

Maciej Musiał

ODWRÓCONA PERSPEKTYWA

THE REVERSIBLE PERSPECTIVE

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychoanalitycznej

Autor prezentuje zagadnienie „odwróconej perspektywy”, zjawiska odkrytego przez Biona podczas badań nad psychotyczną częścią osobowości. Zjawisko to, jako forma myśli ukierunkowanych na unikanie bólu psychicznego, a tym samym niechęć do rozpoznawania rzeczywistości, jest ważnym zagadnieniem ze względu na swój ukryty negatywny wpływ na przebieg procesu terapeutycznego i często bywa przyczyną impasu w leczeniu.

**analytic therapy
reversible perspective**

Summary: The article presents the issue of the reversible perspective. Reversible perspective is spectacular since it influences analytical process in a hidden, negative way. The author distinguishes between reversible perspective, acting-out, and negative therapeutical reaction. The relation of reversible perspective and psychotic part of personality has been sketched. Two clinical vignettes illustrating reversible perspective were presented as well.

Kluczowe dla powodzenia psychoterapii i psychoanalizy jest badanie procesów myślenia, które przeciwstawiają się leczeniu, czyli uzyskiwaniu wglądu, nabywaniu wiedzy, która jest funkcją doświadczenia oferowanego w relacji terapeutycznej.

Wgląd utożsamiany jest z bólem psychicznym, którego podmiot stara się uniknąć, bądź to przez acting out, czyli regresję od myślenia do działania, bądź przez negatywną reakcję terapeutyczną (NRT), naruszającą uzyskany wgląd, czy też przez odwrócenie perspektywy (*reversible perspective*) — zamianę pragnienia, by wiedzieć (K), na pragnienie, by ignorować (-K) [1].

W tym artykule chciałbym omówić zjawisko odwróconej perspektywy, które, z klasy czynników negatywnie wpływających na proces analityczny, w sposób najbardziej spektakularny, bo ukryty — podważa sytuację analityczną. Ukryta niezgoda jest tym, co różnicuje odwróconą perspektywę od acting outu i negatywnej reakcji terapeutycznej, w których niezgoda jest widoczna.

Pacjent stosujący odwróconą perspektywę odbiera informacje od terapeuty jako potwierdzenie tego, co on sam myśli. Reinterpretuje komentarze analityka tak, aby były spójne z jego własnymi przesłankami (*premisses*). Relacja terapeutyczna ma wtedy statyczny charakter — pacjent halucynuje coś, co w danej sytuacji nie istnieje. Odrzucanie punktu widzenia analityka jest ukryte pod pozorem zgody i współpracy. Jako ilustrację tego zjawiska Bion daje przykład wazy i dwóch profili z psychologii Gestalt. Są one przeciwnymi perspektywami, obie są słuszne, gdy nie definiujemy tego, co zamierzamy nazwać istotą. Analityk i pacjent widzą tę samą rzecz, lecz ich spostrzeganie oparte jest na odmiennych

przesłankach. Co do wydarzeń i faktów istnieje zgoda, a przesłanki wraz ze znaczeniami — są odmienne. W tym sensie kontrakt terapeutyczny w odwróconej perspektywie jest stale kwestionowany.

Dla zanegowania bólu psychicznego odwrócona perspektywa używa mechanizmu, który Bion nazwał statycznym rozszczepieniem (*static splitting*). Jest ono rodzajem stałej halucynacji i ma trwały charakter. Ta trwałość (raz na zawsze) powoduje, że każde doświadczenie jest rozumiane z przyjętej pozycji, która ze swojej natury jest tendencyjna. Myślenie jest sztywne i opiera się na nieświadomych przesłankach. Zjawisko to koresponduje z psychiatrycznym pojęciem sztywności myślenia w schizofrenii [1].

Istotą sytuacji analitycznej jest interpretacyjne udostępnianie pacjentowi innej perspektywy wobec faktów z jego życia i faktów psychicznych. Analiza nie tylko ukazuje inną perspektywę, ale przede wszystkim rozwija zdolności do korzystania z niej. Zdolność do widzenia rzeczy z innej perspektywy charakteryzuje wgląd [1].

Odwrócona perspektywa w sposób ukryty atakuje porządek sytuacji analitycznej polegający na podstawowym uznaniu ról terapeuty i pacjenta oraz realizowaniu zadania analizy, którym jest przypomnianie i osiąganie wglądu, tak jak zadaniem dziecka jest ssanie, będące prototypem rozwoju nie tylko człowieka, ale wszystkich ssaków. Bion mawiał, że wiedza jest tym dla umysłu, czym pokarm dla ciała [2].

