

Katarzyna Schier

## TAJEMNICA VS. BLISKOŚĆ — RÓŻNE SPOSOBY ROZUMIENIA CISZY W PROCESIE TERAPEUTYCZNYM

SECRECY VERSUS CLOSENESS — VARIOUS WAYS OF UNDERSTANDING  
THE PHENOMENA OF SILENCE IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny  
Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

**transgenerational transmission  
resistance in psychotherapy  
relation trauma  
healing factors in psychotherapy**

*W artykule przedstawione są dwa rodzaje rozumienia ciszy w przebiegu psychoterapii: jako formy oporu oraz jako wyrazu intymności i bliskości. Autorka dokonuje analizy ciszy w oparciu o założenie, że jest ona zjawiskiem wiążącym się z problemem tajemnicy (m.in. tajemnicy rodzinnej). Przedstawiona ilustracja kliniczna obrazuje proces transformacji zjawiska ciszy w procesie psychoterapii psychoanalitycznej: od oporu do doświadczania bliskości w relacji.*

**Summary:** The author presents different ways of understanding the phenomena of silence in the process of psychoanalytically oriented psychotherapy. In connection with the theory of Alberto Eiguer she analyses the transgenerational transmission of the family secret and its consequences for the psychological functioning of the family members. One does not speak about the family secret; there is “silence” in the family. The ways of working through the family secrets are illustrated with the clinical material – a vignette from a therapy of a young woman. The analysis of the phenomena of silence in the therapeutic process in terms of closeness and intimacy ends the presentation. This is a different kind of silence; the silence that cures.

### Wprowadzenie

W procesie terapeutycznym CISZA może mieć różne znaczenia.

Najczęściej, klasycznie, w terapii posługującej się słowem, zorientowanej na odkrywanie i ujawnianie, czyli w psychoanalizie i psychoterapii psychoanalitycznej<sup>1</sup>, cisza spostrzegana jest jako forma oporu. Jest to opór przed tym, co mogłoby być nazwane. Można mówić o oporze z punktu widzenia zarówno mechanizmów wewnątrzpsychicznych, jak i interpersonalnych, czyli odnoszących się do dynamiki rodzinnej. Uważam, że cisza w procesie psychoterapii może być też wyrazem intymności i bliskości. Tylko w obecności niektórych osób można milczeć bez napięcia i w sposób, który niesie ukojenie. Tego

<sup>1</sup> W tym miejscu nie będę czyniła rozróżnienia pomiędzy psychoanalizą a psychoterapią psychoanalityczną. Będę się koncentrować na tym, co łączy obie metody, nie zaś na tym, co je dzieli w kontekście techniki leczenia. Zarówno psychoterapia psychoanalityczna, jak i psychoanaliza są systemami myślenia, zgodnie z którymi ulgę w cierpieniu przynosi rozumienie połączeń w obrębie świata psychicznego danej osoby oraz zdobyta w procesie terapii umiejętność nadawania znaczeń zachowaniom własnym oraz innych ludzi.

rodzaju cisza staje się elementem relacji terapeutycznej, który leczy. W tej pracy pragnę przedstawić te dwa rodzaje rozumienia ciszy w przebiegu psychoterapii.

### Cisza jako opór przed myśleniem

Zygmunt Freud przyjmował, że jednym z zadań procesu leczenia jest spowodowanie, aby tam, gdzie było *id*, znalazło się *ego*, lub też mówiąc inaczej — aby to, co było nieświadome, stało się świadomym. Zdaniem Bjørna Killingmo [1]: *Wszystkie formy obrony psychicznej (mechanizmy obronne) w terapii reprezentują opór. Jest on jednak pojęciem szerszym niż obrona. Obejmuje on też inne czynniki utrudniające terapię* [s. 116]. Opór może być świadomy i nieświadomy, choć najczęściej wyraźne rozgraniczenie nie jest możliwe. Świadomy opór występuje wtedy, kiedy *pacjent thumi (odpędza) myśli lub przeżycia, gdyż przyznanie się do nich przed terapeutą budzi przykre uczucia [...]* Choć ta forma oporu jest świadoma, to [...] *uczucie wstydu powstaje z powodu czynników nieświadomych* [s. 123].

Kiedy pacjent uruchamia opór? Kogo lub co wewnętrznie chroni nie mówiąc czy wręcz na jakiś temat nie myśląc? Syn Johna Bowlby'ego, twórcy teorii przywiązania, zwrócił uwagę na to, że większość ludzi pragnie zachować w umyśle dobry obraz opiekunów, a także relacji z nimi z okresu dzieciństwa [2]. To ważna strategia psychiczna, pozwalająca dziecku przetrwać nawet w obliczu trudnych lub traumatycznych doświadczeń w kontakcie z rodzicami. Richard Bowlby cytuje ojca, który mówił: *Poczucie siebie jest silnie zależne od kilku bliskich związków przywiązania, które mamy albo mieliśmy w naszym życiu. Szczególnie dotyczy to relacji z osobami, które nas wychowywały. Te silne więzi, bez względu na to, czy były ufnie czy lękowe [...], mają przemożne znaczenie dla nas i musimy chronić ich idealizowany obraz za wszelką cenę. Może one nie znaczą wiele, ale są wszystkim, co mamy!* [3, s. viii].

