

**inny -**

Dylan Evans definiuje termin „inny” w sposób następujący:

Począwszy od lat 30., istotną rolę w pracach Lacana zaczyna odgrywać termin „inny”. Określa on innych ludzi, w których podmiot dostrzega podobieństwo do samego siebie (przede wszystkim podobieństwo wizualne). Tak rozumiany inny pełni ważną rolę w kompleksie intruzji oraz fazie lustra (które to zjawiska są blisko ze sobą skorelowane).

Kompleks intruzji jest jednym z trzech „kompleksów rodzinnych” opisywanych przez Lacana w roku 1938 w artykule poświęconym rodzinie. Kompleks ten pojawia się, gdy dziecko po raz pierwszy zdaje sobie sprawę, że posiada rodzeństwo, a więc, że w strukturze rodzinnej uczestniczą również i inne podmioty, *takie same jak on*. Nacisk położony jest tu na podobieństwo: dziecko identyfikuje się z rodzeństwem na bazie uznania podobieństwa cielesnego (które oczywiście zależy od relatywnie niewielkiej różnicy wieku między podmiotem a rodzeństwem). Ta identyfikacja staje się źródłem powstania „imago innego” (Lacan, 1938:35-9).

Imago innego traktować można wymiennie z obrazem ciała podmiotu, OBRAZEM LUSTRZANYM, SPEKULARNYM, Z którym to podmiot identyfikuje się w fazie lustra, co w efekcie prowadzi do fazy tworzenia się Ja (Ego). Ta wymiennosc jest bezdyskusyjna choćby w zjawisku TRANSYTYWIZMU i stanowi ilustrację sposobu, w jaki podmiot konstytuuje swoje obiekty na bazie własnego Ja (Ego). Z obrazem ciała innej osoby można się identyfikować o tyle, o ile postrzegane jest ono jako podobne własnemu. I na odwrót, inny może być uznany za odrębne, rozpoznawalne Ja (Ego) jedynie, gdy projektowane jest na niego nasze własne Ja (ego).

W roku 1955 Lacan wprowadza rozróżnienie między „wielkim Innym” a „małym innym” (lub „wyobrażeniowym innym”), rezerwując drugi z tych terminów dla innego przez małe „i” lub obrazu lustrzanego. Inny jest małym innym ponieważ w istocie rzeczy w ogóle innym nie jest; nie jest to radykalna odmienność reprezentowana przez Innego, jest raczej inny podobny do Ja (ego) (stąd wymiennosc *a* i *a'* na schemacie L).

Jak termin ten zilustrować czerpiąc z praktyki klinicznej? Mały inny, tak, jak zdefiniowany został w teorii lacanowskiej nierozzerwalnie wiąże się z diadyczną relacją wyobrażeniową. Niewystarczającym jest stwierdzenie, iż w najróżniejszych sytuacjach, których przykłady już za chwilę, to analityk traktowany jest przez pacjenta jako inny. Ponieważ wyobrażeniowy kij ma dwa końce, również i analityk może traktować swojego pacjenta jako innego. O ile pierwsza z tych możliwości jest zjawiskiem typowym dla większości spotkań wstępnych, o tyle ta druga prowadzi może do przerwania procesu analitycznego.

Zajmijmy się z początku sytuacją, kiedy to analityk lokowany jest w pozycji innego. Z grubsza, można by tu