Ze zjawiskiem odwróconej perspektywy terapeuci stykają się w codziennej praktyce klinicznej. Jeśli jest ono przez terapeutę rozpoznane, to kwalifikowane jest, jak sądzę, najczęściej jako przejaw psychopatologii narcyzmu lub/i nietrafnie jako acting out. Bywa, że „ukryta niezgoda” pozostaje niezauważona i nie jest analizowana, doprowadzając do głębokiego impasu, niepowodzenia terapii bądź jej przerwania.

W istocie już Zygmunta Freuda w pracy *W kwestii wprowadzenia narcyzmu* z 1915 roku wskazał na „ograniczoną podatność na wpływ” u pacjentów narcystycznych i nie krył sceptycyzmu wobec ich możliwości. Freud docenił psychotyczne jądro narcyzmu. „Pacjenci tego typu, których nazwałem parafrenikami, ujawniają dwie fundamentalne cechy: megalomanię i odwrócenie zainteresowania zewnętrznym światem — od ludzi i rzeczy. W wyniku tego odwrócenia, pacjenci ci stają się niedostępni działaniu psychoanalizy i nie mogą zostać wyleczeni przez nasze wysiłki” [3, s. 26].

Herbert Rosenfeld w pracy *Kliniczne podejście do psychoanalitycznej teorii instynktów życia i śmierci: Analiza agresywnych aspektów narcyzmu* przypomniał pogląd Freuda nt. nieanalizowalnego ukrytego przeniesienia wyrażającego się jako opór. W tym samym artykule przywołuje K. Abrahama jako wnikliwego badacza destruktywności ukrytego przeniesienia. Abraham wskazał wrogość i bunt, ukryte za pozorną współpracą, dewaluowanie analityka oraz odwracanie pozycji pacjenta i analityka, aby pokazać nad nim wyższość. Podkreślił również rolę zawiści w zachowaniu tych pacjentów oraz klinicznie i teoretycznie połączył narcyzm z agresją [4].

Natomiast Betty Joseph podjęła problematykę trudności interpretacyjnego dotarcia do niektórych pacjentów. W artykule *The patient who is difficult to reach* z 1975 roku zastrzegła, że niedostępność pacjenta (*unreachable patient*) jest cechą, która może być udziałem różnorodnej psychopatologii. U tych pacjentów można zauważyć taki rodzaj rozszczepienia osobowości, w którym jedna część ego utrzymywana jest w oddaleniu od analityka, niedostępna jego oddziaływaniom. Zjawisko takie jest nieraz trudne do rozpo-

znania, ponieważ pacjent pozornie chętnie współpracuje, utrzymując w odszczepieniu zależną i podatną na zranienie część siebie [5].

Z kolei Ruth Riesenberga Malcolm, w artykule *As if: the phenomenon of not learning* (1992), przedstawiła kliniczne ilustracje zachowania „tak jakby” (*as if*) będącego negatywną odpowiedzią na próby analityka udostępnienia pacjentowi wglądu i zmiany — wprost nawiązując do Bionowskiego pojęcia odwróconej perspektywy. Malcolm uważa, że odwrócona perspektywa wyraża zachowania „tak jakby” jako rezultat działania „-K”. Autorka stosuje pojęcie zjawiska czy zachowania *as if*, a nie osobowości *as if* [6].

Bion odkrył odwróconą perspektywę podczas badań nad psychotyczną częścią osobowości. Zjawisko to opisał po raz pierwszy w pracy *Elements of psychoanalysis* w 1963 roku [za: 1]. Wraz z atakiem na funkcje łączenia różnych treści psychicznych, np. myśli i psychicznych reprezentacji rzeczywistości zewnętrznej oraz przemianę kontaktu z rzeczywistością w halucynacje, Bion uznał odwróconą perspektywę za formę myśli ukierunkowaną na unikanie bólu psychicznego i tym samym niechęć do rozpoznania rzeczywistości.

Konceptualne założenie Biona

W pracy nad opisem funkcjonowania aparatu myślenia, jego rozwoju i patologii, ze szczególnym uwzględnieniem psychotycznej części osobowości — kluczowe metodologiczne i konceptualne założenie Biona przeciwstawiało się opisowemu, diagnostycznemu ujęciu psychiatrycznemu. Stwierdził, że aparat psychiczny i osobowość każdego człowieka składa się z części funkcjonującej psychotycznie oraz części neurotycznej. Te dwie formy psychicznego funkcjonowania tworzą continuum, na którym wyrażają się różne stany umysłu. Tak więc funkcjonowanie człowieka wynika z sumy interakcji między częścią psychotyczną i niepsychotyczną [7]. Zatem aparat psychiczny danej osoby możemy widzieć w kategoriach względnie stałej przewagi (dominacji) jednej części nad drugą. Na przykład możemy oceniać, że w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta psychotyczna część osobowości dominuje nad neurotyczną. Badając procesy myślenia pacjenta koncentrujemy się na stanach umysłu przejawiających się w danym momencie. Oceniamy wtedy, że zaktywowana jest psychotyczna część osobowości i w tym właśnie momencie górę bierze ta część.

