

ROBERT D. HINSHELWOOD

Przeciwprzeniesienie i żywe chwile. Pomoc czy przeszkoda¹

Tłumaczenie: Witold Turopolski

Redakcja: Maciej Musiał

Część 3

Praca kliniczna dzisiaj

Dzisiejsze debaty na temat przeciwprzeniesienia, w jakiegokolwiek formie, stopniowo przechyliły się na stronę stanowiska Heimann, to znaczy uznaje się, że możemy się wiele dowiedzieć o pacjencie z badania samego siebie. Dokładna metoda generowania wiedzy w sytuacji klinicznej nie jest kwestią rozstrzygniętą. Pomimo odsunięcia się Pauli Heimann od Melanie Klein, grupa Klein ma najdłuższe doświadczenie w rozwijaniu idei i klinicznego podejścia do przeciwprzeniesienia. Niektórzy z bardziej entuzjastycznych pierwszych głosicieli tej idei byli zwolennikami Klein. Mieli przewagę w postaci specyficznej koncepcji Klein – koncepcji pierwotnego mechanizmu identyfikacji projekcyjnej.

Część 3 tej książki będzie koncentrować się na tych trendach rozwojowych w ich obecnym kształcie. Ujmowanie ról rozdzielanych w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu coraz bardziej wyłania się jako forma narracji – narracji rozgrywanej (*narrative enacted*) w sytuacji analitycznej. Przeciwprzeniesienie jest zatem uwagą skierowaną na proces. Jako takie oznacza wyraźne odejście od tematycznej analizy *treści* marzeń sennych stosowanej przez Freuda.

Rozważymy pewne problemy, jakie stawiają dzisiaj tzw. „trudno dostępni” pacjenci. Często mają oni trudności z samym leczeniem, które traktują jako swój podstawowy problem i z tego czy innego powodu chcą pokonać analityka. Charakterystyczne, że stosują metodę oporu, która włącza samego analityka i jego uczucia, narzucając mu rolę wspomagającą ich opór. Jednym z największych współczesnych osiągnięć w rozumieniu tego rodzaju oporu była praca Betty Joseph (1989; Hargreaves i Varchevker, 2004). Joseph wyczerpująco prześledziła *mikroprocesy* zachodzące podczas sesji, gdy pacjent „popycha” analityka (często z ochotą) do rozegrań².

¹ Niniejsze tłumaczenie obejmuje wprowadzenie do części 3 oraz rozdział 10, 11 i 12 książki Roberta D. Hinshelwooda *Countertransference and Alive Moments: Help or Hindrance* wydanej przez Process Press Ltd. w Londynie w 2016 roku (przyp. tłum.).

² W tekście oryginalnym autor używa tutaj i w innych miejscach terminu *enactment*, który został przełożony przez tłumacza jako „odegranie”, co zostało zmienione przez redaktora na „rozegranie”. Zakres znaczeniowy obu określeń jest bardzo podobny. Jednak wydaje się, że zjawisko *enactment* wykracza poza odgrywanie roli, gdyż angażuje pierwotne stany umysłu, jest nieświadomym rezonansem między dwiema osobami. Jest współtworzone przez parę analityczną. Dlatego właściwsze wydaje się określenie „rozegranie”, choć niewątpliwie wersja tłumaczenia „odegranie” byłaby również uzasadniona (przyp. red.).

Wspólne nieświadome rozegrania są często bardzo trudne do zauważenia dla analityka. Cztery poniższe rozdziały pokazują, jak sam analityk odgrywa pewną rolę. Przez samo bycie zainteresowanym może uwikłać się w obronę stosowaną przez pacjenta. Ten rodzaj „użycia” własnej osobowości analityka może być dla niego niepokojący i pacjent może być wtedy skonfrontowany z obronnie nastawionym analitykiem. W rozdziałach tych uznaje się, że pacjent i analityk w nieunikniony sposób rozmijają się, co najmniej w części, a czasami całkowicie, gdy pacjent wątpi, że analityk może stawić czoła nieznośnym doświadczeniom, których pacjent sam nie potrafi znieść. Mamy wtedy taką sytuację, że z jednej strony analityk myśli, że pomaga pacjentowi uzyskać wgląd, a z drugiej strony pacjent ukradkiem wciąga analityka w rolę, która podtrzymuje jego obronne nastawienie. Jeśli pacjent zasadniczo uważa, że potrzebuje defensywnej ochrony, ponieważ wgląd jest zbyt niebezpieczny, to wtedy może być analitykowi bardzo trudno zrozumieć, że obaj „mijają” się ze sobą.

Rozdział 10. Rozegranie. Co się dzieje?

W zawodowym superego analityka jest głęboko zakorzeniona zasada, że analityk powinien powstrzymać się od wszelkich rozegrań, ale jest to praktycznie nieuniknione. Jak pisze Feldman:

Trudnym i często bolesnym zadaniem analityka jest rozpoznanie subtelnych i złożonych rozegrań, w które jest nieuchronnie wciągany z pacjentem oraz znalezienie obszaru dla zrozumienia i myśli poza wąskimi i powtarzalnymi ograniczeniami nieświadomie wymaganymi przez pacjenta, a czasem też przez własne lęki i potrzeby analityka (Feldman, 1997, s. 235–236).

W tym zdaniu Feldman streszcza pewne kluczowe cechy tego podejścia. Zwracam uwagę, że:

- Zadanie analityka jest z jakiegoś powodu bolesne.
- Analityk jest wciągany w odgrywanie pewnej roli w złożonej obronie pacjenta.
- Zakres zrozumienia jest ograniczony.
- Analityk musi dążyć do poszerzenia tego obszaru dla zrozumienia.

Zatem analityk musi prowadzić nieustanną introspekcję własnych uczuć, „analizę podypłomową” samego siebie (jak to określał Money-Kyrle) lub utrzymywać stan umysłu nazwany przez Biona „*reverie*”.

W tym rozdziale przyjrzymy się tego rodzaju opisom tego, „co się dzieje” na sesji analitycznej, w odróżnieniu od tego, co jedynie się mówi. Ten proces interakcji niepokoi nie tylko zawodowe superego analityka, które krzywo patrzy na tak ślepą, koluzyjną

interakcję, ale jest też niepokojący dla jego nieświadomości, gdyż często porusza go na nieświadomych poziomach lęku i mechanizmów obronnych. Jeśli – albo kiedy – znaleźliśmy się w sytuacji, w której pod wpływem nieświadomionej presji zaczęliśmy faktycznie odgrywać pewne role, to jedynie poprzez refleksję nad tym, w co się uwikłaliśmy, będziemy mogli zrozumieć zarówno stronę pacjenta w tym procesie, jak i naszą własną.

Nieuniknione rozgrywanie

Ta refleksyjna praca analityka nad własnym doświadczeniem może ujawnić dokładnie to, czego należy unikać. Feldman i Spillius pisali o „...presji, jaką może odczuwać analityk, by uśmierzyć ból, często poprzez jakąś formę aktywności (np. odpowiadanie na pytania, dodawanie otuchy czy udzielanie wyjaśnień), której domyślne znaczenie dla pacjenta jest takie, że analityk również nie może znieść tego bólu (Feldman i Spillius, 1989, s. 50).

Zatem analityk jest prowokowany do ruchów obronnych o charakterze działań – do zrobienia czegoś, by zmienić relację – zamiast do wyrażenia bólu tej relacji. Zrozumienie zachodzącego u analityka konfliktu między opanowaniem bolesnego dyskomfortu, o którym pisał Feldman, a otwarciem przestrzeni do refleksji wymaga uporczywego nacisku na to, co „tu i teraz”. To kliniczne wyzwanie było szczególnie analizowane przez Betty Joseph (1989), której prace komentowali Feldman i Spillius.

Przedstawię teraz krótki przykład analizy sprzed wielu lat, która zakończyła się niepowodzeniem, ponieważ zrozumienie, które mogło pochodzić z przeciwprzeniesienia, nie nastąpiło dostatecznie wcześnie. W istocie dopiero później, kiedy zapisywałem te uwagi, byłem w stanie spekulować na temat innych możliwości rozwiązań.

