

Bernadetta Janusz

BADANIA DANIELA STERNA NAD KSZTAŁTOWANIEM „JA” W RELACJI Z INNYM I NAD ZMIANĄ W PROCESIE PSYCHOTERAPII. CZĘŚĆ II

DANIEL STERN’S RESEARCH ON FORMATION OF THE SELF IN RELATION WITH THE OTHER AND ON THE CHANGE PROCESS IN PSYCHOTHERAPY. PART II

Uniwersytet Jagielloński, Katedra Psychiatrii, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

**development of the self
intersubjectivity
change in the process of therapy**

Streszczenie

Celem artykułu jest zarówno prezentacja koncepcji rozwoju „ja” w relacji z opiekunem Daniela Sterna, jak również opisanie, w jaki sposób rdzenne aspekty „ja” manifestują się w procesie psychoterapii. Wnikliwa obserwacja dziecka od pierwszych chwil życia, połączona z obserwacją relacji pomiędzy matką a dzieckiem, zainspirowała Sterna do szczegółowej analizy tego, co wydarza się z chwili na chwilę w relacji terapeuta–pacjent. W prezentowanej pracy opisane zostaną procesy wyłaniania się „ja”, które nie tylko zawiadują rozwojem „ja” małego dziecka w relacji z opiekunem, ale również stają się podstawą doświadczania samego siebie w relacji z innym, w tym doświadczania siebie w relacji terapeutycznej. Świadomość dynamicznych procesów rozwoju „ja” ma szczególne znaczenie dla procesu psychoterapii, gdyż urzeczywistnianie się „ja” pacjenta w interpersonalnej relacji z terapeutą zakłada ciągłość i ewolucję doświadczania siebie w relacji z innym, począwszy od pierwszych miesięcy życia dziecka. W drugiej części pracy zostanie opisane zjawisko zmiany w procesie psychoterapii. Artykuł kładzie nacisk na dziejącą się „z chwili na chwilę” — formującą „ja” relację dziecka z opiekunem, i na „urzeczywistnianie się” tego intersubiektywnego wzorca w relacji pacjenta z terapeutą.

Summary

This article aims to present Daniel Stern’s concept of the development of the self in the relationship with the caregiver and to describe how the core aspects of the self manifest themselves in the psychotherapy process. Stern’s research on the relationship between mother and child inspired him to analyze in detail what happens moment by moment in the therapist–patient relationship. In the paper, the processes of the emergence of the self will be described. These processes involve the development of the young child’s self in the relationship with the caregiver and become the basis for experiencing oneself in a relationship with another, including the therapeutic relationship. Awareness of self development is of particular importance in psychotherapy. The “coming into being” of the patient’s self in the relationship with the therapist involves a continuation and evolution of experiencing the self that emerged in the first months of the child’s life. The second part of the

paper describes the phenomenon of change in the psychotherapy process. The article emphasizes a “moment-by-moment” relationship with the caregiver that contributes to forming the child’s self and the ‘realization’ of this intersubjective pattern in the therapeutic relationship.

W tej części artykułu zostaną opisane zarówno zakłócenia w relacji diadycznej, skutkujące zakłóceniami doświadczania własnego „ja” jednostki, jak i interakcje, które naświetlają istotę zmiany w psychoterapii [1], takie jak: pragnienie intersubiektywnego kontaktu, pragnienie bycia poznanym i pragnienie wzajemnego dzielenia wewnętrznych światów. Pragnienia te stanowią według Sterna [1] podstawowy system motywacyjny, który otwiera pacjenta i terapeutę na dokonanie się zmiany w psychoterapii.

Formy niedostatecznej lub nadmiernej stymulacji dziecka w obszarze kształtowania się rdzennego „ja”

Badania nad niemowlętami pozwoliły Sternowi sformułować dwie podstawowe uniwersalne zasady związane z tzw. rdzenną relacyjnością, czyli istotową wzajemną regulacją i wzajemnym dostrajaniem w relacji pomiędzy dzieckiem a opiekunem. Po pierwsze zaobserwował on, że nie ma idealnej stymulacji, bowiem codziennym powtarzającym się wzorcem interakcyjnym niemowlęcia z matką jest przestymulowanie czy też niedostateczna stymulacja. Po drugie wskazywał on na to, że świat reprezentacji wewnętrznych jest budowany na bazie codziennych, powtarzających się wydarzeń życiowych, a nie tych epizodycznych czy też wyjątkowych. Te dwie zasady w szczególności zostały zaadaptowane i opracowane w badaniach nad psychoterapią realizowanych przez Grupę Bostońską [1, 2], która udokumentowała wagę istnienia stałego powtarzalnego schematu (w psychoterapii — settingu), w ramach którego może dochodzić do swego rodzaju „przeestrojen” czy też „niedostatecznych stymulacji”. Owa nadmierna czy też niedostateczna stymulacja w trakcie sesji terapeutycznej jest określana jako „wyboistość” (*slopiness*) [1, 3], po której dochodzi do naprawy i podążania w określonym kierunku. W swoich obserwacjach i badaniach nad niemowlętami Stern często opisywał zarówno sytuacje, w których dzieci są nadmiernie, jak i niedostatecznie stymulowane przez opiekunów. Wskazywał na to, że nadmierna stymulacja może być dla dziecka tolerowalną, jak również nietolerowaną formą interakcji prowadzącą do zakłóceń jego rozwoju.

Przykładem nadmiernej, ale tolerowalnej stymulacji w obszarze kształtowania rdzennego poczucia self może być opisywana przez Sterna diada „matka–Eryk”¹⁾. Zaobserwowano, że matka Eryka, mająca żywszy temperament niż jej syn, reaguje żywiołowo, gdy tylko on zachowa się w sposób ekspresyjny. Dla Eryka osiągnięcie wyższego poziomu ekscytacji jest atrybutem RIGu (wskazówki przywołującej wzorec interakcji) utworzonego w relacji z matką. Kiedy doświadcza ekscytacji, fantazjuje o relacji z matką, której uwewnętrzniiony obraz ożywa, pomagając rozszerzyć poziom jej pobudzenia również na jego osobę. W ten sposób matka, jako regulujący „ja” inny, wspiera jego rozwój.

¹⁾ Obserwacje diad matka–dziecko zaczynały się w wieku niemowlęcym i trwały przez kilka lub kilkanaście lat.

Jako przykład nietolerowanej, nadmiernej stymulacji w domenie rdzennej relacyjności została opisana diada „matka–Steve”. Przestymulowująca, nadmiernie kontrolująca matka Steva regularnie forsuje interakcje twarzą w twarz, bawiąc się w grę „ścigaj i uchylaj się”². Kiedy matka przestymulowuje Steva, odwraca on głowę na bok, a wtedy ona odpowiada na to uchylenie się, podążając z nim (ścigając go) swoją twarzą, tym samym eskaluje poziom stymulacji aż do momentu, kiedy uzyska jego uwagę. Gdy syn uchyla się, przechylając swoją głowę w przeciwną stronę, matka podąża swoją głową za jego głową, cały czas próbując utrzymać wzajemne zaangażowanie vis-à-vis na takim poziomie, na jakim ona sama go oczekuje. Ostatecznie syn nie jest w stanie uniknąć jej spojrzenia, w efekcie staje się coraz bardziej przygnębiony i zaczyna płakać³.

Tego typu zachowania matki mogą według Sterna [3, 4] wynikać z wrogości, potrzeby kontroli, potrzeby intensywnych emocji w interakcji oraz wrażliwości na odrzucenie (matka interpretuje każde odwrócenie głowy dziecka jako mikroodrzućenie). W związku z tym matka podejmuje ciągle próby reparacji i wymazania tego zdarzenia. Odtąd dla dziecka zgeneralizowany wzorzec interakcji z matką — RIG w tym obszarze będzie się wiązał z przekraczaniem limitu stymulacji. W związku z tym, mając potrzebę zmniejszenia poziomu pobudzenia, dziecko samo podejmuje zachowania związane z samoregulacją poprzez niekończące się zachowania awersyjne. W takim wypadku matka staje się rozregulującym „ja” innym.

Z dalszych obserwacji Steva wynikało, że gdy przebywał on z inną niż matka osobą, automatycznie zaczynał doświadczać wyższego poziomu stymulacji — dochodziło do aktywacji utworzonego w relacji z matką RIGu czyli aktywacji takiej relacji z obiektem, w której ów obiekt – matka – rozregulowuje stany emocjonalne dziecka. W odpowiedzi podejmował on zachowania nieadaptacyjne, zamykał się na próby dostosowania się do niego przez inną osobę, co nie pozwalało mu ani angażować się, ani odpowiadać na zaangażowanie. Stern podkreśla również, że z obserwacji niemowląt podobnych do Steva wynika, że generalizują one swoje doświadczenia i zachowują się w sposób nadmiernie unikający w stosunku do nowo poznanych osób, oraz blokują pozytywne podekscytowanie, gdy zostają same, bo przywołuje ono RIG „rozregulującego innego”.

