

Zbigniew Sokolik

Psychoterapia a psychoanaliza

Na leczenie w różnych dostępnych formach zgłaszają się cierpiący z bardzo różnymi objawami. Dawniej przeważały klasyczne objawy nerwicowe: lęki, fobie, natręctwa, nadpobudliwość, neuroastenia, czyli uczucie przemęczenia i osłabienia, i podobne. Obecnie przeważają cechy choroby pogranicznej, czyli *borderline*, jak poczucie braku celu w życiu, ogólne zniechęcenie, brak emocji, niemożność wchodzenia w związki, izolowanie się od ludzi, poczucie: „nie wiem, co bym chciał”, „jestem do niczego”, „jestem pusty”, „nie ma mnie”. Ponadto występują częściej głębsze lub płytsze depresje.

Jednak przy bliższym przyjrzeniu się tym objawom, zwykle stwierdza się, że pacjent mniej przywiązuje wagi do tego, czy ma taki czy inny objaw, a bardziej do tego, że czuje się ogólnie źle i chce, aby ktoś się nim zajął. Zresztą w ramach zespołu pogranicznego, czyli *borderline*, objawy są zwykle zmienne i mogą być co parę dni inne. Wtedy pacjent zwraca się do specjalisty, czyli osoby zawodowo trudniącej się szeroko rozumianym „pomaganiem”, dawaniem opieki, uwagi. Zależnie od nastawienia pacjenta żąda on albo farmakoterapii, albo leczenia słowem. Do tych pierwszych należą ci, którzy żądają formy opieki intensywnej, ale krótkiej oraz bardziej konkretnej. Taką formą są dokładne badania lekarskie i ambulatoryjne, poświęcony czas lekarza, jego cierpliwe słuchanie „jak ja cierpię”.

Najbardziej konkretna pomoc ma charakter recepty oraz leku, który działa na ośrodki emocji w mózgu. Dzięki temu objawy albo maleją, albo przynajmniej pacjent mniej się nimi przejmuje. Wadą farmakoterapii jest to, że musi ona trwać, choć z przerwami, ale jednak do końca życia. Niektóre leki działają jedynie parę godzin, inne — typu „Prozac” — brane przez parę miesięcy usuwają depresję na parę miesięcy. Po tym czasie trzeba jednak kurację stale powtarzać.

Drugiej formy leczenia — leczenia słowem, żądają pacjenci, którzy chcą opieki, pomocy, uwagi, zainteresowania przez dłuższy czas, parę miesięcy lub nawet lat. Dla nich powstała werbalna forma leczenia zwana psychoterapią. W sposób zorganizowany i stosowany przez leczącego świadomie, zaczęła być ona stoso-

wana od mniej więcej końca XIX wieku. Stosowana w sposób mimowolny przez lekarza była właściwie zawsze, ponieważ już od początku istnienia medycyny pacjent oczekiwał od leczącego oprócz ziół i mikstur również i pocieszenia. Wadą formy leczenia słowem jest, podobnie jak przy leczeniu farmakoterapią, fakt, że pomaga ona przeważnie tylko na pewien czas. Czyli zwykle po paru latach pacjent szuka innego psychoterapeuty i przechodzi kolejne leczenie. Sugeruje to, że w większości przypadków ta forma leczenia nie działa przyczynowo, lecz tylko objawowo. Zależy to zresztą od formy psychoterapii.

Najwcześniejszą formą psychoterapii, stosowaną już w XIX wieku, były porady oparte na zasadach zdrowego rozsądku. Lekarz lub psycholog wypytывał dokładnie, jakie są doraźnie występujące przyczyny objawów, co je poprzedza, jakie zjawiska zewnętrzne zaburzają najbardziej nerwicowca.

