

## **Przeciwprzeniesienie**

Dr Adam Curyło

Na początku, chciałbym w przybliżeniu określić cel jaki sobie wyznaczyłem. Podejmując się tego zadania, na pewno nie mam ambicji wygłoszenia czegoś w rodzaju monograficznego wykładu obejmującego całościowo tak wielowymiarowe zjawisko, jakim jest przeciwprzeniesienie. Nie dokonam, również systematycznego przeglądu, dosyć bogatej jednak literatury, traktującej o przeciwprzeniesieniu. Zainteresowanych odsyłam do pozycji takich autorów jak Kernberg, Winnicot, Segal, Racker, Gitelson, Meninger czy Anna Reich). Zadanie, które pragnąłbym zrealizować, w jakiejś mierze wspólnie z Państwem, scharakteryzowałbym następująco: Będzie to próba uchwycenia, zidentyfikowania i nazwania rozbieżności w rozumieniu i myśleniu o nieświadomych procesach intrapsychicznych i interpsychicznych – występujących w obrębie tego obszaru, który zwykło się określać jako relacja terapeutyczna. O procesach, które występując - jednocześnie tworzą tę relację i są nierozzerwalnie ze sobą powiązane.

Relację terapeutyczną – czyli – związek emocjonalny dwojga ludzi – z których jeden jest w roli pacjenta a drugi - terapeuty; czyli w relacji od samego początku i z definicji zbudowanej na stosunku emocjonalnej zależności. Procesy te, zjawiska - występujące w psychiczności dwójki uczestników relacji terapeutycznej, tak jak wspomniałem, współtworzą ją na zasadzie niekończących się interakcji. Wyodrębnienie zatem i omawianie zjawiska przeciwprzeniesienia, stwarzające albo mogące stworzyć wrażenie, że jest ono niemalże samodzielnym bytem, jest zabiegiem sztucznym i nie do końca uprawnionym. Ale decydując się na ten krok, idę w ślady wielu badaczy, analityków – i teoretyków, którzy odczuwali potrzebę i sens konceptualizowania i nadawania teoretycznych ram i uzasadnień temu co robią w praktyce, czyli leczeniu.

W jaki sposób chciałbym zmierzyć się z tak sformułowanym zadaniem - wyzwaniem.

I

Na początku spróbuję zdefiniować zjawisko przeciwprzeniesienia. Opierając się, rzecz jasna, na dotychczasowych ustaleniach teoretycznych i na moich własnych doświadczeniach superwizyjnych, zarówno jako superwizowany jak i superwizujący.

II

Następnie przedstawiłbym Państwu kilka własnych refleksji, czy może właściwiej będzie powiedzieć – wyobrażeń o aktualnym stanie percepcji, rozumienia i operacjonalizacji tego pojęcia w naszym szeroko rozumianym, środowisku. Środowisku, które identyfikuje się świadomie z określeniem psychodynamiczność.

III

I na koniec tytułem zaproszenia do dyskusji, wokół prezentowanych przypadków spróbuję zarysować, zaproponować opis- charakteru rozbieżności, które najpełniej rysują się w myśleniu o przeciwprzeniesieniu.

Być może powtarzają one - wspomniane powyżej rozbieżności - historyczne spory i nieustanny dialog toczący się w teoretycznym obszarze psychoanalizy. Bo w swojej istocie i ciągle należy to powtarzać, że poruszając się w przestrzeni teoretycznej - używamy języka ściśle psychoanalitycznego, być może, niekiedy go nadużywając. Rozbieżności występujące pomiędzy naszymi środowiskami, które z definicji, różnią się tak jak dzieci wyrosłe w innych domach i wychowywane przez innych rodziców. Używamy tych samych słów, mówimy o tych samych pojęciach i możemy ulec złudzeniu, że się rozumiemy, że myślimy o tym samym. Opis ten, oparty jest na dotychczasowej wymianie myśli, która rozpoczęła się już dosyć dawno a przybrała bardziej zorganizowaną formę w ramach dyskusji, które toczą się na forum naszego Towarzystwa.

Jak można zdefiniować przeciwprzeniesienia ?

