

Piotr Szalek

PSYCHOANALIZA DZIECI WEDŁUG MELANII KLEIN

WSTĘP

Technika psychoterapeutyczna budziła często spory na gruncie psychoanalizy. Stosunkowo mało uwagi poświęcano w nich temu, jak dana metoda ma się do podstawowych, filozoficzno-światopoglądowych wymogów terapii. Problem ten na gruncie psychoterapii był i jest traktowany jako mniej istotny niż zagadnienia techniki. Niesłusznie. To przesłanki filozoficzne przesądzają o kształcie psychoterapii, co ujawnia się w metodzie analizy dzieci¹.

Prowadzenie psychoterapii z dziećmi wymaga szczególnej odpowiedzialności terapeuty. Powinien on zatroszczyć się o stosowanie technik bezpiecznych, czyli takich, które opierają się na prawach funkcjonowania ludzkiego ciała i psychiki sformułowanych w oparciu o obiektywne metody badania. W przypadku, gdy psychoterapeuta nie ma o tych prawach wiedzy spełniającej wymogi nauki, powinien weryfikować stosowane przez siebie techniki ogólnie akceptowanymi kryteriami racjonalności filozoficznej i światopoglądowej.

Psychoterapia² jest procesem komunikowania się ludzi, w którym szczególną rolę odgrywa mowa. W trakcie tego procesu psychoterapeuta odwołuje

¹ Na temat analizy dzieci wypowiadał się między innymi Sandor Ferenczi (zob. S. Ferenczi, *Kinderanalysen mit Erwachsenen*, „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse” 1931, XVII, s. 161–175) i Karl Abraham (por. H. Segal, *Melanie Klein*, New York 1981, s. 25). Freud jako pionierów pracy w tej dziedzinie wymienia: Otto Pfistera, Herminę von Hug-Hellmut, Zygryda Bernfelda i Annę Freud (zob. Z. Freud, *Wizerunek własny*, tłum. H. Zaszłupin, Warszawa 1990, s. 26). Mając wiele wątpliwości co do możliwości przeprowadzania analizy dzieci, Freud stwierdzał, że mali pacjenci, będąc zależni od rodziców, nie rozwijają nerwicy przeniesienia. W trakcie terapii dziecka należy wywierać na nie wpływ edukacyjny (wzmocnić *superego*), unikać transferu negatywnego i wzmocnić pozytywny (por. H. Segal, *Melanie...*, s. 26). W sumie stosunek Freuda do techniki analitycznej w ogóle, a analizy dzieci w szczególności, daleki był od jednoznaczności.

² Autor niniejszej pracy uważa psychoanalizę za szczególny przypadek psychoterapii.

się do czynności poznawczych swych pacjentów, w celu opanowania symptomów wywodzących się z ich zaburzeń emocjonalno-motywacyjnych. Zamierzone efekty psychoterapeuta uzyskuje w sposób komunikowalny intersubiektywnie i tak też powinny one być weryfikowane. Same te efekty są skutkiem określonych przesądów, z jakimi do procesu psychoterapii przystępuje psycholog, a te z kolei określają wymiar etyczny procesu.

Z uwagi na brak reprezentatywnych tłumaczeń pism Klein w literaturze polskiej kolejne części niniejszej pracy ilustrowane będą fragmentami prac angielskiej psychoanalityczki, zwłaszcza pracy stanowiącej kanon analizy dzieci, *The Psycho-Analysis of Children*.

MOWA JAKO ŚRODEK PSYCHOTERAPII DZIECI

Na początku pierwszej sesji Piotr wziął powozy i samochody [zabawa takimi niewielkimi zabawkami była analizowana przez Klein – P. S.] i ułożył je najpierw jeden za drugim, a następnie jeden obok drugiego, kilkakrotnie zmieniając porządek. W międzyczasie wziął dwa powozy konne i uderzał jednym w drugi, tak, że nogi koni stukwały o siebie, i powiedział: „Mam małego brata Fritza”. Zapytałam go, co robiły powozy. Odpowiedział: „Nic przyjemnego”, i przestał nimi uderzać, ale szybko zaczął to robić ponownie. Następnie uderzał dwoma końmi w podobny sposób. Powiedziałam wtedy: „Popatrz konie to dwoje ludzi uderzających się”. Najpierw odpowiedział: „Nie, to nic przyjemnego”, ale potem: „Tak to dwoje ludzi uderzających się” i dodał: „Konie też się uderzały a teraz idą spać”.

W czasie sesji pojawiły się jeszcze następujące elementy: zwisające pióra, silniki. Interpretacja M. Klein brzmiała następująco:

Powiedziałam, że w każdym przypadku było to dwoje ludzi Tatuś i Mamusia uderzający ich tegesami³ (jego nazwa na genitalia). Zaprotestował mówiąc: „Nie to nic przyjemnego”, ale zaczął uderzać samochodami i powiedział: „Oto jak uderzali w swoje tegesy” (M. Klein, 1984, s. 17).

Język jest najistotniejszym medium w procesie psychoterapii, nawet wtedy, gdy proces ten przebiega na poziomie oddziaływań somatycznych. Ostatecznie ani relaks, ani hipnoza, ani różne formy somatoterapii nie mogą zastąpić werbalnego kontaktu między terapeutą a jego pacjentem. Język ten ma znaczenie przynajmniej na trzech poziomach. Na pierwszym mowa jest ontologiczną podstawą zarówno języka, jak i wszelkich procesów psychicznych, a symptomy wyrażają jej ontologiczną strukturę⁴. Drugi poziom ma charakter

³ Tłumaczenie kolokwializmu oznaczającego rzecz, której nazwy mówiący zapomniał (angielskie „thingummy”, niemieckie „Tüpdichen”, por. M. Klein, *Die Psychoanalyse des Kindes*, Wien 1932, s. 28).

⁴ *Being – in – the – World. Selected Papers of Ludwig Binswanger*, Translated and with Critical Introduction to His Existential Psychoanalysis by Jacob Needleman, New York 1963, s. 222–223.

komunikacyjny. Pacjent gabinetu psychoterapeutycznego ma zawsze zaburzoną sferę kontaktu ze swym otoczeniem społecznym, co jest źródłem symptomu⁵. Trzeci poziom określić można jako psychologiczny. Język jest na nim istotnym, czasem jedynym potwierdzeniem stanów psychicznych pacjenta i skuteczności terapii. Ten trzeci wymiar procesu terapii ma dlań charakter elementarny, on też budzi największe wątpliwości w terapii Klein.

Już na początku pracy analitycznej przystępowała ona do interpretacji, zakładając, że Piotr miał możliwość rozpoznania tego, co zaszło w trakcie sceny pierwotnej. W dalszej interpretacji wyszło wprawdzie na jaw, że chłopiec był świadkiem stosunku seksualnego rodziców, ale nie wiadomo, w jaki sposób mógł on odtworzyć wspomnienia dotyczące tej sceny. Wspomnienia dziecka, dotyczące zdarzeń budzących w przeszłości silne emocje, mają charakter mglistych obrazów, w których symbole przemieszane są z elementami całkowicie dosłownymi, w których luki wypełnione są własnymi, często magicznymi interpretacjami. Dotyczy to przede wszystkim tych obrazów z przeszłości, które są bardzo drastyczne. Jest wysoce wątpliwe, czy poza labilnymi emocjami dziecko może przypomnieć sobie cokolwiek z widoku rodziców odbywających stosunek seksualny. To, co Klein interpretuje w procesie zabawy jako takie właśnie przypomnienia, nie może być zweryfikowane żadną inną miarą oprócz jej własnej teorii⁶.