W psychoanalizie od lat toczą się spory o to, jakie znaczenie w procesie powstawania zaburzeń odgrywa świat wewnętrzny pacjenta, a jakie rzeczywistość zewnętrzna i/lub jej odbicie w jego umyśle. Jest to podstawowy dylemat, w którym poszukuje się odpowiedzi na pytanie o to, czy znaczący jest *konflikt* w obrębie struktury psychicznej, wynikający np. z obrony w sytuacji silnych nacisków popędowych, czy też *deficyt* strukturalny, czyli niewystarczający rozwój określonych struktur, np. zdolności do regulacji emocji lub niemożności posługiwania się zasadami moralnymi, uwarunkowany przebiegiem wczesnych relacji dziecka z jego opiekunami? [4]. Zyskująca ostatnio coraz większą popularność klasyfikacja chorób psychicznych, odwołująca się do teorii psychoanalitycznych — PDM (*Psychodynamic diagnostic manual*) [5], stanowi swoisty kompromis w tym względzie. Zdaniem autorów tego podręcznika osobowość i jej zaburzenia kształtują się w wyniku współdziałania wielu różnych czynników. Są to: predyspozycje biologiczne, wiek, postępy rozwojowe, istota relacji rodzinnych, szersze uwarunkowania kulturowe, wydarzenia życiowe itp. [5]. Bez perspektywy interpersonalnej nie jest możliwe rozumienie mechanizmów intrapsychicznych.

Analiza zjawiska ciszy w procesie terapii psychoanalitycznej wymaga, moim zdaniem, uwzględnienia obu wymienionych powyżej perspektyw myślenia. Odwoływanie się do aspektu zarówno wewnątrzpsychicznego, jak i rodzinnego, a nawet kulturowego, nie tylko implikuje rozumienie istoty zaburzeń, ale ma też podstawowe znaczenie dla przyjętej techniki leczenia. Na potrzeby tej pracy przyjmuję, że cisza jest zjawiskiem, które wiąże się z problemem tajemnicy, w tym tajemnicy rodzinnej.

### Tajemnica i jej rola w procesach psychicznych

Jeśli zgodzimy się z twierdzeniem syna Johna Bowlby'ego [2], że żadne dziecko nie może żyć bez rodziców (bez ich wewnętrznego dobrego obrazu), to w konsekwencji zrozumiała będzie teza, że dzieci robią wszystko, by chronić rodziców we własnym wnętrzu przed sobą, a szczególnie — przed własnymi negatywnymi emocjami. Alice Miller [6] pisze o potrzebie idealizowania rodziców w sposób emocjonalny, przekonujący, choć, zdaniem niektórych klinicystów [7], uproszczony: *Pozostawione samemu sobie, nie znajdujące poparcia dziecko tłumi poczucie doznanej krzywdy i idealizuje jego sprawcę. Takie stłumienie prowadzi do nerwicy, psychoz, zaburzeń psychosomatycznych i do przestępczości. W nerwicy w miejsce stłumionych i przemilczanych własnych potrzeb pojawia się poczucie winy. W psychozie doznane krzywdy przeradzają się w obłądne przewidzenia. W zaburzeniach psychosomatycznych przeżywa się ból doznanych krzywd, nie zdając sobie sprawy z przyczyny cierpienia. Czyny przestępcze odtwarzają na nowo doznane krzywdy, zamęt myślowy i nadużycia seksualne dokonane na dziecku. Terapia może się okazać skuteczna tylko wtedy, kiedy pacjent przestanie ukrywać przed sobą i terapeutą prawdę o swoim dzieciństwie* [7, s. 281/282].

Tajemnica, która jest utrzymywana w rodzinie, może, zdaniem Johna Bowlby'ego [8], obejmować: 1) informacje, których rodzice nie chcą przekazywać swoim dzieciom, 2) obserwacje dzieci dotyczące zachowań rodziców (np. nadużyć), o których obawiają się mówić, oraz 3) to, czego dzieci wstydzą się w odniesieniu do własnych myśli i działań.

Dzieci, których doświadczenia poprzedzają okres rozwoju mowy, nie mogą o nich pamiętać. Jest to czas, w którym dziecko nie wykształciło jeszcze pamięci narracyjnej, określanej też mianem pamięci autobiograficznej [9]. Zdaniem Jona Allena [10] powodem braku dostępu do wspomnień może być też sama istota relacji traumatycznej. Mówi on: *odszyfrowywanie pamięci zdarzeń zawiera mentalizację i refleksję, dając w efekcie poczucie: »To moje doświadczenie«. Trauma relacyjna i związane z nią zdezorganizowane stany umysłu stają się podstawą niemożności ustanowienia spójnych wspomnień przerażającego doświadczenia* [10, s. 132]. Zachowanie opiekuna, który jest niedostępny psychicznie dla dziecka i nie stwarza mu bezpiecznego kontaktu emocjonalnego, powoduje, że pozostaje ono w chronicznym stanie napięcia i pustki, czyli w stanie traumy relacyjnej. Takie dziecko nie potrafi łączyć trudnych przeżyć, których doświadcza, z pozytywnym obrazem rodziców, który jest niejednokrotnie budowany na podstawie wizerunku, który oni mu prezentują. Nie jest w stanie różnicować pomiędzy rzeczywistością i iluzją w kontakcie z drugim człowiekiem. Jeżeli dziecko jest małe, nie ma też, jak powiedziano wcześniej, jeszcze rozwiniętych poznawczych (czy mówiąc inaczej — mózgowych) instrumentów kodowania zdarzeń w sposób semantyczny. Poczucie posiadania dobrej relacji powstaje u dziecka dużo wcześniej niż jest ono w stanie opisać je słowami. Według Miller [11] ma ono początkowo charakter doświadczeń cielesnych i wiąże się z bardzo wczesnymi sensorycznymi interakcjami dziecka z jego opiekunem, najczęściej z matką. Tezy Miller potwierdzają wyniki badań empirycznych [12].

