

EMPATIJA V PSIHOANALITIČNI PSIHOTERAPIJI TEŽKIH PATOLOGIJ

*Marija Žunter Nagy, Borut Škodlar**

NEKAJ O RAZVOJU POJMA EMPATIJE V PSIHOTERAPIJI

Pojem empatije ima dolgo in bogato zgodovino tako na področju estetike in psihologije kot tudi psihoanalize in psihoterapije. Empatija je angleški prevod besede *Einfühlung*, ki so jo uporabljali v Nemčiji konec 19. stoletja kot pojem, ki je opisoval predvsem estetska opažanja. Znana je definicija empatije v umetnosti, ki jo navaja v svoji knjigi Bolognini (1) in je povezana z nemškim filozofom Theodorjem Lippsom: »Empatija v umetnosti je ozmotsko zlivanje subjekta z objektom – projekcija sebe v objekt. Tako subjekt hladni in inertni objekt otopli in humanizira.«

Freud (2) je prvič uporabil pojem *Einfühlung* 1905. leta. Zanj je empatija pomenila postaviti se zavestno in nezavedno v položaj drugega. Poudaril je, da je empatično razumevanje edini način, preko katerega lahko razmišljamo o duševnem življenju drugega, vendar ni videl empatije kot osrednji psihoanalitični koncept (3).

Kasneje so psihoanalitiki dograjevali in izpopolnjevali koncept empatije. Pravi razcvet proučevanja tega pojma pa se je začel s Kohutom in psihologijo selfa.

Intenzivno zanimanje za temo empatije kot tudi self psihologija sama, sta se pojavila kot reakcija na spremembo kliničnih slik, s katerimi so bili psihoanalitiki v tem času vse pogosteje soočeni (4). Vedenje in načini doživljanja, ki so jih kazali pacienti z narcisistično in mejno (*borderline*) patologijo so bili tradicionalno šolanim psihoanalitikom tuji in v njih se niso mogli živeti na podoben način kot v konflikte nevrotičnih pacientov.

Self psihologija je omogočila terapevtu prevzeti funkcijo empatičnega self-objekta in s tem povečala njegovo sposobnost razumevanja arhaičnih narcisističnih potreb bolnika.

* mag. Marija Žunter Nagy, dr. med.

* mag. Borut Škodlar, dr. med., Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška c. 29, 1100 Ljubljana

Kljub številnim publikacijam o empatiji, ki so sledile, med psihoanalitiki še danes ni soglasnosti o bistvu in načinu delovanja, niti o klinični uporabnosti koncepta empatije. Večina avtorjev vendarle soglaša, da je empatija način, kako razumeti drugega človeka s pomočjo prehodne in parcialne identifikacije, ki jo terapevt zatem zapusti, da bi lahko s pomočjo observirajočega ega postavil hipoteze in teorije na temelju podatkov, ki jih je pridobil. To je pot, ki vodi do interpretacij in možnosti uvida. Z drugimi besedami bi lahko rekli, da je empatija instrument, ki pomaga terapevtu razumeti, s pomočjo življenja v pacienta, kaj se dogaja v njem in na temelju tega lažje izbrati ustrezne intervencije (»čutiti kot pacient in kasneje misliti o pacientu«). Jasno lahko prepoznamo, da pojem empatije vključuje terapevtovo integracijo emocionalne in kognitivne ravni.

Kohut (5) je videl bistveno vlogo empatije v funkciji self-objekta, torej v funkciji terapevta, ki je simbiotična, medtem ko nekateri drugi avtorji (Greenson (6), Olden) smatrajo, da mora v konceptu empatije ostati jasno prisotna ločenost med subjektom in objektom, kljub občasnim identifikacijam. Bolognini v zvezi s tem predlaga koncept »benignega izgubljanja in/ali odpiranja meja«. Vprašanje delne izgube meja v empatiji je pomembno predvsem pri zelo regresivnih pacientih, ki imajo že sicer nejasne meje ega, zato lahko vsako dodatno razrahljanje meja izzove pri njih strah pred zlivanjem in izgubo identitete.