Szczególnym przykładem nadmiernej stymulacji była obserwowana przez zespół Sterna diada: „matka–Molly”. Matka instruowała Molly, jak bawić się lalką i stale włączała się w jej zabawę. Obserwatorzy tej interakcji odczuwali napięcie, które opisywali jako „węzeł w żołądku”. Jednocześnie czuli wściekłość i impotencję, co oddawało ich identyfikację ze stanem wewnętrznym Molly. Molly adaptowała się w ten sposób, że stawała się coraz bardziej współpracująca z matką. Zamiast aktywnie unikać, czy opierać się intruzji, rzucała enigmatyczne spojrzenia skierowane w przestrzeń. Patrzyła w taki sposób, jakby inni byli przezroczyści. Jej wzrok błędził po nieskończoności, a mimika była nieczytelna. W tym samym czasie robiła grzecznie to, do czego została zaproszona. Obserwacja Molly w okresie kilku miesięcy była obserwacją zanikania pobudzenia i możliwości samoregulacji. Poddawała się, jakby była włączana przyciskami start i stop związanymi z regulacją jej zachowań przez matkę.

²) Ta uruchamiana w relacji matka–niemowlę gra została opisana przez Daniela Sterna we wcześniejszej pracy [4].

³) Komentując ten przykład Stern wskazuje, że zwykle takie przestymulowania są łagodniejsze, podany przykład jest ekstremalny, ale generalny wzór pozostaje zachowany [6].

Nie tylko jednak opisane wyżej formy nadmiernej stymulacji dziecka są formą niedostrojenia, wpływającego na sposób doświadczania samego siebie w obszarze rdzennego „ja” niemowlęcia. Daniel Stern [5] opisał również przejawy niedostatecznej stymulacji, które okazały się na tyle nietolerowane, że również wpływały na to, jak dzieci doświadczały siebie w obrębie ich rdzennego „ja”. Jednym z przykładów tego rodzaju niedostatecznej stymulacji jest opisana poniżej diada „matka–Susie”. W trakcie obserwacji matka Susie była depresyjna, zaabsorbowana swoim ostatnio przeżytym rozwojem. Faworyzowała ona starszą córkę. Susie była dzieckiem, które zostało poczęte, aby podtrzymać małżeństwo. Susie jako niemowlę miała społeczne kompetencje stosowne do etapu swojego rozwoju, ale nie udawało jej się utrzymywać dłużej na sobie uwagi matki. Matka również nie uspokajała jej, gdy ta była pobudzona. Podobnie jak dzieci w instytucjach, Susie była pozostawiana bez określonego rodzaju doświadczeń, które są dostarczane poprzez wszelkie przejawy wchodzenia przez dorosłego w interakcje z niemowlęciem, co skutkuje chorobą braku regulującego „ja” innego. Obserwowana Susie była wytrwała i uporczywie ściągała na siebie uwagę matki. Kiedy osiągała sukces, można było zaobserwować u niej nasilony stopień pobudzenia. W późniejszym okresie życia zachowanie Susie wskazywało, że wykształciła ona RIG, który można opisać jako nadmiernie czarująca „Miss Sparkle Plenty”⁴.

Dostrajanie się jako matryca rozwoju „ja”

Kolejnym wyróżnionym przez Sterna etapem rozwoju „ja” niemowlęcia jest rozwój „ja” subiektywnego. Po doświadczonej wcześniej możliwości regulowania przeżyć i pobudzeń dziecka przez opiekuna pojawia się możliwość dzielenia jego przeżyć z innym. Współprzeżywanie jest związane z dostrajaniem się do przeżyć innego, a niedostrojenie z niemożliwością dzielenia subiektywnych przeżyć. Obserwowanym przez Sterna i jego zespół przykładem niedostrojenia w domenie intersubiektywnej relacyjności jest następujący przykład dwudziestodwuletniej rozwiedzionej matki przyjętej na oddział psychiatryczny z powodu dekompensacji w przebiegu chronicznej, paranoidalnej schizofrenii. Jej miesięczna córeczka pozostała na oddziale pediatrycznym, nikt z rodziny pacjentki się po nią nie zgłosił, a personel szpitala obawiał się powierzyć matce opiekę nad dzieckiem. Według opinii personelu z oddziału psychiatrycznego matka była nadmiernie zidentyfikowana z córką (symbiotyczny brak granic). Zespół badaczy zaobserwował, że matka wkładała dziecko do łóżeczka jakby miało ręce z piór, a łóżeczko było z marmuru. Była tak skoncentrowana na pewnych czynnościach, które nie były konieczne, że nie odpowiadała na wyraźnie sygnalizowane potrzeby dziecka. Matka była skoncentrowana bardziej na tym, co dookoła: ostrych przedmiotach, hałasie, niż na dziecku. Była zatem częściowo w kontakcie z dzieckiem w domenie rdzennej relacyjności — rdzennego „ja”, ale w ogóle nie była z nim w kontakcie na poziomie intersubiektywnej relacyjności. Była bowiem połączona ze swoimi urojeniami, ale nie była z dzieckiem, choć mogło to tak wyglądać.

⁴) Zachwycająca dziewczynka z amerykańskiego komiksu (*Sparkle Plenty Tracy*), która w wieku dwóch lat mówi i wykonuje wszystkie obowiązki domowe. Skupia na sobie uwagę jako szczególnie urocze dziecko.

Opisany przypadek pokazał, że dziecko może czasowo zaadaptować się do braku relacji na poziomie intersubiektywnym — intersubiektywnej relacyjności, będąc w bliskim kontakcie na poziomie rdzennego „ja”. Jednakże w przyszłości może ono czuć nie tyle samotność, co wszechogarniającą osobność, co oznacza, że będzie przebywać w stanie egosyntonicznej, chronicznej izolacji na poziomie intersubiektywnej relacyjności.

Rola rodziców

Jak można byłoby zatem określić najbardziej adekwatne dostrojenie rodzica do dziecka? Według Sterna [3, 4] w relacjach rodzic–dziecko najbardziej owocny sposób, w jaki rodzic może kształtować rozwój subiektywnego i interpersonalnego życia dziecka stanowi selektywne dostrojenie. Dostrojenie tego rodzaju pozwala rodzicowi komunikować się z dzieckiem we wspólnie dzielony sposób. Poprzez selektywne użycie dostrojenia intersubiektywna odpowiedź rodzica działa jako matryca, która kształtuje intrapsychniczne przeżycia dziecka.

Kolejnym ważnym pytaniem jest pytanie o to, na jakiej zasadzie rodzice wybierają te przejawy funkcjonowania dziecka, do których się dostrajają, jak również te, które pozostawiają bez odpowiedzi. Obserwacje Sterna i jego zespołu pozwoliły sformułować wniosek, że rodzice dokonują wyboru, do czego się dostrajają, w większości na poziomie nieświadomym. Tworzony w ten sposób proces generowania międzypokoleniowej matrycy ma miejsce w trakcie codziennych transakcji. Proces selektywnego dostrojenia jest zazwyczaj opisywany jako odzwierciedlanie specyficzne dla fazy życia niemowlęcia. A zatem na etapie formowania rdzennego „ja” (w domenie rdzennej relacyjności) kluczową rolę odgrywa odpowiadanie opiekuna na dziecko, którego celem jest regulacja stanów „ja” niemowlęcia. W okresie formowania się subiektywnego poczucia „ja” (intersubiektywnej relacyjności) istotą jest emocjonalne dostrojenie, a w okresie rozwoju „ja” werbalnego (werbalnej relacyjności) ważną rolę odgrywają takie czynniki, jak: wzmacnianie i kształtowanie poczucia wspólnoty znaczeń.

Kolejną istotną kwestią związaną z dostrojeniem jest badanie jego szczerości i autentyczności. Z obserwacji Sterna wynika, że zachowania związane z dostrojeniem mogą być dla dziecka całkiem dobre, nawet jeśli rodzic nie jest im oddany całym sercem, bo jest np. zmęczony czy zajęty. Z tego względu dostrojenia rodzica różnią się w zakresie stopnia autentyczności czy też ich dopasowania do dziecka. Nieautentyczne próby dostrojenia kończą się niedopasowaniem. Są one czymś więcej niż niesystematyczne zakłócenia komunikacji, które mają swój potencjał, aby się zakończyć sukcesem. W nieautentycznych próbach dostrojenia nie ma stałego wzorca i matka jest spostrzegana jako obiekt, który nie jest stały. Różnicę pomiędzy nieświadomym niedostrojeniem a nieautentycznością Stern próbował zilustrować poprzez różnicę pomiędzy „magnetyczną północą”, która tak naprawdę nie jest na szczycie świata i systematycznie zakłóca odczytywanie przez kompas prawdziwej północy, i lokalnymi magnetycznymi zakłóceniami, które powodują, że kompas zachowuje się omyłkowo i przeskakuje pomiędzy miejscami. Stopień, gdzie dostrojenie jest najwyższe — stanowi punkt odniesienia (prawdziwa północ) dla mierzenia afektywnej intersubiektywności. Niedostrojenia są systematycznymi zakłóceniami (ma-

gnetyczna północ), ale znacząca nieautentyczność pozostawia jednostkę bez roboczego, interpersonalnego kompasu dla intersubiektywnej relacyjności.