Bion twierdzi również, że luka między psychotyczną a neurotyczną osobowością była w początkowej fazie rozwoju niewielka. Ta luka w przebiegu życia człowieka często pogłębia się w wyniku działania różnorodnych czynników wewnętrznych i środowiskowych. W tym Bion przeciwstawia się radykalnemu różnicowaniu psychozy i neurozy zarysowanej w tradycji psychiatrycznej. W tym sensie także, gdy mówi o transformacji w halucynacje jako wyniku negatywnego związku między zawierającym ♂ i zawierającym ♀ — używa tego pojęcia (także urojenia czy złudzenia) nie jako klinicznego symptomu, lecz sposobu funkcjonowania psychotycznej części osobowości [1].

Psychotyczna część osobowości

W pracach *Development of schizophrenic thought* i *The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities* Bion opisał cechy psychotycznej części osobowości [7]. Za jej istotne cechy uznał nienawiść do rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej wraz

z atakiem na aparat umysłowy jako instrument pozwalający zrozumieć rzeczywistość. Niszczeniu ulega każdy proces prowadzący do myśli i tym samym do rozwoju znaczenia. Niszczona jest łącząca i integrująca rozmaite elementy psychiczne funkcja α . Ataki na aparat mentalny i następująca po nich projekcja pofragmentowanych na bardzo drobne cząstki różnych aspektów tego aparatu stanowią o głównej cesze psychotycznej części osobowości. Projekcyjnie nasycone w ten sposób obiekty zostały przez Biona nazwane obiektami dziwnymi (*bizarre object*). Wskazywał, że: „uwalniając się od aparatu świadomości wewnętrznej i zewnętrznej rzeczywistości, pacjent osiąga stan, który jest odczuwany jako niebycie ani żywym, ani martwym” [7]. Jeśli nienawiść do rzeczywistości jest silna, to i stopień nietolerancji frustracji jest również wysoki. Oczywiście nie znaczy to, że osobowość neurotyczna jest wolna od nietolerancji frustracji. Różnica ma charakter ilościowy i dotyczy stopnia nietolerancji. Etchegoyen [1, s. 765] zauważa, że być może „psychotyczna część konceptualizuje rzeczywistość jako frustrację, lecz przecież rzeczywistość jest nie tylko frustracją”.

Osobowość psychotyczna definiowana jest także w kategoriach związanych z instynktami. Wskazuje się wtedy, że instynkt śmierci przeważa. W kategoriach relacji z obiektem wiązanie się z nim osobowości psychotycznej jest silnie nasycone zawiścią w przeciwieństwie do osobowości neurotycznej, której relacja z obiektem oparta jest zasadniczo na libido. Różnica i tu jest ilościowa. I wreszcie osobowość psychotyczna rozwija fantazje identyfikacji projekcyjnej o charakterze patologicznym.

Myślenie i odwrócona perspektywa

Studia nad procesami myślenia odwróconej perspektywy dają okazję do zarysowania oryginalnych idei Biona: rozwoju myślenia i systemu zawierające–zawierane.

Bion badał formowanie się myśli i powiązał je ze zdolnością do rozpoznania i doświadczenia nieobecności. Niemowlę rodzi się z prewyobrażeniem, prepojęciem (*preconception*) piersi, i kiedy spotyka samą pierś (*realization*), konstruuje wyobrażenie — pojęcie piersi. Decydujące dla pojawienia się pierwszej myśli, według Biona, jest nieobecność/utrata piersi. Dziecko ma w takiej sytuacji dwie możliwości: tolerować frustrację albo jej unikać. Myślenie ulega zahamowaniu, gdy nieobecna pierś jest rozpoznana jako zła i usuwana jako element β . Elementy te będące zarodkami myśli potrzebują zawierania (*contain*) i przekształcania, aby mogły się rozwinąć. Jakość zawierania/kontenerowania wraz ze specyfiką zawieranego (np. dominacja części psychotycznej lub niepsychotycznej) wpływa bądź to na rozwój aparatu myślenia, bądź aparatu identyfikacji projekcyjnej, służącego uwalnianiu psychiki od nadmiaru złych obiektów, bólu, frustracji i świadomości.

