



Psychoanaliza ontologiczna albo „Kim chcesz być, kiedy dorośniesz?”

Thomas H. Ogden

Abstrakt Autor omawia różnice między tym, co nazywa psychoanalizą epistemologiczną (zajmującą się poznaniem i rozumieniem), której głównymi twórcami są Freud i Klein, a psychoanalizą ontologiczną (zajmującą się byciem i stawaniem się), której głównymi architektami są Winnicott i Bion. Winnicott przenosi punkt ciężkości psychoanalizy z symbolicznego znaczenia zabawy na doświadczenie bawienia się, Bion zaś przenosi punkt ciężkości z symbolicznego znaczenia snów na doświadczenie śnienia we wszystkich jego postaciach. Psychoanaliza epistemologiczna obejmuje przede wszystkim pracę nad dochodzeniem do zrozumienia nieświadomych znaczeń; natomiast psychoanaliza ontologiczna stara się przede wszystkim umożliwić pacjentowi w sposób twórczy samodzielne odkrywanie znaczenia, a przez to umożliwić mu życie w sposób pełniejszy.

Słowa kluczowe: ontologiczny, epistemologiczne, rozumienie, doświadczenie, bycie, stawanie się

Abstract The author discusses differences between what he calls epistemological psychoanalysis (having to do with knowing and understanding), for which Freud and Klein are principal authors, and ontological psychoanalysis (having to do with being and becoming), for which Winnicott and Bion are principal architects. Winnicott shifts the focus of psychoanalysis from the symbolic meaning of play to the experience of playing, and Bion shifts the focus from the symbolic meaning of dreams to the experience of dreaming in all of its forms. Epistemological psychoanalysis principally involves the work of arriving at understandings of unconscious meaning; by contrast, the goal of ontological psychoanalysis is that of allowing the patient the experience of creatively discovering meaning for himself, and in that state of being, becoming more fully alive.

Keywords: ontological, epistemological, understanding, experiencing, being, becoming

Thomas H. Ogden jest psychoanalitykiem i superwizorem Psychoanalytic Institute of Northern California. Autor licznych książek i esejów z zakresu psychoanalizy. Ostatnio opublikował *Coming to Life in the Consulting Room* (2021).

thomas.ogdenmd@gmail

Mój przyjaciel, Ira Carson, który podczas drugiej wojny stacjonował w Londynie jako psychiatra armii amerykańskiej, uczestniczył regularnie w obchodach Winnicotta na oddziale dla nastolatków w szpitalu Paddington Green. Wedle jego relacji Winnicott zadawał to pytanie wszystkim nastolatkom i przykładał wielką wagę do ich odpowiedzi: „Kim chcesz być, kiedy dorośniesz?”. To zapewne najważniejsze pytanie, jakie każdy z nas zadaje sobie od bardzo wczesnego okresu życia aż do momentu tuż przed śmiercią. Kim chcielibyśmy się stać? Jaką osobą chcemy być? W jakim sensie nie jesteśmy sobą? Co przeszkadza nam w tym, by w większym stopniu być osobą, którą być byśmy chcieli? Jak możemy w większym stopniu stać się osobą, którą – jak czujemy – moglibyśmy, a wręcz powinniśmy być? To są pytania, które sprowadzają większość pacjentów na terapię lub analizę, choć rzadko zdają sobie oni z tego sprawę, bardziej bowiem skupiają się na tym, by zelżały dręczące ich objawy. Czasami celem leczenia jest wyprowadzenie pacjenta ze stanu, w którym nie potrafi on formułować takich pytań, i przywiedzenie go do stanu, w którym uzyskuje taką zdolność.

Rozpocząłem od drugiej części tytułu niniejszego eseju. Teraz cofnę się do części pierwszej – „Psychoanaliza ontologiczna” – nieustannie będę jednak starał się mieć na uwadze pytanie: „Kim chcesz być, kiedy dorośniesz?”

1. Psychoanaliza epistemologiczna i ontologiczna

W ciągu ostatnich 70 lat w teorii i praktyce psychoanalizy niemal niezauważalnie doszło do radykalnej zmiany, której do niedawna nie potrafiłem nazwać. Transformacja ta polega na przesunięciu akcentu z psychoanalizy **epistemologicznej** (odnoszącej się do poznawania i rozumienia) na psychoanalizę **ontologiczną** (dotyczącą bycia i stawania się). Postrzegam Freuda i Klein jako twórców tej formy psychoanalizy, która ma charakter epistemologiczny, Winnicotta i Biona zaś uważam za tych, którzy wnieśli najpoważniejszy wkład w rozwój psychoanalizy ontologicznej. Odnalezienie właściwych słów na opisanie tego ruchu w psychoanalizie ma dla mnie duże znaczenie osobiste. Niniejszy artykuł to w pewnym sensie sprawozdanie ze zmiany, jaka dokonana się w moim własnym myśleniu: z przejścia od koncentracji na nieświadomych wewnętrznych relacjach z obiektem do koncentracji na zmaganiach, w które zaangażowany jest każdy z nas – zmaganiach o to, by pełniej zaistnieć jako osoba, która własne doświadczenie odczuwa jako realne i żywe.

Ważne jest, aby podczas lektury niniejszego eseju czytelnik pamiętał, że **nie istnieje coś takiego jak psychoanaliza ontologiczna czy epistemologiczna**

w czystej postaci. Współistnieją one ze sobą we wzajemnie wzbogacającej relacji. Są to sposoby myślenia i bycia – formy wrażliwości, a nie „szkoły” myśli analitycznej lub zestawu analitycznych zasad czy technik. W pracach Freuda i Klein wiele jest aspektów ontologicznych, a w pracach Winnicotta i Biona – epistemologicznych.

W moim ujęciu **psychoanaliza epistemologiczna** odnosi się do procesu, w wyniku którego przyrasta wiedza o pacjencie i pogłębia się rozumienie – zwłaszcza rozumienie jego nieświadomego świata wewnętrznego i relacji tego świata z rzeczywistością zewnętrzną. To rozumienie pozwala pacjentowi organizować jego doświadczenie, a dzięki temu pomaga mu rozwiązywać problemy emocjonalne i doprowadzić do psychicznej zmiany. Interpretacje analityka mają na celu przekazanie pacjentowi odczytań jego nieświadomych fantazji, życzeń, lęków, impulsów, konfliktów dążeń itd. Jak ujmują to Laplanche i Pontalis, „interpretacja jest centralnym pojęciem doktryny i techniki Freudowskiej. Psychoanalizę można scharakteryzować przez interpretację, tzn. wydobywanie utajonego sensu”¹. A nieco wyżej: „Interpretacja wydobywa formy konfliktu obronnego i ostatecznie zmierza do ujawnienia pragnienia, które wyraża się w każdym wytworze nieświadomości”².

Z podobnej perspektywy Klein opisuje swoją pracę analityczną z pewnym dzieckiem:

Dziecko dawało upust swoim fantazjom i lękom głównie w zabawie, ja zaś konsekwentnie interpretowałam mu ich sens. [...] Przez cały czas kierowałam się też dwiema innymi, ustanowionymi przez Freuda, zasadami, które od samego początku uważałam za fundamentalne: zasadą mówiącą, że podstawowym zadaniem procedury psychoanalitycznej jest badanie nieświadomości, i zasadą mówiącą, że cel ten osiąga się, analizując przeniesienie³.

Z epistemologicznego punktu widzenia najważniejszą interwencją kliniczną jest interpretacja przeniesienia: analityk przekazuje pacjentowi werbalnie swoje rozumienie sposobów, w jakie pacjent doświadcza analityka, tak jakby był prawdziwą lub wyobrażoną postacią z okresu niemowlęctwa lub dzieciństwa pacjenta. W przeniesieniu dokonuje się „powtórzenie dziecięcych wzorców, które przeżywane są tak, jakby odnosiły się do terażniejszości”⁴. Doświadczenie terażniejszości tak, jakby była przeszłością, blokuje zmianę psychiczną: tworzy zamkniętą pętlę, która powtarza się w nieskończoność, nie pozostawiając wiele miejsca na rozwój nowych możliwości.