Z obserwacji Sterna wynika, że nadmierne dostrojenie opiekuna do dziecka nie jest dla niego sytuacją rozwojową, w przeciwieństwie do selektywnego dostrojenia. Nadmierne dostrojenie traktował on bowiem jako formę psychicznego zawiśnięcia na sobie, zazwyczaj połączonego z fizycznym zawiśnięciem — uwieszeniem. W takich sytuacjach matka jest nadmiernie zidentyfikowana z dzieckiem i na każdy jego sygnał reaguje dostrojeniem. W związku z tym dziecko może mieć wrażenie, że dzieli jedną, podwójną umysłowość z matką, nie jest to jednak symbioza ze względu na stałą obecność poczucia rdzennego „ja” siebie i innego⁵. Stern wskazuje na analogię pomiędzy opisywaną tu intersubiektywnością w relacji „matka–dziecko” do intersubiektywności „terapeuta–pacjent”.

Zakłócenia w rozwoju „ja” werbalnego

Jak już wyżej wspomniano, Stern [3] wiąże zakłócenia każdej z wymienionych faz z określonymi zakłóceniami w doświadczaniu samego siebie. Rozwój „ja” werbalnego wiąże się ze swoistym paradoksem. Język według niego w dużym stopniu dotyka rzeczywistości, ale stoi również u podłoża mechanizmów związanych z zakłóceniami jej doświadczania. Odnosi się on do dwóch wersji reprezentacji językowych: pierwszej, dotykającej tak zwanego ożywającego przeżycia (*living experience*)⁶, które jest zawarte w pamięci epizodycznej, i drugiej, będącej werbalną reprezentacją zawartą w pamięci semantycznej. Odwołując się do koncepcji Bascha [7] Stern podkreśla, że w mechanizmie represji/stłumienia zostaje zablokowana ścieżka pomiędzy ożywającym przeżyciem a jego językową reprezentacją. I tak na przykład dojmujące doświadczenie śmierci rodziców nie może zostać przełożone na taką formę werbalną, aby mogło być poddane świadomej uwadze/refleksji. Z drugiej strony w mechanizmie wyparcia jest odwrotnie: ścieżka prowadząca od reprezentacji językowych do przeżyć, które reprezentują określone wydarzenia, zostaje zablokowana. Uznana zostaje zatem rzeczywistość semantycznej wersji mówiącej o tym, że rodzic faktycznie zmarł, ale to rozpoznanie nie prowadzi do odczuć czy emocjonalnych przeżyć powiązanych z tym faktem, zostają one bowiem wyparte⁷.

Na tym etapie doświadczania siebie przez dziecko dochodzi również do zakłóceń określanych przez Sterna winnicottowskim pojęciem fałszywego „ja”, które rozwija się w ten sposób, że niektóre doświadczenia samego siebie są wybierane i wzmacniane, ponieważ odpowiadają życzeniom i potrzebom innego. Opisany proces ma miejsce niezależnie od tego, że owe wzmacniane przeżycia mogą się różnić od rzeczywistego doświadczenia samego siebie — wewnętrznej struktury „ja”. Stern podkreśla, że w takich wypadkach po raz pierwszy możemy mówić o zakłóceniach rzeczywistości po stronie dziecka, zakłóceniach,

⁵ Stern odnosi się do psychologii „ja” Kohuta, gdzie intersubiektywność jest rozumiana jako przecięcie się dwóch subiektywności.

⁶ Ożywające doświadczenie — w ten sposób zostało przetłumaczone określenie Sterna *living experience*, oznaczające zakodowane w pamięci epizody interakcyjne, które odzywają w pamięci, gdy człowiek ma kontakt ze wskazówką przywołującą.

⁷ W **zaprzeczeniu** dochodzi do zakłóceń na poziomie percepcji „Moi rodzice nie umarli”.

które powstają z jego potrzeby bycia z innym. Język bowiem staje się już wtedy na tyle dostępny, że ratyfikuje rozszczepienie (*splitting*) poprzez uprzywilejowany status reprezentacji werbalnych, które wspierają fałszywe „ja”. W swoich obserwacjach interakcji rodziców i dzieci Stern wskazywał na następujące sposoby zachowań, wspierających rozwój jej „fałszywego ja”⁸⁾, takich jak np. „Czy ty nie możesz być delikatny dla pluszowego misia? Sally jest zawsze taka delikatna”, i drugi przykład. „Czy to nie jest ekscytujące? Przeżywamy razem taki wspaniały czas! To nie jest interesujące, ale spójrz NA TO!”. Stopniowo, poprzez kooperację pomiędzy dzieckiem a rodzicem fałszywe „ja” zostaje ustanowione jako semantyczna konstrukcja językowa, zawierająca w sobie to, kim się jest, co się robi i czego się doświadcza. Wyparcie może zatem pojawić się dopiero wtedy, gdy zostaje ustanowione poczucie „ja”. W wyparciu rzeczywiste, osobiste, emocjonalne znaczenia są oddzielone od językowych opisów doświadczanej rzeczywistości.

Jednym z pytań, które Stern stawiał sobie na tym etapie rozważań było pytanie o to, czy istnieje jakaś presja, lub motyw, który aktywuje wyparcie i powoduje, że prawdziwe i „fałszywe ja” są od siebie odseparowane. W odpowiedzi, której udzielił, przeprowadzając dziesiątki obserwacji niemowląt, wskazał potrzebę bycia z innym jako główny motyw wyparcia. Zwrócił również uwagę na to, że w domenie fałszywego „ja” dziecko jest w stanie doświadczać zjednoczenia, subiektywnego dzielenia i warunkowego uprawomocnienia jego osobistej wiedzy. Jednocześnie w domenie prawdziwego „ja” doświadcza ono matki jako niedostępnej czy zachowującej się tak, jakby ono nie istniało. Z domeną fałszywego „ja” ściśle wiązał powstanie domeny prywatności, która pojawia się w przestrzeni pomiędzy prawdziwym a fałszywym/społecznym „ja”. Prywatne doświadczanie samego siebie może być wyrażone w języku i znane dla „ja”, i dzięki temu bardziej zintegrowane niż wyparte doświadczanie samego siebie.

W związku ze swoimi obserwacjami i analizami Stern [1] zaproponował modyfikację winnicottowskiego prawdziwego i fałszywego „ja” na trójdziałną strukturę: „ja społeczne”, „ja prywatne” i „ja wyparte”. Oprócz tych trzech wymiarów wyróżnił on również swoiste doświadczenie, które określał jako „nie ja”, co było związane z dezintegracją czy brakiem integracji na poziomie rdzennej relacyjności. Doświadczenie „nie ja” pojawiające się na etapie rozwoju języka skutkuje według niego stłumieniem.

Kliniczne implikacje rozwoju „ja”: diagnoza. Opis przypadku

Zrozumienie patogenicznych zdarzeń w określonych etapach rozwoju staje się częścią wspólnych dociekań terapeuty i pacjenta. Klinicysta zazwyczaj opiera się na określonej rozwojowej koncepcji, która pozwala mu sformułować „narracyjny punkt pochodzenia” określonej patologii (*narrative point of origin*) [1]. Rzadko kiedy można ten punkt zlokalizować w czasie rzeczywistym, bowiem zazwyczaj tkwi on w niewerbalnej fazie rozwoju, co Stern określa jako właściwy punkt pochodzenia patologii *actual point of origin* [1]. Stern podaje przypadek pacjentki, której problemy koncentrowały się wokół kontroli i poczucia autonomii. Pierwszym diagnostycznym zadaniem terapeuty jest w takim wypadku zidenty-

⁸⁾ W rozumieniu Winnicotta

fikowanie, która z domen relacyjności manifestuje się najsilniej w tym problemie. Aktualne życie pacjenta i reakcje przeniesieniowe zwykle dostarczają tego rodzaju wskazówek.

Aby zrozumieć zagadnienie dotyczące tego, który aspekt poczucia „ja” jest najbardziej zagrożony, Stern [3] proponuje wyobrazić sobie trzy rodzaje relacji matka–dziecko ze względu na zagadnienie autonomii. Pierwsza matka mogłaby kontrolować ciało dziecka, czyli jego akty fizyczne, ale nie koncentrować się na jego słowach czy stanach emocjonalnych. Druga matka mogłaby uczestniczyć intensywnie w jego emocjonalnych odczuciach i intencjach. Dla trzeciej matki najważniejszym obszarem kontroli byłoby to, co dziecko mówi. Te trzy różne sytuacje skutkowałyby odmiennym klinicznym obrazem problemu autonomii, w każdym wypadku zagrożona byłaby bowiem inna domena jego poczucia „ja”.

