

Janusz Galli

TERAPEUTA, PACJENTKA I MILCZENIE. ZJAWISKO MILCZENIA Z PERSPEKTYWY PSYCHOANALITYCZNEJ

THERAPIST, PATIENT AND SILENCE. THE PHENOMENON OF SILENCE FROM A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Behavioralnych
Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

**psychotherapy session,
silence,
reverie**

Autor artykułu poszukuje różnych znaczeń milczenia w psychoterapii. Omawia je w kontekście kilku perspektyw teoretycznych, uwydatniając szczególnie model bionowski. Ilustruje go kliniczną prezentacją, w której milczenie pacjentki niesie ze sobą projekcje odszczepionych fragmentów osobowości kontenerowanych przez analityka w procesie.

Summary

The phenomenon of silence during a therapy session is commonly observed by psychotherapists. The reasons for silence may have various sources springs. The psychoanalytic theory tries to describe and explain them. Different psychoanalytic currents propose diverse concepts of the appearance of silence during psychotherapy sessions. The article presents views of such schools as classical Freudian psychoanalysis, ego psychology, Klein school, self-psychology, and Bionian school. Especially the views derived from the Bionian school, according to the author, allow clearly and legibly read the message included in the patient's silence in the session. The author demonstrates the topic by means of the clinical case presentation of a work with a female patient who is silent on the therapy session.

Cisza jest w pewnym sensie samą podstawą całej rzeczywistości.

To z niej wszystko pochodzi i do niej wraca.

Richard Rohr, *Milczące współczucie. Odnajdywanie Boga w kontemplacji.*

[1, str. 10]

1. Wstęp

W jednym z pierwszych swoich filmów — *Milczeniu* — Kazimierz Kutz opowiada poruszającą historię kilkunastoletniego chłopca o imieniu Staszek. Chłopiec mieszka w prowincjonalnym miasteczku, które wraca do normalnego życia po wojennej zawierusze. Chłopiec jest sierotą — w czasie wojny stracił całą rodzinę. Przez mieszkańców miasteczka powszechnie piętnowany jest ze względu na swoją „inność”. Pewnego dnia

rozchodzi się wieść, jakoby Staszek targnął się na życie miejscowego księdza. Mimo braku dowodów, małomiasteczkowa społeczność nie ma wątpliwości, że Staszek jest winny, i wydaje na niego wyrok. Niedługo potem, podczas lekkomyślnej zabawy z niewypałem, chłopak ulega poważnemu wypadkowi i traci wzrok. Zamiast współczucia słyszy jedynie głosy o zasłużonej karze boskiej. Nie może liczyć na pomoc duchownego, choć ten wie, że chłopak jest niesłusznie oskarżany przez otoczenie. Duchowny wybiera milczenie [2]. W jednej z poruszających scen niewidomy Staszek idzie przez rynek miasteczka, posługując się białą laską, otoczony przez milczących mieszkańców, którzy w ciszy obserwują niewidomego Staszka, z trudem próbującego odnaleźć drogę.

Film bardzo trafnie oddaje relacyjny charakter milczenia. Wydawać by się mogło, że jest ono pewnego rodzaju stanem statycznej separacji i izolacji, ale w scenie na rynku możemy dostrzec, że „coś” łączy Staszka z mieszkańcami, kiedy w ciszy wychodzi on z miasteczka odprowadzany nienawistnymi spojrzeniami mieszkańców. To „coś” to właśnie stan milczenia, pomieszczający w sobie wiele znaczeń, które reżyser postanowił pozostawić widzowi do odczytania i interpretacji. Sądzę, że podobny proces zachodzić może w czasie „milczących sesji” terapeutycznych, kiedy terapeuta staje się zarówno świadkiem historii pacjenta, jak i odbiorcą przekazywanych przez niego niemych znaczeń. Chciałbym w tym artykule podjąć temat zjawiska milczenia w czasie sesji terapeutycznych, odczytywania go z różnych perspektyw teoretycznych, a szczególnie bliskiej mi perspektywy teorii bionowskiej.

2. Milczenie — różne perspektywy

Istnieją różne sposoby radzenia sobie przez terapeutów z problemem milczenia pacjenta. Rozumienie okresów „ciszy psychoterapeutycznej” i radzenie sobie z nią może wynikać z profilu wykszolenia psychoterapeutycznego terapeuty oraz wybranego przez niego modelu umysłu. Spośród kilku kierunków teorii psychoanalitycznej zajmujących się fenomenem milczenia wyróżnić można między innymi perspektywę klasycznej freudowskiej teorii popędów, spojrzenie z punktu widzenia psychologii self, perspektywę nurtu kleinowskiego oraz perspektywę teorii bionowskiej.

Teoria freudowska i psychologia ego

W modelu popędowym Freud koncentrował się na analizie popędów seksualnych i agresywnych oraz analizie oporów, jakie utworzyły się w trakcie rozwoju osobniczego, przeciwstawiających się pełnej ekspresji popędowej. Kontynuatorzy tego klasycznego modelu, przedstawiciele teorii psychologii ego skupili się w szczególności sposób na mechanizmach obronnych ego, dostrzegając, iż w ego toczy się wyjątkowo zaciepła walka o ekspresję życia popędowego. Obydwa wspomniane, pokrewne nurty teorii psychoanalitycznej dostrzegały obecność fenomenu milczenia w trakcie sesji psychoterapeutycznej.

