

Komponenta neverbalnega pri kliničnem delu z odraslimi osebami (Ettore – Hektor Jogan)

Včasih smo psihoanalizo in psihoterapije, ki so izhajale iz klasičnega tehničnega pristopa, označili z angleško definicijo "talking cure". Te terapevtske tehnike so namreč slonele na besedni terapiji, na besedni komunikaciji in je bila torej beseda ali verbalna komunikacija specifična značilnost in specifični inštrument teh terapevtskih posegov. Danes pa bomo govorili o *neverbalnem*, ki prav tako pride v poštev pri terapevtskem delu s pacienti, čeprav na prvi pogled izgleda, da je v nasprotju z *verbalnim* in bi torej lahko postavilo pod vprašaj specifiko psihoanalitične terapevtske prakse.

Spomnimo se, da si je Freud (1911-1913) v tehničnem smislu zamislil terapevtski seting (okvir) kot primeren okvir za ekskluzivno verbalno komunikacijo med pacientom in terapevtom. V tem okvirju so bila druga izrazna sredstva nezaželeni in moteča in torej izraz odporov in obrambnih mehanizmov, ki so napoti terapevtskemu delu. V tem kontekstu so privilegirane *proste asociacije* (v *verbalnem smislu*). Razni actingi (udejanjanja) in neprimerna obnašanja - da ne govorimo o telesnih stikih - so izobčeni. Tako zamišljeni aparat naj bi pacientu omogočal priti v stik z njegovimi nezavednimi problemi in konflikti, jih s pomočjo analitika in njegovih interpretacij (ponovno verbalna komunikacija) bolje razumeti in integrirati v zavestno sfero. Uvid v moteče nezavedne vsebine naj bi pozitivno učinkoval na psihično stanje pacienta. Razumljivo je, da ima verbalno izražanje (bodisi pri pacientu ali analitiku) znotraj takšnega teoretičnega in terapevtskega modela odločilno vlogo.

Postopoma so nekateri psihoanalitiki razumeli, da je tak teoretski in terapevtski pristop primeren za nevroze - in torej za bolj strukturirane psihične patologije - , manj pa je učinkovit za težje patologije in otrokove psihične težave. Za ta premik sta zaslužni predvsem A. Freud in M. Klein, ki sta odprli pot psihoanalitični obravnavi otrok.

Nekateri analitiki so pri slabo strukturiranih osebah s težjo patologijo in pri otrocih opazili, da so analitikove interpretacije (torej uporaba besede kot simbola in kot gradnika predstav in misli) neuporabne, ker jih take osebe ne razumejo oziroma

nanje nimajo terapevtskega učinka. V takšnih primerih naj bi bili bolj primerni in učinkoviti drugačni terapevtski pristopi. A o tem bom spregovoril pozneje.

Na podlagi tovrstnih kliničnih opazovanj in ugotovitev se je na teoretičnem področju psihoanalize počasi začela pojavljati nova paradigma, ki je bila po mnenju nekaterih razvojna posledica prejšnje strukturne paradigme *gon-obramba*, po mnenju drugih pa povsem nova in skoraj v nasprotju s prejšnjo - teorija *objektnih odnosov*. Spremenjeno paradigmo je prva uvedla M. Klein, potem pa se je le-ta razvijala v različnih oblikah preko Fairbairna, Winnicotta, Mahlerjeve in Kohuta do sodobnih interpersonalistov in intersubjektivistov. V zelo strnjeni obliki lahko povemo, da je za pripadnike teorije objektnih odnosov bistveni element za izgradnjo in razvoj človeške psihe primeren človeški odnos, ki se razvija od rojstva naprej, najprej preko matere, potem preko drugih odnosov v ožjem družinskem krogu in nazadnje v širši socialni dimenziji. Medtem ko je bil v prejšnji teoretični paradigmi najbolj pomemben gon - kot energetski in motivacijski element, okoli katerega se je strukturiral psihični aparat - je v novi paradigmi zelo pomemben človeški stik z okoljem, ki predstavlja nov motivacijski element pri delovanju človeške psihe. V prejšnji paradigmi je imel objekt bolj postransko vlogo, v novi paradigmi pa zavzame zelo pomembno vlogo, kompetenco in odgovornost. Vemo, da se medčloveški odnosi ali objektni odnosi ne gradijo ali razvijajo na izključno verbalni interakciji in komunikaciji. Verbalna interakcija z otrokom nastopi, ko je otrok za to zrel, ko razvije sposobnost govora (Stern 1985). Pred verbalno fazo otrokovega razvoja je neverbalna ali predverbalna faza interakcije otroka z okoljem, ki nastopi takoj po rojstvu (za nekatere avtorje se ta faza začne že pred rojstvom), ko se komunikacija intenzivno odvija preko čustvenih odnosov, ki še nimajo verbalne oznake in opredelitve. V pojmu objektni odnos je torej že od vsega začetka vključen neverbalni aspekt, ki se kaže v vedenju, čustveni povezanosti, telesnem podoživljanju in izražanju, kar poteka preko signalov, ki še nimajo verbalnega, miselnega in simboličnega prevoda.

