie pytań jest dla niej jedynym sposobem na wyjście z konfluencji z matką, na różnicowanie się. Próbuję odpowiedzieć na jej pytanie.

Terapeutka: Wiesz, czasami myślimy o dobrych rzeczach, a czasem o złych... Ale to nie oznacza, że robimy zawsze to, o czym myślimy.

Pod koniec sesji mówi:

Giada: Ja nikogo nie krzywdzę. A poza tym, kto kocha zwierzęta, kto nie krzywdzi zwierząt, nie krzywdzi ludzi...

Widzę Giadę w nowym świetle. To pierwszy raz, gdy z dumą użyła zaimka osobowego „ja”, jakby go dopiero odkryła. Opowiada, że od jakiegoś czasu ma miniaturowego króliczka, którym się opiekuje. Ta myśl jest jej, nie zaszczipiona przez matkę. Porusza mnie, w jaki sposób o tym mówi. Poczułam czułość i wzruszenie słysząc słowa Giady: „Ja nikogo nie krzywdzę”. Chciałabym podzielić się z nią moim poruszeniem, ale wiem, że teraz jej to nie posłuży. Nie byłoby dla niej jasne, nie zrozumiałaby, mogłaby pomyśleć, że jej sprawy mnie zasmucają.

Terapeutka: Dobrze... to są rzeczy, które Ci pomagają. Nikogo nie krzywdzisz, nawet jeśli czasem masz złe myśli.

Którego dnia, relacjonując kłótnię z matką, mówi:

Giada: Może wiem, dlaczego mam złe myśli. Może mój gniew czasami nie ma ujęcia.

Opowiada mi o kłótni z przyjaciółką, w swoim domu, po której idzie do kuchni, żeby się wypłakać. Wchodzi matka i mówi, że Giada musi wrócić i dotrzymać towarzystwa przyjaciółce, i że to nie w porządku zostawiać ją samą. Zaczyna płakać.

Giada: Moja mama powiedziała mi coś brzydkiego... Coś, czego się obawiałam.

Terapeutka: Czy to coś, co możesz mi powiedzieć?

Giada: Powiedziała mi: Ty oszalałaś! Ty jesteś szalona... Ale tato przy tym był.

Terapeutka: Co powiedział tato?

Giada: Powiedział mamie, że się myli.

Ojciec po raz pierwszy wspiera Giadę. To sprawia, że czuje się mniej samotna i mniej „szalona”. Dzięki temu udaje jej się wyrazić ból. Rozpoczyna się okres, w którym Giada odkrywa na nowo swoją relację z ojcem. Wychodzą razem, długo spacerują, a od czasu do czasu ojciec próbuje ją nakłonić do jazdy samochodem, bo od niedawna posiada prawo jazdy. To nowy rodzaj bliskości, której wcześniej nie czuła ani nie doświadczyła.

Jednocześnie rodzice na sesjach terapeutycznych zaczynają mierzyć się z problemami w związku. Już nie chodzą na terapię jedynie po to, aby dowiedzieć się, jak postępować z Giadą. Pewnego razu opowiada mi, że kilka dni wcześniej słyszała kłótnię rodziców. Chciałaby wiedzieć, jaka była przyczyna, bo obawia się, że to przez nią.

Giada: Moi rodzice rozmawiali ze sobą w kuchni, nie rozumiałam, co się stało...

Terapeutka: Może się kłócili.

Giada: Byli trochę źli...

Terapeutka: I co zrobiłaś?

Giada: Wstałam dwa razy, żeby zobaczyć, co się dzieje.

Terapeutka: Żeby zobaczyć co?

Giada: ...że... może to moja wina.

Terapeutka: Czasem rodzice kłócą się o rzeczy, które dotyczą tylko ich. Twój rodzice też mogą się kłócić jako para, niekoniecznie z Twojego powodu.

Właściwie ten incydent ma miejsce kilka dni wcześniej, kiedy po badaniu psychiatrycznym Giada zostaje poproszona o poczekanie na

zewnątrz, aby jej rodzice mogli umówić się na sesję dla par. Stworzenie przestrzeni, aby jako para mogli stawić czoła problemom małżeńskim, i oddzielenie ich od problemów rodzicielskich pomaga również Giadzie w różnicowaniu się.