John Bowlby wprowadził pojęcie *bezpiecznej bazy* jako podstawowe określenie, charakteryzujące rodzicielstwo. Rodzice powinni zapewnić dziecku specyficzną (bezpieczną) przestrzeń psychiczną, która pozwala mu na odejście i eksplorację świata, i powrót do nich w sytuacji dyskomfortu. Według Bowlby'ego: *Ta rola polega na zapewnieniu dostępności*

w razie potrzeby, na wspieraniu i być może towarzyszeniu, a zarazem podjęciu aktywnego interweniowania tylko wtedy, gdy jest to w sposób oczywisty niezbędne [10, s. 12]. Jeżeli opiekun nie jest dla dziecka bezpieczną przystanią i gdy niekiedy, wręcz przeciwnie, jego zachowanie budzi grozę [9], jest ono często zdane na spełnianie jego oczekiwań. To ono dostraja się do jego potrzeb, rezygnując z własnych. Może dojść do swoistej zamiany ról, określanej też mianem *parentyfikacji*. Dziecko zaspokaja potrzeby emocjonalne i instrumentalne opiekuna, jest jego powiernikiem, pocieszycielem lub buforem w sytuacjach konfliktowych. Zjawisko to charakteryzuje wiele systemów rodzinnych osób cierpiących na choroby psychosomatyczne [4, 12, 13]. Dziecko w takiej sytuacji egzystencjalnej i psychicznej zostaje samo ze sobą, w relacyjnej pustce i ciszy, nie może uczyć się tego, że kontakt z innymi polega na wymianie i że ludzie są godni zaufania [7, 12]. Często musi też tworzyć iluzoryczne, fantazyjne wewnętrzne światy „rodzinnej harmonii”, które pozwalają mu na psychiczne przetrwanie [12].

### Przekaz międzypokoleniowy

Alberto Eiguer [14, 15], francuski psychoanalityk, analizujący nieświadome procesy zachodzące w rodzinie, proponuje koncepcję *obiektu transgeneracyjnego*. Jego zdaniem bliskość z drugą osobą uaktualnia doświadczenia traumatyczne z przeszłości, związane ze specyficznym wewnętrznym obiektem, które niekiedy przez kilka pokoleń nie zostały przepracowane.

Eiguer [14, 15] mówi o traumie transgeneracyjnej, która może być przenoszona z pokolenia na pokolenie jako rezultat wewnętrznej, nieświadomej relacji danej osoby z określonymi obiektami (osobami) z przeszłości. Eiguer wymienia kilka podstawowych rodzajów takich wewnętrznych obiektów.

1. Mogą to być *osoby (obiekty) utracone, nieosiągalne*, w stosunku do których dana osoba nie ukończyła pracy żałoby. Są one najczęściej idealizowane przez rodzinę; jej los jest przeżywany jako swoiste fatum.
2. Mogą to być *fantomy czy duchy*, postacie owiane tajemnicą, które łączone są z uczuciem pustki lub braku nadziei. Występują one w rodzinach w znacznym stopniu dysfunkcyjnych, psychotycznych, ale też w rodzinach osób cierpiących na choroby psychosomatyczne.
3. Mogą to być rodzinni *oszuści i hochsztaplerzy*, których działalność rodzina niejednokrotnie racjonalizuje w kategoriach dbałości o jej sytuację materialną. W tej grupie znajdują się niekiedy identyfikacje naśladowcze przodków, przyjmujące cechy karykaturalne.
4. Są to też wreszcie *obiekty transgeneracyjne związane z doświadczeniami przekraczania granic seksualnych*. W takiej rodzinie dziecko «ma» przypominać rodzica swego rodzica nawet w większym stopniu niż ma to robić jego współmałżonek [15, s. 107]

Według Eiguera [15] zmowa milczenia, czyli „rodzina ciska”, wyrządza najwięcej szkody. Ma ona „za zadanie” na planie świadomej dynamiki rodzinnej służyć przerwaniu bólu związanego z przeszłymi zdarzeniami traumatycznymi. Nie jest to jednak w żadnym stopniu możliwe i to rodzinne „prawo” staje się jedynie blokowaniem wszelkich informacji o historii rodziny. Broniąc się przed cierpieniem, rodzina obarcza nim nieświadomie kolejne pokolenia. Zdaniem Janine Chasseguet-Smirgel [16] to, co nie zostało „przepracowane”,

czyli przypomniane i nazwane w jednym pokoleniu, w tej lub w innej formie wraca w następnym. Autorka ta mówi: *fragmenty tego, co przez rodziców, a nawet dziadków zostało zaprzeczone, pojawiają się znowu u dzieci lub wnuków. Mogą być one zdeformowane, poszarpane i niejasne, ale nigdy nie są całkowicie nierozpoznawalne* [16, s. 138].

