

Maša Pupaher¹

Psihoanalitične teorije pacientove tišine

Psychoanalytic theories of the patient's silence

Povzetek

Razmišljanjem o pomenu in funkciji pacientove tišine lahko sledimo vse do Freudovih začetkov. Freudovi razlagi tišine kot kršitve temeljnega analitičnega pravila sledijo razlage namena takšnega odpora. Ego psihologi so jo povezovali z dinamiko različnih ego funkcij. Teorija objektnih odnosov pa jo je postavila v kontekst regresije, procesa separacije in iskanja korektivne čustvene izkušnje. Do občutnejše spremembe je prišlo v Winnicottovih delih. Tišino je razumel kot napredek v psihoterapevtskem procesu, kar je odprlo prostor razumevanju tišine kot možnosti vzpostavitve globljega psihoterapevtskega odnosa med terapevtom in pacientom. Novejše teorije tišino razumejo kot intersubjektivni konstrukt, ki predstavlja polje za nadaljnje raziskovanje. V prispevku predstavljamo razmišljanja različnih avtorjev s področja psihoanalize glede pacientove tišine.

Ključne besede: tišina, psihoanaliza, gonska teorija, teorija objektnih odnosov, ego psihologija, self psihologija, intersubjektivnost, kontratransfer

Abstract

Different ways of understanding the meaning and function of a patient's silence can be traced back to early Freud. His interpretation of silence as a violation of the fundamental analytic rule has been followed by explanations of the purpose of such resistance. Ego psychologists associated silence with the dynamic of various ego functions. Object relations theorists, on the other hand, contextualized it in terms of regression, the process of separation, and the pursuit of a corrective emotional experience. A significant shift occurred in Winnicott's works. He viewed silence as a progression in the psychotherapeutic process, providing a space for understanding silence as a possibility for establishing a deeper therapeutic relationship between therapist and patient. More recent theories see silence as an intersubjective construct representing a field for further research. This article presents the perspectives of various authors on a patient's silence. In conclusion, some possibilities for further research are discussed.

¹ Maša Pupaher, diplomirana psihologinja, absolventka magistrskega študija psihologije na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani in specializantka psihoanalitične psihoterapije na Univerzi Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana (SFU Ljubljana), masa.pupaher@gmail.com

Key words: silence, psychoanalysis, drive theory, object relations theory, ego psychology, self psychology intersubjectivity, countertransference

Extended abstract

1.

Introduction

Silence as part of the psychotherapeutic process has been of interest since the early beginnings of the development of psychoanalytic theories. Individuals who engage in the psychotherapeutic process have certain attitudes towards speech and silence, both of which influence the way the psychotherapeutic relationship is established (Dimitrijević & Buchholz, 2020). Although patients report feelings of safety when they are allowed to be in silence (Liegner, 1971), many therapists feel that silence represents wasted time in which therapy is ineffective. The therapist's experience and responses to their patient's silence depends on the therapist's attitude towards silence, their theoretical background and the nature of the psychotherapeutic relationship (Hauge & Brandsæter, 2021).

The aim of this paper is to arouse an interest in a more comprehensive understanding of the patient's silence. Contributions of authors who have added to the understanding of the patient's silence in different periods of the development of psychoanalysis will be presented. This overview will follow the historical development of psychoanalysis from Freud's time to the present, but it will not be complete or perfect.

2.

The patient's silence in the context of Freud's drive theory

Freud's explanation of silence was based on the hypothesis that patients stop talking in order to avoid disclosing sexual desires that arise in the transference relationship. In this case, silence as resistance in transference represents a violation of the fundamental analytic rule of free associations (Freud, 1912). With the development of the structural model of personality, attention then shifted to exploring the meanings and functions of such resistance. Fliess (1949) hypothesised that silence reflects fixation in psychosexual development. On this basis he identified three types of silence. In oral silence patients withdraw into silence without any visible signs of internal conflicts. In this case, silence is understood as regression, in which patients are unable to use speech as a way of communication (Fliess, 1949). Anal silence represents the patient's need

to take control over the therapist or the therapy (Ferenczi, 1916). Fenichel (1928) highlighted the ambivalence between the patient's need for help and the simultaneous withholding of feelings, wishes or fantasies, which is manifested in silence. Fliess (1949) described the most common silence as one in which the patient forgets about the fundamental analytic rule. After such silence, patients usually change the subject, which represents resistance to some topics.

Fliess's ideas were extended by Sabbadini (1992), who introduced the concept of phallic silence. In such silence patients experience speech as an extension of the ego or as penetration of the therapist, which is followed by castration anxiety and silence, which serves as a protection for the patient and the therapist against the patient's sexual impulses. It also protects the patient from developing an erotic or negative transference (Sabbadini, 1992).

3.

Patient's silence in the context of ego psychology

Sabbadini (1992) states that silence is meaningful as resistance insofar as it arises from unconscious fantasies and is a result of intrapsychic conflicts. In such anxiety, silence helps the patient to defend themselves from saying the wrong thing. Patients who withdraw into silence out of fear of saying the wrong thing have been described by Coltart (1991), who defined the concept of the silent patient. A silent patient is a patient who talks less than 10% during the whole psychotherapy treatment.

Silent patients often have a need to please others. In these cases, the therapist's interpretation can be perceived as a criticism that makes the patient withdraw even more. Interpretations, especially those without an understanding of the dynamics of silence, may sound aggressive and arouse even more silence or resistance in the patient. Retreating into silence is also a way of maintaining self-esteem. Modell (1990) states that the specific non-communication of affects in some patients promotes a state in which the aim is to gain omnipotent control over their own affects. This is an illusion of self-sufficiency that is motivated by the fear of intrusion of others. As speech makes it easier for a person to verify the reality of their own perceptions and experiences, its function also brings it closer to reality control (Zeligs, 1961).