Stopniowo można dostrzec w niej małe, ale ważne zmiany. Staje się dla niej możliwe przywołanie wspomnień z dzieciństwa, np. mówi o zabawach, o wspomnieniach, jakie ma, a nie tylko o lękach. Momentami pojawia się także entuzjazm.

1.4 Czas identyfikacji

...nikomu o tym nie powiedziałam...

Trzeci rok terapii

Giada: Jest coś, o czym nikomu nie powiedziałam...

U Giady „nikt” oznacza, że nie rozmawiała o tym z matką (wybór dotyczący różnicowania się) i że mówi o tym mnie (okazanie zaufania).

Terapeutka: Powiedz mi, słucham Cię.

Giada: Któregoś dnia rozmawialiśmy o pójściu do kina z przyjaciółmi. Ja kiedy robię coś nowego, innego, to się boję.

Terapeutka: Tak, to prawda, Giado. Kiedy robisz coś nowego albo innego, to się boisz. Każdy trochę się boi, gdy robi nowe rzeczy.

Giada: Wcześniej tak nie było.

Terapeutka: Tak, bo teraz robisz to sama, dorastasz, a to czasem może budzić niepokój.

Giada: Boję się, że poczuję się źle, że najdzie mnie silny niepokój.

Terapeutka: Jeśli przyjdzie, to też odejdzie. Miałaś już tak?

Giada: Nie, tylko przed, ale w kinie nie.

Dorastanie z dala od konfluencji z matką oznacza odczuwanie nowych rzeczy, które należy nazwać.

Któregoś dnia, odchrząkując³, mówi:

Giada: Pewnego dnia poczułam się niespokojna... nie rozumiem dlaczego.

Terapeutka: Opowiedz. Wiesz, porusza mnie fakt, że odchrząknęłaś, zanim zaczęłaś opowiadać. Zrobiłaś tak też innym razem.

Uśmiecha się, wie, że tak zrobiła. Opowiada, jak poczuła mocne bicie serca oglądając telewizję i że nie zawołała matki. Podczas sesji znowu odchrząkuje, chce porozmawiać o tym, że niektóre przyjaciółki, ale nie te, z którymi spotyka się regularnie, zorganizowały wyjście na pizzę z katechetką.

Giada: Boję się... a jeśli ogarnie mnie lęk?

Terapeutka: Nie ogarnie cię lęk (*mówię stanowczo*). Jeśli poczujesz mocniejsze bicie serca, możesz usiąść, możesz poprosić o szklankę wody.

Doszliśmy do momentu, w którym nie czuje jedynie silnego lęku. Możemy rozmawiać też o tym, co chciałaby robić, a nie tylko o tym, czego nie robi z powodu strachu. Pójdzie na pizzę i nie będzie odczuwać silnego niepokoju.

Widać, że Giada czuje się trochę lepiej. Na kilku ostatnich sesjach nie odczuwa już tak silnego niepokoju. Ale nadal istnieje obawa, że wróci. Występuje inna intensywność, która nie jest dla niej inwazyjna. Często opowiada mi o niektórych swoich myślach czy faktach, np. o kłótni z chłopakiem, i zaczyna od słów: „Tego nikomu nie mówiłam”. Rozczuła mnie to. Mam poczucie, że budujemy relację.

„Nikomu o tym nie mówiłam”... jest jak pierwszy słupek graniczny pomiędzy nią a jej matką i początkiem relacji ze mną. To jej sposób na zaznaczenie nowego „między nami”, jej sposób „dotarcia do mnie”. Wydaje się, że Giada odnalazła właściwy kierunek w spotkaniu z Drugim, w którym „jest” i wyraża siebie, swoje odczucia i swoje potrzeby.

³ Taki odruch wydaje się naturalny. W rzeczywistości nie jest, ani dla niej, ani dla mnie. Przeszliśmy od „nie wiem, co powiedzieć” do odchrząkiwania, aby zostać wysłuchanym.