¹ J. Laplanche i J.-B. Pontalis, *Słownik psychoanalizy*, przetł. E. Modzelewska, E. Wojciechowska, WSIP, Warszawa 1996, s. 88.

² Tamże.

³ M. Klein, *Psychoanalityczna technika zabawy – jej historia i znaczenie*, przetł. H. Grzegółowska-Klarkowska, w: *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–196*. Pisma, t. III, przetł. A. Czownicka, H. Grzegółowska-Klarkowska, GWP, Gdańsk 2007, s. 131–132.

⁴ J. Laplanche i J.-B. Pontalis, *Słownik psychoanalizy*, s. 258.

Terminem **psychoanaliza ontologiczna** posługuję się natomiast w odniesieniu do wymiaru psychoanalizy, w którym analityk skupia się przede wszystkim na wspieraniu wysiłków pacjenta w jego staraniach o to, aby stać się bardziej sobą. Winnicott zwięźle opisuje różnicę między perspektywami przyjętymi przez psychoanalizę ontologiczną i psychoanalizę epistemologiczną.

Chcę jednak zauważyć, że pisząc o zabawie, Klein koncentrowała się niemal wyłącznie na sposobie jej wykorzystania [jako formy symbolizacji świata wewnętrznego dziecka – *T.H.O.*]. [...] Nie chcę, by zostało to zrozumiane jako krytyka Melanie Klein czy innych autorów, którzy opisali sposób używania zabawy dziecka w psychoanalizie dzieci. Chcę po prostu zauważyć, iż [...] psychoanalitycy byli dotychczas zbyt skoncentrowani na wykorzystywaniu treści zabawy, by spojrzeć na bawiące się dziecko i pisać o bawieniu się jako takim. Jak widać, dostrzegam istotną różnicę między znaczeniem rzeczownika „zabawa” a znaczeniem rzeczownika odczasownikowego „bawienie się”⁵.

Winnicott dokonuje tu rozróżnienia między **symbolicznym znaczeniem** „zabawy” a pewnym **stanem bycia** zaangażowanym w „bawienie się”. Właściwą domeną psychoanalizy epistemologicznej jest rozumienie symbolicznego znaczenia zabawy; domeną psychoanalizy ontologicznej jest praca w i ze stanem bycia zaangażowanym w bawienie się.

Z perspektywy ontologicznej **„psychoterapia ma miejsce tam, gdzie zachodzą na siebie dwa obszary bawienia się: ten, który należy do pacjenta, i ten, który należy do terapeuty. Psychoterapia dotyczy więc dwojga ludzi bawiących się razem. Wyptywa stąd wniosek, że kiedy bawienie się nie jest możliwe, terapeuta musi w pierwszym rzędzie sprawić, by pacjent nabrał do niego zdolności”** [wyróżnienie w oryginale – *T.H.O.*]⁶.

Rola analityka, opisana w tym fragmencie (i w całej twórczości Winnicotta), jest zupełnie inna niż rola analityka w analizie mającej w przeważającej mierze charakter epistemologiczny. Podczas gdy w psychoanalizie epistemologicznej rola ta polega przede wszystkim na przekazywaniu w formie interpretacji tego, w jaki sposób analityk rozumie lęk dominujący w aktualnym momencie analizy, w psychoanalizie w przeważającej mierze ontologicznej analityk winien raczej „począkać”, zanim przekaze swoje rozumienie pacjentowi.

Nieraz myślę, jak często stawałem na przeszkodzie głębokim zmianom lub przynajmniej je opóźniałem [...] tylko dlatego, że miałem osobistą potrzebę robienia interpretacji. Jeśli tylko potrafimy czekać, pacjenci dochodzą do rozumienia

⁵ D.W. Winnicott, *Zabawa a rzeczywistość*, przeł. A. Czownicka, Imago, Gdańsk 2011, s. 66.

⁶ Tamże, s. 64.

w sposób, który jest twórczy i przynosi im ogromną satysfakcję; obecnie cieszy mnie to bardziej niż kiedyś poczucie, że jestem mądry⁷.

Z perspektywy psychoanalizy ontologicznej najważniejsza nie jest wiedza, do której dochodzą pacjent i analityk; najważniejsze jest doświadczenie pacjenta, który dociera do zrozumienia w sposób twórczy, z „ogromną satysfakcją”, doświadczenie, w ramach którego pacjent angażuje się nie tyle w poszukiwanie samorozumienia, ile – w o wiele większej mierze – w **doświadczenie** procesu stawania się bardziej sobą.

W jednej ze swoich późnych prac, zatytułowanej *Śnienie, fantazjowanie i życie*, Winnicott dochodzi do wniosku, który stanowi samo sedno jego dzieła i odróżnia jego podejście od podejścia Klein i psychoanalizy epistemologicznej w ogóle. Dla Winnicotta nieświadoma fantazja to błędne koło, które więzi człowieka w jego wewnętrznym świecie. Opisując fragment pewnej analizy, Winnicott tłumaczy:

Z mojego punktu widzenia praca, jaką wykonaliśmy podczas tej sesji, przyniosła istotny skutek. Nauczyła mnie, że fantazjowanie zakłóca działanie i życie w realnym, zewnętrznym świecie, a jeszcze bardziej zakłóca marzenie senne i osobistą, wewnętrzną rzeczywistość psychiczną, żywy rdzeń osobowości jednostki⁸.

W swoim eseju o obiekcie przejściowym Winnicott niemal mimochodem używa sformułowania, które w moim przekonaniu opisuje proces leżący u podstaw udanej psychoanalizy i każdej innej formy psychicznego rozwoju: „do osobistego wzorca zachowania” włączamy „obiekty inne niż ja”⁹. Innymi słowy, bierzemy coś, co jeszcze nie jest częścią nas (na przykład wspólne przeżycie ze współmałżonkiem lub przyjacielem albo doświadczenie lektury wiersza lub słuchania utworu muzycznego), i wplątamy w to, kim jesteśmy, w sposób, który sprawia, że jesteśmy kimś więcej, niż byliśmy przed tym doświadczeniem, zanim wpleliśmy to doświadczenie w nasz osobisty wzór. Winnicott, rozwijając w tym miejscu ontologiczny aspekt psychoanalizy, wynajduje na poczekaniu pewien język – włączamy „obiekty inne niż ja” do „osobistego wzorca zachowania” – pewien sposób mówienia o rozwoju psychicznym, z którym nie spotkałem się nigdzie indziej.

Kiedy pacjent lub analityk nie potrafią się bawić, analityk powinien skierować uwagę na ten problem, ponieważ uniemożliwia on pacjentowi i analitykowi **doświadczenie** „zachodzenia na siebie dwóch obszarów bawienia się”. Jeśli analityk nie potrafi się bawić, musi ustalić, czy jego niezdolność do zaangażowania

⁷ Tamże, s. 123.

⁸ Tamże, s. 57.

⁹ Zob. tamże, s. 24.

się w ten stan bycia (bawienie się nie jest po prostu stanem umyśłu, jest to stan bycia) odzwierciedla to, co dzieje się między nim a pacjentem (być może chodzi tu o głęboką identyfikację z martwą pacjentą), czy też odzwierciedla jego własną niezdolność do autentycznego bawienia się, co prawdopodobnie wymagałoby od niego powrotu na własną analizę.

