

Hester McFarland Solomon

ROZWOJOWE PODEJŚCIE W PSYCHOLOGII ANALITYCZNEJ

THE DEVELOPMENTAL SCHOOL IN ANALYTICAL PSYCHOLOGY

**analytical psychology
relation with an object**

W artykule przedstawione jest w historycznej perspektywie rozwojowe podejście analityczne, z którego wywodzi się Londyńska Szkoła Analizy. Autorka sięga do korzeni porównując teorie Z. Freuda i C.G. Junga od strony ograniczeń koncepcji. Następnie przedstawia nurt „relacji z obiektem” wywodzący się z koncepcji M. Klein. Na koniec przedstawia model spójny z powyższym kierunkiem rozwoju analizy Fordhama, który wzbogaca ją o teorię rozwoju „Ja”.

Summary: The paper has sought to offer an understanding of the theoretical and clinical situation of analytical psychology in England which gave rise to the so-called „London Developmental School”. In London in the decades after World War II, vigorous psychoanalytic investigations were taking place, gleaned from the analyses both of adult patients and of very young children, as well as from conclusions reached through a growing tradition of meticulous infant observations conducted over several years, concerning the development of early infantile states of mind and how these were discernable in the analytical relationship. Equally important were discoveries concerning the crucial role of the analyst’s inner responsiveness to the information contained in the patient’s often subtle, often powerful, preverbal communications.

Certain analytical psychologists in London became increasingly aware of the necessity of integrating Jung’s valued prospective approach to work with the unconscious psyche with a need to ground such work in an understanding of those primitive states of affect and mentation by which the infant and child made its experiences comprehensible to itself. There was a recognition of the need to protect the analytic space by maintaining a boundaried and safe frame within which the exploration of mental contents could be conducted that would ensure that the patient could safely regress, if appropriate, to whatever depth of the psyche he or she was able, or needed, to attain in order for transformation and growth to occur.

Seen as a whole, the movement of a conjoint analytic tradition comprising psychoanalysis and analytical psychology together might offer, despite whatever real differences may exist, a more inclusive and potentially more creative arena in which fruitful formulations in the broad area of depth psychology in general, and the content and processes of the self in particular, can take place.

Wprowadzenie

W ciągu pierwszych kilku dziesięcioleci swojej historii psychologia analityczna Junga, modyfikowana przez jego następców, nie zajmowała się głębokimi psychologicznie aspektami niemowlęcego i wczesnodziecięcego rozwoju. Nie przykładła też dużej wagi do korzyści, jakie można było czerpać z [uwzględniania]¹ i rozumienia różnorodności relacji zachodzących w gabinecie terapeutycznym pomiędzy pacjentem a analitykiem. Twórcze kroki potrzebne do połączenia obu tych obszarów badań (to znaczy wczesnych etapów rozwoju i stanów umysłu z jednej strony, a przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem z drugiej), nie zostały podjęte w ramach psychologii analitycznej, lecz na niwie psychoanalizy, w pracach Freuda i jego następców.

Te obszary badań analitycznych nie wzbudziły większego zainteresowania u Junga ani też wśród osób skupionych wokół niego. Pozostawali oni pod wpływem atrakcyjności idei twórczej i symbolicznej aktywności [umysłu] oraz zbiorowych i kulturowych dążeń. Niemniej jednak można stwierdzić, że źródła takiej aktywności umysłu znajdują się dokładnie w obszarze związków pomiędzy procesami pierwotnymi (to znaczy wcześniejszymi, bardziej prymitywnymi psychicznymi procesami opartymi o niemowlęce struktury) a późniejszymi wtórnymi procesami psychicznymi.

Brak klinicznej i teoretycznej tradycji w badaniu tych dwóch ważnych obszarów — wczesnodziecięcych² etapów rozwoju oraz przeniesienia wraz z przeciwprzeniesieniem — owocujący także brakiem zainteresowania dla zrozumienia ich wzajemnych powiązań poprzez analizę dziecięcego przeniesienia — w jakiś istotny sposób zubaża psychologię analityczną. Zakładając, że psychologia analityczna miałaby się nadal rozwijać, jako kliniczne, profesjonalne i wiarygodne przedsięwzięcie, niezbędna wydaje się jakaś jej rewizja. Istotnym wkładem Junga w rozumienie potencjalnych funkcji psychiki (włączając w nią self), dialektycznie rozwijającej się i transformującej, było wskazanie ryzyka jej ograniczeń wynikających z braku solidnego ugruntowania w historycznym i genetycznym rozumieniu wczesnej psychicznej aktywności.

Kontekst historyczny

Jung nie przeprowadzał drobiazgowych i szczegółowych badań nad wczesnodziecięcymi stanami umysłu. Prześledzenie jednakże jego modelu psychiki pokazuje, że nie jest to pełen obraz jego badań nad podstawami psychicznej aktywności. Jung zasadniczo nie stawiał sobie pytania, czy dziecko ma oddzielną od podświadomości swoich rodziców tożsamość. Nie był też szczególnie zainteresowany eksplorowaniem sposobów przejawiania się wczesnych doświadczeń w przeniesieniu pacjenta wobec analityka. Te sprawy traktował jako obiekty badania charakteryzujące redukcyjne podejście psychoanalizy, z których korzysta się po to, aby ulokować we wczesnych okresach dzieciństwa i odnieść do nich źródła aktualnych neurotycznych konfliktów pacjenta oraz jego objawy. Pomimo to był

¹ Wyrazy w nawiasach kwadratowych zostały dodane przez tłumacza, w celu zachowania jasności tekstu.

² Termin „wczesnodziecięcy” ma w zamyśle obejmować też okres niemowlęcy, począwszy od urodzenia [przyp. tłum.]

zainteresowany sformułowaniem modelu umysłu, który by ujmował wszystkie wyższe stany funkcjonowania psychicznego, obejmujące myślenie, twórczość, symboliczne nastawienie. Skoncentrował swoje psychologiczne badania na drugiej połowie życia jednostki, w czasie której, jak mniemał, istniało duże prawdopodobieństwo, że wymienione aspekty przejawiają się najpełniej. Poświęcił znaczną część swojej twórczej energii na poszukiwania najbardziej rozwiniętych kulturowych i naukowych tęsknot i wysiłków ludzkości na przestrzeni wieków. Kładł nacisk na mity, sny, artystyczną twórczość, jak również szczegółową znajomość religijnych i alchemicznych tekstów. Zainteresowanie Junga współczesną fizyką wydaje się odsuwać go od badań nad wczesnodziecięcym rozwojem, który zdaje się pozostawać w obszarze badań psychoanalizy, wraz z jej naciskiem na sięganie wstecz do źródeł aktywności psychicznej. Freud i Jung podzielili mapę ludzkiej psychiki (niczym papież w dawnych czasach glob). Freud i jego następcy skoncentrowali się na jej głębokich aspektach, śledząc wczesnodziecięce etapy rozwoju, podczas gdy Jung i jego następcy skupili się na aspektach wyższych, na funkcjonowaniu bardziej dojrzałych stanów umysłu, obejmujących twórczość, artystyczne zdolności odpowiadające za kreowanie, inwencję w wybitnych kulturowych, duchowych i naukowych dążeniach ludzkości. Takie dojrzałe czy wyższe stany umysłu Jung opisywał jako aspekty i aktywności „ja”.

Ten pojęciowy podział psychiki na obszary „głębokie” i „wysokie” można zrozumieć jako konsekwencję różnych filozoficznych założeń dotyczących natury psychiki przyjmowanych przez ich autorów. Psychoanaliza Freuda została oparta na redukccyjnej metodzie, która szuka szczegółowych wyjaśnień rozwoju osobowości jednostki, począwszy od najwcześniejszych etapów jej dzieciństwa. Psychoanalityczne rozumienie wczesnodziecięcego rozwoju wynika z założenia, że rekonstrukcja psychiki jest możliwa poprzez uważne odkodowywanie przejawiających się w funkcjonowaniu psychicznym treści ukrytych bądź latentnych. Przejawiająca się treść była rozumiana jako pewien kompromis pomiędzy nieświadomymi naciskami wypartych impulsów libidinalnych (to znaczy pochodzenia psychoseksualnego) z jednej strony a wymogami zinternalizowanego rodzicielskiego superego z drugiej. Celem psychoanalizy było więc rozkodowanie jawnego poziomu, w celu odkrycia latentnych, wypartych bądź ukrytych treści psychiki nieświadomej i wydobyć ich do „światła świadomości”. Zadaniem psychoanalityka było odsłonięcie tych treści, poprzez interpretację prawdziwych motywów i intencji ukrytych w sposobie komunikowania się jednostki. Paul Ricoeur [1] nazwał tę metodę hermeneutyką podejrzeń, gdyż nie akceptuje ona wartości świadomej motywacji jakiegokolwiek aktu intencjonalnego, zakładając, że wszystko, co się mieści w jakiegokolwiek świadomej treści, jest nieświadomym kompromisem pomiędzy opozycyjnymi wymogami id i superego.