Dawniej bardzo modne były objawy histeryczne po konfliktach w rodzinie. Wtedy radzono „unikąć konfliktów, nie denerwować się”, „w rodzinie należy się kochać”. Częstym objawem były — i są nadal — bóle migrenowe, występujące zamiast lub po wybuchu złości. Wtedy rada była podobna: nie wolno złościć się, nie mieć konfliktów, żyć w miłości.

W przypadku depresji zawsze objawem towarzyszącym jest uczucie przemęczenia, braku energii, spowolnienia. Wówczas radzono: „nie przemęczać się”, „dużo odpoczywać”, „wyjechać «do wód»”. Oczywiście, rady te były przeważnie logiczne i mądre, i na jakiś czas pomagały. Jednak każdy człowiek zawsze będzie miał okazję, aby się denerwować. Wtedy musi wrócić na psychoterapię do tego samego lub — częściej — do innego psychoterapeuty, co mu również na jakiś czas pomagało.

Z biegiem czasu powstawały inne formy leczenia słowem. I tak powstały, i nadal są modne, tak zwane psychoterapie humanistyczne. Polegają one na okazywaniu pacjentowi emocji, sympatii, empatii, zrozumienia, współczucia i podobnych emocji w trakcie sesji terapeutycznej. Czyli innymi słowy, jest to leczenie przez dobry związek, przez kontakt w trakcie sesji. Terapeuci ci wychodzą z założenia, zresztą na pewno całkowicie słusznego, że człowiek jest jak akumulator. Gdy ma nerwicę, jest jakby „rozładowany”, czyli leczenie ma polegać na „naładowaniu” go pozytywnymi emocjami. Jest to prawda i to się sprawdza. Tylko że powszechnie wiadomo, że każdy akumulator trzeba okresowo ładować, czyli wracać na leczenie.

Jest również pokrewna forma kuracji, która polega na tym, aby pokazać pacjentowi, że sam ma w sobie „rezerwy” takich pozytywnych emocji. Istotnie każdy człowiek ma je w sobie. Tylko że po pewnym czasie zapomni o nich i po paru latach trzeba znów mu przypominać. Takich form psychoterapii humanistycznej, opartej na związku uczuciowym z terapeutą, na okazywaniu empatii, zrozumienia, jest dużo. Różnią się one w szczegółach, zwłaszcza dotyczących sposobu, w jaki wchodzi się w dobry związek emocjonalny z pacjentem. Na przykład istnieje technika w neopsychoanalizie (nie mylić z psychoanalizą),

gdzie zamiast kozetki freudowskiej, obie strony siedzą przy stoliku i terapeuta również opowiada o swoich kłopotach, problemach i jak sobie z nimi radzi. Czyni to nie po to, aby obciążać pacjenta swoją osobą, lecz aby wejść w związek emocjonalny z nim. Wynika to z założenia, że gdy wzajemnie mówią sobie o swoich problemach, to właśnie to daje dobry kontakt emocjonalny. Jest to założenie, że tylko ten kontakt leczy i „naładuje akumulatory” pacjentowi. A badanie problemów ma małe znaczenie.

Do szkoły humanistycznej można zaliczyć tak zwaną psychoterapię zorientowaną psychoanalitycznie, opartą na poglądach Melanii Klein (tu również nie mylić z psychoanalizą). Autorka ta zakłada, że podczas kuracji pacjent wszystkie emocje przenosi z innych osób na terapeuta. Jak wykazuje praktyka, jest to założenie prawdziwe. Leczenie powinno polegać wyłącznie na okazywaniu zrozumienia i akceptacji faktu, że pacjent wszystko przenosi na terapeuta. Dzięki temu „ładuje się akumulatory” pacjentowi.

Na przykład pacjent miał złość do żony. Wtedy terapeuta okazuje, że rozumie i akceptuje złość, skierowaną w tym momencie do niego. Albo: pacjent przypisuje swojemu szefowi wrogość do niego. Terapeuta okazuje zrozumienie i akceptację faktu, że pacjent również jemu przypisuje wrogie nastawienie. To również na pewien czas „ładuje akumulatory”.