Według modelu wywodzącego się z klasycznej freudowskiej teorii milczenie pacjenta w czasie sesji terapeutycznej jest oczywistą formą oporu, z którą często spotykamy się w praktyce psychoanalitycznej. „W leczeniu psychoanalitycznym oporem nazywa się wszystko to, co zawarte jest w słowach i działaniach osoby analizowanej, a co przeszkadza jej osiągnąć dostęp do nieświadomości. W szerszym znaczeniu Sigmund Freud mówił

o oporze wobec psychoanalizy, określając tym terminem nieprzychylną postawę wobec jej odkryć, ponieważ ujawniały one nieświadome pragnienia człowieka i zadawały mu >psychologiczny cios<” [3, s. 196]. Generalnie rzecz biorąc, milczenie oznacza, że pacjent świadomie lub nieświadomie nie chce zakomunikować analitykowi swoich myśli lub uczuć [4]. Przyjmuje się, że pacjentowi może być bardzo trudno wyrazić myśli i fantazje o charakterze agresywnym i seksualnym w stosunku do terapeuty. „Stąd też milczenie na sesji może dotyczyć tych uczuć. Można przyjąć hipotezę, że przy przedłużającej się ciszy pacjent ma na myśli uczucia związane z terapeutą, o których trudno mówić” [4, s. 98]. Fenomen ciszy może mieć także inne znaczenia z perspektywy teorii freudowskiej. Może ona bowiem stanowić powtórzenie ważnego wydarzenia z przeszłości, w którym milczenie odgrywało istotną rolę [4]. Milczenie pacjenta może stanowić odzwierciedlenie jego zaskoczenia, lęku, przerażenia jako reakcji na scenę pierwotną, to jest „scenę stosunku seksualnego między rodzicami, którą dziecko obserwuje, której się domyśla na podstawie pewnych oznak lub którą sobie wyobraża. Na ogół jest ona interpretowana przez dziecko jako akt gwałtu ze strony ojca” [3, s. 299].

W pracy pt. „Zahamowanie, symptom, lęk” Zygmunt Freud wyróżnił pięć form oporu [5]. „Trzy z nich związane są z ego: wyparcie, przeniesienie jako opór i wtórny zysk z choroby, który >zasadza się na włączeniu objawu do ego<” [3, s. 229]. Trzeba jeszcze dodać do wymienionych opór nieświadomości, czyli opór id oraz opór superego [3]. Kontynuując te ustalenia, jego córka i następczyni Anna Freud twierdzi, że milczenie pacjenta może być reakcją na intensyfikację konfliktu pomiędzy strukturami id i ego. Symptom milczenia jest według niej zakorzeniony w mechanizmie obronnym wyparcia zlokalizowanym w ego [6]. Manifestowany w ten sposób opór jest identyczny z obroną. Tworzą go nieświadome części ego — mechanizmy obronne — trzymające z dala od świadomości impulsy wywołujące lęk [7]. Opisywani przez Annę Freud „pacjenci historyczni usuwają ze swej świadomości wyobrażeniowe reprezentacje impulsów seksualnych [...]. Kiedy skojarzenia uaktywniają obrony ego — zostają usunięte ze świadomości. Pacjent czuje jedynie pustkę, cichnię” [8, s. 29]. Terapeuta pracujący w paradygmacie klasycznej teorii freudowskiej w momencie kiedy pacjent milknie, może zadać sobie pytanie, jaki charakter i treść mogą mieć niedopuszczalne impulsy, których pacjent nie aprobeuje w swojej świadomości? Terapeuta wykorzystujący w swojej pracy teorię psychologii ego może również zapytać, dlaczego u pacjenta zadziałał mechanizm obronny wyparcia w postaci milczenia w tym momencie sesji?

Psychologia self

Heinz Kohut, psychoanalityk pracujący w Stanach Zjednoczonych, w swojej praktyce starał się dokonać integracji klasycznej freudowskiej teorii psychoanalitycznej z teorią relacji z obiektem (Margaret Mahler). Zasadniczym rdzeniem jego teorii była koncepcja rozwoju struktury psychicznej self (Ja) oraz próba wyjaśnienia powstawania w niej deficytów, które później rzutują na obraz kliniczny pacjentów narcystycznych. „Self, zgodnie z propozycją teorii relacji z obiektem, wyodrębnia się z wewnętrznej, umysłowej reprezentacji osoby, z którą dziecko jest silnie związane emocjonalnie (self-obiekt, czyli obiekt wspierający self). Kohut przyjął, że wczesne relacje między dzieckiem a rodzicem lub

opiekunem decydują o przebiegu procesów rozwoju self (Ja), prowadzących do utworzenia całościowego i zintegrowanego self (Ja) albo wystąpienia zaburzeń narcystycznych” [9, s. 67]. To rdzenne self dziecka krystalizuje się wokół dwóch ważnych narcystycznych potrzeb: pierwszej, ujawnienia się jego wielkościowości i omnipotencji, której niezaprzeczalnym potwierdzeniem są rodzice i ich reakcje, oraz drugiej, przyswojenia sobie przez dziecko wyidealizowanego obrazu rodziców poprzez podziw dla nich [9]. Obydwa narcystyczne obrazy siebie (self) i rodziców (self-objektów) są końcowym etapem w zdrowym rozwoju osobowości dziecka. Jego podziw wobec rodziców daje początek jego ideałom, wartościom i celom. Natomiast poczucie wielkości dziecka, potwierdzone przez rodziców, daje początek jego ambicjom, dążeniom do sukcesu. „Pomiędzy ambicjami (mogę) a ideałami (warto) powstaje >luk napięcia<, który jest motorem aktywności psychicznej sterowanej przez system Ja (self)” [9, s. 68]. Tak ukształtowane self jest dwubiegunowe i jest odpowiedzialne za posiadanie przez człowieka wyraźnej koncepcji samego siebie i ugruntowanego poczucia tożsamości. Dlatego zaburzenia relacji z obiektem, koncentrujące się na poczuciu braku empatycznego odniesienia ze strony osób opiekunów (self-objektów), powodują deficyt struktury self. Nieadekwatna odpowiedź (odzwierciedlenie) rodziców lub zbyt drastyczna frustracja potrzeby wielkościowości dziecka powodują wytworzenie struktury fałszywego self, dostosowanego do niesprzyjającego otoczenia dziecka. Natomiast prawdziwe self zostaje odszczepione i staje się celem wewnętrznej agresji. Momentem kluczowym dla tego dylematu rozwojowego poradzenia sobie z ambiwalentnymi uczuciami miłości i nienawiści, z własną wielkościowością, jest podfaza powtórnego zbliżenia w fazie separacji-indywiduacji (15.–24. miesiąc) w cyklu rozwojowym dziecka według Margaret Mahler [10].

