

Maciej Musiał

Pamiętam pierwszą superwizję indywidualną u dr Hanny Segal w 2004 roku. Miała się odbyć w sopockim Grand Hotelu. W pokoju z widokiem na morze. Zapukałem do drzwi. Po chwili usłyszałem „proszę wejść”. Otworzyłem drzwi i zobaczyłem kłębiące się w pokoju opary tytoniowego dymu, z którego stopniowo wyłaniała się postać dr Segal. Czułem, że miałem niezwykłą okazję poznania jej „psychoanalitycznej osobowości”, sposobu myślenia o pacjencie i analizy materiału. Byłem też ciekawy dr Segal jako osoby.

Wnikliwie analizowała materiał. Skrupulatnie czytała przebieg sesji; obserwowała w jakim stanie umysłu pacjent przyszedł na sesję, a z kolejnych skojarzeń wnioskuje o doświadczeniu przerwy między sesjami czy przerwy weekendowej. Dalej rozważała reakcje pacjenta na interpretacje oraz reakcje terapeuty na skojarzenia pacjenta. Obserwowała zmieniający lub utrwalający się stan pacjenta, zmieniające się przeniesienie oraz powody, dla których tak się działo. Wydobywała znaczenia i wskazywała wyraz nieświadomych fantazji w skojarzeniach pacjenta. Słuchała, dopytywała. I dalej, rozważała z czym pacjent kończył sesję. Szukała rozumienia tego, co znaczy dla pacjenta koniec sesji, przerwa i powrót na kolejną. Zarysowywała obraz relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej. Z materiału wydobywała kluczowe elementy postawy umysłu pacjenta i łączyła je z objawami, które odnajdowała w przeniesieniu. Ta zasadnicza postawa umysłu była reprezentowana przez pamiętane dziecięce historie, które Klein nazywała „*general childhood situation*”. Segal pokazywała jak przeszłość trwa czy odciska się w teraźniejszości, ale czyniła to w sposób niezwykle dostosowany do aktualnego psychicznego doświadczenia pacjenta. Miała znakomitą intuicję emocjonalnego świata pacjenta. Tak samo jak w pisaniu, tak w dyskusji i superwizji miała wyraziste poglądy, zwięzły i jasny styl.

Chciałbym jednak, aby to wspomnienie było okazją do odtworzenia myślenia Segal o superwizji, o której nigdy nie napisała odrębnego tekstu. Moje doświadczenie superwizji u Hanny Segal było incydentalne - spróbuję jednak w oparciu o różne publikacje zawierające

odniesienia do superwizji - naszkicować poglądy Segal dotyczące niektórych kwestii klinicznych czy technicznych istotnych dla stylu jej prowadzenia.

ANALIZA PRZECIWPZENIESIENIA W OPARCIU O MATERIAŁ

Dr Segal ceniła wnikliwą analizę materiału. Nie lubiła długich wynurzeń superwizanta o własnych uczuciach i nie ufała wartości obfitych opisów przeciwprzeniesienia i wskazań identyfikacji projekcyjnej. Nawet jeśli Segal uważała, że przeciwprzeniesienie jest sprawą superwizanta i jego analityka to nie oznaczało to nigdy, że usuwała dyskusję o przeciwprzeniesieniu. Istotne było to jak superwizant wprowadza własne przeżycia kontaktu z pacjentem do superwizji. Wskazanie przez superwizanta problemu z własnymi uczuciami wobec pacjenta traktowała Segal jako ważny obszar superwizyjnej pracy. Ale jeśli przebieg prezentacji materiału miał inny sens zdarzało się, że mówiła: *„to być może masz do zrobienia we własnej analizie, ale tu jesteśmy bardziej zainteresowani rzeczywistym materiałem”*. Powszechnie znane jest Jej nośne określenie, że przeciwprzeniesienie jest bardzo dobrym pomocnikiem, ale złym panem. Twierdziła, że przeciwprzeniesienie bywa przeceniane czy wręcz nadużywane. Niektórzy superwizanci, a z nimi nie raz superwizorzy łatwo racjonalizują przeciwprzeniesienie i usprawiedliwiają działanie pod jego presją zamiast wykorzystywania go jako wskazówki do rozumienia pacjenta (Segal, 2006).