Prace Piageta i Fraisse'a ukazują, że pełny kontakt werbalny z dzieckiem można osiągnąć dość późno. Freud sięgający w swych analizach do fazy edypalnej, niezbyt liczy się z tym faktem⁷, jeszcze mniej Klein, analizująca dzieci niespełna trzyletnie. Zgodnie z proponowaną przez nią techniką interpretacje następowały na bieżąco, w trakcie zabawy, a zatem dziecko najpierw dowiadywało się, co oznacza jego aktywność, a potem uzgadniało to ze słowami Klein. Odróżnienie symptomu choroby od stanów psychiki stworzonych przez terapeutę jest na gruncie takiej procedury niemożliwe, tym bardziej że, zgodnie z koncepcją Klein, dziecko torturowane jest silnymi emocjami o charakterze libidinalno-sadystycznym. Jest mało prawdopodobne, by mogło trafnie postrzegać takie uczucia. Mówiąc inaczej: Klein zakłada, że przeżycia dziecka są bardzo silne, takie uczucia opisać może jedynie osoba bardzo sprawna werbalnie. W trakcie analizy dziecka psychoterapeuta może analizować zabawę lub słowa dziecka. Interpretacja zabawy jest zawsze mniejszym lub większym domysłem, tego domysłu nie można potwierdzić przez wytłumaczenie słów dziecka, które nie posiada, a tym bardziej nie posiadało w momencie

⁵ Por. P. Dybel, *Dialog i represja*, Warszawa 1994, s. 36-48.

⁶ W rezultacie Klein może łatwo zakwalifikować jako patologię myślenie magiczne i mowę egocentryczną dziecka.

⁷ Zob. S. Freud, *On Psychopathology*, transl. from the German under the general editorship of J. Strachey. Harmondsworth 1979, s. 223 i n.

zaistnienia traumy, funkcji poznawczych umożliwiających precyzyjną obserwację doświadczanych uczuć. Arbitralność analizy zabawy jest w tym przypadku spotęgowana arbitralnością interpretacji słów.

Klein ma poczucie⁸ tych trudności, gdy pisze, że „dziećmi w przemożny sposób włada jeszcze nieświadomość, której język, jak pokazują to sny i zabawa, jest przedstawieniowy i obrazowy. Nieustannie mamy okazję doświadczać tego, że dzieci mają zupełnie inne podejście do słów niż dorośli”⁹. Nadinterpretacja, która nieuchronnie musi pojawić się w analizie dziecka, prowadzi do tego, że z jednej strony angielska psychoanalityczka podkreśla symboliczny charakter jego zabawy¹⁰. Z drugiej zaś, gdy przy okazji kolejnej analizy twierdzi, że „przewaga jego [dziecka – przyp. P. S.] fantazji analno-sadystycznych wyrażała się w użyciu tylnego wyjścia dla dostarczenia dóbr”¹¹, podaje interpretacje porażająco dosłowne i zgodne z realistycznym rozumieniem świata przez dorosłych. W rezultacie dziecko jest, według Klein, tylko jednym z nich i, pomijając kwestie techniki terapeutycznej, w jego analizie należy sobie poczynać z nim tak, jak z dorosłym.

Problemy psychoterapii Klein uwidaczniają się w relacji z jednej z analiz, gdy to interpretowała ona

wybrzuszoną Turcję, głowę konia na zakręcie drogi i wrogiego chłopca, którego spotkał [analizowany chłopiec – przyp. P. S.] na rogu jako zastępujące przerażające, duże genitalia Tatusia w środku Mamusi. Wczoraj odnosił się on do mapy jak do ciała kobiety, wspominając dowcip Tatusia o ataku na piersi, prowadzącego do ataku na nogi. W ten sposób Tatuś był groźny dla Mamusi w relacji seksualnej; on ją atakował¹².

Jest oczywiste, że Klein, używając zdrobnień, szuka kontaktu z dzieckiem, jednocześnie ufa w moc swojej teorii przedstawia mu interpretacje, których nie byłby w stanie wysłuchać niejeden dorosły. Tymczasem autorka konstatuje konieczność zachowania czysto analitycznego podejścia do dziecka, czyli stosowania bardzo surowego układu sesji, potrzebę zwracania się do pacjenta wprost i sucho¹³ oraz „życzliwą rezerwę” w czasie terapii¹⁴. Nie ulega wątpliwości, że zasada wszechwiedzącego a milczącego psychoterapeuty,

⁸ W *Narrative a Child Analysis* Klein opisywała kolejne sesje analityczne z udziałem dziesięcioletniego chłopca. Niestety, nużące przytaczanie protokołów z sesji w żadnym razie nie pozwala zorientować się, jak dziecko mogło zrozumieć jej słowa, a trzeba przypuszczać, że takich samych lub podobnych słów używała ona w stosunku do dzieci dużo młodszych.

⁹ M. Klein, *The Psycho-Analysis of Children*, authorized translation by A. Strachey, New York 1984, s. 32.

¹⁰ *Ibidem*, s. 8, 85.

¹¹ *Ibidem*, s. 107.

¹² M. Klein, *Narrative of a Child Analysis*, London 1975, s. 44.

¹³ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 31.

¹⁴ M. Klein, *Narrative...*, s. 19.

podważana przez Ferencziego w stosunku do pacjentów dorosłych, jest tym bardziej problematyczna w relacjach z dziećmi. Klein albo mówiła do dziecka jak do dorosłego, narażając się na niezrozumienie, albo próbowała używać dziecięcych środków ekspresji. Jeśli robiła to w taki sposób, jak w podanej wyżej analizie Dicka, to na pewno wywoływała u pacjentów poczucie sztuczności całej sytuacji.

Słowa dzieci, które przytacza Klein, nie są dowodem na zaistnienie w procesie terapii wglądu. Ich siła i – jak dowodzą interpretacje Klein – treść nie odpowiadają sile przyczyny symptomu, gdyż „tendencje kanibalistyczne nie znajdują wyrazu współmiernego do ich psychologicznego źródła; normalnie otrzymujemy tylko porównawczo słabe wskaźniki impulsów małego dziecka do zniszczenia jego obiektów”¹⁵. Sama myśl o

niemowlęciu próbującym między szóstym i dwunastym miesiącem zniszczyć swą matkę dowolną metodą, jaką dysponują jej sadystyczne tendencje – za pomocą zębów, paznokci, ekskrementów i całości swego ciała, przekształconych w fantazji we wszystkie rodzaje groźnych broni – przedstawia naszym umysłom obraz przerażający, by nie rzec niewiarygodny.

Jednocześnie jednak „[...] obfitość, siła i mnogość okrutnych fantazji, które towarzyszą tym pragnieniom, we wczesnej analizie prezentują się nam naocznie tak jasno, że nie pozostawiają miejsca na wątpliwość”¹⁶. Z jednej strony wskaźniki są porównawczo słabe, z drugiej nie budzą wątpliwości, co można by zlekceważyć jako sprzeczność, która może przecież pojawić się na gruncie teorii, gdyby nie fakt, że jest to teoria terapii, że, innymi słowy, właśnie z uwagi na sprzeczności może zaszkodzić pacjentom.