Opisana przez Biona relacja matka – niemowlę, znana jako koncepcja kontenera – kontenerowanego, ma status metafory przydatnej do konstruowania modelu dla nieświadomego poziomu relacji analitycznej. Koncepcja ta powstała na podstawie rewizji stworzonej przez M. Klein teorii identyfikacji projekcyjnej, którą Bion uważał za pierwotny sposób doświadczenia rzeczywistości przez niemowlę. Bion rozwinął wczesną, trochę zapomnianą ideę M. Klein instynktu epistemofilicznego i powiązał z identyfikacją projekcyjną. Koncepcja przedstawia proces umieszczania przez dziecko w matce emocjonalnego doświadczenia, którego nie jest w stanie przetworzyć. Matka dokonuje nieświadomej pracy snienia (*dre-*

aming) doświadczenia przekraczającego granice wytrzymałości niemowlęcia, po czym udostępnia je dziecku w formie, którą może przetworzyć śniąc własne doświadczenie [2, 7, 8, 9, 10].

Śnienie zdarza się zarówno podczas snu, jak i na jawie. Bion podkreślał: „Freud mówi za Arystotelesem, że śnienie to sposób, w jaki umysł pracuje we śnie. Ja twierdzę, że jest to sposób, w jaki umysł działa na jawie” [za: 8, s. 1350] Śnienie jest zestawem operacji umysłowych, który dokonuje nieświadomego psychicznego opracowania świadomego, przeżytego doświadczenia. Praca marzenia sennego według Freuda pozwala pochodnym nieświadomości stać się świadomymi, podczas gdy praca śnienia pozwala przeżytemu doświadczeniu stać się nieświadomym.

Kontener (zawierający) jest procesem i zarazem zdolnością do nieświadomej pracy śnienia (*work of dream*) wraz ze zdolnością do przedświadomego nibysennego myślenia (*reverie*) oraz zdolnością do świadomego myślenia związanego z procesem wtórnym. Te trzy rodzaje myślenia włączone są w kontenerującą funkcję umysłu, jednak Bion wskazał nieświadomą pracę śnienia jako kluczową dla zmiany i rozwoju. Kontenerowane (zawierane) jest także żywym procesem. Dotyczy myśli i uczuć wywodzących się wprost z przeżytego doświadczenia, zasadniczo surowych, zmysłowych wrażeń powiązanych z tym doświadczeniem. Te rodzące się myśli, nazywane elementami β , o których poetycko mówił E.A. Poe jako o „myślach niepomyślanych, które są duszami myśli”, są przekształcane przez funkcję α w elementy doświadczenia, które mogą zostać połączone w procesach śnienia, myślenia i pamiętania [8].

Niezdolność do zawarcia wyprojektowanego stanu emocjonalnego jest uwewnętrzniana jako rodzaj odwróconego myślenia (*reversal of thinking*) polegającego na atakowaniu procesu, który łączy znaczenie z doświadczeniem (funkcja α) i myśli we śnie z procesem śnienia i myślenia.

Zatem zjawiska odwróconej perspektywy, atakowania wiązania i halucynacje, które charakteryzują psychotyczną część osobowości, wywodzą się z tego samego patologicznego procesu, negatywnej formy zawierającego – zawieranego ($\ominus \oslash$) i stanowią jego różne aspekty.

Przykłady kliniczne

I

H. Etchegoyen [1] zjawisko odwróconej perspektywy zilustrował przykładem prowadzonej przez siebie analizy lekarza homeopaty. Kilka lat zajęło analitykowi odkrycie i ujawnienie pobudek pacjenta.

Pacjent zgłosił się z powodu kryzysów lękowych prowadzących do stanów depersonalizacji. Bał się psychozy. Cierpiał również z powodu astmy oskrzelowej, z której skutecznie leczył swoich pacjentów. Twierdził, że sam z astmy wyleczyć się nie może, bo stosowane przez niego leki uruchamiały kryzysy lękowe. Na początku analizy pacjent pytał, czy stosowne jest poddanie się przez niego dodatkowo leczeniu homeopatycznemu, czemu analityk nie sprzeciwił się.

Astma pacjenta miała charakter sezonowy, pojawiała się na początku wiosny. W 3. roku analizy objaw nie pojawił się i wtedy pacjent zaczął zażywać pulsatile, lek homeopatyczny

nie informując o tym fakcie analityka. Poprawę zatem mógł przypisać swojemu leczeniu, a nie analizie. Ten epizod pozwolił analitykowi zauważyć, że pacjentem kieruje zawodowa rywalizacja, a nie chęć bycia wyleczonym. Pacjent z kolei stwierdził, że analityk jest egoistyczny, bo chciał psychoanalizie przypisać zasługę redukcji objawu. Zastanawiał się, co zrobi, gdy okaże się, że to analiza, a nie pulsatilla leczy jego astmę. Martwił się, co uczyni ze swoimi pacjentami i czy oszukiwałby ich. Chciał utrzymać omnipotencję dziennego marzenia (*daydreaming*), że homeopatią leczy swoją astmę.

