

NEGATYWNA REAKCJA TERAPEUTYCZNA JAKO ZJAWISKO RELACYJNE

NEGATIVE THERAPEUTIC REACTION AS A RELATIONAL PHENOMENON

Dominik Gawęda

gabinet prywatny

emotions
negative therapeutic reaction
psychoanalytic psychotherapy
therapeutic relationship

Autor opisuje zjawisko negatywnej reakcji terapeutycznej odróżniając je od zjawiska oporu i negatywnego przeniesienia. Przedstawia różne aspekty jej pojawienia się — przeżywanie nieświadomej winy, zakłócenia w rozwoju ego, występowanie obron maniakałnych, masochistyczny wzorzec osobowy. Każdy z tych aspektów jest ilustrowany klinicznym przykładem.

Summary: The aim of the article is to analyze the patient's paradoxical response to therapy observed and defined by Freud in 1923 and known as the negative therapeutic reaction. In the majority of available books touching on the subject of psychoanalysis, the occurrence is described as a phenomenon stemming from the patient's psychological construction. In this paper I intend to present the negative therapeutic reaction as a relational phenomenon— a reciprocal process in which the patient and the psychotherapist experience things and react to them in a specific way. Helplessness, shame and/or anger pose the risk of establishing a sadomasochistic collusion between the patient and the analyst or placing the temptation in the psychoanalyst to provoke the patient to quit the therapy. In such circumstances both the psychotherapist and the patient unconsciously aim to develop a state which can be described as negative therapeutic reaction.

The present article may prove helpful in understanding and preventing the occurrence of a negative therapeutic reaction. To better illustrate the subject, the described theoretical conceptions are supported by clinical material. The last part of the article is devoted to author's observations and perception of negative therapeutic reaction.

Wstęp

W swojej ponaddziesięcioletniej historii [1–4] pojęcie negatywnej reakcji terapeutycznej bardzo różnie ujmowano, co zagroziło jego rozmyciem i odebraniem mu użyteczności klinicznej. Dodatkowy kłopot stanowi rozróżnienie pomiędzy zjawiskami negatywnej reakcji terapeutycznej a zjawiskiem oporu i negatywnego przeniesienia. Nim zajmujemy się definicją wspomnianej reakcji, warto spróbować odróżnić ją od oporu i negatywnego przeniesienia. Po pierwsze — różnica polega na tym, iż opór czy negatywne

przeniesienie występują zawsze, choć w różnym nasileniu, na pewnych etapach trwania terapii; oczywiście w nie każdej modalności terapeutycznej stanowią one przedmiot pracy interpretacyjnej. Negatywna reakcja terapeutyczna jest natomiast zjawiskiem znacznie rzadszym. Po drugie — w negatywnym przeniesieniu pacjent nie musi doświadczać w trakcie terapii cierpienia ani postępować autodestrukcyjnie (i na ogół tak się nie dzieje). U podstaw oporu leży wręcz chęć uniknięcia cierpienia. To zasadniczo wyróżnia pacjentów doświadczających negatywnej reakcji terapeutycznej, którzy cierpieniem komunikują ważne wątki w terapii, mając nadzieję być właściwie usłyszanymi.

Myślę, że istotnym powodem, dla którego na negatywną reakcję terapeutyczną patrzone podejrzliwie, był fakt, iż wykorzystywano ten termin jako łatwe usprawiedliwienie dla braku wiedzy terapeuty bądź uzasadnienie przeciwprzeniesieniowej reakcji, jak złość i niechęć do dalszej pracy z danym pacjentem. Według mnie negatywna reakcja terapeutyczna ma głębokie podstawy w osobowości zarówno pacjenta, jak i terapeuty, i to, czy osiągnie pełny wyraz w terapii, zależy od tego, jakiej odpowiedzi na komunikowanie tych aspektów osobowości pacjenta udzieli terapeuta, którego interwencje będą implikowane przez jego osobowość.