W przeciwieństwie do wyżej zaprezentowanego, filozoficzne podejście Junga opierało się na teleologicznym rozumieniu psychiki, według którego wszystkie psychologiczne wydarzenia, włączając w to najcięższe objawy, były rozumiane jako mające cel i znaczenie. Zamiast widzieć je wyłącznie jako wypierany i zamaskowany materiał nieświadomych dziecięcych konfliktów, zauważał, że mogą też być one środkami, poprzez które psychika osiąga najbardziej dostępne rozwiązanie dla obecnego problemu, z jakim przychodzi jej się zmagać. Jednocześnie mogą one też służyć jako punkty wyjścia do dalszego rozwoju i wzrostu. Znaczenie tych objawów jest dostępne świadomości poprzez analityczną metodę interpretacji, skojarzeń i wzmocnień. Podejście Junga obejmuje uwzględnienie i rozumie-

nie udziału wczesnych doświadczeń w rozwoju osobowości, polegające na historycznym kumulowaniu świadomych i nieświadomych doświadczeń jednostki oraz współgraniu tej historii z archetypową treścią kolektywnej nieświadomości. Junga zajmowały procesy integracji i syntezy tych aspektów dokonujące się dzięki wrodzonym zasobom jednostki umożliwiającym twórczą i symboliczną aktywność. Dogłębne studia nad tymi zdolnościami doprowadziły go do eksploracji procesów związanych z wczesnodziecięcym rozwojem.

Badanie przez Junga podstaw osobowości przyjęło nieco odmienny kierunek niż obrany wcześniej przez Freuda, próbującego zarysować etapy rozwoju osobowości. Jung, mimo wszystko, uznawał znaczenie psychoanalitycznego ujęcia wczesnych etapów dziecięcego rozwoju, nie interesowało go jednak, jak analityków, badanie ich poprzez regresję pacjenta w obecności analityka. Konceptualnie podchodził do podstaw ludzkiej osobowości poprzez stawianie pytań i śledzenie głębokich psychologicznych struktur psychiki, które ujmował jako archetypy zbiorowej nieświadomości. Widział je w pewnych uniwersalnych wyobrażeniach i symbolach. Te głębokie struktury, nawarstwione przez wieki i istniejące w każdej jednostce już od urodzenia, pojmował jako bezpośrednio związane i mające wpływ na najwybitniejsze, najbardziej rozwinięte i wyewoluowane z człowieka artystyczne i twórcze kreacje. Jednocześnie widział te głębokie struktury jako źródło najokrutniejszych, najbardziej prymitywnych i gwałtownych uczuć czy zachowań, do jakich człowiek jest w ogóle zdolny.

Jung zbierał informacje do swojego głównego klinicznego badania obserwując grupę dorosłych pacjentów z ciężkimi psychicznymi zaburzeniami, także psychozami, oraz przeprowadzając własną analizę. Skupiał uwagę na pacjentach, których objawy i patologia wyrastały z najpierwotniejszych poziomów funkcjonowania systemu ciało—psychika. Badanie ich zaburzonej komunikacji było równoważne ze śledzeniem najwcześniejszych zaburzeń doświadczenia, odczuwania, myślenia oraz wchodzenia w relację. Szczególnie w pracy z psychicznie chorymi, a też we wnikliwej analizie samego siebie, badał źródła i korzenie osobowości poprzez różne obrazy psychopatologiczne, wyrażające się poprzez archetypowe ikony zbiorowej nieświadomości. Te najwcześniejsze zaburzenia, obecnie często ujmowane jako zaburzenia self, należące do rdzenia osobowości, usytuowanego w rozwoju dużo wcześniej w porównaniu z jakimkolwiek zaburzeniem nerwicowym, które badał Freud na samym początku psychoanalitycznych studiów.

Niektórzy jungiści (zarówno teoretycy, jak i klinicyści) konstatowali, że leczenie dorosłych i dzieci hamowane jest z powodu braku ciągłości w ujmowaniu i dokładnej analizie struktury i dynamiki wczesnodziecięcych stanów umysłu, a także tego, jak one mogą przejawiać się w przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu. Istniała wówczas pewna obawa, że akcentowanie (zgodnie z ideą Junga) tych lepiej rozwiniętych, zróżnicowanych, twórczych i symbolicznych stanów umysłu może prowokować omijanie trudniejszego, pierwotniejszego materiału, jaki pojawia się w stanach regresji u pacjenta w trakcie analizy. W niektórych, szkolących analityków, instytucjach ów brak spójnego teoretycznego podejścia do wczesnorozwojowych stanów psychicznych, obejmujących także psychotyczne i psychoseksualne etapy, traktowany był jako wyraźny deficyt. Konieczność wypracowania takiego rozumienia, które by szło w parze z szeroko rozumianym dziełem Junga, okazała się dla wielu klinicystów palącą potrzebą.

Niektórzy analitycy o jungowskiej proweniencji skłaniali się ku psychoanalizie,

uzyskując w ten sposób teoretyczne podstawy opisu stanu umysłu dziecka w pierwszych fazach rozwoju. Jung zawsze podkreślał wagę ulokowania korzeni libido w najwcześniejszych stadiach psychoseksualnych. Takie było też freudowskie rozumienie doświadczeń niemowląt i małych dzieci jako chronologicznie uporządkowanych, zgodnie ze strefami libidinalnymi: oralną, analną, uretralną, faliczną, genitalną. Ten ukłon w stronę dorobku Freuda widać u Junga w *Symbolach przemiany* z 1912 roku, pracy, którą jednocześnie można potraktować jako zwiastun rozpadu jego współpracy z Freudem. Wiadomo powszechnie, że zainteresowania Junga podążały w innym kierunku, a to oznaczało, że badania jego i jego naśladowców będą raczej omijały eksplorację faz rozwojowych z wczesnego dzieciństwa. Niestety, nie wzięły one też pod uwagę późniejszych odkryć psychoanalizy, które przyczyniły się do zrewidowania podstawowej teorii psychoanalitycznej.

Tak się złożyło, że większość wybitnych psychoanalityków, klinicystów i teoretyków (takich jak Melanie Klein, Wilfred Bion, John Bowlby, Donald Winnicott) działała i publikowała w Londynie w 40., 50., 60. latach, a także później. Stali się oni głównymi postaciami powstającej szkoły „relacji z obiektem”. Narodziła się ona na łonie brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego w tych dekadach i nadal istnieje i rozwija się. Jest kilka różnych teoretycznych nurtów w ramach tej szkoły. Wielu godnych uwagi teoretyków i klinicystów miało swój ważny wkład w jej tworzenie. Za szczególnie ważne uznano zagadnienie czy też pytanie, czy dziecko ulega chęci zaspokojenia swoich podstawowych popędowych impulsów (reprezentowanych w jego umyśle jako spersonifikowane części ciała), czy też jest przede wszystkim motywowane do poszukiwania kogoś innego, opiekuna w pierwszym rzędzie, z którym utrzymuje więź po to, żeby móc zaspokoić swoje podstawowe potrzeby. Do tych ostatnich zalicza się potrzebę więzi z człowiekiem, komunikowania się z nim po to, by uczyć się i rozwijać, a także by być chronionym i wychowywanym.

Freud sformułował w tzw. ekonomicznej teorii (swojego rodzaju naukowej, biologicznej koncepcji umysłu [2]) zasadę, że niemowlę kieruje się popędami, natomiast doktryną wyznawaną przez wiele różnych nurtów szkoły relacji z obiektem, niezależnie od obszarów spornych, jest idea posiadania przez dziecko od momentu urodzenia podstawowej zdolności do nawiązywania relacji, odnoszenia się do najważniejszych opiekunów bądź, jak później nazwano, do obiektów. Termin „obiekt” jest technicznym pojęciem i pierwotnie został użyty w psychoanalizie do określenia innej, drugiej osoby, która jest przedmiotem, obiektem popędowego impulsu. Przez teoretyków relacji z obiektem termin ten wykorzystywany był na dwa różne sposoby: po pierwsze — w celu określenia zbioru motywacji przypisywanych przez dziecko innej osobie, zazwyczaj opiekunowi, choć w rzeczywistości określonych i mieszczących się w poszczególnych libidinalnych impulsach dziecka; po drugie — w celu określenia osoby z otoczenia dziecka, zazwyczaj również opiekuna, z którym dziecko poszukuje związku. Oczywiście oba rozumienia mogą się nakładać, a granice pomiędzy zewnętrznymi i wewnętrznymi doświadczeniami — zamazywać. Wyraźnie to widać, kiedy dochodzi do próby opisanego doświadczeń pacjenta. Melanie Klein udało się przetrząść pomost pomiędzy tymi dwiema perspektywami. Zaproponowała uwzględnienie faktu, że w nieświadomych fantazjach niemowlęcia czy małego dziecka, a także w dziecięcych fantazjach dorosłego istnieje dynamiczna relacja pomiędzy „ja”³ dziecka a kimś innym, lub obiektem, która wewnętrznie wydaje się spowodowana bodźcami, a która

w rzeczywistości jest wyrazem popędowych impulsów (analnych, oralnych, uretralnych itd.) self. Dla przykładu, obiekt może być doświadczany przez dziecko jako pierś matki (i wtedy technicznie określane mianem obiektu częściowego, to znaczy części ciała matki). Jakość doświadczeń przeżytych z osobą realną determinuje to, czy dziecko w bilansie nagromadzi bardziej pozytywny czy bardziej negatywny obraz związku z innymi ważnymi postaciami, wraz z ich wewnętrznymi odpowiednikami. Będzie to też wskaźnikiem jego dalszego emocjonalnego i intelektualnego rozwoju.