I na koniec... kolejny sen.

Giada: Miałam sen. Jakiś czas temu zginął w wypadku młody chłopak, śniłam o nim, choć go nie znałam. Nie wiem czemu śnił mi się osoby, których nie znałam.

Terapeutka: Czasem śnimy o osobach, których nie znamy, nawet jeśli tylko o nich słyszeliśmy. Opowiedz mi...

Giada: Kiedyś na cmentarzu spotkałyśmy matkę tego chłopaka, jego grób jest blisko grobu mojej babci. Moja mama się zatrzymała, żeby porozmawiać z tą panią, a potem obróciła się do mnie i zapytała: „Powiemy jej?”. Mnie zrobiło się wstyd. Nie chciałam, żeby moja mama opowiedziała tej pani, że śnił mi się jej syn, bo ja go nie znałam. Ale ona opowiedziała mój sen...

Ten sam schemat relacyjny: matka „nie widzi” córki, nie widzi jej zawstydzenia i w dodatku zadaje jej pytanie przy matce chłopca. Tak naprawdę nie pyta córki o zgodę na opowiedzenie snu, to ona zdecydowała!

Terapeutka: Dlaczego to zrobiła twoim zdaniem?

Giada: Ponieważ według niej to mogło być dobre dla tej pani.

Terapeutka: Ty tego nie chciałaś?

Giada: Nie, zdenerwowałam się, kiedy wróciłam do domu.

Terapeutka: *[Widzę, że nie ma energii. Jest zmęczona, przygnębiona i wyczerpana nieustannym postępowaniem matki, która jej nie dostrzega. Musi codziennie walczyć, aby nie dać się „pochłonąć”].* Czasem Twoja matka robi i mówi rzeczy, które powodują w tobie zamęt.

Giada zaczyna dostrzegać, że inicjatywy matki przynależą do matki. Zyskała umiejętność odróżniania, czego pragnie ona sama, od tego, czego chce i co robi jej matka. Jest to dla niej duża zmiana. Nie czuje się już pomieszana wśród ambiwalentnych komunikatów, rozróżnia, do kogo przynależą przeżycia. Nauczyła się bardziej nieustępliwie niż poprzednio odczuwać złość, której towarzyszy zmniejszony lęk przed utratą matki.

1.5 Czas kontaktu

*Pomóż mi nie stracić tych małych rzeczy,
które zyskałam.*

Czwarty rok terapii

Giada czuje się lepiej i zawiesza terapię na rok. Mówi, że ma się lepiej, zaczyna robić niektóre rzeczy sama, z przyjaciółkami lub z chłopakiem. Uważam, że wspieranie jej pragnienia, aby czuć się normalnie i chęć samodzielnego eksperymentowania jest słuszne.

Pewnego ranka dzwoni do mnie matka i prosi o „terapię dla córki, tak na wszelki wypadek...”. Po rozmowie z Giadą na osobności zdaję sobie sprawę, że kontakt ze mną nie był jej inicjatywą, mimo że chciałaby mi powiedzieć wiele rzeczy. Mówię do matki, że jeśli Giada będzie chciała, to może do mnie zadzwonić i się umówimy.

Rzeczywiście, po kilku miesiącach odbieram telefon od Giady. Moja stabilna i pełna szacunku obecność wobec niej i jej uczuć zaczyna być dla niej przyjemnym tłem, w którym może się zidentyfikować i wyrazić. Giada pyta o możliwość powrotu na terapię w momencie, gdy po przyjeździe z podróży z chłopakiem i przyjaciółmi matka poprosiła, aby znowu spały razem w łóżku, „jak za starych, dobrych czasów”. Uderzają mnie słowa „dobre czasy”. Te „dobre czasy”, które matka ciepło wspomina, dla Giady były okresem, w którym czuła, że oszaleje.

Apel Giady jest dla mnie bardzo jasny. Któregoś dnia go werbalizuje:

Giada: Pomóż mi nie stracić tych małych rzeczy, które zyskałam.