W procesie psychoterapii pacjenta narcystycznego możemy spotkać trzy formy ekspresji jego self. Zazwyczaj najbardziej dostępną, powierzchowną, jest ekspresja self fałszywego, którą cechują: perfekcjonizm, zależność od osiągnięć, wielkościowość, omnipotencja, duma, roszczeniowość, koncentracja na sobie, manipulacja i uprzedmiotowianie innych osób. Spełnia ona rolę kompensacyjną. Druga forma ekspresji self to tzw. self symptomatyczne, które jest związane z aktywacją mechanizmów obronnych chroniących pacjenta przed załamaniem się struktury osobowości i kontaktem z prawdziwym self. Przejawami self symptomatycznego są: wrażliwość na wstyd i upokorzenie, hipochondria, objawy psychosomatyczne, poczucie bezwartościowości, autodeprecjacja, jak również stany izolacji (objawiające się milczeniem pacjenta), stany samotności, depresji, inercji, zahamowania w pracy. Trzecią formą ekspresji self, najtrudniej dostępną, jest self prawdziwe, które charakteryzuje się: uczuciem pustki, próżni, stanów paniki z osłabieniem i fragmentacją self, archaicznymi żądaniami zbliżenia (przeniesienia przez fuzje), uczuciem wściekłości i bólu w obliczu braku empatii wobec archaicznych żądań bliskości [10].

Tak jak wspomniano wcześniej, kiedy pacjent rozpoczyna wyzwalamie się z wieloletniej dominacji fałszywego self i odzyskiwanie prawdziwego self, napotyka zmasowane trudności w swoim rozwoju, w postaci tzw. kryzysu „unicestwienia-opuszczenia”. Stephen M. Johnson zwraca uwagę, że pacjent w tym kluczowym momencie psychicznego przełomu przeżywa „lęk przed swymi własnymi, głębokimi, lecz zakazanymi uczuciami, łącznie ze złością, seksualnością, żądzą władzy, radością lub lękiem jako takim” [10, s. 130]. Johnson zauważa, że w tych ważnych chwilach procesu psychoterapii terapeuta musi

pozostać obecny, milczący, towarzyszący, odzwierciedlający stan emocjonalny pacjenta, kiedy ten przeżywa uczucia związane z „raną narcystyczną”. „Często podczas najcięższych kryzysów emocjonalnych, które klient musi przeżywać, by odzyskać swe początki i siebie samego, najtrudniej jest po prostu nic nie robić, tylko być z nim [...]. Prawdziwa obecność jest wszystkim, czego potrzeba. Jeśli nie potrafimy być obecni i bezpośredni, to trzymamy się techniki terapeutycznej, pozycji czy teorii, i tym samym blokujemy przepracowanie” [10, s. 131], podsumowuje Johnson. Terapeuta wykorzystujący idee psychologii self może w czasie sesji postawić sobie pytanie, z którą częścią self pacjent ma kontakt, kiedy milczy? Jakim self-objektem w przeżywaniu pacjenta jest terapeuta w chwili wspólnej ciszy na sesji?

Nurt teorii kleinowskiej

Wprowadzone przez Melanie Klein rozróżnienie między dwiema podstawowymi grupami lęków i obron, czyli między pozycją schizoparanoidalną i depresyjną, to jedno z jej najcenniejszych dokonań w dziedzinie teorii psychoanalitycznej oraz rozumienia psychiki człowieka [11]. Jej koncepcja zakłada, iż życie psychiczne każdej osoby na najgłębszych poziomach opiera się na oscylacji między tymi dwiema pozycjami, nigdy nie pozostając w jednej z nich na stałe. Pozycja schizoparanoidalna jest rodzajem relacji z obiektem, która zostaje ustanowiona w pierwszych czterech miesiącach życia dziecka. Później można ją również odnaleźć u osoby dorosłej, zwłaszcza w stanach paranooidalnych i schizofrenicznych [3]. „Charakterystyka pozycji schizoparanoidalnej przedstawia się następująco: popędy agresywne współlistnieją z popędami libidinalnymi i są szczególnie silne; obiekt jest częściowy (przede wszystkim jest nim pierś matki) i rozszczepiony na dwa obiekty, >dobry< obiekt i >zły<; dominującymi procesami są introjekcja i projekcja; lęk, który jest bardzo intensywny, ma charakter prześladowczy” [3, s. 238] i dotyczy obawy zniszczenia ze strony złego obiektu. Pozycja depresyjna następuje po pozycji schizoparanoidalnej i jest osiągnięta między 4. a 6. miesiącem życia i jest stopniowo pokonywana podczas pierwszego roku życia. Może ona powracać w czasie późniejszego dzieciństwa, wraz z mierzeniem się przez dziecko z kolejnymi utratami i wyzwaniem rozwojowymi. U osób dorosłych także może dojść do jej reaktywacji, zwłaszcza w okresie żałoby i w stanach depresyjnych. „Charakterystyka pozycji depresyjnej przedstawia się następująco: dziecko jest odtąd zdolne postrzegać matkę jako obiekt całościowy; rozszczepienie między >dobrymi< i >złymi< obiektami zmniejsza się, a popędy libidinalne i wrogie zaczynają teraz odnosić się do tego samego obiektu; lęk, zwany depresyjnym, dotyczy powstałego w fantazji niebezpieczeństwa zniszczenia i utraty matki na skutek własnego sadyzmu; lęk ten jest zwalczany przez różnego typu obrony (obrony maniakalne lub obrony bardziej adekwatne, jak reparacja czy zahamowanie agresji) i przezwyciężany, gdy kochany obiekt jest introjektowany w sposób stały i dający bezpieczeństwo” [3, s. 237]. Nowsze ustalenia wykazały, że ruch między pozycjami depresyjną i schizoparanoidalną zachodzi również w krótkich odstępach czasu, np. na sesji terapeutycznej [11]. Można również zaobserwować, iż niektórym pacjentom bliżej jest do świata przeżyć, lęków i fantazji wywodzących się z pozycji schizoparanoidalnej. Pacjenci ci mają trudność z osiągnięciem pozycji depresyjnej, gdyż lęk depresyjny i związany z nim stan przeżywania poczucia winy (uświadamianie sobie swojego sadyzmu) jest zbyt bolesny dla nich.