Jako ilustrację Stern przytacza przypadek około trzydziestoletniej pacjentki, która odczuwała, że nie może poradzić sobie ze spełnianiem swoich pragnień czy realizowaniem celów życiowych. Przyjmowała pasywną, narzuconą bądź zainicjowaną przez innych rolę życiową. W taki właśnie sposób została prawniczką i wyszła za męża. Najsilniejszym i najbardziej aktualnym problemem był dla niej paraliż kariery prawniczej. Czowała, że jej życie jest w rękach innych, była w związku z tym bezradna i wściekła. Często wybuchała w pracy, przez co jej zawodowa pozycja stawała się jeszcze bardziej zagrożona. Kiedy opowiadała o swojej sytuacji w pracy, często mówiła o detalach związanych z poczuciem sprawstwa w aspekcie fizycznym. Chciała przearanżować swoje biuro, zmienić miejsce doniczek, książek, stolika kawowego: głównie przedmiotów, które mogła własnoręcznie przesuwać. Planowała, co ma być zrobione, ale z jakiegoś powodu nie mogło do tego dojść. Była wściekła na swoich starszych kolegów za to, że przekształcili wspólny pokój w swój pokój konferencyjny. Była załamana tym, że nie może tam wchodzić i oglądać widoku z okna. Nie chodziło o to, że była to jakakolwiek przeszkoda w jej pracy, ale w związku z tą niemożnością doświadczała swojego niższego statusu. Najbardziej żałowała, że nie mogła już swobodnie spacerować w swoim miejscu pracy. Jej skargi na zagrożenie fizycznej wolności i możliwości działania w zakresie aktów fizycznych sugerowały, że najbardziej dotknięta/zagrożona była u niej domena rdzennej relacyjności i poczucie sprawstwa. Ta impresja była wzmocniona tym, że czuła również niemożliwość kontrolowania swojego życia w domenach intersubiektywnej i werbalnej relacyjności, co wiązało się zarówno z problemami z empatią, jak i słownymi nieporozumieniami. Mając na uwadze powyższe ustalenia terapeuty zaczął poszukiwać takiego momentu, w którym jej poczucie rdzennego „ja”, a w szczególności poczucie fizycznego sprawstwa było zagrożone. Okresem, który stworzył narracyjny punkt pochodzenia w jej terapii (*narrative point of origin*) był czas między ósmym a dziesiątym rokiem życia, kiedy pacjentka leżała w łóżku z powodu napadów reumatycznych i bakteryjnego zapalenia wsierdza. Ten okres życia był intensywnie badany we wcześniejszej terapii, na którą zgłosiła się z powodu poczucia depresji i utraty. W obecnym leczeniu terapeutyczna eksploracja przybliżała się do poczucia rdzennego self. Pacjentka przypominała sobie, że nie wolno było jej się wtedy poruszać, a nawet podchodzić do okna. Gdy sama próbowała coś zrobić czy gdzieś pójść, czuła się fizycznie zmęczona. Nie pozwalano jej nic zrobić, dopóki nie pojawili się ojciec czy matka, których mogła poprosić o pomoc. Czowała się jakby spędzała długi okres życia czekając na „uruchomienie i rozpoczęcie świata” z inicjatywy kogoś innego. Fizycznie chore „ja”, pozbawione poczucia sprawstwa i możliwości inicjowania działań, które mogłyby „rozpocząć świat”, stało

się „narracyjnym momentem pochodzenia”. To poczucie „ja” było teraz przedmiotem jej troski. Mogło się ono zarazem stać przełomową metaforą w konstruowaniu jej „klinicznego dziecka”. Osadzenie się w tej metaforze umożliwiło swobodne eksplorowanie przejawów tego problemu w życiu pacjentki. W opisanym przypadku historyczne zdarzenie odnosi się do okresu latencji pacjentki. Obrazuje to według Sterna [3], że wszystkie aspekty poczucia „ja” w całym życiu są wrażliwe na zakłócenia i deformacje. Ów narracyjny moment pochodzenia problemu klinicznego mógł (ale nie musiał) również korespondować z właściwym momentem pochodzenia, który sięga okresu niemowlęcego.

Przytoczony przykład kliniczny obrazuje rozumienie kształtowania się psychopatologii. Stanowi ona według Sterna kontinuum wzorców akumulacji. Na jednym krańcu tego kontinuum widzi on izolowane zdarzenie, które skutkuje określonym patologicznym rezultatem. Ten rodzaj patologii ma swój właściwy moment pochodzenia, który może zaistnieć na dowolnym etapie rozwoju. W takim wypadku właściwy punkt pochodzenia i narracyjny punkt pochodzenia są identyczne, nie istnieje akumulacja. Na drugim krańcu kontinuum znajdują się skumulowane wzorce interakcji, które mogą być zakorzenione bardzo wcześnie — ich rozpoczęcie może nawet przypadać na wczesny okres niemowlęcy i mieć swoją kontynuację w całym procesie rozwojowym. Te skumulowane wzorce skutkują ukształtowaniem się określonego rodzaju osobowości, a w swoich ekstremalnych wymiarach — jej zaburzeniami. Nie mają one aktualnego rozwojowego momentu pochodzenia. Zranienie czy też zakłócone wzorce relacji są obecne we wszystkich etapach rozwoju, istotne jest to, że zachodzi ich akumulacja. Trudno powiedzieć, czy w sensie ilości bądź jakości większy wpływ na akumulację mają zdarzenia wczesne czy zdarzenie z dalszych etapów rozwoju. W środku kontinuum mamy sytuacje, w których występują charakterystyczne kumulatywne wzorce. Nie są one wystarczające, aby mieć patologiczny wpływ na aktualne zaburzenia. W takich wypadkach właściwy punkt pochodzenia patologii pozostaje w sferze spekulacji.

Komponent afektywny kluczowego dla rozwoju patologii doświadczenia „ja” jest według Sterna [3] umiejscowiony zazwyczaj w jednej domenie relacyjności, czyli w jednym wymiarze self, a nawet w jakimś wybranym jego aspekcie. W cytowanym przypadku prawniczki było to fizyczne sprawstwo i poczucie wolności.

Terapeuta, tak jak to było opisane wyżej, pomaga pacjentowi dotrzeć do tego doświadczenia, które może być wskazówką przywołującą jego emocjonalną część, która tworzy w sposób szczególnie aspekt doświadczania własnego „ja”. Aby zilustrować ten proces, Stern przytacza przykład pacjenta, który trzy miesiące przed zgłoszeniem się na terapię zareagował epizodem psychotycznym po tym, jak został porzucony przez dziewczynę. Był on w stanie opowiadać o swoim rozczarowaniu i poczuciu utraty, ale tylko w sposób intelektualny. Nie płakał, nie był w stanie ani odczuć bólu, ani też powrócić do przyjemności, którą odczuwał w kontakcie z dziewczyną. Był w stanie jedynie opowiadać o ostatniej spędzonej z nią nocy, która poprzedzała otrzymanie listu zawiadamiającego o zerwaniu. Siedzieli wtedy, pieszcząc się na tylnym siedzeniu samochodu. Terapeuta zapytał: „Co wydarzyło się ostatniej nocy? Czy byliście ze sobą blisko, czy po prostu rozmawialiście?” (pytanie ogólne). „Czy odczuwałeś w niej jakąś zmianę?” (pytanie nakierowane na domenę intersubiektywną). „Jak czułeś się, całując ją?” (pytanie nakierowane na domenę rdzennej relacyjności). Żadne z powyższych pytań nie odblokowało jego emocji. Dopiero następne,

nakierowane jeszcze głębiej na domenę rdzennej relacyjności: „Jak to było czuć cały jej ciężar na swoich kolanach?” umożliwiło uwolnienie emocji.

Od koncepcji rozwoju „ja” do zamiany w procesie psychoterapii

Jak obrazują powyższe opisy, Daniel Stern [1, 3, 5] próbował dokonać syntezy opracowanej przez siebie koncepcji rozwoju „ja” ze swoją praktyką kliniczną. W swojej podstawowej pracy dotyczącej rozwoju niemowlęcia wyróżnił opisane wyżej wymiary „ja”: poczucie „ja” wyłaniającego się (do 2. m.ż.), poczucie rdzennego „ja” (2.–6. m.ż.), poczucie „ja” intersubiektywnego (7.–15. m.ż.), poczucie „ja” werbalnego (18.–30. m.ż.). Swoją pracę określał wówczas jako roboczą teorię, która wymaga testowania i badania. W kolejnych pracach wniósł znaczący wkład w wiedzę na temat rozwoju niemowlęcia. Równocześnie wraz ze współpracownikami został członkiem Grupy Bostońskiej, która postawiła sobie za zadanie badanie procesu psychoterapii. Swoje badania, jak również ustalenia Grupy Bostońskiej opisał w swojej przedostatniej książce *The present moment in psychotherapy and everyday life* [3].

Z perspektywy psychoterapii szczególnie znaczącym wkładem Sterna i Grupy Bostońskiej wydaje się stworzenie pojęć, które opisują, jak dochodzi do terapeutycznej zmiany w trakcie sesji. Powołując się na ustalenia Grupy Bostońskiej Stern [1] podkreślał, iż do osiągnięcia zmiany terapeutycznej nie zawsze jest potrzebna interpretacja w domenie *explicite*, czyli tego, co nazwane, zrozumiane czy uświadomione. Zmiana pojawia się poprzez przesunięcia w wiedzy *implicit*.

Aby wyjaśnić ten fenomen, odwołuje się on do intersubiektywnej domeny „ja” [3], bowiem to intersubiektywność w procesie psychoterapii stanowi główny system motywacyjny [1]. Opiera się on na dwóch podstawowych założeniach: po pierwsze relacja terapeutyczna jest procesem współtworzonym przez obydwie osoby, w związku z czym „intrapSYchiczne” zostaje podporządkowane „intersubiektywnemu”. Po drugie — stanowiące istotę intersubiektywnej domeny „ja” pragnienie bycia poznany i doznawania intersubiektywnego kontaktu staje się użyteczne klinicznie. Z ustaleń Sterna wynika, że pragnienie bycia poznany i doznawania intersubiektywnego kontaktu jest głównym motywem, który posuwa do przodu proces terapeutyczny [1, 2].