Prehod iz prejšnje teoretične paradigme gon-obramba v novo paradigmo objektnih odnosov ni potekal brez konfliktov in hudih pretresov med psihoanalitiki. Nova paradigma je seveda zahtevala tudi drugačen pristop terapevtov do dela s pacienti. Za razliko od abstinenčne in anonimne države prejšnjega tehničnega pristopa postane v novem pristopu terapevt v odnosu s pacientom bolj interaktiven in angažiran in to postane bistvena komponenta terapevtskega procesa. Seveda se v odnosu odigra ogromno neverbalnih dinamik, ki niso zlahka dostopne z besedno

komunikacijo. Pogosto postane odnos med pacientom in terapevtom pomembnejša komponenta kot pa besedna interpretacija terapevta. Prezgodaj preminuli tržaški kolega Savo Spacal (1989) je v nekem predavanju na temo »Terapevtski faktorji v psihoanalizi« takole govoril o nastali situaciji v analitičnih krogih: »...ta nova situacija je spravljalna mnoge psihoanalitike v zadrego. Razširila se je bojazen, da se bo z zreducirano vlogo interpretativnega dela kot direktnega nosilca sprememb v pacientu izgubila specifičnost psihoanalitične terapije. Slišati je bilo ostre opomine o nevarnosti, da se bo ostra meja, ki jo je Freud postavil med sugestivnimi metodami in psihoanalizo, povsem razblinila...«

Lahko si predstavljamo, da je bil prehod iz prejšnje klasične teoretske in terapevtske paradigme v novo paradigmo objektivnih odnosov precej za mnoge psihoanalitike problematičen. V prejšnjem modelu je bil sam setting (okvir) in celotni analitikov pristop kot pripravljalni okvir za specifično analitikovo delo, in sicer, da je lahko interveniral s svojimi interpretacijami in tako zdravil pacienta. Interpretacija, ki je specifični verbalni inštrument, je postala bistvena referenčna točka psihoanalitičnega dela in identitete analitika. V novi paradigmi in v novem pristopu je interpretacija, čeprav še vedno prisotna in koristna, izgubila privilegirano in ekskluzivno pozicijo. Ravno tako ali včasih še bolj pomembne so postale druge komponente v terapevtskem procesu: medosebni odnos med pacientom in terapevtom (s kompleksnimi dinamikami kot sta transfer in kontratransfer), bližina ali oddaljenost v odnosu, prisotnost toplote ali hladnosti, empatično sozvočje ali ločenost, telesna govorica in izraznost, obnašanje, actingi (udejanjanja), itd. Vse te komponente spadajo v *neverbalno dimenzijo* terapevtskega odnosa. S paradigmo objektivnih odnosov smo torej v psihoanalizi prestopili Rubikon *verbalnega* in zašli v *neverbalno*. Danes lahko razumemo, da je bil pretres na psihoanalitični sceni kar dramatičen. Če je v terapiji prej prevladovala verbalna komponenta in je bila neverbalna komponenta nezaželena ali moteča, je bilo težko sprejeti, da kar naenkrat tudi neverbalna komponenta postaja pomembna - je del terapevtskega dogajanja in procesa. Terapevt bi moral biti na to komponento ravno tako pozoren, razumevajoč in odziven, kot do verbalnih komunikacij pacienta. Take situacije so se pogosto pojavljale v zgodovini psihoanalitičnega razvoja: da nek pojav najprej dobi negativno oznako in je potisnjen na obrobje terapevtskega procesa, kasneje pa je drugače ovrednoten in postane del terapevtskega procesa in tehnike. Tu mislim na pojav transferja, kontratransferja, acting out-a (udejanjanja), enactmenta (vzigravanja), itd. Pri prehodu iz pretežno verbalne dimenzije na vključevanje

neverbalnega v terapevtskem procesu je dodatno komplikacijo predstavljala ideja, da je klasični verbalni vzorec na vsak način nekaj bolj kvalitetnega, poglobljenega, medtem ko so druge variante, ki odstopajo od te paradigme, nekaj manjvrednega in so torej diskvalificirane. Tako dvoumno pojmovanje je še vedno moč najti pri nekaterih analitikih. Pri nekaterih analitikih se ideja, da so različni pristopi možni in priporočljivi v funkciji prilagajanja različnim problematikam in patologijam, težko uveljavlja. Na primer, da lahko z določenimi pacienti in v določenih fazah terapije delamo na pretežno verbalni ravni, z drugačnimi pacienti in v drugačnih fazah terapije pa pretežno na neverbalni ravni - ali pa skušamo integrirati oba pristopa.

V psihoanalitični teoriji in praksi se je, kot rečeno, postopoma uveljavljala ideja o psihološkem razvoju posameznika s pomočjo objektov in sicer v sklopu paradigme objektnih odnosov. Takega pogleda na razvoj ni bilo v prejšnji paradigmi *gon-obramba*, kakor tudi ne v paradigmi *interpretacija-uvid*. V novi paradigmi je drugačen tudi pristop terapevta, ki skuša s svojimi posegi omiliti patološke elemente pacienta in sicer tako, da na vse načine spodbuja njegovo psihološko rast, ki je pacient prej ni uspel izpeljati na dovolj zdrav način. Nagib k razvoju naj bi bil v vsaki osebi naravno prisoten od zgodnjega otroštva; primerni objekti v okolju lahko razvoj podpirajo in ali pri njem pomagajo; to funkcijo naj bi opravili starši ali pozneje terapevt. Neprimerni objekti in patološki odnosi ovirajo razvoj in ga lahko usmerijo na patološko pot. Naloga terapevta je popraviti določene napake in usmeriti razvoj k večjemu zdravju.