Pacjent w wieku trzydziestu paru lat wykonywał nudną pracę biurową bez żadnych perspektyw. Przy spotkaniu z nim poczułem sympatię, a nawet pewne podobieństwo, które mogłem pierwotnie przedstawić mojemu własnemu analitykowi. Chciałem pomóc temu pacjentowi skorzystać z jego możliwości. Leczenie odbywało się trzy razy w tygodniu, na co niespecjalnie było go stać. W początkowym okresie około sześciu miesięcy opowiedział trochę o sobie i o swoim obecnym życiu, w którym czuł się wyobcowany; wydawało się, że chce znaleźć bardziej zadowalającą egzystencję, gdyby tylko mógł. Potem na sesjach zaczęły pojawiać się długie okresy milczenia, co trwało przez parę lat, zanim przerwał terapię. Narastało we mnie wrażenie, że nie mam mu nic użytecznego do powiedzenia. Wydawało się, że nic nie jest w stanie go poruszyć. Na własnej skórze mogłem przekonać się wtedy, na czym polega obezwładniający wpływ. Jego milczenie nie było interesujące; nie byłem ciekaw, co się dzieje. Z pewnym niepokojem zastanawiałem się, jak bardzo powinienem go aktywizować, rozpoczynając rozmowę, zadając pytania, itd. – było to zdecydowanie sprzeczne z moim zwykłym przekonaniem, że pacjenci potrzebują czasu i przestrzeni.

Na ogół nie inicjowałem rozmowy – ale wtedy czułem, że jest to marnowanie tych niewielkich pieniędzy, jakie miał. Czułem się zobowiązany do tego, by jego możliwości w terapii zamienić w jakiś sukces. Nigdy wcześniej ani później, nie miałem tak milczącego pacjenta.

Pewnego dnia w środku czasu sesji opowiedział sen. Było to czymś bardzo niezwykłym i nastawiłem się na to, że może ten sen stanie się czymś, co wreszcie uruchomi terapię. Jednak był on raczej pusty i opowiedziany w mało dramatyczny sposób. W istocie pacjent tylko krótko go streścił.

We śnie, jakby żył na innej planecie w pustej przestrzeni.

Pacjent nie podał żadnych skojarzeń i miało się poczucie, że nie może być żadnych skojarzeń do tak ponurego snu. Jednak miałem pewne skojarzenie. Mniej więcej w tamtym czasie, chyba w ciągu poprzedniego roku, prom kosmiczny rozpadł się podczas startu. Nie byłem pewien, co zrobić z tą myślą. Taka ponurość i taka katastrofa wydawały się nazbyt przytłaczające. A ja wydawałem się za to odpowiedzialny. Jestem nieomal pewien, że pacjent nigdy więcej już nie opowiedział mi żadnego innego snu.

Pamiętam, że po tym zdarzeniu przez kilka sesji byłem dość mocno zaabsorbowany tą katastrofą. W tamtym momencie zacząłem zastanawiać się, jaką rolę odgrywam w tej ponurej terapii. Zdałem sobie sprawę, że podczas gdy miałem nadzieję, że będziemy mogli ruszyć do przodu i niejako uruchomić terapię, w rzeczywistości nic się nie zdarzyło. Nie miałem pojęcia, czy pacjent coś wiedział o katastrofie promu kosmicznego podczas startu. Ale w końcu, jakiś czas później, przedstawiłem mu interpretację, w której powiedziałem, że to jest tak, jakby terapia nie wystartowała, ale my nadal czekamy, chociaż wydaje się, że w dużym stopniu nie mamy ze sobą komunikacji. Wiedziałem wtedy, że może to zostać odebrane jako głos nieco krytyczny i ku mojemu zaskoczeniu pacjent rzeczywiście ożył: bardzo się rozżłościł. Powiedział mi, że jestem jak pusta dziura i że niczego nie może ode mnie oczekiwać. Potem znowu ucichł. Ten pokaz emocji był tak niezwykły, że skomentowałem go. Powiedziałem: „Jest pan mną rozczarowany i spodziewał się pan czegoś innego po terapii. Myślę, że chciał pan, abym wniósł trochę życia w ten proces, a nie zrobiłem tego”. Pacjent wzruszył ramionami, jakby rzecz była beznadziejna i po chwili milczenia powiedział znowu spokojnym głosem: „Chodzi o ten sen, tak?” Pomyślałem, że ma rację, więc powiedziałem: „No cóż, rozmawiamy o nim teraz, czyż nie jest tak?” i jak sądzę musiałem wyrazić pewną nadzieję w moim głosie. Pacjent nie wykonał żadnego ruchu, ani nic nie powiedział, jakby znowu znieczulał się na to, co się dzieje. Po kilku minutach powiedział jednak: „Cóż, nie chcę pana rozczarować”.

Ta terapia nie była sukcesem... Teraz, kiedy się nad nią zastanawiam, to widzę, że przypominała przerwany start, jakby nadzieja zawsze się rozpadała i przemieniała w rozpacz. Kiedy pacjent po raz pierwszy i jedyny okazał jakieś silne, żywe uczucie, swój gniew – bo może poczuł się skrzytykowany – to zniknęła tak szybko, jak się pojawiła. Można powiedzieć, że dotarłem do niego – na moment – i wywołałem żywy gniew. Nie wiedziałem, jak dalej postępować. Wyglądało na to, że wydarzyły się dwie rzeczy: po pierwsze, w moim przeciwprzeniesieniu znalazłem pewną nadzieję; po drugie, w interakcji między nami ta nadzieja została zniszczona. Konstrukcja, jaką utworzyłem z perspektywy czasu – choć nie ma na nią prawdziwych dowodów – jest taka, że pacjent nieświadomie przyniósł tę bolesną fantazję, że nadzieja zawsze musi skończyć się rozczarowaniem i w analizie miałem to utrzymywać – powinienem być promem kosmicznym, który przetrwa i bezpiecznie przeniesie jego nadzieję. Zawsze czułem smutek, że nie byłem w stanie bardziej mu pomóc.

Przedstawiam to jako przykład rozegrania katastrofalnego startu – w przestrzeń wewnętrzną. Sen pacjenta wzbudził we mnie nadzieję i na tej podstawie – próbę zaangażowania się w kontakt. Nastąpił żywy moment oczekiwania. Myślę, że to było rozegranie, w takim sensie, w jakim dzisiaj używa się tego terminu. Podczas gdy słuchałem pacjenta w stanie *reverie*, na jaki tylko byłem w stanie się zdobyć i rozpoznawałem moje frustracje i nadzieje, moją niepewność co do tego, jak postępować z jego milczeniem, moje poczucie winy z powodu jego zmarnowanych pieniędzy, itd., wpadłem w fatalne rozegranie.

Kiedy ja z trudem próbowałem zaangażować się w proces odkrywania, który mógłby doprowadzić mnie do jakiegoś obrazu wewnętrznego świata pacjenta, on robił coś innego. Musiał radzić sobie z przekonaniem, że nadzieja na zawsze zostanie zniweczona. Zostałem użyty jako umysł, do którego można było wyeksportować nadzieję (i rozczarowanie). Z *jego* punktu widzenia analiza była sukcesem tak długo, jak długo oszczędzone mu było poczucie, że nadzieja upadła. To użycie mnie było dogodną okazją i polegało na obsadzeniu mnie w roli, której zadaniem było oszczędzenie mu nieznośnego uczucia rozczarowania. W tamtym czasie w moim doświadczeniu nie potrafiłem uzyskać świadomości mojej roli, tak żebyśmy mogli razem zrozumieć, jak on chroni się przed rozczarowaniami, które w jego poczuciu były nieuniknione i nie do zniesienia.

Wydaje się, że uległem rozczarowaniu zamiast utrzymywać przy życiu jego nadzieje – był to moment, który mógł być dla mnie okazją do „cichej autoanalizy”, zalecanej przez Money-Kyrle’a. Znaczenie tego doświadczenia mogłem tak naprawdę zrozumieć dopiero wtedy, gdy pacjent opowiedział swój sen, a *moje* skojarzenie rzuciło na niego trochę światła. Rozegranie nie jest fizycznym działaniem; to był „akt” wzięcia na siebie nadziei (i rozczarowania). To jest „akt emocjonalny”.