Problematyką trudności osiągnięcia pozycji depresyjnej zajmował się m.in. Donald Meltzer w pracy pt. „Próg pozycji depresyjnej” [12]. Zauważa on, iż pacjent, przekraczając w swoim przeżywaniu i nieświadomej fantazji próg pomiędzy pozycją schizoparanoidalną a pozycją depresyjną (próg pozycji depresyjnej), zaczyna mieć kontakt z odszczepionymi destrukcyjnymi częściami własnego self oraz wewnętrznymi złymi obiektami, co ma istotne znaczenie w procesie psychoterapii. Centralnym problemem tego momentu analizy staje się ustanowienie zaufania do dobrych obiektów, szczególnie piersi matki, uznanie jej funkcji reparacyjnej i ochronnej wraz z odpieraniem ataków ze strony odszczepionych do tej pory elementów: destrukcyjnej części self oraz wewnętrznych złych obiektów. W tym okresie psychoterapii pozycja depresyjna jest coraz głębiej penetrowana przez proces analityczny. Zauważamy, że pacjent zaczyna boleśnie konfrontować się ze zdolnością do akceptacji przebaczenia sobie samemu wcześniejszych chwil naruszenia swojej „dobrej wiary”. W tym czasie, jak zauważa Meltzer [12], postawa pacjenta wobec analityka zmienia się — wcześniejsza postawa obojętności, blokowania, przechodzi w zainteresowanie i słuchanie w ciszy jego słów. Po wypowiedziach analityka pacjent może długo pozostawać w milczeniu. Jego uwaga i świadomość są skierowane na terapeutę [12].

Inny ważny dla nurtu kleinowskiego autor, Herbert Rosenfeld, pracujący z głębiej zaburzonymi pacjentami cierpiącymi na stany psychotyczne i typu borderline, zauważył, że milczenie u jego pacjentów jest związane z ich reakcją na zmaganie się ze sprzecznymi, niejasnymi i wprowadzającymi w pomieszenie uczuciami i myślami [13]. Według Rosenfelda pacjenci ci cierpieli „z powodu bardzo wczesnych i bardzo zaburzających przeżyć, które wiążą się z koncepcjami prymitywnej identyfikacji projekcyjnej oraz komunikacji na zasadzie osmozy. Tacy pacjenci przez okres wielu miesięcy potrzebują [...] niewerbalnej komunikacji, często milczą, bądź wypowiadają się w bardzo pomieszany, monotony lub symboliczny sposób” [13, s. 189]. Pacjenci Rosenfelda mieli znaczną trudność wejścia w pozycję depresyjną. Doświadczane przez nich stany pomieszania, objawiające się milczeniem, nasilały się w wyniku interpretowania lęków prześladowczych, wywodzących się z pozycji schizoparanoidalnej. Niemożność wejścia w pozycję depresyjną nasilała się właśnie na tzw. progu pozycji depresyjnej. Terapeuta wykorzystujący w swojej pracy koncepcje wywodzące się z teorii kleinowskiej może próbować znaleźć odpowiedź na kilka istotnych pytań: Jaki jest aktualny stan umysłu pacjenta na sesji? Czy jest to stan związany z lękiem prześladowczym (schizoparanoidalnym)? Czy lęk ma raczej charakter lęku separacyjnego (depresyjnego)? Czy podane wcześniej interpretacje powodują milczenie, innymi słowy, czy nasilają pomieszenie pacjenta?

3. Bion i fenomen milczenia

Szczególnym pojęciem, które może być pomocne w zrozumieniu fenomenu milczenia pacjenta, wydaje się pojęcie kontenerowania, czyli pomieszczenia, ukute przez W.R. Biona [14]. Według niego rozwój dziecka wymaga obiektu pomieszczającego proto-emocje i proto-myśli dziecka. Obiektem tym staje się matka. Precyzując ten termin, możemy go odnieść do zdolności do przyjmowania pierwotnych, częściowych, pokawałkowanych doświadczeń emocjonalnych niemowlęcia, które następnie są modyfikowane i zwracane przez matkę dziecku w postaci jej świadomego i nieświadomego myślenia o tym, co nie-