Klein utrzymywała, że niemowlę bardzo często przypisuje swoją motywację — doświadczaną wewnątrz jako wyraz popędowych impulsów — innym. Powstaje pytanie, czy doświadczenie obiektu należy traktować jako doświadczanie prawdziwej osoby w realnej sytuacji opieki nad dzieckiem, czy należałoby pojmować je wyłącznie jako wewnętrzną reprezentację pochodzącą z popędowego repertuaru niemowlęcia. Ta kontrowersja stała się głównym tematem wielu gorących teoretycznych dyskusji i debat.

W Londynie, w tym samym czasie, kiedy rozwijała się teoria relacji z obiektem, dr Michael Fordham wraz z kolegami, analitykami jungowskimi, założyli Towarzystwo Psychologii Analitycznej, w którym ustalono zasady szkolenia analityków dla dorosłych, a potem także dziecięcych pacjentów. Z dużym zainteresowaniem śledzili oni wszelkie nowatorskie myśli w psychoanalizie. Rozpoczęli też badania poszukujące spójnej teorii rozwoju dziecka, zgodnej z myślą i tradycją jungowską. Jednocześnie potrafili korzystać i do pewnego stopnia asymilować niektóre z odkryć i technik, jakie proponowała psychoanaliza. Zwłaszcza dotyczyło to wczesniemowlęcego rozwoju, przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Gruntowniejsze przyjrzenie się tym teoretycznym modelom rozwojowym pozwoli zrozumieć, dlaczego tak dużym zainteresowaniem jungistów cieszy się psychoanalityczne myślenie.

Klein, Winnicott, Bion: londyńska szkoła relacji z obiektem

Niektórzy klinicyści o jungowskiej orientacji uważali kleinowski model rozwoju za najbardziej przystępny spośród psychoanalitycznych koncepcji wypowiadających się o początkach życia psychicznego. Zakorzenie przez Klein treści i procesów psychiki w ciele czy też szukanie ich w doświadczeniach związanych z popędami, jest echem odkryć Junga, dotyczących istnienia głębokich psychicznych struktur, wynikających z doświadczeń popędowych i reprezentowanych psychicznie przez archetypowe obrazy. W ten sposób dociekania Junga można powiązać z redukcijnym spojrzeniem na psychikę, w obszarze, w którym śledził on najwcześniejsze fazy życia psychicznego, cofając się wstecz aż do samych korzeni, i najwcześniejszych (badanych przez Klein), psychicznych reprezentacji przeżyć związanych z popędami. Jung nazywał te psychiczne wyobrażenia, opierające się na doświadczeniach płynących z ciała, obrazami archetypowymi, podczas gdy Klein

³ W oryginale występuje termin „self”. W literaturze przedmiotu istnieją nieścisłości w rozróżnieniu self i „ja” (ego). Zasadniczo, self można utożsamiać z poznawczym obrazem własnej osoby, powstałym na bazie autorefleksji, samoobserwacji („ja” przedmiotowe, „Me” wg W. Jamesa); „ja” to wykonawca, sprawca decyzji, myślenia, działania, patrzenia, także twórca samowiedzy („ja” podmiotowe, „I” wg W. Jamesa). W dalszej części artykułu pojawiać się będzie termin „ja” lub self, w zależności od kontekstu. [Przyp. tłum.]

mianowała je obiektami częściowymi. Oboje jednak odnosili te różne terminy do wczesnych związków „ja” z wewnętrznymi reprezentacjami różnych zdolności [możności] funkcjonowania opiekuna. Dla przykładu, w języku Junga zostało ukute wyrażenie „dwójakie aspekty matki”, podczas gdy w języku Klein istniało pojęcie „doświadczenia dobrej i złej piersi”, co oznaczało odczuwanie matki/piersi (lub w rzeczywistości analityka) jako kochającej, dbającej, dostępnej bądź trującej, atakującej, wycofującej się lub też pustej, nie pobudzającej, depresyjnej. Dlatego też jakość doświadczeń „ja” w relacjach z innymi jest tak pierwszorzędną sprawą.

Koncepcja Junga odnosi się także do spontanicznego pojawiania się i obecności archetypowej wyobraźni jako funkcji „ja”, które rozwija się przez całe życie. Dzięki niej „ja” ma zdolność do generowania nowych znaczeń, twórczo prowadzących w rozwoju, a także możliwość czerpania z uniwersalnego kulturowego i wyobraźniowego rezerwuaru. W takim znaczeniu, ta koncepcja jest bogatsza i bardziej złożona niż kleinowski koncept częściowych obiektów, który zasadniczo odnosi się do wczesnego świata pozycji schizoidalno-paranoidalnej, pojawiającej się zanim dojdzie do stałości obiektu całościowego w pozycji depresyjnej.

Jung w swej pracy z psychotycznymi dorosłymi, a Klein z dziećmi w okresie preedypalnym, zajmowali się głównie tymi obszarami psychiki, które jeszcze nie osiągnęły ostatniego edypalnego etapu, w którym to zarówno dobre (opiekuńcze, wspierające i podtrzymujące), jak i złe (frustrujące, agresywne i ograniczone) aspekty tej samej osoby mogą jednocześnie istnieć w umyśle dziecka. Stopniowe nabywanie zdolności odnoszenia się do opiekuna jako do osoby posiadającej zarówno dobre, jak i złe aspekty, określane było przez Junga jako „integracja i synteza przeciwieństw”. Klein natomiast umiejętność utrzymania w umyśle dziecka pozytywnych i negatywnych doświadczeń, oraz wiedzę o ambiwalencji wobec jednego i tego samego opiekuna określała terminem „obiekt całościowy”. Zarówno dla Klein, jak i dla Junga niemożliwa była trwałość takiego stanu rzeczy, ponieważ jednostki nieustannie oscylują pomiędzy większymi i mniejszymi umiejętnościami.

Zarówno Jung, jak i Klein proponują przyjęcie istnienia głębokich wrodzonych struktur psychicznych, które bezpośrednio są związane z, i służą jako nośniki najwcześniejszych biologicznych i popędowych doświadczeń dziecka, wyrażonych (u Junga) w terminach postaci archetypowych czy też częściowych obiektów (u Klein). Według nich doświadczenia, wyrosłe na podłożu tych głębokich struktur, wynikają z realnego doświadczenia zewnętrznego otoczenia, to znaczy z jakości opieki i wychowywania przez opiekunów. Szczególnie atrakcyjne, zwłaszcza dla londyńskich Jungistów, których zamierzeniem było uwzględnienie w swojej klinicznej praktyce analizy treści wczesnodziecięcych, były, stworzone przez Klein, solidne podstawy pracy z dzieckiem, które pozwalały zrozumieć aktywność wczesnych stadiów psychicznych w doświadczeniu pacjentów dorosłych.

Klein [3, 4] zasadniczo przyczyniła się do postępu psychoanalizy rozwijając technikę zabawy (1920, 1955) oraz przystosowując tradycyjną technikę psychoanalityczną do leczenia bardzo małych dzieci. Mając więcej swobody dla swoich idei w Londynie, w porównaniu z Wiedniem czy Berlinem, skonstruowała tam metodę analizy dzieci poprzez obserwację ich zabawy. To właśnie dało jej możliwość opisanie wczesnodziecięcych stanów psychicznych. Pracując taką metodą wyciągała wnioski dotyczące procesów i stanów, poprzez które dziecko organizuje swoją percepcję i doświadczenia, zarówno psychiczne,

jak i fizyczne. Wyrażała to w terminach motywowanych impulsów związanych z różnymi obszarami ciała lub z częściami zlokalizowanymi zarówno w dziecku, jak i w opiece (zazwyczaj, na początku, w matce). Nazywała to nieświadomymi fantazmatami (*phantasies*), w odróżnieniu od fantazji (*fantasies*), których treść uświadamiamy sobie, czego przykładem są marzenia na jawie [5].