Negatywna reakcja terapeutyczna — zarys problematyki

Geneza pojęcia negatywnej reakcji terapeutycznej sięga roku 1923 i pracy Freuda „Ja” i „to”. Freud [1, s. 254] pisze w niej: „Znamy ludzi, którzy w trakcie pracy analitycznej zachowują się nad wyraz osobliwie. Gdy człowiek robi im nadzieje, gdy okazuje zadowolenie z wyników terapii, ludzie ci robią wrażenie osobników nieukontentowanych i regularnie zachowują się coraz gorzej. Zrazu wydaje się, że jest to wyraz krnąbrności, próba okazania wyższości wobec lekarza. Ale później ujmujemy tę sprawę głębiej, bardziej zasadnie. Przekonujemy się, że ludzie ci nie tylko nie znoszą pochwał i uznania, ale że na postępy w terapii reagują na odwrót. Każde rozwiązanie częściowe, które powinno było przynieść im poprawę czy choćby tymczasowe ustąpienie symptomów — w każdym razie u innych pacjentów pociąga takie skutki — u osobników tych wywołuje natychmiastowe pogorszenie; pacjenci ci w trakcie terapii przeżywają pogorszenie miast poprawy swego stanu. Wykazują oni tak zwaną negatywną reakcję terapeutyczną”.

Zanalizujmy definicję zjawiska podaną przez Freuda. Mówi on o pogorszeniu stanu pacjenta w trakcie terapii. Nieoczekiwanym dla niego w tym kontekście, że robiąc to, co z innymi pacjentami z podobnymi objawami, osiąga inny rezultat. Zamiast poprawy (ustąpienia symptomów) pojawia się pogorszenie (zaostrenie symptomów). Pochopnie można by pomyśleć, że mamy do czynienia z negatywnym przeniesieniem (w języku w tamtym czasie wciąż rozwijającej się teorii Freuda „krnąbrności wobec lekarza”) bądź „zyskami z choroby” (korzyściami wtórnymi). Ale sam Freud odpowiada sobie, że to nie o to chodzi: „ludzie ci nie tylko nie znoszą pochwał i uznania, ale [...] że na postępy w terapii reagują na odwrót”. Ale dlaczego? Co stanowi o tej osobliwości?

Freud [1, 5] sam sobie odpowiada również na to pytanie. Mówi o lęku przed poprawą, podobnym do lęku przed niebezpieczeństwem. Posuwa się znacznie dalej dochodząc do wniosku, że dzięki chorobie poczucie winy pacjenta znajduje zaspokojenie — poprzez karę, którą stanowi cierpienie, osoba tak funkcjonująca odkupuje swoje poczucie winy. Freud

przedstawia przykład tych mechanizmów [1, 6] — pisze o nieświadomym poczuciu winy, którego intensyfikacja może uczynić z człowieka przestępcę [1, s. 256]: „W wypadku wielu przestępców — zwłaszcza młodocianych — można było dowieść występowania potężnego poczucia winy, a ponieważ pojawiło się ono przed popełnieniem czynu, nie było jego skutkiem, lecz przyczyną, i niczym ulgę odczuwano sytuację, w której to nieświadome poczucie winy można było powiązać z czymś realnym i aktualnym”.

Spróbujmy się zatrzymać na chwilę nad tym tajemniczym mechanizmem. W jego zrozumieniu pomogła mi pani X. Przez blisko rok zmagaliśmy się wraz nią z impasem w terapii. Pani X. miała bardzo mgliste poczucie, że w jej życiu nie może być dobrze. Dała temu wyraz już w trakcie konsultacji poprzedzającej terapię, gdy stwierdziła: „moi rodzice posadzili chwast, a dziwią się, że nie wyrósł piękny kwiat”. Myślę, że chodzi tu o taki stan psychiczny, w którym pacjent wie, że coś zawinił i należy mu się za to kara (część świadoma), ale niejasne pozostaje, na czym ta wina polega (część nieświadoma). Ta pacjentka często mówiła, że po prostu czuła, że coś zawiniła. Po pewnym czasie, gdy w trakcie superwizji odsłuchiwałem nagraną na dyktafon sesję, zaintrygował mnie ton moich komentarzy. Ich treść zdawała się wspierająca, ale intonacja skrywała niewyrażoną pretensję. Zaczęłem reflektować tę pretensję i udało mi się rozeznać, że łączy się ona ze zdaniem pacjentki na swój temat, wypowiedzianym w czasie konsultacji. Chciałem jej rozkwitu, pochwalić się nią jako kwiatem, a ona czuła, że nie spełnia moich oczekiwań. Nie była tym kimś, kim chciałem, żeby była, i z tego powodu czuła się winna. Udało się to połączyć z uczuciem, które pamiętała z relacji z matką. Po roku terapii pani X. pojechała do cici, którą zapytała wprost, czy nie domyśla się, czym mogłaby zawinąć (mamie bała się zadać to pytanie). Ta po chwili zawahania odpowiedziała, że jej mama całe życie pragnęła zostać zakonnica i dopiero gwałt, którego doświadczyła w młodości, przekreślił te plany i skłonił jej matkę do zawarcia małżeństwa. Ten „podwójny grzech pierworodny” — jak określała go sama pacjentka, choć nienazwany przez lata, był obecny w jej kontaktach z matką oraz ojcem, który miał duży kłopot, by żywo i emocjonalnie zaangażować się w jej wychowanie. Nieświadoma była przyczyn, choć pewien specyficzny klimat emocjonalny odczuwała aż nazbyt świadomie. Od zawsze miała poczucie, że coś zawiniła. Jej objawy — przekonanie, że jej ciało dewastowane jest przez nowotwór — były dla niej formą zadośćuczynienia za, wspomniany wyżej, „podwójny grzech pierworodny”. W tym sensie terapia nie mogła być skuteczna, jak długo nie obejmowała tego obszaru jej życia psychicznego i życia psychicznego psychoterapeuty — zgody na bycie tym, kim była: — kwiatem zasianym przez chwast.