V množici konceptov zastavljamo tudi vprašanje medsebojnega odnosa empatije, projektivne identifikacije in kontratransfera. Povezovanje in razlikovanje teh konceptov je pomembno s teoretičnega in praktičnega aspekta.

M. Klein, ki je prva opisala projektivno identifikacijo, je smatrala, da je empatija rezultat »normalne projektivne identifikacije«.

Bion je razlikoval normalno obliko projektivne identifikacije od patološke. Po njegovem mnenju je normalna oblika benigni proces, v katerem subjekt premešča del svoje psihične vsebine v objekt, da bi na ta način z njim komuniciral. V tem procesu objekt, v katerega se projicira, ni spremenjen pod vplivom projektivnega procesa. Empatijo lahko smatramo kot del tega procesa. Pri patološki obliki projektivne identifikacije pa pride do nasilne uporabe tega mehanizma. Oseba poskuša nasilno premestiti nesprejemljive dele selfa v objekt, da bi se na ta način olajšala. Ta vrsta projektivne identifikacije se dogaja intruzivno in masovno ter je pogosto povezana s kontrolo nad objektom. Tovrstno vedenje lahko terapevt doživi kot agresivno, kar v njem vzbudi negativen kontratransfer in v primeru, da ga ne prepozna pravočasno, lahko zaradi tega zavrne pacienta. Seveda takšna oblika projektivne identifikacije zmanjša sposobnost za empatijo.

Klain (7) je ta dogajanja strnil v misel: če je projektivna identifikacija znak komunikacije, jo terapevt sprejema preko empatije, če pa je obrambne narave, jo sprejema preko kontratransfera.

Odnosa med empatijo in kontratransferom ni lahko določiti, odvisen pa je od tega, kako definiramo kontratransfer. Po konceptu P. Heimanove kontratransfer zajema vsa občutja, ki jih terapevt doživlja v odnosu do svojega pacienta. Kontratransfer uporablja kot ključ za razumevanje pacientovih nezavednih psihičnih procesov. Drugi avtorji ostajajo pri mnenju, da kontratransfer predstavlja odpor in da ga je treba analizirati. Če terapevt kontratransfer doživlja kot sredstvo razumevanja nezavednih procesov v pacientu, ga lahko konstruktivno uporabi pri empatiji. Če pa kontratransfer razumemo kot odpor in oviro za analitični proces, predstavlja tudi oviro za empatično razumevanje. V obeh primerih pa je jasno, da kontratransfer in empatija nista identična fenomena. Tudi če razumemo kontratransfer kot ključ za razumevanje nezavednih psihičnih procesov pacienta, ne smemo spregledati, da je potrebna kompleksna emocionalna in kognitivna transformacija iz kontratransferja v empatično razumevanje.

V praksi se kontratransfer in empatija močno prepletata. Kot pravi Jogan (8), obstaja konstantno nihanje med empatično in kontratransferno pozicijo.