Według niej, celem tej wczesnej organizacji psychicznej była ochrona wyłaniającego się „ja” przed zagrożeniami, jakie niesły intensywne stany emocjonalne, tj. wściekłość, nienawiść, lęk i inne formy mentalnej dezintegracji. Nieco później stwierdziła, że te intensywne negatywne stany mogą zostać na powrót skierowane do siebie, a dzieje się to w przypadku, gdy opiekun nie jest zdolny do odpowiedzi na nie lub robi to w sposób nieodpowiedni. Klein uważała te destrukcyjne impulsy zwrócone przeciwko „ja” za ekspresję wrodzonego instynktu śmierci. Aby obronić się przed nawałnicą doświadczenia przemożnych emocji, zaistniałych w ramach „ja”, dziecko aktywuje tzw. pierwotne (prymitywne) obrony [6]. Niemowlę czy małe dziecko nie jest na tyle fizycznie rozwinięte, aby samodzielnie umieć wykonywać złożone, wymagające koordynacji i adaptacyjne czynności (jego przeżycie zależy od umiejętności opiekuńczych innych). Podobnie jest z psychicznym aparatem, niewystarczająco wykształconym do radzenia sobie z takimi aktywnościami umysłu, jak myślenie, postrzeganie, przesiewanie i adekwatne sortowanie emocji w celu ochrony samego siebie bez pomocy opiekuna. Klein sądziła, że aby uporządkować te psychiczne i fizyczne wrażenia, których intensywność może uszkodzić lub zdeintegrować poczucie „ja”, dziecko nawykowo stara się umocnić szczątkową psychiczną organizację — dzieje się to zwłaszcza wtedy, gdy otrzymuje, ogólnie mówiąc, nieodpowiednią opiekę. Procesy, organizujące psychikę dziecka na tym poziomie to: rozszczepianie, idealizacja, identyfikacja.

Psychiczny rozwój małego dziecka na tym elementarnym szczeblu jest obciążony ryzykiem przeciążenia nadmierną stymulacją pochodzącą zarówno z jego wnętrza, jak i z otoczenia, co może prowadzić do stanów lękowych i dezintegracyjnych nie do udźwignięcia. W związku z tym, odnalezienie sposobu organizowania postrzegania, zarówno siebie, jak i swoich opiekunów, a także różnych, związanych z nimi, okoliczności, w kategoriach ich dobrych i złych aspektów, staje się kluczową kwestią. W jungowskiej tradycji niezintegrowane stany psychiczne ujmują się jako rozszczepione aspekty archetypu. Korzysta się też w niej z pojęcia kompensacji wskazując na naturalną skłonność psychiki do prób utrzymywania przeciwieństw w pewnej relacji do siebie. Kleinowskie odkrycia w jej klinicznej pracy z dziećmi wywoływały zainteresowanie analityków jungowskich, chcących zastosować rozumienie wczesnych stanów i procesów psychicznych bezpośrednio w swojej klinicznej praktyce. Klein wykazała, że, w zależności od różnych czynników, dobre i złe doświadczenia umiejscawiane były przez dzieci zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz siebie. Dokonywało się to poprzez procesy identyfikacyjne: projekcji i introjekcji. Jeśli więc małe dziecko odczuwa, że źródło przyjemnych uczuć znajduje się w nim samym, wówczas te nieprzyjemne zostaną wyprojektowane na otoczenie i zidentyfikowane z opiekunem lub jego częścią, np. piersią. Złe doświadczenia mogą też być umieszczane (w języku Klein: wintrojektowane) z powrotem w „ja”, poprzez postępujące procesy identyfikacyjne. Dziecko będzie wówczas doznawało uczuć prześladowczych, a efektem tego będzie dalsze rozszczepianie dobrych i złych uczuć, napędzające z kolei nieustającą aktywność projektowania

i reintrojektowania. W takich okolicznościach rodzaj reakcji otoczenia na te dramatyczne stany, wraz z zasobami i możliwościami samego dziecka do samoregulacji, wyznaczać będzie jego kierunek rozwoju (normalnego i przystosowawczego czy też patologicznego i dezadaptacyjnego). Ta zdolność do samoregulacji oznacza, w kategoriach kleinowskich, większą lub mniejszą kontrolę i panowanie nad popędem śmierci; popędem, który destrukcyjnie niszczy dobre części „ja”. W jungowskim modelu istnieje koncept enantiodromii⁴, który sugeruje nagłe, gwałtowne załamanie się w pewnych okolicznościach i przejście z jednego stanu w jego przeciwieństwo. Termin cień natomiast często jest używany do wskazania tych negatywnych aspektów „ja”, które „ja” chce odrzucić, projektując je na innych.

Aby opisać to, co się dzieje z dzieckiem, gdy odczuwa ono zagrożenie unicestwienia spójności swojego „ja” (rozumianej tu jako system psychika/ciało), Klein opracowała pojęcie pozycji schizoidalno-paranoidalnej. Pojawiający się w niej lęk, że „ja” zostanie zniszczone przez negatywne emocje, wywołuje agresywne impulsy w kierunku źródła tych negatywnych uczuć, gdziekolwiek jest ono umiejscawiane. Popęd śmierci jest tu rozumiany jako doświadczanie agresywnych impulsów skierowanych dośrodkowo [do siebie]. Destrukcyjne, zawistne aspekty „ja” mogą zostać odszczepione od opiekuńczych, kochających aspektów „ja”, skutkiem czego pojawia się strach, że źródło przyjemności i dobroci mogło zostać zniszczone. Obroną przed tak obciążającymi negatywnymi doświadczeniami jest rozszczepienie własnego „ja” bądź opiekuna na wyłącznie dobre i wyłącznie złe cechy, tak jak pokazuje to schemat 1.

Następną fazą rozwojową opisaną przez Klein jest tzw. pozycja depresyjna. Dziecko może w niej doświadczać wyrzutów sumienia i troski związanej z jego agresywnymi



Schemat 1 Model rozszczepionych archetypowych obiektów zewnętrznych wg Junga i Klein

atakami na wewnętrzne reprezentacje opiekuna bądź też na jego osobę. Dochodzi do tego wówczas, gdy staje się ono zdolne do spostrzeżenia, że jego miłość i nienawiść dotyczą jednej i tej samej osoby. Doświadczanie osoby jako całości wywołuje nie uświadomiane uczucia ambiwalencji i odruchy chęci naprawiania uszkodzonej drugiej osoby, związane z nieświadomym poczuciem winy.

Fakt, że Klein kładła duży nacisk na doświadczanie przez „ja” afektów w związku z kluczowymi funkcjami opiekunów czy obiektów, sprawił, że uznano ją za założycielkę brytyjskiej szkoły relacji z obiektem. Tak jak teoria Junga ujmująca archetypowe obrazy w spersonifikowanej formie, podsuwające psychiczne reprezentacje naładowanych afektami popędowych doświadczeń, tak samo Klein myślała o wewnętrznej reprezentacji ważnych postaci bądź części ich ciała (piers), jako o źródle afektów. Klein traktowała doświadczania

⁴ W teorii Junga pojęcie to określa zasadę regulującą wewnątrzpsychiczne procesy. [Przyp. tłum.]

nie przez dziecko realnego opiekuna jako wtórny proces wobec wrodzonych wyobrażeń i doświadczeń, jakie wnosi ono do swojej relacji z różnymi aspektami opiekuna, z którym instynktownie, w każdym momencie swojego rozwoju, nawiązuje relację. Dla przykładu, jeśli u dziecka przeważałyby potrzeby oralne, wówczas miałyby ono fantazje na temat piersi i jego ust. Poglądy Klein i nacisk, jaki kładła na instynktowe [wrodzone] podstawy nawiązywania relacji z innymi, momentami zagrażał jej pozycji w gronie teoretyków relacji z obiektem — pomimo całego jej dorobku i akcentu na jakość relacji dziecka z jego opiekunem — koncentrowała się ona bowiem na dynamice wewnętrznego świata dziecka bardziej niż na jego zewnętrznych relacjach.