Myślę , że najogólniej (w pierwszym podstawowym ujęciu) można określić przeciwprzeniesienie jako nieświadomą, skomplikowaną, emocjonalną odpowiedź czy też reakcję terapeuty na wnoszone w obszar kontaktu pragnienia, potrzeby, uczucia, lęki, impulsy, tendencje konflikty, deficyty i tym podobne pacjenta, czyli jego psychiczność. Lub innym słowy w wyniku specyficznego, w pewnym sensie bezpośredniego, kontaktu z pacjentem w warunkach sesji terapeutycznej w terapii, a dokładnie rzecz ujmując w jego nieświadomości aktywizowane są odpowiadające konfliktom i deficytom pacjenta jego własne konflikty i deficyty. Ale również zaliczyłbym do tak rozumianego przeciwprzeniesienia, nieświadome wtórne reakcje emocjonalne terapeuty na owe pierwotne odpowiedzi, czyli niejako - jeśli tak w ogóle można powiedzieć - reakcje na przeciwuczucia, przeciwlęki, przeciwimpulsy, przeciwpotrzeby, przeciw tendencje wzbudzane, prowokowane – ewokowane w psychiczności terapeuty. Część nich, odległe echo, tak zwane derywaty, w formie mniej lub bardziej przetworzonej, mogą przejawiać się pod postacią obserwowanych przez terapeutę, czyli świadomie odczuwanych wrażeń , fantazji, myśli, impulsów, lęku, napięcia jak również nie do końca zrozumiałych zachowań. Czyli mieszczą się w tym pojęciu, reakcje emocjonalne terapeuty, na określone, specyficzne treści, wnoszone przez pacjenta, wprowadzane przez niego w relację terapeutyczną, z pozycji zależności. Innymi słowy pacjent przychodząc na pierwsze - spotkanie, ba dzwoniąc, umawiając się na terapię, podejmując decyzję – tworzy nieświadomie, niejasną

ale zdefiniowaną jako matryca, przestrzeń- z którą nieuchronnie styka się terapeuta, wchodzi w nią, jest przez nią ogarniany, pochwycony, zanurza się w niej, jest poddany jej aktywnemu, dynamicznemu oddziaływaniu. Czyli, zarysowuję w ten sposób zjawisko, które zwykle się nazywać przeniesieniem. Przestrzeń – która jest matrycą interpretacji, odruchowych, nieświadomych odczytywań, zaznaczeń, często autorytarnych definicji z góry przesadzonych - z góry czyli z przeszłości pacjenta. Pacjent nieświadomie nakłada na wszystkie zachowania, gesty, słowa, komentarze terapeuty, na sesję, czas sesji, na ciszę, na milczenie na to wszystko nakłada emocjonalną, stabilną lub niestabilną, spójną lub chaotyczną siatkę znaczeń. Jaki charakter będzie miała ta sieć (zależać to będzie rzecz jasna od poziomu patologii osobowości pacjenta). Terapeuta zostaje więc nieuchronnie pochwycony w tę sieć (otula się nią i jest nią omotany, szarpie się w niej i z nią) lub jej się przygląda to znaczy albo się z nią identyfikuje i przeżywa siebie i pacjenta i działa w związku z tym zgodnie z niejako narzuconym schematem emocjonalnym. Albo też wychodząc od tej samej nieświadomej identyfikacji, nieświadomie jej zaprzecza i zachowuje się przeciwnie, odwrotnie niż schemat w którym jest zanurzony (na przykład identyfikuje się z sadystycznym obiektem pacjenta a zachowuje się nadmiernie opiekuńczo). Albo (i tak jest najczęściej) jego aktywność terapeutyczna jest mozaiką, wypadkową, zachowań:

- częściowo zgodnych z tym nieświadomym schematem
- częściowo zaprzeczonych czyli odwróconych w przeciwieństwo lub (wypartych, dysocjowanych, tłumionych lub w jeszcze inny sposób przetworzonych reakcji), które w końcu odnajdują swój wyraz w świadomych, a zatem potencjalnie bardziej kontrolowanych tak zwanych interwencjach terapeutycznych.