Po jakimś czasie pacjent powiedział, że chciałby zostać analitykiem. Zaniechał tego pomysłu, gdy analityk zinterpretował, że chce on zmienić zawód, aby poczuć się w posiadaniu umiejętności dobrego leczenia. Pacjent odczuł to jako oczernianie jego powołania i zaczął manifestować ogromną niechęć do analizy. Spał na sesjach, a po pewnym czasie postanowił przerwać analizę i wrócić do leczenia homeopatycznego. Chciał leczyć się sam. Gdy trafił potem do najlepszego jego zdaniem argentyńskiego homeopatę — zakwestionował wszelkie jego zalecenia.

Interpretacje analityka ukierunkowane na astmę były dla pacjenta dowodem rywalizacji i próbą wykazania, że interpretacja jest lepsza niż pulsatilla. Kiedy analityk użył słowa pulsatilla do interpretacji masturbacji, pacjent odczuł, że ten chciał zdyskredytować pulsatillę porównując ją z masturbacją, z powodu niewiary w homeopatię.

Etchegoyen twierdzi, że przesłanki myślenia pacjenta były odmienne od przesłanek analityka. Pacjent chciał dowieść, że homeopatia jest lepsza od psychoanalizy, a analiza miała mu pomóc przeprowadzić leczenie homeopatyczne bez narażania go na psychozę.

Trzeba dodać, że pacjent jednocześnie współpracował z analitykiem, osiągał wglądy i, jak ujął analityk, zasługiwał na pomoc i szacunek. Etchegoyen postawił tezę, że przyjście na analizę po to, aby udowodnić wyższość homeopatii nad analizą było wyrazem halucynacji. Bion twierdził, że odwrócona perspektywa pociąga za sobą halucynacje i odwrotnie — pacjent używa halucynacji, aby utrzymać odwróconą perspektywę.

II

Przedstawię teraz przykład odwróconej perspektywy w prowadzonej przeze mnie 10 lat terapii lekarza pediatry. W odróżnieniu od ilustracji klinicznej Etchegoyena, terapia ta miała dobry przebieg, a odwrócona perspektywa przejawiała się jako zjawisko równoległe, w którym pacjent niejako przechowywał odszczepioną, zależną i podatną na ból psychiczny, część siebie.

Proces tej terapii zawierał fazy łagodnego w formie impasu. Owa łagodność stanowiła o sile zwodniczości, z jaką pacjent utrzymywał odwróconą perspektywę, choć nie miało to tak destrukcyjnego charakteru, jak w poprzednim przykładzie.

Pacjent okazywał silne przywiązanie do mnie, oparte na halucynacji partnerskiego (a nie terapeutycznego) i omnipotentnie triumfującego, bo wykluczającego innych, związku ze mną. W 7. roku terapii okazało się, że nikt nie wie, że korzysta z niej.

Prowadząc terapię z tym wrażliwym i inteligentnym pacjentem miałem często odczucie produktywnej pracy i długo nie doceniałem siły oraz psychopatologicznego statusu fantazji o równym ze mną związku, wolnym od słabości, zależności i wykluczenia z pary.

W 18. roku życia pacjent przeszedł załamanie psychiczne. Lęk anihilacyjny i kastracyjny oraz towarzyszące objawy somatyczne, tj. bóle głowy, kołatanie serca, omdlenia, związane były z utratą sprawności. Kontuzja kolana wyeliminowała go na rok ze sportu, a pierwszy egzamin wstępny na medycynę zakończył się niepowodzeniem. Jego poczucie omnipotencji zostało poważnie naruszone. Na terapię do mnie trafił 10 lat później będąc w dalszym ciągu pod wrażeniem tego kryzysu. Starał się o uczynienie tego faktu niebyłym i o podbudowanie omnipotencji.

Podczas jego narodzin ojciec — dziennikarz korespondent — był na innym kontynencie. Z reguły przebywał za granicą trzy, cztery miesiące i wracał do domu na miesiąc urlopu. Pacjent był silnie związany z matką. Zawsze czuł się jako najważniejszy jej mężczyzna. Nie dostrzegał istnienia starszej o 2 lata siostry. Miał też silne poczucie braku ojca. Był rozgoryczony, że czas jego dzieciństwa naznaczony był tym brakiem. Nieświadomie był urażony i wściekły na mnie/na ojca za jego nieobecności oraz za jego powroty do domu, co podważało fantazjowaną przez niego rolę mężczyzny matki, będącego na jego miejscu.

Pacjent cenił sobie kontakt ze mną. Idealizując mnie, skrywał lęk przede mną/ojcem i poczucie winy za usuwanie ojca jako rywala. Raz wspomniał, że gdy był małym chłopcem, ojciec po powrocie z zagranicy gorączkowo wypytywał go o to, co mama robi, gdy nie ma go w domu i czy pojawia się jakiś inny mężczyzna.