Z novo paradigmo objektnih odnosov in z vedno večjim spoznavanjem zgodnjih razvojnih psiholoških procesov pri otroku - ki zaobjemajo tudi precej dolgo obdobje neverbalnega - smo komponente neverbalnega sprejeli v obravnavo tudi pri odraslih pacientih, saj je otroška komponenta prisotna v vseh nas, še posebej pa pri osebah s hudo patologijo (npr. težke osebne motnje in psihoze). Pri terapevtski obravnavi odraslih oseb se torej ne moremo več osredotočati samo na obravnavo bolj zrelih delov osebnosti, ki se pokažejo na pretežno verbalni ravni, ampak se ukvarjamo tudi z manj zreli deli osebnosti, ki so prisotne v vseh nas (tudi pri nevrotikih) in ki se izražajo bolj na neverbalni ravni.

Kako se kaže in kako lahko opazujemo ta neverbalni del v terapevtskem procesu pri odraslih osebah? Navedel bom nekaj lastnih izkušenj in izkušnje nekaterih avtorjev, ki so se ukvarjali s to tematiko. Najprej naj navedem splošno mnenje, da je že sam seting (okvir) v psihoanalizi in psihoterapiji nekaj regresivnega,

nekaj, kar spodbuja regresijo in torej odgovarja določenim regresivnim (lahko dodamo neverbalnim) potrebam pacienta. Ta aspekt se odvija na neverbalni ravni in simbolično predstavlja materino naročje (kamor spadata Winnicottova *handling* in *holding*), ki zagotavlja temeljno gotovost, da se lahko celotni terapevtski proces sploh razvija. Nekateri pacienti s hujšo patologijo to komponento terapije precej uporabljajo.

Pri nekaterih pacientih zagledamo neverbalni aspekt izražanja kar v samem verbalnem delu, kar izpade na prvi pogled kot paradoks. Vsem je znana situacija, ko pacient napolni seanso z bogatim govorjenjem in nam na besedni ravni v ožjem smislu ni nič povedal. Besede v takem primeru nimajo komunikacijske vloge, ne posredujejo nekih pomenov ali simboličnega mišljenja, ampak so v neki drugi funkciji: pogosto pacient na ta način ustvari neko pregrado okrog sebe, nas distancira, nam ne pusti niti do besede, in nas zapusti zmedene in osamljene. Uporabil je torej zrelejšo funkcijo *verbalnega*, da je zadostil nekim drugim potrebam, ki so na *neverbalnem* nivoju - zašel je v *acting-out* (*udejanjanje*).

Precej pogost pojav je tudi razcepljenost med *verbalnim* in *neverbalnim* delom osebe, ko nam oseba v terapiji daje neka sporočila in informacije na verbalnem nivoju, zagovarja neka stališča in vrednote, potem pa dela nekaj povsem drugega in v nasprotju s tem, kar je zagovarjal. Tu je verbalna raven odcepljena od neverbalne, ki se izraža z obnašanjem. To srečamo predvsem pri težkih narcisih, ki imajo dvojno moralo - nekaj velja za njih (da ščitijo egocentrične interese) in nekaj čisto drugega za ostale ljudi. Do sebe so zelo popustljivi, do drugih pa zelo strogi.

Zelo zanimiva knjiga švicarske psihoanalitičarke Danielle Quinodoz (2009) se dotika prav tematike *neverbalne komponente v verbalnem* delovanju osebe. Naslov knjige je »Besede, ki se dotikajo« in podnaslov »kako se psihoanalitik uči govoriti...«. Teza avtorice je, da pri mnogih pacientih, ki v glavnem spadajo v kategorijo nevroz, srečamo v teku psihoterapevtske obravnave bolj regresivne predele psihe, ki se včasih približujejo skoraj psihotičnemu delovanju in ki niso integrirani v ostale dele osebnosti. Po njenem mnenju je takih kliničnih primerov v sedanjem času več, kot jih je bilo v preteklosti. Neintegrirani del tem osebam povzroča dodatne probleme in težke simptome. Takšne paciente avtorica imenuje »heterogeni pacienti« in so specifičen problem v terapiji. Z njimi je možno delati na precej zreli ravni - torej na verbalnem nivoju s pomočjo interpretacij - njihovi manj zreli, regresivni deli pa na tak način niso dosegljivi, ker delujejo na neverbalnem nivoju. Dobro terapevtsko

delo lahko opravimo le tako, da dosežemo bolj patološke dele, da jih pacient na nek način predela in po možnosti integrira v preostali, bolj zreli del osebnosti. Kako pa dosežemo te regresivne dele osebnosti? Quinodoz predlaga, da bi v verbalno komunikacijo vrinili določeno neverbalno komponento. Avtorica je namreč prišla do spoznanja, da se je zmogla dotakniti regresivnih delov pacienta, če je uspela na poseben in primeren način formulirati svoje interpretacije. Kot pravi v naslovu svoje knjige, je skušala uporabiti svoje besede na tak način, da so se »dotaknile« pacienta. Kot da bi z besedami skušala potrepeljati, pobožati ali objeti pacienta. Tako premišljene besede dosežejo najbolj skrite in regresivne predele pacienta in na ta stik se pacient primerno odzove. Seveda ni enostavno najti besede, ki bi imele sposobnost telesnega dotika in Quinodoz pravi, da bi se moral vsak analitik s takimi pacienti naučiti prav posebnega govora; to misel poudari v podnaslovu svoje knjige.