W tym pierwszym ujęciu – jak sami Państwo czujecie – opis przeciwprzeniesienia zbliża się i w pewnym stopniu, tożsamy jest z czymś, co określić można jako nawiązanie kontaktu emocjonalnego. Innymi słowy, bezpośrednie spotkanie dwóch „dynamicznych nieświadomości”, z których jedna jest „z założenia” mniej zdrowa. I takie ujęcie sugeruje, narzuca wręcz, specyficzne myślenie o przeciwprzeniesieniu, jako zjawisku które obejmuje, podstawowe nieświadome kwestie i funkcje tworzenia relacji i nawiązania interakcji. A także jednocześnie wiąże się czymś co nazwać można diagnozą, rozpoznaniem, rozeznaniem, odczuciem, odczytaniem odczuć a następnie nazwaniem z kim mamy do czynienia, jakie problemy, jakie uczucia, jakie impulsy, potrzeby, jakie przesunięcia, zaprzeczenia, jakie lęki i jakie pragnienia i jakie deficyty wreszcie wnosi człowiek który siedzi przed nami i do nas mówi będąc w roli pacjenta. Czyli skrótowo rzecz ujmując, coś co można nazwać pętlą przeniesieniowo- przeciwprzeniesieniową może w jakimś stopniu stanowić podstawę kontaktu i relacji i tworzyć ten kontakt i tą relację. I taka relacja z wpisanymi w nią treściami przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowymi umożliwia terapeutcie wykonywanie swojej pracy, ponieważ na relacji, na związku terapeutycznym przede wszystkim na nim może się oprzeć.

W drugim ujęciu opis przeciwprzeniesienia, bardziej pokrywa się z czymś co można metaforycznie nazwać „zachorowaniem” terapeuty – czyli sytuacją gdy zasygnalizowane procesy emocjonalne (przeciwprzeniesieniowe) zdominują, lub zaczynają dominować całą przestrzeń psychiczną terapeuty i pojawiają się wyraźne symptomy czyli objawy (których świadoma kontrola staje się trudna lub wręcz niemożliwa). Jaka jest ich charakterystyka - wszyscy Państwo doskonale wiecie. Jest ich niezliczona ilość – dla przykładu wymienię kilka z nich:

- Niejasny silny lęk przed sesją
- Silna złość i irytacja na pacjenta
- Senność, znużenie, zmęczenie podczas sesji
- Silna ekscytacja czy podniecenie seksualne
- Niewytłumaczalna sympatia lub awersja do pacjenta
- Niechęć do superwizji
- Świadomy stan bezradności ukrywający się i wyrażający się jednocześnie w słynnym pytaniu, padającym na superwizji - co mam dalej robić?
- Silny opór przy inkasowaniu honorarium za sesję, omijany poprzez na przykład zastępowanie bezpośredniego płacenia przelewami lub płatnościami z góry lub z dołu za cały miesiąc
- Opór przed wypowiedzianiem interpretacji lub odczuwanie dużej satysfakcji z podawania tak zwanych ostrych komentarzy

Można mnożyć w nieskończoność... .

Jakby tego było mało, dodać należy, że tak opisana definicja przeciwprzeniesienia nie jest jeszcze pełna. Czego nie obejmuje? Nie obejmuje bardzo specyficznego, trudnego dla terapeuty zjawiska, rozwijania się w nim samym, i narastania nieświadomego, pierwotnego stosunku emocjonalnego do pacjenta, mającego bardzo podobny jeśli nie identyczny charakter jak opisywana kilka chwil temu sieć znaczeń, matryca interpretacji nakładana nieświadomie przez terapeutę na zachowania i postać pacjenta.

Przygotowując się do tego wystąpienia przeczytałem i zacytuję teraz Państwu zdanie, które na ten temat napisała Hanna Segal <sup>1</sup>.

"...wszyscy analitycy mają przeniesienie na pacjentów, w tym sensie, że przenosimy aspekty wcześniejszych relacji z obiektem na nowy, znaczący obiekt, a pacjenci są bez wątpienia, ważnymi obiektami w życiu analityka...".

A więc reasumując przeciwprzeniesienia składa się co najmniej z trzech odrębnych ale współistniejących i powiązanych ze sobą dosyć ściśle części:

1. Pierwszą z nich jest reakcja na przeniesienie pacjenta
2. Drugą - uruchomienie i aktywizacja nieświadomej problematyki terapeuty
3. Przeniesienie wewnątrz przeciwprzeniesienia czyli regresywno – zależnościowa relacja terapeuty do swojego pacjenta.

Jak Państwo widziecie, definicja przeciwprzeniesienia rozrosła się do całkiem sporych rozmiarów. Nie można nie uwzględnić w myśleniu o tym zjawisku, przenikających się nakładających się wzajemnie na siebie wzmacniająco lub wygaszająco odczuć, potrzeb, impulsów pragnień i tendencji, które są wtórnie przetwarzane, interpretowane, reinterpretowane i dostają się w pole świadomości terapeuty, jeśli w ogóle to pod ukrytą, zakamuflowaną postacią.