Jednym z podstawowych pojęć opisujących zmianę w procesie terapii jest przemieszczenie (*moving along*). Pojęcie to zostało wyłonione w trakcie dokonywanych przez Grupę Bostońską analiz dialogów na sesji terapeutycznej. Celem prowadzonych badań było poszukiwanie tych momentów dialogu, które posuwają terapię do przodu. Ustalono, że przemieszczenie w dialogu na sesji terapeutycznej opiera się często na rozmytych, luźno biegnących procesach poszukiwania i znajdowania ścieżek do podjęcia drogi, gubieniu jej i odnajdywaniu (albo wchodzeniu na nową drogę). Wiąże się to z wybieraniem kolejnych celów rozmowy, które często bywają odkryte tylko wtedy, gdy w procesie terapii zachodzi przemieszczenie.

Przemieszczenie w procesie terapii wiąże się również z zaistnieniem w interakcji terapeutycznej tak zwanego momentu tu i teraz (*the present moment*), który definiowany jest przez Sterna [1] jako najmniejsze kawałki psychologicznego doświadczenia, mają-

ce swój kliniczny sens i dające wyobrażenie o procesie psychoterapii. Jest on zarówno subiektywnym przeżyciem, jak i jednostką mikroprocesu. Jest czymś, co sytuje się pomiędzy przeszłością a przyszłością. Jakkolwiek „moment tu i teraz” jest czymś innym niż przemieszczanie się poprzez sieć wolnych skojarzeń, czym tradycyjnie zajmuje się psychoanaliza, to jednak jest on czymś paralelnym i nieodłącznym od podstawowego procesu psychoterapii. Aby uchwycić istotę momentu tu i teraz Stern podkreśla różnicę pomiędzy znaczeniem i poczuciem zrozumienia. Moment tu i teraz może manifestować się poprzez doznanie poczucia zrozumienia wystarczającego, aby kluczowe znaczenie w życiu pacjenta zostało odkryte i aby następowało coraz głębsze przeżywanie.

Stern [1] wskazywał na cztery aspekty, poprzez które można rozpoznać moment tu i teraz. Pierwsze rozpoznanie można określić jako „toczące się”, dziejące się w danej chwili „tu i teraz”. Wskazywał na to, że każda następująca po sobie chwila momentu tu i teraz odsłania zarazem jego przeszłość, czyli że w pewnym sensie przeszłość dokonuje rewizji aktualnego doznania. Druga odsłona to tak zwana rewizja po fackie, która polega na tym, że doznane przeżycie jest transformowane w taki sposób, aby było możliwe do wyrażenia w języku. Jego rewizja dokonuje się zatem poprzez werbalizację. Trzeci rodzaj rozpoznania momentu tu i teraz jest określany jako odroczone akcja, polegająca na tym, że późniejsze doświadczenie znacząco zmienia wcześniejsze rozumienie poprzedzającego zdarzenia. Dokonywana jest zatem powtórna ocena, która oświetla wcześniejsze rozumienie. Czwarty typ rewizji zachodzi podczas mikroanalitycznego wywiadu⁹. Aby oddać istotę swojej konceptualizacji „momentu tu i teraz” Stern [1] proponuje, aby wyobrazić go sobie jako „tablicę”, na której może wyświetlać się przeszłość, czy też jako przestrzeń zdarzeń, miejsce, gdzie mogą manifestować się pragnienia i marzenia.

Innym rodzajem momentu tu i teraz jest moment teraz (*now*). Stern opisuje go jako zdarzenie, które wydarza się nagle, wręcz wyskakuje. Jest to moment nasycony natychmiastowymi konsekwencjami. Próbując go opisać Stern [1] odwołuje się do greckiego boga czasu Kairosa, który symbolizuje mgnienie, chwilę, którą trzeba uchwycić, bo może przeminąć. Moment teraz jest opisywany jako zdarzenie intensywnie wysyczone obecnością i potrzebą działania. Moment tu i teraz, jak również moment teraz tworzą przemieszczenie (zmianę) w procesie terapii.

Trzecim składnikiem przemieszczenia w procesie terapii jest moment spotkania. Jest to moment, w którym dwie strony osiągają intersubiektywne spotkanie, co oznacza, że stają się one świadome tego, czego każde z nich doświadcza. Podzielają one wówczas bliskie sobie — intymne wspólne krajobrazy mentalne, w taki sposób, że osiągają poczucie specyficznego dopasowania. Momenty spotkania zazwyczaj następują po momentach teraz (*now*), które je ustanawiają.

Jak już wcześniej zostało zaznaczone, przesunięcie w procesie terapii jest zarządzane przez potrzebę ustanowienia intersubiektywnego kontaktu. Zgodnie z ustaleniami Grupy Bostońskiej [2] istnieją trzy główne intersubiektywne motywy, które popychają proces kliniczny do przodu. Pierwszym jest tak zwane intersubiektywne orientowanie się, testo-

⁹ Narzędzie stworzone przez Daniela Sterna do mikroanalitycznego badania określonego doświadczenia, np. tego, co działo się krok po kroku w trakcie śniadania w danym dniu. Odsłania zarówno wiedzę implícite, jak i explicite związaną z przeżytym epizodem.

wanie — z chwili na chwilę, głównie poza świadomością, tego, gdzie sytuuje się i dokąd zmierza relacja między pacjentem a terapeutą. Drugim podstawowym motywem jest dzielenie przeżyć po to, aby być poznanym. Zakłada to pragnienie stałego zwiększania intersubiektywnego pola, czyli utrzymywanego wspólnie obszaru mentalnego. Za każdym razem, kiedy pole intersubiektywne jest powiększane, relacja się zmienia. Pacjent doświadcza wtedy nowego sposobu bycia z terapeutą i prawdopodobnie również z innymi. Zmiana tego rodzaju dokonuje się nie wprost. Aby uczynić ją jawną, powinna zostać wypowiedziana, a wtedy staje się częścią relacyjnej wiedzy pacjenta.

I wreszcie trzecim motywem, który zawiaduje zmianą w procesie terapii jest pragnienie definiowania i redefiniowania swojego „ja”. Dzięki doświadczeniu spojrzenia drugiej osoby w procesie refleksji nad sobą, własna tożsamość może być inaczej formowana lub konsolidowana. Dla zrozumienia istoty przemieszczenia w procesie terapii zostanie poniżej przytoczony fragment sesji terapeutycznej i jej skrócowa analiza dokonana przez Grupę Bostońską¹⁰ [1, s. 152–155].

Relacyjne przemieszczenie 1

Pacjentka: Nie czuję się, jakbym w całości była tutaj.

Analiza: ustanawianie przez pacjentkę pewnego dystansu i niechęć do intersubiektywnej wymiany w tym momencie.

Raport str. 2

Terapeuta: Aha

Analiza: z naciskiem na końcu, co sygnalizuje rozpoznanie deklaracji pacjentki i mały krok w kierunku wspólnej pracy.

Raport str. 3

[6 sekund ciszy]

Analiza: Pacjentka sygnalizuje wahanie co do zmiany aktualnego status quo. Pozwalając ciszy trwać, terapeuta sygnalizuje intencję, aby nie zmieniać stanu w tym momencie. Jest to też delikatna presja na pacjentkę, aby przerwała ciszę.

Raport str. 4

P.: Tak

Analiza: pierwotna intersubiektywna pozycja zostaje ponownie ustanowiona przez pacjentkę. Sygnalizuje ona, że nie jest w stanie pójść do przodu, ani być bliżej, jakkolwiek wykazuje życzenie utrzymania kontaktu przez powiedzenie czegokolwiek.

¹⁰⁾ Pełna analiza transkrypcji znajduje się w raporcie Grupy Bostońskiej nr 4 [2]

Raport str. 5

[Cisza]

Ponieważ kontakt został ustanowiony wypowiedzianym „tak”, cisza może trwać bez znaczącej utraty w obrębie intersubiektywnej przestrzeni. Pozostają oni razem luźno związani, jakkolwiek w pewnej niestabilności.

Raport str. 6

T.: Gdzie dzisiaj jesteś?

Analiza: terapeuta robi wyraźny ruch w stronę pacjentki w formie zaproszenia do otwarcia szerzej pola intersubiektywnego.

Raport str. 7

P.: Ja nie wiem, po prostu nie jestem całkowicie tutaj.

Analiza: pacjentka robi krok do przodu i pół kroku do tyłu, ale krok do przodu jest prawdopodobnie większy, ponieważ dzieli się czymś z terapeutą. Dzieli się tym, że nie wie, gdzie jest w dniu terapii.

Raport str. 8

[Dłuższa cisza]

Analiza: Terapeuta wykazuje, że nie zamierza ponowić zaproszenia, przynajmniej nie w tej chwili. Nie będzie naciskał, będzie czekał na inicjatywę pacjentki. To jest zresztą również rodzaj i zaproszenia, i presji, który może być odczuty jako słabszy bądź silniejszy w zależności od ich wspólnych zwyczajów używania ciszy. Pacjentka utrzymuje zarówno dystans, jak i kontakt, stąd poczucie, że sprawy się decydują, wisi w powietrzu.