Podczas superwizji dla Segal istotne było to jak superwizant operuje przeciwprzeniesieniem. Skargi czy nie raz oburzenie superwizanta na to, „co mu robi pacjent i jaki jest” oznaczają często porażkę w rozumieniu przeciwprzeniesienia. Uważała to za błąd i twierdziła, że uznanie tego umożliwia uczenie się na błędach i wyciąganie z nich wniosków. Segal lubiła opowiadać historię, jak pewien superwizant w trakcie superwizji u Melanii Klein powiedział: *„pacjent skłonił mnie, abym to zrobił....”*, a następnie dodał: *„pacjent wyprojektował we mnie swoje pomieszanie”*. Klein odpowiedziała: *„nie, mój drogi, ty po prostu byłeś pomieszany”*.

Segal twierdziła, że nie należy interpretować samego przeciwprzeniesienia, jeżeli nie znajduje ono potwierdzenia w materiale. Traktowanie przeciwprzeniesienia *per se* bez odniesienia do materiału jest aktem omnipotencji wobec własnej psychiki. W tym duchu wypowiedział się Wiktor Sedlak (2003), który zauważył, że uwzględnianie materiału pacjenta w przepracowywaniu przeciwprzeniesienia zabezpiecza nie tylko przed terapeutyczną

magalomanią, ale również przed tworzeniem symetrycznej relacji z pacjentem, w której terapeuta ujawnia własne odczucia (*self-disclosing*), skojarzenia czy *reveries*.

Połączenie materiału, który wnosi pacjent z przeciwprzeniesieniem daje ogromne możliwości rozumienia pacjenta, pod warunkiem wyciągania wniosków z nieuniknionych zakłóceń nazywanych rozgrywaniem w działaniu przez analityka.

PATOLOGICZNA IDENTYFIKACJA PROJEKCYJNA PRZECIWKO ŻYCIU, KTÓRE BOLI

Warto wspomnieć w tym miejscu, że Segal swoje rozumienie zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia opierała na idei identyfikacji projekcyjnej w wersji Biona. Identyfikacja projekcyjna, twierdził Bion, jest nie tylko onnipotentną fantazją w umyśle niemowlęcia, ale także jest podstawową metodą komunikacji. W jednym ze swoich tekstów Segal pisała (2005): *„Dzięki niej (tej metodzie) niemowlę może wywoływać niewerbalnymi środkami bardzo silne uczucia w obiektach rodzicielskich. Ten rodzaj komunikacji zawsze występuje w rozmowie”*. I dalej: *„Nie można zakładać, że wszystko, co niewerbalne, jest formą acting in, a wszystko, co werbalne, stanowi komunikat. Mowa może zostać wykorzystana do działania, na przykład zalewanie analityka dużą ilością niejasnego materiału. Acting in zazwyczaj wynika z chęci pozbycia się niechcianych części self oraz z pragnienia wpłynięcia na umysł analityka”*. Segal odróżniała „projekcję na analityka” od „projekcji w analityka”. Pierwsza jest wyrazem błędnej percepcji pacjenta wynikającej z jego fantazji. Nie wpływa ona na stan umysłu analityka. Druga z kolei jest staraniem o określony stan umysłu analityka, aby zaktualizować swoje fantazje lub rozegrać je w trakcie sesji. Ten typ projekcji, czyli identyfikacja projekcyjna, wpływa na przeciwprzeniesienie.

Zjawisko patologicznej identyfikacji projekcyjnej jest wyrazem działania popędu śmierci. Segal bardzo przystępnie opisywała i wyjaśniała przejawy popędu śmierci u trudnych, głębiej zaburzonych pacjentów. Widziała ten popęd jako działający przeciwko życiu, dlatego, że wszelki ból pochodzi od życia, czy to w postaci myślenia, postrzegania czy uczuć. Destruktywność skierowana jest zarówno przeciwko postrzeganemu obiektowi, jak i postrzegającemu self. W superwizji zwracała baczność na symptomy zabijania własnych zdolności umysłowych przez pacjenta.