Quinodoz nam torej z dodajanjem neverbalne komponente pri besedni interpretaciji ponuja nov in bolj kompleksen terapevtski pristop do pacientov, ki jih v veliki meri zaznamuje regresivna komponenta. Quinodoz sicer sploh ne uporablja pojma *neverbalno*, osebno pa mislim, da gre prav za to. Neverbalno komponento avtorica ponuja v sklopu tradicionalnega setinga (okvirja) in tradicionalnega terapevtskega inštrumenta, t.j. verbalne interpretacije. Ne ponuja neke alternative, ampak nekaj doda tradicionalnemu terapevtskemu vzorcu. Pri tej avtorici je pomembna ideja, da potrebno v terapiji odraslih oseb, ki imajo travmatične neverbalne izkušnje in vsebine, s temi vsebinami ukvarjati, jih skušati predelati in tako nevtralizirati njihovo patogeno komponento. Ta koncept pri tradicionalnem, klasičnem psihoanalitičnem pristopu ni bil vedno prisoten. Spomnim se Spacala (1989), ki je pripovedoval, da so svoj čas nekateri psihoanalitični inštituti v ZDA poudarjali delo s pacienti na ojdipskem nivoju in so regresivne komponente obravnavali kot obrambne mehanizme pred zrelejším delovanjem psihe.

Na tematiko *neverbalnega v verbalnem* bi omenil še zelo pomemben doprinos nekaterih italijanskih psihoanalitikov, tu mislim predvsem na M. Mancio (2004) in A. Di Benedetta (2000), ki so se posvetili *glasbeni komponenti* v terapevtskem odnosu. Jezikoslovci bi ta fenomen imenovali *prozodija govora*. Sem spadajo ton, jakost, barva glasu, ritem govora, pavze v govoru, naglasi, modulacija glasu, itd. To je predverbalna komponenta v govoru, ki nima ožjega verbalnega, semantičnega in simboličnega pomena. A je zelo pomembna, saj je glasbena dimenzija v medosebni komunikaciji ena izmed prvih čustvenih izrazov med majhnim otrokom in mamo. Kaže, da otrok že v maternici prepoznava materin glas in registrira različne zvoke iz

okolice. Dojenček še preden lahko govori sporoča mami svoja počutja, doživljanja in stiske z različnimi glasovi, ki bi jih morala mama sprejeti, jih primerno interpretirati in jim dati ustrežni odgovor. Ko mama govori svojemu dojenčku in se z njim pogovarja, uporablja pretežno modulacijo svojega glasu, da otroka doseže, da jo otrok razume. Tu je prisotna predvsem glasbena komponenta, ki jo uporabljata oba, dojenček in mama. Mancina nas opozarja, da je neverbalna faza in torej pretežno *glasbena* faza v medosebni komunikaciji pri otroku časovno precej dolga in sicer dokler otrok ne razvije govorne sposobnosti pri letu in pol, dveh. Ta razvojna faza sovpada s prisotnostjo implicitnega spomina (kot ga pojmujejo nevroznanstveniki), kjer še ni možnosti za psihične predstave, besedne in simbolične predstave, ki se razvijejo okrog dveh let starosti, ko nastopi delovanje eksplicitnega spomina. Da pride do razvoja eksplicitnega spomina in verbalne sposobnosti, je pomembna prav zrelost nekaterih nevroloških struktur, ki se razvijejo okrog dveh let starosti in ki ta psihični razvoj omogočijo.

Faza prevlade implicitnega spomina do dveh let starosti je zelo pomembna za nadaljnji razvoj psihe in za zaplete, ki jih srečamo pri kliničnem delu z odraslimi pacienti in ki so posledica delovanja implicitnega spomina. Bistvena značilnost omenjenega spomina, ki shranjuje predvsem občutke, čustvene zaznave in različne procedure, je ta, da obstaja v nediferenciranem nezavednem, ki ga ne moremo uvrstiti v »dinamično nezavedno«, kot ga poznamo po zaslugi Freuda (1915). Izkušnje, ki izhajajo iz implicitnega spomina, so v nas vedno prisotne in aktivne. Če so patološke, so moteče in neprestano patogeno vplivajo na odraslo psiho. A o kliničnih posledicah tega vpliva bomo spregovorili kaj več pozneje.

Na temo glasbene komponente v verbalni komunikaciji mi pride na misel kratka klinična vinjeta, ki se mi je z bivšim pacientom pripetila pred mnogimi leti. Ko je bil pacient v bolj regresivni fazi terapevtskega procesa, mi je precej pozno priznal, da dolgo časa ni bil pozoren na moje interpretacije (v ožjem verbalnem smislu), ki sem mu jih skušal vestno posredovati, ampak ga je zelo zanimal moj glas, ton in modulacija glasu. Neki poseben ton in barva mojega glasu sta ga zelo pomirjala in ko je to začutil, je seanso zaključil pomirjen in z dobrim občutkom, ki je trajal kar nekaj časa.