### Ilustracja kliniczna

#### *Zmagania z niemyśleniem i niemówieniem*

Uważam, że najlepszym sposobem zrozumienia złożonych mechanizmów związanych z tajemnicą — zarówno z perspektywy jednostki, jak i w szerszym kontekście społecznym, jest ilustracja kliniczna.

Pani O. była młodą, ładną, dwudziestosiedmioletnią kobietą, która przyszła na konsultację psychologiczną z powodu stanów depresyjnych i intensywnych myśli samobójczych. Posiadała wszystkie atrybuty, które są pożądane przez osoby w jej wieku: była wykształcona, bardzo bogata, miała dom i podziwiany przez jej rówieśników luksusowy samochód. Brakowało jej tylko jednego — nie była w stanie nikogo kochać, ani samej siebie, ani drugiej osoby. Nie miała prawdziwych przyjaciół ani planów na przyszłość, wyobrażała sobie, że spędzi życie wychodząc za mąż za dowolną osobę, która byłaby podobnie zamożna jak ona. Pacjentka cierpiała na atopowe zapalenie skóry. Już w czasie pierwszego spotkania ze mną sama wiązała nawroty choroby ze stresem, a szczególnie z napięciem w kontaktach z ludźmi. Nie potrafiła jednak tworzyć połączeń pomiędzy określonymi zdarzeniami z jej życia i własnymi stanami cielesnymi, a także psychicznymi. Po wielu miesiącach wspólnej pracy pacjentka zdała sobie sprawę ze znaczenia dla niej relacji z ojcem, który miał duży udział w jej wychowaniu. Powiedziała, że ma wrażenie, że praktycznie codziennie *nosi go w sobie*. Ojciec pacjentki przez lata robił wielkie, niejasne, międzynarodowe interesy, wykorzystując, w jej opinii, w dużym stopniu zależne od siebie osoby. Pani O. wspominała, że zdarzało się, że pytała ojca o jakichś jego znajomych, których znała z dzieciństwa i których lubiła, a z którymi przez dłuższy czas rodzina nie miała kontaktu. Była zdumiona, gdy niejednokrotnie dostawała odpowiedź w rodzaju: *Gdy będą potrzebni, to się pojawią*. Z jednej strony pacjentka wstydziła się ojca i jego zachowań, z drugiej jednak chcąc zachować jego dobry obraz w swoim wnętrzu, próbowała go na swój sposób ochraniać przed samą sobą, przed własnymi negatywnymi emocjami. Myślę, że przez wiele lat robiła wszystko (łącznie z chęcią zabicia się), aby ukryć przed sobą i światem tę część swego ojca, którą musiała uwewnętrznić. Określam ją mianem *skorumpowanego Ja*<sup>2</sup> [17]. Osoby o takiej strukturze umysłowej mają trudności w dostrzeżeniu sytuacji psychicznej drugiej osoby, nie potrafią wyobrazić sobie jej położenia, a co się z tym wiąże — także przyznawać, że wyrządziły innym krzywdę. Rzadko są zdolne do empatii [12], często tworzą natomiast koalicje z innymi, służące najczęściej

<sup>2</sup> Czeski psychoanalityk Michael Sebek zaproponował dla opisanego podobnych zjawisk inny termin — *Ja totalitarne* albo *obiekt totalitarny*. Jest to, jego zdaniem, taka wewnętrzna struktura psychiczna, która jest charakterystyczna dla pewnej części mieszkańców krajów, w których przez lata panowały rządy dyktatury. *Ja totalitarne* to pewien fragment psychiki, będący swoistym uwewnętrzzeniem struktury przemocy, który tworzą sprawca i ofiara [17]. Osoby z taką strukturą osobowości charakteryzują często niezdolność do empatii w relacjach z innymi ludźmi.

wyłącznie spełnianiu ich bezpośrednich potrzeb. Dojrzała współpraca z ludźmi polegająca na wspólnocie interesów wydaje się im niemożliwa [17].