mówić o dwóch sytuacjach – pacjentach neurotycznych i psychotycznych. W przypadku pacjentów neurotycznych nagminnym jest traktowanie analityka jako innego we wstępnym okresie analizy. O ile jednak w psychoanalizie pacjentów neurotycznych kluczowym jest zajęcie przez analityka miejsca wielkiego Innego, o tyle w przypadku wielu nurtów psychoterapii, terapeuta przez cały czas pozostaje w miejscu małego innego. Co to oznacza? Neurotycy w naturalny sposób odnoszą większość tego, co słyszą do samych siebie, szukając w cudzych słowach podobieństwa do własnych przeżyć, odczuć, spostrzeżeń, itd. To pozwala im „postawić się w miejscu innego”, powiedzieć „wiem, co masz na myśli”, „doskonale rozumiem, o co ci chodzi”, „też przez to przechodziłem”, itp. Pacjenci neurotyczni najczęściej zgłaszają się do terapii w poszukiwaniu wiedzy. *„Ale przepraszam, czy ta terapia właśnie tak ma wyglądać?”* - zapytała mnie ostatnio pacjentka zaniepokojona nieoczekiwanym sposobem reagowania na jej opowieść. *„Myślałam, że Pan mi powie, co mam zrobić w tej sytuacji z Maćkiem”*. *„Naprawdę oczekiwała Pani rady?”* - zapytałem. *„No tak, dokładnie tego oczekiwałam”*. Terapeuta, bo jeszcze nie analityk, jest – jak zakłada pacjent - tym, który z pewnością słyszał tysiące podobnych historii i **wie**, jak ludzie sobie w podobnych okolicznościach radzą, jest osobą, która bez wątplenia odbyła stosowne szkolenia i **wie**, na czym polega profesjonalna pomoc, sam ma prawdopodobnie bogate doświadczenie życiowe (ach, ci zbyt młodzi terapeuci!) i **wie**, jak ulżyć w cierpieniu. Słowem – terapeuta „**wie**”. I to właściwie jedyna cecha, która odróżnia go od pacjenta. Zdarzają się i tacy pacjenci, którzy terapię rozpoczynają od konfrontacji – wiedzą wszystko, podważają każdą usłyszaną sugestię, przy każdej nadarzającej się okazji kwestionują kompetencje terapeuty. Tego rodzaju konfrontacyjny charakter dyskursu również typowy jest dla wymiaru wyobrazeniowego. Celowo nie podaję tu przykładów stricte klinicznych, ponieważ tego rodzaju doświadczenie jest chlebem powszednim każdego klinicysty. Pozwolę sobie jedynie jeszcze raz podkreślić, że cechą wyróżniającą lokowanie analityka w miejscu małego innego jest postrzeganie różnicy pomiędzy pacjentem a analitykiem jedynie w kategoriach ilościowych – a więc, zasobu wiedzy, doświadczeń, mądrości, itp. Dużo poważniejszą kwestią jest to, na ile analityk zdoła opuścić to miejsce, by zająć miejsce wielkiego Innego.

Nieco inaczej sprawy wyglądają w przypadku psychoz. Psychotycy – jak twierdził Lacan przynajmniej w początkowym okresie pracy – nie mają dostępu do rejestru symbolicznego, a jedynie do wyobrazeniowego i realnego. Analityk jest więc dla nich małym innym chociażby dlatego, że nie ma innej możliwości. I choć dla rejestru wyobrazeniowego charakterystyczna jest – o czym przed chwilą wspominałem – rywalizacja i zazdrość, to w przypadku psychotyków ważniejszym aspektem jest ten, iż pacjent i analityk nie różnią się od siebie jakościowo – jest między nimi więcej podobieństw niż różnic. Z grubsza, analityk powinien być pomocnym innym (Patrz Fink 2007). Jeśli psychotyk mówi o Innym przez duże „I”, najczęściej jest to Inny prześladowczy. Zdarza się, że w takiej pozycji lokowany jest analityk. Co wtedy robić? Wszystko, by tego rodzaju psychotyczne przeniesienie odrzucić. W sytuacji przedstawionej poniżej z całą pewnością mogłem zareagować lepiej:

Mam tu gąbkę w głowie. Mam jakieś fantazje, to znaczy teraz jestem wyciszony. Ale czułem się tak – powiem szczerze – jakbym był przesłuchiwany, kiedy u Pana byłem. Jakby ktoś oprócz nas był tu obecny. Jakieś zjawy z przeszłości.

– Jakie?

Sam nie wiem, może policja... To właściwie wszystko. Jakby stali za moimi plecami. Takie miałem wrażenie.

Przeciwko mnie prowadzono śledztwo. Jakby Pan był w to zamieszany. Także nie wiem, co jest prawdą, a co nie.

– A śledztwo czego dotyczyło?

O to wszystko, co sobie ubzdurałem, jakbym jakąś zbrodnię popełnił. Świadomość, że złamałem jakieś prawo...