Można by dowodzić, że to, co nazywam psychoanalizą epistemologiczną i psychoanalizą ontologiczną, to jedynie dwa odmienne sposoby patrzenia na to samo analityczne przedsięwzięcie. Rzeczywiście, istnieją rozległe obszary, w których podejścia te się na siebie nakładają. I tak na przykład analityk może zaoferować uważnie sformułowaną i wypowiedzianą w odpowiednim czasie interpretację lęku pacjenta, że tylko jedno z nich dwojga – pacjent lub analityk – może być w dowolnej chwili mężczyzną, ponieważ jeśli w tym samym czasie wystąpią jako mężczyźni, nieuchronnie rozpoczną walkę na śmierć i życie. Skutkiem takiego aktu rozumienia może być po stronie pacjenta nie tylko zwiększona samowiedza, lecz także, co równie ważne, wzmocnione poczucie, że wolno mu być dorosłym mężczyzną.

W pracach Freuda i Klein nietrudno odnaleźć przejawy myślenia ontologicznego. Weźmy na przykład ideę Freuda, że analityk stara się „unikać, tak dalece jak to możliwe, refleksji i konstruowania świadomych oczekiwań, [i próbuje – T.H.O.] nie zatrzymywać w pamięci niczego, co usłyszane, starając się dzięki temu pochwycić własną nieświadomością bieg nieświadomości pacjenta”¹⁰. „Należy słuchać, nie dbając o to, czy coś się zapamiętuje”¹¹. „Po prostu słuchanie” to pewien stan bycia, sposób współbycia z pacjentem.

Dla ontologicznego myślenia Freuda równie reprezentatywne jest jego słynne stwierdzenie: *Wo Es war, soll Ich werden*: „Gdzie było »to«, tam ma być »ja«”¹². To, co wcześniej doświadczane było jako obce wobec nas samych („to”), zostaje włączone do naszego bycia (do tego, kim jestem, kim „**będę**”, kim się staję).

Mimo że epistemologiczny wymiar psychoanalizy i jej wymiar ontologiczny nakładają się na siebie i wzajemnie ze sobą oddziałują i mimo że żaden z nich nigdy nie występuje w czystej postaci, wydaje mi się, że istnieje bardzo wiele doświadczeń pojawiających się w trakcie analizy, które są w przeważającej mierze epistemologiczne bądź ontologiczne. Moim zdaniem te dwa aspekty psychoanalizy wiążą się z całkiem odmiennymi sposobami działania terapeutycznego. Działanie terapeutyczne charakteryzujące epistemologiczny wymiar psychoanalizy polega na dochodzeniu do zrozumienia nieświadomych wcześniej myśli, uczuć i doświadczeń cielesnych – zrozumienia, które pomaga pacjentowi osiągnąć zmianę psychiczną. Natomiast działanie terapeutyczne charakteryzujące psychoanalizę ontologiczną polega na zapewnieniu interpersonalnego

¹⁰ S. Freud, *Two Encyclopedia Articles*, w: J. Strachey i in. (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. XVIII, Hogarth Press, London, s. 239.

¹¹ S. Freud, *Rady dla lekarza prowadzącego terapię analityczną*, w: tegoż, *Technika terapii*, przeł. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007, s. 136.

¹² S. Freud, *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl*, przeł. P. Dybel, Wydawnictwo KR, Warszawa 1995, s. 92. Freud całkiem otwarcie zalecał, by tłumacząc kategorie psychoanalityczne, nie postugiwać się „napuszonymi słowami greckimi”, lecz by „pozostawać w kontakcie z codziennym sposobem myślenia” (tenże, *Zahamowanie, symptom, lęk*, w: tegoż, *Histeria i lęk*, przeł. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2001, s. 254; [przekład zmodyfikowany – *przyp. tłum.*]). Stąd też *das Ich* lepiej tłumaczyć jako „Ja”, a *das Es* jako „To”. [W angielskim przekładzie słynnej formuły Freuda użyto trybu (z użyciem słowa *shall*), który może oznaczać zarówno powinność („ma być”), jak i przyszłość („będzie”). Odgen wyzyskuje to drugie znaczenie – *przyp. tłum.*].

kontekstu, dzięki któremu w relacji analitycznej ożywają pewne formy doświadczania i stany bycia wcześniej dla pacjenta niewyobrażalne, na przykład stany bycia związane z **doświadczeniem** obiektów i zjawisk przejściowych oraz z **doświadczeniem** milczącej komunikacji w samym rdzeniu naszego *self*¹³.

2. Być żywym, czuć rzeczywistość w całej pełni

Spróbuję teraz bardziej szczegółowo określić, co mam na myśli, kiedy mówię o praktykowaniu psychoanalizy ontologicznej. Skupię się najpierw na dziele Winnicotta, a później na dziele Biona.

W niemal każdej swojej pracy Winnicott wprowadza i opisuje stany bycia nierozpoznane wcześniej w literaturze analitycznej, na przykład stan „trwania w byciu” [*going on being*]¹⁴ – to pozbawione podmiotu, odczasownikowe wyrażenie pozwala uchwycić coś z bardzo wczesnego, bezpodmiotowego stanu istnienia; stan bycia matki, która przeżywa, gdy niszczona jest przez niemowlę; oraz stan bycia związany z „pierwotnym matczynym zaabsorbowaniem”.

Być może najbardziej znaczącym wkładem Winnicotta do psychoanalizy ontologicznej jest jego koncepcja „obiektów i zjawisk przejściowych”, które opisuje on jako

leżący pośrodku obszar doświadczenia, utworzony zarówno przez rzeczywistość wewnętrzną, jak i świat zewnętrzny. Obszar ten nie wymaga różnicowania obu rzeczywistości, ponieważ oczekuje się od niego jedynie, by istniał jako miejsce odpoczynku; odpoczynku od nieustającego ludzkiego zadania różnicowania pomiędzy rzeczywistością wewnętrzną i rzeczywistością zewnętrzną przy równoczesnej konieczności dostrzegania związku między nimi¹⁵.

Zdolność niemowlęcia lub dziecka do rozwijania „stanu bycia” związanego z doświadczaniem obiektów i zjawisk przejściowych wymaga odpowiedniego stanu bycia matki (lub analityka), w którym

zgadzamy się z małym dzieckiem i nigdy nie stawiamy pytania: „Czy ty wymyśliłeś tę rzecz, czy była ci ona dana z zewnątrz?” Jest rzeczą istotną, że nie oczekuje się żadnego rozstrzygnięcia w tej kwestii. Pytanie nie powinno być po prostu sformułowane [wyróżnienie w oryginale – *T.H.O.*]¹⁶.

Stan bycia leżący u podstaw zjawisk przejściowych ma paradoksalny charakter:

¹³ Nie ma tu miejsca na porównanie tego, co nazywam ontologicznym wymiarem psychoanalizy, z dość zróżnicowanym zestawem idei opatrywanym ogólną etykietą „psychoanaliza egzystencjalna”. Spora część psychoanalizy egzystencjalnej dotyczy świadomej przytomności, intencjonalności, wolności i odpowiedzialności, które są postrzegane jako nierozdzielnie ze sobą związane (co oznacza odejście od Freudowskiej koncepcji nieświadomych nacisków i ograniczeń wolności). Do głównych twórców psychoanalizy egzystencjalnej należą Ludwig Binswanger, Victor Frankl, Rollo May, Otto Rank i Jean-Paul Sartre. Nie będę też zajmował się filozoficznymi podstawami ontologii i epistemologii. Ograniczam się do ogólnego powiązania tej pierwszej z byciem i stawianiem się, a drugiej ze zdobywaniem wiedzy i rozumieniem.

¹⁴ Zob. D.W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Basic Books, New York 1949, s. 245.

¹⁵ D.W. Winnicott, *Zabawa a rzeczywistość*, s. 23.

¹⁶ Tamże, s. 36.

W stanie zdrowia niemowlę tworzy to, co w rzeczywistości istnieje już gdzieś w jego najbliższym otoczeniu i czeka na odkrycie przez dziecko. Jednak wówczas niemowlę **tworzy obiekt, a nie znajduje go**. [...] Ten paradoks trzeba zaakceptować i nie należy próbować go rozwiązywać [wyróżnienie w oryginale – T.H.O.]¹⁷.