mwę chce jej przekazać w ten prymitywny sposób. Dzięki takiej pozasłownej/słownej komunikacji, opartej na kontenerowaniu stanów emocjonalnych przez matkę, dziecko jest w stanie tworzyć połączenia emocjonalne w swoim pokawałkowanym świecie wewnętrznym oraz dokonać rozwinięcia swojego aparatu psychicznego (funkcji alfa), a dzięki temu na następnym etapie rozwoju myśleć swoimi myślami o swoim doświadczeniu [15]. „Niepomysłane myśli i surowe zmysłowe odczucia niemowlęcia (elementy beta) wyłaniające się z jego spotkań ze światem, ulegają transformacji w >myśli dostępne myśleniu< (elementy alfa) dzięki matce, która uzupełnia niedojrzałą psychikę niemowlęcia własną zdolnością do pomieszczania (funkcja alfa)” [15, s. 127]. Widziane z perspektywy kontenerowania milczenie pacjenta może być rozumiane jako wyraz pragnienia przekazania przez niego prymitywnych stanów emocjonalnych oraz wyraz oczekiwania, że zostaną one przyjęte i zwrócone mu w formie słów po uprzednim opracowaniu ich w wewnętrznym świecie terapeuty.

Ciekawy fragment opisu takiego opracowania milczenia możemy odnaleźć w jednej z grupowych „brazylijskich superwizji” W.R. Biona wskazującej, jak radzić sobie z milczeniem pacjentki i jak je rozumieć [16]. 29-letnia kobieta zgłosiła się na analizę z dużymi trudnościami z mówieniem; milczy przez długie okresy sesji, pokazując jedynie rękoma, że doświadcza lęku. Analityczka superwizantka relacjonuje, iż ma duże trudności z opisaniem swojego stanu związanego z milczeniem pacjentki. Bion, zwracając się do grupy superwizyjnej, proponuje wyjaśnienie: „W pokoju jest dwoje ludzi, ale pacjentka wie coś, czego my nie wiemy — w pokoju jest także milczenie. Milczenie nie jest po prostu niczym; jeżeli więc ona obawia się milczenia, to nie jest tak, że obawia się >niczego<. Milczenie w pewnym sensie musi być miejscem, w którym jest jakaś osoba lub rzecz. Mógłbym to ująć następująco: jest tam troje ludzi, trzy rzeczy — analityk, pacjentka i milczenie. I wydaje się, że milczenie jest tym, co w owym momencie budzi lęk” [16, s. 127]. Analityczka w pewnym momencie sesji odnosi wrażenie, że na kozetce leży egipska mumia i zaczyna mieć przekonanie, iż w ten sposób ujawnia się opór pacjentki w terapii. Pacjentka równocześnie w tym samym czasie zauważa, że mówienie i myślenie sprawia jej dużą trudność, czuje się, jakby była martwa. Bion ponownie komentuje ten moment sesji — „martwa mumia jest bardzo niebezpieczna: jeżeli martwa mumia nie mówi, bardzo niebezpieczne okazuje się bycie żywą i mówienie” [16, s. 127]. Dodaje dalej, zwracając się do superwizantki: „Jeśli będzie pani słuchać milczenia tak jak wypowiedzianych słów, wówczas łatwiej będzie zrozumieć pani komunikaty milczenia” [16, s. 128]. Zauważa następnie, że z trudem znosi milczenie pacjentki i nie potrafi go słuchać bez napięcia. Po pewnej chwili zaczyna się czuć swobodniej i zaczyna zwracać uwagę na to, co się dzieje z nią w czasie wspólnego milczenia jej i pacjentki. Zauważa, że jej myśli odchodzą do innych spraw niż analiza. W tym samym czasie pacjentka stwierdza, że boi się, iż nie wytrzyma analizy. Bion ponownie interpretuje zaistniałą sytuację analityczną: „Myślę, że musi pani także zwrócić jej uwagę na to, że odkryła, iż pani nie może się odzywać, jeśli nic nie wie, jeśli nie jest pani informowana na bieżąco. A więc jej milczenie sprawia, że pani też ciągle milczy; jedna z tych osób w gabinecie nie może być analityczką, a druga nie może być pacjentką — żadna z nich nie jest usatysfakcjonowana. Ten obiekt jest bardzo wrogi; jeżeli ona nie uzyska zgody na to, by mówić, nie uda się prowadzić analizy. Może pani próbować zwrócić jej uwagę na to, że jeśli mówi, boi się, że coś się rozpocznie; boi

się przeciwieństwa milczenia, obawia się, że będzie mówić tak dużo, iż pani nie usłyszy swoich myśli” [16, s. 128].

4. Judith L. Mitrani — otwarta uważność

Opisany fragment procesu przekształcania doświadczeń emocjonalnych pacjenta zaprezentowany w superwizji przez Biona w „myśli dostępne myśleniu” przez matkę/analizującą nosi nazwę macierzyńskiego zamyślenia, czyli reverie, które Judith Mitrani określa mianem „otwartej uważności” [17]. Według tej kalifornijskiej psychoanalityczki milczenie jest stanem, w którym następuje intensywne komunikacja pomiędzy tym, co nieświadome, a świadome [18]. Dlatego bardzo istotne w określeniu sytuacji milczenia jest postawienie sobie przez psychoterapeutę dwóch podstawowych pytań: jak milczenie pacjenta wpływa na terapeuta oraz jak milczenie terapeuty wpływa na pacjenta? [17]. Odpowiedzi na te dwa pytania pozwalają terapeutę zorientować się w kontekście przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym relacji terapeutycznej oraz odnaleźć właściwe słowa, których brakuje pacjentowi do opisu tego, co dzieje się z nim w czasie, kiedy znajduje się w stanie milczenia. Tak sformułowana interpretacja nabiera cech interpretacji pomieszczającej trudno wyrażalne emocjonalne proto-komunikaty przekazane w stanach milczenia. Ciekawa wydaje się tutaj propozycja „podpowiedzi” Leslie Kane opisująca stany milczenia jako swoisty „język stanów ciszy” [19]. Kane wymienia kilka rodzajów/stanów ciszy, m.in.: cisza jako apatyczne milczenie, cisza jako płodna świadomość, cisza jako stan zaskakującego pomieszczenia, cisza jako zduszone oburzenie, cisza jako trzeźwa powaga, cisza jako stan aktywnej percepcji, nieprzyjemnego impasu, ciężka cisza oczekiwania, cisza, która jest przejawem nieufności, milcząca cisza zatwierdzenia, cisza jako stan obelżywego oskarżenia, stan wymownego milczenia pełnego respektu, niepokojąca cisza zagrożenia, stan spokojnej ciszy komunii, nieodwołalny stan ciszy śmierci [19]. Jak widać, powyższe propozycje opisów doświadczeń emocjonalnych w trakcie milczących sesji zaproponowanych przez L. Kane są swoistymi mieszaninami stanów ciszy powiązanych z dominującym w danej chwili emocjonalnym aspektem wewnętrznego obiektu pacjenta, z którym terapeuta ma aktualnie kontakt, a który jest umieszczany w terapii w bezsłownym procesie projekcyjnym.