Inna forma psychoterapii polega na tak zwanej dezynsytyzacji, czyli odwarunkowania, odczulenia. Na przykład pacjent ma lęki i fobie przed brudem. Terapeuta z tej szkoły zakłada, że nie ma sensu długotrwałe badanie przyczyn tych lęków. Wystarczy „podawać brud” w jakiejś konkretnej formie pacjentowi, w dawkach bardzo małych, ale stale rosnących. Wtedy pacjent staje się mniej wrażliwy na ten brud. Jest to metoda podobna do leczenia alergii. Metoda ta jednak nie usuwa przyczyny lęków. Pacjent po jakimś czasie zapomina, że „ma nie bać się” i kurację trzeba powtarzać. Takie metody psychoterapii behawioralnej, polegającej na odczulaniu, dezynsytyzacji poszczególnych objawów są dość popularne, bo zajmują mało czasu i rzeczywiście pomagają. Tylko że zwykle pacjent zmienia objawy, bo ma ogólną tendencję do reagowania w taki sposób. Na przykład wyżej wymieniony pacjent może być wyleczony z fobii przed brudem, ale po pewnym czasie, „w zamian za to” nabierze innej fobii: przed zamkniętą przestrzenią, przed wysokością, przed ludźmi itp.

Często jest stosowana, wspomniana wyżej, psychoterapia zorientowana psychoanalitycznie (nie mylić z psychoanalizą), terapia dynamiczna, głębinowa, odkrywająca i nosząca inne podobne nazwy. Jest ona nieco podobna do psychoanalizy, ale dużo krótsza, stosowana jeden lub dwa razy w tygodniu i oparta nie na analizowaniu przeniesień i nieświadomości, ale na badaniu konkretnych problemów. Kiedyś wiązano wielkie nadzieje z tą formą leczenia, zwłaszcza w formie grupowej. Była bardzo modna w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Obecnie uważa się, że zawiodła ona nadzieje w niej pokładane.

Polegała ona na tym, że badało się metodą wolnych kojarzeń, czyli podobną do techniki Freuda, przyczyny ukryte poszczególnych objawów. Zakładano, że przyczyną objawu jest problem, na przykład zaburzenie relacji interpersonalnych, którego przyczyna nie jest jasna dla pacjenta. Odkrycie tej przyczyny zazwyczaj pomaga pacjentowi uświadomić sobie, „co robić, aby pozbyć się objawu”. Istotnie, przeważnie poznaje przyczynę i „wie”, co ma robić. Kłopot polega na tym, że przeważnie nie jest zdolny do zastosowania tej wiedzy. Na przykład pacjent, który dowie się, że jego liczne objawy są skutkiem palenia, zwykle nie może przestać palić. Gdy pozna, że jego bóle głowy, serca itp., są efektem tłumienia agresji, zwykle nie da rady ani przestać jej tłumić, ani jej się pozbyć. Gdy ktoś zobaczy, że jego depresja lub lęki są efektem np. konfliktów w rodzinie — zwykle, choć chce, to nie potrafi zmienić tych relacji.

Istnieje również grupa psychoterapii oparta na procesach poznawczych. Założeniem ich jest pogląd, że przyczyną objawów nerwicowych są błędne przekonania o sobie i o innych. Leczenie polega na korygowaniu tych błędnych sądów. W subiektywnym podejściu pacjenta mogą być rzeczywiście powody do lęków czy depresji. Gdy wykaże mu się, że jego podejście jest tylko subiektywne, jednostronne, nieprawidłowe, niezgodne z rzeczywistością — objawy istotnie mijają. Jednak ta tendencja do nieprawidłowego widzenia rzeczywistości wraca, bo ma ona głębsze przyczyny w osobowości pacjenta. Czyli po jakimś czasie trzeba znów go przekonywać, że jego kolejny objaw jest znów efektem tego, że coś nieprawidłowo widzi.