Relacyjność negatywnej reakcji terapeutycznej polega na tym, że na wspomnianą „knańbność wobec lekarza” czy „zyski z choroby” reaguje terapeuta. Jakie działania podejmuje pod wpływem swych emocji? Jeśli je oczywiście sam należycie odczytuje. Specyfika języka, którego używa Freud, daje pole do pewnych fantazji na temat jego przeżyć. Łatwiej mi będzie jednak odwołać się do swoich odczuć w pracy z panią X. Poczucie zawodu z powodu braku poprawy jej samopoczucia zniechęcało i irytowało mnie, co znalazło odzwierciedlenie w tonie moich interpretacji — pełnym wyrażonej niewerbalnie pretensji. Gdy pani X. odczytywała w tonie głosu pretensję, na co była szczególnie wyczulona, czuła się winna w relacji ze mną, co z kolei wzmagало objawy, które pełniły funkcję kary w jej

życiu psychicznym za wyrządzoną mi krzywdę. Dopiero zreflektowanie tej kolejności zdarzeń pozwoliło na zmiany w naszej relacji, a następnie w samej pacjentce.

Dalsze prace nad konstruktem negatywnej reakcji terapeutycznej podejmowali m.in. Stuart S. Asch [2] i Joan Riviere [3]. W swym artykule *Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique* Asch wnikliwie prześledził literaturę analityczną pod kątem odnalezienia przyczyn negatywnej reakcji terapeutycznej. Obok wyżej przytoczonej koncepcji „nieświadomej winy” Freuda, wymienił ego masochistyczne, czyli takie zakłócenie rozwoju ego, które pojawia się w odpowiedzi na szczególne patologie ideału ego. Ideał ego zostaje wadliwie uformowany, a to powoduje u danej osoby wybieranie celu masochistycznego. Osoby takie uparcie oczekują miłości od obiektów, które są raczej sadystyczne niż kochające, co jest konsekwencją ich wieloletniego uwewnętrznienia.