5. Prezentacja kliniczna — fragment sesji z panią A.

Chciałbym teraz przedstawić krótki fragment własnego zmagania się z fenomenem milczenia w czasie sesji z pacjentką, którą nazwę panią A. Zgłosiła się ona na terapię cztery lata wcześniej, skarżąc się na trudności w określeniu, czym chce się w życiu zajmować, na przejściowe stany obniżonego nastroju oraz kłopoty w nawiązywaniu stabilnych, satysfakcjonujących relacji z ludźmi. Wiązała je z trudnościami panującymi w jej domu rodzinnym. Pacjentka w momencie rozpoczęcia terapii miała około 26 lat, była niezamężna i bezdzietna. Pracowała jako specjalistka w niedużej, ale prężnie rozwijającej się firmie z branży teleinformatycznej. Pierwszy rok uczęszczała na terapię w settingu jednej sesji na tydzień; począwszy od drugiego roku terapii nastąpiła zmiana na dwie sesje w tygodniu. Setting ten był utrzymywany przez kolejne lata psychoterapii. Prezentowana poniżej sesja miała miejsce w czwartym roku psychoterapii.

Pani A. weszła na sesję niepewnym krokiem, spoglądając na mnie z zakłopotaniem. Odniosłem wrażenie, że przypatruje mi się badawczo; być może zmieniłem się jakoś od naszej ostatniej sesji (dwa dni wcześniej). Kiedy usiadła w fotelu, w jej zachowaniu wyczułem oznaki zmęczenia. Zapadło między nami milczenie pełne wyczekiwania, co może nastąpić dalej. Upływały kolejne minuty, a cisza trwała nadal; wyczuwałem rosnące powoli napięcie. Po dłuższej chwili pani A. wypowiedziała kilka pierwszych słów, stwierdzając cichym głosem, iż nie chciała dzisiaj przychodzić na sesję. Miałem wrażenie, że ton jej głosu jest nieprzyjemny, nie potrafiłem jednak jasno określić, o co mogło chodzić. Zastanawiałem się, co takiego mogło się wydarzyć u pani A., co spowodowało, że nie miała ochoty przychodzić na spotkanie. Próbowałem przypomnieć sobie przebieg naszej ostatniej sesji. W tym czasie, kiedy rozważałem jej powody niechęci do przyścia, powróciła ciężająca coraz bardziej między nami cisza. Szukając odpowiedzi na ten początkowo niechętny komunikat skierowany w moją stronę, uświadomiłem sobie, że to, co powiem, może stać się kolejnym ciężarem dla pani A. Również coraz wyraźniej zaczynałem rozumieć, że przypuszczalnie to ja sam jestem ciężarem dla niej. Miałem przeczucie, że cokolwiek powiem czy zrobię, będzie przez nią odebrane jako zagrażające, a następnie zaatakowane i odrzucone. Po chwili wahania zdecydowałem się podać bardziej otwierający komentarz, który by w jakiś sposób dotknął tego stanu odrzucania mojej osoby, jednocześnie nie nasilając prześladowczych uczuć pacjentki. Powiedziałem, że być może coś się zmieniło w niej od naszej ostatniej sesji, kiedy sprawiała wrażenie radosnej i pełnej energii — dzisiaj sprawia wrażenie zmęczonej. Pani A. przyznała mi rację, dodając, że dwa dni temu była szczęśliwa, ale później coś do niej „doszło”. Dorzuciła, że jest to może jakaś fala smutku. Pani A. wiązała to jej pojawienie się ze swoją pracą, w której dużo dawała z siebie, była zaangażowana i pełna poświęcenia. Dodała po chwili, że to, co się stało później, było dla niej najgorsze. Pod koniec pracy przychodziły do niej myśli, że ma wszystkiego dosyć i nie chce już z nikim rozmawiać. Słowa pani A. upewniły mnie, że słusznie zrobiłem, nie nadając zbyt pośpiesznie znaczenia jej słowom. Prawdopodobnie w pani A. nasza wspólna praca budziła podobne uczucia niechęci jak jej praca zawodowa. Pacjentka nie czuła się zrozumiana ani tam, ani tu. Wydaje się, że przeniesieniowy komunikat pacjentki wobec mnie bez jego wyraźnego, jasnego klaryfikowania z mojej strony, umożliwił jej głębszą eksplorację znaczenia emocjonalnego stanu niechęci wobec mnie (również wobec nieodkrytych jeszcze aspektów jej własnego self). Po tej krótkiej wymianie ponownie zapadła między nami cisza, płynęły nużące minuty, w czasie których odczuwałem bezradność wobec wiszącej, a niewyraźnej wobec mnie niechęci pani A. Milczeliśmy nadal, a ja wróciłem do refleksji nad tym, co chciała zakomunikować mi pani A. w swoim niechętnym przekazie, co mogło znaczyć, że dużo daje z siebie. Przecież pani A. prawie nic nie mówiła, nadal milczała. Przyszło mi na myśl, że pani A. nie ma kontaktu z tym, że wywiera nienawistny nacisk na samą siebie i że łatwiej jest jej dostrzec swoją niechęć za mój nacisk na nią, niż uznać, iż nacisk ten raczej pochodzi od niej samej. W tym momencie, kiedy przychodziły do mnie te refleksje, pani A. oparła głowę o fotel i zamknęła oczy. Miałem wrażenie, że zaczyna podsypaniać. Po kilku minutach niespodziewanie pani A. otworzyła oczy, podniosła głowę i zaczęła mówić, że ma wrażenie, iż ją zaraz wyrzucę z sesji, bo na niej śpi. Czułem, że po fali niewypowiedzianej niechęci wobec mnie przysłała chwila, kiedy pacjentka dała mi na moment dostęp do siebie w pozytywnym emocjonalnym sen-