Historia życia pacjentki była poruszająca. Pani O. była jedynaczką, córką pary osób, które jej zdaniem *zwyczajnie się nie lubiły*. Kiedy miała kilkanaście lat, jej rodzice się rozstali. Matka pacjentki była, według niej, zimną, egoistyczną kobietą, która nigdy w dzieciństwie jej nie przytuliła, nigdy nie przeczytała jej książeczki, nigdy też nie była z nią sama na spacerze. Pacjentka opowiadała wielokrotnie w czasie naszych spotkań o zimnie, o lodowcach i o lodówkach. Jej ulubioną baśnią z okresu dzieciństwa była *Królowa śniegu* Hansa Christiana Andersena. Mówiła, że matka była jej obca i niewiele pamięta z wczesnego kontaktu z nią. Pani O. często w tym czasie płakała. Przypomniała sobie, że kiedyś 5-letnia córka jej koleżanki poprosiła ją o narysowanie domku. Pani O. bez zastanowienia narysowała igloo i parę Eskimosów z małą dziewczynką, opatrzyła też — ku własnemu zdziwieniu — swój rysunek napisem: „moja szczęśliwa rodzinka”. Po rozwodzie rodziców pacjentka została z matką i pełniła często rolę jej uczuciowej pocieszycielki. Mówiła o tym, że znała z opowiadań wszystkie koleżanki matki z pracy, analizowała ich relacje i konflikty. *Po takim seansie z matką*, jak to określała, czuła się pusta w środku i wycieńczona z powodu napięcia. Pani O. była, jak się to okazało w czasie naszej pracy, silnie związana z ojcem, który przez długi czas stanowił dla niej autorytet i wzór (także moralny). Przez wiele lat chętnie się z nią spotykał nie tylko w czasie weekendów, ale też w tygodniu. Według pacjentki ojciec mówił bardzo źle o innych ludziach, nieustannie ich dewaluował, siebie zaś przedstawiał jako osobę szlachetną i prawą. Przekonywał córkę, że jej matka *nie miała pojęcia o wychowywaniu dzieci*. On sam miał być — w tym aspekcie — ekspertem. Pacjentka bezgranicznie ufała ojcu, podzielała jego poglądy na świat i ludzi, pragnęła być do niego podobna. Na jednym ze spotkań opowiedziała z rozpaczą o szoku, jaki przeżyła, gdy już jako dorosła kobieta dowiedziała się od osoby z dalszej rodziny, że jej ojciec był oskarżony o poważne malwersacje i jakiś czas spędził w więzieniu (ona była pewna, że wyjechał w tym czasie jako wolontariusz do Afryki, aby pomagać w budowaniu studni na terenach objętych suszą)!

Miałam trudności z zachowaniem neutralności terapeutycznej słuchając tej historii i innych, jej podobnych; idealizacja przez pacjentkę postaci ojca wywoływała we mnie chęć protestu. W czasie jednego ze spotkań, całą siłą woli powstrzymywałam się przed tym, aby nie wykrzyknąć: *Toż Pani ojciec był oszustem i manipulantem, czy Pani tego nie widzi?* Pacjentka jakby nieświadomie odczytała moje intencje i na długi czas trwania terapii ... zamilkła. Przez wiele spotkań albo w ogóle się nie odzywała, albo mówiła o rzeczach obojętnych — rozważała na przykład szczegółowo sposoby, w jaki powinno się malować paznokcie. Opowiadała bezbarwnym, jakby pozbawionym życia głosem o tipsach, salonach kosmetycznych i operacjach plastycznych. Albo milczała, albo zajmowała się sobą, swoim ciałem, między nami zaś — zapadła cisza. To nie była tylko realna cisza, wynikająca z tego, że Pani O. niewiele mówiła, była to swoista cisza emocjonalna, czy mówiąc inaczej — relacyjna. Pacjentka była odległa i niedostępna lub wręcz wroga i odrzucająca. Czułam, że była ona w kontakcie ze mną niczym sopel lodu. Zastanawiałam się, czy właśnie taka — zimna, obca, w jakimś sensie martwa, była jej matka?



Zdałam sobie sprawę, że Pani O., odsłaniając mi rąbek tajemnicy dotyczący rodziny, w jakiej żyła, wykazała się — w jej mniemaniu — nielojalnością. Przedstawiając obraz lodowatej matki i ojca hochsztaplera, na swój sposób ich zdradziła.

To, czego pacjentka nie potrafiła nazwać w tym okresie kontaktu ze mną, to był emocjonalny charakter jej doświadczeń z okresu wczesnego dzieciństwa. W najbardziej trudnym do przepracowania psychicznego wymiarze sprawcami cierpienia byli jej opiekunowie, czyli ci, którzy powinni otaczać ją troską i udzielać wsparcia. Nie chodzi tu o potocznie rozumiane sprawstwo w formie skrajnych zachowań, czyli molestowania seksualnego lub maltretowania fizycznego, ale o chroniczny stan, w którym dziecko nie mogło istnieć w umyśle rodzica jako osoba, miało w rodzinie określone funkcje do spełnienia czy było po prostu przez rodziców psychicznie odrzucane.

Pojawia się pytanie, co pozwoliło mi pracować z tą pacjentką, jednocześnie nie czując czy wręcz nie wyrażając wprost nienawiści do jej rodziców? Myślę, że ważną rolę w pozyskaniu przeze mnie psychicznej przestrzeni do myślenia i zachowania emocjonalnego dystansu odegrało przyjęcie perspektywy transgeneracyjnej w rozumieniu rodzinnych mechanizmów psychopatologii. Tylko rodzice, którzy sami doświadczyli traumy w relacji we własnym dzieciństwie, nie są w stanie dostrzec psychicznych potrzeb swoich dzieci, traktując je przedmiotowo, często jako przedłużenie samych siebie.

Warto w tym miejscu, jak sądzę, wspomnieć związek doświadczenia traumy z rozwojem emocjonalnym i moralnym. Przyjmuje się, że mechanizm powodujący, że nie widzi się odrębności i podmiotowości drugiej osoby, łączy się z określonym deficytem rozwoju *superego* [17]. U osób z takimi trudnościami dominuje często specyficzny rodzaj lęku. Jest to lęk przed karą, czyli lęk przed tym, że własne działania, np. związane z przemocą, zostaną wykryte i napiętnowane. Lęk przed karą to jeden z bardziej podstawowych (pierwotnych) rodzajów lęku, dopiero dużo później w prawidłowym rozwoju dziecka pojawia się wstyd oraz poczucie winy [18]. Szczególnie to ostatnie jest dojrzałym mechanizmem psychicznym związanym z konstatacją, że wyrządziło się krzywdę drugiej osobie i, co szczególnie istotne — pragnie się ją naprawić [13].