EMPATIJA V PSIHOTERAPIJI TEŽKIH PATOLOGIJ

Ko govorimo o empatiji pri pacientih s težko patologijo, kot so hude osebnostne in psihotične motnje, si zastavljamo vprašanje ali je sploh mogoče vzpostaviti empatijo s takšnim pacientom: bodisi da gre za destruktivnega pacienta, nepredvidljivega pacienta z mejno (borderline) osebnostjo ali visoko narcisističnega psihotičnega pacienta ipd. Do teh pacientov bo težko razvil empatičen odnos terapevt z nezreli narcisističnimi potrebami, kajti tovrstni pacienti neprestano napadajo terapevtov narcisizem. Ključen razvojni element za empatijsko kapaciteto terapevta, od katere je odvisna psihoterapija pacientov s težkimi patologijami, je terapevtova lastna dobra simbiotična izkušnja. Vprašljivo je tudi, ali pacientova agresivnost do terapevta, ali zelo različni moralni standardi terapevta in pacienta lahko onemogočijo nevtralno življenje v pacienta. To je predvsem problem superega, o katerem Kernberg pravi: »Kapaciteta za odpuščanje je navadno znak zrelega superega. Sposobnost, da se drugim odpusti izhaja iz naše sposobnosti, da v sebi prepoznamo agresijo in ambivalenco.« S temi razmišljanji je povezano tudi Bologninijevo mnenje, da je za terapevta neizogibno potreben določen nivo zadovoljitve lastnih potreb in čustvenega zadovoljstva, da bi lahko sprejel in delil negativna čustva drugih.

V psihoterapiji je razvoj empatičnega odnosa nujen. Vendar pa je napačno pričanje, da bi bili vsi pacienti zadovoljni in srečni, če bi bil terapevt dovolj empatičen. Nekateri bolniki se namreč pogosto bojijo empatije in bližnjega odnosa zaradi strahu pred zlivanjem in izgubo avtonomije. To se nanaša predvsem na psihotične paciente, kjer je diferencijacija med selfom in objektom nezadostna, meje ega pa so negotove. V praksi se je pokazalo, da je za psihoterapevta, ki v psihoterapiji psihotičnih bolnikov ves čas aktivno in emocionalno angažirano sodeluje v terapevtskem procesu, včasih težko določiti mejo, do katere se lahko približa bolniku, a da pri tem ni preveč intruziven niti ne ostane preveč oddaljen. O tem je govoril že Kohut, ko je opozarjal, da mora terapevt prilagoditi empatijo bolnikovim zahtevam. Bolognini meni, da pacienti s težko patologijo, kljub zavestni želji po empatičnem odnosu, pogosto čutijo veliko tesnobo zaradi nevarnosti pred regresivnimi doživljanji zlivanja. Ping Nie Pao (9) opozarja, da je pri shizofrenih pacientih pogosto prisoten odpor do odnosa s terapevtom in da se občasno lahko pojavijo celo močna občutja sovraštva, ki lahko vplivajo na zmanjšanje terapevtove kapacitete za empatijo. Včasih pacient ignorira terapevtovo empatijo, da bi ga lahko svobodneje sovražil. Pao meni, da je v takšnih primerih zaradi dolgoročnih ciljev terapije koristno, da terapevt začasno ne izkazuje empatičnosti in s tem pacientu omogoči večji prostor za njegova občutja.

V ilustracijo nam lahko služi kratek insert iz supervizije.

Kolegica je uspela vzpostaviti dober odnos s psihotičnim pacientom, kasneje pa je v preveliki želji, da bi mu pomagala, prešla mejo bolnikovega psihičnega prostora in takrat jo je bolnik hitro vključil v svoj blodnjavi sistem. Psihoterapija se je morala prekiniti. Lahko razumemo, da kolegica iz kontratransfernih razlogov ni uspela empatično začutiti, kje je meja, do katere se lahko približa bolniku. Prevelika bližina terapevtke je v pacientu izzvala veliko tesnobo zaradi strahu pred zlivanjem, na kar je obrambno reagiral s projekcijo in pretvoril terapevtko v preganjajoči objekt. Na ta način je ponovno vzpostavil distanco.

Pao pravi: »Empatija je proces, ki se odvija med dvema osebama: eno, ki želi razumeti in drugo, ki želi, da bi jo razumeli. Ta proces je s shizofrenim bolnikom težko doseči, če pa se prekine, je lahko to dokončno, kajti shizofreni bolnik v tem trenutku misli: »Zmotil se je kot že mnogokrat in nikoli me ne bo razumel«, kot ga v preteklosti niso razumele druge zanj pomembne osebe.«

Seveda je kot pri vsaki psihoterapiji tudi pri psihoterapiji težkih patologij ključnega pomena strokovno in diagnostično znanje. Izkaže se, da strokovno-

diagnostična in teoretska izhodišča pomembno vplivajo na razvoj in značilnosti empatije v psihoterapevtskem procesu. To nam ilustrira naslednja klinična vinjeta.