Pan Y. zgłosił się do mnie z powodu doskwierającego poczucia, że „coś w jego życiu poszło nie tak”. Miał wszelkie predyspozycje — jak inteligencję i wykształcenie — by osiągnąć sukces w życiu zawodowym, a jednak z każdym rokiem, jak mówił, „zostawał coraz bardziej w tyle” za kolegami ze studiów. Prowadził firmę, która pomimo jego talentów i zaangażowania pozwalała mu ledwie wiązać koniec z końcem. Jak wynikało z wywiadu, jego ojciec, trener piłkarski, od najmłodszych lat miał obsesję, by wygrywać z synem wszystkie konkurencje. Gdy dorastając, pan Y. zaczął pokonywać ojca podczas gier, które były główną areną ich kontaktów, ojciec karał go złością i wycofaniem się z kontaktu z nim. W przeniesieniu, mimo jego zaangażowania w terapię, regularnie przekonywał mnie, że w jego życiu jest coraz gorzej. Fantazjował o mojej działalności i domniemanych sukcesach, mojej żonie, lepszej od jego narzeczonej czy samochodzie przewyższającym znacząco klasę jego samochodu. Miast poprawy, czuł się coraz gorzej, a jednocześnie przejawiał zapal do terapii, która — zdawało się — mu szkodzi. Pewnego dnia mniej więcej w tym samym czasie pojawiliśmy się na parkingu przed moim gabinetem. Gdy miejsce fantazji zastąpiła rzeczywistość, która odsłoniła, iż pan Y. jeździ lepszym samochodem niż mój, pobladł i wpadł w popłoch. To przypadkowe zdarzenie uzmysłowiło mi, iż pacjent odtwarzał ze mną w przeniesieniu relację z ojcem i szukał we mnie wcześniej wspomnianej miłości ze strony obiektu, który jest raczej sadystyczny niż kochający. Im bardziej u niego było gorzej, tym bardziej ja mogłem w jego fantazjach nad nim zatryumfować, a dzięki temu on mógł zbliżyć się do mnie w sposób, który był dla niego znany i dostępny w relacji z mężczyznami, a zarazem bezpieczny. Zrozumienie tej sytuacji pozwoliło nam rozpocząć proces zmiany. Ode mnie ta sytuacja wymagała odmówienia sobie tryumfu, który pan Y. nieustająco proponował mi jako formę „łapówki” za możliwość utrzymania kontaktu ze mną. Przyjęcie „łapówki” umocniłoby negatywną reakcję terapeutyczną.

Asch [2] jako przyczynę negatywnej reakcji terapeutycznej wymienił również sytuację, w której zmiana w terapii jest blokowana poprzez obrony przed fantazjami o podporządkowaniu analnym albo o fuzji oralnej. Pojawia się ona wówczas, gdy pacjenci przypisują nam podczas terapii pewne intencje. W przypadku obrony przed fantazjami o podporządkowaniu analnym mówimy wówczas, gdy pacjenci podejrzewają, że nasze działania są po to, by dominować i kontrolować ich życie. W przypadku obrony przed fuzją oralną pacjent obawia się, że terapeuta prowadzi swe działania z powodu potrzeby własnych narcystycznych korzyści, a odmowa jej spełnienia, wyrażona porażką terapii,

pozwała zachować własną odrębność od terapeuty i odsunąć swoje pasywne pragnienia bycia pochłoniętym i zjednoczonym z nim.

Joan Riviere w swym artykule *A contribution to the analysis the negative therapeutic reaction* [3] nawiązuje do teorii Melanii Klein. Klein [7, 8] opisuje ważne doświadczenie rozwojowe — integrację miłości i nienawiści podmiotu do obiektu, będące osiągnięciem pozycji depresyjnej. Świadomość własnej agresywności, towarzyszącej miłości do obiektu, prowadzi do poczucia winy i troski o dobro tego obiektu. Pierwotnie w relacji z matką, a w terapii z terapeutą, pacjent doświadcza swej bezradności, zależności i zazdrości. Pozycja depresyjna nie może się ustalić wówczas, gdy lęki depresyjne, czyli obawa, że agresywne impulsy mogłyby zniszczyć obiekt, który rozpoznajemy jako potrzebny i kochany, są zbyt silne. Taka sytuacja zdaniem Riviere bardzo sprzyja negatywnej reakcji terapeutycznej. Wówczas uruchomione zostają obrony maniakalne — pacjent fantazjuje o kontrolowaniu obiektu, doświadczeniu tryumfu nad nim, gardzi nim. Dzięki obronom maniakalnym nie doświadcza się lęków przed zależnością oraz poczucia własnej słabości. Możliwość jakiegokolwiek zmiany w terapii konfrontuje z zależnością od psychoterapeuty oraz z własną słabością, która wymaga pomocy, a w przypadku jej otrzymania — z wdzięcznością. Pewna grupa pacjentów przeżywa zmianę jako utratę kontroli i dąży do zachowania status quo przez szkodenie sobie i znoszenie złego samopoczucia. Następstwem pokochania obiektu, wobec którego doświadcza się agresywnych impulsów, jest smutek, a następstwem smutku — poczucie winy. Pokochanie obiektu obarczone jest u tej kategorii pacjentów tak dużym poczuciem winy, że nie są go w stanie znieść. Maniakalna obrona jest im potrzebna, gdyż przypuszczają, że po jej usunięciu nastąpi chaos, zrodzą się mordercze i samobójcze impulsy. Terapia jest przeżywana jako coś, co obnaża głębię ich umysłów. Mając „ziarnko nadziei” trzymają się terapii, w którą jednocześnie nie wierzą. Nie chodzi o to, że ich fantazje są bardziej sadystryczne niż fantazje innych ludzi. Ta grupa pacjentów nie ma po prostu wiary w reparację, czyli możliwość naprawienia wyrządzonych, realnych i wymagowanych krzywd. To prowadzi ich do rozpacz. Rozpacz i brak wiary w możliwość wyjścia z tego stanu skłania ich do podtrzymywania obron maniakalnych. Jediną nadzieją, jaką widzi dla tych pacjentów Riviere, jest sytuacja, w której poza winą uda im się odnaleźć miłość do obiektu.