Moment teraz — *now*

P.: Na ostatniej sesji zdarzyło się coś takiego, co mnie dotknęło [pauza], ale nie jestem pewna, czy chcę o tym mówić teraz.

Analiza: pacjentka robi duży krok do przodu i duży krok w kierunku terapeuty w sensie dzielenia przeżycia i poszerzania intersubiektywnego pola. Jest również wahanie i krok do tyłu. Napięcie zostało przerwane i nowe napięcie zaczęło się tworzyć. Ten ruch kwalifikuje się do nazwania jako moment *now*, ponieważ koncentruje uwagę na nowych implikacjach tu i teraz oraz ich możliwych rozwiązaniach.

Próba momentu spotkania

T.: Rozumiem, że to inne miejsce, w którym pani jest teraz, to nasza ostatnia sesja.

Analiza: terapeuta potwierdza to, o czym powiedziała pacjentka, czyli ustanowiony do tej pory w intersubiektywnej wymianie jej stan. Jest nim nie bycie pacjentki w pełni

„tutaj”. Jest ona ciągle zaabsorbowana przez coś, co zostało zachwiane na poprzedniej sesji. Terapeuta przysunął się do niej bliżej, ale bez naciskania.

Raport str. 9

P.: Tak. Nie podobało mi się, kiedy ty powiedziałeś...

Analiza: tu pacjentka wyjaśnia, co nie podobało się jej na ostatniej sesji. Otwiera się teraz większe pole intersubiektywne, które może być podzielane. Na poziomie treści wydarzyło się dotąd tak niewiele, ale pacjentka i terapeuta spozycjonowali się w taki sposób, że są gotowi na to, aby mogło się pojawić coś nowego na poziomie treści. Została bowiem ustanowiona zasada nie wprost, w jaki sposób pracują razem, aby mogli gdzieś razem dojść.

Istota przemieszczenia w procesie terapii

Jedną z cech zmiany w procesie terapii jest według Sterna [1] jej nieprzewidywalność. W tym kontekście Stern odwołuje się do jednego z analitycznych pojęć Grupy Bostońskiej określanego jako wyboistość (*sloppiness*), co można tłumaczyć jako nieposkładanie czy zamazanie. Owo wyboistość–nieposkładanie–zamazanie ma swoją szczególnie kreatywną wartość. Wynika bowiem z interakcji dwóch umysłów pracujących według wzoru zaczepienie–zgubienie się–reparacja–wyjaśnienie. Interakcja według tego wzoru pozwala zarówno wspólnie kreować osobne światy, jak również je dzielić.

Tego rodzaju wzorzec interakcji Stern zaobserwował już [1, 3] w diadycznej relacji rodzic–niemowlę, która stanowi proces ciągłego wykolejania się i reparacji. Wskazuje on na to, że w najlepszej interakcji istnieje wiele pomyłonych kroków. Większość z nich jest natychmiast naprawiana przez jednego albo obydwójce partnerów. Zakłócenie i reparacja konstytuują bowiem główną aktywność matki i dziecka. Te wykolejenia i poślizgnięcia są porównywane do pomyłonych kroków w tańcu. Są one szczególnie wartościowe, ponieważ sposób negocjowania zakłóceń i korygowania ześlizgnięć należą do najważniejszych sposobów bycia z drugim. Sposoby te należą do obszaru wiedzy „nie wprost”.

Sekwencja zakłócenie–naprawa jest również według Sterna [1,3] najważniejszym sposobem, poprzez który niemowlę „negocjuje” z opiekunem niedoskonałości otaczającego je świata.

Zgodnie z ustaleniami Grupy Bostońskiej [2] „nieposkładanie–zmazanie” (*sloppiness*) nie jest błędem, ale cechą wpisaną w interakcję. Nieposkładanie w psychoterapii jest procesem, który uruchamia niespotykane dotąd elementy i spaja je w dialog. Jego istotą jest to, że pozwala na wspólne kreowanie nowych elementów. Przesunięcia w terapii mogą czasami prowadzić do „dramatycznych terapeutycznych zmian”. W tych kluczowych momentach dotychczasowa wiedza o relacji zostaje gwałtownie podana w wątpliwość. Są to momenty, które dotyczą istoty Kairosa. Gwałtownie nastaje nowy stan lub coś zostaje zagrożone. W każdym wypadku ma to swoje konsekwencje dla przyszłości relacji. Również w trakcie sesji terapeutycznej sytuacja tego rodzaju powstaje nieoczekiwanie i coś musi zostać zrobione (włączając w to opcję nierobienia niczego). Zbieg wymienionych elementów jest związany z pojawieniem się momentów tu i teraz i momentów spotkania.

Aby zilustrować tego rodzaju sytuację Stern [1] przytacza między innymi opowiedziane mu przez koleżankę terapeutkę¹¹ zdarzenie: Pacjentka była w terapii analitycznej na kozetce przez kilka lat i od czasu do czasu wyrażała niepokój dotyczący tego, czym terapeutka się zajmuje w czasie, kiedy ona jej nie widzi. Czasem wyobrażała sobie, że terapeutka śpi, robi na drutach, stroi różne miny. Pewnego dnia powiedziała „chcę wstać i zobaczyć twoją twarz”, po czym szybko usiadła na kozetce i odwróciła się. Pacjentka i terapeutka znalazły się twarzą w twarz, a między nimi zastygła cisza. Pacjentka tego dokładnie nie planowała, a w każdym razie nie w tamtym momencie. To była spontaniczna reakcja. Terapeutka też tego nie przewidziała. Powyższa sytuacja stanowiła według Sterna [1] wyrazisty przykład momentu teraz. Terapeutka z pacjentką znalazły się w nowej intersubiektywnej i interpersonalnej sytuacji.

Inne tego rodzaju sytuacje, to np. wybuch śmiechu w trakcie sesji terapeutycznej czy też spotkanie pacjenta w kinie. W każdym z tych momentów istniejące dotąd intersubiektywne pole jest zagrożone, stąd pojawia się możliwość ważnej zmiany w relacji (na dobre albo na złe). Terapeuta zazwyczaj ma w takim momencie wytracone swoje standardowe narzędzia z ręki. Gdy pojawia się ów moment teraz, czas i przestrzeń wypełnia terażniejszość. Natura momentu teraz wymaga czegoś poza technicznie akceptowalną odpowiedzią terapeuty, wymaga momentu spotkania. Stanowi on bowiem taki rodzaj momentu tu i teraz, który rozwiązuje kryzys stworzony przez moment *now* (będący skądinąd specjalnym rodzajem momentu tu i teraz). Intersubiektywne dopasowanie¹² staje się wtedy stanem gwałtownie poszukiwanym. Odpowiedź na to powinna być spontaniczna i nosić w sobie jakiś rodzaj osobistego podpisu terapeuty.

Warto podkreślić, że Stern wielokrotnie pisał [1, 5], że aby opisany proces mógł zaistnieć, potrzebna jest wyraźna terapeutyczna rama, której częścią — jak się można domyślać — jest terapeutyczny setting. Wyraziście obrazuje to podany przykład terapeutki i pacjentki, która chciała zobaczyć jej twarz. Co zatem zdarzyło się dalej, jak terapeutka zareagowała na zaistniałą sytuację? Pacjentka nagle usiadła i spojrzała na swoją terapeutkę. Zaraz potem pacjentka i terapeutka patrzyły sobie w twarz, zaległa ciężąca cisza. Terapeutka, nie wiedząc dokładnie, co powinna zrobić, uśmiechnęła się delikatnie, następnie przekręciła jeszcze bardziej głowę w kierunku pacjentki i powiedziała „Hello”. Następnie patrzyły na siebie jeszcze przez chwilę, po czym pacjentka się położyła i wspólna praca była kontynuowana, ale w nowy sposób — pacjentka wniosła nowy materiał. Zaszła istotna zmiana w ich wspólnej terapeutycznej pracy.

Analizując opisaną sytuację Stern [1] podkreśla, że wypowiedzenie „hello” z towarzyszącą temu ekspresją twarzy i ruchem głowy było momentem spotkania. Terapeutka w sposób naturalny dostosowała się do sytuacji. To był punkt węzłowy, doszło do zmiany¹³ w polu intersubiektywnym. Wskazuje on również na to, że większość standardowych narzędzi terapeuty nie zadziałałoby w takim momencie. Wyobraźmy sobie, że zamiast po-

¹¹ Lyn Hoffer, przekaz ustny, 1999 [za: 1].

¹² Jest to według Sterna [1] symboliczna przestrzeń, w której obydwójce partnerzy dzielą swoje przeżycia, gdzie się znajdują na płaszczyźnie nie wprost. Nawiązuje do „intersubiektywnej domeny ja” [3].

¹³ Tego rodzaju zmiana w teorii systemów dynamicznych może zostać ujęta jako nieodwracalne przekształcenie się w nowy stan [1].

wiedzieć „hello” terapeutka powiedziała „tak?”, albo „o czym pani teraz myśli?”, „co pani widziała?”, albo „czy pani zobaczyła, to, czego pani oczekiwała?”, albo pozwoliła ciszy trwać. Te zachowania zaprowadziłyby być może w interesujące miejsca, ale byłyby według Sterna nieadekwatne w tej specyficznej sytuacji.