Ten stan bycia leży u podstaw „intensywnych doświadczeń związanych ze sztuką, religią, życiem wyobrazeniowym i twórczą pracą naukową”¹⁸. (Kiedy Winnicott mówi o relacji matka–niemowlę, posługuje się nią jako metaforą, która odnosi się nie tylko do relacji matka–dziecko, ale także do relacji analityk–pacjent, jak również do każdej innej znaczącej relacji, doświadczanej przez niemowlęta, dzieci i dorosłych).

Jeśli idzie o wkład Winnicotta do psychoanalizy ontologicznej, olbrzymie znaczenie ma również jego koncepcja stanu bycia, który usytuowany w samym rdzeniu *self*.

[N]iekomunikujące się centralne *self* na zawsze odporne na zasadę rzeczywistości [odporne na potrzebę reagowania na cokolwiek zewnętrznego wobec *self* – T.H.O.] i na zawsze milczące. W tym wypadku komunikacja nie jest niewerbalna; jest absolutnie osobista, jak muzyka sfer. Należy do życia. To z niej właśnie w zdrowym rozwoju w naturalny sposób wyrasta wszelka komunikacja¹⁹.

Ten stan bycia, który leży u podstaw *self*, stanowi nieprzeniknioną (zupełnie niepoznawalną) tajemnicę, która jest źródłem zarówno żywej komunikacji, jak i absolutnej ciszy. Cisza w samym rdzeniu *self* nie ma charakteru werbalnego, ale tym, co czyni ów stan bycia niewyobrażalnym, jest fakt, że nie jest ona również „niewerbalna”. Cisza, która nie jest ani werbalna, ani niewerbalna znajduje się poza ludzkim rozumieniem. „Jest absolutnie osobista, jak muzyka sfer”. Metafora muzyki sfer wywodzi się z koncepcji Pitagorasa z V wieku p.n.e., która dotyczy muzyki wytwarzanej przez ruch ciał niebieskich, muzyki o doskonałej harmonii, ale niesłyszalnej dla ludzi. Trudno lepiej opisać niepojętą tajemnicę, którą każdy z nas przechowuje w samym rdzeniu swego bytu, tajemnicę, która jest „absolutnie osobista”. Jest częścią tego, co to znaczy być żywym.

3. Wkład Biona w psychoanalizę ontologiczną

Moim zdaniem w całym swoim dziele Bion jest przede wszystkim myślicielem ontologicznym. O ile Winnicott przesunął punkt ciężkości analizy z zabawy na bawienie się, o tyle Bion przesunął analityczny punkt ciężkości z (rozumienia)

¹⁷ D.W. Winnicott, *Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko*, przeł.

A. Czownicka, Imago, Gdańsk 2018, s. 215.

¹⁸ D.W. Winnicott, *Zabawa a rzeczywistość*, s. 38.

¹⁹ D.W. Winnicott, *Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko*, s. 230.

snów na (doświadczenie) śnienia (które dla Biona jest synonimem wykonywania nieświadomej pracy psychicznej)²⁰.

Bion podkreśla, że jako psychoanalitycy powinniśmy porzucić pragnienie zrozumienia i zamiast tego zaangażować się jak najpełniej w doświadczenie bycia z pacjentem. Musimy „kultywować uważne unikanie pamięci”²¹, ponieważ pamięć jest tym, co w naszym przekonaniu wiemy na podstawie tego, co już nie istnieje i nie jest już możliwe do poznania. Musimy też wyrzec się „pragnienia wyników, »wyleczenia«, a nawet zrozumienia”²². Pamięć o tym, co w naszym przekonaniu wiemy, oraz pragnienie zrozumienia tego, co jeszcze nie nastąpiło (a zatem jest niepoznawalne), to dwa czynniki, które przeszkadzają psychoanalitikowi „w intuicyjnym oglądzie rzeczywistości [tego, co dzieje się **w danym momencie** sesji – *T.H.O.*], z tą zaś analityk powinien pozostawać w nieustannym kontakcie”²³. Oto myślenie ontologiczne w wydaniu Biona: rozumienie zostało zastąpione przez bycie; analityk nie poznaje, nie rozumie, nie pojmuje rzeczywistości tego, co dzieje się podczas sesji, on to ujmuje w intuicyjnym oglądzie, pozostaje z tym w kontakcie, **jest** w pełni obecny w doświadczaniu chwili obecnej.

Bionowska koncepcja „zadumy” również odzwierciedla jego ontologiczne skłonności²⁴. Zaduma (śnienie na jawie) to **stan bycia**, który polega między innymi na tym, że czynimy się nieświadomie otwartymi na doświadczenie tego, co jest tak niepokojące dla pacjenta (lub niemowlęcia), że nie jest on w stanie „śnić” doświadczenia (tj. wykonywać w odniesieniu do niego nieświadomej pracy psychicznej). Zaduma analityka (lub matki), marzenie na jawie – które często przybierają formę najbardziej przyziemnych, pospolitych myśli – stanowią sposób, w jaki analityk (lub matka) nieświadomie wchodzi w kontakt z niemożliwym do pomyślenia i wyśnienienia doświadczeniem pacjenta (lub niemowlęcia). W settingu analitycznym analityk udostępnia pacjentowi przekształconą (wyśnioną) wersję jego „niewyśnionego” lub częściowo wyśnionego doświadczenia, wypowiadając się (lub komunikując się w innej formie) **z wnętrza samego doświadczenia**, jakim jest zamyślenie, nie zaś mówiąc **o nim**.

Bion odwołuje się także do stanów bycia, kiedy opisuje zdrowie psychiczne i psychopatologię. Na przykład psychoza jest stanem bycia, w którym jednostka „nie może ani zasnąć, ani się obudzić”²⁵.

Bionowską teorię funkcji alfa postrzegam jako metaforę dotyczącą przekształcenia elementów beta (surowych wrażeń zmysłowych, które stanowią cielesne reakcje na doświadczenie, ale które nie umożliwiają jeszcze znaczenia, a tym bardziej **bycia** sobą) w elementy alfa, które stanowią składniki bezpodmiotowego bycia, podobnie jak Winnicottowskie „trwanie w byciu” [*going on being*]. Elementy alfa łączą się ze sobą w procesie wytwarzania „myśli sennyh”,

²⁰ Zob. T.H. Ogden, *On Talking-As-Dreaming*, „The International Journal of Psychoanalysis” 2007, 88(3), s. 575–589.

²¹ W.R. Bion, *Los Angeles Seminars and Supervision*, Karnac, London 1967, s. 137.

²² Tamże.

²³ Tamże, s. 136.

²⁴ W.R. Bion, *Teoria myślenia*, w: tegoż, *Po namyśle*, przeł. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2014, s. 137–147; tenże, *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, przeł. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2011.

²⁵ W.R. Bion, *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, s. 38.

które z kolei wykorzystywane są w procesie śnienia. To właśnie dzięki psychicznemu wydarzeniu zwanemu śnieniem jednostka staje się podmiotem doświadczającym własnego bycia. Kiedy w ciężkich formach psychopatologii (które opiszę w części klinicznej niniejszego artykułu) funkcja alfa przestaje przetwarzać wrażenia zmysłowe, jednostka nie tylko traci zdolność do tworzenia znaczeń, lecz także traci zdolność do doświadczania siebie jako żywej i rzeczywistej.

Wydaje mi się, że ontologiczne myślenie Biona w sposób szczególnie wyrazisty dochodzi do głosu w jego *Clinical Seminars*. Podam kilka przykładów, które mają dla mnie szczególne znaczenie.