W tym krótkim fragmencie pacjent dwukrotnie nawiązał do mojego udziału w spisku, a ja dwukrotnie kwestię tę przemilczałem. Gdybym odpowiedział „Do głowy by mi nie przyszło, by Pana przesłuchiwać” mógłbym bezpiecznie powrócić w miejsce małego innego zmniejszając ryzyko uwikłania w paranoiczny system prześladowczy. Niemniej, fragment ten dotyczy raczej relacji pacjenta wobec wielkiego, a nie małego innego. Wróćmy więc do tematu. Że przypomnę, gdy psychotycy mówią o wielkim Innym, zazwyczaj mamy do czynienia z silnym aspektem konfrontacyjnym, natomiast gdy zwracają się do małego innego, często szukają rady, zrozumienia, albo najzwyczajniej słuchacza, który nie odrzuci ich odmienności. Za przykład niech nam posłuży seria maili i SMSów od pacjenta pre-psychotycznego. Na poziomie czysto operacyjnym, ograniczywszy się jedynie do kwestii „innego”, a pomijawszy treść wypowiedzi, nie sposób dokonać rozróżnienia pomiędzy psychozą a nerwicą. W podanych przykładach proszę więc o zwracanie uwagi jedynie na formalną stronę dyskursu.

SMS #1

Ja wiem, że muszę żyć normalnie. Tylko czemu tak się stało, czy to czyjaś wina? Muszę studiować, pracować, być z Goską, starać się, żeby w domu było dobrze, dbać o siebie. Przecież nie dam się zamknąć w szpitalu, zresztą ja się nie kwalifikuję bo nie jestem wariatem. No przecież nie będę do końca życia się męczył i latał z tym jądrem, blizną, kutasem, i dupą do lekarzy bo wiem, co powiedzą. Uważam, że jedynym wyjściem są leki. Proszę Pana, czy one mi pomogą? Jeśli dzięki nim nie wyzdrowieję, to czy chociaż nie będę się męczył i będę mógł normalnie funkcjonować? Niech mi Pan proszę szczerze odpowie.

SMS #2

Czy to, co mi jest może powodować zaburzenia czynności seksualnych, bo zauważyłem że mam słabszy i mniej obfity wytrysk niż kiedyś? Może przesadzam, a może to po prostu efekt leków prozoków nasennych picia palenia i stresu?

SMS #3

Moja rodzina się o mnie martwi i chce mnie wysłać do tej kliniki za granicą, bo boją się, że coś

przegapiamy, zaniedbujemy, że powinni mnie solidnie zbadać najlepsi psychiatrzy, neurologzy i że powinienem pójść do szpitala, a potem brać leki. To wiąże się z zostawieniem studiów. Nie wiem co robić? Wole stracić jednak rok i być zdrowy, niż się męczyć. Nie jest Pan lekarzem, na jakiej podstawie mam Panu zaufać?

SMS #4

Wezmę chyba urlop dziekański. Przebadam się solidnie będę brał leki częściej przyjeżdżał do Pana siedział w domu i odpoczywał. Co Pan na to ?

SMS #5

Proszę Pana, czy może Pan tak szybciotko odpisać czy powinienem chodzić do seksuologa ?

SMS #6

On chce mnie skierować do szpitala! Co robić?!

SMS #7

Proszę Pana, czemu ten lek który dostałem nie pomaga?

SMS #8

Właśnie wracam od psychiatry. Chce mnie wysłać do szpitala. Panie Łukaszu, ja już nie będę do Pana przyjeżdżał. Dziękuję, że próbował mi Pan pomóc. Postaram się z tym żyć. Do żadnego psychologa się już nie zapisuję. Mam nadzieję, że leki złagodzą objawy, bo codziennie mam istny koszmar. Bardzo dziękuję jeszcze raz. Dobry z Pana człowiek.

I jeszcze mail:

Witam

Nie pojechałem na te testy psychologiczne, dobrze zrobiłem?

Chcę wziąć byka za rogi; niech mi Pan proszę poda listę książek, poradników nt. psychozy, tak na rozgrzewkę, bo rozumiem, że musi być tego bardzo dużo. Jak poczytam, to mam nadzieję, że pewne objawy tej choroby uda mi się wyeliminować.