Sesje przepełniają różne sprawy życia codziennego, nie ma już długich momentów ciszy. Giada potrzebuje mnie, abym pomagała jej stopniowo wyjaśniać wciąż obecne pomieszanie i ułatwiła jej pozostanie w zmniejszonym poczuciu inwazji.

To nowy etap w relacji terapeutycznej. Pogłębia się atmosfera zaufania. Giada czuje się przeze mnie chroniona, przy jednoczesnym poszanowaniu różnic. Z pewnością nie brakuje momentów, kiedy Giada boi się „czuć tak źle jak wcześniej”. Czuje się jak gąbka, która wszystko chłonie; czuje się podatna na sugestie, zwłaszcza na temat śmierci. Lęk

powraca wtedy, gdy ma kontakt z depresyjnymi doświadczeniami matki. Matki, która nalegała, aby Giada poszła oglądać z nią zwłoki. „Martwe ciało” jest czymś, co dogłębnie ją przeraża, wiem, że będziemy musiały wrócić do tego w późniejszym czasie.

Podczas jednej z niedawnych sesji Giada odchyła się do tyłu i próbuje założyć nogę na nogę, ale szybko wycofuje się z tej pozycji, jakby się przestraszyła. Ponownie siada na brzegu krzesła.

Terapeutka: Możesz posłuchać swojej nogi.

Giada: *(tak robi i natychmiast mówi)* Ale nie czuję się komfortowo.

Od tego momentu na sesjach pojawia się temat kobiecości. Oscylując pomiędzy lękiem a odwagą, pomału opowiada mi o drodze, jaką przebyła do swojej najbardziej intymnej kobiecości, wcześniej ignorowanej, bo, jak to ujęła: „odrażającej”. Ta droga przygotowuje ją na pierwszą wizytę u ginekologa.

Towarzyszę Giadzie już kilka lat w tej intensywnej podróży. Zaczęła się od kilku słów, jej długiego milczenia, jej kruchości, jej: „Nie wiem, co powiedzieć”. Przez te lata zrozumiałam, że szukała czegoś swojego, ale nie znajdowała niczego, co by tak naprawdę do niej przynależało.

Ciało, „niewidzialne” i „ciche”, nie dawało jej poczucia granic. Wszystko mogło się tam dostać: słowa, obrazy, doświadczenia, ludzie. W chwili, gdy tak się działo, Giada nie potrafiła tego rozpoznać. Mogło to być coś złego lub agresywnego. Na pewno „złe myśli”. Jakikolwiek działanie wiązało się z ryzykiem wyrządzenia krzywdy. Dorastanie przeżywała jako cierpienie związane z poczuciem bycia inną.

Wciąż jesteśmy tu, w miejscu i czasie naszego spotkania, co tydzień, obie punktualnie. Nadal nie słyszę, kiedy przychodzi, chodzi cicho. Ale teraz – to dziwne – choć tego nie słyszę, to wiem, kiedy już jest!

Na jednej z ostatnich sesji, po chwili ciszy, ale innej niż dawniej, kiedy przygotowuje się, żeby mnie o coś zapytać, mówi:

Giada: Muszę pani o czymś powiedzieć... od ostatniego spotkania, nie wiem co się stało, ale nachodzi mnie ochota, żeby się bardziej uporządkować. Wie pani, założyć ładniejsze ubrania, bardziej o siebie dbać.

Te słowa poruszyły mnie mocno: ciało Giady odzyskało swoją integralność i teraz wibruje, otwiera się na niezliczone możliwości życia.

Czuję, że to punkt zwrotny. To, co zaczęło się w jej ciele, teraz do niego powraca. To, co początkowo było wyparciem i dezintegracją, wraca jako pragnienie jedności, piękna i światła. Tam, gdzie istniał strach i pomieszanie, terapia wprowadziła różnicowanie i szacunek. Dawała przestrzeń i odnajdywała sens... – jak w „tłumaczeniu” – prawdziwemu, ale pochowanemu, kielkującemu, ale ukrytemu światu Giady, jej intensywnemu, ale stłumionemu pragnieniu wyrażenia siebie i bycia. Głos ciała zdaje się teraz krzyczyć, choć jeszcze cicho, że to wszystko jest możliwe i że właściwie ten proces się już zaczął.