Ten smutny przypadek demonstruje następujące kluczowe cechy zidentyfikowane przez Feldmana w cytacie przytoczonym wcześniej w tym rozdziale:

- To prawda, że zadanie analityka było bolesne; mogę o tym zaświadczyć, gdyż postępowanie w tej terapii z wielkim trudem, pełen niepewności co do tego, jak słuchać milczenia pacjenta i jak radzić sobie z zawiedzionymi nadziejami.
- Druga cecha to wciąganie analityka w złożoną obronę. Wydaje się, że rola, którą miałem odegrać polegała na niesieniu nadziei; co więcej, zostałem wciągnięty w tę rolę przez same moje starania, żeby być analitykiem i nadać jakiś rozpęd analizie po tym, jak pacjent opowiedział mi swój sen.
- Kolejną cechą jest bardzo ograniczony obszar dopuszczony do zrozumienia; i ta cecha zdecydowanie się tu ujawniła, ponieważ długie momenty milczenia (oraz być może moje poczucie utraconej ciekawości w stosunku do nich) utrudniały wspólną pracę nad tym, co się dzieje. Wypowiedź pacjenta o tym, że nie chce mnie rozczarować stanowiła tylko jeden moment, w którym miałem szansę zorientować się, jaka rola została mi przypisana – tj. podtrzymywanie nadziei. W pewnym sensie miała tu miejsce głęboka kontrola mojego umysłu i mojej zdolności do posiadania własnych myśli, zaistniał prawdziwy problem separacji, w który najwyraźniej wpadłem w tej szczególnej dynamice między nami.
- W tym przypadku nie potrafiłem znaleźć sposobu na wykorzystanie tej dźwigni, a zatem nadal pozostawałem w narzuconej roli i kontynuowałem rozgrywanie – co skutkowało nieudaną analizą z tym pacjentem.

Analityk nie jest jedynie obiektem reagującym na rolę, takim, który wpasowuje się w świat fantazji pacjenta, aby ten świat mógł się odsłonić. To fakt, że dopasowuje się ze swoją responsywnością, ale każdy analityk robi to na swój sposób. W przykładzie, jaki podaje Money_Kyrle (który opisuję w rozdziale 5) introjeksja przez analityka uczucia pacjenta prześladowczej bezyżyteczności dotknęła analityka w specyficzny sposób. Dotknęła, jak pisał Money-Kyrle, „pewnej części analityka, która nie została jeszcze zrozumiana”. To, co aktualizuje się u analityka, to coś, co już w nim jest, coś, co analityk, jak można oczekiwać, powinien u siebie rozpoznać – „w cichości ducha”³, jak radził Money-Kyrle. Tak więc, projekcja pacjenta [w przykładzie Money-Kyrle’a] nie została po prostu zintrojektowana przez analityka, ale uruchomiła pewien jego aspekt, który zaakceptował introjeksję pacjenta (Brenman Pick, 1985).

Wkład Joseph

Betty Joseph, zamiast szukać nowych modeli teoretycznych, skupiła się na nowej technice otwartej przez świadomość przeciwprzeniesienia. Joseph była analizowana przez Michaela Balinta, gdy w latach 40. XX wieku szkoliła się na psychoanalityczkę. Następnie

³ Oryg. *silently* (przyp. red.).

przechodziła analizę u Pauli Heimann, mniej więcej w czasie, gdy Heimann zaczęła pisać o przeciwprzeniesieniu w 1950 roku. Joseph zainteresowała się pacjentami, którzy byli, jak to ujmowała, „trudno dostępni”. Niektórzy pacjenci zdawali się stawiać opór analizie tylko po to, żeby to robić. Dla Betty Joseph taki opór ma szczególną jakość związaną z zakłóceniem ich równowagi umysłowej, ich psychicznego spokoju. Mamy tu do czynienia z równowagą między uznaniem pomocy, a destrukcyjnym i autodestrukcyjnym przekręcaniem pomocy w coś innego. Zatem pacjenci ci są szczególnie wrażliwi na zmianę, nawet na terapeutyczną zmianę – a może zwłaszcza na terapeutyczną zmianę. Zmiana grozi naruszeniem równowagi, którą pacjent zdołał osiągnąć, jakkolwiek byłaby ona niezadowolająca. Taki pacjent może woleć znosić brak życia niż zanurzyć się w żywej chwili zaburzającej jego równowagę.

Wydaje się, że mamy tu do czynienia zarówno z obronnym nastawieniem przed wglądami wywołującymi konflikt i ból, jak i z perwersyjnym, destrukcyjnym oporem przed tym, co korzystne – czyli oporem dla samego oporu. Te dwa motywy często postrzega się jako wyraźnie różne i odrębne w swoim działaniu. Wygląda to na swego rodzaju podwójny opór, stwarzający szczególne trudności, jakie ma analityk z tymi trudno dostępnymi pacjentami. Jednak Joseph zwróciła uwagę na coś innego – nie na starą kwestię, czy destrukcyjność jest przejawem popędu śmierci, czy sfrustrowanego popędu życia (zob. rozdział 13) – otóż zwróciła uwagę na inną rozbieżność, zarysowaną już wyżej: podczas gdy analityk myśli, że zachodzący proces generuje wgląd, to pacjent myśli, że może wykorzystać analityka do wzmocnienia swoich obron (Hargreaves, Varchevker, 2004).

Być może pacjenci z tymi trudnymi cechami przychodzą dzisiaj do psychoanalityka częściej niż w przeszłości. Udaremnili inne formy terapii, wykorzystując terapeutę do obrony, zamiast do leczenia. W istocie, może jest tak, że *łatwo* dostępni pacjenci, którzy mają większą zdolność do wykorzystania tego, co oferują różnorodne sposoby leczenia, są bardziej podatni na proste metody, takie jak leki czy terapie behawioralne, a zatem osiągają przy ich użyciu wystarczającą dla nich ulgę. Z drugiej jednak strony może jest tak, że dzisiaj bardziej dokładnie szukamy tych nieświadomych procesów, które umknęły uwadze poprzednich pokoleń analityków.

Analityk zostaje bezwiednie wciągnięty w trudności pacjenta i pozyskany do odegrania roli, która wspiera wysiłki pacjenta, by uniknąć wglądu. Analityk zostaje pozyskany wbrew sobie, ale często się podporządkowuje. Joseph pisała:

[Strategia] wpychania [analityka] w określoną rolę jest stałym procesem w sytuacji analitycznej... w umyśle pacjenta wciągnięty w ten proces analityk jest nieustannie wykorzystywany jako część jego systemu obronnego (Joseph, 1989, s. 126).

Według Joseph ten stały proces zajmuje pacjenta i analityka cały czas, tak że o całej analizie należy myśleć jako o przeniesieniu; wszystkie skojarzenia są w części

odniesieniem, świadomym lub nieświadomym, do tej bezpośredniej relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej.

Analitik ma odgrywać główną rolę, która jest określona przez identyfikację projekcyjną ze strony pacjenta:

Znaczna część nienawiści w stosunku do części *self* kieruje się teraz na matkę. Prowadzi to do szczególnej formy identyfikacji, która stanowi prototyp agresywnej relacji z obiektem. Dla tych procesów proponuję termin „identyfikacja projekcyjna”. Kiedy projekcja dziecka wynika głównie z impulsu, by szkodzić matce lub ją kontrolować, dziecko odczuwa matkę jako prześladowcę (Klein, 1952 [1946]/ 2007, s. 9).

Od analityka wymaga się nieświadomej reakcji w postaci dostosowania się do roli krzywdzonej i kontrolowanej matki. To jest reagowanie na rolę⁴ (Sandler, 1976). Są pewne konsekwencje dla analityka, jeśli zostaje on wciągnięty w fantazje obronne pacjenta w momencie, gdy próbuje je ujawnić. Analityk jest zdezorientowany i pokonany.

Nacisk Joseph na to, co „tu i teraz” może niektórym nie odpowiadać, gdyż spycha na dalszy plan rekonstrukcję historyczną. Toczy się znacząca debata między podejściem Joseph, w którym uznaje się, że historia pacjenta jest przydatna do zilustrowania przeniesienia, jakie ma miejsce „tu i teraz”, a klasycznym podejściem, które traktuje przeniesienie jako wydobywające z mroku przeszłość, która ma zostać zrekonstruowana w teraźniejszości (Blass, 2011). Nawet badania „archeologiczne” opisane w rozdziale 9 pochodzą jedynie z dokładnego badania procesu zachodzącego „tu i teraz” (czy mikroprocesu, jak ujmowała to Joseph).