Dziękuję

Przejdźmy na drugi koniec wyobrazeniowego kija. By elegancko dopiąć klamry zacznę od psychoz a zakończę na nerwicach. Prowadzenie psychotyków zakłada funkcjonowanie w relacji wyobrazeniowej. Oznacza to, że analityk celowo zajmuje miejsce małego innego i trzyma się tego wymiaru pracując z pacjentem. Możemy tu mówić o logicznej pułapce. Kiedy bowiem pacjent intencjonalnie traktowany jest jako mały inny, trudno mówić o wymiarze wyobrazeniowym *per se*. Mamy wówczas bowiem do czynienia z wyborem strategii postępowania. Wróćmy jednak do psychoz. Możemy tu mówić o dwóch możliwościach. W

przypadku pacjentów z rozwiniętą psychozą zadaniem analityka jest wspieranie tworzenia metafory urojeniowej, czyli systemu opisującego miejsce psychotyka w świecie. W przypadku pacjentów pre-psychozycznych, a więc pacjentów o strukturze psychozycznej, u których nie doszło jeszcze do rozpętania psychozy, rola analityka jest nieco inna. Zadaniem analityka jest wówczas pomoc psychotykowi w tworzeniu znaczeń w miejscach, gdzie jego wyobraźniowe zawodzi. To tworzone znaczenie ma być nośne – musi być na tyle stabilne, by pacjent nie rozpętał psychozy w obliczu realnego, z jakim niechybnie w swoim życiu się spotka. Proces tworzenia znaczeń nie ma ostatecznego końca, a relacja terapeutyczna może trwać przez całe życie. Przejdźmy do przykładu. Pierwszy z cytowanych powyżej pacjentów psychozycznych w ewidentny sposób wiąże wybuch swojej psychozy przed paroma laty z osobą bezpośredniego przełożonego oraz kierownictwem firmy. Obecnie wszelkie osoby zajmujące jakiegokolwiek stanowiska kierownicze wydają się być potencjalnie zagrażającymi.

Mam uczucie, że mnie wkręcają ci z Urzędu. Albo ta osoba, z którą siedzę. Wiele osób. Szczerze mówiąc to też jest dziwna reakcja... ona wsłuchuje się w to, co ja mówię do koleżanki, z którą siedzę naprzeciwko. Na przykład to co mnie zdziwiło – w torbie miałem opinię psychologiczną, ona użyła sformułowania z tej opinii, coś zmienia. Ciągłe wybiega z pokoju – to taka zabawa, że wybiega... wbiega do pokoju...

Nie mogłem usiedzieć na miejscu. Ta pani próbowała podporządkować sobie cały pokój. Walnęła pięścią w stół. Pomału, systematycznie, ale chce mieć rolę lidera. Ona tu rządzi – jakby to był jej pokój. Teraz czuję się nieswojo... Może to siedzenie w domu...

Dzisiaj działa się to, że poczułem taką chęć wyjścia... Był jakiś kurs, który się skończył... Ona się pyta, czy kurs się skończył, ja mówię „tak, kurs się skończył” i musiałem wyjść z pokoju. Na pewno wygrzebali coś z mojej przeszłości, to za duża firma...

Dzisiaj chodziłem po korytarzach. Ale z nikim nie rozmawiam. Mam świadomość, że obserwują to, co ja mówię. Ta pani Maria. A ja nie mówię tego do niej, tylko do Joanny. Ona jakby nasłuchiwała i przenosiła gdzieś dalej. Jakby czuwała, zanosila to komuś, a ktoś to oceniał. Może przez to straciłem zaufanie do przełożonego.

W takich sytuacjach reaguję dwojako. Po pierwsze – dopytuję o szczegóły. Im więcej, tym lepiej. Po drugie – w sytuacji, gdy prześladowanie ze strony wielkiego Innego skutkować może rozpętaniami psychozy staram się pacyfikować rozwijającą się paranoję pacjenta a to – że odwołam się do cytowanego fragmentu – tłumacząc ciekawość pani Marii „frustracją starzejącej się urzędniczki”, a to mówiąc, że „kierownik awansował najpewniej za wysługę lat i zamyka się w swoim pokoju nie po to, by knuć, a jedynie po to, by wszyscy dali mu święty spokój”. Psychoza pacjenta rozpętała się po raz pierwszy, gdy dziewczyna, w której się zakochał zaczęła się do niego dobierać. Od niedawna pacjent spędza nieco czasu z koleżanką z pracy – nie było między nimi seksu i póki co na to się nie zanoszą, zważywszy na ultrakatolickie ułożenie koleżanki.