Spomnim se še ene klinične situacije na to temo, ki sem jo slišal v predavanju Spacala. Savo Spacal pravi, da so nekateri pacienti, ki so bili v analizi v ZDA v klasičnem setingu (okvirju), nekoliko ironično govorili o svojih analitikih in sicer, da

so le-ti posredovali interpretacije s posebnim tonom in sicer z namenom, da bi nek trenutek v terapiji izpadel bolj svečano. Morda se niso niti zavedali, da so pri interpretacijah uporabljali tudi neverbalno komponento.

Na koncu razmišljanja o neverbalnem v verbalnem se spomnim - seveda izven kliničnega področja - na pesnike, ki so pravi mojstri v tem, kako preko kompleksne kombinacije besed posredovati tudi glasbeno in morda širšo neverbalno komponento.

Sedaj bi se osredotočil na neverbalno izražanje izven verbalnega področja. Najprej bi se nekoliko osredotočil na telo, t.j. na telesno izraznost. Pred časom sem srečal teoretično in terapevtsko šolo, ki izhaja iz psihoanalitične terapije in ki se ukvarja z opazovanjem telesa, njegove izraznosti in sporočilnosti. Vidna predstavnica te usmeritve je Pat Ogden, ustanoviteljica šole, ki je označena kot »Sensorimotor Approach to Psychotherapy«. (kar bi pomenilo »Čutilno-motorični pristop k psihoterapiji«). Ti terapevti uporabljajo omenjen pristop predvsem pri obravnavi psihičnih travm (od tod knjiga »Trauma and the Body« Pata Ogdena in drugih avtorjev - 2006), a nekatera razmišljanja pridejo po mojem v poštev tudi za ostalo psihopatologijo. Napram klasični psihoanalizi se razlikujejo predvsem v mnenju, da je »talking cure« zanemaril vlogo telesa v celotnem psihičnem doživljanju. Posebno pri travmah vidimo, da je telo močno soudeleženo pri tej hudi izkušnji in da nosi tudi telo določene posledice, ki se izražajo s simptomi. Zato se moramo naučiti razbrati telesno govorico in vključiti telo v celoten terapevtski proces.

Pri opazovanju telesa so pripadniki te šole pozorni predvsem na mimiko obraza, držo telesa, gibe rok, način hoje, itd. Posamezne drže in posamezni znaki v mimiki naj bi dokaj nazorno izražali specifična psihična stanja, čustva in razpoloženja. V travmatičnih izkušnjah se mnogo psihološkega prenese na telo, ker psihični aparat ne uspe zadržati ali predelati tako silovitih dražljajev in vdorov v lastno strukturo. Te izkušnje ohranja telo v lastnem »telesnem spominu«, zaradi česar se naknadno razvijejo telesne motnje in telesne izrazne anomalije.

V zvezi s telesno izraznostjo se spomnim pacientke, ki je bila v nekem obdobju zelo depresivna, sicer pa je delovala na nivoju *borderline* osebnostne strukture. Takoj, ko je vstopila v mojo ordinacijo, je opazila, da je bilo z mano tisto jutro nekaj narobe: da sem bil morda utrujen ali v slabi formi ali pa nekoliko zaskrbljen, ne da bi se sam tega zavedal. Šele pozneje, v teku dneva, sem prepoznal, da je imela moja pacientka popolnoma prav in da je pri meni zaznala slabše razpoloženje, preden sem

se ga zavedal sam. A kako je to prepoznala? Dejal bi, da po neki intuiciji ali posebni občutljivosti, ki jo imajo nekatere slabše strukturirane osebe, ki pa so zelo dovzetne za neverbalne signale in komunikacijo? Morda pa je opazila mojo drugačno mimiko in telesno držo (npr. utrujen obraz in povešena ramena), na kar sploh nisem bil pozoren.

V mislih imam še eno, podobno izkušnjo s pacientom, ki ima poleg ostalih težav izrazito paranoidno komponento. Ko se nasmehnem kaki njegovi pripovedi, me vedno vpraša, zakaj sem se nasmehnil, kaj sem s tem mislil, kakšna skrita doživljanja in občutke sem imel pri tem. Moj nasmešek je zanj vedno nekaj problematičnega, nejasnega, nekaj, v čemer se skriva nekaj negativnega, ogrožajočega in verjetno agresivnega. V stisko ga spravlja predvsem moja mimika. Verbalna komunikacija - tudi ko mu povem kaj težjega - ga ne moti toliko.