4.

Patient's silence in the context of the object relations theory

When we consider silence as resistance, we assume that the patient is withdrawing from something. But at the same time the patient is also stepping towards a state

where they feel relatively safe to face the situation they want to resolve (Balint, 1968). The notion that the therapist should respond to the patient's silence with their own silence is supported by the concept of benign regression. In benign regression, the patient does not expect action or satisfaction of their needs, but rather an agreement to use the external world in a way that would enable them to cope with their own internal conflicts. Although the therapist's involvement in this is essential, it does not interfere with the patient's inner life. In silence the patient is therefore looking for an object relation that will allow them to have a "new beginning" in which they can find themselves.

In malignant regression, on the other hand, the therapist is not experienced as a person who can help them to achieve the "new beginning", but as someone who should endlessly satisfy their needs. Balint suggests that in this case the therapist should respond with words. If the therapist were to stay silent, the patient could interpret this response as submission or an assumption of the therapist's guilt, which would only reinforce the patient's pathology (Balint, 1968).

The relationship between the separation-individuation process and silence has been explored by Mahler, Pine and Bergman (1975), who saw language development as part of this process. During language development and the separation process, speech is the space between the primary caregiver and the child. Speech development is a transitory object used by the child for internalising the caregiver's self-regulatory functions, which alleviates separation anxiety. In an inappropriate symbiosis or separation, silence provides space for mourning for the symbiotic relationship (Winnicott, 1958).

Words either confirm separation between two subjects or disturb fantasies of fusion. An analytical situation that allows at least a partial regression to the pre-verbal development phase facilitates integration and enhances further verbal development. Once the patient has achieved this experience, the therapist should help them to use words to show the reality of the separation they have to achieve (Nacht, 1964).

One of the most significant changes in the understanding of silence has come from Winnicott's thinking, as he sees it as an advance in the psychoanalytic process. In *The Capacity to be Alone* (1958), Winnicott describes silence as the patient's capacity for solitude. The experience of being alone, where it seems that we are doing nothing, is for the patient the source of all that is alive, pleasurable, creative and real in the human experience. According to Winnicott the capacity to be alone, together with the capacity to be in reflective silence develop at a time when we cannot yet speak of mature ego functions. A prerequisite for the development of these capacities is the experience that the infant or toddler can be alone in the presence of the primary caregiver, without intruding into

their personal space. At the same time, the integration of the aggressive and libidinal drives is also necessary. This needs to be facilitated by the primary caregiver, who needs to be attuned to both the child's love and their aggression.

5. Patient's silence in the context of self psychology

Self psychologists have understood silence as a space of attunement between patient and therapist, in which both have the opportunity to think and share their thoughts. If the patient withdraws into silence because they are unable to describe their feelings, the therapist takes on the role of a self-object. Through attunement and empathy, the therapist helps the patient with recognition and verbalisation of their feelings.

If silence arouses memories of deeply repressed feelings, wishes or needs, the therapist can help the patient with their own authenticity, empathy and the ability to be in silence to build their own capacity to tolerate silence. The validation of these feelings, which takes place in silence, helps the patient in the process of self-acceptance (Elson, 2001).

If the response of significant others does not match with the child's needs, the child may withdraw into silence. If such disapproval becomes chronic, the child's silence becomes a way of acting in interpersonal relationships. Instead of responding to a specific situation, silence becomes a defence that leads to alienation. Instead of being able to express feelings of incomprehension or alienation, the child experiences silence as protection: if they say nothing, they cannot be hurt (Elson, 2001). Thus, silence in the psychotherapeutic process can be a reflection of the patient's silent request for help, which cannot be articulated because of the fear of abandonment and feelings of shame.

Kohut (1971) states that a therapist, who has the capacity to respond with empathically attuned silence and just sits with the patient, sometimes does the best they can. Sometimes silence in therapy is not resistance that needs to be overcome. The capacity to offer empathy instead of interpretation allows the patient to feel unconditionally accepted. In this way, silence can be used as an integral part of the process.

6. Patient's silence in the context of intersubjectivity

According to recent theories, the relationship between therapist and patient involves a conscious and unconscious intersubjective dialogue. Intersubjectivity is the process of exchanging meanings between two subjects, which results in the creation of a new meaning that is more complex than the one contributed by

either individual (Harrison and Tronick, 2021). Everything that the patient and the therapist say or do not say, is therefore part of an intersubjective dialogue.

Silence, which has been described in the context of classical theories as resistance due to internal conflicts, can also be understood as an interpersonal resistance, the creators of which are both the patient and the therapist (Dimitrijević, 2020b). An example is the silence that occurs when the process has progressed too quickly, when the transference has been analysed before a stable therapeutic relationship has been established and the resistances have not been analysed. Such a process leads to superficial therapeutic progress, which is a trap, especially for patients who want to be perfect and for therapists who enjoy the narcissistic, illusory efficiency of their own work. Silence as intersubjective resistance also develops due to a mismatch between therapist and patient. If the patient is not comfortable with the therapist and the therapist develops a countertransference that prevents the development of an appropriate therapeutic relationship, both the patient and the therapist may retreat into silence, which is often the reason for patients dropping out of therapy. Complementary intrapsychic dynamics of the patient and the therapist also play an important role in the development of silence. If such dynamics are not articulated, important topics that would lead to achieving therapeutic goals, may remain unspoken (Dimitrijević, 2020a).