Zwracając się do jednego z prezentujących, który martwi się „błędami”, które popełnił w stosunku do pacjenta, Bion zauważa, że dopiero „**po tym**, jak uzyskasz pełne kwalifikacje i zakończysz własną analizę, będziesz miał szansę do wiedzieć się kim naprawdę jesteś [jako analityk – T.H.O.]”²⁶. Tutaj Bion rozróżnia między uczeniem się, jak „robić analizę”, a doświadczeniem **bycia i stawania się** „tym, kim naprawdę jesteś” jako analityk.

Dodałbym, że stawanie się analitykiem wiąże się z rozwijaniem „analitycznego stylu”, który ma niepowtarzalny charakter i którego nie należy mylić z „techniką”, przekazaną przez poprzednie pokolenia analityków. W ten sposób „wymyślamy psychoanalizę” dla każdego pacjenta i rozwijamy zdolność do spontanicznego reagowania w każdej chwili – czasem za pomocą słów, innym razem w sposób niewerbalny. Czasem spontaniczna reakcja przybiera formę działania. Takie działania są przypisane do konkretnego momentu analizy konkretnego pacjenta; nie można ich uogólniać na pracę z innymi pacjentami. Na przykład, gdy pytają mnie, czy poszedłbym do domu pacjenta na sesję, czy zabratbym ciężko chorego pacjenta samochodem do szpitala, czy spotkałbym się z rodziną pacjenta lub przyjął od pacjenta prezent, odpowiadam: „To wszystko zależy”.

Jeden z komentarzy Biona, skierowany do osoby prezentującej podczas seminarium, zawiera szczególnie wyrazisty przykład jego myślenia ontologicznego. Wedle prezentującego jego psychotyczny pacjent powiedział mu, że miał sen. Bion pyta: „Dlaczego mówi, że to sny?”. Prezentujący, niezrażony, odpowiada: „On po prostu mi to mówi”.

Następnie Bion opisuje sposób, w jaki mógłby rozmawiać z tym pacjentem, mając na względzie jego stan bycia:

Dlaczego więc pacjent przychodzi do psychoanalityka i mówi, że miał sen? Mogę sobie wyobrazić, że mówię do pacjenta, „Gdzie pan był zeszłej nocy? Co pan widział?” Jeśli pacjent powiedziałby mi, że nie widział nic – po prostu poszedł do

²⁶ W.R. Bion, *Clinical Seminars and Other Works*, Karnac, London 1987, s. 34.

łóżka – powiedziałbym: „Cóż, nadal chcę wiedzieć, gdzie pan poszedł i co pan widział”²⁷.

Tutaj Bion wyobraża sobie rozmowę z pacjentem w sposób, który skupia się nie na treści tego, co pacjent nazywa snem, ale na stanie bycia pacjenta – „Dokąd pan poszedł?”, „Gdzie pan był?”, „Kim pan był?”, „Kim się pan stał, gdy położył się pan do łóżka?”. Ta reakcja wydaje mi się niezwykle trafnym sposobem rozmowy z psychotycznym pacjentem o jego stanie bycia podczas snu.

4. Psychoanaliza ontologiczna a teoria relacji z obiektem

Dla teoretyków relacji z obiektem (takich jak np. Freud jako autor *Żałoby i melancholii*, Fairbairn, Guntrip i Klein) zmiany nieświadomych, wewnętrznych relacji z obiektami (i wynikające z nich zmiany relacji z obiektami zewnętrznymi) stanowią medium, poprzez które dochodzi do zmiany psychicznej.

Dla Freuda, Klein, Fairbairna i Guntripa – by wymienić tylko kilkoro „teoretyków relacji z obiektem” – relacje z obiektami wewnętrznymi przybierają postać relacji pomiędzy odszczepionymi i wypartymi częściami *ego*. Dla Fairbairna relacje pomiędzy wypartymi, odszczepionymi, częściami *ego* stanowią internalizacje niezadowolających aspektów rzeczywistego związku z matką. Wewnętrzny świat obiektów stanowi zamknięty system uzależniających relacji z uwodzicielskimi i odrzucającymi obiektami wewnętrznymi²⁸. Siłą napędową dla jednostki, począwszy od niemowlęstwa, jest chęć przekształcenia uwewnętrznionych, niesatysfakcjonujących relacji z matką w satysfakcjonujące relacje nacechowane uczuciem miłości do matki i miłości samej matki, a także poczuciem, że matka uznaje i akceptuje naszą miłość. Celem psychoanalizy jest tutaj uwolnienie się pacjenta z zamkniętego systemu wewnętrznych relacji z obiektem i wejście w świat realnych obiektów zewnętrznych.

Dla Klein, która jest teoretyczką relacji z obiektem innego typu niż Fairbairn, lęki pacjenta wywodzą się z zagrożeń płynących z wyfantazjowanych wewnętrznych relacji z obiektami. Nieświadome fantazje (psychiczne manifestacje popędów życia i śmierci) dotyczą często tego, co dzieje się wewnątrz ciała matki/analytyka, na przykład ataków na niemowlęta lub penis ojca wewnątrz matki. Gdy te pierwotne lęki manifestują się w przeniesieniu, wówczas interpretuje się je w taki sposób, by odczytania te brzmiały prawdziwie dla pacjenta, co pomaga ostabić jego prześladowcze i depresyjne lęki, które utrudniają rozwój psychiczny.

²⁷ Tamże, s. 142.

²⁸ W.R.D. Fairbairn, *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Routledge, London 1952.

Kleinowska teoria relacji z obiektem pod wieloma względami różni się od teorii Fairbairna. Podstawowa różnica między nimi polega na tym, że Fairbairn postrzega wewnętrzne relacje z obiektem jako internalizację rzeczywistych niezadowolających doświadczeń w relacji matka – dziecko, podczas gdy Klein postrzega wewnętrzne relacje z obiektem jako nieświadome fantazje pochodzące z niemowlęcego doświadczenia zawiści, stanowiącej główny psychiczny przejaw popędu śmierci.

Nie uważam Winnicotta i Biona za teoretyków relacji z obiektem (odwołania do wewnętrznych relacji z obiektem rzadko pojawiają się w pracach tych autorów). Ich zasadniczym tematem nie jest rozumienie i interpretacja patologicznych, wewnętrznych relacji z obiektem, w które uwikłany jest pacjent. Skupiają się oni w pierwszym rzędzie na obszarze stanów bycia doświadczanych przez pacjenta (i analityka) oraz stanów bycia, których pacjent (lub analityk) nie potrafi doświadczyć. Dla teoretyków relacji z obiektem rozwój psychiczny polega na uwolnieniu się od prześladowczych i depresyjnych lęków generowanych w wewnętrznym świecie obiektów (Klein) lub na uwolnieniu się od uzależniających więzi między wewnętrznymi obiektami, dzięki czemu można zaangażować się w relacje z rzeczywistymi obiektami zewnętrznymi (Fairbairn i Guntrip). Jak już wskazywałem, dla Winnicotta i Biona najbardziej podstawową potrzebą człowieka jest **bycie i stawanie się w pełni sobą, co według mnie wiąże się z byciem bardziej obecnym i żywym w kontakcie z własnymi myślami, uczuciami i stanami cielesnymi; z coraz lepszym wyczuwaniem własnego niepowtarzalnego potencjału twórczego i znajdowaniem form, w których można ów potencjał rozwijać; z poczuciem, że wypowiada się swoje poglądy własnym głosem; ze stawaniem się pełniejszą osobą (być może hojniejszą, bardziej współczującą, kochającą, otwartą) w relacjach z innymi; z rozwijaniem humanitarnego i sprawiedliwego systemu wartości i zbioru norm etycznych itd.**

Jest nie tylko tak, że Winnicott i Bion rzadko wspominają o nieświadomych wewnętrznych relacjach z obiektem. Winnicott rzadko wspomina o nieświadomości, a Bion tworzy nową koncepcję jej natury. **Stany bycia przenikają każdy aspekt nas samych; przekraczają podziały na świadome i nieświadome aspekty umysłu, na sen i bycie przebudzonym, na życie we śnie i życie na jawie, na „psychotyczne i niepsychotyczne części osobowości”²⁹.**

²⁹ W.R. Bion, *Po namyśle*, s. 67–88.