Interpretacje Klein są, zgodnie z jej opiniami, niezwykle spoiste i potwierdzane słowami dziecka. Problem jednak w tym, że przed przystąpieniem do analizy sprawdza ona „[...] jakich specjalnych słów używa ono [dziecko – przyp. P. S.] na oznaczenie genitaliów, procesów wydalania itd. [...]”¹⁷. Innymi słowy, przed rozpoczęciem analizy Klein ma już w jakimś stopniu gotowy słownik, który zgodny jest z jej teorią. Słownik ten kształtuje myślenie dziecka w trakcie podawanych na bieżąco interpretacji jego zabawy. Nie ulega wątpliwości, że wyposażona w wiedzę o słowach, jakich dziecko używa na oznaczenie genitaliów, Klein może te słowa łatwiej słyszeć, nawet wtedy, gdy nie oznaczają one genitaliów. Dyrektywa Freuda, aby „uczynić nieświadome świadomym”, traci w tej sytuacji wszelki sens, a decyzja o wyleczeniu dziecka zapada po porównaniu przez terapeutę stanu psychicznego pacjenta do standardu zdrowia, którym jest *ego* prze-

¹⁵ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 151.

¹⁶ *Ibidem*, s. 132.

¹⁷ *Ibidem*.

analizowanego analityka. W ten sposób stosowana w terapii teoria psychologiczna może łatwo przekształcić się w narzędzie sprowadzania objawów pacjenta do wybranego przez terapeutę słownika. Pacjentami Klein są łatwo ulegające wpływom dzieci, a wątpliwości, co do analiz z ich udziałem powstają nie z uwagi na kwestie techniki psychoanalitycznej, nie dlatego, innymi słowy, że przeniesienie dziecka ma inny charakter niż dorosłego, ale dlatego, że, stosując swoją teorię, Klein prawdopodobnie w ogóle nie komunikowała się werbalnie ze swymi pacjentami¹⁸.

Reasumując: technika zabawy nie może być potwierdzona przez asocjacje słowne dziecka, co powoduje, iż nie daje ona podstaw do kluczowego w psychoanalizie odnalezienia przyczyn symptomu. W ten sposób kryterium interpretacji zabawy dziecka staje się teoria analityka, którą potwierdzają zebrane przez niego dane kliniczne.

WERYFIKACJA WYNIKÓW TERAPII KLEIN – CIĄG DALSZY. ETYKA W PSYCHOTERAPII

Pożądanie dziecka, aby wykastrować swego ojca, osiąść jego penisa i być sprawnym w stosunku seksualnym z matką pcha je ku pozycji homoseksualnej. Ustaliłam, że w niektórych przypadkach celem dziecka było nie tylko uzyskanie szczególnie mocnego penisa, ale zgromadzenia ogromnej ilości nasienia, które, zgodnie z fantazjami dziecka, jest niezbędne, aby dać matce gratyfikację seksualną. W dodatku chce ono złożyć „dobrego” penisa i „dobre” nasienie we wnętrzu swego ciała, aby uczynić je całym i dobrym. Ta chęć jest wzmocniona w fazie genitalnej przez wiarę, że, jeśli jego wnętrze nie zostanie osłabione, będzie ono w stanie dać swojej matce „dobre” nasienie i dzieci – przez sytuację, która zwiększa jego moc w pozycji heteroseksualnej. Jeśli, na odwrót, zdominują go trendy sadystyczne, jego chęć zdobycia penisa i nasienia ojca poprzez akt homoseksualny będzie także częścią celu heteroseksualnego, gdyż w swojej identyfikacji z sadystycznym ojcem będzie miało więcej mocy, aby zniszczyć swoją matkę przez kopulowanie z nią¹⁹.

Analiza Inge „wywołała [podkreślenie moje – P. S.] kilka znaczących zmian [...]. Okazało się, że jej żywość była ugruntowana w aktywnym homoseksualizmie, a jej ogólnie dobra relacja z chłopcami polegała na identyfikacji z nimi”²⁰.

Język teorii i praktyki Klein jest specyficzny. Znajduje się w nim dużo więcej określeń biologicznych niż w terminologii freudowskiej, co służyć ma zwiększaniu precyzji i jednoznaczności interpretacji analitycznych. Problem

¹⁸ Analitycy nie mają z tym kłopotów. Mniej interesuje ich, co zostanie z psychoanalizy po odjęciu od niej słów pacjenta, a bardziej kwestie techniczne: czy u dziecka następuje przeniesienie, czy interpretować natychmiast, stosować rygorystyczny układ sesji etc. (zob. H. Segal, *Melanie...*, s. 30).

¹⁹ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 263.

²⁰ *Ibidem*, s. 61.

jednak w tym, że Klein wykorzystuje nie tyle względnie jednoznaczne pojęcia używane w fizjologii czy immunologii, ile raczej te składniki biologii, które w sposób mniej lub bardziej jawny naturalizują psychikę ludzką. Ładunek agresji i seksualności, który ulokowany jest w teorii Klein, znajduje niewiele odpowiedników w literaturze²¹. Wynik takiej biologizacji w rzeczywistości zwiększył wieloznaczność interpretacji psychoanalitycznych, dając psycho-terapeutom iluzoryczne poczucie ich ścisłości oraz równie iluzoryczne przekonanie, że żmudne podążanie śladami, jakie w psychice pozostawia agresja i *libido*, doprowadzi do odnalezienia jednej, łatwo uchwytnej przyczyny symptomu²².

Dlaczego, na przykład, w podanej analizie Piotra nie wziąć pod uwagę tego, że zderzają się rzeczy tego samego rodzaju (homoseksualizm)? Że silnik i konie napędzają pojazdy w odmienny sposób (silnik jest martwy – popęd śmierci, a koń żywy – popęd życia)? Że huśtawka się kołysze, a konie poruszają po płaszczyźnie (ucieczka od ruchów frykcyjnych)? Dlaczego konie reprezentują zwierzęta, a dwie dowolne rzeczy – matkę i ojca? Miarą związku przyczynowego jest w psychoanalizie tematyczna tożsamość treści symptomu i traumatycznego zdarzenia z przeszłości²³, a tego rodzaju dane są z konieczności wieloznaczne. Wieloznaczność tę można zmniejszać jedynie poprzez werbalny kontakt z pacjentem.

W posłowiu do *The Psycho-Analysis...* redakcja informuje czytelnika, że we wstępie do swej książki z roku 1948 M. Klein „więcej miejsca przyznaje miłości”²⁴. Niełatwo wyjść ze zdziwienia nad zdawkowością tego twierdzenia. Czy przyznanie większej roli czynnikowi zasadniczemu dla życia psychicznego pacjentów może być kwestią wolnego wyboru terapeuty? Wzmianka redakcji dotyczy odkrycia przez Klein drugiej pozycji rozwoju dziecka²⁵. Pierwsza to pozycja paranoidalna²⁶, w której niemowlę doświadcza szczytowego sadyzmu, urojeń prześladowczych i fantazji mściwych obiektów. Impulsy wrogości słabną jednak w chwili wejścia niemowlęcia w pozycję depresyjną, która zaczyna się od szóstego miesiąca życia i w której zwiększa się ilość miłości w życiu dziecka.

²¹ Jedynym sensownym odpowiednikiem jest panseksualizm Wilhelma Reicha.