Wobec własnego syna pacjent rozwinął wrażliwą, wspierającą i otwartą na kontakt postawę. Jego opieka nad synem wyłączała matkę dziecka, cechowała się wysoką jakością zabiegów i manifestowała wystarczalność relacji ojciec — syn. Z jednej strony był jak ojciec, którego mu brakowało, a z drugiej był jak matka zawłaszczająca dziecko. Chciał, aby syn uniknął jego losu — losu chłopca opuszczanego przez ojca i będącego pod silnym wpływem zawłaszczającej matki.

Halucynował wystarczalność męskiego braterstwa, a terapia była dla niego jak dziennikarska podróż w nieznanne.

W 7. roku terapii, gdy w życiu osobistym i zawodowym pacjenta zarysowały się pozytywne zmiany, zupełnie nieoczekiwanie dowiedziałem się, że o fakcie uczęszczania na terapię nikt z jego bliskich nie wiedział. Stopniowo dochodziło do różnorodnych komplikacji, gdy jadąc na sesje okłamywał swoją żonę i inne bliskie osoby. Rozumiałem, że rozłącza parę rodzicielską i gdy ma kontakt z jednym z nich — drugie nic o tym wiedzieć nie może. W przeniesieniu raz byłem jego matką i poza tą diadą świat nie istniał, a innym razem jego ojcem w relacji opartej na męskim braterstwie, w którym nie ma miejsca dla kobiety. Czuł się częścią pary, aby uniknąć stanów wykluczenia i zależności.

Te dwie relacje z matką i z ojcem były w nim oddzielone, aby nie dopuścić do sytuacji trójkątnej i do groźby załamania iluzji jego pozycji w rodzinie. Obawiał się rywalizacji z ojcem w obecności matki. Był wobec niego bardziej odważny tylko wtedy, gdy byli sami. Wraz z ojcem zorganizował małą strzelnicę, w której rywalizowali w strzelaniu do celu, co miało oczywiste symboliczne znaczenie. Przeważnie wygrywał, ale często miał z tego powodu poczucie winy. Unikanie rywalizacji z ojcem wynikało także z nieświadomego starania się o uchronienie ojca jako wartościowego obiektu, z którym mógłby się identyfikować. W jego umyśle bowiem funkcjonowały dwa odmienne, niezintegrowane stany. Jeden moglibyśmy nazwać stanem „maminsynka” — syna bez ojca, a drugi stanem „zdobycy odległego kontynentu”, opartym na identyfikacji z silnym ojcem.

Ukrywanie terapii przed żoną było właśnie wyrazem takiej identyfikacji z ojcem, a sama terapia była dla niego jak ekspedycja na inny kontynent czy też — jak nieterapia. Uczestniczył w czymś, co było odłączone od rzeczywistości, co miało kontynuować jego życzeniowy sen, *daydreaming*, jak określał Bion. Postawa jego umysłu wyrażała zgodę na utrwalanie iluzji i halucynacji jego fałszywej pozycji, a niezgodę — na realne zadanie terapii. Nie uznawał siebie w roli pacjenta.

Długo rozważał — najpierw „czy”, a potem „jak” wyjść z tego uwikłania w ukrywanie terapii. Myślał na przykład, że ujawni ten fakt (żonie) po zakończeniu terapii i powie, że chodził na terapię „kiedyś” przez krótki czas. Pokazywałem mu wtedy, jak silna jest jego determinacja, aby nie wiedzieć (rozłączać, -K) o związku rodziców, aby nie dopuścić bolesnych uczuć wykluczenia i zależności, co odczuwa jako degradację. Bycie pacjentem było dla niego tożsame ze słabością, której się bardzo boi, bo spycha go ona w otchłłą bezradności i frustracji. Gardził takim sobą.

Innym razem dywagował, że sprawę załatwi w wakacje. Interpretowałem, że hołduje wyłącznej relacji, z której tym razem ja miałbym być eliminowany. Dodałem, że nie widzi terapii jako elementu swojego życia (na kontynencie, na którym żyje).

Postawa pacjenta w relacji z obiektem, sposób reagowania na interpretacje były dość złożone. Nieraz miałem odczucie, że interpretacje dosięgały pacjenta i moja inna perspektywa (perspektywa terapeuty) widzenia jego problemów poruszała go i była pomocna. Często jednak reagował żywo, lecz jak współtwórca interpretacji czy też jak entuzjastyczny świadek, a nie jako ich odbiorca, ktoś, do kogo te komentarze są kierowane. Czulem wtedy chęć eskalowania ich siły, zaost్రzania ich znaczenia. Treści i znaczenia odnosił do przesłanek myślenia odmiennych od tych, które umożliwiałyby porozumiewanie się między nami na tym samym poziomie. To chroniło go przed bólem psychicznym.