Wróćmy do opisu pracy terapeutycznej z Panią O. Po długim czasie kryzysu w terapii, kiedy powoli traciłam nadzieję na to, że będę mogła w jakikolwiek sposób być pomocna, pacjentka przerwała ciszę i zaczęła mówić. Stało się to po jej kolejnej, nieudanej próbie nawiązania bliższej relacji z mężczyzną. Mężczyzna ten ją odrzucił, w mniemaniu pacjentki wręcz upokorzył, pozyskując jej zaangażowanie poprzez zachowania uwodzące i obietnicę związku. Trwająca dotąd między nami cisza została teraz wypełniona rozpaczą, bezsilnością, złością, nienawiścią, chęcią zemsty, ale jednocześnie poszukiwaniem przez pacjentkę połączeń własnej historii z historią życia jej rodziców i dziadków. Na jednym ze spotkań Pani O. zapytała mnie, czy wiem, jakie symbole są potrzebne do rysowania genogramu rodziny, czyli wykorzystywanego w systemowej terapii rodzin sposobu kodowania relacji dotyczących postaci z przeszłości danej osoby i jej rodziny. Pomyślałam, że uzyskała stan gotowości do tego, żeby pytać i żeby wiedzieć.

Na jednym ze spotkań Pani O. powiedziała o mnie, że jestem *starą kobietą*, która *potrafi wytrzymać całe to gówno i nie uciec*. Myślę, że po trzech latach intensywnej pracy stałam się dla niej swoistą *bezpieczną bazą* [8], kimś, z kim mogła nie tylko rozmawiać o własnych doświadczeniach, ale też dzielić ból związany z rekonstrukcją swojej historii

na tle rodziny. Nie była już, tak jak w dzieciństwie, sama i samotna po rozwodzie rodziców, ale miała do dyspozycji mnie, pozostającą w funkcji osoby obdarzonej innym sposobem reagowania czy mówiąc inaczej — innym umysłem niż jej opiekunowie.

Uważam, że w przypadku Pani O. można mówić o wszystkich trzech rodzajach tajemnic rodzinnych, opisanych przez Bowlby'ego [8]: 1) zatajane w jej rodzinie były informacje, dotyczące np. kryminalnej przeszłości ojca; 2) pacjentka obserwowała niepokojące ją zachowania ojca wobec innych ludzi, ale nie mogła o nich otwarcie mówić; 3) jej niechętna i odrzucająca postawa wobec mnie w określonych fazach procesu, czyli relacja przeniesieniowa, wskazywała na silne negatywne emocje związane z opiekunami, które starała się ukrywać sama przed sobą. We wszystkich tych obszarach przez długi czas psychoterapii panowała między nami CISZA. Myślę, że cisza ta, być może, także z tego powodu nie mogła być wypełniona słowami i myśleniem, bo czas, w którym pacjentka doświadczyła traumy w relacji z najbliższymi osobami (szczególnie w kontakcie z matką), był okresem, który poprzedzał rozwój pamięci autobiograficznej [9].

### *Odzyskana umiejętność kochania siebie i innych*

Kiedy po kolejnym roku kończyłyśmy pracę, byłam pełna optymizmu. Czulałam, że pacjentka, podejmując wielki trud konfrontacji z bólem i przeszłością, przestała chronić okrutne obiekty wewnątrz siebie, tym samym zabezpieczając niejako realnie przed własnymi nienazwanymi (przede wszystkim negatywnymi) przeżyciami swoje potencjalne, przysze dzieci. Trauma nie musiała już dalej się powtarzać. Symboliczna rana związana z tym, że pacjentce nie było dane mieć „wystarczająco dobrych”, empatycznych rodziców została przez nią oplakana w procesie żałoby i stała się bliźną [7]. Żałoba psychiczna jest to takie zjawisko w procesie terapii, w ramach którego pacjent może oddzielić się, odseparować od różnych wewnętrznych obiektów (postaci) i które, tak jak w przypadku reakcji po realnej stracie, obejmuje najczęściej cztery fazy: szok, rozpacz, smutek oraz pogodzenie się z utratą. W rozmowie ze mną pacjentka nie mogła uwierzyć, że kiedyś chciała wyjść za mąż za przypadkowego mężczyznę, którego jedynym zadaniem było gwarantowanie jej stabilizacji finansowej. Powiedziała o sobie sprzed paru lat, że pewnie w tym czasie po prostu nie mogła sobie wyobrazić, że w relacji z drugą osobą możliwe jest też bezpieczeństwo (psychiczne). Opowiadała, że wróciła do rysowania (w czasie szkoły średniej chciała iść na studia plastyczne) i że ta aktywność sprawiała jej dużą przyjemność. Zaczęła też angażować się w życie społeczności jej osiedla. Słuchając jej, miałam wrażenie, że nie boi się stawiać różnych pytań, czasem także trudnych czy niepopularnych społecznie. André Haynal [19] uważa, że głównym kryterium sukcesu procesu analitycznego jest uzyskanie przez pacjenta zdolności do autoanalizy. Biorąc pod uwagę powyższą tezę można, moim zdaniem, uznać przemianę psychiczną Pani O. za istotną.