²² Freud namawiał do ostrożności w procesie psychoterapii i pisał, iż „należy się obawiać, że nasza potrzeba odnalezienia pojedynczej, namacalnie «wyłącznej przyczyny» choroby neurotycznej pozostaje niezaspokojona” (S. Freud, *Hemmung, Symptom und Angst*, Frankfurt am Main 1992, s. 95).

²³ A. Grünbaum, *Meaning Connections and Casual Connections in the Human Sciences: the Poverty of Hermeneutic Philosophy*, „Journal of the American Psychoanalytic Association” 1989, Vol. 38, 3, s. 559–577.

²⁴ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 285.

²⁵ Nie jest jasne, dlaczego Klein nie używa w tym przypadku pojęć „fazy” czy „okresu”.

²⁶ Chronologicznie jako pierwsza odkryta została przez Klein pozycja depresyjna.

Jeśli stosowana w praktyce teoria nie jest skonstruowana przed jej zastosowaniem, lecz powstaje w toku doświadczeń terapeutycznych, to może się zdarzyć, że część pacjentów psychologa uważa, że rządzi nimi przede wszystkim sadyzm, część zaś, że jednak kieruje nimi miłość. Tę konfuzję potęguje dodatkowo stanowcze twierdzenie Klein, że przeformułowania wprowadzone w późniejszych pracach nie zmieniają istoty konkluzji przedstawionych w *The Psycho-Analysis...*²⁷

Proces psychoterapii kształtują przedsady psychoterapeuty i nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie fakt, że kształtują one również wyobrażenia psychoterapeuty o zdrowiu i funkcjonowaniu jednostki w świecie społecznym. Potwierdza to książka *The Psycho-Analysis...* Oto do Klein zgłasza się nieśmiała dziewczynka, która ma kłopoty szkolne i całkiem niezłą relację z otoczeniem społecznym. W swej teorii sama Klein zakłada, że w okresie latencji seksualność dziecka traci swą siłę, a istotniejsze dla rozwoju stają się motywy społeczne. Konstatacja ta nie przeszkodziła psychoanalityczce twierdzić, że rozpoznała ona u dziecka aktywny homoseksualizm, silną depresję, poczucie niższości i lęk przed porażką. W końcu wszystkie rozsądne terminy opisujące dziewczynkę w kategoriach kontaktu społecznego zostają zastąpione określeniami stanów emocjonalnych: dziewczynka stała się: „wolniejsza [? P. S.], szczęśliwsza [? P. S.], o naturze bardziej otwartej [? P. S.]”, jej stosunek do matki stał się „czulszy [? P. S.] i szczerzy [? P. S.], [...] w wiek dojrzewania dziecko wkroczyło bez trudności”²⁸.

W psychoanalizie da się wyróżnić pewną ilość dyrektyw, których stosowanie pozwala na względnie obiektywne stwierdzenie wpływu terapeutycznego. Należy do nich reguła nieprzystępowania do interpretacji przed wystąpieniem przeniesienia, tymczasem Klein zapewnia, że

Jak tylko mały pacjent daje mi coś w rodzaju wglądu w jego kompleksy – czy to poprzez zabawę, czy rysunki, zabawę, czy po prostu poprzez ogólne zachowanie – można zaczynać interpretację. Nie stoi to w sprzeczności z wypróbowaną zasadą, że analityk powinien czekać z interpretacją do powstania przeniesienia, ponieważ u dzieci przeniesienie występuje bardzo szybko, a analityk często otrzymuje bezpośrednie dowody o jego pozytywnej naturze. Jeśli jednak dziecko ujawnia wstyd i lęk lub nawet brak zaufania, to zachowanie to może być traktowane jako znak przeniesienia negatywnego, a to sprawia, że natychmiastowe rozpoczęcie interpretacji jest tym bardziej konieczne²⁹.

W sytuacji, gdy dziecko przenosi na psychoterapeutę pozytywne uczucia, które żywiło niegdyś do osób znaczących, należy zaczynać terapię, gdy jednak dziecko manifestuje niechęć do terapeuty, czyli przenosi nań negatywne emocje, które odczuwało w stosunku do ludzi ważnych, należy tym bardziej

²⁷ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. XIV.

²⁸ *Ibidem*, s. 61.

²⁹ M. Klein, *Narrative...*, s. 21.

zaczynać terapię, lub inaczej: terapię należy zaczynać, gdy dziecko tego chce i gdy dziecko tego nie chce. Jest to kolejna ważna sprzeczność w teorii Klein.

O rozpoczęciu procesu terapii w przypadku dziecka decydują rodzice; kto zaś sprawia, że terapia się kończy? Na jakiej podstawie terapeuta przełamuje opory dziecka wobec interpretacji i jak powinien się zachować, gdy dziecko nie chce pozostawać w analizie? Z opinii Klein wynika jednoznacznie, że opinie rodziców nie mogą być w tej kwestii decydujące³⁰. Otóż zapleczem teoretycznym działań terapeuty jest analiza przypadku klinicznego, którego immanentną częścią są te opory, czyli... objawy. Sytuację ułatwiałaby możliwość jakiejś obiektywnej kontroli przebiegu procesu analizy. Klein nie dopuszcza takiej możliwości, stwierdzając, że zastosowanie magnetofonu jest środkiem absolutnie przeciwnym fundamentalnym zasadzie psychoanalizy, „mianowicie wykluczeniem jakiejkolwiek obecności w czasie sesji analitycznej”³¹. W ten sposób pacjent, w tym przypadku dziecko, pozostaje niejako „na łasce” teorii głoszonej przez psychoterapeutę³². Nie jest do końca jasne czy użycie magnetofonu Klein wyklucza z powodu dyrektyw technicznych terapii, czy jej wymogów etycznych.

Problem ten jest zresztą rzadko poruszany w rozważaniach teoretycznych, nie oznacza to, na szczęście, że w ogóle go się nie podejmuje³³. E. Muszyńska całkiem trafnie odczytuje zagrożenia płynące z terapii M. H. Ericksona. Należy zgodzić się z konkluzjami autorki z jednym tylko wyjątkiem: skąd mianowicie wiadomo, że moralnie dwuznaczne postępowanie psychoterapeuty,

³⁰ M. Klein, *The Psycho-Analysis...* s. 79.

³¹ M. Klein, *Narrative...*, s. 11.

³² Tej sytuacji nie zmienia wymóg superwizji, czyli analizowania przebiegu sesji analitycznej z innym psychoterapeutą, ten bowiem reprezentuje zwykle tę samą postawę terapeutyczną co superwizowany. Terapia psychoanalityczna jest tym bardziej procedurą ezoteryczną, że „bardzo trudno jest oddać ideę techniki psychoanalitycznej przez opis. Faktycznie jedyna droga do poznania techniki innego psychoanalityka to dyskusje materiału przypadków (*case material*) na sesjach superwizyjnych, seminariach i grupach uczących się (*study groups*)” (H. Segal, *Introduction to the Work of Melanie Klein*, New York 1974, s. 117). W tej sytuacji jakakolwiek obiektywna relacja z sesji analitycznej jest niemożliwa. Kutter pisze, że „to, co jej [psychoanalizy – przyp. P. S.] adepci piszą, nie zawsze odpowiada temu, co w rzeczywistości robią” i dodaje, że wynikające z tego zarzuty A. Grünabauma pod adresem psychoanalizy nie „odpowiadają rzeczywistości”, gdyż to psychoanalitycy „sporządzają niedokładne relacje” (P. Kutter, *Współczesna psychoanaliza*, przeł. A. Ubertowska, Gdańsk 1998, s. 67). W tej osobliwej argumentacji słabość teorii tłumaczy się słabością jej zastosowań. Opinia Kuttera dowodzi tego, jak silna jest wśród psychoanalityków pokusa czynienia z psychoanalizy terapii, której nie można krytycznie zanalizować: jeżeli pojawia się w niej niepowodzenie to jest ono zawsze tylko skutkiem praktycznego błędu pacjenta, albo analityka, nigdy nie teorii (E. Gellner, *Uwodzicielski urok psychoanalizy, czyli chytryść antyrozumu*, przeł. T. Hołówka, Warszawa 1997, s. 53).