Silence also manifests itself as resistance in the initial stages of the psychotherapeutic process, when the patient is adjusting to a new situation. Lying on the couch, following free associations and analysing dreams can be a new and unfamiliar situation that needs time for getting used to.

7. Therapist's countertransference in response to the patient's silence

Every therapist responds differently to the different types of the patient's silence. Due to the complexity of explaining different countertransference responses, only common responses will be considered.

Therapists often report unpleasant feelings of incompetence, unwantedness or anger towards their patients. These feelings can lead to satisfying their own need for revenge, to act contrary to the patient's needs, to intervene too quickly or to use their own silence, in an attempt to regain control over the analysis or the patient (Acheson and Avdi, 2020). How the therapist experiences their patient's silence also depends on the quality of the therapeutic relationship. In the initial phase of therapy, when the therapeutic relationship is not yet fully established, more unpleasant feelings are experienced (Hauge and Brandsæter,

2021). Experiencing the patient's silence also depends on the therapist's experiences with therapeutic work: the more experienced the therapist, the easier it is for them to contain the feeling that they have to end the patient's silence (Dobosz, 2020).

8. Conclusion

Silence has been discussed within various psychoanalytic theories, but for deepening its understanding, broader concepts such as philosophical, sociological, or anthropological that come from both the social and natural sciences should be taken into account. For therapeutic work, the therapist should also keep clearly in mind the cultural background (Ronningstam, 2006), religion (Kenny, 2020) and trauma, which has a particularly complex impact on the dynamics of silence (Ritter, 2014; Dimitrijević, 2020b).

When considering the question of further research, we think about the understanding of silence as an intersubjective construct. Further interest can be directed towards the factors that influence the development, experience and purpose of this construct. This includes understanding the patient's silence (as described in this paper), the therapist's experience of the patient's silence (Hauge & Brandsæter, 2021), the therapist's reasons for using silence as an intervention (Ladany et al., 2004), the patient's experience of their own and the therapist's silence (Line et al., 2002) and a number of other subjective and subtle factors.

1.

Uvod

Tišina kot del psihoterapevtskega procesa vzbuja zanimanje že od zgodnjih začetkov razvoja psihoanalitičnih teorij. Posamezniki, ki se vključijo v psihoterapevtski proces, imajo določen odnos do govora in tišine, pri čemer oboje vpliva na način vzpostavitve psihoterapevtskega odnosa (Dimitrijević in Buchholz, 2020). Kljub temu da pacienti poročajo tudi o občutkih varnosti, ko jim je dovoljeno biti v tišini (Liegner, 1971), številni terapevti občutijo, da trenutki tišine predstavljajo neizkoriščen čas in nakazujejo na neučinkovitost terapije. Kako bo terapevt doživel pacientovo tišino in se nanjo odzval, je odvisno od terapevtskega odnosa do tišine, teoretičnih izhodišč in narave psihoterapevtskega odnosa (Hauge in Brandsæter, 2021).

V svojih začetkih je psihoanaliza pacientovo tišino razlagala kot kršenje temeljnega analitičnega pravila. Freud (1912) jo je opredelil kot prvi transferni odpor, ki ga je treba preseči. Že sam Freud ter kasneje njegovi sodobniki pa so skozi razvoj različnih psihoanalitičnih teorij tišino začeli postavljati v širši kontekst. Sčasoma je v ospredje stopila ideja, da tišina ne deluje le v funkciji odpora, temveč nudi tudi prostor za proces prostih asociacij.

V pričujočem prispevku bomo z željo po širšem pogledu na pacientovo tišino predstavili prispevke avtorjev, ki so v različnih obdobjih razvoja psihoanalize prispevali k razumevanju pacientove tišine. Pregled bo sledil zgodovinskemu razvoju psihoanalize od Freudovih časov vse do danes, vsekakor pa ta ne bo popoln. Predstavljena bodo bistvena teoretična izhodišča, saj je namen tega besedila vzbuditi zanimanje za pojav tega fenomena.

2.

Pacientova tišina z vidika Freudove klasične gonske teorije

Anna O. je psihoterapevtsko obravnavo opisala kot zdravljenje z besedami. Takšno zdravljenje sledi temeljnemu analitičnemu pravilu, da pacient spregovori o vsem, kar mu pride na misel (Breuer in Freud, 1893). Freudova razlaga tišine je izhajala iz hipoteze, da pacient neha govoriti z namenom, da mu s tem ne bi bilo treba razkriti seksualnih želja, ki so se pojavile v transfernem odnosu. Tišina kot odpor v transferu v tem primeru predstavlja nasprotovanje temeljnemu analitičnemu pravilu prostega asociiranja (Freud, 1912).

Z razvojem strukturnega modela osebnosti se je pozornost od nezaželenosti tišine, ki predstavlja odpor, preusmerila v raziskovanje pomena in funkcije takšnega odpora. Ideje o raziskovanju pomena takšnega odpora je razvijal Fliess (1949).

Predpostavljal je, da tišina odraža zastoj v psihoseksualnem razvoju in na podlagi tega opredelil tri vrste tišine: oralno, analno in falično.