Tuż przed przerwą urlopową pacjent nawiązał do braku ojca, co odczuwał jako „brak pleców”. Rozważał, jak by się czuł, gdyby skończył terapię, czy poradziłby sobie. Kontynuował, że kryzys, z powodu którego przyszedł na terapię, uważa jako wyjęcie z życiorysu 10 lat życia.

Rozumiałem, że jego fantazje oscylowały od poczucia posiadania swoich pleców i braku potrzeby oparcia do obawy, że na czas przerwy wakacyjnej pozostaje bez moich pleców, co grozi załamaniem. Być „bez pleców” oznaczało także jego fałszywą pozycję. Przy braku pleców pozostawał tylko przód, fronton na pokaz, złudzenie tego, kim jest. Nawiązałem do „10 lat wyjętych z życiorysu” i poczyniłem uwagę, że ta myśl dotyczy 10 lat ukrytej terapii, które wyjmuję/wyjął z życiorysu. Zareagował jałowym rozważaniem o sposobie, w jaki chciałby ujawnić, że korzysta z terapii. Po chwili powiedział, że jego sytuacja kojarzy mu się z biologicznym prawem (Lamarcka) mówiącym o zanikaniu organów, gdy nie są używane. Dodał, że tym, czego nie używa, jest wiedza, jaką uzyskuje na terapii. Rozumiałem, że mój urlop (mój wyjazd na inny kontynent) odczuwa jako utratę możliwości odbudowywania organu myślenia, bez którego pogrąża się w iluzjach na temat tego, kim jest i kim ja jestem dla niego. Miałem też wrażenie, że odsunął seksualne znaczenie tego skojarzenia. Ukrycie terapii przed żoną oznaczało brak stosunków z nią z powodu lęku kastracyjnego. Powiedziałem, że jakkolwiek nie jest skory do odczuwania ryzyka czynienia ze swojej terapii „niewiedzy”, to wydaje mu się, że ryzykowałby jeszcze więcej, gdyby był bardziej otwarty wobec żony.

Myślałem wtedy też o stawce, z którą igrą — czyniąc z terapii halucynację będącą na usługach życzeniowych fantazji — odwracając się od trudnych do zniesienia uczuć i myśląc o swojej zależności, pozycji wobec ojca i matki, wobec mnie. Odnosiłem wrażenie, że nie czuje ryzyka i obaw co do konsekwencji, bo czuje się jak pan życia i śmierci — albo wyjmie z życiorysu terapię, albo nie. Po chwili powiedział, że jak pomyślał o ujawnieniu terapii, to przestraszył się, że to by go bardzo zbliżyło do żony. Skomentowałem to, że chwilami, tak jak teraz, czuje się w lepszym kontakcie, co niesie ze sobą także nieprzyjemne uczucia i myśli o sobie jako potrzebującym i zależnym, oraz że zdaje sobie sprawę z miesięcznej przerwy w terapii.

Skojarzył wtedy Czarnobyl i staranie o opanowanie groźnego promieniowania przez budowę sarkofagu, o czym mówił z uśmiechem. Odparłem, że chciałby zdławić negatywne promieniowanie terapii, aby uchronić się przed „chorobą popromienną” i wtedy dobrym rozwiązaniem wydaje mu się „wyjąć ją z życiorysu”. Rozwinął wtedy myśl o ujęciu przez ABW detektywa Rutkowskiego. Był porażony widokiem bezbronnego i załamane „silnego człowieka”, który niegdyś nie miał sobie równych i obezwładniał każdego bandytę. Wzdychał i kręcił głową nie dowierzając temu, co się stało. Zinterpretowałem to, że mój urlop rozbija go i czyni bezbronnym. Z herosa staje się kimś, kto jest bliżej nieprzyjemnych uczuć bezradności. Wydawał się poruszony, a po chwili ponownie uśmiechnął się, co zbudziło we mnie myśl, że halucynuje nas obu jako herosów. Po chwili opowiedział historię o swoim wspólniku, który od 2 lat był szantażowany przez nieznanego człowieka. Podkreślał psychiczne rozbitcie kolegi tą sytuacją i zaznaczył, że ostatnio nastąpił zwrot w sprawie. Jego wspólnik otrzymał informację od swojego kolegi, agenta ABW, o odkryciu szantażysty. Powiedziałem, że zauważył odkrycie przeze mnie szantażysty w nim, który w sposób ukryty podważa korzystanie z terapii.

Dyskusja

Założenie Biona o istnieniu w każdej psychice części psychotycznej i niepsychotycznej oznacza, że możemy odnaleźć w pacjencie część, która nie odwróci perspektywy oraz połączy wysiłek własny i terapeuty.