Metaforyczna figura, swoista alegoria, która skojarzyła mi się z tym zjawiskiem jest mitologiczna historia wpuszczenia konia trojańskiego, drewnianej figury, mającej być darem odchodzących i pozornie pokonanych Greków, dla Trojan. Zawierał on w swoim wnętrzu. oddział żołnierzy, którzy w nocy (czyli pod osłoną nieświadomości) wydostali się i zaatakowali niczego się niespodziewających śpiących lub świętujących zwycięstwo mieszkańców Troi. Tak jak czasem uczucia, pochodne przeciwprzeniesienia, rozsadzają od wewnątrz emocjonalną rolę terapeuty, uśpionego w swojej profesjonalnej czujności.

Przechodząc do następnej części mojego wystąpienia chciałbym podzielić się z Państwem moimi przemyśleniami dotyczącymi zastosowania pojęcia przeciwprzeniesienia i rozumienia tego terminu w mojej praktycznej pracy jako terapeuta a przede wszystkim jako superwizor psychoterapii.

W wielu dyskusjach, spotkaniach grup Balinta, które sam prowadziłem i indywidualnych sesjach superwizyjnych zwracały moją uwagę co najmniej dwa zjawiska. Pierwsze z nich nazwałbym nadużywaniem samego słowa przeciwprzeniesienie. Podobnie z resztą jak innych pojęć i terminów psychoanalitycznych, takich jak przeniesienie, opór, separacja, obrona, projekcja, dewaluacja czy przymiotnik narcystyczny.

Można pomyśleć, że jest to tylko wynikiem uproszczonego i pragmatycznego w swej skrótowości języka, czyli żargonu zawodowego. Każda grupa zawodowa ma swój własny żargon często mało zrozumiały dla kogoś niewtajemniczonego. Ale w moim poczuciu, nie można przeoczyć, pewnej tendencji, którą obserwuję, zarówno u części moich koleżanek i kolegów jak i u siebie, czasem jej ulegając. Skłonność owa, swoisty rodzaj nawyku czy rutyny – polega na zastępowaniu jednym określeniem czy zdaniem, żmudnego często procesu rekonstrukcji skomplikowanych, niejasnych z definicji, emocjonalnych sekwencji takich jak pragnienia i lęku, wstydu i poczucia winy, złości i zazdrości, zawiści, pożądania, żalu i smutku, czułości, troski, wściekłości i poczucia krzywdy. Czyli na przykład jednym słowem przeciwprzeniesieniowe określa się, tu popadając nieco w patos, nieskończenie złożone bogactwo relacji emocjonalnej pomiędzy terapeutą a pacjentem.

Często nasuwa mi się w takich sytuacjach skojarzenie z przysłowiowym wylewaniem dziecka z

kapielą. Chcemy (jako superwizorzy), odlać brudną wodę nadmiernych, wynikających na przykład z lęku i wstydu, pełnych obronnych usztywnień, myśli uczuć i zachowań, terapeuty uwikłanego w pętlę przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową. A określając je zbyt pośpiesznie, kilkoma schematycznymi komentarzami, typu przeciwprzeniesieniowe, czy obronne właśnie, możemy pozbyć się dziecka, czyli spowodować, że ta część terapeuty, która jest subtelnie objęta emocjonalnym zaangażowaniem w związek z pacjentem, dowiaduje się o sobie że jest przeciwprzeniesieniowa. Czyli w tym ujęciu i przeżyciu, niewłaściwa, negatywna, napiętnowana. Bo takie mam nieodparte wrażenie, że pomimo wielu prób odczarowania i zobaczenia w żabiej naturze przeciwprzeniesienia, że nawiążę do bajkowej metaforyki, pięknego królewicza żywej relacji emocjonalnej, bardzo silnie zakorzeniony jest w naszym środowisku, zrozumiały skądinąd lęk, przed ujawnianiem swoich uczuć w relacji do pacjenta. Lęk ten wynika, być może właśnie z tego utrwalonego przekonania, przesądu wręcz, że przeciwprzeniesienie to wyłącznie moje tak zwane nieprzepracowane problemy, żeby przywołać jeszcze inny często powtarzany schemat.

Innym, równie częstym zjawiskiem, czasem zabawnym, ale potencjalnie niebezpiecznym, jest silna tendencja terapeutów, żeby nie powiedzieć maniera, do utożsamiania przeciwprzeniesienia ze świadomym stanem emocjonalnym terapeuty. Wyraża się ono, na przykład w sformułowaniu, w przeciwprzeniesienia poczułem lęk. Przypomina to sytuację w której pacjent z napadami paniki, nie zdając sobie z tego sprawy, że przeżywa lęk, mówi że jest mu słabo albo, że boli go serce. I jest przekonany, że na tym polega jego problem, że coś niedobrego dzieje się z jego sercem.