Z. został przyprowadzony na konsultację przez matkę z powodu powtarzających się trudności szkolnych. Miał 16 lat. Został relegowany z kilku szkół z uwagi na swe liczne absencje i napastliwe komentarze kierowane do nauczycieli. Komentarze te miały zaznaczyć jego odrębność, a nadto okazać jego niezgodę na domniemane intencje — nauczycieli i matki, a już w trakcie wstępnej konsultacji i moje — „by go sprowadzić do parteru i pozbawić zdania”. Miał kuratora z uwagi na brak realizacji obowiązku szkolnego. Matka starała się o indywidualne nauczanie dla niego. Warunkiem postawionym przez psychiatrę, by mógł wydać stosowne zaświadczenie, było podjęcie przez Z. terapii. Znając cały kontekst konsultacji nie postawiłem mu żadnego warunku dotyczącego terapii. Ustaliłem tylko porę, na którą miał (nie musiał) przyjść i liczbę (10) sesji, po których ponownie spotkamy się w trójkę (wraz z matką). Przyszedł na trzecie spotkanie opuściwszy dwa pierwsze. Poinformowałem go wówczas, że mam trochę „papierkowej roboty”, ale jeśli jest gotów na rozmowę na jakiś temat, chętnie ją odłożę na później. Nie podjął żadnego wątku, więc wziąłem się — ku jego zdziwieniu — za uzupełnianie dokumentacji. Na następnej sesji jego obawa, że będę chciał go zdominować znacznie zmalała. Gdy lęk zmalał, zmniejszy-

ła się jego arogancja — obrona przed doświadczaniem go. Wydał się znacznie bardziej kruchy niż podczas konsultacji. Na kolejnych kilku spotkaniach opowiedział zdawkowo o intensywnej bliskości z matką do 13. roku życia. Wydawało mi się, że jego matka po rozwodzie z ojcem używała bliskości z nim, by regulować własne emocje, a olbrzymi lęk przed byciem zdominowanym, a na głębszym poziomie przed złaniem się z nią, skłaniał go do intensyfikacji obron (przed utratą tożsamości, wyimaginowanym incestem oraz poczuciem winy za własne agresywne impulsy). Wspomniana intensyfikacja obron była spostrzegana przez otoczenie jako zaburzenia zachowania. Nasza relacja rozwijała się nieoczekiwanie dla mnie dobrze, aż do wspomnianej wyżej dziesiątej sesji. Gdy spotkaliśmy się zgodnie z planem, w trójkę, jego matka wyraziła zadowolenie z postępów terapii. Powiedziała: „trochę ponownie zbliżyliśmy się do siebie po dłuższej przerwie”. Po tym spotkaniu Z. kategorycznie odmówił dalszego uczestnictwa w terapii. Jego matka z żalem przekazała mi tę informację telefonicznie.

Myślę, że postawa Z. była gorączkową obroną swej tożsamości w obliczu narastających lęków, że zostanie pochłonięty przez symbiotyczną relację i zniknie. Dopóki obronnie używał aroganckiej postawy, mógł mieć poczucie kontroli nad swoim życiem, unikał doświadczania swej słabości i zależności. Ten rodzaj maniackalnej obrony odsuwał od niego potencjalnie dewastujące poczucie winy za krzywdy wyrządzone kochanym (i jednocześnie nienawidzonym) obiektom, od których był zależny. Uważałem, że sam musi regulować bliskość, by móc opanować swój lęk przed tym, że zostanie przeze mnie zalany i zniknie. Jego terapia okazała się, niestety, niezrealizowaną szansą na opracowanie wyżej zarysowanych kwestii.