³³ Zob. E. Muszyńska, *Poza świadomością pacjenta. Etyczny aspekt technik Miltona H. Ericksona*, „Nowiny Psychologiczne” 1998, 3, s. 39–53.

w tym przypadku Ericksona, który w teorii swej świadomie nie podejmował problematyki etycznej, nie było pustoszące dla zdrowia pacjentów? Można z wysokim prawdopodobieństwem domniemywać, że ani Erickson, ani Klein nie wyrządzali swoim pacjentom krzywdy, problem stanowi natomiast ich pewność co do posiadanej wiedzy teoretycznej, która to pewność stwarzała przekonanie, że ich działania lecznicze służą dobru pacjenta.

Człowiek dorosły ma często trudności z zerwaniem terapii, którą odczuwa jako niszczącą dla integralności swojej osobowości, dziecko może w ogóle takiego zagrożenia nie dostrzegać. Praktyka nie jest w stanie sama siebie kontrolować, tym bardziej, że zgodnie z teorią Klein dziecko, które agresywnie odmawia udziału w analizie, może jedynie ujawniać konflikty z fazy paranoidalnej. Z małymi dziećmi trzeba pracować ostrożniej niż z dorosłymi, czego omawiana tu terapia nie zapewnia. Istnieje pogląd, że psychoterapeuta, aby działać skutecznie, musi mieć pewność co do stosowanych przez siebie metod – to pogląd niesłuszny. Dla dobra pacjentów psychoterapeuta powinien mieć co do tych metod jak najwięcej wątpliwości i stosowane przez siebie techniki nieustannie z tymi wątpliwościami konfrontować. To nie znajomość (lub brak) techniki stanowi o bezpieczeństwie pacjenta w procesie psychoterapii. Największe dlań zagrożenie płynie ze strony silnego przekonania terapeuty o potędze głoszonej przez siebie teorii, przekonania, które zmiany w psychice pacjenta pozwala interpretować niezmiennie jako zgodny z teorią objaw zdrowia.

Klein nie wyjaśnia zasadniczych kwestii teoretycznych swojej terapii. Pisze ona, że interpretacje wywołują lęk, gdy sięgają do jego nieświadomych źródeł³⁴, nie precyzując warunków, które gwarantowałyby, że proces analizy byłby mniej traumatyczny od doświadczeń pacjenta z przeszłości. Jej twierdzenie o analizach komunikujących się z zewnętrzną warstwą psychiki³⁵ należy rozumieć następująco: w przypadku dziecka mamy do czynienia z niedojrzałym układem funkcji poznawczych, który utrudnia pacjentowi precyzyjne komunikowanie o swych problemach. Jest bardzo prawdopodobne, że w takiej sytuacji interpretacja oznacza lekceważenie tych problemów. Dorosły nie chce powiedzieć: „boję się”, dziecko często tego powiedzieć nie może.

Reasumując: teoria Klein jest koncepcją przeznaczoną do zastosowania w procesie leczenia, a zatem jej przebieg i wyniki powinny być intersubiektywnie komunikowalne. Tego warunku teoria ta nie spełnia, co więcej, stwarza ona realną możliwość nadużyć etycznych w procesie terapii.

³⁴ *Ibidem*, s. 102 i n., 115 i n.

³⁵ *Ibidem*, s. 12, 21 i n.

FUNKCJE PSYCHIKI A PROCES ANALIZY

Z punktu widzenia psychologa w procesie psychoterapii zachodzi u pacjenta zrozumienie jego stanów emocjonalno-motywacyjnych w procesie myślenia – mowy. Uczucia i procesy poznawcze jednostki mają obszar wspólny, do którego odwołuje się psychoterapeuta, a który może się rozszerzać lub zawężać. Obszar ten jest współcześnie przedmiotem badań psychologii poznawczej. W perspektywie freudowskiej proces psychoterapeutyczny związany jest z opanowaniem przez *ego* popędowych podstaw emocji oraz motywów i oznacza to samo, co w każdej psychoterapii: dojrzewanie uczuć człowieka, ich „wyrastanie” z traumatycznych uwarunkowań.

Tymczasem w charakterystyce psychologicznej niemowląt, według Klein, dominują motywy biologiczne lub uwarunkowane biologicznie i nawet „popęd epistemofiliczny”³⁶ jest silnie związany z zainteresowaniami seksualnymi dziecka. Anna Segal³⁷ uznaje wprawdzie ten popęd za niezależny od uwarunkowań biologicznych, ale na gruncie teorii Klein nie można wskazać jakichś innych niż seksualne jego uwarunkowań. Przywoływanie w analizie wspomnień z okresu niemowlęstwa rodzi pytanie, jakimi to mechanizmami poznawczymi sześciomiesięczne dziecko określało swoje stany popędowe? Trzeba przecież pamiętać, że zgodnie z założeniami Klein, wspomnienia tych stanów ujawniają się w zabawie, a w końcu i w słowach.

W ten sposób dochodzimy do problemu dziecięcego *ego*. Na gruncie teorii Klein „ja” człowieka już od chwili jego narodzin zdeterminowane jest popędami o naturze biologicznej. Jak wspomniano, wzmocnienie czynnika biologicznego w psychoanalizie ułatwiać miało interpretacje. Cena tej, zresztą pozornej, prostoty była jednak wysoka: w koncepcji Klein trudno jest wytłumaczyć zróżnicowanie psychiczne, które nie jest ugruntowane w libidinalno-agresywnej naturze ludzkiej³⁸. W rezultacie w przedstawianej tu psychoterapii założenie o działaniu popędu śmierci, nie jest sprawdzane, ale zawsze potwierdzane w praktyce klinicznej. Tam, gdzie brak pojęć opisujących funkcje psychiki rozpoznające ten popęd, tam Klein je tworzy. Dlatego niemowlę

³⁶ M. Klein, *Love, Guilt and Reparation and Other Works*, London 1988, s. 190–191. Pojęcie to ma w teorii Klein znaczenie marginalne, Alford zaś uznaje je za niezbyt zręczne (F. C. Alford, *Melanie Klein and Critical Social Theory*, Yale University Press, New Haven and London 1989, s. 141).

³⁷ A. Segal, *Melanie...*, s. 65. To przecenianie znaczenia wymienianego pojęcia ma za zadanie złagodzenie naturalizmu teorii Klein.

³⁸ Co gorsza, ten sposób postępowania przynosi rozwiązania błędne, nie skorygowane przez konfrontację z empirią. Tak na przykład Klein przyjmuje za pewnik zbawienny wpływ odreagowania w sytuacji terapeutycznej, co Freud odrzucił (zob. S. Freud, *Hemmung...*, s. 93–94). Opinia Freuda zgodna jest z rozstrzygnięciami psychologii poznawczej (zob. E. Aronson, T. D. Wilson, R. M. Akert, *Psychologia społeczna*, tłum. zbiorowe, Poznań 1997, s. 521 i n.).