Jedną z nowszych metod leczenia psychoterapeutycznego jest podejście systemowo-interakcyjne. Zakłada ono, że nerwica jednego członka rodziny jest tylko pozorna i że naprawdę chore są relacje, związki w całej rodzinie. Wtedy leczenie polega na zmienianiu całej rodziny: interakcji, ról, jakie przybierają członkowie, sposobu komunikowania się między nimi, sposobu ich zachowania się. Istotnie, gdy psychoterapeuta uzyska zmianę relacji, związków, komunikowania się członków rodziny — objawy członka oddelegowanego do roli „chorego” modyfikują się lub zanikają. Jednakże nie rozwiązuje to zagadki, dlaczego poszczególni członkowie rodziny weszli w takie związki, a nie inne, pełnią takie role rodzinne, a nie inne. Co jest w ich osobowości, co ich do tych ról przymusza? Gdy terapeuta zmienia ich interakcje, relacje interpersonalne, to nie zmienia ich osobowości. Czyli konkretny objaw danej jednostki może minąć, ale osobowość innych członków rodziny pozostaje i po jakimś czasie, nawet dłuższym, musi dać inne zaburzenie interakcji i objawów u innych członków rodziny. Wówczas kurację trzeba powtórzyć.

Z tych rozważań wynika, że różne formy psychoterapii w większości przypadków dają efekty lecznicze pozytywne, jednak bez istotnych zmian osobowości u pacjenta. Toteż nawet najbardziej dobry skutek leczenia nie zapobiega temu, że nawet po latach wraca inny objaw nerwicy, inaczej ułożony. Dlatego badania statystyczne skuteczności tej czy innej formy leczenia należy przyjąć

mować ostrożnie. Osoba pozornie wyleczona zwykle po jakimś czasie trafia do innego psychoterapeuty, z innymi objawami i z rozpoznaniem innej nerwicy. Dlatego także ludzie dążyli do wynalezienia innych metod, które nie mają na celu usuwania objawów, lecz zmienianie osobowości, emocji, sposobów reagowania.

* * *

Twórca psychoanalizy, Zygmunt Freud, był członkiem rodziny żydowskiej, wprawdzie dobrze asymilowanej do kultury austriacko-niemieckiej, ale jednocześnie pozostającej pod wpływem tradycji żydowskiej. Był Żydem niewierzącym, ale wówczas — druga połowa XIX wieku — rodziny żydowskie żyły w pewnej izolacji, ułatwiającej zachowanie tradycji.

Jak wiadomo, istniały dwie tradycje wynikające z religii żydowskiej. Jedna, bardziej ortodoksyjna, rabinacka, wywodząca się z Tory i Talmudu. Druga, mniej ortodoksyjna, nie pochwalana przez rabinów, ale i nie zwalczana, gnostyczna, kabalistyczna. W pewnym stopniu identyczny podział na nurt oficjalny, kapłański, i drugi, bardziej gnostyczno-mistyczny, występuje w większości religii. Ale Żydzi, mniej nastawieni dogmatycznie, uniknęli rozłamów, herezji i wojen religijnych.

W czasach młodości Freuda istniało w Wiedniu nieoficjalne koło badaczy kabały żydowskiej. Nie wiemy, czy Freud do niego należał, ale nawet jeśli nie, to musiał mieć z nim jakiś związek przez kolegów i znajomych. Z tego względu można orzec, że twórca psychoanalizy był pod dwojakim, równoległym wpływem: kultury i nauki niemieckiej w wydaniu XIX wieku i tradycji żydowskiej. W owym czasie było sporo znanych ludzi pod takim podwójnym wpływem. Należeli do nich, na przykład, F. Kafka z bogatymi fantazjami z pogranicza świadomości i nieświadomości, snu i jawy oraz M. Proust i jego bogate opisy lęków, przygnębień, niepokoju.