O PRZECIWPZENIESIENIOWEJ GOTOWOŚCI

Te zjawiska są poważnym wyzwaniem dla analityka i dlatego dużą wagę Segal przywiązywała do właściwego operowania przeciwprzeniesieniem. W tekście *Przeciwprzeniesienie* (Segal, 1981/2006) stwierdziła, że uznanie przeciwprzeniesienia jako funkcji osobowości pacjenta otworzyło nowe możliwości rozumienia pacjenta, techniki pracy, ale także nałożyło na analityka wymóg szczególnej otwartości uczuciowej, nie tylko intelektualnej – sugerowanej przez Freuda, gdy wprowadzał pojęcie swobodnie płynącej uwagi. Analityk dopuszcza, aby pacjent wpływał na niego w stopniu znacznie większym niż w zwykłych kontaktach międzyludzkich. Z kolei w tekście *„Używanie i nadużywanie przeciwprzeniesienia”* (Segal, 2005) rozwinęła tę myśl i opisała zdolność analityka do odbierania projekcji bez identyfikacji z nimi. Tę zdolność nazwała gotowością przeciwprzeniesieniową. Jest ona oparta na dobrym kontakcie z własnymi niemowlęcymi doświadczeniami, identyfikacji z macierzyńskim kontenerem, który zawiera niemowlęce stany własne i pacjenta oraz utrójkątowionym stanie umysłu – zdolności do obserwacji, wynikającym z internalizacji pary rodzicielskiej. To co często nazywamy „*analitycznym czy profesjonalnym rozszczepieniem*”, „*pozycją analityczną*” lub „*podwójną relacją z pacjentem*” polega na łączeniu aspektu macierzyńskiego – przyjmowania i przeżywania uczuć z aspektem ojcowskim – obserwacji procesu i rozumienia.

O TECHNICIE PRACY, PROWADZENIU SUPERWIZJI I SEMINARIÓW

W książce *„Listening to Hanna Segal: Her Contribution to Psychoanalysis”* będącej rozmową J-M. Quinodoza z dr Segal - w rozdziale Seminaria i superwizje - Segal daje krótkie przykłady ilustrujące jej poglądy dotyczące techniki pracy, prowadzenia superwizji oraz seminariów.

Wskazała podejmowanie i przepracowywanie negatywnego przeniesienia jako niezbędny element analizy. Zauważyła, że niektórzy analitycy, a zapewne i wielu terapeutów, starają się o miłą atmosferę pracy; uspokajają i wspierają pacjentów, schlebiają ich potrzebom. Jest to postawa oparta na przeświadczeniu, że terapia czy sesja będzie dobra, gdy nic nieprzyjemnego nie będzie się dziać w przeniesieniu. Ten sposób pracy był dla Segal synonimem powierzchownej analizy. Segal wspomniała zebranie naukowe, na którym pewien analityk szkoleniowy powiedział, że superwizor powinien zawsze pozytywnie komentować pracę studenta, wspierać i nigdy go nie krytykować. Segal podkreślała swój sprzeciw wobec takiej postawie. Uważała, że uspokajanie i ignorowanie negatywnego

przeniesienia zwykle jest objawem idealizującej koluzji z pacjentem. Wyjaśniała, że tacy analitycy nie są bardziej sadystyczni niż inni, ale często taka kombinacja: „spokojnie....dobrze....” sprawia, że stają się nieświadomie okrutni. Za najlepszy sposób uczenia uważała pokazywanie w materiale tego, co jest denerwujące, uszkodzone czy złe i tego, dlaczego inny sposób podejścia do pewnych zjawisk byłby lepszy. Polecała taktowność i nie upokarzanie superwizanta. W oparciu o swoje doświadczenia prowadzenia seminariów i superwizji Segal stwierdziła, że wielu analityków potrafiło z czasem zmienić tę postawę, ale nie raz okazuje się, że skłonność do unikania bycia widzianym jako zły obiekt okazuje się trwałą cechą.