(a możliwe, że i płód) mają już jakąś świadomość (*ego*), bez której zapamiętanie elementarnych emocji z niemowlęctwa nie byłoby możliwe. To *ego* wiąże się jakoś z funkcjami konstytucjonalnymi psychiki, a zatem też jest ugruntowane w biologii³⁹.

Ugruntowanie pracy analitycznej w uchwytym czynniku biologicznym pozwala na ujęcie psychoterapii jako postępowania, w trakcie którego czynniki terapeutyczne dają się łatwo dozować. Dlatego

Jej analiza [Rity – przyp. P. S.] trwała osiemdziesiąt trzy sesje i pozostała nieukończona”, ale „We wszystkich ważnych punktach spowodowała ona odczuwalny postęp [...], zmniejszony został lęk i zniknęły ceremoniałowe obsesyjne. Jej symptomy depresyjne, wraz z niemożnością znoszenia frustracji, w znacznym stopniu osłabły. Równocześnie analiza zmniejszyła jej ambiwalencję wobec matki oraz poprawiła relacje z bratem i ojcem, zredukowała do normalnego poziomu trudności wychowawcze [...]. Gdyby analiza była przeprowadzona do końca, a jej [pacjentki – przyp. P. S.] cechy obsesyjne dalej by przechodziły, osiągnęłaby bardziej efektywną przeciwwagę wobec neurotycznego i nerwicogenego środowiska, w jakim żyła⁴⁰.

W początkach swej pracy psychoterapeutycznej Freud, podobnie jak znacznie później Klein, wykazywał ogromny optymizm terapeutyczny⁴¹ i tak jak ona dozował leczenie. Na przykład, wysyłając pacjentów do terapii, ordynował: „Do psychoanalizy, impotencja, trzy miesiące”⁴². W miarę upływu czasu w kręgach psychoanalitycznych coraz częściej postulowano przedłużanie czasu terapii⁴³, a sam Freud wyrażał wątpliwości, czy analizę można zakończyć⁴⁴. Klein połączyła dwa przekonania Freuda – wczesne: terapię można dozować, oraz późne: terapia musi trwać długo, i otrzymała następującą formułę: terapię trzeba dozować długo. Oznacza to, że omawiana tu autorka chce operować procedurą leczącą o charakterze medycznym: większa ilość terapii działa skuteczniej i w pełni leczy neurotyka. Znamienny jest fakt, że katamneza, świadcząca niezmiennie o zbawiennym wpływie analizy Klein, jest najczęściej powtarzającym się motywem *The Psycho-Analysis...*⁴⁵

³⁹ Aby to uzasadnić, Klein stwierdza, że jakaś forma *ja* pojawia się już w pierwszych miesiącach życia niemowlęcia i rozważa myśl o *ego* występującym u płodu. Jest ono określane przez nią mianem „częściowego”, którego funkcjonowanie wiąże ona z czynnikami konstytucjonalnymi. Niemowlę ma, zdaniem Klein, nieświadome uczucie wyjątkowego dobra, którego obiektem jest pierś matki. Uczucie to występuje też u dzieci karmionych butelką (M. Klein, *Envy and Gratitude and Other Works*, London 1975, s. 115 i n.).

⁴⁰ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 4.

⁴¹ L. Chertok, R. De Saussure, *Rewolucja psychoterapeutyczna. Od Mesmera do Freuda*, tłum. A. Kowaliszyn, Warszawa 1988, s. 85–86.

⁴² W. Reich, *Funkcje orgazmu*, tłum. N. Szymańska, Warszawa 1996, s. 55.

⁴³ *Ibidem*, s. 86–87.

⁴⁴ Z. Freud, *Poza zasadą przyjemności*, tłum. J. Prokopiuk, Warszawa 1976, s. 223–269.

⁴⁵ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 4, 16, 51 i n., 61, 64, 84, 90, 91 i n., 93, 100 i n., 104, 106, 109, 110, 112, 116–118, 188, 227, 232, 238, 274, 275, 279.

Reasumując: praktyka i teoria Klein są naturalistycznym rozwinięciem myśli Freuda, dokonany w celu uczynienia pewniejszym procesu psycho-terapeutycznego. W rozwinięciu tym minimalizuje się rolę *ego*, co pozornie ułatwia stosowanie psychoterapii jako procedury medycznej.

POJĘCIE ZDROWIA I CHOROBY A PSYCHOTERAPIA

Jak wiemy, normalny człowiek nie różni się od neurotyka czynnikami strukturalnymi, lecz ilościowymi. Twierdzenie powyższe pochodzi od Abrahama i ilustruje tezę, że także różnicę między psychotykiem a neurotykiem postrzegał on jedynie jako różnicę stopnia. Moja własna praca psychoanalityczna z dziećmi utwierdziła mnie tylko w opinii, że punkty fiksacji dla psychoz leżą w stadiach rozwoju poprzedzających drugi poziom analny, przekonała mnie także też, że te punkty fiksacji istnieją zarówno u dzieci neurotycznych jak i zdrowych [dosłownie: mają zastosowanie w ten sam sposób do dzieci neurotycznych, jak i normalnych P. S.] chociaż w mniejszym stopniu⁴⁶.

Psychoanaliza jest odkryciem Freuda dotyczącym tego, co się dzieje w wyobraźni dziecka [...]. Ale analiza nie zajmuje się niczym innym: nie zajmuje się rzeczywistym światem ani przystosowaniem dziecka czy dorosłego do rzeczywistości, ani chorobą, ani zdrowiem, ani cnotami czy wadami. Zajmuje się po prostu i jedynie wyobrażeniami dziecięcego umysłu, przeżywanymi w fantazji przyjemnościami i obawą przed karą⁴⁷.

Julia Sowa zauważa, że „nie można mieć psychologicznej *stricto sensu* koncepcji zdrowia i choroby, dopóki nie ma psychologicznej teorii osobowości”⁴⁸, i sugeruje, że teorię taką stworzył Freud. Istotnie, zawdzięczamy mu dużo. Stworzył teorię, w której zwrócił uwagę na niezrozumiałe i lekceważone przedtem elementy życia psychicznego człowieka⁴⁹, podkreślił wagę czynników, które lokowały się poza oficjalnym kryterium normalności, stwierdził też, że dzięki nim można lepiej zrozumieć jednostkę. Problem jednak w tym, że po sformułowaniu zasad psychoanalizy okazało się, że na jej gruncie nie ma już powrotu do tradycyjnie rozumianego zdrowia psychicznego, że teoria ta, rozpoczynając swoją refleksję w obszarze uznanym dotąd za patologiczny, nie mogła i nie może pojęcia zdrowia stworzyć.

Klein, w ślad z Freudem i Abrahamem, przyjmuje dwa założenia: 1) między zdrowiem i chorobą istnieje tylko różnica ilościowa, a nerwicę można traktować jako pewną postać normy; 2) jednostkowa interpretacja analityczna jest podstawą teoretycznych uogólnień. Innymi słowy, stwierdzenie tendencji analno-sadystycznych w zabawie jednego dziecka dowodzi, że inne

⁴⁶ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 141–142.

⁴⁷ J. Rivière, cyt. Za: L. Appignanesi, J. Forrester, *Kobiety Freuda*, tłum. E. Ablamowicz, J. Santorski & Co, Warszawa [b.d.], s. 305.