Sedaj bi se posvetil vedenju (pacientov in terapevtov), ki je pomemben del neverbalne komunikacije. V psihoanalizi za te pojave uporabljamo predvsem pojem *acting out* (prevedeno v »udejanjenje« ali »vzdejanjanje«) in v zadnjih časih še *enactment* (»vzigravanje«). Prvi pojem se nanaša predvsem na vedenje pacienta, drugi pa opisuje vedenje, kjer je na nezavednem nivoju vpleten tudi terapevt. Pred časom so bila udejanjenja v terapevtskem procesu pojmovana negativno, kasneje pa smo jih uspeli ovrednotiti bolj pozitivno. Razumeli smo, da odrasli ne uspejo vedno skomunicirati svojih notranjih doživljanj na nivoju miselnih procesov in verbalnega izražanja, ampak da to včasih pokažejo s svojim obnašanjem. Ko smo postali bolj strpni in razumevajoči do pacientovih udejanjanj, smo videli, da dobimo preko teh vedenj zelo dragocene informacije o nezavednih vsebinah oseb in o funkcioniranju človeške psihe. Vsem je znano, kako različno posamezniki sprejemajo formalne okvire setinga (okvirja). Nekateri pogosto ali celo stalno zamujajo na seanse, drugi prihajajo skoraj pretirano točno, so pa tudi taki, ki prihajajo precej pred terminom in nas spravlja v škripce, če nimamo primerne čakalnice. Že ti pokazatelji nam lahko povedo marsikaj o načinu psihičnega delovanja pacientov, o njihovi strukturi, o njihovih obrambnih mehanizmih. Nadalje lahko opazamo, kako se pacienti različno vedejo glede plačevanja honorarja. Nekateri so v tem smislu točni, odraslo odgovorni, drugi pa »pozabijo« na obojestransko sprejeti dogovor, zamujajo s plačilom ali pa terapevtu ostajajo dolžni tudi daljše obdobje. Morda bi to vedenje spadalo v okvir »napadov na seting (okvir)«?

V zadnjem času se mi dogaja, da dva pacienta pri meni pogosto pozabljata osebne predmete. Gre npr. za dežnik, denarnico, sončna očala, šal in še kaj podobnega. Vsaka taka »pozaba« ima lahko nešteto različnih pomenov, ki jih lahko vsakokrat skušamo razumeti in jih postaviti v kontekst psihoterapevtskega procesa.

Na misel mi pridejo še ne tako redki pacienti, katere je na koncu seanse težko spraviti iz ordinacije in ki skušajo na vse načine širiti čas in torej meje, ki jih imajo na razpolago. V ta okvir sodijo tudi pacienti, ki nam napolnijo seanso s pripovedovanjem banalnih ali dolgočasnih vsebin in šele na koncu seanse pomislijo, da pa bi imeli nekaj pomembnega za sporočiti ali pa nam povedo zanimive in težke sanje. S tem seveda skušajo podaljšati seanso in na nas izvajati določen pritisk. V glavnem gre za slabše strukturirane paciente, ki imajo precejšnje probleme s separacijo in individuacijo in torej krhek občutek za zdrave meje ali pa mej sploh ni.

Proti koncu prispevka bi se rad nekoliko dlje ustavil pri zelo zanimivem in uglednem angleškem psihoanalitiku C. Bollasu, ki je v knjigi iz leta 1987 izrazil mnenje glede neverbalnih vsebin, ki so v vseh nas, in jih opredelil kot »unthought known«. Te vsebine so nam nekako znane, niso pa (še) mišljene, torej ne pridejo še do verbalne miselne zavesti.

Bollas opisuje, kako spremlja pacienta v psihoanalitičnem procesu. Najprej pusti, da pacient izrazi svoje zavestne motivacije za potrebo po psihoanalizi, da pove svojo zgodbo, da opravi svojo »anamnezo«, da se na svoj način predstavi. Šele ko pacient nima več kaj povedati, se začne prava psihoanaliza s pomočjo prostih asociacij. Bollas rabi nekaj mesecev, da preko transfernega odnosa razume, kako se ustvarja čas - kako ga misli pacient »uporabiti«. V tem kontekstu se Bollas sprašuje: kdo sem sedaj jaz za pacienta? Oče? Mati? Ali njegov otroški del? Na splošno smo po Bollasovem mnenju vajeni misliti, da pacient v transferju ponavlja vzorce človeških odnosov iz preteklosti. Razen tega pa bo s terapevtom doživel nekaj novega in bo lahko prvič razmišljal o tem, kar je doživel. Terapevtska situacija bo dovolila pacientu, da postopoma sprost in razvije svoj pravi self (sebstvo) (v Winnicottovem smislu). Pojem pravega selfa (sebstva) dopolnjuje Bollas, ko pravi, da je to nekaj podedovanega, lahko bi rekli genetskega, ki ostaja kot jedro osebnih značilnosti in sposobnosti. Po njegovem mnenju bo to jedro postalo usoda posameznika (»destiny«) in se bo izražala s posebnim govorom (»idiom«). Ravno pravi self (sebstvo) spada v znano in še ne mišljeno.

V znano in ne-mišljeno spada tudi prvotni odnos otroka z materjo, kjer mati »učí« otroka, kako naj bo v odnosu, in zanj istočasno deluje kot »transformativni objekt« (če je dovolj dobra mati). Tu se sreča jedro pravega selfa (sebstva) dojenčka z intersubjektivnostjo v odnosu z materjo. Ta odnos sloni na povsem operativnem in proceduralnem procesu, tu še ni psihičnih predstav in misli. Misel se bo razvila pozneje, v dobi ojdipovega konflikta.