Niemniej, co jakiś czas znajduje się z nią w sytuacjach, których nie rozumie i w których nie wie, jak się zachować. Reaguję podobnie – dopytuję, staram się, by mówił jak najwięcej, a w sytuacjach grożących rozpętaaniem - „oswajam” wielkiego Innego. Innymi słowy, staram się budować z pacjentem swoisty alians. Wyrażam zaniepokojenie jego rozumieniem sytuacji, podkreślam to, co w nas podobne, okazjonalnie dzielę się „dobrą radą”. Co ważne – postępuję tak w ramach pewnej strategii, a zatem nawet wówczas, gdy ja, jako podmiot nie interesuję się jego rozumieniem sytuacji, nie znajduję w nas podobieństw, a dobre rady uważam za stratę czasu. W tym sensie jest to traktowanie pacjenta jako innego niejako „służbowo”, a nie prywatnie. Wreszcie ostatnia sytuacja, o której chcę mówić to zajmowanie przez analityka pozycji innego w pracy z pacjentem neurotycznym. Odnosząc się do zdobywającej wśród terapeutów mody na tzw. otwartość, Lacan napisał: „Według nich, interpretacja jest niczym innym, jak tylko pełnym niepewności zająknięciem w porównaniu z otwieraniem szerszej relacji, w której wreszcie rozumiemy siebie nawzajem (bez wątpienia „gdzieś w głębi siebie”). Interpretacja staje się tu niezbędną, ponieważ słabość podmiotu wymaga naszej pomocy. [...] Ale to, z czym mamy wówczas do czynienia to jedynie efekt namiętności analityka: jego lęku, który nie jest lękiem przed popełnieniem błędu, lecz przed okazaniem własnej niewiedzy; jego upodobania – nie by usatysfakcjonować, lecz by nie zawieść; jego potrzeby – nie by kierować, lecz mieć przewagę. Nie ma to nic wspólnego z przeciwprzeniesieniem po stronie tego, czy tamtego analityka; ma to do czynienia z konsekwencjami diadycznej relacji, jeśli terapeuta jej nie przewycięży, a jak mógłby ją przewyciężyć, jeśli postrzega ją jako ideał dla swoich działań?” (Ecrits, *The Direction of the Treatment*, str. 595). Przejdźmy do ilustracji. Starsza ode mnie kilkanaście lat pacjentka już w trakcie spotkań wstępnych wyrażała przekonanie, że jestem zbyt młody. Ja z kolei czyniłem starania, by ewidentną różnicę wieku choć trochę zniwelować a to od czasu do czasu chwalać się znajomością historycznego kontekstu zdarzeń, o jakich opowiadała, a to zaręczając, że jestem znacznie starszy, niż wyglądam. Wyobrażeniowy wymiar różnicy wieku jest bezdyskusyjny – wielki Inny nie ma wszak metryki urodzenia, a co najwyżej akt zgonu. Na prawdziwy wyobrażeniowy koszmar przyszło poczekać do chwili, gdy pacjentka rozwinęła silne, pozytywne przeniesienie. A ujmując to słowami przemawiającymi do – *nomen omen* – wyobraźni: zakochała się. Oddajmy jej głos:

Jakby w kontekście tego przeniesienia – w tej definicji przeniesienia – to muszę Panu powiedzieć, że bardzo mi brakowało w wakacje sesji. Spotkań z Panem. Było mi naprawdę źle. Tak Bogiem a prawdą – kończą się sesje, więc mogę się przyznać – SMSy były takim SOS, odezwij się, pomóż, potrzebuję Cię. Ja wiem, że to trochę nielogiczne i nieracjonalne, bo całym swoim zachowaniem, tokiem myślenia, postawą – dałam podstawy do innego zinterpretowania tego. Wiem dzisiaj, że to były z mojej strony takie mechanizmy obronne – nie dać po sobie poznać, że jest fajnie, super, że jest ok. No cóż... stchórzyłam, bałam się głośno o tym mówić, myśli biegały z szybkością Pershinga... Trochę się z tym dusiłam. Dobrze, że pojechałam w góry, a trochę się tam bałam jechać. Dobrze, bo dzięki bratowej powoli odzyskiwałam

równowagę wewnętrzną. Dlatego muszę to powiedzieć, bo niewiele czasu zostało, a sprawy niewypowiedziane... lepsza wiedza niż niewiedza. Nasiałam trochę, zbieram to... tak sobie myślę, że po burzy powietrze się oczyszcza, więc może i mnie się oczyści nieco ta stajnia. Myślę... może inaczej... może dlatego między innymi chcę zrezygnować z tych sesji – muszę pokonać samą siebie, muszę skorygować te moje emocje, wyciszyć je, zapomnieć... Myślę, że będzie to tak lepiej dla mnie.