Zasadniczo, teoretyczne rozważania Junga skupiały się na oddziaływaniu otoczenia na wczesne doświadczenia. Analogiczne do tego wydawało się rozumienie znaczenia i rodzaju interakcji pomiędzy analitykiem a pacjentem. Jung opisywał pewne aspekty przeniesienia i przeciwprzeniesienia, zarówno w kontekście klinicznym, jak i wyobraźniowym, przyglądając się alchemicznej wyobraźni. Nie zajmował się jednak badaniem głębokich dziecięcych treści w relacji pacjent—analityk. Kliniczne opracowanie przez Winnicotta złożonej i delikatnej relacji dziecka i matki (pacjenta i analityka) pomogło odnaleźć londyńskim jungistom, spójny z ich praktyką, teoretyczny punkt widzenia. Prezentowana przez Winnicotta koncepcja „ja” rozwijającego się w relacji z innymi znalazła oddźwięk wśród praktykujących analityków. Zgodnie z ich poglądem, na rozwój „ja”, jak również na inne archetypowe potencjalności mają wpływ czynniki z otoczenia, ważne postaci ze środowiska, opiekunowie, a także analityk. Słynne zdanie Winnicotta [7, s. 88]: „...nie ma czegoś takiego jak dziecko”, oznacza, że jeśli nosisz się z zamiarem opisanego dziecka, musisz opisać dziecko i kogoś jeszcze; dziecko nie potrafi istnieć samo, lecz jest kluczową częścią relacji. To pokazuje znaczenie, jakie Winnicott przypisywał wydarzeniom w przestrzeni pomiędzy „ja” i kimś drugim⁵, pomiędzy doświadczeniem osobistej twórczości i relacyjności w tym, co zostało przez niego nazwane „trzecią przestrzenią”. Rozumiał przez to, że istnieje obszar doświadczeń, który nie jest ani zewnętrzny, ani wewnętrzny, lecz jest jak gdyby „potencjalną przestrzenią” pomiędzy np. matką i dzieckiem, w której to przestrzeni, z biegiem czasu, kreowana jest wspólna i znacząca rzeczywistość.

Winnicott szczególną rolę w rozwoju „ja” przypisywał złudzeniom, umiejętności tworzenia wyobrażeń i twórczości. Uważał, że poprzez spontaniczną zabawę rozwija się w relacji z kimś poczucie „ja” [poczucie siebie]. W typowym paradoksalnym sformułowaniu Winnicott twierdzi, że prawdziwe „ja” jednostki, poczucie unikalności [wyjątkowości] i poczucie bycia rzeczywistym przydarza się w momentach przewidzeń, tam, gdzie wewnętrzny świat spotyka się i splata ze światem zewnętrznym, tam, gdzie granice pomiędzy tymi dwoma światami ulegają zamazaniu. W ten sposób jakość dziecięcej iluzji, że stworzyło ono pierś, ponieważ pojawiła się ona w momencie halucynacji czy też, używając jungowskiego języka, kiedy zdolność doświadczenia archetypowych obrazów pojawia się równolegle z doświadczeniem rzeczywistości realnego obiektu, zależy od dziecięcego związku z „aprowizacją” otoczenia, oraz od zdolności „wystarczająco dobrej” matki do odpowiedzi na dziecka omnipotentne potrzeby. Jeśli spontaniczne gesty małego dziecka nie spotkają się z empatyczną odpowiedzią matki, dlatego że części jej „ja” oddziałują

⁵ W literaturze można spotkać określenie przestrzeni przejściowej pomiędzy „ja” i nie-ja”. [Przyp. tłum.]

nieadekwatnie (czy ograniczająco), np. z powodu jej depresyjnych lub lękowych potrzeb — może ono doświadczać zakłóceń w poczuciu rozwijającego się „ja”. Jeśli takie negatywne doświadczenia będą kumulować się niewspółmiernie szybko, niemowlę zacznie bronić własnego „ja” adaptując się do tych przeciążających je zewnętrznych nacisków. Tworzy się więc fałszywe „ja”, by radzić sobie ze światem zewnętrznym, podczas gdy prawdziwe „ja” jest chronione przed unicestwieniem czy fragmentacją.

Winnicott podzielał teleologiczne spojrzenie Junga na naturę ludzką. Jego podstawową przesłanką było to, że zapewniając niemowlęciu czy dziecku „wystarczająco dobre otoczenie”, stwarzamy mu wszelką szansę na rozwój, wzrost, a także na bycie twórczym, pomimo nieuchronnych niepowodzeń i frustracji płynących ze strony otoczenia. To ujęcie podkreśla, że w głównej mierze fizyczna i psychiczna ochrona dziecka zależą od umiejętności jego opiekuna pośredniczenia między nim a szkodliwymi (zagrożającymi) wewnętrznymi i zewnętrznymi bodźcami. Umiejętność taka u dorosłych opiekunów opiera się na ich procesach identyfikacyjnych. Z odpowiednią zdolnością do empatii, która sama jest wynikiem „wystarczająco dobrego otoczenia”, dorosły opiekun będzie korzystał z tych subtelnych metod rozumienia dziecka w sposób, który ułatwi dziecku stawienie czoła nieuchronnym frustracjom w jego rozwoju i pomoże dojść do twórczych rozwiązań różnych zadań związanych z dojrzewaniem.

W Londynie, w połowie wieku, wraz z równoległym rozwojem teorii i praktyki klinicznej, takie koncepty jak zewnętrzne i wewnętrzne obiekty nabierały istotnego znaczenia. Udział i wkład do tego rozwoju Wilfreda Biona mocno zainteresował londyńskich jungistów, których praktyka kliniczna głównie skupiała się na kwestiach dotyczących intersubiektywności pacjenta i analityka, a także na podstawach myślenia i generowania znaczenia. Bion wykazał, że wczesne formy komunikowania się oparte na procesach projekcyjnej identyfikacji można rozumieć jako naturalne formy empatycznych procesów zachodzących pomiędzy dzieckiem a jego opiekunem. Projekcyjna identyfikacja to termin wykorzystywany przez kleinistów do określenia zwłaszcza agresywnych prób wtłoczenia części „ja” w kogoś innego, po to, aby przejąć kontrolę nad aspektami czyjegoś myślenia czy zachowywania się, szczególnie w odniesieniu do siebie. Bion, z kolei, podkreślał znaczenie tego, że w diadzie dziecko—matka, matka może kontenerować często wybuchowe fizyczne i emocjonalne stany dziecka poprzez swoje empatyczne reakcje.

Bion wniósł do psychoanalizy nowe spojrzenie na pewne aspekty przeniesienia i przeciwpreniesienia, w którym analityk doświadczać może siebie jako kogoś, kto zachowuje się wobec pacjenta w sposób odzwierciedlający wyprojektowaną treść jego wewnętrznego świata. W ostatnim sformułowaniu Bion wyobrażał sobie projekcyjną identyfikację jako dynamiczną, wewnątrzpsychiczną kategorię, w ramach której części „ja” zachowują się w sposób autonomiczny. Obrazuje to przypadek, gdy nieakceptowane aspekty „ja” zostają wyprojektowane na obiekty zewnętrzne, następnie dochodzi do identyfikacji z nimi i ponownej introjekcji, już w formie prześladowającego czy niszczącego czynnika. Jung także, analizując pacjentów psychotycznych, sformułował pojęcie autonomicznych kompleksów. Z kolei, praca Biona nad procesami psychotycznymi u jego pacjentów pomogła mu stworzyć teorię, w myśl której wewnętrzne obiekty to odszczepione aspekty „ja”, które niejako uzyskują własne życie. Dzięki procesom kontenerowania, w których opiekun otrzymuje i przystosowuje się do wyprojektowanej przez dziecko mentalnej zawartości, elementy te

mogą podlegać dalszemu przekształcaniu w toku rozwoju. Ten fragment teorii Biona, dzięki temu, że oferował szersze rozumienie procesów nadawania znaczeń w młodym umyśle, cieszył się dużym powodzeniem wśród jungistów zainteresowanych psychoanalitycznymi sposobami ujmowania rozwoju myślenia małego dziecka.

Wchodzenie w relacje (*relatedness*⁶) w analitycznym procesie: przeniesienie i przeciwprzeniesienie

Teoretyczne opracowania subtelnych, prewerbalnych sposobów komunikowania się dziecka, od najwcześniejszych chwil jego życia, oparte na zmiennościach i kapryśności umiejętności wchodzenia w relację, zarówno dziecka, jak i opiekuna, stosowano coraz częściej w ramach techniki analitycznej. Służyły one też klinicznym badaniom w przyglądaniu się roli przeciwprzeniesieniowej reakcji analityka na pierwotną, niewerbalną komunikację pacjenta. Ten obszar psychoanalitycznych dociekań zbliżony był do jungowskich zainteresowań tzw. stanami *participation mystique*⁷ i subtelności ciała, wielością sposobów angażowania się analityka w związek z pacjentem, dyspozycyjnością analityka. W związku z różnymi stanami empatii czy negacji, a także bliskości czy separacji z pacjentem, trudno było analitykom pozostawać neutralnym psychoanalitycznym lustrem, który to wymóg, wraz z metodą „wolno płynącej uwagi” narzucany był po to, aby ustrzec przed uwikłaniem się w wewnętrzny świat pacjenta. Zaczęto rozważać i doceniać techniki, oparte na wystarczającej dostępności analityka dla pacjenta, na podleganiu jego wpływom, choć nie na zasadzie przemocy czy ograniczania. Owe cenne kliniczne obserwacje, czerpane z otwartości zarówno pacjenta, jak i analityka na te kanały komunikacji pomiędzy nimi, zostały ujęte i skonceptualizowane jako różne formy przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

Poszukując innowacji w rozwoju psychoanalizy (jako teorii i praktyki), londyńscy jungiści właściwie znaleźli teoretyczne i kliniczne potwierdzenie akcentowanych przez Junga koncepcji wrodzonych struktur, reprezentowanych przez uniwersalne archetypowe obrazy oraz centralnego w jego rozumieniu znaczenia relacji pomiędzy pacjentem i analitykiem, wraz z tym, jak zmienia się ona w czasie i w natężeniu, i jak wygląda tu i teraz. Jednocześnie odnaleźli w teorii psychoanalitycznej, opartej bądź co bądź na skrupulatnych obserwacjach klinicznych i doświadczeniach to, czego zabrakło w dziele Junga — rozumienie wczesnodziecięcych stanów umysłu i ich wpływu na związek analityczny.