sie. W tej chwili powiedziałem do niej, że może to jest właśnie miejsce, w którym czuje się na tyle bezpieczna, że może zasnąć i odpocząć. Pacjentka odpowiedziała, że tutaj jest taka cisza, iż słyszy, jak dwa zegary (duży wisi na ścianie, mały stoi na stoliku obok fotela terapeuty) biją synchronicznie. Wydało się jej to dziwne, bo na wcześniejszych sesjach miała wrażenie, że chodzą niesynchronicznie. Po tych słowach pani A. pojawiło się u mnie odczucie ciepła i przelotnej satysfakcji. Przyszła mi też myśl: „a więc o to chodzi, o słowo >synchronicznie<”. Pani A. ożywiła się coraz mocniej, jakby „budząc się”, stwierdziła, że uświadomiła sobie, jak bardzo jest napięta w środku, dodając, że ma jeszcze wiele rzeczy do zrobienia po sesji. Musi iść jeszcze do masażystki, a masaż i sesja są dla niej czymś przyjemnym, dają jej wytchnienie. Zinterpretowałem tę wypowiedź pani A. mówiąc, że wydaje się, iż ona spodziewa się aktywnej opieki z mojej strony i ze strony masażystki. Opieka ta ma polegać na tym, że pacjentka w moim gabinecie i w gabinecie masażystki może bez wyrzutów sumienia pozostawać bierna, ale boi się to jasno powiedzieć, a zamiast tego raczej woli być napięta, bo wydaje się jej, że mógłbym się na to nie zgodzić lub ją wyrzucić za to, że nie pracuje na sesji. Pani A. chwilę milczała, po czym powiedziała, że to prawda, że potrzebuje tej opieki, ale nie wie, jak ma o nią prosić. Nie rozumie tego, bo wydawało się jej, że chce tylko przyjść na sesję, posiedzieć sobie w spokoju i odpocząć.

6. Podsumowanie

Terapeuta, spotykając się z milczeniem pacjenta w trakcie sesji, ma do wyboru kilka perspektyw słuchania, rozumienia oraz interpretowania relacji z pacjentem. W artykule starałem się pokazać, że różne teoretyczne perspektywy słuchania nie muszą wykluczać się wzajemnie. Wprost przeciwnie, stanowią bogactwo, do dyspozycji psychoterapeuty. Ważna jest tu umiejętność elastycznego słuchania, którą można określić jako umiejętność „otwartej uważności”. Wydaje się, że należy szczególną uwagę zwrócić na „uważność”, dotyczy ona bowiem nie tylko tego, co pacjent mówi czy przeżywa, ale również tego, co terapeuta odbiera we własnym wnętrzu (odbiór komunikacyjnych identyfikacji projekcyjnych). Z perspektywy teorii bionowskiej to właśnie często w nim deponowane i rejestrowane są surowe elementy beta, niezmentalizowane proto-emocje, proto-myśli pacjenta. Umieszczane zostają one we wnętrzu terapeuty przy użyciu komunikacyjnych identyfikacji projekcyjnych przez pacjenta [11] z nadzieją, że okaże się on biegły w sztuce tłumaczenia tych niejasnych dla pacjenta części jego samego. W przytoczonych fragmentach superwizji W.R. Bion podkreśla, że dla niego milczenie staje się obiektem analitycznym, który w przytoczonym przykładzie pacjentka wprowadza w intersubiektywne pole analityczne. Zadaniem analityczki superwizantki staje się w tym momencie zajęcie się tym obiektem, poprzez stopniowy proces odnajdywania swoich myśli na temat obiektu analitycznego w sobie.

W prezentowanym przeze mnie przykładzie klinicznym pani A. przez długi okres kozystwała w kontakcie ze mną z identyfikacji projekcyjnej, starając się przekazać mi swoje natarczywe pragnienia uzyskania opieki z mojej strony, jednocześnie odrzucając je i atakując siebie za to — co również zostało umieszczone we mnie. Kontakt z odrzucającym wewnętrznym obiektem wraz z emocjami pragnienia opieki stanowił sedno treści usuwanej z jej świadomości. Przepracowanie odzyskania odszczepionych części self wiązało się

z przeżywaniem przez pacjentkę silnego bólu psychicznego, od którego pragnęła uciec. Ja w tym czasie w trakcie sesji starałem się odnaleźć w sobie odczucia i myśli związane z umieszczanymi we mnie komunikacyjnymi identyfikacjami projekcyjnymi, fragmentami emocjonalnego i myślowego doświadczenia pacjentki. Można innymi słowy powiedzieć, że w procesie przepracowywania terapeuta, posługując się umiejętnościami: odbioru, kontenerowania, myślenia o przekazanym materiale (tłumaczenia) i jego interpretowania, umożliwia pacjentowi podjęcie próby przekroczenia „progu pozycji depresyjnej”. Cały ten proces przepracowywania konfliktowego materiału ze strony pacjenta objawia się występowaniem fenomenu milczenia w sesji terapeutycznej.