Psychoanaliza wywodzi się ze różnicowania między świadomością a nieświadomością, z odróżnienia języka świadomego od języka snów i fantazji, z odkrycia zjawiska przenoszenia (niem. *Übertragung*) emocji z jednego człowieka na innego lub na psychoanalitika oraz z prób interpretowania i wyjaśniania tych różnic i zjawisk. Czyli jest hermeneutyką stosowaną.

Pojęcie nieświadomości, choć używane w języku codziennym, zostało po raz pierwszy opisane w księdze kabały *Sefer Jecira* (czyli Księdze Stworzenia). Powstała ona w pierwszych latach po Chrystusie jako efekt spotkania się w Aleksandrii kultur żydowskiej, greckiej i chrześcijańskiej. Opisuje ona człowieka jako zespół dziesięciu „sefir” (czyli emanacji boskich). Układają się one w trzy szeregi: prawy-pierwszy nieświadomy, środkowy boski, lewy-ostatni świadomy.

Inna z głównych ksiąg kabały — gnozy żydowskiej: *Zohar* powstała w Hiszpanii pod koniec średniowiecza. Opisuje ona świat jako wyłącznie zespół symboli. Jest to sposób ujmowania świata przez twórców psychoanalizy: Freuda i Junga.

Zwłaszcza księgi Starego Testamentu *Zohar* opisuje jako mające zawsze znaczenie wyłącznie symboliczne. Jest to oczywiście niezgodne z ortodoksyjną tradycją rabinacką. W księdze tej opisuje się ponadto zjawisko przenoszenia emocji, rozumienia, nastawienia z jednego symbolu na inny. Czyli zjawisko bardzo typowe dla psychoanalizy.

Nie wiemy, czy Freud studiował księgi kabały żydowskiej. Miały one jednak liczne komentarze w wiekach późniejszych i z nimi Freud mógł mieć kontakt. Ale ponadto księgi te miały duży wpływ na religię, na tradycję, kulturę i sposób myślenia i ujmowania świata u Żydów. Nie jest możliwe, aby twórca psychoanalizy nie był pod ich wpływem bezpośrednio lub pośrednio i by nie wpływały na same odkrycia psychoanalizy.

Księga *Zohar*, opisując świat, religię i człowieka jako symbole, używa licznych metafor i metonimii. Freud te zjawiska opisał jako przemieszczania i przenoszenia oraz jako zagęszczenie. Odkrył je w nieświadomości, w snach, w omyłkach i żartach.

Freud znał licznych pisarzy i filozofów europejskich. Wiadomo, że był pod wpływem Schopenhauera, Nietzschego, Goethego. Od nich zapewne przejął założenie, że człowiek jest kierowany przez siły nieświadome, ukryte, niemożliwe do poznania bez użycia specjalnych metod badania. Takie specjalne metody badania nazwał psychoanalizą.

Co w psychoanalizie możemy poznać, rozumieć? Według Freuda jest możliwe poznanie, objaśnienie ukrytego, symbolicznego sensu mowy, przeciwnego sensowi jawnemu. Czyli psychoanaliza w wydaniu Freuda jest nauką objaśniającą, hermeneutyczną.

Oczywiście, Freud traktował psychoanalizę jako jedną z nauk lekarskich, przyrodniczych. Dążył do tego, aby była ona jedną z wielu, podobną do innych metodą leczenia chorób układu nerwowego. Dziś uważa się ją za naukę humanistyczną. W Polsce i innych krajach niewielu lekarzy specjalizuje się w psychoanalizie, zaś przeciętny lekarz często nie zna nawet tego słowa. Jest ona domeną psychologów i zawodów pokrewnych, zaś w książkach socjologicznych i filozoficznych to hasło zajmuje coraz więcej miejsca.

Inny autor, Habermas, psychoanalizę zalicza do nauk krytycznych, czyli emancypujących człowieka z przymusów społecznych, a nie objaśniających (gr. *hermeneutikos*) ukryte znaczenie¹.