To podejście zakłada model psychoanalityka, który nie jest jedynie biernym odbiorcą, lecz aktywną osobą, szukającą zaangażowanego kontaktu. Praca, która jest tu potrzebna, jest bardzo wymagająca, a Melanie Klein odnosiła się tylko do jej połowy. Opisywała (zob. rozdział 6), jak analityk musi uczyć się czegoś o sobie, ale trzeba też dodać, że to uczenie się musi zachodzić w określonym kontekście – tym kontekstem jest pacjent, który napotkał i uruchomił pewien aspekt analityka.

Trzeba mieć nadzieję, że analityk zorientuje się, co zostało w nim uruchomione, choć może być to dla niego trudne i wymagać „cichej” pracy autoanalizy, jak określał to Money-Kyrle (rozdział 5). Zatem musimy mieć świadomość, że zadaniem własnej analizy psychoanalityka nie jest przygotowanie go na wszelkie ewentualności, ale stworzenie gruntu dla kontynuowania analizy nawet po jej zakończeniu – prowadzenia własnej „autoanalizy podyplomowej”, by użyć kolejnego przydatnego określenia Money-Kyrle’a.

⁴ Oryg. *role-responsiveness*, termin wprowadzony przez J. Sandlera (przyp. tłum.).

Celem analizy szkoleniowej nie jest więc przeprowadzenie pełnej analizy, co zresztą nie jest możliwe, ale wykształcenie u analityka zdolności do jej dalszego samodzielnego prowadzenia. Analiza szkoleniowa musi wpoić pewien proces, a nie tylko wyniki. Innymi słowy, analityk musi stosować metodę „podwójnej obserwacji” – obserwować, co się dzieje w relacji i obserwować samego siebie w toku obserwacji. Prowadzenie psychoanalizy jest praktyką refleksyjną, ale nie w zwykłym sensie słowa „refleksyjny” (Dewey, 1910). Wymaga refleksyjnej spekulacji na poziomie *nieświadomym* oraz na poziomie świadomej obserwacji. Przeciwprzeniesienie nie jest więc w tym podejściu eliminowane, ale jest materiałem dla ciągłej refleksji analityka (jak to w istocie Melanie Klein przekazała swoim młodszym koleżankom i kolegom – rozdział 6).

Rozdział 11. Refleksyjny analityk. Co to było?

Zadanie analityka uległo rozszerzeniu. Nie jest to już tylko obserwowanie wypowiedzi i zachowań pacjenta oraz nadawanie im znaczenia. Analityk musi teraz prowadzić ciągłą obserwację samego siebie, nadając sens wypowiedziom i zachowaniom pacjenta. Jak już wspomniałem, refleksyjna praktyka polega tu na podwójnej obserwacji. W tym rozdziale położę szczególny nacisk na pracę Army Brenman Pick (1985) dotyczącą tego, co nazywała „przepracowaniem” w przeciwprzeniesieniu.

Brenman Pick dogłębnie badała zakłócenia wywoływane przez pacjenta w analityku i wskazywała, że praca analityczna nie jest tylko ogromną pracą intelektualną polegającą na tworzeniu znaczeń. To praca nad tworzeniem znaczeń *plus jeszcze coś*, a mianowicie plus praca nad własnymi reakcjami – „cicha autoanaliza”. Brenman Pick podała przykład pacjenta (1985, ss. 158-160), którego zgorzkniałe nastawienie obronne ilustruje ogłupiającą nienawiść, jaką odczuwał wobec pomocy, której potrzebował, wywołaną w części przez jego długie doświadczenie frustracji:

[Pacjent] niedawno zamieszkał w Londynie; pierwszą analizę przechodził za granicą. Przyszedł na sesję kilka godzin po wypadku samochodowym, jaki mu się zdarzył; ledwo uniknął poważnych obrażeń. Było jasne, że nadal jest jeszcze w szoku, ale nie mówił ani o szoku, ani o strachu. Zamiast tego opisał z przesadną starannością, co się wydarzyło oraz jakie prawidłowe kroki podjął przed i po kolizji.

Oto obraz reakcji obronnej, która zdusiła strach i szok. Moment zdarzenia został przytępiony:

Następnie powiedział, że zaraz po wypadku zadzwoniła przypadkiem jego matka i... zareagowała słowami: „Nie dzwoniłabym, gdybym wiedziała, że masz tak okropną wiadomość. Nie chcę o tym słyszeć”.

Pacjent uważał, że w toku poprzedniej analizy nauczył się akceptować ograniczenia matki:

Był jednak bardzo zły na kierowcę drugiego samochodu i twierdził, że pójdzie do sądu, jeśli będzie trzeba, bo miał głębokie przekonanie, że [ten drugi kierowca] będzie musiał zapłacić za szkody.

Pacjent w bardzo żywy sposób pokazał, jak zniósł szok, strach i wściekłość z powodu wypadku i reakcji matki, jak wziął to na siebie i był ponad to. Wcześniej nauczył się czegoś, ale, jak zauważyliśmy, analityczna nauka z poprzedniej terapii polegała na stworzeniu w sobie kompetencji obronnej zamiast możliwości prawdziwego zrozumienia swojej wściekłości z powodu porzucenia i wglądu w nią na głębszym poziomie:

Zamiast tego pacjent miał poczucie, że nauczył się „rozumieć” matkę, a także słuchać analityka z ukrytym gniewnym przekonaniem, że matka/analityk nie chce słyszeć o jego cierpieniu. Przystał na to, wziął się w garść, robił pokaz właściwego zachowania... znosił ból z kompetencją w robieniu tego, co należy, ale dawał do zrozumienia, że nieświadomie będzie kontynuować swoje skargi do upadłego.

Analityczka szczegółowo rozważyła ten proces:

Uderzający był „kompetentny” sposób pacjenta radzenia sobie z uczuciami, ale swoim zachowaniem wyrażał też pragnienie, aby istniała analityczka/matka, która przyjąłaby jego lęk i wściekłość. Zinterpretowałam jego tęsknotę za kimś, kto nie odłoży telefonu, ale przyjmie i zrozumie, jakie to uczucie, gdy doświadcza się niespodziewanego uderzenia; zakłada to przeniesienie na analityczkę bardziej rozumiejącej postaci matczynej. Ale sądzę, że to również „łączy się”⁵ z pewną częścią analityczki, która może chcieć „matkować” pacjentowi w takiej sytuacji.

Analityczka odczuwa zwykłą matczyną reakcję współczucia, ale sytuacja jest złożona. Analityczka naprawdę chce okazać matczyną reakcję, której pacjent pragnie – ale czy powinna się podporządkować (czy nie)?

Jeśli nie potrafimy przyjąć i myśleć o takiej reakcji w sobie, to albo zaczynamy odgrywać w działaniu [*act out*], zaspokajając pacjenta rzeczywistym matkowaniem (poprzez gesty współczucia – słowne i inne), albo obawa przed zrobieniem tego może nas tak sparaliżować, że nie dotrzemy do pragnienia pacjenta, aby mu ktoś matkował.

⁵ Brenman Pick na opisanie łączenia się pary analitycznej używa określeń „*mating*”, „*mates*”, „*mated*” oznaczające połączony, związany, ale także matkowanie, kumple, partnerzy (przyp. red.).

Przeciwprzeniesienie, jak pokazuje Brenman Pick, może prowadzić do tego, że będziemy nieanalityczni albo zdystansowani – obie te alternatywy wymagają refleksji. W pierwszym przypadku możemy zastosować życzliwość, jak by się wydawało, choć nie nastawioną na wgląd, interwencję; w drugim – zareagować w sposób zdystansowany, chłodny/zimny. To całkiem zrozumiałe impulsy – w istocie, cóż bardziej naturalnego niż analityczka, która chciałaby złagodzić udrękę pacjenta w matczyzny sposób. Ale Brenman Pick pisze:

Musiałam zastanowić się na tych częściach pacjenta i jego obiektów wewnętrznych, które nie chciały wiedzieć. One też zostały wyprojektowane w analityczkę, a także, jak sądzę, „połączyły się” z tymi częściami analityczki, które mogły nie chcieć wiedzieć o ludzkiej bezbronności (i ostatecznie śmierci) albo w rzeczywistości zewnętrznej, albo teraz w uczuciu, że jest się „miotanym na wszystkie strony” przez pacjenta na sesji.