Bibliografia

APA: American Psychiatric Association, 1952: *DSM-I. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: Mental Hospital Service.

APA: American Psychiatric Association, 1983: *DSM-III. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson.

APA: American Psychiatric Association, 1996: *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson.

ATP: Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2023: *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5-TR*, Wrocław: Edra Urban & Partner.

Gunderson J., 1984: *Borderline personality disorders*, Washington: American Psychiatric Press.

Hughes C.H., 1884: „Borderline psychiatric records: Prodromal symptoms of psychical impairment”, *Alienist and Neurologist* 5, 85–91.

Kernberg O.F., 1987: *Disturbi gravi della personalità*, Torino: Boringhieri.

Meissner W.W., 1984: *The borderline spectrum: differential diagnosis and developmental issues*, New York: Jason Aronson

Perls F.S., Hefferline R., Goodman P., *Terapia Gestalt. Pobudzenie i wzrost w osobowości człowieka*, Warszawa: OZO, 366.

Rossi Monti M., 2010: „Trauma e deliri transitori borderline”, [w:] B. Bonfiglio, S. Bordi, A. Correale, F. Gazzillo, G. Goretti, V. Lingiardi, G. Meterangelis, G. Moccia, A.M. Nicolò, C. Pirrongelli, M. Rossi Monti, S. Seligman, L. Solano, *Il soggetto nei contesti traumatici*, Milano: Franco Angeli, 188–200.

Spitzer R., Endicott J., Gibbon M., 1979: „Crossing the border into borderline personality disorder”, *Archives of General Psychiatry* 36, 17–24.

Wydawnictwo
Instytutu
Integralnej
Psychoterapii

Gestalt

poleca:

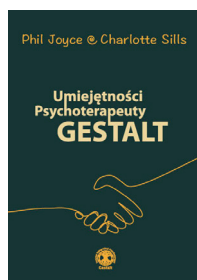


Giovanni Salonia
Taniec krzesel i zaimków
Gestaltowska terapia rodzin

Książka opisuje autorskie podejście Saloniego do terapii rodzin.

Model „taniec krzesel i taniec zaimków” skupia się na cielesnej tożsamości rodziny, badając sojusze, mechanizmy unikania kontaktu, pozostawanie w bliskości lub dystansie. Celem terapii jest stworzenie warunków sprzyjających otwarciu ucieleśnionych gestaltów. Mamy otworzyć rodzinę, aby przywrócić jej pełny kontakt ze spontanicznością, ruchem i kreatywnością.

Autor prezentuje rzadko spotykany, zwięzły przegląd modeli terapii rodzin na tle społeczno-kulturowym. Wprowadza Czytelnika w nowe rozumienie teorii Self. Przedstawia swoją autorską teorię, a dzięki trzem pełnym transkrypcjom rzeczywistych sesji ułatwia jej zrozumienie oraz zastosowanie w praktyce terapeutycznej.



Phil Joyce, Charlotte Sills
**Umiejętności psychoterapeuty
Gestalt**

Książka przedstawia podstawowe i zaawansowane zagadnienia z zakresu psychoterapii Gestalt. Wprowadza humanistyczną perspektywę, uwzględniając współczesne widzenie pacjenta, oparte na kontakcie i dialogu.

Wydana w 2021 roku przez Wydawnictwo IIPG książka jest przyjazna Czytelnikowi: kolorowa, z dużą liczbą ilustracji i przykładów interwencji terapeutycznych. Jasno sformułowane sugestie oraz ćwiczenia pomagają integrować teorię z praktyką.

Opracowanie cieszy się popularnością w wielu krajach. Korzystają z niego akademicy, teoretycy i klinicyści. W Polsce sprzedano ponad 4000 egzemplarzy.

gestalt.edu.pl/sklep

Zamówienie numer 22317