Analitik potrebuje precej časa, da spozna pacientove objektne odnose, še posebno preko projekcij in projekcijskih identifikacij. A analitik dolgo časa o tem ni sposoben misliti. Eksperimentira proceduro, operativni aspekt odnosa, a še ne uspe razmišljati. Pacient in terapevt bosta lahko postopoma razmišljala o tem, predelala bosta znano in ne-mišljeno v znano in mišljeno. Bollas nas opozarja tudi, da so otroci pogosto tarča projekcijskih identifikacij staršev in da te tuje elemente nosijo v sebi. Otrok čuti, kot da bi bili ti deli njegovi, a o tem ne more vedeti ničesar, o tem ne more razmišljati. To enostavno doživlja kot dejstvo, ne ve pa, da te komponente ne spadajo v njegovo osebo. V terapiji odraslih oseb se moramo soočati tudi s takimi dinamikami. Če je otrok včasih izbran kot odlagališče odcepljenih delov svojih staršev, je lahko tudi žrtev, oropana sposobnosti, ki mu jih starši na nezavednem nivoju ukradejo. Bollas imenuje ta mehanizem *ekstraktivna introjektivna*. Ti mehanizmi se odvijajo na nezavednem in neverbalnem nivoju. Torej tudi te dinamike spadajo v znano in ne-mišljeno.

V znano in ne-mišljeno spada po mnenju Bollasa še nezavedna telesna komunikacija. V glavnem nam pacienti ne povzročajo velikih problemov na področju našega lastnega telesnega odzivanja. Obstajajo pa pacienti, ki nas bodo telesno še kar obremenili in nam povzročali simptome ali motnje v telesu. Kot terapevti smo na te aspekte morda premalo pozorni, ker se s telesom pač ne ukvarjamo kaj dosti.

Glede znanega, a ne-mišljenega, nas Bollas opozarja, da bomo to dimenzijo pri pacientih lahko le do neke mere spremenili v mišljeno (kot lahko to vidimo tudi pri nas samih) in bo torej del znanega a ne-mišljenega vedno ostal v prvotni obliki, kot neka »znana neznanka«, ki jo vsi mi nosimo v sebi.

Kot klinični primer znanega, a ne-mišljenega, Bollas navaja tudi psihična stanja in razpoloženja pacientov. Sem lahko spadajo tesnoba, žalost, pesimizem, nestabilno razpoloženje in druga čustvena stanja, ki pripadajo subjektivnemu doživljanju lastnega selfa (sebstva)Ta ima izvor v zgodnjem otroštvu in se v terapevtskem procesu pojavlja pretežno preko transferne dinamike, preko vedenja - torej na

neverbalni ravni. Bollas svojo idejo pojasni z različnimi zgovornimi primeri. Med drugimi citira Georga, ki je v analizo prinesel svojo črnogledost, pesimizem - ko je v življenju vedno pričakoval nekaj negativnega - poraz, izgubo ali kaj podobnega. Seveda je iz tega izhodišča fantaziral tudi, da se bo njegova analiza končala z neuspehom. Ko je Bollas na tem negativnem transferju skušal delati, je trčil v močne odpore. Postopoma je odkril, da je pacient odraščal z depresivnimi starši, ki so imeli pesimističen pogled na svet. Skušali so mu dati nekaj pozitivnega in nekaj ljubezni, a njun odnos je bil precejšnja katastrofa. George se je navzel pesimističnega okolja, kjer so si starši delili in se podpirali v nenehnem občutku izgube. Bollas je razumel, da otrok ni uspel razviti psihične alternative tej porazni eksistenčni filozofiji staršev. Močno pa se je oklepal prisotnega pesimizma in razpoloženja, ker je bila to edina močna čustvena vez s temi starši. S tem, da je postal tudi on tak pesimist, je skušal obdržati otroško dimenzijo navezanosti do depresivnih staršev, od katerih se ni uspel ločiti. To dinamiko je pacient posredoval terapevtu bolj z vedenjem, s transfernim odnosom, kot pa s prostimi asociacijami, torej z verbalno komunikacijo. Negativno razpoloženje je torej spadalo v znano in ne-mišljeno.

Na kratko bi podal še osebno izkušnjo s pacientom, ki po mojem spada v problematiko »znanega a ne-mišljenega«. Gre za 45-letnega moškega, ki je po poklicu vzgojitelj in se dodatno ukvarja z informatiko. Je prijetna oseba s smislom za psihološko delo na sebi. Ko je bil pred letom in pol na nekem izobraževalnem tečaju, se je močno zaljubil v kolegico psihologinjo, ki je obiskovala isti tečaj. Zaljubljenost je bila obojestranska. (Lahko bi pripomnil, da so nekatere zaljubljenosti včasih izraz »znanega a še ne-mišljenega«, ki privre na dan v izrednih situacijah.) V tem ljubezenskem razmerju, ki je trajalo le nekaj mesecev, sta lahko oba partnerja zaživela in izrazila neke skrite dele sebe z občutkom sproščene in svobodne vzajemnosti, ki je nista uspela izživeti s prejšnjimi partnerji (med drugim sta oba poročena in imata otroke). V realnosti ta odnos ni imel kake resne perspektive, ker sta oba navezana na svojo družino in otroke, a je med njima ostal nek čustveni in miselni dialog, ki je spremljal najin terapevtski odnos in proces. V terapiji z mano se je pacient ukvarjal predvsem s to zaljubljenostjo, z doživljanjem in spoznavanjem samega sebe preko zaljubljenosti in s kritičnim premlevanjem odnosa s svojo ženo. Spoznal je, da je bil do žene zelo zaščitniški in do jo je podpiral v različnih situacijah in pri različnih potrebah. Kot da bi v tem odnosu nekoliko pozabil na samega sebe, kar je bila njegova značilna drža tudi v svoji prvotni družini. V terapevtskem procesu sem bil na strani njegovega pravega selfa (sebstva), podpiral sem to dinamiko, da bi