Tak jak wcześniej wspomniałem, o takich obserwowanych przez siebie wrażeniach, fantazjach odczuciach, czy nawet głuchych kompletnie niejasnych, stanach emocjonalnych, percypowanych i opisywanych jako uczucie pustki lub braku uczuć, można mówić w kategoriach symptomów, czyli objawów, czyli pochodnych, nieświadomej reakcji i wtórnych reakcji przeciwprzeniesieniowych. Czyli wracając do języka metaforycznego: mówimy o czubku góry lodowej. I nawiązując do historyczno – kulturowego schematu, można powiedzieć, że Titanic – terapeuta, rozbija się czasem o górę lodową, której nawet czubka nie widać nad powierzchnią oceanu – wszystko kryje się w pełnych życia głębinach – inni powiedzieliby w odmętach wody – nieświadomości.

Dlaczego powiedziałem, że opisana przez mnie tendencja, utożsamiania zjawiska przeciwprzeniesienia ze świadomymi wrażeniami i uczuciami jest potencjalnie niebezpieczna?

Ponieważ wyobrażam sobie taką sytuację, (jak w tym znanym zapewne Państwu dowcipie, gdy kilka grup badaczy identyfikowało po ciemku słonia, i ci którzy poddali badaniu trąbę, orzekli, że słoń przypomina grubego węża) sytuację gdy taka skłonność, skrajnego zawężania znaczenia przeciwprzeniesienia i sprowadzania go do dostępnych bezpośrednio obserwacji odczuć, staje się chroniczna i wtórnie niereflektowalna. Dochodzi wtedy do zamiany dyskursu z niewiedzą, z

niepewnością, ciągłych pytań i poznawczego dyskomfortu wyrażającego się w zdaniach typu: nie wiem, nie rozumiem, nie jestem pewien, to nie jest jasne ... zamiany na znany być może wszystkim Państwu dialog, a właściwie karykaturę dialogu, w którym my wszystko wiemy, mamy koncepcję i szereg tak zwanych interpretacji tylko pacjent nie chce ich przyjąć, nie chce się leczyć, oporuje, jest uparty, albo złośliwy, albo narcystyczny, albo głęboko osobowościowy i sadystyczny, albo borderline wreszcie i ma negatywną reakcję terapeutyczną i się nie zmienia. Czyli mamy do czynienia z takim sposobem uprawiania terapii i myśleniem, które w swej istocie jest oparte o świadomościowe to znaczy poznawcze i humanistyczne rozstrzygnięcia. To znaczy, że terapeuta, nie do końca świadomie, staje na stanowisku, jest tak jak ja czuję i myślę. Zawsze gdy słyszę podobnie brzmiące komentarze myślę, że paradoksalnie zaprzeczanie przeciwprzeniesieniowego podłoża takich reakcji ujawniać może właśnie pełną dramatyzmu realizację nieświadomych konfliktów terapeuty. Taki w cudzysłowie zły pacjent ze swej strony prowokuje i dokonuje powtórzenia traumy, którejś z niezliczonych form porzucenia (przez postać rodzicielską zogniskowaną w terapii). A terapeuta - w swoim ukrytym gniewie, żalu i złości, podobnie jak pacjent powtarzać może podobną traumę – tak jakby „każąc” pacjentowi pełnić rolę frustrującego, „niedobrego” rodzica – który pozbawia terapeutę czegoś ważnego (w tym wypadku sukcesu terapeutycznego).

Na koniec jeszcze kilka słów o jeszcze innym zastosowaniu, zaproponowanego przez mnie powyżej sposobu rozumienia zjawiska przeciwprzeniesienia. Opisałbym to na przykładzie technicznej formy prezentacji przypadku. Terapeuta przystępując do spisania swojej relacji w takiej formie, decyduje się zgadza się świadomie, na wejście w sytuację częściowej regresji (zawsze budzącej lęk) i zależności emocjonalnej - od grupy, która go słucha.

Wybór pacjenta, formy opisu, treści, przykładów z sesji, z definicji wybiórczy i autorski – podlega szeregowi nieświadomych nacisków (np. pragnień zdobycia uznania i obaw przed realizacją takiego pragnienia, lub nieświadomych pragnień bycia ukaranym na przykład w wyniku wzbudzenia w terapii nieświadomego poczucia winy za agresywne lub seksualne impulsy).