Pri tišini, ki izhaja iz fiksacije na oralni fazi, gre za zamenjavo načina komunikacije. Pacient se v tišino umakne brez vidnih znakov notranjih konfliktov. Tišina se v tem primeru razume kot regresija, v kateri pacient ni zmožen uporabljati govornega aparata, v kontratransferni dinamiki pa jo terapevt doživlja kot pacientovo željo po zlitju (Fliess, 1949). Za oralno fazo je značilno, da so usta glavni vir otrokovega užitka in interakcije z drugimi. Če pacient terapevtove besede simbolno doživlja kot hrano, ki ga napolnjuje in predstavlja nego ter varnost, bo njegova tišina reflektirala ugodje. Če pa terapevt te potrebe ne bo zadovoljil, lahko pacient podoživi zgodnjo izkušnjo praznine zaradi pomanjkanja nege, skrbi in varnosti, na kar se bo odzval s tišino, polno agresije.

Analna tišina, ki odseva fiksacijo na analni fazi psihoseksualnega razvoja, predstavlja pacientov nadzor nad terapevtom in terapijo (Ferenczi, 1916). Fenichel (1928) je izpostavil ambivalentnost med pacientovo željo po pomoči in istočasnim zadrževanjem vsebin, kar se kaže v tišini. Fliess (1949) pa je analno tišino povezoval s potrebo po zadrževanju besed. Ko pacient na ta način svoje misli zadržuje, te ostanejo na predzavestni ravni in onemogočijo prosti tok misli. Fliess (1949) je kot najobičajnejšo opisal tišino, v kateri pacient pozabi na temeljno analitično pravilo. Po takšni tišini navadno spremeni temo, kar predstavlja odpor do določenih vsebin.

Fliessove ideje je razširil Sabbadini (1992), ki je uvedel pojmovanje falične tišine, v kateri pacient govor doživlja kot razširjanje ega in prodiranje v terapevta, čemur sledita kastracijska tesnoba in tišina, ki služi kot zaščita pacienta in terapevta pred pacientovimi seksualnimi impulzi. S tem se pacient ubrani tudi pred razvojem erotičnega ali negativnega transfera (Sabbadini, 1992).

3.

Pacientova tišina z vidika ego psihologije

Sabbadini (1992) pravi, da je tišina kot odpor smiselna, v kolikor izvira iz nezavednih fantazij in je posledica intrapsihičnega konflikta. Z njeno pomočjo pacient nezavedno tesnobo, vezano na konflikt, preoblikuje v bolj obvladljivo tesnobo, vezano na psihoterapevtski odnos. V takšni tesnobi tišina predstavlja samocenzuro, s katero se brani pred tem, da bi rekel kaj narobe. Paciente, ki se umaknejo v tišino iz strahu, da bi se napačno izrazili, je natančneje opisala Coltart (1991), ki je opredelila pojem tihega pacienta. O tistem pacientu govorimo, ko pacient govori manj kot deset odstotkov časa celotne psihoterapevtske obravnave.

Tihi pacienti pogosto želijo ugajati. V takšnih primerih terapevtovo interpretacijo tišine kaj hitro razumejo kot kritiko, zaradi katere se še bolj umaknejo vase. V kolikor interpretacije ne temeljijo na poglobljenem razumevanju dinamike tišine, obstaja večja možnost, da bodo zvene napadalno in bodo v pacientu vzbudile še več tišine, odporov in sovražnosti.

Pri delu s tihimi pacienti zato lahko pomagata pozornost na lasten kontra-transfer in širše razumevanje funkcije tišine (Coltart, 1991). Umik v tišino je tudi način ohranjanja samospoštovanja. Modell (1990) je ugotovil, da specifično nekomuniciranje afektov pri nekaterih pacientih spodbuja stanje, katerega cilj je vsemogočni nadzor nad afekti. To predstavlja iluzijo samozadostnosti, ki jo motivira strah pred bližino in vdorom drugih. Zeligs (1961) je opisoval, da tišina služi kot umik pred občutki in zaznavanjem zunanjih dražljajev, pri čemer gre bodisi za pripravo na spanje bodisi za zaščito pred realno ali namišljeno grožnjo. Funkcija govora pa ga tudi približuje kontroli realnosti, saj oseba z govorom lažje preverja realnost lastnih zaznav in doživljanja. Kurz (1984) pa je uvedel razmislek, da tišina nudi predah, ki daje priložnost za ponovno vzpostavitev notranjih meja, ki so bile v primarni izkušnji porušene. Zaradi tega je lahko podobna umiku ali iskanju prostora za razreševanje dilem, ki jih besede ne morejo doseči.

4.

Pacientova tišina z vidika teorij objektnih odnosov

Razumevanje tišine kot odpora zaradi notranjega konflikta terapevte pogosto usmerja v raziskovanje in interpretacijo pacientovih notranjih konfliktov. Čeprav koristen, tak način preusmeri pozornost od ponotranjenih objektov ali razvojnih deficitov, ki so prav tako pomembni za razumevanje pacientove tišine (Frankel, 2020).

Ko obravnavamo tišino kot odpor, predpostavljamo, da se pacient od nečesa umika. Hkrati pa je res, da stopa k nečemu, in sicer v stanje, v katerem se počuti relativno varnega, da bi se lahko srečal z nastalo situacijo, ki jo želi razrešiti (Balint, 1968). Da se naj na pacientovo tišino terapevt odzove z lastno tišino, je avtor podprl s pojmom benigne regresije. Pri benigni regresiji pacient ne pričakuje akcije oz. zadovoljitve njegovih potreb, temveč pristanek uporabiti zunanji svet na način, ki bi mu omogočil obvladanje lastnih notranjih problemov. Čeprav je sodelovanje terapevta pri tem bistveno, se to s pacientovim notranjim življenjem ne meša. Zaželeno terapevtsko drža je tiho priznavanje obstoja pacientovega notranjega življenja in njegove individualnosti. Pacient torej v tišini išče tak objektni odnos, ki mu bo omogočal »nov začetek«, v katerem lahko najde samega sebe.