(...)

No, może wreszcie mnie otrzeźwi, przestanę się zdręzczać, wrócę do jakiejś takiej... do takiej poprzedniej równowagi, jak jeszcze nie znałam Pana.

Wybije mi Pan z głowy po prostu to przeniesienie!

Był moment taki, że... wydawało mi się, że Pan mnie bardzo lubi. Był Pan takim fajnym przyjacielem, z maślаныmi oczkami i taki miły, i taki głos ma Pan miły i w ogóle. Potem coś się zmieniło – nie umiem sobie tego wytłumaczyć, ale na pewno była to moja wina, bo zawsze muszę coś spieprzyć – coś pierdyknęłam, może nadepnęłam na odcisk, że nawet Pan, psychoanalityk, się wkurwił. Intuicyjnie wyczuwałam takie oddalenie się, już nie było tak miło, już nie było tak ciepło, takie oddalenie się. Zaczęłam tracić zaufanie, pewnie Pan też i też w drugą stronę. I jeszcze ta złość, którą mi się wydawało Pan ma, był Pan bardzo sztywny... I to odczułam jakby mi ktoś w mordę dał. Taka poczułam się do niczego i taka, że znowu coś zawałam, znowu coś... I nie było mi dobrze.

I dlatego, jak kiedyś Pan powiedział, że mam o czym mówić, tylko się boję, to to nie było tak, że nie chciałam, ale rzeczywiście bałam się o tym z Panem rozmawiać. To takie normalne chyba, czytałam tak. Że to się zdarza, że to jest normą jakby, ale mnie to dręczyło i dlatego pomyślałam, że mam zakończyć tę psychoanalizę i pozostać...

Nie miejsce tu na szczegółowe przyjrzenie się analizie tej pacjentki, ale z całą pewnością czas na kilka słów komentarza. Jej dylemat zdawał się jasny – pokochała sporo młodszego analityka. W rezultacie chciała pozostać na poziomie relacji dualnej, by dotknąć mojego podmiotu. Z drugiej strony sytuacja ta była dla niej cokolwiek trwożliwa. Co gorsza, sytuacja ta była trwożliwa i dla mnie.

Czy mogę oczekiwać od mojego psychoanalityka jasnej odpowiedzi na pytanie – czego się Pan boi? Teraz to się Pan boi! Ciągle mi Pan mówi, że to ja się boję, a teraz wychodzi na to, że to Pan się boi mi odpowiedzieć. Tylko nie wiem dlaczego?

Teraz mogę odpowiedzieć na jej pytanie. Bałam się, bo byłem małym innym. Co się wtedy dzieje? Interpretacje pojawiają się nie wtedy, gdy mogą odnieść skutek, lecz zbyt późno, niejako w akcie rozpacz lub posłuszeństwa nakazom superwizji. Wszelkie interwencje, które mogłyby pochwytać realne są raz po raz

odkładane. W przypadku tej pacjentki nagminnie domagałem się „powiedzenia czegoś więcej”, chociaż wszystko było jasne i czekało jedynie na usymbolizowanie. A to należało do mnie. A nawet nie tyle do mnie, co do wielkiego Innego. Pacjentka miała rację – lubiłem ją, wkurwiałem się na nią i bałem się jej. Mówienie o podtrzymywaniu przez analityka relacji wyobraźniowej trudno zilustrować przywołując słowa, które analityk wypowiada. Ważniejsze są tu bowiem te słowa, których nie wypowiada. Bo źle będą przyjęte, bo nie wypada, bo pacjent jest zbyt kulturalny, żeby przeklinać lub zbyt prostacki, by zgłębiać meandry niejednoznaczności, bo jest za młody, za stary, zbyt wrażliwy, bo źle to o mnie będzie świadczyć, bo się wystraszy, bo to, to, to i to. Jeśli na słowa pacjenta reagujemy w osi wyobraźniowej, to nie usłyszymy w nich już niczego ponad to, o czym wiemy. Analityk nie usłyszy więc niczego poza... własną mową. „Nieświadome milknie, gdy analityk przestaje „wspierać mowę (*porte la parole*)” ponieważ już wie lub sądzi, że wie, co mowa ma do powiedzenia” (Ecrits, *Variations on the Standard Treatment*, 297). Koniec końców, „nie ma innego oporu w psychoanalizie poza oporem analityka” (Ecrits, *The Direction of the Treatment*, 497).