⁴⁸ J. Sowa, *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Warszawa 1984, s. 291.

⁴⁹ A. Leder, *Psychoanaliza jako metafizyka*, „Res Publica Nova” 2000, nr 3 (18), s. 5.

dzieci też takie tendencje mają, przy czym „wszystkie te elementy [wczesnodziecięce czynniki sadystyczne – przyp. P. S.] wzięte razem dają impulsy fantazjom sadystycznym, których liczba, różnorodność i bogactwo są prawie niewyczerpane”⁵⁰. Z tego wynika zaś, że nie da się stworzyć empirycznego zestawu zachowań człowieka zdrowego. Rozwój szkół polega na formułowaniu skrajnych konsekwencji teorii. Kleinowska, wzmacniająca naturalizm linia rozwoju freudyzmu prowadzi do tego, że z praktyki terapeutycznej znika intersubiektywnie komunikowalne pojęcie zdrowia.

L. Appignanesi i J. Forrester twierdzą, że opinia Riviere przytoczona na wstępie tej części pracy wyrażona jest w „niezrównanie klarowny i stanowczy sposób”. Być może tak jest, ale równie silnie wyrażona jest w niej nonszalancja wobec pacjenta, który przychodzi do psychoanalityka, gdyż chce być wyleczony zgodnie z ogólnokulturowymi standardami. Tymczasem Riviere oświadcza, że psychoanalityka nie obchodzi psychologia, socjologia, pedagogika, medycyna oraz filozofia człowieka i w sposób niezrównanie klarowny i stanowczy wyraża myśl następującą: psychoanaliza bada wyobrażone przez siebie treści dotyczące wyobraźni człowieka, niekiedy zaś, należy dodać, tym człowiekiem jest dziecko. Zastąpiwszy większość nauk o człowieku teorią psychoanalityczną Klein uznaje, że psychoanaliza jest warunkiem, a zarazem modelem zdrowia. Pacjent spełnia warunek, gdy zgłasza się do psychoanalityka, a osiąga wzorzec, gdy czuje się uzdrowiony, co potwierdza psychoanalitik.

Reasumując: terapia Klein jest krokiem na drodze do zamykania się psychoanalizy w obrębie własnych terminów, co prowadzi na jej gruncie do niemożności skonstruowania pojęcia zdrowia.

ZAKOŃCZENIE

Należy jeszcze raz podkreślić, że technika terapeutyczna jest pochodną teorii wyznawanej przez psychoterapeutę, ta z kolei wyznaczona jest przez sens jego filozofii. Ludwik Binswanger, na przykład, uznaje za trafne techniczne zasady interpretacji stosowane przez Freuda, ale te ogólne reguły wypełnia treściami zaczerpniętymi z filozofii Heideggera. Ostatecznie to filozofia psychoterapeuty określa to, co usłyszy od niego pacjent w trakcie interpretacji, to filozofia określa też to, w co pacjent uwierzy⁵¹. Co w tej kwestii znajdziemy u Klein?

Analiza dziecka nie może być potwierdzona przez mowę, istnienie funkcji psychicznej, do której odwoływałyby się jakikolwiek poznawczy aspekt terapii,

⁵⁰ M. Klein, *The Psycho-Analysis...*, s. 132.

⁵¹ Zob. *Being-in-the-World...*, s. 256.

na przykład *ego* dziecka, trudno w teorii Klein ugruntować. Wykazuje ona jednak ogromną pewność co do osiągniętych przez siebie wyników. Działania terapeutyczne Klein zbyt często podlegają weryfikacji psychoanalitycznej, a nie wymogom etycznym. Klein nie posiada też intersubiektywnie komunikowalnego pojęcia zdrowia psychicznego, w jej praktyce brak innego niż nieprecyzyjna katamneza potwierdzenia prawdziwości teorii. Śladem Klein idzie duża część współczesnej psychoterapii⁵².

Rzecz w tym, że psychoanaliza nie dysponuje odpowiednimi narzędziami, które pozwalałyby traktować jej procedury jako leczenie w tradycyjnym rozumieniu tego słowa. Czynniki leczące psychoanalizy są tak samo niekomunikowalne subiektywnie jak wyniki jej leczenia. Dlatego podstawowym prawem pacjenta pozostającego w procesie analizy jest możliwość zakończenia jej w każdym momencie⁵³. W przypadku dzieci prawo to ulega drastycznym ograniczeniom, oto one:

1) dziecko nie posiada odpowiednio rozwiniętej mowy, procesów poznawczych i woli;

2) w stosunku do pacjenta o słabym *ego* Klein wygłasza drastyczne interpretacje w trakcie procesu terapeutycznego, posiadając przygotowany język tych interpretacji, może to uzależniać dziecko zarówno od psychoanalizy jak i procesu analizy;

3) zachowania dziecka zawsze mogą być odczytane jako objawy, a jego niechęć do procesu terapii jako przeniesienie negatywne lub patologiczny opór, o zakończeniu psychoanalizy nie decydują rodzice.

W psychoanalizie zakłada się, że doświadczenia z dzieciństwa są najistotniejsze dla zdrowia psychicznego człowieka. One to na zawsze zapadają w jego życie psychiczne, a zatem im wcześniej rozpocznie się terapię, tym lepsze uzyska się wyniki. Ten doktrynalny взгляд sprawia, że wbrew

⁵² I. Bryła-Zielińska, *Badania nad skutecznością psychoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości w Polsce w latach 1960–1995*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1997, nr 6, s. 443–451.

⁵³ Wkraczamy tu na bardzo grząski grunt problemów uzależnienia od procesu terapii i akceptowania tego procesu przez osoby o ograniczonej poczytalności. W ramach niniejszego opracowania nie ma miejsca na rozwinięcie tych zagadnień. Można jedynie zwrócić uwagę na fakt, że wśród psychoterapii są takie, które posiadają charakterystyki procedur leczniczych, tzn. teorię skonstruowaną na podstawie intersubiektywnie komunikowalnych badań podstawowych, względnie dobrze wyodrębniony, jasny zestaw technik, jasną katamnezę, posiadają też elementarne pojęcie zdrowia jako braku choroby, należy do nich behawioralno-poznawcza terapia nałogów. Większość psychoterapii posługuje się jednak słowem. Profesor Bogusław Wolniewicz w korespondencji z piszącym te słowa twierdzi, że „słowo nie leczy. Może czasem podnieść na duchu, ale to życzliwość, a nie żadne leczenie” (Warszawa 20.10.2001). Opinię tę należy brać poważnie pod uwagę. Dlatego zastosowanie określonych procedur bez zgody pacjenta może mieć miejsce, gdy procedury te mają charakter leczenia, na przykład: leczenia agresywnego alkoholika. W każdej innej psychoterapii możliwość odmowy udziału w niej jest elementarnym składnikiem zaistnienia całego procesu.

poważnym wątpliwościom etycznym, czy w ogóle wolno stosować psychoanalizę w stosunku do dzieci, podejmuje się takie działania.