Nasprotno pa v maligni regresiji v terapevtu išče sredstvo za zadovoljitev lastnih potreb in ga ne doživlja kot osebo, s pomočjo katere bi lahko dosegel prej omenjen nov začetek. Takšna regresija vodi do odvisnosti, saj v tišini vedno znova pričakuje, da bo terapevt brez besed prepoznal in vedno znova zadovoljil njegove potrebe. Balint predlaga, da se terapevt v tem primeru odzove z besedami, saj bi njegovo tišino pacient lahko hitro razumel kot podrejanje ali prevzemanje krivde, s čimer terapevt le krepi njegovo patologijo (Balint, 1968). V takem primeru se naj torej terapevt predstavi kot realni objekt, saj pacientova tišina ne služi v korist psihoanalize (Zeligs, 1961).

Blos (1972) je v svojih razmišljanjih o pomenu tišine opisal pacientko, katere tišina je predstavljala poustvarjanje željenega odnosa z mamo. Tišina je odsevala njeno potrebo po zlitju, besede pa bi pomenile separacijo in bile doživete kot intruzivne. Stern (1985) je opisoval trenutke tišine, ki so predstavljali osnovno izkušnjo sobivanja z drugim. Tak občutek se razvije le v primeru, ko je tišina posledica medsebojnega razumevanja in zavedanja prisotnosti dveh ločenih subjektov. Podoben primer navaja Busch (1978), ki opisuje pacientko, katere mama je bila čustveno hladna in nedostopna, medtem ko je oče zanikal kakršne koli težave v pacientkinem življenju. V terapiji je pacientka izražala strah, da bi se proces prekinil, še preden bi bila na to pripravljena. Zaradi potrebe po vztrajanju v infantilnem, simbiotičnem odnosu, je večino terapevtskega srečanja ostala v tišini. Srečanja s terapevtom so vključevala njeno vztrajanje v tišini in jezo v trenutkih, ko je terapevt tišino prekinil. Pacientka je upala, da bo terapevt njene občutke razumel brez besed, tako kot naj bi jih razumela mama pred razvojem otrokovega govora.

Opisano povezavo med procesom separacije-individuacije in tišino so raziskovali Mahler, Pine in Bergman (1975), ki kot del tega procesa razumejo razvoj jezika. Ob razvoju jezika in v procesu separacije govor predstavlja vmesni prostor med primarnim skrbnikom in otrokom. Razvoj govora predstavlja tranzitorni objekt, ki ga otrok uporablja za ponotranjanje skrbnikovih funkcij samoregulacije, kar blaži separacijsko tesnobo. V primeru neustreznega vstopa ali izstopa iz simbioze govor simbolično predstavlja izgubo objekta, tišina v neustrezni separaciji pa prostor za žalovanje za simbiotičnim odnosom (Winnicott, 1958).

Besede bodisi potrjujejo separacijo med dvema subjektoma bodisi zmotijo fantazije po zlitju. Analitična situacija, ki omogoča vsaj delno regresijo na fazo predverbalnega razvoja, omogoča integracijo in krepi nadaljnji verbalni razvoj. Takšen razvoj pa brez upoštevanja izkušenj iz predverbalnega obdobja ni možen. Ko pacient doseže to izkušnjo, mu naj terapevt s pomočjo besed pokaže realnost separacije, ki jo mora doseči (Nacht, 1964). Pacient torej v tišini poustvarja elemente, ki jih potrebuje za ustrezno separacijo. Četudi se zdi,

da se v uri, polni tišine, nič ne dogaja, proces kljub temu teče, saj pridobiva izkušnjo terapevtskega okvira, in sicer konstantnosti srečanj, stabilnega terapevtskega okvira in terapevtove empatije, s katero s pacientom zdrži tako v njegovi kot tudi v svoji tišini (Anagnostaki, 2013).

Ena izmed občutnejših sprememb v razumevanju tišine se je pokazala v Winnicottovem razmišljanju, saj jo razume kot napredek v psihoanalitičnem procesu. V svojem delu *The Capacity to be Alone [Kapaciteta biti sam]* (1958) Winnicott tišino opisuje kot pacientovo kapaciteto za samoto. Izkušnja biti sam v samoti, kjer se zdi, da ne počnemo ničesar, je zanj izvir vsega živega, prijetnega, ustvarjalnega in resničnega v človekovi izkušnji. Vse to pa je pogosto možno doživeti le v tišini. Po njegovem mnenju se kapaciteta biti sam skupaj z zmožnostjo biti v reflektivni tišini razvijeta v obdobju, ko še ne moremo govoriti o zrelih ego funkcijah. Pogoj za razvoj teh kapacitet je izkušnja, da je dojenček ali malček lahko v prisotnosti primarnega skrbnika sam, ne da bi ta intruzivno posegal v njegov prostor. Obenem je potrebna tudi integracija agresivnih in libidinalnih gonov, ki jo omogoči primarni skrbnik, ki se ustrezno uglaši tako na otrokovo ljubezen kot na njegovo agresijo (Winnicott, 1958).