Te dwie możliwości – albo nie chcieć wiedzieć (czy nie chcieć mieć wglądu), albo zdystansować się i być kompetentnie [w udany sposób] ponad i poza udręką – mogą być też, jak pisze Brenman Pick, całkiem zrozumiałymi postawami pacjenta, z którymi analityczka się łączy. Każda z tych dwóch alternatywnych postaw może wejść w koluzję z tą częścią pacjenta, która chce uniknąć upadku. Matczyzna analityczka, po refleksji, mogła zobaczyć, że:

[P]acjent, przedstawiając mi tak okropny obraz matki/analityczki sądził, że popycha mnie do przekonania, że jestem inna, lepsza od nich. Ale sądził też (i zgodnie z tym zachowywał się wobec mnie na początku sesji), że ja też nie chcę wiedzieć o jego lęku.

To oznacza, że:

[Nam też] tak jak pacjentowi, może grozić kompetentne [udane] „chowanie wszystkiego pod dywan”... Jeśli nie weźmiemy pod uwagę naszych własnych konfliktowych reakcji *in statu nascendi*, to grozi nam rozgrywanie tego, co byśmy interpretowali, tzn. przywłaszczanie sobie wszystkich dobrych skłonności i projektowanie całego zła w „drugiego kierowcę”; możemy się zachowywać tak, jakbyśmy mogli bezkarnie przeżywać wypadki i inne życiowe perypetie.

Rola kompetentnego, interpretującego analityka może dobrze współgrać z kompetencją pacjenta, którą wykorzystuje on do emocjonalnego wsparcia analityka, tak jak siebie samego. Przez samo interpretowanie, które jest naszym zadaniem, możemy wpaść w narzucaną nam rolę obopólnej kompetencji jako obrony.

Za tą projekcją analityk, jeśli się zastanowi, może dostrzec problematyczne reakcje, o których pacjent nie chce wiedzieć:

Co do pójścia ze sprawą do sądu, to należy zbadać przekonanie pacjenta o wyższości kompetentnego wystrzegania się namiętności i pozornego dążenia do „czystej” prawdy. To, co wygląda jak dążenie do prawdy jest przepełnione [zalegalizowaną] nienawiścią. Istnieje ukryta groźba, że jeśli wykonam niewłaściwy ruch, to moje dobre imię zostanie oczernione, tak jak pacjent oczernił drugiego kierowcę, matkę i poprzedniego analityka.

Chcę pokazać na tym przykładzie, jak analityk musi się zmagać z obezwładniającym wpływem⁶, który zabija żywe doświadczenie pacjenta i żywą reakcję analityka. To obezwładnienie, jak pisze Brenman Pick, jest przepełnione potężną, pieniacką nienawiścią, utrzymywaną poza zasięgiem wzroku. Nienawiść ta w istocie pokazuje się w uczuciach analityczki osądzających matkę pacjenta i jego poprzedniego analityka. Analityczka musi umieć utrzymać przy życiu tę jak najbardziej naturalną reakcję bezbronnego pacjenta na traumę i pomóc w tym również jemu – oboje muszą zmierzyć się z tym, aby nie ulec okazji dla pieniackiej nienawiści. Analityk nie przeparcuje swojej strony tej interpersonalnej relacji klinicznej, jeśli nie weźmie pod uwagę tego, do czego czuje się popychany, aby „zrobić”.

Zatem, przemierzając podobne terytorium jak Money-Kyrle (1956), Irma Brenman Pick (1985) opisywała mobilizowanie myślenia analityka jako swego rodzaju „łączenie się” dwóch umysłów:

Jeśli usta poszukujące piersi stanowią wrodzony potencjał, to, jak sądzę, istnieje też ich psychologiczny odpowiednik, tj. stan umysłu poszukujący innego stanu umysłu (Brenman Pick, 1985, s. 157).

Tak oto pacjent poszukuje pewnego *stanu umysłu* u analityka; Brenman Pick zilustrowała to, podając przykład pacjenta poszukującego „przychylnej” analityczki, którą analityczka faktycznie chciała być – ale potrafiła dostrzec, iż grozi jej to, że uzna się za lepszą, „bardziej rozumiejącą figurę matczyną... [która] ‘złączy się’ z pewną częścią analityczki – z częścią, która może chcieć ‘matkować’ pacjentowi w takiej sytuacji” (Brenman Pick, 1985, s. 159).

W tym przykładzie analityczka zdolna do refleksji pracuje nad tym, żeby być świadomą subtelnych presji wskazanych przez jej własne pragnienia i uczucia dotyczące pacjenta, a to pociąga za sobą świadomość jej uczuć dotyczących samej siebie.

⁶ Oryg. *deadening impact* (przyp. red.).

Cicha autoanaliza

Uwagi Money-Kyrle'a (1956) o „cichej autoanalizie” oraz pogląd Melanie Klein (1958, za: Spillius, 2007), że przeciwprzeniesienie „pomogło mi lepiej zrozumieć samą siebie”, współgrają z ostatecznie wyrażonym przez Heimann (1960) ostrzeżeniem dotyczącym „dzikiego” używania swoich uczuć przez analityka.

Fundamentalną zasadą praktyki psychoanalitycznej jest to, że analityk musi radzić sobie w jakiś sposób ze swoimi reakcjami. Odeszliśmy od modelu nieporuszonego, beznamiętnego analityka, który jest dla pacjenta „pustym ekranem” i od praktyki lat 20. XX wieku, gdy analiza szkoleniowa przygotowywała analityka do tłumienia własnych reakcji. W tym rozdziale starałem się zilustrować to, że od lat 50. XX wieku analityk ma sposób na wykorzystanie własnych reakcji – oczywiście pod warunkiem, że stara się je zrozumieć w odniesieniu do materiału klinicznego. Zrozumienie materiału klinicznego przez analityka jest nieusuwalnie kształtowane przez jego zrozumienie samego siebie.

Rozdział 12. A także refleksyjny pacjent. Co widzi pacjent?

W poprzednim rozdziale zawarty jest domyślnie fakt, że przedmiot badań jest jednocześnie podmiotem. Wszyscy jesteśmy psychologami, nawet najbardziej zaburzeni z nas. Pacjent, przejawiając to wszystko, co domaga się zrozumienia, jest równie wyczulony na to, co przejawia psychoanalityk, chociaż może mieć poczucie, że jest mniej uprawniony do omawiania swoich obserwacji.

W niezwykle szczerym opisie prowadzonego przez siebie przypadku Money-Kyrle uległ introjekcji ze strony pacjenta i zauważył, że wskutek jego błędu proces posunął się naprzód – „powstaje nowa sytuacja, w której sama reakcja [pacjenta] na nastrój [analityka] może wymagać interpretacji” (Money-Kyrle, 1956, s. 363). Money-Kyrle zwięźle przedstawił złożony proces, w którym pacjent reaguje na przeciwprzeniesienie i analiza musi być prowadzona dalej z tego miejsca; analityk nie może wrócić do *status quo ante* – „bezcelowe byłyby próby podjęcia wątku tam, gdzie go wcześniej porzuciłem. Powstała nowa sytuacja, która wpłynęła na nas obu” (Money-Kyrle, 1956, s. 363).

Money-Kyrle wymienił *trzy* rzeczy (rozdział 5):

- przeniesienie,
- reaktywne przeciwprzeniesienie psychoanalityka,
- reakcja pacjenta na przeciwprzeniesienie analityka.

Ten trzeci element nie został jeszcze dokładnie zbadany (zob. Peräkylä, 2010).

Widzieliśmy, że jeśli analityk jest na tropie nieświadomej fantazji pacjenta, to jest prawdopodobne, że pacjent również, na swój sposób, śledzi myślenie analityka. Efekt jest taki, że podczas gdy analityk próbuje zrozumieć umysł pacjenta, tak i pacjent, w tym samym czasie, dokonuje własnych obserwacji i buduje własne zrozumienie umysłu analityka, a następnie odpowiednio reaguje. Pacjent ma swoją własną receptywność albo jest jej pozbawiony.