Proces terapii Pani O. nie ma jednak całkowitego happy endu. Pacjentka kończyła terapię z przekonaniem, że ma przyjaciół, wie, jak korzystać ze świetnego wykształcenia, że udało jej się związać na dłużej z „ciepłym misiaczkiem” (jak określała swojego nowego partnera), ale też — z jednoczesną determinacją dotyczącą tego, że nigdy nie chce mieć dzieci. Wszelkie próby pracy nad tym problemem były nieskuteczne. Pani O. mówiła, że nie będzie produkować kolejnych kalek, a także, że małe dzieci ją irytują, bo ciągle czegoś



chęć. Pozostawałam z nadzieją, że nadejdzie czas, gdy będzie chciała podjąć konfrontację z tym obszarem własnego doświadczenia i to w okresie, gdy nie będzie dla niej biologicznie zbyt późno. Wierzyłam, że jej decyzja, dotycząca posiadania dzieci — jakakolwiek by ona była — będzie podjęta w sposób świadomy, nie zaś jako wyraz protestu i buntu przeciw własnej przeszłości.

### *Cisza jako intymność i bliskość*

Jedno ze spotkań poprzedzających nasze rozstanie było dla mnie bardzo poruszające. Pani O. opowiadała o cioci, do której jako mała dziewczynka bardzo lubiła jeździć na wakacje. Mówiła o tym, jak potrafiła ona pięknie śpiewać, jak nuciła jej do snu kołysanki. Kiedy szczegółowo opisywała wykrochmaloną, pachnącą pościel w łóżku w domu cioci — ku mojemu zaskoczeniu — usnęła. Między nami na kilkanaście minut zapadła cisza. Od czasu do czasu przerywało ją ciche chrapnięcie pacjentki, która miała tego dnia katar. Czulałam się w przeciwprzeniesieniu jak matka stojąca na straży spokojnego snu dziecka. Byłam spokojna, a jednocześnie czujna. W czasie, gdy pacjentka spała, rozmyślałam o przebiegu naszej kilkuletniej relacji, a przede wszystkim o jej zmianach w czasie. Zrozumiałam, że mogłam się stać dla Pani O. przez chwilę jej dobrą ciocią z dzieciństwa, kimś, przy kim można w ufny sposób zasnąć. Myślałam też o ciszy, która nie była tak jak na początku wspólnej pracy, wyrazem oporu przed konfrontacją ze światem wewnętrznym i zewnętrznym, ale znakiem naszej BLISKOŚCI czy też — intymności w relacji.

Kiedy pacjentka się obudziła, nie czuła zmieszania, że zasnęła. Była wypoczęta i uśmiechnięta. Wychodząc powiedziała: *Dawno z nikim tak się fajnie nie nagadałam, jak z Panią dzisiaj*. Cisza stała się dialogiem.

### **Podsumowanie**

Ilustracja kliniczna miała na celu pokazanie złożonego procesu transformacji zjawiska ciszy w procesie psychoterapii psychoanalitycznej. Może on, jak u opisaney pacjentki, przebiegać na drodze od niemyślenia i niemówienia jako oporu i lęku przed cierpieniem, do doświadczania bliskości i intymności w relacji. Staralam się pokazać, że wyłącznie wtedy cisza może być wyrazem pozytywnych emocji w kontakcie z drugą osobą, gdy poprzedzi ją trudna praca żałoby, związana z oplakaniem własnej przeszłości. Proces ten zachodzi zarówno na planie intrapsychnicznym, jak i interpersonalnym, z uwzględnieniem realiów społecznych. Nie sposób pracować nad traumą relacyjną, ignorując fakty z rzeczywistego kontaktu dziecka z opiekunami. Gdy się to robi, istnieje niebezpieczeństwo idealizacji wewnętrznych obiektów rodzicielskich i przenoszenia wrogości, nienawiści i chęci zemsty albo na siebie samego, na własne ciało, albo na inne, najczęściej zależne od podmiotu osoby, na przykład własne dzieci [7]. Zdaniem Iscy Wittenberg [20] zdrowie psychiczne zależy od zdolności do „konfrontowania się z bólem psychicznym” (s. 349), zamiast poszukiwania sposobów unikania go. Według niej [20] „prawda” stymuluje zdolność do myślenia i do rozwoju emocjonalnego. Przeżycie żałoby pozwala na to, aby opisane przez Eiguera [14, 15] obiekty transgeneracyjne, związane z traumatycznymi doświadczeniami relacyjnymi, nie były przenoszone na kolejne pokolenia. Uważam, że może do tego dochodzić w różnych sprzyjających okolicznościach życia, między innymi w procesie