Natomiast twórca tak zwanej szkoły francuskiej psychoanalizy, Jaques Lacan, określa siebie jako antyhermeneutę. Twierdzi, że psychoanaliza nie objaśnia, bo nie ma co objaśniać. Nie odkrywa ukrytego znaczenia, bo nie ma z góry danego znaczenia. Nie objaśnia (jak uważał Freud) znaczenia języka ukrytego, bo dopiero język jako system znaczących nadaje sens, znaczenie — w każdym przypadku zresztą inne.

¹ Tu psychoanaliza znalazła się w mało sympatycznym towarzystwie marksizmu.

Warto pamiętać, że ta szkoła francuska, obejmująca początkowo tylko Francję i kraje romańskie, rozwija się najszybciej ze wszystkich szkół psychoanalizy i w większości krajów już przeważa ilościowo.

Freud, odkrywając ukrytą warstwę nieświadomości, był przekonany do końca życia, że dotarł do przyczyn nerwicy. Tak nadal uważają niektórzy ortodoksyjni freudyści. Opierają oni swą teorię na założeniu, że jeśli drogą wolnych kojarzeń analityk pozna drobne fragmenty nieświadomości, to sam może je ułożyć w całość i uznać tę całość za ostateczną przyczynę nerwicy. Dziś już nie wszyscy freudyści tak uważają. Istnieją opinie, że analityk „składając” całość nieświadomości pacjenta z fragmentów wolnych kojarzeń tworzy nową jakość, czyli nadaje kojarzeniom własny sens, znaczenie. Sądzi się, że to nadanie sensu, nazwy, znaczenia — leczy. Jest to też zgodne z Freudem, który twierdził, że nadanie nazwy, czyli symbolizacja objawu, części nieświadomości — poddaje ją pod kontrolę części świadomej. Poddaje pod kontrolę, czyli usuwa objaw.

Jeszcze dalej poszedł w tym właśnie kierunku Lacan. Stwierdził (jako strukturalista), że człowiek składa się tylko z języka i słowa. Nie ma swoistego jądra, nie ma własnego *self*, jak to podaje na przykład szkoła amerykańska psychoanalizy (H. Kohut i in.). Człowiek ma poczucie własnej, odrębnej podmiotowości, jeśli nie jest psychotyczny. Jednak według Lacana jest to wyłącznie podmiot mówienia: „ten, który mówi”. Poza mową nie ma nic. Lub jak Lacan mówi: „jest nic”.

Sama mowa nie ma sensu, znaczenia, składa się ze znaków znaczących, które pojedynczo nie znaczą. Stąd wniosek, że pierwotnie nie ma sensu, znaczenia. Następnie podmiot mówiąc nadaje sens, znaczenie jakiemuś objawowi, przez co usuwa objaw. Na miejsce objawu w sposób symboliczny „wchodzi” psychoanalityk. Na koniec wkracza mowa psychoanalitka, która obala sens nadany przez *ego* (*subversion du ego*) i ogołaca ze złudzeń podmiot (*destitution de sujet*). Takie nadawanie znaczenia i sensu (błédnego) i następnie obalanie go, jest — według psychoanalizy szkoły francuskiej — mechanizmem, który leczy.

Obecnie coraz więcej autorów uważa, że sens, znaczenie, prawda jest tworzona przez pacjenta dopiero podczas podawania do analizowania własnych kojarzeń. Czyli nie ma uprzednio istniejącej prawdy „czekającej na odkrycie”. Zakłada się również, że analityk interpretując, objaśniając dane kojarzenie nadaje swoją prawdę, sens, znaczenie. Czy tę nową prawdę tworzoną przez Podmiot (pacjenta lub analityka) w czasie wypowiedzania i wypowiedzi można poznać? Tu też odpowiedzi są rozbieżne. Szkoła Lacana przyjmuje krańcowe założenie, że takiej prawdy nie ma, że podmiot wypowiadając nadaje sens-bezsens, znaczenie-nieznaczenie. I że rolą psychoanalitka i mechanizmem leczenia jest obalenie tego. Czyli nieważne jest znaczenie wypowiedzi, która jest nieistotna, zmienna. Ważne jest samo znaczące, czyli nadawanie znaczenia (de Saussure i inni strukturaliści).