5. Kliniczne ilustracje psychoanalizy ontologicznej

„Psychoanaliza ontologiczna” to koncepcja psychoanalizy, która, jak każde inne jej rozumienie, może zakrzepnąć w bezmyślną ideologię. „Psychoanaliza ontologiczna” to wymiar teorii i praktyki analitycznej, który współistnieje z wieloma innymi wymiarami (sposobami myślenia), w tym z wymiarem epistemologicznym, choć nie tylko z nim. Ale, jak już wcześniej powiedziałem, prawdą jest również, że istnieją – moim zdaniem – rozległe obszary myśli i praktyki analitycznej, które są w przeważającej mierze ontologiczne lub epistemologiczne.

Odwołując się do przykładów klinicznych, chciałbym teraz pokrótce zilustrować to, co mam na myśli, gdy mówię o ontologicznym wymiarze psychoanalizy. Podczas lektury niniejszej, klinicznej części tego artykułu należy mieć na uwadze to, że moje interwencje mają być ilustracjami, które odnoszą się tylko do danego pacjenta w konkretnym momencie jego doświadczenia analitycznego i **nie reprezentują żadnej techniki analitycznej**. Jestem zdania, że sztywne trzymanie się przez analityka jakiegokolwiek zestawu zasad praktyki klinicznej (na przykład techniki związanej z tą czy inną szkołą psychoanalizy) nie tylko odbierane jest przez pacjenta jako coś bezosobowego, ale także ogranicza kreatywność analityka w pracy z pacjentem. Z każdym pacjentem rozmawiam w odmienny sposób.

Czy nie masz już tego dosyć?

Pacjent, trzydziestoletni mężczyzna, w analizie od kilku lat, pokłócił się z ojcem i przez rok z nim nie rozmawiał. Wcześniej przez lata omawialiśmy tę sytuację na wiele sposobów. Tuż przed zakończeniem sesji, powiedziałem: „Czy nie masz już tego dość?”.

W tym fragmencie sesji analitycznej powiedziałem pacjentowi w bardzo skrótowy sposób, że nieutrzymywanie kontaktów z ojcem było **sposobem istnienia czy bycia**, który nie odzwierciedlał już tego, kim pacjent stał się w trakcie tych lat analizy. Nierozmawianie z ojcem mogło pasować do osoby, którą pacjent był kiedyś, ale nie do osoby, którą jest teraz.

Wieczorem pacjent zadzwonił do ojca. Jego ojciec też zdążył się zmienić i ucieszył się z telefonu syna. Podczas ostatnich miesięcy analizy pacjent powiedział mi, że nigdy nie zapomni, jak powiedziałem: „Czy nie masz już tego dosyć?” Moment w analizie, do którego się odnosił, był w mniejszym stopniu doświadczeniem dojścia do zrozumienia, a bardziej doświadczeniem, które zmieniło coś fundamentalnego w tym, kim pacjent był.

No, jasne

Na początku naszego wstępnego spotkania analitycznego pani L. usiadła w fotelu. Jej twarz pozbawiona była wszelkiej barwy. Wybuchnęła płaczem i powiedziała: „Przeraża mnie to, że tu jestem”. Choć tego nie planowałem, odparłem: „No, jasne”.

Czułem w owej chwili, że ta spontaniczna reakcja (powiedziałem coś, czego nigdy nie powiedziałem żadnemu innemu pacjentowi) to sposób przyjęcia postawy pełnej akceptacji dla przerażenia pacjentki. Gdybym zapytał: „Co cię przeraża?” lub „Opowiedz mi więcej”, pacjentka poczułaby zapewne, że cofam się przed intensywnością jej uczucia, namawiając ją do tego, by zaangażowała się w proces wtórny, w namysł nad powodami i wyjaśnieniami, nie staram się natomiast **doświadczyć** sposobu, w jaki pacjentka mi się przedstawia (mówiąc mi, kim jest w tym momencie).

Czy oglądasz telewizję?

Z Jimem spotykałem się pięć razy w tygodniu na długoterminowym oddziale stacjonarnym dla nastolatków. Nie przychodził na sesje dobrowolnie i musiała go doprowadzać jedna z pielęgniarek. Jim nie protestował przeciw spotkaniom ze mną, ale kiedy siedzieliśmy w małym pokoju na oddziale, przeznaczonym do psychoterapii, wydawało się, że nie wie, po co tam jesteśmy. Przez większość czasu milczał. Na moje pytania odpowiadał zdawkowo, pojedynczymi słowami.

Po pewnym czasie zaczął rozmawiać ze mną o wydarzeniach na oddziale – pojawiali się nowi pacjenci, dawni odchodzili – ale słowa, którymi się posługiwał, brzmiały jak naśladownictwo czegoś, co słyszał od innych ludzi na sesjach grupowych lub na spotkaniach oddziałowej społeczności. Powiedziałem do niego: „Co do ciebie to ciężko jest ustalić, czy przychodzisz, czy odchodzisz”. Wyglądał na zdumionego.

Te sesje były dla mnie trudne i miałem wrażenie, że nie wiem, jak pracować z tym pacjentem – czy, mówiąc szczerze, z którymkolwiek innym.

Kiedy po około pięciu miesiącach analizy Jim został przyprowadzony na kolejną sesję, szedł w sposób osobliwie bierny. Jego twarz była całkowicie pozbawiona wyrazu; miał oczy martwego ptaka. Powiedział, właściwie nie zwracając się do nikogo konkretnie: „Jim się zatracił i odszedł na zawsze”.

Poczułem coś w rodzaju ulgi, że nieskomplikowana szarada skrywająca potężną katastrofę psychiczną jest już sprawą przeszłości, ale czułem też, że doszło tu do psychicznej śmierci, która łatwo może przerodzić się w faktyczne samobójstwo. Rok wcześniej na tym samym oddziale pacjent popełnił samobójstwo,

a pamięć o tym wydarzeniu stała się częścią (zazwyczaj niewypowiedzianej) kultury oddziału.

Powiedziałem: „Jim zatracił się i odszedł bardzo dawno temu, tyle że dopiero teraz się o tym mówi”.

Wpatrywał się niewidzącym wzrokiem w poblask światła słonecznego na oknie z pleksiglasu.

Milczałem przez jakiś czas, czując ogromną pustkę tej chwili. Przy tym narastało we mnie coraz silniejsze poczucie, że na oddziale zdecydowanie nie docenia się zagrożenia samobójstwem i że powinien on stać się oddziałem zamkniętym, który pacjenci mogliby opuszczać tylko za zgodą personelu i zazwyczaj w towarzystwie jednego z pracowników. Zdałem sobie sprawę, że właśnie buduję barierę między pacjentem a sobą. Był on teraz „niebezpiecznym” pacjentem, który mnie przerażał. „Zarządzałem” nim teraz – osobą, która stała się rzeczą.

Po pewnym czasie zauważyłem, że zniknął obecny zwykle w tle mojego umysłu szum – myśli, które przychodzą i odchodzą, „widzenie peryferyjne” w zamyśleniu, a nawet cielesne odczuwanie bicia serca, oddechu – wszystko to zniknęło. Przestraszyłem się, że nie tylko Jim zniknął; ja sam także znikalem. Wszystko stawało się nierzeczywiste – mały pokój, w którym siedzieliśmy, przestał być pokojem; stał się zbiorem kształtów, kolorów i faktur; wszystko здавало się przypadkowe [*arbitrary*]. Czułem grozę tonięcia, a jednocześnie byłem obojętnym obserwatorem, po prostu obserwującym, jak tonę.