Oprócz przypadków opisanych powyżej, czwartą grupę pacjentów stanowiących wyzwanie dla terapeutów, by nie doprowadzać w relacji z nimi do negatywnej reakcji terapeutycznej, tworzą ci, którzy poprzez identyfikację z osobą prezentującą postawę masochistyczną sami prezentują masochistyczny wzorzec osobowy. Ci pacjenci pokazują nam, jak bardzo są dzielni i ile są w stanie znieść, a terapeuci stoją przed pokusą wejścia w sadomasochistyczną relację i dokuczania sobie i pacjentowi w tej relacji, jeśli w porę nie zreflektują tego, co się w niej dzieje. Ten rodzaj trudu dzieliliśmy wspólnie z panią Q. Zdolna trzydziestoletnia kobieta wychowywała się w domu, w którym jej matka utrzymywała męża (ojca pacjentki) trwoniącego większość pieniędzy rodziny na rozrywki, głównie zakrapiane imprezy z kompanami. Matka, żarliwie wierząca kobieta, widziała swą relację z mężem jako próbę, której jest poddawana przez Boga. Im więcej mąż wydawał, tym bardziej angażowała się w pracę i redukowałą swoje wydatki, by dopiąć domowy budżet. Oczekiwała też licznych wyrzeczeń od córki. W związku z tym pani Q. od najmłodszych lat miała spory kłopot, by aktywnie uczestniczyć w zabawach swych rówieśników. Pomagała мамie w pracy po szkole, podczas gdy jej rówieśnicy bawili się; nie jeździła też na wycieczki klasowe. Po śmierci matki przez kilka lat pomagała ojcu, który każdy dzień spędzał na intensywnym piciu (w dużej mierze dzięki środkom otrzymywanym od niej), aż do swej śmierci pół roku przed rozpoczęciem terapii przez pacjentkę. Pani Q. zgłosiła się do mnie z uwagi na lęk przed zasypianiem. Kiedy spała, dręczyły ją koszmary senne. Cyklicznie powtarzał się sen, w którym robak wyjada jej wnętrzności. Poszła do psychiatrii. Przepisano jej leki, które sprawiły, że poczuła się: „swobodniejsza i bardziej żywa”. Przestraszyła się tego uczucia i zaniechała brania leków. W trakcie trwania terapii coraz

wyraźniejsze stawało się, że pani Q. nie szukała zmiany. W zasadzie poza konsultacjami nie wspominała o objawie, który ją sprowadził. Coraz bardziej stawało się jasne, że w terapii odtworzyła sytuację ze swojego życia przerwana przez śmierć taty. Utrzymywała kolejnego mężczyznę w swym życiu, nie oczekując wiele w zamian. Chciała, bym z tygodnia na tydzień widział, jak dzielnie sobie radzi, dokonując wielu wyrzeczeń, po to, by zapłacić mi za terapię, po której niewiele oczekiwała. Zanim ta sekwencja stała się dla mnie jasna, przez kilka miesięcy na przemian odczuwałem poczucie winy (że nic jej nie daję) lub zirytowanie (że pani Q. nic nie chce przyjąć).