Stern zauważa [1], że jedną z przeszkód uniemożliwiających terapeutę zareagowanie w sposób spontaniczny i autentyczny jest lęk, którego doświadcza on w momencie teraz — *now*, a najszybszą drogą do zredukowania tego lęku jest skrycie się za jakąś typową interwencją. W takim wypadku zarówno lęk, jak i poczucie bycia pozbawionym narzędzi maleją, ale zostaje utracona szansa na posunięcie terapii do przodu. W opisanym przypadku moment spotkania nie był dalej dyskutowany w trakcie terapii. Dopiero kilka lat później pacjentka powiedziała, że to był kluczowy moment w jej terapii, który uzmysłowił jej, że terapeutka jest po jej stronie i że jest rzeczywiście na nią otwarta. Tego rodzaju momenty wymagają nie tylko ramy i swobodnego błędzenia, ale również swoistego dopasowania.

Od dostrojenia w relacji z dzieckiem do dopasowania w relacji terapeutycznej

„Dopasowanie intencji”¹⁴ (*fittedness of intentions*), jak również rozpoznanie dopasowania *recognition of fittedness* to kolejne wypracowane przez Grupę Bostońską [2] i rozwinięte przez Sterna [1] analityczne terminy, które opisują zarówno dostrojenie w relacji opiekun–dziecko, jak i terapeuta–pacjent. Przykładem dopasowania intencji jest wchodzenie z usypianym dzieckiem ze stanu rozdrażnienia–rozproszenia w stan snu. W momencie, kiedy intencje dziecka i opiekuna się do siebie dopasowują, dziecko wchodzi w fizjologiczny stan snu. Stern traktuje tego rodzaju dopasowanie jako swoisty „moment tu i teraz”, rozwija go dalej, kładąc nacisk na potencjał zmiany, którą on w sobie niesie, opisując go poprzez sformułowanie „podzielanej wspólnie emocjonalnej podróży” (*shared feeling voyage*) [1]. Termin ten wysuwa na pierwszy plan aspekt czasowy procesu, umieszczając w jego centrum aspekt emocjonalny. W poetycki sposób opisuje on, jak rozumie „podzielanie wspólnej emocjonalnej podróży”, które wydarza się i tworzy nowy stan w relacjach diadycznych, w tym w relacji terapeuta–pacjent.

„W trakcie owej kilkusekundowej podróży jej uczestnicy przecinają wierzchołki skoncentrowanej terażniejszości, tak jakby przecinali moment »tu i teraz« od horyzontu jego przeszłości do horyzontu jego przyszłości. Przesuwają się w emocjonalnym i narracyjnym krajobrazie z jego pagórkami i dolinami afektów witalnych, wzdłuż rzek intencjonalności, które przez niego przepływają, wznosząc się na szczyty dramatycznych kryzysów. Podróż ta zostaje podjęta, kiedy »teraz« zaczyna się rozwijać. W jej trakcie tworzy się subiektywny, wewnętrzny krajobraz, który tworzy świat w ziarenku piasku. Ponieważ ta podróż jest podzielana z drugą osobą, w emocjonalnej intersubiektywności uczestniczą dwie osoby. Chociaż trwa ona tylko kilka sekund, to wystarczy, aby urzeczywistnił się moment spo-

¹⁴⁾ Termin *fittedness* — dopasowanie początkowo dotyczył regulacji stanów fizjologicznych w diadzie, głównie odnosił się do snu. W takich wypadkach intencje przejawiane początkowo przez dwóch partnerów w pewnym momencie stają się wspólną intencją, w pewnym momencie zaczynają oni bowiem poprzez „dopasowanie” dzielić tę samą intencję [1].

tkania. Wchodzą oni w to doświadczenie, tworząc i dzieląc swoje prywatne światy. Kiedy z niego wychodzą, ich relacja nie jest już taka sama” [1, s. 172–173].

Stern podkreśla, że bardzo trudno znaleźć właściwy język, aby opisać to, co jest proste i złożone zarazem, ponieważ nie istnieje język pojęć, który oddawałby temporalną dynamikę przemian emocjonalnych. Aby oddać to doświadczenie w inny sposób, Stern [1] przytacza opowieść o dwojgu młodych ludziach na ślizgawce. „Młody mężczyzna i kobieta. Ledwie się ze sobą poznali, po raz pierwszy wychodzą razem. Widzą lodowisko i pod wpływem chwili decydują się spróbować pojeździć. Żadne z nich nie jest w tym bardzo dobre. Wypożyczają łyżwy i wchodzą na lód. Zaczynają niezgrabny taniec. Ona prawie wywraca się do tyłu, on łapie ją za ręce i pozwala utrzymać pozycję stojącą. On traci równowagę i przechyla się na prawą stronę. W tym momencie ona wyciąga rękę i on ją łapie. Po znacznych wysiłkach udaje im się pojechać razem do przodu, trzymając się za ręce, w czym uczestniczy wysiłek wielu mięśni, które podejmują akcje i kontrakcje przesyłane z jednej ręki do drugiej, co czyni ich razem bardziej stabilnymi na lodzie i pomaga im posuwać się razem do przodu. Pojawia się dużo śmiechu, upadanie i chwytanie się za ręce. Nie ma przestrzeni na typową rozmowę. Po godzinie zmęczeniu zatrzymują się, aby napić się czegoś ciepłego na brzegu lodowiska. Ich wzajemna relacja jest już w innym miejscu. Każde z nich doświadczyło wprost tego, co było przeżyciem drugiego. Oni pośrednio znaleźli się przez chwilę w ciele i w umyśle drugiej osoby. Stworzyli nie wprost intersubiektywną przestrzeń, która przetrwa jako część ich wspólnej historii. Wciąż istnieje między nimi społeczna dezorientacja. Nie znają siebie jeszcze oficjalnie — wprost, ale zaczęli się poznawać nie wprost. Kiedy siedzą teraz przy stole i rozmawiają, domena tego, co może być nazwane wyrażone wprost zaczyna się rozszerzać. Cokolwiek zostanie powiedziane wpisuje się to w utworzoną na lodowisku relację nie wprost. Pojawiają się słowa, gesty, ruchy (domena wprost i nie wprost zaczyna działać)” [1, s.173–175].

Według Sterna tego rodzaju momenty spotkania pod postacią „podzielanej wspólnie emocjonalnej podróży” dostarczają jednych z najbardziej kluczowych punktów zmiany w psychoterapii. Jakkolwiek wskazuje on również na to, że czasami moment *now* nie zostaje podjęty, zostaje zaprzepaszczony, co ma swoje konsekwencje dla przyszłości. Taką sytuację określa on pojęciem utraconych możliwości (*missed opportunities*). Wiążą się one często z negatywnymi terapeutycznymi konsekwencjami. Z badań Sterna [1] wynika, że terapeuci tracą moment teraz — *now* z różnych powodów. Mogą nie czuć, że pacjent daną sytuację odbiera jako szczególną. Czasami też czują, że weszli z pacjentem w moment *now*, ale są pełni lęku i uciekają, kryjąc się z typowymi manewrami technicznymi. Czasami po prostu wchodzą w tę sytuację, ale nie potrafią właściwie zareagować. W większości tych „utraconych możliwości” konsekwencje nie są katastrofalne. Podobny moment *now* wkrótce zwykle pojawia się znowu. Aczkolwiek czasami, bardzo rzadko, taka stracona możliwość może mieć nieodwracalne konsekwencje.

Stern [1 s. 177] przytacza przykład z terapii, który jest ilustracją tego rodzaju utraconej możliwości. Terapia dotyczyła nastolatka, który miał na swoim ciele blizny związane z poparzeniami. W trakcie spotkań wielokrotnie było omawiane to, w jaki sposób blizna odstrasza i wywołuje obrzydzenie w dziewczynach. W pewnym momencie, w trakcie spotkania, chłopiec zdecydował się pokazać terapeutce tę bliznę. Zrobił to w ten sposób, że nagle powiedział „po tym całym gadaniu powinieneś zobaczyć, jak to wygląda” i na-

tychmiast podniósł swoją koszulkę, co niewątpliwie stworzyło „moment teraz”. Terapeuta natychmiast odpowiedział „nie”, z dużym naciskiem i pośpiechem „ty nie potrzebujesz mi tego pokazywać, powiedz tylko, jakie to ma dla ciebie znaczenie”. Chłopaka to zatrzymało, nie rozumiał, dlaczego terapeuta nie chciał oglądać blizny. Klócili się o to przez resztę sesji i kilka następnych. Według Sterna [1] problemem stało się to, że terapeuta zareagował z ogromną szybkością, która uniemożliwiła refleksję.

Jak pokazały cytowane powyżej opisy i przykłady kliniczne moment tu i teraz odgrywa zasadniczą rolę dla przyszłości, co powoduje, że ma on swoje szczególne transformujące znaczenie. Stern odwołuje się do pojęcia funkcjonalnej przeszłości, która wpływa na terażniejszość, ale może również zostać przearanżowana w trakcie spotkania w momencie tu i teraz¹⁵. Z tego względu moment tu i teraz może przemieniać przeszłość nie tylko w sensie wspomnień, ale w sensie bezpośredniego wpływu na aktualną świadomość pacjenta.