Na jednym z sympozjów wiele lat temu Segal oraz inny analityk mieli prezentować przypadki swoich pacjentów. Według Segal były to dwie bardzo podobne do siebie depresyjne kobiety, ale analitycy mieli odmienne techniczne podejście. Pacjentka analityka skarżyła się, że podczas dzieciństwa jej mama nie dawała jej należytej uwagi. Materiał obfitował w pretensje do analityka za to, że milczał na początku sesji, ale on ani razu nie interpretował tego zjawiska w przeniesieniu. Ewentualnie interpretacje były przekazywane w „białych rękawiczkach”: „*oczywiście możesz być zła na mnie dzisiaj*”. Pacjentka stale skarżyła się na analityka, mówiąc, że jej mąż niczego nie robi dobrze. Pacjentka miała również pretensje, że jej analityk wysłał jej męża do złego analityka, a analityk mówił do niej: „*ale ja nie polecałem tego analityka. Nikt mu nie mówił, aby szedł do tego analityka*”. Pacjentka ani razu nie odniosła tych emocji i uwag do swojego analityka. Swoje uczucia do niego umieszczała w analityku męża. Dla Segal było to rozszczepienie negatywnego przeniesienia. Konkludowała, że dla ludzi, którzy przez lata przymykali oko na rzeczywiste przeniesienie, zmiana takiej postawy jest bardzo trudna i trzeba czekać wiele lat, aby mogli przyjąć inną perspektywę.

Inny przykład postawy ignorującej przeniesienie dotyczy analityka, któremu raz pacjent powiedział, że ojciec dał mu trochę pieniędzy. Analityk odpowiedział: „*Wspaniale!*”. Na co pacjent odrzekł: „*Bzdura, to dla niego nic. On jest bogaty a dał mi kilka pensów*”. Za jakiś czas Segal, która superwizowała tego analityka powiedziała, że następnym razem pacjent będzie oczekiwał, aby powiedzieć mu jakie to jest straszne. „*Co ty?!*”, zawołał superwizant. Segal kontynuowała: „*A czy ty jesteś grecki chór, który powtarza to, co on mówi w przesadny sposób?*”. Trzy tygodnie później ojciec pacjenta zachorował, a analityk powiedział: „*Jakie to straszne dla ciebie*”. Pacjent odpowiedział: „*Straszne dla mnie? Przecież wiesz, że nienawidzę*”.

mojego ojca. Zresztą nie jest z nim aż tak źle". Segal pokazała superwizantowi, jak pacjent używa tego, co on mówi do dewaluowania go jako analityka, sugerując, że nie jest mocny. Ale ten analityk stale powtarzał swoje postępowanie i w żaden sposób nie zmienił swojego podejścia.

Kolejną istotną kwestią, na którą zwracała uwagę Segal w superwizji była skłonność niektórych superwizantów do ujawniania własnych odczuć (*self-disclosure*), komunikowania bezpośrednio swojego przeciwprzeniesienia. Uważała, że jest to *acting-in* analityka. Lakonicznie i zdecydowanie komentowała, że takie podejście wzmacnia omnipotencję pacjenta i wzmacnia jego opór.

Segal była zasadniczo przeciwna zamienianiu superwizji w analizę superwizanta. Bardzo rzadko komentowała przeciwprzeniesienie superwizantów. W cytowanym wcześniej tekście *Używanie i nadużywanie przeciwprzeniesienia* Segal daje przykład, w którym ustosunkowała się jednak do przeciwprzeniesienia superwizanta, który nie zdawał sobie sprawy z jego istoty. W pracy z bardzo wycofaną pacjentką, opuszczającą sesje, często milczącą i kastrującą terapeutę, przeciwprzeniesienie było trudne do zniesienia. W ciągu tygodnia terapeuta zinterpretował, nie po raz pierwszy, że pacjentka widzi go jako nieskutecznego i bezużytecznego. Tym razem pacjentka zareagowała silnymi emocjami i wydawała się być poruszona tym, co terapeuta jej powiedział. Jednak na kolejną sesję nie przyszła, a na następnej była, lecz lekceważyła próby terapeuty nawiązania z nią kontaktu. W piątek pacjentka milczała całą sesję. Superwizant ocenił jednak, że pomimo tego, ich kontakt był trochę lepszy niż w poprzednich dniach, a milczenie nie miało wrogiego charakteru. Sam czuł się spokojny. Segal wiedziała, że superwizant z powodów osobistych pod koniec tygodnia był w bardzo dobrym nastroju. Z materiału z tygodnia nie wynikało dla Niej, aby byli w lepszym kontakcie. Pacjentka, według Segal „była przytłoczona swoją reakcją emocjonalną i że jemu samemu trudno było znieść nasilenie i głębię jej emocji, szczególnie poczucie winy, i był bardzo wdzięczny, że pacjentka tego nie powtarza”. Oceniała, że superwizant ze swoją pacjentką byli w koluzji wybierając schizoidalne wycofanie i unikając konfrontacji z nieznośnym poczuciem winy i straty. Tak więc samozadowolenie analityka wynikało częściowo z projekcji pacjentki. W innych relacjach pacjentki ludzie byli często zaskakująco tolerancyjni dla jej odpychających i dystansujących się zachowań. Ona z kolei czuła się niezrozumiana i ignorowana przez innych. Superwizant swój spokój ducha błędnie