Implikacje dla procesu terapii

Warto zadać sobie pytanie: jaką funkcję pełni cierpienie pacjenta w naszej relacji? Czemu tak ważne jest dla niego, żeby cierpieć, a dla nas terapeutów — jeśli mamy taką potrzebę — by czym prędzej go od tego uwolnić. W przypadku negatywnej reakcji terapeutycznej pacjent nie cierpi dla przyjemności jak w masochizmie seksualnym. W zasadzie w przypadku zaistnienia negatywnej reakcji terapeutycznej kluczowa staje się odpowiedź na pytanie: „dlaczego ten człowiek musi cierpieć?”, w łagodniejszej formie lub w ostrzejszej: „dlaczego ten człowiek musi zniszczyć swoje życie?”. Celowo używam słowa: „musi”, gdyż wybór pojawia się dopiero wtedy, gdy nastąpi wgląd w przyczyny takiego stanu rzeczy. Bez odpowiedzi na te pytania terapia będzie bardzo frustrująca dla obu stron. W związku z tym w relacji z pacjentami, których konstrukcja psychiczna skłania terapeutę do odegrania w relacji negatywnej reakcji terapeutycznej, terapeuci paradoksalnie potrzebują zgody na to, że pacjent — zwłaszcza na początku — będzie czuł się wskutek terapii gorzej, niż przed jej podjęciem. Jego złe samopoczucie to swoisty komunikat, który musi być należycie usłyszany. Stanie się to możliwe, gdy przyjmiemy pacjenta takim, jakim jest, bez nadmiernej potrzeby realizowania własnych ambicji osiągnięcia sukcesu terapeutycznego (rozumianego jako szybka poprawa samopoczucia pacjenta). Coś, co jest dobre w pracy z większością pacjentów — zapał, by ich samopoczucie szybko się poprawiło — warto tu zamienić na dociekanie, dlaczego pacjent w tej chwili musi cierpieć. Nie po to, by tryumfować nad nim i oskarżać go o tendencje masochistyczne, ale by pomóc mu zrozumieć nieświadomy sens jego cierpienia i zaprosić do refleksji nad nim. Gdy w toku terapii udawało się nam wspólnie z pacjentami odpowiedzieć sobie na powyższe kwestie, pojawiała się szansa na zmianę oraz zgoda na wybór, czasem wybór cierpienia w imię czegoś ważniejszego dla osoby cierpiącej. Bywa, że jedno cierpienie chroni przed drugim. Dzięki odtwarzaniu ważnych aspektów z relacji z ojcem, w naszej relacji pani Q. mogła odsunąć na później żalobę po jego utracie. Jak długo go symbolicznie reprezentowałem, tak długo nie była sierotą.

Bez należytego rozumienia tego, co dzieje się w terapii, zmiana zwykle nie będzie możliwa, co dobitnie pokazuje przykład opisanego wyżej szesnastoletniego chłopca. Za późno dotarło do mnie, że jakakolwiek radość jego matki z terapii zniweczy możliwość jej dalszego prowadzenia i sprawi, że zostanie przedwcześnie przerwana. Nadmierna potrzeba sukcesu terapeuty może sprawić, że pacjenci poczują się pominięci i wykorzystani. Bez znajomości zjawiska negatywnej reakcji terapeutycznej wysokie jest ryzyko przeżywania przez terapeutę — w pracy z pacjentami przejawiającymi ten typ reakcji na terapię —

emocji bezradności, smutku, złości i zniechęcenia. To z kolei może skutkować odesłaniem pacjenta, sklasyfikowaniem go jako „nieanalizowalnego”, lub stanowić pokusę dla terapeuty do sprowokowania go, by przedwcześnie zakończył terapię. Ten proces dotyczący relacji pacjent — terapeuta ma szansę być należycie zrozumiany. Niestety, większość opisanych w tym artykule pacjentów podejmowała przed pojawieniem się w moim gabinecie próby zmiany swego losu poprzez wcześniejsze terapie i często kończyły się one w wyżej zaznaczony sposób. Wgląd potrzebny jest w równym stopniu terapeutce i pacjentowi, by uporać się z cierpieniem, choć w jego znoszeniu często pacjent ma większą wprawę.

Terapia może okazać się procesem długotrwałym. Na długość tego procesu wpływa czas, który zajmuje właściwe odebranie komunikatów dawanych przez pacjenta i przepracowanie własnych celów terapeutycznych lub/i postaw wobec jego nierzadko uporczywego cierpienia.

Piśmiennictwo

1. Freud S. „Ja” i „to”. W: Freud S. *Psychologia nieświadomości*, Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
2. Asch SS. Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1976; 24: 383–407.
3. Riviere J. A contribution to the analysis the negative therapeutic reaction. *Int. J. Psychoanal.* 1936; 17: 304–320.
4. Moore BE, Fine DF. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1996.
5. Freud S. Ekonomiczny problem masochizmu W: Freud S. *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
6. Freud S. Niektóre typy charakteru spotykane w pracy psychoanalitycznej. W: Kets de Vries MFR, Perzow S, red. *Podręcznik psychoanalitycznych studiów charakterologicznych*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Wydawnictwo; 1995.
7. Klein M. *Pisma*. Tom 1. Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace z lat 1921–1945. Gdańsk: GWP; 2007.
8. Klein M. *Pisma*. Tom 3. Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–1963. Gdańsk: GWP, 2007.

Adres: dominikgaweda@op.pl