Niezależnie od tego, jak bardzo analityk próbowałby być „pustym ekranem” dla pacjenta, pacjent i tak prawdopodobnie znajdzie wiele dowodów wskazujących na taką czy inną osobowość analityka, w tym oznaki, że analityk może być „trudno dostępny”. W istocie dążenie analityka do osiągnięcia takiej pozycji zapewne wywoła oczekiwania dotyczące gotowości analityka do towarzyszenia pacjentowi w jego panicznych lękach i katastrofach. Nie powinniśmy nie doceniać tego, jak dobrze nasi pacjenci nas znają – w końcu spotykają się z nami niemal codziennie przez całe lata; naprawdę nie jesteśmy w stanie usunąć wielu aspektów siebie, bez względu na to, jak bardzo staramy się unikać informacji o sobie.

Błędy i nieporozumienia

Toczy się debata na temat odpowiedzialności psychoanalityka (lub pacjenta) za trudności lub brak postępów w terapii. Raz mówi się o odpowiedzialności pacjenta i wpisanej w niego „trudności”, a raz o ingerującej patologii analityka. Być może jest to jałowa debata, ponieważ pacjent i psychoanalityk są wzajemnie powiązani w odgrywaniu wspólnego dramatu. Oznacza to jednakowe zaangażowanie, niemal „demokrację”, dwukierunkową interakcję lub „łączenie się”, jak to nazywała Irma Brenman Pick. Jakikolwiek byłby opór, to pacjent stawia go w nieświadomej koluzji z psychoanalitykiem. Pewnego rodzaju równowaga odpowiedzialności wydaje się najbardziej prawdopodobna – i kojąca dla zawodowego superego analityka. Oddala nas to od patologizowania którejkolwiek strony, ponieważ obie mają udział w ostatecznym dramacie.

Odwołamy się raz jeszcze do przypadku Money-Kyrle'a (1956) jako paradygmatu. Analityk dokonał pewnych interpretacji, które, jak powiedział, nie były całkowicie przekonujące – ani dla niego, ani dla pacjenta. Ponieważ pacjent zaczął oskarżać analityka, pod koniec analityk powiedział: „Poczułem się beużyteczny i zdeprimowany” (Money-Kyrle, 1956, s. 363). Wszelki prowadzący do zrozumienia kontakt między nimi umarł. Efektem było – co zostało dostrzeżone dopiero po sesji – przeniesienie części poczucia beużyteczności od pacjenta, który z tym poczuciem przyszedł i przekazał je (wraz ze swoim odrzuceniem i pogardą) analitykowi, który je przyjął i z nim wyszedł. Uznano, że te problemy pojawiają się „zawsze wtedy, gdy pacjent zbyt blisko koresponduje z jakimś aspektem jego samego [tzn. analityka], aspektem, którego [analityk] jeszcze nie nauczył się rozumieć” (Money-Kyrle, 1956, s. 361).

Analityk wyraźnie poniósł porażkę, co być może jest zrozumiałe. Natomiast pacjent miał w tym swój udział, komunikując analitykowi beзуżyteczność, być może w jedyny sposób, w jaki potrafił. W desperacji znalazł w analityku miejsce do wyładowania swojego niszczącego doświadczenia. Inny umysł był dostępny lub w istocie został uruchomiony. Bez względu na to, jaka jest motywacja pacjenta, za którą on jest odpowiedzialny, spotyka się ona z odpowiedzialnością analityka za sposób radzenia sobie z tą sytuacją.

Jeśli jednak analityk ponosi porażkę, to nie chodzi tylko o to, że popełnił jakiś błąd – chociaż on rzeczywiście popełnił nieświadomie błąd. Jest to sytuacja, w której analityk godzi się być pewną ewakuowaną częścią pacjenta. Jak powiedział pacjent: „to wyjaśnia, dlaczego wczoraj [pacjent] był na mnie tak zły: czuł, że wszystkie moje interpretacje odnoszą się do mojej choroby, a nie do jego” (Money-Kyrle, 1956, s. 363). Pacjent faktycznie rozpoznał pewną część analityka w chwili, gdy analityk pozostawał tej części nieświadomy.

Gdy analityk tak bardzo splącze się z pacjentem poprzez zaangażowania przeciwprzeniesieniowe, że pojawiają się wspólne rozegrania, pacjent może być dotkliwie świadomy tego, co dzieje się z analitykiem. Pojawiają się wtedy trzy możliwości: (a) pacjent *błędnie* postrzega swoje fantazje jako coś, co dzieje się z analitykiem; (b) pacjent *prawidłowo* postrzega, że jego fantazje pasują do stanu umysłu i zachowania analityka; (c) pacjent w pewnym stopniu przyczynia się do „*stworzenia*” stanu umysłu analityka, zgodnie z własnymi fantazjami. W każdym z tych przypadków z punktu widzenia pacjenta jest on w relacji z umysłem, który jest pod pewnymi względami zakłócony. Rozegrania są częścią systemu obronnego pacjenta i z dużym prawdopodobieństwem jesteśmy wtedy w obszarze Freudowskiego wyleczenia przeniesieniowego⁷.

Nieporozumienia

Pacjent będzie szukał dowodów na to, czy analityk jest w stanie zmierzyć się z jego cierpieniem. Wymaga to potężnego wykorzystania intuicyjnego wglądu w analityka. Pacjentowi może się udać dostrzec zdolność analityka, choć oczywiście jego intuicja może być błędna i niewątpliwie czasami tak się zdarza. Jednak czasami jest trafna, jak w przypadku pacjenta z przykładu Money-Kyrle’a. Gdy analityk nie jest zbyt zakłócony, tworzy nową sytuację dla obu stron, a czyni to za pomocą zasobów, których pacjent nie potrafił w sobie znaleźć – analityk znajduje nowy sposób zrozumienia czegoś nie do zniesienia, co przyniósł pacjent, i ujmuje to w słowa. Wtedy poczucie pacjenta, że pomocna druga osoba przynosi ulgę musi wywołać nie tylko wdzięczność i nowe zrozumienie siebie, ale też złożone doświadczenia zazdrości i zawiści, podatności na

⁷ Chodzi o opisywane przez Freuda zjawisko poprawy jako elementu przeniesienia, zwykle idealizującego lub miłosnego. Nieświadomym celem jest uniknięcie dalszego leczenia i kontaktu z wypartymi treściami (przyp. red.).

zranienie i buntu. Analityk ze swojej strony ma wtedy kontakt z całym tym wirem reakcji pacjenta, które zarówno go cieszą, jak i przerażają – nawet jeśli rozumie je tylko połowicznie. Z drugiej strony, gdy sprawy „idą źle”, jak to często bywa, pacjent jest skonfrontowany z analitykiem, który nie chce w żywy sposób reagować wobec cierpienia pacjenta.

Interpretacje, które dla analityka są wspaniałomyślnie ofiarowanymi wglądami, dla pacjenta są czymś zupełnie innym. Mogą wydawać się okienkami ukazującymi pracę umysłu analityka, które mówią pacjentowi, czy wyrządził mu jakąś szkodę, czy nie, i mogą być dla pacjenta dowodem na to, czy analityk żywi urazę do pacjenta, bierze odwet, czy wybaczają lub dowodzą jeszcze innej fantazji pacjenta. Prawdopodobnie, im bardziej zaburzony jest pacjent, tym wnikliwiej skanuje interpretacje analityka, aby ocenić, co się dzieje w jego umyśle.

Podczas gdy pacjent ustala dla siebie coś, co potrafi znaleźć w analityku, analityk wykorzystuje swoje własne nieświadome fantazje do badania pacjenta. Konstrukcje istniejące w umyśle analityka mogą nie być tak zakryte, jak mu się to wydaje. Wygląda na to, że używamy różnych terminów w odniesieniu do różnych stron relacji. Innymi słowy, w przypadku pacjenta mówimy o jego nieświadomej fantazji, albo o „niepomyślanym znanym”, albo o niewyrażonej traumie; natomiast w przypadku analityka możemy bardziej wzniośle mówić o jego teoriach, w tym o słabo świadomych „ukrytych teoriach” (jak je nazywał Sandler, 1983; zob. też Tuckett i in., 2008).