Problemy teorii Klein mają źródło w tym, że teoria ta i jej praktyczne cele są ze sobą tożsame. Psychoterapia jako forma komunikacji ma pewną szczególną cechę. Pochodzące z obszaru psychologii dyrektywy dotyczące sposobów postępowania wobec pacjenta mogą w niej łatwo zdominować jej sens filozoficzny. Innymi słowy, psychoterapeuta odczuwa zawsze pokusę, żeby wynik satysfakcjonujący pacjenta otrzymać za wszelką cenę, nawet za cenę wprowadzenia do praktyki teorii naturalistycznej czy symplifycznej. Gdy – jak to ma miejsce w psychoanalizie w ogóle, a w psychoanalizie dzieci w szczególności – brak intersubiektywnego sposobu kontroli stosowanych technik, psychoterapeuta wprowadza do teorii pojęcia, które dobrze pasują do prowadzonej praktyki. I tak Klein twierdzi, że człowiekiem rządzi przede wszystkim nienawiść, a Reich – że przede wszystkim miłość⁵⁴.

Celem analizy jest związanie nieświadomych treści motywacyjnych z *ego*, czyli, traktując rzecz w uproszczeniu, z racjonalną częścią psychiki pacjenta. Rzecz jednak w tym, że cała psychika nie jest traktowana przez Freuda w sposób wewnętrznie spójny. Twórca psychoanalizy odwraca mianowicie tradycyjny sposób widzenia człowieka. Do czasów Freuda uznawano, że biologia jest domeną zasady przetrwania. Freud odnajduje w niej bezsensowne dla instynktu samozachowawczego impulsy do doznawania przyjemności i zadawania cierpienia. Z kolei racjonalność ludzką pojmowano zwykle jako silną i integralną instancję psychiki ludzkiej, która wobec istnienia instynktu samozachowawczego może zadbać o cele wyższe i nie musi troszczyć się o banalne przetrwanie.

Dla Freuda *ego* jest istotnie odpowiedzialne za kontakt z rzeczywistością, ale równocześnie stanowi ono najsłabszą instancję życia psychicznego, utworzoną na granicy biologii i kultury. Paradoksalnie, w terapii odwołujemy się właśnie do tej instancji. Ta słabość *ego* była jednak w zamyśle twórcy psychoanalizy wspierana wysokimi kwalifikacjami psychoterapeuty, wśród których niebagatelną rolę odgrywała świadomość filozoficzna. Obraz ten skomplikowało jeszcze wprowadzenie pojęcia popędu śmierci. Obok dynamicznego i zmiennego *libido* Freud zauważył istnienie w psychice siły stałej i nie podlegającej rozwojowi. Z jednej strony konflikt między Erosem i Tanatosem jest niezmienny w swej pierwotnej sile, z drugiej wszystkie części aparatu biopsychicznego, w tym *ego*, ewoluują. Teoria Klein jest próbą pogodzenia tych dwóch sprzecznych w istocie tez freudyzmu, próbą, z której na gruncie psychoterapii zwycięsko wychodzi biologiczny czynnik natury ludzkiej.

⁵⁴ W. Reich, *Character Analysis*, transl. by V. C. Carfango, New York 1972, s. 286 i n.

Klein minimalizuje wpływ filozofii Freuda w terapii, uwzględniając jednak to, że pojęcie popędu śmierci dobrze wyraża „ducha” tej filozofii: pesymistyczny pogląd na naturę ludzką oraz konflikt natury i kultury. Pewna wspólnota w sferze „nastroju” filozoficznego nie oznacza jednak tych samych rozwiązań. Obraz potężnego konfliktu popędu śmierci z Erosem i sferą kultury jest, według Freuda, łagodzony przez analizę rozwoju jednostki. Freud nie ma wprawdzie wątpliwości, że sił popędowych jako konstytutywnych dla życia jednostki nie można wyeliminować z aparatu biopsychicznego człowieka, ale też w procesie rozwoju *ego* siły te, w swych punktach hiperkateksji, w punktach zwrotnych dla powstania nerwicy, łączą się z treściami świata kultury, nigdy nie działając w formie „czystej”. Biologia występuje u człowieka w postaci nienaruszonej tylko wtedy, gdy nie rozpoczął on swego istnienia ludzkiego, czyli nigdy.

Inaczej u Klein. Dwie potężne a biologicznie konstytutywne siły psychiki kształtują jej funkcje, będąc podstawowymi kanałami, jakimi może się realizować rozwój jednostki w okresie dlań decydującym, czyli w niemowlęctwie. Dlatego treści rozszczerzonego i scalanego życia psychicznego, idealizacja, sadyzm czy utrata, treści nasycone siłą pierwotnej biologii mogą w każdej chwili powrócić w życiu człowieka w postaci schizofrenii czy depresji. W koncepcji Klein popędy śmierci i życia działać mogą tam, gdzie wpływ kultury jeszcze nie istnieje. Biologia w tej koncepcji nie towarzyszy życiu psychicznemu, ona życie to już na samym jego wstępie determinuje.

Psychoanaliza rozwijała się i rozwija dwutorowo. Dla filozofów jest przede wszystkim teorią filozoficzną. Psychoterapeuci z kolei, dążąc do uczynienia z terapii medycznej techniki leczenia, mniej lub bardziej jawnie negują filozoficzny charakter freudyzmu i psychoterapii⁵⁵. To rozejście się dwóch składników psychoanalizy jest w znacznym stopniu skutkiem teorii i praktyki Melanii Klein.

NOTA OD AUTORA

Powyższy tekst pisałem kilka lat temu. Pierwsze próby opublikowania go nie powiodły się: tekst nie znalazł uznania w oczach recenzentów z uwagi na zbyt kontrowersyjne tezy dotyczące teorii Melanii Klein. Argumenty użyte przez recenzentów były mniej lub bardziej rzeczowe, ale ich ogólny ton był następujący: Melania Klein była wielką psychoanalityczką, o czym należy zaświadczać. Rzecz jednak w tym, że tekst mój nie traktuje o teorii Klein (zresztą jej wpływ w sferze kultury XX w. jest niezaprzeczalny), jego

⁵⁵ Co nie oznacza, że brak czynnika filozoficznego jest udziałem wszelkiej psychoterapii. Zjawisko to nie dotyczy na przykład psychologii humanistycznej.

treścią jest opis zagrożeń wynikających ze stosowania w praktyce złej teorii psychoterapeutycznej.

I oto dziś zostaje w Polsce opublikowana książka *Wojna o pamięć* Fredericka Crewsa. Jego zdaniem, Freud uważał prowadzoną przez siebie terapię za ugruntowaną w nauce, tymczasem wyniki uzyskiwane w jej trakcie były skutkiem jedynie jego sugestii. Co za tym idzie główne pojęcia psychoanalizy, jak: nieświadomość, opór, wyparcie, przeniesienie szkodzą pacjentom. Skala szkód ma charakter społeczny. W odniesieniu do freudyzmu mam więcej wahań niż Crews; co do psychoanalizy Klein to wiem, że dzieci są nieporównanie bardziej podatne na sugestię niż dorośli. W ten sposób tezy, w których słuszności nigdy nie wątpiłem, znalazły poparcie całkiem niezależne. Pozostaje mi tylko ubolewać, że nie miałem okazji wygłosić ich jako pierwszy.

Piotr Szalek

PSYCHOANALYSIS OF CHILDREN BY MELANIE KLEIN

Participants of polemics connected with the psychotherapeutic aspect of psychoanalysis, discuss the most often about technique. Controversies considerable relating to psychological theory and philosophy, lying at bases of this technique, are treated as secondary. This approach creates conflicting directives of therapeutic technique, forges its ethical dimension and description of psychical life of individual, introduces in the area of culture notions and phenomena not dependent on the social control. Threats resulting from these should be counteracted by psychotherapist's theoretical and philosophical reflection.