Winnicott przekonywająco pisał o związkach pomiędzy tym, jak ujmujemy wczesnodziecięce stany psychiczne, a analizą głębiej zaburzonych i zregresowanych dorosłych pacjentów. Twierdził, że ci pacjenci, intensywnie leczeni na kozetce, potrafią „powiedzieć analitykowi o wczesnym dzieciństwie więcej niż mógłby się nauczyć z bezpośredniej obserwacji niemowlęcia, a także więcej niż można się nauczyć z kontaktu z matkami, opiekującymi się małymi dziećmi. Kontakt kliniczny z normalnymi i patologicznymi doświadczeniami w relacji dziecko–matka wpływa na teorię analityczną wyznawaną przez

⁶ Termin ten nie ma w języku polskim prostego odpowiednika. W tekście będzie tłumaczony, w zależności od kontekstu, jako „ustalanie zależności” bądź „zdolność wchodzenia w relację”.

⁷ Termin czasami tłumaczony jako „poglądy zbiorowe”, z czym nie do końca zgadzał się sam Jung. Jest to określenie pewnego stanu, w którym nie istnieje jeszcze/już rozróżnienie między indywiduum a grupą jako całością. Przedświadomy etap jednostki. [Przyp. tłum.]

analitka, gdyż to, co dzieje się w przeniesieniu (w fazie regresji tych pacjentów), jest formą relacji dziecko–matka” [8, s.141].

Winnicott uważał, że zamazywanie się, zacieranie granicy self-objektu prowadzi do transformacji rozwojowych „ja” w obszarze przejściowym, pomiędzy dzieckiem i matką, jak również pomiędzy pacjentem i analitykiem. Doświadczenie przez małe dziecko obiektu przejściowego jako jednocześnie „stworzonego i odnalezionego” jest podobne do doświadczenia przez pacjenta interpretacji podanej w odpowiednim czasie, dokładnie w momencie „uzmysłowienia” sobie jej przez pacjenta. Winnicott określał to zdolnością odzwierciedlania przez analityka, który, jak dobry opiekun, umożliwi rozwój „ja” w relacji z obiektem. Analitycy korzystający z badań nad psychicznym rozwojem małego dziecka prowadzonych przez Daniela Sterna [9], mogą chętniej posługiwać się określeniem tzw. dostrojenia (*attunement*), by wskazać wagę jakości ich dostosowania się. Szkockie badania Trevarthena [10], a także inne ostatnie doniesienia pokazują, że pomiędzy matką i dzieckiem istnieje bogata wymiana „przedślowna”, na długo przed pojawieniem się mowy. Wymiana ta jest czymś w rodzaju pramuzycznego dialogu, który ma własny rytm i tonację, i który zapewnia komunikację między osobami od momentu urodzenia. Podobnie wiele odkryć wskazuje na to, że dostrojenie się do dziecka w różnych obszarach jego zmysłowej percepcji ułatwia mu przyjęcie bodźców z zewnątrz i aktywne wchodzenie w interakcję z opiekunem [11].

Duże obszary badań dotyczących zdolności niemowlęcia do reagowania w odpowiedzi na bodźce z otoczenia na długo przed rozwojem, ułatwiającej tę funkcję mowy, a także dane związane z aktywnym wchodzeniem w relację z opiekunem, także bez udziału mowy, odzwierciedlają, w jakim zakresie dorosły pacjent w regresji (podczas sesji w gabinecie analityka) może doświadczać przeżyć związanych z niewerbalnym okresem. Zgodnie z obecnym sposobem ujmowania rozmiaru i głębokości wzajemnie na siebie wpływających umiejętności noworodka, a być może także i płodu (zob. [12]; intrygujące dane dotyczące zdolności płodu do uczenia się i interakcji w środowisku wewnątrzmacicznym), można założyć, że znaczna część interakcji w gabinecie konsultacyjnym, związanej z okresem niemowlęctwa i dzieciństwa pacjenta, obejmuje prewerbalne i niewerbalne doświadczenia. Dotyczy to także bezsłownej interakcyjnej wymiany z opiekunem. Nowa dyscyplina badań, obserwacja małego dziecka, weryfikuje i potwierdza ten pogląd.

Obserwacja małego dziecka

Metoda obserwacji małego dziecka powstała na podstawie badań prowadzonych w Londyńskiej Tavistock Clinic (od 1948 r.) i w Instytucie Psychoanalizy (od 1960 r.) [13]. Badania polegały na szczegółowych i regularnych obserwacjach przez dłuższy czas niemowląt i ich matek. Odbywały się one już od momentu narodzin do powyżej drugiego roku życia. Raz w tygodniu, przez godzinę, obserwowano dziecko i matkę w ich domu. Czasami obecny był przy tym ojciec, rodzeństwo lub też opiekunowie. Po obserwacjach, również raz w tygodniu, miały miejsce seminaria dyskusyjne, odbywające się w małych grupach. Formuła seminaryjna zapewniała, że wiele dzieci jest skrupulatnie monitorowanych i omawianych przez każdą grupę. Na początku lat siedemdziesiątych dr Michael Fordham, już wówczas specjalista z dużym doświadczeniem w pracy z dziećmi metodą analityczną, przyłączył się do jednej z takich grup, prowadzonej przez Gianna Henry’ego

z Tavistock Clinic [14]. Następne grupy organizowane były już przy Towarzystwie Psychologii Analitycznej, a ostatecznie – przez Jungowski Trening Analityczny przy Brytyjskim Stowarzyszeniu Psychoterapeutów. Gruntowne obserwacje i dyskusje, jakie wokół nich miały miejsce, przyczyniły się do pracy Fordhama nad teorią rozwoju „ja”.

Kultura ostrożnej i nieinwazyjnej obserwacji rozwijała się w atmosferze pewnego konsensusu – że stosowane naukowe metody obserwacji i dedukcji będą musiały ulec pewnym ograniczeniom, jeśli chodzi o formułowanie teorii dotyczących prewerbalnych stanów psychicznych. Ten ważny aspekt ćwiczenia w obserwowaniu małego dziecka w delikatny, nie nachalny sposób uwrażliwił obserwatora na informacje pomieszczone w niewerbalnych komunikatach. To zdawało się doskonalić umiejętności analityka w [odczytywaniu] reakcji przeciwprzeniesieniowej, która stała się właściwie zasadniczym narzędziem w interakcji pacjent–analityk.

Model Fordhama

Teoria Fordhama ewoluowała przez lata; obecnie składa się z kilku różnych elementów wywodzących się z jego klinicznego doświadczenia oraz z obserwacji. Spójność modelu Fordhama z pracami Klein, Winnicotta, Biona i innych dotyczy wczesnej relacji z obiektem i patologii „ja”, jak również wiedzy zaczerpniętej z licznych (i stale rosnących) obserwacji małych dzieci i z towarzyszących im dyskusji seminaryjnych. To wszystko pozwoliło skonstruować w ramach badań psychologii jungowskiej, profesjonalny pogląd na rozwój dzieci. Pogląd ten podkreśla znaczenie nikłej i subtelnej komunikacji pomiędzy pacjentem i analitykiem, dającej możliwość korzystania z przeciwprzeniesienia w rozumieniu wczesnych stanów umysłu. Proponuje gruntowne badanie wahań i zmian modalności przeniesienia i przeciwprzeniesienia w ramach jednej sesji i w trakcie całego długoterminowego, intensywnego leczenia analitycznego. Fordham wprowadził kluczową innowację w rozumieniu i postępowaniu klinicznym, jeśli chodzi o te ostatnie elementy. Dał tym samym podwaliny pod tzw. londyńską szkołę rozwojową psychologii analitycznej [15]. Choć osobiście nie oddzielał swojej teorii rozwojowej od różnych wątków tradycji jungowskiej, zwłaszcza tych związanych z archetypami, nie ma wątpliwości, że wprowadził nowy nurt do myślenia jungowskiego, nurt, który jest mocno osadzony w pracy klinicznej z bardzo małymi dziećmi oraz w obserwacji niemowląt. Inspiracją do tego była koncepcja relacji z obiektem ujęta od strony znaczenia najwcześniejszej interakcji niemowlęcia z opiekunem.