potraktował jako informację o poprawie pacjentki. Segal konkludowała, że u bardziej doświadczonego analityka wewnętrzny obserwator byłby bardziej zinternalizowany i przyjemny stan psychiczny byłby spostrzeżony nieufnie. Dla Segal historia ta pokazuje również złe skutki koncentrowania się na swoich uczuciach bez odniesienia ich do materiału.

Segal wiedziała, że wypowiada się zdecydowanie. Raz wspomniała, że nie pracowała w rękawiczkach. Mówiła to, co myśli. Zawsze jednak apelowała o nieponížanie superwizanta. W grupach seminaryjnych dbała o dobrą atmosferę prezentacji materiału – pacyfikując wrogie zachowania uczestników. Chciała, aby ludzie czuli się w miarę swobodnie i atmosfera wolności była dla niej niezwykle wartościową. Segal wspominała seminarium prowadzone przez siebie w Genewie w latach 80-tych. Ktoś prezentował materiał i na początku dyskusji jeden z uczestników agresywnym tonem powiedział do kolegi: *„wszystko co robisz to twoje homoseksualne przeciwprzeniesienie”*. Segal skomentowała: *„To, co myślisz o przeciwprzeniesieniu kolegi, powiedz swojemu analitykowi. Nie chcemy tego rodzaju walki na seminarium”*. Hanna Segal prowadziła wiele seminariów w bardzo wielu różnych krajach. Często były to grupy jednorodne pod względem zaawansowania i podejścia kleinowskiego. Miała również doświadczenia w pracy z grupami o różnorodnej orientacji czy też charakteryzujących się słabą identyfikacją z jakimkolwiek podejściem. Zdarzyło się również pracować z kandydatami szczególnie w Ameryce, którzy byli niechętni podejściu kleinowskiemu. Segal starała się być wtedy taktowna i ostrożna. Pokazywała różne aspekty materiału klinicznego odsuwając teoretyczne komentarze na stosowny czas.

O KULTURZE DYSKUSJI Z KOLEGAMI

Często podkreślała, że ważna jest zdolność do dyskusji wtedy, gdy rysują się odmienne poglądy i sposoby myślenia nie tylko o materiale klinicznym, kwestiach teoretycznych i technicznych, ale również wobec problemów życia w Towarzystwie. Uważała, że wobec pacjentów nie musimy być kurtuazyjni, ale w kontaktach i dyskusjach z kolegami powinniśmy być uprzejmi czy właśnie kurtuazyjni. Powinniśmy umieć rozbroić wrogość. Dawała przykłady takich pożądaných zachowań: *„To jest jeden punkt widzenia, ale ja chciałabym podzielić się z wami moim rozumieniem tego materiału”*. Starała się wspierać tych kleinistów, którzy wydawali się entuzjastyczni, ale też wrodzy wobec innych i zachęcała do takich zachowań,

jak uważne słuchanie, zauważanie punktów z którymi się zgadzają i takich, wobec których mają odmienne zdanie. Zdawała sobie sprawę, że często jest to niezwykle trudne.

BIBLIOGRAFIA

Sedlak V. (2003). *The patient's material as an aid to the disciplined working through of the countertransference and supervision*. Int. J. Psycho-Anal., 84: 1487-1500

Segal H. (2006). *Przeciwp przeniesienie w: Hanna Segal Teoria Melanii Klein w praktyce klinicznej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Segal H. (2005) *O klinicznej użyteczności popędu śmierci w: Hanna Segal Psychoanaliza, literatura i wojna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Segal H.(2005) *Używanie i nadużywanie przeciwp przeniesienia w: Hanna Segal Psychoanaliza, literatura i wojna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Quinodoz J-M. (2008). *Listening to Hanna Segal: Her Contribution to Psychoanalysis*. Routledge.