Wydaje się, że sztuka, a szczególnie film, ma nam wiele do zaoferowania w zakresie odbierania ukrytych znaczeń, przemilczanych uczuć czy momentów niedopowiedzenia, z którymi często spotykamy się w naszych gabinetach, słuchając pacjentów. Pierwso-planową rolę odgrywa tutaj umiejętność odbioru identyfikacji projekcyjnej pacjenta. Thomas Ogden zauważa, że W.R. Bion dostrzegł, „identyfikację projekcyjną jako odrębną, najważniejszą formę interakcji między terapeutą i pacjentem, zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej (tłum. własne)” [20, s. 370]. Istotne jest tutaj dostrzeżenie, że Bion stoi na stanowisku, że „dodatkiem do identyfikacji projekcyjnej, która jest fantazją, jest manipulacja jednej osoby przez drugą, tzn. interpersonalna relacja, interakcja” [20, s. 372]. Praca Biona pomaga również rozwikłać niektóre zawilości i zagadki określające doświadczenie bycia używanym jako kontener (tzn. odbiorcą) identyfikacji projekcyjnej. Porównuje on to doświadczenie z ideą „myśli bez myślącego”. W tym znaczeniu bycie „odbiorcą identyfikacji projekcyjnej jest jak myślenie myśli, które nie są moje”(tłum. własne) [20, s. 372].

Chciałbym przytoczyć na koniec interesujące powiedzenie amerykańskiego poety Jacka Spicera wywodzącego się z nurtu poetyckiego arbitników. Słowa te były kierowane przez niego do jego studentów na akademickich kursach pisania poezji w latach 50. zeszłego wieku na jednym z uniwersytetów. Miał on stwierdzić, że „poetom często się wydaje, że powinni być zawodnikami [baseballu]), którzy rzucają piłkę, gdy tymczasem powinni być raczej tymi, którzy tę piłkę łapią” [21]. Sądzę, że te trafne słowa mogą mieć też zastosowanie w pracy psychoterapeutów, bowiem wydaje się, że psychoterapeuta powinien wpięrc zwracać uwagę na to, jak on sam odbiera przekaz pacjenta, szczególnie ten nieświadomy dla pacjenta, zanim poda pacjentowi interpretację. Niestety, często popełniamy błąd polegający na podawaniu interpretacji już przygotowanej, zanim nastąpi odbiór głębokiego przekazu pacjenta. Uniemożliwia to nawiązanie głębokiej komunikacji i prowadzi do interpretacji z poziomu intelektualnego, która może utrudnić prawdziwe zrozumienie milczenia pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Rohr R. Milczące współczucie. Odnajdywanie Boga w kontemplacji. Kielce. Wydawnictwo Charaktery; 2016.
2. <http://www.alekinoplus.pl/program/film/milczenie>

3. Laplanche J, Pontalis JB. Słownik psychoanalizy. Przeł. E. Modzelewska, E. Wojciechowska. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1996.
4. Greenson RR. The technique and practice of psychoanalysis. Vol. I: New York: International Universities Press, Inc; 1967.
5. Freud Z. Zahamowanie, symptom i lęk. W: Histeria i lęk. Przeł. R. Reszke. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1926/2001.
6. Leżnicka-Łoś A. Nauczyć się kochać. Terapia psychoanalityczna w teorii i praktyce. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 2002.
7. Killingmo B. Psychoanalityczna metoda leczenia. Zasady i pojęcia. Przeł. J. Kubitsky. Gdańsk: Wydawnictwo GWP; 1995.
8. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Przeł. M. Ojrzyńska. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 1997.
9. Oleś P. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
10. Johnson S.M. Humanizowanie narcystycznego stylu. Przeł. A. Czownicka. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 1993.
11. Steiner J. Równowaga między pozycją paranoidalno-schizoidalną a depresyjną. Przeł. L. Kalita. W: Anderson R, red. Kliniczne wykłady na temat teorii Klein i teorii Biona. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
12. Meltzer D. The psycho-analytical process. Rozdz. 4. London: W. Heinemann Medical Books Ltd; 1967.
13. Rosenfeld H. Impas i interpretacja. Przeł. L. Kalita. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2012.
14. Bion WR. Elementy psychoanalizy. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
15. Łodej-Sobańska W. Grupa — obiekt pomieszczany i pomieszczający. W: Sosnowska M, Jastrzębska A, Fira-Krempa E, red. Myślenie grupowo-analityczne w praktyce klinicznej. Materiały wybrane z konferencji Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów” z lat 2004–2012. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
16. Bion WR. Seminaria kliniczne i inne prace. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
17. Mitrani JL. Understanding moods and silence as a communication. Materiały seminaryjne San Francisco Center for Psychoanalysis. 2015.
18. Mitrani JL. Some Technical implications of Klein’s concept of „Prematura ego development”. Int. J. Psychoanal. 2007; 88: 825–842.
19. Kane L. The Language of silence: on the unspoken and unspeakable in modern drama. Rutherford, N.J: Fairleigh Dickinson University Press; 1984.
20. Ogden TH. On projective identification. Int. J. Psychoanal. 1979; 60:357–373.
21. <http://www.polskieradio.pl/8/1594/Artykul/1125505,Radio-bylo-doswiadczeniem-ogromu-swiata-Opowiesc-Charlesa-Simica>.

Adres: janusz.galli@gmail.com