Fordham tworzył swoją teorię przez dziesiątki lat psychiatrycznej i analitycznej pracy z dorosłymi i dziećmi, począwszy zaś od 1970 roku czerpał nowe pomysły z obserwacji niemowląt i dyskusji prowadzonych wokół tych obserwacji. W swoich obserwacjach rozwoju młodego umysłu stwierdził żywotność i przydatność zainteresowań Junga początkiem i rozwojem „ja”, obejmującym też liczne konfiguracje archetypowe. Jego celem, i zarazem osiągnięciem, było „dać jungistom ich dzieciństwo oraz sposoby konceptualizowania go i analizowania – nie jako jednego aspektu archetypowego związku, lecz jako podstawę analizy przeniesienia w różnych formach archetypowych... [przez co] ukazał, w jaki sposób psychika oscyluje pomiędzy dojrzałymi i niedojrzalymi stanami umysłu – co odbywa się z mniejszym lub większym nasileniem przez całe życie jednostki” [16].

Fordham stwierdził na podstawie swojej klinicznej praktyki, że pojęcie „ja” pierwotnie

opisane przez Junga, można skorygować, zrewidować i zakorzenić w rozwoju dziecka poprzez założenie istnienia pierwotnego „ja” bądź pierwotnego integratu (składnika integrującego). Obejmuje on początkową jedność psychosomatyczną niemowlęcia, jego wyjątkową tożsamość. Poprzez liczne zetknięcia z otoczeniem, czyli tzw. dezintegracje [rozpady], inicjowane zarówno przez wewnątrz, jak i bodźce zewnętrzne, jednostka stopniowo rozwija historię doświadczeń, które, w następstwie powodzenia reintegracji, rozbudowują się, obejmując owe wyjątkowe „ja” jednostki. Ten fenomenologiczny obraz „ja” ukazuje je jako podmiot powodujący, a zarazem przeżywający doświadczenia, łączący doświadczenie psychologiczne i biologiczne. Proces indywiduacji pojawia się jako dynamiczne przystosowywanie się „ja” do własnej aktywności w obrębie siebie i w obrębie otoczenia.

Model Fordhama opisuje, w jaki sposób „ja” dezintegruje się czy dzieli spontanicznie na części. Każda z nich aktywuje otoczenie lub sama jest przez nie pobudzana, a następnie ponownie integruje doświadczenie poprzez sen, refleksję i inne formy psychicznego ekstrahowania i „przetrawiania”, po to, by wzrastać i rozwijać się. Odbywa się to w ten sposób, że część dziecięcego „ja” pobudzana jest od wewnątrz do spotkania się z sytuacją zewnętrzną; powodem może być głód (dziecko płacze) lub pojawienie się opiekuna w polu percepcyjnym (matka śmieje się i mówi do niemowlęcia). Taki rodzaj wymiany pomiędzy matką (lub innymi ważnymi opiekunami) a niemowlęciem, najczęściej pojawiającej się we wczesnym okresie życia, nasycony jest różnymi jakościowo istotnymi doświadczeniami. Mogą to być sytuacje związane z karmieniem przez uważną, przyjacielską i rozumiejącą matkę bądź przez matkę zaburzoną; mogą to być też sytuacje, w których matka jest nieobecna emocjonalnie. Jakość tego doświadczenia pozostaje wintegrowana w self⁸, włączenie dotyczy też wynikającej z niego modyfikacji w strukturze i repertuarze self. Prowadzi to do rozwoju ego, gdyż jest ono najważniejszym dezintegratem [czynnikiem rozbijającym] self. Model Fordhama ujmuje rozwój dziecka w kategoriach procesów fizycznych, mających psychiczne i emocjonalne właściwości, i także treści. Self jest w nim aktywnie zaangażowane w kształtowanie siebie i realizowanie własnego potencjału na przestrzeni czasu, jednocześnie w przystosowywanie się do tego, co oferuje otoczenie, a bardziej szczegółowo — opiekunowie (w terminach różnorodności, jakości i zawartości tych doświadczeń).

Fordhamowi udało się zespolić kluczowe dla Junga koncepcje „ja” i przyszłej natury oraz funkcjonowania psychiki z perspektywą rozwoju systemu psychika—ciało u niemowlęcia i małego dziecka, a jednocześnie udowodnić, jaki to ma bezpośredni wpływ na rozumienie tego, co dzieje się w gabinecie analityka pomiędzy pacjentem a analitykiem oraz wewnątrz każdego z nich. Podejście Fordhama wzbogaciło psychoanalityczne rozumienie wpływu wczesnodziecięcych stanów umysłu na stosunki zachodzące pomiędzy dorosłym pacjentem a analitykiem w nieustannie zmieniającej się i rozwijającej przeniesieniowej i przeciwprzeniesieniowej sytuacji. Astor [16] wskazał, że ujęcie Fordhama ma związek z jungowską wizją: „...niestabilność umysłu wywołuje wściekłą wewnętrzną walkę, toczącą się zasadniczo przeciwko negatywnym siłom bezmyślności, cynizmu i ich

⁸ W modelu Fordhama używane są określenia „self” jako całość psychofizyczna i „ego” jako wyłaniający się obraz „ja” – przyp. tłum.

pochodnym i perwersyjnym przebraniom”. Cały urok ciągłości self, czyli to, co Jung nazwał „przewidywalną” naturą psychiki, a co jest jej umiejętnością do uzdrawiania samej siebie, może przenieść, poprzez liczne bitwy, zainteresowanego badacza, który się w nich nie poddaje. Fordham, w swoich publikacjach, pokazał na przykładach, iż self w swojej specyfice dążenia do zjednoczenia może przekraczać to, co wydaje się przeciwnymi siłami, a także, skoro jest w tę bitwę wmieszane, pełnić rolę czynnika „mocno zakłócającego”, zarówno destrukcyjnie, jak i twórczo poprzez zbadanie znaczenia elementów składowych aktualnego konfliktu pacjenta.

Jung nie interesował się różnymi modalnościami dziecięcego przeniesienia, studiował jednak dane dotyczące wczesnodziecięcych stanów umysłu i wyciągał wnioski ze swojej pracy z dorosłymi psychotykami. Fordham pokazał, jak w przeniesieniu energia, pierwotnie skierowana na symptom, może zostać skupiona na osobie analityka [17]. Zagłębiając się w znaczenie elementów wchodzących w skład obecnego konfliktu pacjenta dostrzegł on akcentowaną także przez Junga „obecną sytuację pacjenta”, tzw. tu i teraz. Opracował też kliniczne ujęcie przeniesienia wczesnodziecięcego materiału do związku analitycznego. „Jeżeli rzeczywista sytuacja pacjenta jest definiowana jako całość [suma] obecnych przyczyn i konfliktów z nimi związanych, to genetyczne (historyczne) przyczyny składają się na ten obraz w takim stopniu, w jakim nadal działają obecnie, przyczyniając się do manifestowanych konfliktów” [17, s. 82].

Analiza przeniesienia jest zabiegiem redukcijnym, gdyż polega na rozpracowaniu psychologicznych konfliktów pacjenta przeżywanych tu i teraz (w relacji pomiędzy pacjentem i analitykiem) niejako do tyłu, szukając ich przyczyn w dzieciństwie. Celem tego zabiegu jest więc upraszczanie struktur złożonych do ich mniej skomplikowanych, dziecięcych podstaw. Jung udowodnił, za pomocą Testu Skojarzeń Słownych, że kompleksy, które wiążą osobowe i archetypowe podstawy mentalnych przedstawień, są „naładowane afektami”, to znaczy są nośnikami wielu różnych doświadczeń emocjonalnych, nadających treść życiu psychicznemu jednostki. Junga daleko bardziej interesowało zagłębianie się w przewidywaną, przyszlą aktywność psychiczną, przejawiającą się dzięki amplifikacji i aktywnej wyobraźni, niż poszukiwanie lokalizacji i pochodzenia negatywnej aktywności emocjonalnej, także tej, która ujawnia się w przeniesieniu, w historii jednostki. Fordham rozpoznał, że dzieci mogą zarówno otrzymywać projekcje od swoich rodziców, jak i projektować na nich swoje afekty. Rozumiał też, że podobny proces może mieć miejsce pomiędzy pacjentem i analitykiem. W związku z tym zarówno on, jak i londyńscy analitycy, pozostający pod wpływem jego prac, zaczęli rozszerzać znaczenie analizy przeniesienia. To sklaryfikowało i pozwoliło na lepsze wyjaśnianie treści złożonych struktur i ich historycznej/genetycznej lokalizacji w psychice pacjenta.