21-letni študent matematike je prišel k psihiatru zaradi socialno fobične simptomatike, ki ga je vključil v psihoanalitično psihoterapijo enkrat tedensko. Čez 5 tednov se na eni izmed psihoterapevtskih seans razkrije pacientova obsežna psihotična simptomatika v smislu nanašalnih blodenj in občutkov derealizacije, ki je botrovala tudi pacientovemu izogibanju določenim socialnim situacijam. V terapevtu se je pri prehajanju iz enega v drug diagnostični spekter nenadoma odprla tudi druge vrste empatija. Terapevtovo vživljanje se je ob novem razumevanju in predvidevanju pacientovih doživljanj in odzivanj premaknilo na drugo raven. V njem so se začeli porajati drugačni čustveni pojavi, ki so izhajali iz teh empatičnih doživetij: v smislu »materinske« vloge ipd. Zaključimo lahko z ugotovitvijo, da je v tem kliničnem dogajanju preobrat v »empatiji« povzročilo razkritje določenega psihopatološkega spektra in ob tem terapevtov racionalni »preskok« v drugo diagnostično kategorijo.

Iz zgornje klinične vinjete lahko torej sklepamo, da kognitivni/observirajoči del ni aktualen le po izhodu iz empatičnega »zlitja«, ko nas informira o pacientovem psihičnem stanju, ampak je vseskozi tudi konstitutivno prisoten pri vzpostavljanju empatije. Terapevtova teoretska in diagnostična izhodišča torej a priori določajo empatijo, česar se mora vseskozi dobro zavedati.

ZA SKLEP

Psihoterapevtsko delo in psihoterapija težkih patologij še posebej stalno trkata ob terapevtove kapacitete za empatijo. Omenili smo, da k temu odločilno vplivajo terapevtove lastne psihološke danosti in izkušnje. Pomembno in ne odgovorjeno pa ostaja vprašanje, koliko je možno kapacitete za empatijo razvijati od omenjene osnove. Mnogi avtorji, med njimi Bolognini in Klain, opozarjajo na veliko vrednost terapevtove lastne analize, njegove/njene psihoterapevtske edukacije in supervizije ob redni klinični praksi za krepitev in razvoj kapacitete za empatijo. Greenson pa dodaja, da so za empatijo ključni tudi: terapevtov širok spekter življenjskih izkušenj ter negovanje in (s)poznavanje univerzalnih človeških izkustev, ki nam jih lahko posredujejo tudi poezija, literatura, gledališče, glasba in druge umetnosti ter bajke in drugo ljudsko izročilo.

LITERATURA

1. Bolognini, S. *L'empatia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 2002.
2. Freud, S. *Jokes and their Relation to the Unconscious*. The Standard Edition Vol. 8. London: The Hogarth Press, 1974.
3. Pigman, G.W. Freud and the History of Empathy. *Int J Psychoanal* 1995; 76: 237–256.
4. Wellendorf, F. *Jenseits der Empathie*. *Forum der Psychoanalyse* 1999; 15: 9–24.
5. Kohut, H. *Analiza sebstva*. Zagreb: Naprijed, 1990.
6. Greenson, R. R. *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart, Klett, 1975.
7. Klain, E. *Uzajamni razvoj partnera u psihoanalitičkom procesu*. *Psihoterapija* 1992; 22: 55–66.
8. Jogan, H. *Empatija prema teškom bolesniku u psihoanalitičkoj psihoterapiji*. *Prispevek na okrogli mizi*, Zagreb: neobjavljeno, 2003
9. Pao, P. N. *Schizophrenic Disorders*. Connecticut: International Universities Press, 1994.