W trakcie sesji przypomniało mi się pewne przerażające doświadczenie, którego zaznałem jako nastolatek, kiedy to siedząc sam w kuchni po kolacji, w kółko powtarzałem na głos słowo „serwetka”, aż stało się ono zwykłym dźwiękiem, niemającym już żadnego związku z rzeczą, którą kiedyś nazwało. Kiedy rozpoczynałem ów „eksperyment”, byłem zrazu zaintrygowany tym zjawiskiem, ale szybko przestraszyłem się, że jeśli zrobię z innymi słowami to, co robiłem ze słowem „serwetka”, stracę zdolność mówienia, myślenia czy posiadania jakiegokolwiek relacji z kim- lub czymkolwiek. Przez wiele lat po tym wydarzeniu, dźwięk „ser”, po którym następował dźwięk „wetka”, nie nazywał dla mnie zgoła niczego; były to po prostu dźwięki, które kazały mi wątpić w stabilność mojego połączenia z kimkolwiek, nawet z samym sobą. Podczas sesji z Jimem poczułem chwilową ulgę, że posiadam umysł, który potrafi wspominać dawne wydarzenia łączące się z terażniejszością, ale ta ulga dała mi tylko chwilowe wytchnienie od strachu: bałem się, że jeśli zostanę w pokoju z Jimem, stracę samego siebie.

Okropnie bałem się tych codziennych spotkań z Jimem. Przez kilka tygodni siedzieliśmy we dwóch, zazwyczaj w głuchej ciszy. Nie zadawałem mu pytań. Co

jakiś czas to ja próbowałem opisać to, co przeżywam. Powiedziałem: „Siedząc tutaj, ma się wrażenie, jakby było się nigdzie i było się nikim”. Jim nie zareagował, nie zmienił nawet wyrazu twarzy.

Przez sześć tygodni po tym, jak Jim powiedział mi, że się zatracił i odszedł na zawsze, czułem się zagubiony i nie wiedziałem dokąd z nim zmierzam. I oto, ku mojemu wielkiemu zaskoczeniu, w samym środku pewnej sesji Jim powiedział beznamiętnym głosem, jakby w przestrzeń: „Czy ogląda pan telewizję?”

Odebrałem jego pytanie nie jako symboliczny komentarz na temat tego, że Jim czuje się jak maszyna, która wyświetla obrazy rozmawiających ze sobą ludzi, ale jako jego sposób na zapytanie mnie: „Kim jesteś?”

Odpowiedziałem: „Tak, dość często oglądam telewizję”.

Jim nie odpowiedział.

Po chwili powiedziałem: „Czy kiedykolwiek widziałeś, jak ktoś zapala zapalniczkę w zupełnie ciemnym miejscu, może w jaskini, i wszystko się rozjaśnia, można więc zobaczyć wszystko – lub przynajmniej bardzo dużo – a potem, chwilę później, wszystko znów staje się ciemne, ale nie tak ciemne jak wcześniej?”

Jim nie odpowiedział, ale czułem, że cisza, jaka znów między nami zapadła, nie jest już taka głucha.

Spojrzałem na zegarek i stwierdziłem, że 50-minutowa sesja przeciągnęła się o pół godziny. Powiedziałem: „Czas kończyć”. On spojrzał na mnie i powiedział: „Naprawdę?”. Wydawało mi się, że mnie koryguje: doświadczenia, które stało się naszym udziałem, nie rządziło się „czasem zegarowym” ani nie dawało się nim zmierzyć.

Podczas pierwszej z opisanych tu sesji, przez dłuższy czas byłem całkowicie pogrążony w stanie utraty poczucia bycia kimkolwiek. Jim i ja „zatraciliśmy się i odeszliśmy na zawsze”. Początkowo każdy z nas trwał absolutnie wyizolowany w tym stanie – nie istnieliśmy jeden dla drugiego, tak jak nie istnieliśmy dla samych siebie. Powstrzymałem się od zadawania pacjentowi pytań o to, co się działo lub co mogło go doprowadzić do tego, że się tak czuł. Po prostu doświadczyłem przerażającego poczucia utraty samego siebie, które było nieodzowne, jeśli miał w ogóle mieć ze mnie jakiś pożytek. Nie będąc nikim, doświadczałem czegoś podobnego do tego, co on czuł podczas sesji i zapewne przez całe swoje życie.

Zaduma nad moim własnym doświadczeniem z okresu dorastania pomogła mi, przynajmniej na chwilę, zarówno być w owej sytuacji z pacjentem, jak i wnieść do niej nieco mojego własnego poczucia, że znalazłem się na samej krawędzi – na granicy utraty samego siebie, **ale jej nie przekroczyłem**.

Gdy w szóstym mniej więcej tygodniu od rozpoczęcia tego etapu analizy pacjent zapytał mnie „Czy ogląda pan telewizję?”, poczułem się tak, jakby

przemówił do mnie pies. To, że się do mnie zwrócił, że uznał moje istnienie, było zdumiewające. Nie miałem najmniejszego zamiaru podejmować kwestii możliwych symbolicznych znaczeń oglądania telewizji, ponieważ zniszczyłoby to owo żywe doświadczenie, z którym mieliśmy właśnie do czynienia: wydarzenie, w którym chodziło o bycie i które niewiele miało wspólnego ze zrozumieniem.

W odpowiedzi na pytanie pacjenta potwierdziłem, że dość często oglądam telewizję. Jednak ważniejsza część mojej odpowiedzi przyjęła formę **opisu** (a nie wyjaśnienia): za pomocą metafory starałem się oddać coś ze stanu bycia, którego – jak czułem – doznawaliśmy. W tym celu przywołałem zmysłowe doświadczenie zapalenia zapałki i rozświetlenia na chwilę tego, co wcześniej było niewidzialne (nas dwóch jako odrębnych ludzi), po którym wyłoniło się poczucie, że ciemność nie jest już tak absolutna jak wcześniej.

Jak zacząć?

Przez znaczną część mojej kariery byłem zafascynowany wstępnym spotkaniem analitycznym, przez co rozumiem pierwsze spotkanie z pacjentem. Wiele przykładów klinicznych, które przedstawiłem w tym i w innych artykułach, pochodzi z sesji wstępnych. Podczas pisania niniejszego artykułu zacząłem doceniać pewien aspekt wstępnego spotkania, którego do tej pory nie potrafiłem nazwać. Teraz podejrzewam, że głębia, intymność i napięcie, które odczuwam podczas wstępnego spotkania, wynikają częściowo z faktu, że podczas tego spotkania dla pacjenta jedno pytanie jest ważniejsze niż jakiegokolwiek inne: „**Kim jest ta osoba**, która – mam nadzieję – mi pomoże?”. Ja zaś pytam: „**Kim jest ta osoba**, która przychodzi do mnie po pomoc?”. To są fundamentalne pytania ontologiczne. Odpowiedzi na te pytania wyłaniają się stopniowo, w miarę jak doświadczamy siebie nawzajem. Mam nadzieję, że jeśli na koniec spotkania pacjent zapyta, jak praktykuję psychoanalizę, będę mógł powiedzieć: „Tak jak dzisiaj”.

Chcę teraz opisać pewne spotkanie wstępne, które ilustruje sposób, w jaki pacjent faktycznie zapytał mnie: „Kim pan jest?”, oraz sposób, w jaki odpowiedziałem.

Podczas pierwszej sesji pan D. powiedział mi, że nigdy nie zaczął sesji. Spotkał się wcześniej z sześcioma analitykami, z których każdy jednostronnie zakończył analizę. Podczas tych przerwanych analiz analityk nie chciał rozpocząć sesji, o co prosił ich pacjent, a zamiast tego stosował „oklepane sztuczki analityczne”, takie jak rozpoczęcie sesji od pytania o to, jakie to uczucie nie móc rozpocząć sesji. Gdybyśmy mieli rozpocząć terapię – mówił pan D. – to do mnie należałoby rozpoczynanie każdej sesji. Powiedziałem, że to by mi nie przeszkadzało, ale rozpoczęcie sesji zajęłoby mi trochę czasu, bo każde spotkanie

zaczynałabym od opowiadania mu, jak się czuję, będąc z nim tego konkretnego dnia. Powiedział, że mu to odpowiada, ale w jego głosie słychać było głęboki sceptycyzm co do mojej gotowości do spełnienia tego, co obiecałem.