Każdy pacjent decydujący się na terapię powodowany jest chęcią zarówno wyleczenia, jak i podważenia starań własnych i terapeuty, a konstelacja tych tendencji ma zawsze swoisty charakter. Pacjent wnoszący odwróconą perspektywę także zawiera w sobie część, która chce zmiany, wglądu i lepszej integracji siebie. Rezultat terapii czy analizy, nie tylko w tym przypadku, zależy od siły pragnienia wyleczenia oraz zdolności terapeuty do rozpoznania i zrozumienia destrukcyjnych zjawisk. Warto dodać, że założenie o roli analityka i roli pacjenta jest zawsze kwestionowane w mniejszym lub większym stopniu. Tak więc statyczne rozszczepienie, które ma charakter trwały, „raz na zawsze”, nie oznacza, że terapia pacjenta jest przegrana. Statyczne rozszczepienie jest cechą psychotycznej części osobowości, a nie całej osobowości.

Odnosząc się do wzajemnego stosunku odwróconej perspektywy, acting outu i NRT, Etchegoyen [1] wskazuje, że te dwa ostatnie zjawiska zawsze podporządkowane są odwróconej perspektywie. Acting out często wspiera utrzymanie odwrócenia, a terapeuci interpretują acting out zamiast tego, na czym się opiera i czego jest objawem. Obok wagi

klinicznego pożytkowania pojęcia odwróconej perspektywy oraz odróżnienia tego zjawiska od innych zjawisk przeciwstawiających się wglądowi warto zaznaczyć bardziej podstawowy poziom odróżniający to zjawisko od zjawiska odwrócenia (*reversal*).

H. Etchegoyen [1] zwraca uwagę, że praca M. Klein nad mechanizmem odwrócenia poprzedzała dokonanie Biona. Klein wskazywała na omnipotentne odwrócenie sytuacji w sposób, który pozwala sfrustrowanemu i zawistnemu dziecku poczuć się tak komfortowo, jak — sądzi — czują się jego rodzice. Komentując analizę małego pacjenta Richarda pokazała inny aspekt wykorzystania mechanizmu odwracania. Richard umieścił się na miejscu swojego ojca, ale aby uniknąć jego zniszczenia, zamienił go w zaspokojone dziecko. Podkreśliła, że na tę formę odwrócenia większy wpływ mają miłosne uczucia dziecka do rodzica [11].

Odwrócenie oparte na libidinalnych uczuciach jest *de facto* procesem identyfikacji, który wspiera rozwój umysłowy, jest załącznikiem odgrywania ról oraz zmierza do przepracowania konfliktów i reparacji obiektów. Gdy instynkty destrukcyjne przeważają, mamy do czynienia z odwróconą perspektywą w znaczeniu nadanym jej przez Biona. Różnice znajdujemy również w typie fantazji. W odgrywaniu ról jest zarysowana odrębność selfu i obiektu, co oznacza istnienie poczucia umieszczania się na miejscu innej osoby. Odwrócona perspektywa takiej elastyczności nie ma. Mechanizm jest sztywny i skłonny do złudzeń.

Piśmiennictwo

1. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac Books; 1991.
2. Bion WR. Attacks on linking. W: Bion WR. Second thoughts. London: Karnac Books; 1984.
3. Freud Z. W kwestii wprowadzenia narcyzmu. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007, str. 26.
4. Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. Int. J. Psychoanal. 1971; 52: 169–178.
5. Joseph B. The patient who is difficult to reach, 1975. W: Spillius E, red. Psychic equilibrium and psychic change, London and New York: Routledge; 1989.
6. Malcolm RR. As if: the phenomenon of not learning. W: Spillius E, Feldman M, red. Clinical lectures on Klein and Bion. London and New York: Tavistock/Routledge; 1992.
7. Bion WR. The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. Int. J. Psychoanal. 1957; 38.
8. Ogden T. On holding and containing, being and dreaming. Int. J. Psychoanal. 2004; 85.
9. Segal H. Marzenie senne, wyobrażenia i sztuka. Rozdział: Przestrzeń umysłu i elementy symbolizmu. Universitas; 2003.
10. Bion WR. A theory of thinking. W: Bion WR. Second thoughts. New York: Aronson; 1977, s. 110–111.
11. Klein M. Kompleks Edypa w świetle lęków wczesnodziecięcych. W: Miłość, poczucie winy i reparaacja. Gdańsk: GWP; 2007.

Adres autora: Ośrodek Psychoterapii Psychoanalitycznej „Trójmiasto”
 Studium Psychoterapii Psychoanalitycznej
 ul. Armii Krajowej 95/1a
 80-829 Sopot