Jako analitycy wszyscy brniemy w przekonaniu, że pacjenci przychodzą do nas po wgląd, jaki możemy im zaoferować. W istocie to przekonanie bardzo łatwo może sprawić, że będziemy się z pacjentem rozmijać. Pacjent nieświadomie stara się wzmocnić swoje obrony, a analityk próbuje zrozumieć je oraz to, co się za nimi kryje i przed czym mają bronić. Tego typu rozmijanie się jest dosyć powszechne (Hoffman, 1983; Aron, 1992; Greenberg, 1991; Gabbard, 1995; zob. też Rosenfeld, 1987; Schafer, 1997). Joseph ostrzegała, że analitycy muszą monitorować „to, jak pacjenci wykorzystują nas – analityków – do radzenia sobie z lękiem” (Joseph, 1978, s. 223). Są to aktywne i subtelne procesy sprawiające, że świadomość analityka jest zmacona – zawierają szczególnego rodzaju niszczącą nienawiść ulokowaną w reakcjach obronnych wielu pacjentów.

Jeśli pacjent jest głęboko przekonany, że z jego udręką nikt nie może sobie poradzić, to będzie oczekiwał, zwykle nieświadomie, rozgoryczony i urażony, że dołączymy do niego w jego oczekiwaniu współpracy w unikaniu (Feldman, 1997). Pacjent potrzebuje, by analityk wiedział o jego cierpieniu i będzie wchodził z nim w kontakt w taki sposób, aby analityk wyraźnie wiedział, czym jest to cierpienie. Jednocześnie jest przekonany, że analityk nie będzie znosił go lepiej niż on sam jest w stanie je znosić. Jeśli więc analityk potrafi je znieść, to pacjent może mieć poczucie, że ta nieznośność nie została wystarczająco dobrze przekazana. Zasadniczo pacjent oczekuje, że analityk będzie tak

samo obronnie nastawiony jak on sam (Hinshelwood, 1985) i będzie uważał, że analityk udaje i jest nieszczerzy, jeśli nie będzie tak samo przytłoczony jak pacjent. Może mieć poczucie, że najlepszym rozwiązaniem dla niego jest nauczenie się stosowanych przez analityka metod obrony i unikania.

To, że pacjent jest zaangażowany we własne obrony jest dość zrozumiałe; pacjent uznał, że jego ból i cierpienie są niemożliwe do uśmierzenia (z tego powodu przychodzi po pomoc), ale nie potrafi zrozumieć, jak ktokolwiek inny mógłby poradzić sobie lepiej z jego bólem niż on sam, który podejmuje ten wysiłek. Pacjenci mogą chcieć analizy, ale tylko częściowo. Melanie Klein radziła: „musimy rozumieć, co w umyśle pacjenta analiza nieświadomie oznacza w danym momencie” (Klein, 1943, s. 637); a Joseph dobitnie ujęła to następująco:

W końcu powodem, dla którego pacjenci zgłaszają się na analizę jest zasadniczo to, że nie potrafią poradzić sobie z lękiem (Joseph, 1978, s. 223).

Potrzeba czasu, a czasami długiego czasu, zanim pacjent nabierze wiary w to, że w zasięgu ręki jest realna pomoc, dzięki której można osiągnąć coś, co wydawało mu się niemożliwe.

Ponieważ psychoanaliza może nie oznaczać w umyśle pacjenta tego, co oznacza w umyśle analityka, nie musi ona koniecznie czy niezmiennie oznaczać zrozumienia siebie. Widzieliśmy, że sam akt interpretacji może zostać wykorzystany do wsparcia obron, nawet wtedy, gdy właśnie je interpretujemy. Hoffman i Gill (1988) opisali przypadek, w którym:

[w] sam moment interpretacji często wdzierają się te cechy rozegrzań przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych, do których odnosi się treść interpretacji (Hoffman i Gill, 1988, s. 60).

A zatem pacjent może dążyć do nieanalitycznych celów, wykorzystując analityka. Psychoanalitycy używają terminu „opór” – mówię tu o jednej z form oporu – chcąc w ten sposób przekazać, że z punktu widzenia pacjenta jest całkowicie zrozumiałe unikanie analitycznego rozumienia i zwalczanie pragnienia takiego rozumienia. Pacjent radzi sobie ze swoim lękiem najlepiej jak potrafi. Jego metoda zawiodła w przeszłości, a zatem jego wiara w stosowane od dawna środki musi pozostać niezmacona, ponieważ nie ma on alternatywnych zasobów. Nieuchronnie użyje analityka zgodnie ze swoim przeszłym przekonaniem, jakkolwiek rozpaczliwym. To obronne nastawienie i zniekształcanie swoich obiektów jest w istocie tym, co nazywamy przeniesieniem, a więc jest tym, co pacjent będzie powtarzał. Oznacza to jednak, że musimy być wyczuleni na jego użycie nas, które jest sprzeczne lub odbiega od naszego oczekiwania, że pacjent chce osiągnąć wgląd.

Pacjent może nawet uznać analizę za nierozważną i niebezpieczną ścieżkę obroną przez analityka, jeśli nieświadomie oznacza ona porzucenie jego dotychczasowych metod radzenia sobie. Dlatego często początkową częścią analizy jest przywoływanie sobie przez pacjenta do świadomości, że jego doświadczenia są dla niego rzeczywiście nie do zniesienia. Jednocześnie, jedynym sensownym sposobem działania wydaje mu się wtedy wzmocnienie własnych obron.

Tak więc zrozumiała dla obu stron może być sytuacja, gdy analityk reaguje na pacjenta zakłóceniem.

Obezwładnienie

W przypadku wielu pacjentów powstaje pewna szczególna sytuacja. Usypiają oni czujność analityka, sprawiając, iż myśli on, że prowadzi analizę. Jednak analiza jest zbyt spokojna, na pozór jest aż nazbyt kooperacyjna, ale nijaka i pozbawiona żywych momentów. Ostatecznie nie prowadzi do żadnych zmian; nie udaje się dotrzeć do pacjenta. Analityk może sądzić, że wielka praca została wykonana i rzeczywiście tak było, ale to nie była praca analityczna. To praca, która tylko wygląda jak prawdziwa, ale nie prowadzi do żadnych postępów. W takim przypadku prawdziwa analiza zaczyna się dopiero wtedy, gdy pojawi się świadomość, że analiza się jeszcze nie zaczęła.

35-letni pacjent rozpoczął analizę z dość paranoicznym lękiem, że może być obiektem ataku. W analizie szybko przyjęło to formę niepokoju, że moje opinie wprowadzone do jego umysłu wymażą jego opinie i jego samego:

Na jednej z sesji powiedział na samym początku, że nie wypisał czeku pokrywającego rachunek, który mu dałem na poprzedniej sesji. Tamtego ranka przyszedł do mojego gabinetu prosto z nocnej zmiany, na której zaczął chwilowo pracować. Czuł się inaczej niż wtedy, gdy przychodził do mnie z domu. Po pięciu minutach milczenia powiedział, że usłyszał od krewnego historię o tym, jak jego matka przechodziła kiedyś obok bezdomnego mężczyzny na ulicy i odmówiła dania mu pieniędzy. Sugerował, że to było bezduszne.

Ten obraz matki był już dobrze znany: była to osoba, którą ciągle rozpraszały inne myśli i problemy, które miała.

Powiedziałem, że to jest skomplikowana sytuacja. Najwyraźniej jego praca odciągnęła jego uwagę od mojej potrzeby, wyrażonej w rachunku, ale w związku z tym czuł się winny, jakby był taki jak jego matka, nie dając nic bezdomnemu żebrakowi we mnie. Mówiąc to, zdałem sobie sprawę, że bardzo chciałem zinterpretować mu to powiązanie.

Pacjent odpowiedział nieco wyniośle, że jego zdaniem mieszkam w bardzo okazałej dzielnicy Londynu. To mogło być proste zaprzeczenie, ale uznałem, że niesie też w sobie coś innego. Zastanawiałem się, czy pacjent nie odczuł mojego zapału do stworzenia interpretacji opartej na powiązaniu w taki sposób, jakbym chciał przejąć kontrolę za pomocą wyniosłego, górującego nad nim myślenia, tak że poczuł się zagrożony tym, że zostanie wymazany. Być może faktycznie trochę się pośpieszyłem i uświadomiłem sobie, że być może stało się tak dlatego, że według mnie jego stwierdzenie dotyczące niewypisanego czeku nie zawierało wystarczającej skruchy.