Podczas tej wymiany zdań pacjent i ja przedstawialiśmy się sobie nawzajem, bardziej pokazując, niż mówiąc, kim byliśmy w tym momencie, i kim byliśmy w procesie **stawania się ludźmi, którzy są ze sobą nawzajem** [*becoming with one another*]. Pacjent prosił mnie, abym uszanował jego sposób istnienia czy bycia, jego sposób rozładowywania strachu, a ja pokazywałem mu, że uszanowałem jego prośbę o bycie analitykiem, którego potrzebował.

W trakcie tej analizy to ja rozpocząłem sesję. Pacjent stopniowo odzyskiwał fragmenty siebie, fragmenty swojego nieprzeżytego w dzieciństwie życia, które były zbyt brutalne, zbyt przerażające, aby ich doświadczyć w czasie, kiedy się wydarzyły.

Ponieważ była martwa

Pewne doświadczenie kliniczne w settingu grupowym ukazuje wiele z tego, co mam na myśli, mówiąc o ontologicznym wymiarze psychoanalizy. Doświadczenie to stało się moim udziałem w „grupie Balinta”, w której uczestniczyłem przez rok w klinice Tavistock. Grupa siedmiu lekarzy spotykała się co tydzień z psychoanalitykiem, który prowadził grupę przez dwa lata, aby omawiać pracę kliniczną lekarzy. W grupie, do której należałem, każde spotkanie rozpoczynało się od pytania analityka: „Kto ma jakiś przypadek?”. Podczas jednego z takich spotkań pewien lekarz w wieku około 40 lat powiedział, że otrzymał telefon od pacjentki, które donosiła, że jej wiekowa matka zmarła we śnie w domu. Zarówno kobieta, która zadzwoniła, jak i jej matka były jego pacjentkami od wielu lat. Lekarz powiedział pacjentce, że przyjedzie tego popołudnia. Kiedy się zjawił, córka zaprowadziła go do pokoju matki, gdzie zbadał matkę.

Lekarz powiedział, że następnie zadzwonił do kostnicy. Analityk zapytał: „Dlaczego to zrobisz?” Lekarz, zdziwiony pytaniem, odpowiedział: „Ponieważ była martwa”.

Analityk powiedział: „Dlaczego nie wypić z córką filiżanki herbaty?”.

Te słowa – „Dlaczego nie wypić z córką filiżanki herbaty?” – pozostały ze mną przez te czterdzieści cztery lata, odkąd je usłyszałem. Takie proste stwierdzenie oddaje istotę tego, co rozumiem przez praktykę psychoanalizy ontologicznej. Prowadzący grupę zwracał uwagę na to, że lekarz pospieszył się z zabraniem ciała matki z mieszkania i w ten sposób pozbawił się możliwości **przeżycia tego doświadczenia z córką** przez samo przebywanie z nią w mieszkaniu, w którym jej matka leżała martwa w sypialni.

Kim chcesz być, kiedy dorośniesz?

Na zakończenie chciałbym opisać przeżycie – doświadczenie, które stało się moim udziałem w kontakcie z pewnym pacjentem – które ma dla mnie olbrzymie znaczenie.

Pan C., pacjent z porażeniem mózgowym, rozpoczął pracę ze mną w ramach psychoterapii dwa razy w tygodniu, ponieważ pogrążony był w rozpacz i dręczyły go intensywne myśli samobójcze – a to w reakcji na nieodwzajemnioną miłość do pewnej kobiety, pani Z. (która nie miała żadnej fizycznej niepełnosprawności). Opowiedział, jak w dzieciństwie jego matka rzuciła w niego butami wyciąganymi z szafy, aby trzymać tego „śliniącego się potwora” z dala od siebie. Pan C. stawiał niezdarne, człapiące kroki i mówił bardzo niewyraźnie. Skończył studia i wykonywał z powodzeniem nader wymagającą pracę o charakterze technicznym. Podczas naszej wspólnej pracy bardzo polubiłem pana C. i kiedy wył z bólu, kapotało mu z nosa i łzy spływały mu po twarzy, czułem do niego rodzaj miłości, jaki później czułem do moich synów w okresie ich niemowlęctwa.

Po kilku latach naszej pracy, gdy zaszły znaczne zmiany w jego rozpaczliwej tęsknocie za miłością pani Z., pan C. opowiedział mi sen: „W tym śnie niewiele się działo. Byłem sobą, z moim porażeniem mózgowym. Myłem swój samochód i z przyjemnością słuchałem muzyki w samochodowym radiu, które nastawiłem bardzo głośno”.

Sen ten był o tyle niezwykły, że oto po raz pierwszy pan C., opowiadając sen, nie tylko wspomniął o fakcie, że miał porażenie mózgowie, lecz także wydawał się w pełni akceptować to jako część tego, kim był: „Byłem sobą, z moim porażeniem mózgowym...”. Jak mógłby lepiej uznać i zaakceptować w pełen miłości sposób to, kim był? Nie był już potworem, za którego się kiedyś uważał: w tym śnie był radosnym dzieckiem kąpanym przez matkę, która śpiewała mu i cieszyła się nim takim, jakim był. Ten sen nie był maniakalnym obrazem sukcesu w zdobyciu miłości nieosiągalnej matki, był częścią zwykłego życia: „W tym śnie niewiele się działo”.

Nie miałem najmniejszej ochoty rozmawiać z panem C. o moim rozumieniu tego snu. Powiedziałem mu: „Jaki to był wspaniały sen”.

Zdolność do uznania i czułej akceptacji samego siebie takim, jakim się jest, można potraktować jako odpowiedź, jakiej – w tym momencie – pan C. udzielił na pytanie: „Kim chcesz być, kiedy dorośniesz?”. Sobą.

przełożyła Ida M. Spylacz

Bibliografia

- Bion W.R., *Clinical Seminars and Other Works*, Karnac, London 1987, s. 34.
- Bion W.R., *Po namyśle*, przeł. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2014.
- Bion W.R., *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, przeł. D. Golec, Oficyna Ingenium, Warszawa 2011.
- Bion W.R., *Los Angeles Seminars and Supervision*, Karnac, London 1967.
- Fairbairn W.R.D., *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Routledge, London 1952.
- Freud S., *Histeria i lęk*, przeł. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2001
- Freud S., *Technika terapii*, przeł. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007.
- Freud S., *Two Encyclopedia Articles (1923)*, w: J. Strachey i in. (red.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, t. XVIII, Hogarth Press, London, s. 233–260.
- Freud S., *Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl*, przeł. P. Dybel, Wydawnictwo KR, Warszawa 1995.
- Klein M., *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–196. Pisma*, t. III, przeł. A. Czownicka, H. Grzegołowska-Klarkowska, GWP, Gdańsk 2007.
- Laplanche J., J.-B. Pontalis, *Słownik psychoanalizy*, przeł. E. Modzelewska, E. Wojciechowska, WSiP, Warszawa 1996.
- Ogden H.T., *On Talking-As-Dreaming*, „The International Journal of Psychoanalysis” 2007, 88(3), s. 575–589.
- Winnicott D.W., *Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko*, przeł. A. Czownicka, Imago, Gdańsk 2018.
- Winnicott D.W., *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Basic Books, New York 1949.
- Winnicott D.W., *Zabawa a rzeczywistość*, przeł. A. Czownicka, Imago, Gdańsk 2011.