Jednocześnie Fordham podkreślał ogromne znaczenie tego, co Jung określił jako dostęp analityka do wewnętrznego świata pacjenta poprzez stan wzajemnej nieświadomości [18]. W procesie tym analityk pozwala na ciągłe poddawanie swojego myślenia wpływom związku z pacjentem. To doświadczenie można ująć jako częściową identyfikację, podczas której analityk dezintegruje się w relacji z pacjentem, po to, by lepiej rozumieć jego wewnętrzny świat. Proces otwierania się analityka na projekcyjne i identyfikacyjne nieświadome procesy pacjenta Fordham nazywał syntonicznym przeniesieniem/przeciw-

przeniesieniem [17]. Obejmuje ono: „...słuchanie i obserwowanie pacjenta w taki sposób, żeby móc dojrzeć i usłyszeć to, co wychodzi z self w związku z jego aktywnością, i odpowiadanie na to. To wydaje się dezintegrujące, gdyż można by pomyśleć, że w dyspozycji pacjenta pozostają części analityka, które spontanicznie odpowiadają w taki sposób, jakiego pacjent potrzebuje, nadal jednak te części są manifestacjami self” [s. 97]. Oczywiście taka umiejętność analityka będzie efektywna i użyteczna jedynie wtedy, gdy „utrzymana zostanie [jego] emocjonalna stabilność” [tamże]. W dalszej pracy Fordham doszedł do wniosku, że to, co pierwotnie określał jako syntoniczne przeciwprzeniesienie, jest, w rzeczy samej, projekcyjną identyfikacją z częściami pacjenta, które w ten sposób należą do interakcji analityk—pacjent, a przez to jakościowo różnią się od przeciwprzeniesieniowych fenomenów, pojmowanych zwyczajowo.

Dobrze są znane i udokumentowane poglądy Junga na konieczność rozpoznania wpływu pacjenta na analityka i wzajemnej natury relacji terapeutycznej (np. CW 16, paragraf 163 oraz CW 16, paragraf 285 [18]). Niebezpieczeństwo pojawia się, gdy analityk uzależnia pacjenta od siebie, co zakłóca wolność i swobodę pacjenta w eksplorowaniu swego wewnętrznego świata bez przesadnych ingerencji ze strony analityka. Fordham kładzie nacisk na pewien rodzaj wzajemności w gabinecie, niosącej ryzyko nadużycia pacjenta, który pozostaje w relacji zależności do analityka. Próbuje też ochronić ten argument przed zdementowaniem go przez terapeutów o orientacji analitycznej, opierając terapię analityczną na rozumieniu dziecięcego przeniesienia. Wymóg subiektywnej otwartości analityka na nieświadomą komunikację pacjenta nie pociąga za sobą równości w relacji analitycznej. Postawę analityka ma dyktować postulat ochrony pacjenta przed nadmiernym samoodkrywaniem się analityka, przez co jego fantazje na temat analityka mogą być wykorzystane jako potencjalny materiał do wewnętrznej przemiany.

Wnioski

W artykule przedstawiono zarys sytuacji teoretycznej i klinicznej — w jakiej obecnie znajduje się psychologia analityczna w Wielkiej Brytanii — która dała asumpt do powstania tzw. Londyńskiej Szkoły Rozwojowej. Jest to zaledwie materiał przeglądowy i z konieczności pominięto w nim wpływ wielu postaci znaczących — w Wielkiej Brytanii i gdzie indziej — dla ewolucji teorii rozwoju wczesnodziecięcych stanów umysłowych i koncepcji kluczowej roli przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

W Londynie, w latach powojennych, miały miejsce intensywne badania psychoanalityczne. Czerpały one informacje zarówno z analiz dorosłych pacjentów, jak i (często) małych dzieci, a także z wniosków wyciąganych na podstawie rozwijającej się metody skrupulatnej obserwacji niemowląt, prowadzonej przez wiele lat, nastawionej na śledzenie rozwoju wczesnodziecięcych stanów umysłowych oraz tego, jak można je dostrzec w relacji analitycznej. Równie ważne okazały się odkrycia dotyczące dyspozycji analityka do wewnętrznego odpowiadania na informacje niesione przez subtelny, choć często o dużej mocy, prewerbalny komunikat pacjenta. Wraz z badaniami na obszarze psychoanalizy, niektórzy psychologowie analityczni w Londynie, a szczególnie dr Michael Fordham, zainteresowali się koniecznością integracji perspektywicznej wizji Junga dotyczącej pracy z nieświadomą psychiką z wymogiem konceptualizowania tych [nie uświadamianych] prymitywnych stanów emocjonalnych i mentalnych, za pomocą których dziecko czy niemowlę porządkują

i organizują swoje doświadczenia. Uznano wówczas, że istotną kwestią jest zabezpieczenie przestrzeni analitycznej przez ustalenie i utrzymanie określonych ram, wewnątrz których proces badania treści psychicznych zapewni pacjentowi możliwość bezpiecznego regresowania się do różnych (w zależności od potrzeby czy umiejętności) obszarów (głębokości) psychiki, aby mogła zaistnieć w tym procesie przemiana i rozwój.

Wielu londyńskich jungistów posługuje się modelem Fordhama w ukazaniu, jak poprzez procesy dezintegracji i reintegracji psychika uzyskuje z czasem głębię i tożsamość. Równocześnie można dzięki niemu pokazać, w jaki sposób na drodze tego rozwoju pojawiają się przeszkody, gdy wewnętrzne albo zewnętrzne zakłócenia interferują ze zdrowym rozwojem, co skutkuje patologicznymi lub nieprzystosowawczymi stanami umysłu.

Ironią losu można nazwać, że te ważne tradycje — Freuda i Junga — przez tyle lat stroniły od siebie, utrzymywane na odległość przez historię, osobiście wyznawane filozofie czy politykę profesjonalistów. Ujmując tradycję analityczną jako całość, zarówno psychoanalizę, jak i psychologię analityczną, można by dostrzec, że, pomimo istniejących rzeczywistych różnic, jej oferta mogłaby obejmować wspólny i potencjalnie bardziej twórczy obszar, na którym mogłyby rodzić się liczne ogólne koncepcje z zakresu psychologii głębi, ale także różne sformułowania dotyczące treści i przebiegu rozwoju „ja” w szczególności.

Tłumaczyła: mgr Katarzyna Gdowska

Piśmiennictwo

1. Ricoeur P. *The symbolism of evil*. New York: Harper and Row; 1967. (*La Symbolique du mal*. Paris: Aubier; 1960).
2. Kohon G, red. *The British School of psychoanalysis: The independent tradition*. London: Free Associations Books; 1986.
3. Klein M. *The development of a child*. W: *The writings of Melanie Klein*. Vol. 1 London: Hogarth Press; 1920, 1–53.
4. Klein M. *The psycho-analytic play technique: its history and significance*. W: *The writings of Melanie Klein*. Vol. 3. London: Hogarth Press; 1955, s. 122–140.
5. Issacs S. *The nature and function of phantasy*. *Int. J. Psychoanal.* 1948; 29: 73–97. Przedruk w: Klein M, Heimann P, Issacs S, Riviere J, red. *Developments in psycho-analysis*. London: Hogarth Press; 1952, s. 68–121.
6. Klein M. *Notes of some schizoid mechanisms*. *Int. J. Psycho-Anal.* 1946; 26: 53–61. Przedruk w: Klein M, Heimann P, Issacs S, Riviere J, red. *Developments in psycho-analysis*. London: Hogarth Press; 1952.
7. Winnicott D W. *The child, the family and the outside world*. Harmondsworth: Penguin; 1964.
8. Winnicott D W. *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press; 1965.
9. Stern D. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books; 1985.
10. Trevarthen C. *Emotions in infancy: regulators of contacts and relationships with persons*. W: Scherer K, Ekman P., red. *Approaches to emotion*. Hillsdale N.J.: Erlbaum; 1984.
11. Alvarez A. *Live company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge & Kegan Paul plc; 1992.
12. Piontelli A. *Infant observation from before birth*. *Int. J. Psycho-Anal.* 1987; 68.
13. Bick E. *Notes of infant observations in Psycho-analytic training*. *Int. J. Psycho-Anal.* 1964; 45, 4: s. 558–566.
14. Fordham M. *The making of an analyst: a memoir*. London: Free Association Books; 1993.
15. Samuels A. *Jung and the post-jungians*. London: Routhledge & Kegan Paul plc.; 1985.
16. Astor J. *Michael Fordham: Innovations in analytical psychology*. London: Routhledge & Kegan Paul

plc.;1995.

17. Fordham M. New developments in analytical psychology. London: Routledge & Kegan Paul plc.; 1957.
18. Jung C G. The practice of psychotherapy. (Collected Works 16). England: Routledge & Kegan Paul plc.; 1966. (Pierwsze wydanie w 1958.)