Te ustalenia nawiązują wyraźnie do przechowywanego w pamięci epizodycznej zgeneralizowanego wzorca interakcji [3], który może być powoli zmieniany poprzez aktywowane kolejne wzorce tego rodzaju interakcji. Niewątpliwie obydwa pojęcia i stające za nimi koncepcje zarówno zakorzeniony w terażniejszości kontekst przypominania, jak i zgeneralizowany wzorec interakcji stanowią aparat pojęciowy służący do opisu zmiany w psychoterapii. W ten sposób Stern w całej swojej koncepcji poruszał się pomiędzy tworzeniem się „ja” niemowlęcia w kontakcie z matką, aż po możliwość jego przekształceń w innych znaczących relacjach, w tym w relacji terapeutycznej.

Witalność: rytmy i wzorce

W swojej ostatniej książce Stern [5] podjął zagadnienie różnych form witalności w życiu człowieka, co wprost nawiązuje do pierwszego etapu rozwoju „ja” niemowlęcia — „ja” wyłaniającego się [3]. Wychodząc od doświadczenia ruchu (fizycznego czy psychicznego) wskazywał na to, że rozgrywa się on w czasie i przestrzeni, które wyrażają jego dynamikę. Ruch psychiczny, gdy się pojawia, nabiera swojej siły, a następnie ją traci. Każde doświadczenie, które aktywuje mózg, pozostawia w nim reprezentację w formie dynamicznej i reprezentację w formie treści.

Termin formy witalności i afekty witalne to pojęcia, które posłużyły do rozumienia tworzenia się „ja” wyłaniającego się. Matki bowiem dokonują selektywnej imitacji, np. gaworzenia w odpowiedzi na ruch, w celu afektywnego dostrajania się do dziecka. W takich wypadkach matka podziela dynamikę ekspresji w formie, ale nie w modalności. Dziecko doświadcza wówczas, że istnieje podzielane wspólnie przeżycie. To połączenie staje się

¹⁵⁾ Aby rozwinąć tę myśl Stern [1] wprowadza koncepcję wspomnienia stworzoną przez Damasio [6], w myśl której pamięć jest widziana jako zbiór fragmentów doświadczeń, przemieniających się w całość przeżycia. Dzieje się to w ten sposób, że wydarzenia i przeżycia, mające miejsce w czasie terażniejszym, działają jako kontekst, stanowiąc swoisty „zakorzeniony w terażniejszości kontekst przypominania”, który dokonuje selekcji, składania i organizowania określonych fragmentów w pamięć. Ów „zakorzeniony w terażniejszości kontekst przypominania” działa niezależnie od tego, cokolwiek się zdarza na poziomie mentalnym w „momencie tu i teraz” włączając w to zapachy, dźwięki, melodie, słowa, twarze. Włącza on również bardziej zorganizowane przeżycia, takie jak nastroje, marzenia, konflikty, pragnienie zemsty, doznanie utraty czy bólu. W tym sensie wspomnienia są bardziej zakorzenione w terażniejszości niż w przeszłości.

połączeniem stanów wewnętrznych, a nie obserwowalnych zachowań. Zostaje ustanowione poczucie wzajemnego zrozumienia.

Według Sterna [5] emocjonalne dostrojenie bazuje na łączeniu i podzieleniu dynamicznych form witalności, ale między różnymi modalnościami zmysłowymi. Ich częste używanie pozwala matce na wykreowanie poziomu intersubiektywności, który jest nawet wyższy niż wierna imitacja. W opisie komunikacji witalnej odnosi się m.in. do koncepcji komunikatywnej muzykalności Trevarthena [7], który wskazuje na komunikatywną funkcję ruchów i dźwięków pomiędzy dwojgiem ludzi, którzy w ten sposób wyrażają swoje motywy i stany intencjonalne. Kluczowa dla komunikacji wzajemnej staje się w takich wypadkach synchronizacja ich wzajemnych zachowań.

Komunikacja za pomocą form witalnych odbywa się również w psychoterapii. Stern proponuje odwołanie się do „fizycznego ja” pacjenta, tak jak to było przedstawione w cytowanym wyżej przykładzie odnoszącym się do ciężaru dziewczyny na kolanach [3]. Odwołując się do badań Damasio [6] wskazuje na to, że doznania z trzewi, mięśni, całego ciała i umysłu tworzą razem tak zwane uczucia drugiego planu — środowiska (*background feelings*), które dostarczają informacji na temat generalnego fizycznego brzmienia naszego istnienia w danym czasie. Te doznania najczęściej pozostają poza świadomością, ale mogą również być wprowadzone w stan świadomości, kiedy staną się uczuciami i zostaną zwerbalizowane (ale tylko w przybliżeniu). Damasio [6] przytacza następujące przykłady tych stanów psychicznych: zmęczenie, energia, ekscytacja, dobrostan, choroba, napięcie, relaksacja, wzbieranie-falowanie, przeciąganie, męka, stabilność, niestabilność, balans, zachwianie balansu, harmonia, niezgoda. Owe uczucia tła współwystępują z dynamiką witalności, która jest obecna we wszystkich domenach „ja”. Pojawia się ona w klasycznych terapiach jako wyobrażony ruch związany np. z opowiadaniem historii czy też ruch wizualizowany.

Podsumowanie

Prowadzone przez wiele lat badania niemowląt i dzieci pozwoliły Sternowi rozumieć funkcjonowanie człowieka dorosłego w kategoriach podstawowych struktur wyłaniania się „ja” w trakcie rozwoju małego dziecka. Badania empiryczne i dociekania teoretyczne skłoniły go do podjęcia dyskusji z innymi koncepcjami rozwoju. W swojej kluczowej pracy [3] opisującej niewerbalne aspekty rozwoju „ja” Stern zakwestionował między innymi idee autyzmu rozwojowego, traktowanego jako naturalna faza rozwoju niemowlęcia. Od początku bowiem widział on niemowlę jako reagujące na innego. Kładł mniejszy nacisk na oralne zaspokojenie jako podstawę rozwoju „ja”. Podstawowy był dla niego szeroko pojęty kontakt cielesny i wzrokowy. Wiąże się to z centralną ideą jego koncepcji, a mianowicie kluczową potrzebą doświadczania innego jako podstawy doświadczania samego siebie. Owa rdzenna relacyjność daje dziecku możliwość regulacji stanów „ja”, staje się swoistą samoregulującą strukturą, poprzez którą konstruuje się poczucie „ja” i poczucie innego. Zachodzi to w trakcie wielokrotnych relacyjnych zdarzeń, które są wysyczone emocjami.

Owe intensywne doświadczenia emocjonalne w sposób podstawowy organizują pamięć, co ma kluczowe znaczenie dla prowadzenia psychoterapii. Stern już w okresie obserwacji

i badania niemowląt zwracał uwagę na to, jak rozumienie węzłowych procesów rozwoju „ja” staje się matrycą dla pracy terapeutycznej. Do podstawowych, wyróżnionych przez niego zadań terapeuty należy zlokalizowanie domeny relacyjności powiązanej z chorobą pacjenta. Choroba według niego angażuje wszystkie domeny relacyjności, ale zwykle jedna jest doświadczana jako najbardziej bolesna. Uważał on, że zarówno organizacja pamięci, jak i organizacja narracji pacjenta pozwala klinicyście „utrzymywać w umyśle” narracyjny punkt pochodzenia patologii.

Intersubiektywność zostaje doprecyzowana w pracy na temat form witalności [5], które stanowią swoiste środki mediacji pomiędzy dwiema jednostkami. Zarówno Grupa Bostońska, jak i Daniel Stern [2, 5] odnoszą się najczęściej do tak zwanego lokalnego poziomu. Jest to mikroskopijny poziom gestów, ekspresji, wypowiedzianych fraz czy też nagle wypowiedzianej myśli. Na tym poziomie dochodzi do emocjonalnego zestrojenia w trakcie sesji psychoterapeutycznej, szczególnie w trakcie takich interwencji, jak odzwierciedlanie, przyłączenie się, empatyczna improwizacja, holding, kontenerowanie, dialogowanie czy też akompaniowanie. Interwencje te z powrotem prowadzą do specyfiki zestrojenia w diadzie „matka/opiekun–małe dziecko”. Diada ta bowiem jest obecna w kolejnych spotkaniach i zestrojeniach, które pojawiają się w ciągu całego życia.

Piśmiennictwo

1. Stern D N. The present moment in psychotherapy and everyday life. W.W. Norton &Company, 2004.
2. The Boston CPSG Report No.4, 2004.
3. Stern DN. The interpersonal world of the infant. Basic Books, Inc., Publishers/New York, 1985.
4. Stern DN. The first relationship: infant and mother. London: Fontana Open Books, 1979.
5. Stern DN. Forms of vitality. Oxford University Press, 2010.
6. Damasio A. The feeling of what happens. New York: Harcourt Brace&Co, 1999.
7. Trevarthen C. The musical art of infant conversation: Narrating in the time of sympathetic experience, without rational interpretation, before words. *Musicae Scientiae*, 2008, 12(1_suppl): 15–46. DOI: [org/10.1177/1029864908012001021](https://doi.org/10.1177/1029864908012001021)

Adres: bernadetta.janusz@uj.edu.pl