psychoterapii. Aby tak mogło się stać, terapeuta musi mieć jednak własne, wystarczające zasoby do radzenia sobie ze stratą i związanym z nią bólem. Według Haynala [19] proces psychoterapii psychoanalitycznej sam w sobie jest procesem żałoby, tracenia utrwalonego wyobrażenia o sobie i świecie, opłakiwania bólu związanego z brakiem wystarczająco dobrych doświadczeń i wreszcie — odzyskiwania obiektów, a raczej tworzenia nowych wzorów relacji z samym sobą i z innymi ludźmi. Proces ten dotyczy, jak sądzę, w równej mierze pacjenta i terapeuty.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden istotny aspekt. Jest nim szerszy kontekst społeczny. W określonych warunkach dzieci mogą odczuwać szczególnie silnie grozę, jakiej doświadczali w przeszłości ich rodzice i dziadkowie. Dzieje się tak wówczas, gdy jest ona wzmacniana sytuacją danego kraju lub grupy społecznej [12]. Dobrym przykładem są powojenne Niemcy. Doświadczenia tego kraju pokazują, że o przemocy społecznej bardzo trudno jest mówić — potrzeba czasu i odpowiednich warunków. Według Miller [6]: *Dla większości powojennych dzieci w Niemczech było oczywiste, że zadawanie rodzicom szczegółowych pytań o rzeczywistość Trzeciej Rzeszy jest czymś niestosownym, że tego się nie robi: często było to wręcz zabronione. Przemilczanie tego okresu, czyli także przeszłości rodziców, należało dokładnie tak samo do »dobrych manier«, jak nieporuszanie tematu seksu na przełomie wieków* (s. 155). Dzisiaj, na szczęście, jest inaczej — wnuki osób zaangażowanych w reżim hitlerowski zadają pytania, też te trudne [21]. Obowiązująca dotychczas narracja o przeszłości nie jest już przyjmowana przez młode pokolenie. Jeden z jej aspektów dotyczył na przykład tego, że współpraca z machiną Hitlera wynikała z konieczności i że cały naród był jego ofiarą. Dzisiaj młodzi ludzie niekiedy z dużym wstydem mówią o czysto pragmatycznych motywacjach dziadków, o korzyściach wynikających dla nich ze współpracy z narodowym socjalizmem, o tym, że nie radzili oni sobie z lękiem i podporządkowaniem w kontakcie z autorytetem itp. [21].

Myślę, że psychoterapeuci w Polsce mają przed sobą ogromne wyzwania. Obowiązująca przez ostatnie lata narracyjna cisza na temat przeszłości społecznej musi zostać przerwana także po to, aby nasi pacjenci mogli bezpiecznie przechodzić wraz z nami drogę rozumienia ich własnych traumatycznych doświadczeń. Tylko wtedy cisza, która wiąże się z zagrożeniem i jest wyrazem oporu, będzie mogła przerodzić się w ciszę wyrażającą prawdziwą bliskość.

### Piśmiennictwo

1. Killingmo B. Psychoanalityczna metoda leczenia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
2. Bowlby R. Fifty years of attachment theory. London: Karnac; 2004.
3. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London, New York: Routledge Classic; 2005.
4. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
5. PDM Task Force. Psychodynamic diagnostic manual, alliance of psychoanalytic organizations. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
6. Miller A. Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii. Poznań: Media Rodzina; 1999.

7. Schier K. „Śmierć w oczach” — doświadczenie grozy w stosunkach społecznych. W: Kolbuszewski J, red. *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna — antropologia kultury — humanistyka. Tom XIV* (s. 37–43). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe; 2010.
8. Bowlby J. *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London, New York: Routledge Classics; 2005.
9. Maruszewski T. *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2005.
10. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley and Sons; 2001.
11. Miller A. *Bunt ciała*. Poznań: Media Rodzina; 2006.
12. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń, wydanie II*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar; 2010.
13. Schier K, Zalewska M. *Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
14. Eiguer A. *La familie de l'adolescent le retour des ancêtres*. Paris: In Press Éditions; Paris 2001.
15. Eiguer A. *Rodzina adolescenta i jej przodkowie*. W: Wawelska K, red. *Psychoanaliza współczesnie. Nurt francuski*. Warszawa: Mediapage; 2007, s. 101–116.
16. Chasseguet-Smirgel J. *Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder. Psychoanalytische Studien*. München–Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 1988.
17. Schier K. *Skorumpowane JA. Niebieska Linia* 2006; 4 (45): 32–34.
18. Riemann F. *Oblicza lęku*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2005.
19. Haynal A. *Le sens du désespoir. Le problématique de la dépression dans la théorie psychoanalytique*. Paris: Presses universitaires de France; 1976.
20. Wittenberg I. *Ending therapy*. *J. Child Psychother.* 1999; 25 (3): 339–356.
21. Wiegand-Grefe S. *Die Verarbeitung des Nationalsozialismus in drei Generationen. Wykład wygłoszony w ramach Lindauer Psychotherapiewochen*. Lindau 25 – 30 kwietnia 2010.

e-mail: kas@psych.uw.edu.pl

Adres: Katarzyna Schier  
Wydział Psychologii  
Uniwersytet Warszawski  
00-183 Warszawa  
ul. Stawki 5/7

**Wykaz osób wykonujących recenzje  
dla *Psychoterapii* w roku 2011**

mgr Anna Bielańska  
prof. dr hab. med. Jacek Bomba  
mgr Ireneusz Dziasek  
dr n. hum. Elżbieta Galińska  
dr n. hum Grzegorz Iniewicz  
dr hab. n. hum. Barbara Józefik  
dr n. med. Jerzy Sobański