Terapeuta prezentując pacjenta i przebieg terapii, zawsze i przede wszystkim odsłania siebie - czyli innymi słowy ujawnia przed słuchającą i emocjonalnie reagującą grupą, aktualny ale jak gdyby zatrzymany w czasie w formie zapisu stan relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej. Grupą, która żywo reaguje, rezonuje świadomie i nieświadomie i jest zdolna wychwycić wiele ukrytych niuansów i aspektów tej relacji. Mówić skrótowo - terapeuta odsłania swoją przeciwprzeniesieniową reakcję, z pacjentem, wchodząc jednocześnie w przeniesieniową relację zależności w stosunku do grupy. (podobne zjawiska mają miejsce w relacji superwizyjnej i w grupie Balinta). Dzieje się wtedy tak, jak gdyby, pacjent którego terapeuta metaforycznie nosi w swojej przestrzeni psychicznej, był przywoływany wraz ze swoimi konfliktami, problemami, uczuciami i niepowtarzalną historią emocjonalną, a wszystko to

skondensowane w formie opisu jego przypadku. Opisu sporządzonego przez kogoś, kto jest dla niego, z definicji najbliższy. Sporządzony to znaczy częściowo przetworzony, przefiltrowany, przez jego emocjonalność i przez nią również zabarwiony. Grupa w trakcie dyskusji, poprzez swoje pytania, uwagi, komentarze, milczenia, fantazje odczucia, skojarzenia i wzajemne interakcje, rzuca szereg światła na pozostające do tej pory w mroku nieświadomości, zakamarki przestrzeni relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej. Odtwarza się więc, konstruuje dynamicznie, w przestrzeni dyskusji - nieuchronnie i nieodwołalnie – również specyficzna, wielowymiarowa, emocjonalna relacja – przypominająca pętlę przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniową. Charakter i przebieg tej relacji, jest w dużej części nieświadomy dla jej uczestników, ponieważ napędzany jest, stymulowany przez nieświadome czynniki, mechanizmy czy impulsy. Zasadniczą częścią tej wymiany jest ze zrozumiałych, teraz bardziej, względów analogiczna do relacji pacjent – terapeuta – relacja – prezentujący terapeuta – słuchająca i reagująca grupa.

Jakość, charakter istotę tej dynamiki najpełniej uchwycić może (ale bynajmniej nie w wyczerpujący sposób) komentator – wskazując na ujawniające się w dyskusji obszary szczególnie istotne, lub szczególnie w narzucający się sposób pomijane i nieobecne, lub w specyficzny sposób potraktowane. Tutaj leży źródło pewnej trudności w postawieniu ścisłych granic pomiędzy tym co można nazwać teoretyczną prezentacją przypadku a sytuacją zawierającą elementy reakcji grupy Balinta i elementy superwizyjnego komentarza. Myślę, że można powiedzieć, że jednocześnie takich jasnych granic nie ma i że rola komentatora może polegać również na tym aby te elementy w autorski i niepowtarzalny sposób wyważyć.

Rozważania te, odbiegają nieco od głównego obszaru mojego wystąpienia. – ale wydaje mi się, że mogą być pomocne - jako jeszcze jeden głos - w nieustających próbach naszego środowiska do stworzenia forum jak najmniej ocennego i przede wszystkim precyzującego pojęcia i terminy, których używamy. I być może przemyślenia, którymi pozwoliłem sobie, podzielić się z Państwem, ułatwić mogą (mam przynajmniej taką nieskromną nadzieję) rozwój w trudnej sztuce dialogu emocjonalnego. Wymiany myśli, uwzględniającej nieświadomość - a właściwiej będzie powiedzieć wychodzącej z takiego założenia, że przede wszystkim nie wiemy. Bo właśnie i przede wszystkim z tego powodu (tak mi się przynajmniej wydaje) my wszyscy, z bardzo, tak zwanych ludzkich i zrozumiałych i przeciwprzeniesieniowych względów mamy tendencje aby zaprzeczać istnieniu nieświadomości.

*Materiał zaczerpnięty ze strony Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej [www.psychodynamika.pl](http://www.psychodynamika.pl)*





**Dr Adam Curyło** - psychiatra, psychoterapeuta, superwizor PTP. Członek Rady Programowej Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej

---

<sup>1</sup> **Hanna Segal**; z domu Poznańska - polska psychoanalytyk. Studia medyczne rozpoczęła na Wydziale Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie po wybuchu II wojny światowej kontynuowała w Edynburgu w GB. Własną analizę związała z [Melanie Klein](#).