Gdy próbowałem ująć to w moim umyśle, on przeszedł do innej myśli. Powiedział, że w drodze do mnie widział na ulicy żebraka. Powiedział to rzeczowo, jakby spodziewał się, że rozpoznam związek z wcześniejszą historią o bezdomnym. Chwilę później powiedział, że chodziło mu raczej o to, że martwi się o własne niedostatki.

Dokonałem wtedy interpretacji opartej na założeniu, które okazało się błędne. Założyłem, że konflikt dotyczył przyjęcia wglądu dotyczącego niedostatków. Powiedziałem więc o niedostatkach w nim, w żebraku, we mnie i w ludziach, którymi opiekował się na nocnej zmianie. Ponownie uświadomiłem sobie uczucie pewnego zadowolenia z tej interpretacji.

Pacjent odpowiedział w charakterystyczny sposób. Powiedział, że bycie ze mną jest zawsze jak zderzenie z murem. Uznałem zatem, że moje założenie było błędne. Jego konflikt w tym momencie nie wiązał się z wglądem dotyczącym niedostatków. Była to nadal jego walka z obiektem we mnie, z matką, której umysł otoczony murem ignorował jego umysł i był zadowolony ze swoich własnych myśli, które wkładałem mu do głowy.

Powiedziałem, że on czuje w tym momencie, że moją uwagę odciąga znaczenie moich własnych myśli, i że z tego, co mówił, przypominam mu matkę, w której nie ma miejsca na myślenie o nim.

W dość uderzający sposób jego uraza znikła. Pacjent wyraźnie poczuł się pamiętany, a następnie odniósł się do swoich uczuć, że jest atakowany. Nie chodziło po prostu o jego niedostatki, ale o to, że kiedy był w potrzebie, to był atakowany przez umysł, który go wymazywał.

Wyglądało na to, że miała tu miejsce projekcja bogatego rodzica/matki we mnie oraz moja akceptacja tego nadęcia we mnie, która sprawiła, że otoczyłem się murem, jak sądził. Pacjent ocenił moją interpretację, mój wyniosły umysł (i lepszą lokalizację mojego domu) i uznał, że ten otoczony murem umysł chce go wymazać. Pacjent był bardzo wyczulony na

to, czy osoba, z którą jest w kontakcie ma umysł otwarty na jego udrękę. Dostrzegał też we mnie silny niepokój, że muszę chronić mój umysł przed jego wdzierającą się udręką.

Kiedy pacjent próbował użyć mojego umysłu jako miejsca, w którym może umieścić pewne aspekty własnego doświadczenia, odkrył, że mój umysł odmawia przyjęcia jego doświadczeń i jego potrzeb; a potem miał poczucie, że odwracam sytuację i domagam się, aby to on przyjął myśli z mojego umysłu. Ten pacjent jest zaprzątnięty obiektem, który odwraca się od jego potrzeb i sprawia, że on czuje się winny za obciążanie matki we mnie i boi się odwetu. W istocie prawidłowo ocenił mój umysł w tamtym momencie. W końcu podałem pacjentowi interpretację *skoncentrowaną na analityku* (Steiner, 1993). Jego zmieniona reakcja wskazywała, jak bardzo potrzebował, aby jego zainteresowanie moim umysłem zostało rozpoznane. W tym momencie uchwyciłem ten problem na tyle, by poczuł, że jego obawy zostały faktycznie zrozumiane, zmienił sposób zachowania i odkrył własną zdolność do myślenia o tym. Moje werbalne opracowanie w tym momencie zawierało bezpośredni moment niepokojów o to, jak działa mój umysł. W rezultacie pacjent odzyskał przez chwilę swoje zdolności do myślenia i do zrozumienia siebie. Reakcja na moją interpretację pokazała, że była to zasadna interpretacja, która zgadzała się z jego odczuciem w tym momencie. Momenty, które zarejestrowałem demonstrują – jak sądzę – interakcję, w której miałem w istocie pewne własne uczucia, na które reagowałem. W tym sensie rozegrałem z pacjentem drażliwe wtargnięcie do jego umysłu.

Wyjątkowość tego podejścia polega na jego technicznych implikacjach. To jest stały proces, w którym analityk jest włączany w fantazje pacjenta, próbując je odkryć. Oczywiście pacjent nie używa swoich zdolności do refleksji jedynie w celach obronnych. W równym stopniu wymaga i poszukuje prawdziwego zrozumienia; albo może czuć się zmuszony do oszczędzenia analitykowi własnych niepokojów; albo może triumfalnie wprowadzić analityka w sam środek przeżywanych niepokojów. To, jakie są dokładne motywy tych szczególnych manewrów trudno dostępnych osób, zostanie omówione w następnym rozdziale.

Literatura cytowana

Aron, L. (1992). Interpretation as expression of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dialogues*, 2, s. 475-507.

Blass, R. B. (2011). On the immediacy of unconscious truth: Understanding Betty Joseph's 'here and now' through comparison with alternative views of it outside of and within Kleinian thinking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 92, s. 1137-1157.

Brenman Pick, I. (1985). Working through in the countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 66, s. 157-166. Także w: E. B. Spillius (red.) (1988). *Melanie Klein Today*. T. 2 *Mainly Practice*, s. 34-47. London, Tavistock.

Dewey, J. (1910). *How we think*. Boston, D.C. Heath and Company.

Feldman, M. (1997). Projective Identification: The Analyst's Involvement. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, s. 227-241.

Feldman, M., Spillius, E. B. (1989). *Wprowadzenie do cz. 2*. W: B. Joseph, *Psychic equilibrium and psychic change*. London, Routledge.

Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76, s. 475-485.

Greenberg, J. R. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanal. Dialogues*, 1, s. 52-73.

Hargreaves, E., Varchevker, A. (red) (2004). *In Pursuit of Psychic Change*. London, Routledge.

Heimann, P. (1960). On counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31, s. 81-84. Także w: P. Heimann (1989). *About Children and Children-No-Longer*, s. 73-79. London, Routledge.

Hinshelwood, R. D. (1985). The patient's defensive analyst. *Brit. J. Psychother.*, 2, s. 30-41.

Hoffman, I. Z., Gill, M. M. (1988). Critical reflections on a coding scheme. *Int. J. Psycho-Anal.*, 69, s. 55-64.

Joseph, B. (1978). Different types of anxiety and their handling in the analytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59, s. 223-228.

Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change*. London, Routledge.

Klein, M. (1943). Memorandum on her technique. W: P. King, R. Steiner (red.) (1991) *The Freud-Klein Controversies 1941-1945*, s. 635-638. London, Routledge.

Klein, M. (1952 [1946]). Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych. W: M. Klein, *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946-1963*. (Pisma t. III). Przeł. A. Czownicka, H. Grzegołowska-Klarkowska. Gdańsk, GWP.

Money-Kyrle, R. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37, s. 360-366. Także w: *The Collected papers of Roger Money-Kyrle. Perthshire*, Clunie Press oraz w: E. Spillius (red.) (1988). *Melanie Klein Today*, t. 2. *Mainly Practice*. London, Routledge.

Peräkylä, A. (2010). Shifting the perspective after the patient's response to an interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 91, s. 1363-1384.

Rosenfeld, H. (1987). *Impass and Interpetation*. London, Routledge.

Sandler, J. (1976). Countertransfenece and role-responsiveness. *Int. Rev. Psychoanal.*, 3, s. 43-47.

Sandler, J. (1983). On communication from patient to analyst: Not everything is projective identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64, s. 35-44.

Schafer, R. (1997). Vicissitudes of remembering in the countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, s. 1151-1163

Spillius, E. (2007). *Encounters with Melanie Klein*. London, Routledge.

Steiner, J. (1993). Problemy techniki psychoanalitycznej: interpretacje skoncentrowane na pacjencie i na analityku. W: J. Steiner, *Psychiczny azyl*. Przeł. M. Żylicz, L. Kalita, M. Lipińska. Gdańsk, Wydawnictwo Imago, 2010.

Tuckett, D., Basile, R., Birksted-Breen, D., Bohm, T., Denis, P., Ferro, A., Hinz, H., Jemstedt, A., Mariotti, P., Schubert, J. (2008). *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The Evolution of a Method*. London, Routledge.