5. Pacientova tišina z vidika self psihologije

Tišina ima sama po sebi kapaciteto krepitve psihičnih struktur. Self psihologi so jo razumeli kot prostor uglašenosti med pacientom in terapevtom, v katerem imata oba možnost razmišljati in deliti svoja razmišljanja. Ko je primerno, terapevt s pacientom deli svoje razumevanje, razlago in interpretacijo. Pacient se po tem lahko počuti globoko razumljenega ali pa izrazi svoje nestrinjanje. Tišina, ki sledi, pacientu daje možnost za razmislek in preoblikovanje strukture selfa v gibkejšo (Elson, 2001).

Če se pacient umakne v tišino, ker svojih občutkov zaradi zmanjšane kapacitete za opisovanje doživljanja ne zmore opisati, terapevt opravlja vlogo selfobjekta. S pomočjo uglaševanja in empatije mu pomaga pri prepoznavanju in verbalizaciji doživljanja, pri čemer tišina nudi vir za uglaševanje na pacientovo doživljanje. Če pa se v pacientu v tišini vzbudijo spomini na globoko potlačena čustva, želje ali potrebe, mu terapevt z lastno pristnostjo, empatijo in zmožnostjo biti v tišini pomaga pri krepitvi kapacitete za toleriranje tišine. Validacija teh občutkov, ki se dogaja v tišini, pacientu pomaga pri procesu samospregledanja, kar vodi v samozadovoljstvo (Elson, 2001).

Če odziv pomembnih drugih ni v skladu z otrokovimi potrebami, se ta lahko umakne v tišino. Če takšna neuglašenost postane kronična, otrokova tišina postane način delovanja v medosebnih odnosih. Namesto odziva na specifično

situacijo tišina postane obramba, ki vodi v odtujenost. Zaradi istočasnega razvoja občutka sramu otrok ne najde načina komunikacije z neodzivnim skrbnikom. Namesto zmožnosti za izražanje občutkov nerazumljenosti ali odtujenosti otrok tišino doživlja kot zaščito: če ničesar ne pove, ne more biti ranjen (Elson, 2001). Tako je lahko tišina v psihoterapevtskem procesu odraz pacientove tihe prošnje po pomoči, ki zaradi strahu pred zapuščenostjo in občutkov sramu ne more biti ubesedena.

Kohut (1971) navaja, da terapevt, ki ima kapaciteto odzivanja z uglašenostjo in empatičnostjo ter s pacientom samo sedi v tišini, včasih naredi največ, kar lahko. Včasih tišina v terapiji ni odpor, ki ga je treba preseči. Včasih je treba v tišini le empatično počakati in občasno od sebe oddati kakšen znak, tako da pacient ve, da je terapevt še vedno z njim in je do tišine tolerant. Kapaciteta v pacientovi tišini ponuditi empatijo namesto interpretacije pacientu dovoli začutiti brezpogojno sprejemanje. Tako se lahko tišina uporabi kot integralni del procesa.

6. Pacientova tišina z vidika teorije intersubjektivnosti

Po novejših teorijah odnos med terapevtom in pacientom vključuje zavestni in nezavedni intersubjektivni dialog. Ferenczi (1932) je v svojem delu *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi* [Klinični dnevnik Sandora Ferenczija] podrobno opisal obsežnost dvosmerne, nezavedne komunikacije med pacientom in terapevtom. Intersubjektivnost je proces izmenjave pomenov med dvema subjektoma, ki rezultira v kreaciji novega pomena, kompleksnejšega od tistega, ki ga je k izmenjavi prispeval vsak posameznik (Harrison in Tronick, 2021). Vse, kar pacient in terapevt povesta ali ne povesta, je torej del intersubjektivnega dialoga, tišina pa predstavlja živ konstrukt, ki rezultira v dinamiki tega dialoga.

Izhajajoč iz opisane razlage lahko tudi tišino, ki smo jo v okviru klasičnih teorij opisali kot odpor zaradi notranjih konfliktov, razumemo kot interpersonalni odpor, čigar kreator sta tako pacient kot terapevt (Dimitrijević, 2020b). Tak primer je tišina, v katero se pacient umakne ob začetnem, prehitrem napredku v procesu, in sicer ko je bil transfer analiziran, še preden se je vzpostavil stabilen terapevtski odnos, odpori pa niso bili analizirani. Takšen proces vodi do površinskega izboljšanja, ki predstavlja past predvsem pacientom, ki želijo biti popolni, in terapevtom, ki uživajo v narcisistični, iluzorni učinkovitosti lastnega dela. Tišina kot intersubjektivni odpor se razvije tudi zaradi neujemanja terapevta in pacienta. Če pacientu terapevt ne ustreza, terapevt pa ob pacientu zazna tak kontratransfer, ki onemogoča razvoj ustreznega terapevtskega odnosa, se bosta tako pacient kot terapevt umaknila v tišino, ki je pogosto razlog,

da pacient zapusti terapijo. Nevarnost predstavljata tudi intrapsihični dinamiki pacienta in terapevta, ki se komplementarno dopolnjujeta. Če takšna dinamika ni ubesedena, bodo teme, katerih predelava bi služila doseganju terapevtskih ciljev, ostale neizrečene (Dimitrijević, 2020a).

Kot odpor se tišina manifestira tudi v začetnih fazah psihoterapevtskega procesa, ko se pacient prilagaja na novo situacijo. Ležanje na kavču, sledenje prostim asociacijam in analiza sanj za marsikoga predstavljajo novo in neznano situacijo, na katero se je potrebno privaditi. Pacienti so v tišini, predvsem v začetnih fazah terapije, pogosto pozorni na terapevtov odziv. Sprašujejo se, ali terapevt njihovo tišino sprejema, ali bo sprejel njihove dele, ki so preveč strašljivi, da bi jih sploh ubesedili, in ali bo bolj sposoben sprejeti njihove potrebe in želje, kot so to storili ponotranjeni objekti, ki jih projicira nanj (Frankel, 2020).