Bardziej ortodoksyjni freudyści skłonni są przypisać wypowiadaniu istotny mechanizm tworzenia sensu, nadawania znaczenia, które może być prawdziwe lub fałszywe. Istotną rolę w odróżnianiu nieświadomej prawdy od fałszu przypisują emocjom. Gdy pacjent (lub ktoś inny) odkryje coś ukrytego, to uważa się, że zawsze towarzyszą temu silne emocje. Są one dowodem, że zostało odkryte coś nowego, co istotnie jest prawdziwe, i co mogło być powodem różnych zaburzeń.

Szkoła Lacana nie przywiązuje wagi do emocji. Uważa ją za część łańcucha znaczących, tak jak każda inna wypowiedź lub słowo.

Pozostaje jednak zagadnienie do rozwiązania: czy możliwe jest rozumienie Innego bez narzucenia mu Własnego. Pacjent może rozumieć, objaśnić, interpretować swoją wypowiedź. Tak się dzieje w psychoanalizie, że przeważnie pacjent interpretuje siebie. Ale czy jest możliwe, aby analityk go rozumiał bez (nieświadomego) narzucania mu własnej prawdy, własnego sensu, znaczenia?

* * *

Z powyższych rozważań wynika wniosek, że podstawowa różnica między psychoterapią a psychoanalizą leży w fakcie mechanizmu leczenia: objawowego — w przypadku psychoterapii, a przyczynowego — w przypadku psychoanalizy. Dotyczy to wszystkich form psychoterapii wymienionych uprzednio. Również, a może zwłaszcza psychoterapii zorientowanych psychoanalitycznie.

Psychoanaliza z założenia leczy nerwicę przyczynowo, ale nie ma w niej mechanizmów nastawionych na pozbycie się zewnętrznych objawów, choć, jak wspomniano, są różne poglądy w różnych szkołach psychoanalizy na genezę, mechanizmy rozwoju i cel powstawania nerwicy. Przyjmując odmienne poglądy na etiologię choroby, musimy założyć, że leczenie przyczynowe ma również inne mechanizmy. W najbardziej klasycznej psychoanalizie zakłada się, że jest to mechanizm hermeneutyczny. W nowszych szkołach przyjmuje się, że mechanizmem leczenia przyczynowego musi być obalenie funkcji *ego* i uzyskanie czystego, pozbawionego złudzeń (*destitution, desillusion*) Podmiotu.

Nie tu jednak, jak sądzę, leży główna różnica między mechanizmami psychoterapii i psychoanalizy. Wydaje się, że główną różnicą jest dążenie do wprowadzenia pacjenta w rolę małego dziecka — w psychoterapii i chęć uczynienia z pacjenta osoby całkowicie dorosłej — w psychoanalizie. Są to mechanizmy nieświadome, stosowane raczej mimowolnie. Oczywiście, żaden psychoterapeuta nie mówi pacjentowi: „bądź dzieckiem”, ani żaden psychoanalityk nie mówi: „bądź dorosły”.

Jednak w każdej psychoterapii jest element „wpływania” na pacjenta. Temu nie zaprzecza żaden terapeuta. Może to mieć formę bardziej jawną: dawanie sugestii, pokazywanie wymagań rzeczywistości, dawanie zaleceń, albo bardziej

dyskretną: na przykład pozornie neutralnego rozważania problemu, z czego by wynikało, co byłoby bardziej korzystne czynić pacjentowi.