pacient lahko vedno bolj spoznaval sebe, svoje potrebe in občutke. To je že počel v tem novem odnosu zaljubljenosti, v psihoterapiji pa sem skušal to proces še utrditi in ga razširiti. Ob tem poteku se je v mojem pacientu občasno pojavljalo čudno in nerazumljivo razpoloženje, ki je spominjalo na nekaj žalostnega, težkega in obremenjujočega, ki pa ni kazalo na nobeno jasno vsebino. Pacient je trdil, da ga je tak občutek spremljal odkar pomni in da je bilo to povezano z neko težko atmosfero, ki je včasih zavladata v družini, predvsem med starši. Med psihoterapijo se je pacient pri tej vsebini občasno ustavil, a ni kaj prida delal na tem. Tudi jaz se nisem posebej poglobljal v to, ker se mi je zdelo, da bo za ta podvig primerna priložnost tudi pozneje.

Po poletnih počitnicah, ko se je vrnil v terapijo, mi je povedal, da je v tem času doživel dramatično izkušnjo. Že nekaj časa je razmišljal, da bi hotel bolje spoznati svojo preteklost, predvsem preteklost svojih staršev, o kateri je imel zelo malo informacij, ker se doma o tem ni govorilo. Vedel je, da sta starša veliko časa delala v zaporu kot paznika, potem pa sta bila zaposlena drugje. Mama je že dolgo v pokoju, oče pa je umrl že pred mnogimi leti. Oba starša sta po rodu iz Sicilije. Moj pacient se je med poletjem odpravil v rojstni kraj svoje mame na Sicilijo, da bi izvedel kaj več o njeni družini in o svojih prednikih. Tam je prišel do osupljivega odkritja. Preko kompleksnih informacij je prišel do spoznanja, da je pred mnogimi leti, ko je bila njegova mama mlado dekle, s pištolo ubila odraslega moškega, s katerim je imela ljubezenski odnos. Ta moški ji je obljubljal poroko, a jo je pozneje zavrnil in torej obljube ni držal. Mama je bila iz revne družine, ta moški pa je pripadal bogatemu sloju. Zavrnitev je izpadla kot izraz nespoštovanja mladega revnega dekleta, ki pa je bilo primerno za spolno izkoriščanje. Uboj je predstavljal obrambo družinske časti, kar je v sicilijanskem okolju še danes zelo pomembno. Mama mojega pacienta je bila zaradi uboja obsojena na zaporno kazen, kjer je presedela sedem let. Te informacije je pacient dobil v arhivu lokalnega časopisa, ko je listal članke na temo uboja iz tistega časa. Nato je šel na kraj uboja, ki ga je prepoznal iz neke fotografije v časopisu, in se ves obupan prepustil neustavljivemu joku. Počutil se je neizmerno nesrečen in grozovito osamljen. Poklical je ženo (od katere se ločuje), da bi vsaj delno podelil svojo bolečino.

S pacientom sva sklepala, da je mama v zaporu spoznala svojega bodočega moža in očeta pacienta, da je ustvarila z njim družino in da se je pozneje tudi ona zaposlila v zaporu kot paznica.

V zadnjem času predelujeva s pacientom to novo odkritje in skušava prevesti celotno izkušnjo, ki mu je bila na neki način znana (njegov občutek nelagodja povezan s težko atmosfero v izvorni družini), v mišljeno, zavestno in psihično predstavljivo. Vse to je bilo mogoče odkriti, ker se je pacient zaljubil in nato prišel v psihoterapijo. Prej to ne bi bilo mogoče.

Za zaključek svojega predavanja bi izrazil misel, da terapevti danes ne moremo delati pretežno na ravni »talking cure«, ampak moramo vključiti v terapevtski proces tudi neverbalne komponente, kar napravi terapevtski okvir bolj kompleksen, a istočasno bolj bogat, celosten in ustrezen današnjemu znanju, ki ga je postopoma osvojila naša psihoterapevtska stroka.

Literatura

Bollas Christopher (1987): *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought known.* Free Ass. Books, London.

Di Benedetto Antonio (2000): *Prima della parola.*Zal. Franco Angeli.

Freud Sigmund (1911-12): *Tecnica della psicoanalisi.*O.S.F. Vol.6. Zal. Boringhieri 1974.

Freud Sigmund (1913-14): *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi.* O.S.F. Vol.7. Zal. Boringhieri 1975.

Freud Sigmund (1915): *Metapsicologia.* O.S.F. Vol. 8. Zal. Boringhieri 1976.

Mancia Mauro (2004a): *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e Musicalità nel transfert.* Zal. Bollati Boringhieri, Torino.

Ogden Pat, Minton Kekuni, Pain Clare (2006): *Trauma and the body. A sensorimotor Approach to psychotherapy.* Norton and Company Inc., N.Y.

Quinodoz Danielle (2009): *Le parole che toccano. Uno psicoanalista impara a Parlare.* Zal. Borla.

Stern N. Daniel (1985): *The interpersonal world of the infant.* Basic Books.