7. **Terapevtov kontratransfer ob pacientovi tišini**

Dovolimo si predvidevati, da je bralec ob branju o različnih pomenih in funkcijah tišine in ob morebitni misli na lastne klinične primere pri sebi zaznal različne občutke. Opozoriti želimo, da vsakršna vrsta tišine pri različnih posameznikih vzbudi različne odzive. Tako bo na primer kontratransfer pri tišini, ki deluje v funkciji odpora, drugačen od kontratransferja tišine, ki spremlja benigno regresijo. Na tem mestu se ne želimo spuščati v podrobnosti možnih kontratransfernih odzivov, vezanih na specifično tišino, saj obseg in kompleksnost takšnih razlag presegata namen našega dela. Kljub temu želimo bralca vzpodbuditi k razmišljanju o lastnem doživljanju v besedilu opisanih izhodišč. Na tem mestu bomo navedli le nekaj najpogostejših splošnih odzivov na pacientovo tišino.

Terapevti pogosto poročajo o neprijetnih občutkih nekompetentnosti, nezazelenosti, jeze do pacientov ali provokacije, ki jo doživljajo s strani pacientov. Ti občutki lahko terapevta popeljejo v zadovoljitev potrebe po maščevanju, delovanje v nasprotju s pacientovimi potrebami, prehitro interpretacijo in lastno tišino ali verbalizacijo, ki služita terapevtovi potrebi po nadzoru analize ali pacienta (Acheson in Avdi, 2020). Kako terapevti doživljajo pacientovo tišino je odvisno tudi od kvalitete terapevtskega odnosa. V začetni fazi terapije, ko terapevtski odnos še ni vzpostavljen, ob pacientovi tišini doživljajo več neprijetnih občutkov kot kasneje, ko je terapevtski odnos stabilnejši (Hauge in Brandsæter, 2021). Odvisno je tudi od terapevtovih izkušenj s terapevtskim delom: več ko ima izkušenj, lažje zdrži z občutkom, da bi moral pacientovo tišino prekiniti (Dobosz, 2020).

8. **Zaključek**

Ob obravnavi razmišljanj avtorjev iz različnih obdobj razvoja psihoanalize lahko vidimo, kako se razumevanje pacientove tišine zrcali v prevladujočem psihoanalitičnem načinu razmišljanja posamičnega obdobja. Vidimo, kako klasičnemu pojmovanju tišine kot manifestacije odpora zaradi notranjih konfliktov (Freud, 1912; Fliess, 1949) sledi povezava tišine z delovanjem različnih ego funkcij. Sčasoma takšno razlago dopolni razmišljanje, da pacient s tišino ne beži od nečesa, temveč v njej išče prostor za korektivno emocionalno izkušnjo (Balint, 1968; Mahler, Pine in Bergman, 1975; Nacht, 1964). Do občutnejše spremembe v pojmovanju tišine pride z deli Winnicotta, ki pravi, da pacientova tišina v terapiji predstavlja napredek. To razmišljanje še bolj odpre prostor za raziskovanje tišine, ki tako pacientu kot terapevtu ponuja možnost globljega stika. Oziroma, če povzamemo besede Kohuta (1987): To, da s pacientom samo sedimo v tišini, bo včasih naša najpomembnejša naloga in tudi največ, kar lahko naredimo zanj. V zadnjih desetletjih je ob večji pozornosti na intersubjektivnosti tišina vse bolj sprejeta kot intersubjektivni konstrukt, k razvoju katerega prispevata tako pacient kot terapevt.

Kot smo omenili na začetku pregled teorij, ki obravnavajo pacientovo tišino, ni popoln. Omenili smo le izstopajoče ideje, bralce pa želimo spodbuditi k nadaljnjemu raziskovanju. Tišino smo obravnavali znotraj različnih psihoanalitičnih teorij, vendar je dejstvo, da je za njeno globlje razumevanje potrebno razmišljati širše. Pri tem mislimo na bolj filozofska pojmovanja tišine, ne smemo pa zane-mariti tudi sociološkega, antropološkega ali drugih pojmovanj, ki izhajajo tako iz družboslovnih kot iz naravoslovnih ved. Posebej bi radi omenili še pomembnost upoštevanja vpliva kulturnega ozadja (Ronningstam, 2006), religije (Kenny, 2020) in travme, ki ima še posebej kompleksen vpliv na dinamiko tišine (Ritter, 2014; Dimitrijević, 2020b).

Ko razmišljamo o nadaljnjem raziskovanju obravnavanega področja, se lahko navežemo na razumevanje tišine kot intersubjektivnega konstrukta. Frankel (2020) piše, da terapevtovo doživljanje pacientove tišine, ki izhaja iz terapevtovih nezavednih vsebin, terapevtu včasih onemogoči ustrezen odziv. To lahko začuti tudi pacient in se še bolj umakne v tišino. Če tišino razumemo kot intersubjektivni konstrukt, se lahko nadaljnje zanimanje usmeri v dejavnike, ki vplivajo na razvoj in doživljanje ter namen tega konstrukta. To vključuje razumevanje pacientove tišine (opisano v prispevku), terapevtovega doživljanja pacientove tišine (Hauge in Brandsæter, 2021), terapevtovih razlogov za uporabo tišine kot intervencije (Ladany, idr., 2004), pacientovega doživljanja lastne in terapevtove tišine (Line idr., 2002) in še številnih drugih subjektivnih in subtilnih dejavnikov.