Zawsze kierowanie kimś, wpływanie na kogoś, radzenie, zakłada, że w każdym, bez wyjątku, przypadku mamy do czynienia z „małym”, „głupim” dzieckiem, które nie jest zdolne do samodzielnego myślenia i podejmowania decyzji. I to zarówno w przypadku kierowania nim w sposób jawny czy ukryty. Podtekst jest zawsze ten sam: „ja jestem mądrzejszy, ty jesteś głupszy, niedorosły, dlatego ja tylko wiem, co jest dla ciebie dobre”.

Istotnie, w konkretnym przypadku psychoterapeuta może „lepiej” wiedzieć, co jest dla pacjenta („dziecka”) korzystniejsze. I pozycja posłuszeństwa, uległości może pacjentowi („dziecku”) na krótki czas pomóc w konkretnym problemie. Jednak pacjent zawsze (świadomie lub nieświadomie) widzi ten podtekst — że wchodzi w rolę dziecka. Jeśli istotnie ulegnie i przypadkiem mu to pomoże, powstaje groźba wyrobienia sobie odruchu wejścia w rolę „głupiego”, „niezaradnego”, „infantylnego” przy każdym najmniejszym problemie. Niedojrzałość, infantylność zawsze, jak uważa się w psychoanalizie, leży u podłoża zachowań nerwicowych. Dlatego tego typu kuracja może pomóc na krótki czas, ale zaszkodzić — zawsze na dłuższy. Aby tego uniknąć, pacjent ma tylko jedno wyjście: nie posłuchać, zrobić według własnego uznania lub nawet na przekór.

Cele psychoanalizy można przedstawić jako odwrotne w stosunku do wyżej opisanych. W wyniku leczenia pacjent ma być maksymalnie dorosły, niezależny, sam decydujący o sobie. Warunkiem jest całkowicie neutralna, bierna postawa analityka. Jego długie okresy milczenia dają okazję, a nawet zmuszają pacjenta, do samodzielnego badania siebie, swojej nieświadomości. Milcząca reakcja analityka na pytania, „co robić”, zmusza pacjenta do samodzielnego rozwiązania zagadki, „co chcę” robić, jakie mam potrzeby, pragnienia, jakie są powody, że ich się boję, że się bronię przed nimi, że ich nie chcę widzieć.

Aby pacjent samodzielnie mógł się rozwijać, rola analityka musi być neutralna, bierna, nienarzucająca. Jednak nie jest ona zerowa. Ma on dwa zadania do wykonania: rolę pomocnika w analizowaniu nieświadomości i rolę katalizatora w powstawaniu i badaniu przeniesień na niego, powstających w procesie psychoanalizy. Dlatego, mimo że pozostaje mało aktywny, jest bardzo ważnym, niezbędnym czynnikiem procesu psychoanalizy.

Rolę analityka różnie się określa w różnych szkołach analizy. Wedle ortodoksyjnej szkoły freudowskiej, rola analityka jest bardziej bierna, pomocnicza i prowokująca przeniesienia. W szkole angielskiej ma on rolę aktywniejszą w okazywaniu rozumienia i empatii reakcji przeniesieniowych do niego. W szkole psychologii *ego* głównym jego zadaniem jest badanie razem z pacjentem mechanizmów rozwojowych i obronnych *ego*, co oznacza, że wykonuje on rolę pośrednią między psychoterapią a analizą. W szkole francuskiej Lacana rolą psychoanalityka jest obalanie *ego*, ujmowanie siebie i świata z pozycji *ego*. Celem analizy zaś, jest odkrycie własnego podmiotu, podmiotu mówienia i pragnienia.

Psychotherapy and psychoanalysis

In spite of various affinities psychotherapy should be clearly distinguished from psychoanalysis, argues the author. Therapy is limited by its immediate medical and practical functions. Psychoanalysis has more freedom to better understand the patient and to offer him a fuller understanding of his/her condition.