Za zaključek bi rada omenila, da raziskovanje fenomena tišine ni le predmet psihoanalitičnega področja, temveč tudi drugih psihoterapevtskih pristopov. Levitt (Levitt in Frankel, 2004), ki je raziskovala tišino, daljšo od treh sekund, je v ta namen razvila sistem kategorizacije, ki ga je poimenovala *Pausing Inventory Classification System* (PICS) [*Klasifikacijski sistem za ocenjevanje tišine*]. Klasifikacija treh večjih kategorij tišin izhaja iz konteksta dogajanja pred in po tišini. Klasifikacijski sistem je zaradi visoke veljavnosti in zanesljivosti pogosto uporabljen in validiran v številnih državah po svetu (Levitt in Morrill, 2020). Ker se ga uporablja ne glede na terapevtski pristop in ker prispeva tudi k raziskovanju terapevtskega procesa in izida ter številnih drugih spremenljivk, bi bila njegova validacija dragocena tudi za slovenski prostor.

Viri

- Acheson, R., in Avdi, E. (2020). Exploring Silence in Psychoanalytic Theory and Clinical Work. *British Journal of Psychotherapy*, 39(1), 142-157.
- Anagnostaki, L. (2013). Beyond Silence: Working with Phoebe. *Journal of Child Psychotherapy*, 39(2), 156-170.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock.
- Blos, P. (1972). Silence: A Clinical Exploration. *Psychoanalytic Quarterly*, 41(3), 348-363.
- Busch, F. (1978). The Silent Patient: Issues of Separation – Individuation and its Relationship to Speech Development. *International Review of Psycho-Analysis*, 5(1), 491-500.
- Breuer, J., in Freud, S. (1893). *On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 2(1893-5), 1-17.
- Coltart, N. (1991). The Silent Patient. *Psychoanalytic Dialog*, 1, 439-53.
- Dimitrijević, A. (2020a). Silence as a Manifestation of Resistance. V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis* (str. 142-156). Routledge.
- Dimitrijević, A. (2020b). *Silence and Silencing of the Traumatized*. V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis* (str. 198-216). Routledge.
- Dimitrijević, A., in Buchholz, M. B. (ur.). (2020). *Silence and Silencing in Psychoanalysis: Cultural, Clinical, and Research Perspectives*. Routledge.
- Dobosz, K. (2020). *Beyond Words: The experience of Silence in the Therapeutic Room*. Dublin Business School (doktorska disertacija).
- Elson, M. (2001). Silence, its Use and Abuse: A View from Self Psychology. *Clinical Social Work Journal*, 29(4), 351-360.
- Fenichel, O. (1928). *On Isolation: Collected Papers*. Routledge.
- Ferenczi, S. (1916/1955). *Silence is Golden. Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. Basic Books.
- Ferenczi, S. (1932). *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Harvard University Press.
- Fliess, R. (1949). Silence and Verbalization: A Supplement to the Theory of the Analytic Rule. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30(1), 21-30.
- Frankel, J. (2020). Silence is Golden (usually). V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis* (str. 157-170). Routledge.
- Freud, S. (1912). *The Dynamics of Transference*. Classics in Psychoanalytic Techniques, 12, 97-108.
- Harrison, A., in Tronick, E. (2021). Intersubjectivity: Conceptual Considerations in Meaning-Making With a Clinical Illustration. *Frontiers in Psychology*, 12, 60-71.
- Hauge, V. R. G., in Brandsæter, E. K. (2021). *A Time to Speak and a Time to Keep Silent: Psychotherapists' Perceptions of Silence-phenomena*. NTNU (magistrsko delo).
- Kenny, C. (2020). Encountering Religious and Spiritual Silences. V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis* (str. 26-40). Routledge.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. International Universities Press.
- Kurz, S. (1984). On Silence. *Psychoanalytic Review*, 71, 227-45.
- Ladany, N., Hill, C. E., Thompson, B. J., in O'Brien, K. M. (2004). Therapist Perspectives on Using Silence in Therapy: A qualitative study. *Counselling and psychotherapy research*, 4, 80-89.
- Line, R. C., Koetting, M. G., in Bishop, J. (2002). Silence as Communication in Psychodynamic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1091-1104.
- Levitt, H. M., in Frankel, Z. (2004). *Pausing Inventory Classification System (PICS) Manual*, 2nd Revision. University of Memphis (neobjavljena monografija).

- Levitt, H. M. in Morrill, Z. (2020). Measuring Silence: The Pausing Inventory Categorization System and a Review of Findings. V A. Dimitrijević in M. B. Buchholz (ur.), *Silence and Silencing in Psychoanalysis*, (str. 233-250). Routledge.
- Liegner, E. (1971). The Silent patient. *Psychoanalytic Review*, 61, 229 – 245.
- Mahler, M., Pine, F., in Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. Basic Books.
- Modell, A.H. (1990). *Other Times, Other Realities*. Harvard University Press.
- Nacht, S. (1964). Silence as an Integrative Factor. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 299-303.
- Ritter, M. (2014). Silence as the Voice of Trauma. *The American Journal of Psychoanalysis*, 74(2), 176-194.
- Ronningstam, E. (2006). Cultural Function and Psychological Transformation in Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(5), 1277-1295.
- Sabbadini, A. (1992). Listening to Silence. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 15, 27-36.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1958). The Capacity to be Alone. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-420.
- Zeligs, M. A. (1961). The Psychology of Silence: Its Role in Transference, Countertransference and the Psychoanalytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 7-43.