

Jacek PRUSAK*

*Wydział Filozoficzny, Akademia Ignatianum w Krakowie

Psychologiczne korelaty pustki wewnętrznej: studium przypadku

Streszczenie

Profesor Zenomena PŁUŻEK była jednym z pionierów polskiej psychologii religii i psychologii pastoralnej. Zajmując się badawczo i klinicznie problematyką kryzysów psychologicznych i religijno-duchowych, podjęła również refleksję nad kryzysem mistycznym określanym jako „noc ciemna”. Wychodząc od jej przemyśleń sformułowanych w książce (podręczniku) *Psychologia pastoralna*, w artykule tym omówiona zostanie problematyka pustki wewnętrznej w różnych ujęciach psychologicznych oraz jej podobieństwo do „nocy ciemnej” na podstawie analizy przypadku klinicznego. Podjęte zostaną pytania o to, jak może wyglądać „noc ciemna” w kontekście psychoterapii? jak należy ją rozumieć diagnostycznie? i jak sobie z nią radzić?

Słowa kluczowe: Z. PŁUŻEK – kryzysy – noc ciemna – pustka – psychoterapia

1. Noc ciemna na tle innych kryzysów religijnych i psychologicznych

Podjmując w *Psychologii pastoralnej* problematykę kryzysów religijnych, prof. Zenomena PŁUŻEK napisała:

Kryzysy religijne są to kryzysy *sui generis*, podobne do kryzysów związanych z procesem przekształcania osobowości w kierunku większej dojrzałości, ale są jednak inne, gdyż przebiegają na dwóch płaszczyznach – naturalnej i ponadnaturalnej. Kryzysy religijne rozpatrzeć można z punktu widzenia doświadczenia religijnego, bo są z tym doświadczeniem związane. Związane są podwójnie: (1) jako kryzysy wiary – cechujące się różnymi wątpliwościami, zwątpieniami, niewiedzą, rozbieżnością pomiędzy wiedzą teologiczną a nauką; (2) jako kryzysy wynikające z trudu rozwoju własnego życia religijnego i duchowego. [...] Przyczyna kryzysu religijnego nie zawsze umieszczona jest w sferze psychologicznej, nie wynika zawsze ze słabości rozumu, uczuć czy woli, nie wynika też z cech temperamentalnych i bogactwa emocjonalnego jednostki. Może mieć przyczynę „ponadpsychologiczną” albo „pozapsychologiczną” (terminologia używana przez Jana Pawła II)¹.

Oprócz sześciu typów kryzysów religijnych² wyróżniła ona również kryzysy mistyczne pod wspólną nazwą „nocy ciemnej” – pojęcia zaczerpniętego z pism św. JANA OD KRZYŻA – w którym psychologiczne źródła oschłości nie wyczerpują w całości przeżyć z tym związanych. Mówi się więc o oschłości naturalnej i oczyszczającej. W tym przypadku prof. PŁUZEK pisze:

wątpliwości i zwątpienia mają inną, niepsychologiczną etiologię. Pochodzą z obszarów ponadpsychologicznych. Doświadcza się wtedy Boga nieobecnego, zna się Go bardziej z tego, że odczuwa się Jego brak w doświadczeniu religijnym. Boga się nie doświadcza, ale bardzo gorąco i intensywnie się Go szuka. Takie trudności i kryzysy są już inne, myślę, że można by je określić jako kryzysy mistyczne. To, co przeżywa się w NOCY CIEMNEJ św. Jana od Krzyża, może być tego przykładem³.

¹ PŁUZEK, *Psychologia pastoralna*, s. 115–116.

² Pierwotne – wtórne; okresu młodzieńczego – okresu dojrzałego/połowy życia; kryzysu wiary – kryzysu rozwoju życia religijnego i życia wewnętrznego; proces odchodzenia od Kościoła/wiary – nawrócenia/powrotu do wiary; początku drogi – zaawansowania w życiu wewnętrznym; ludzi niewierzących, ale szukających – wierzących. Por. *Ibid.* s. 117.

³ *Ibid.* s. 126.

Choć Autorka zapewnia, że omawiane przez nią rodzaje i typy kryzysów religijnych opiera na wieloletnim doświadczeniu psychologicznym polegającym na pomaganiu ludziom w różnym wieku, wierzącym i niewierzącym, w trudnościach religijnych, kryzysach i konfliktach, a wymienione przez nią kryzysy mają swoje potwierdzenie u wielu osób znanych z badań psychologicznych, psychoterapii i poradnictwa psychologicznego, w swojej książce nie omawia żadnego „klinicznego przypadku” kryzysu mistycznego. Rodzi się więc pytanie, jak może wyglądać doświadczenie nocy ciemnej w psychoterapii? A jeśli się zdarza, to jak należy je rozumieć diagnostycznie i jak sobie z nim radzić klinicznie?

JAN OD KRZYŻA w swoich pismach wyróżnił trzy symptomy, znaki, które mają odróżnić autentyczną ciemną noc od innych przyczyn i ciemności wynikających z grzechu i niedoskonałości, słabości, oziębłości, melancholii bądź chorób fizycznych⁴. Są to: (1) oschłość i stagnacja w modlitwie i życiu⁵; (2) zniechęcenie do starych zwyczajów; (3) proste pragnienie, by kochać Boga⁶.

Fenomenologiczno-hermeneutyczne kryteria nocy ciemnej zaproponowane przez św. JANA OD KRZYŻA nie tylko mają charakter teologiczny, ale także służyły do odróżnienia owego kryzysu duchowego od melancholii — a ta nie pokrywa się z dzisiejszym rozumieniem depresji⁷. Poza tym, jak podkreśla to hiszpański mistyk, proces przechodzenia przez ową „noc” jest zawsze tak niejasny, że osoba nie wie, co się właściwie dzieje. W ten sposób owa noc ciemna staje się jeszcze ciemniejsza nie tylko do przeżywania, ale także do zrozumienia. Co w takim razie może zrobić psycholog/psychoterapeuta?

⁴ Por. *Noc ciemna*, I, 9,3; *Droga na Górę Karmel*, II, 13–14; *Żywy płomień miłości*, objaśnienia do strofy 3. Cyt. za: MAY, *Ciemna noc duszy*, s. 142–143.

⁵ Posługując się słowami św. JANA, dusza „nie znajduje upodobania i pociechy w rzeczach Bożych, tak również nie znajduje ich w żadnej z rzeczy stworzonych” (*Noc ciemna*, I, 9,2). Cyt. za: *Ibid.* s. 144.

⁶ Por. *Ibid.* s. 142–148.

⁷ Por. HENNEL-BRZOWSKA & JAROMI, *Przeciw melancholii*.

2. Przykład kliniczny

Na terapię zgłasza się Martin, czterdziestoczteroletni mężczyzna, skarżąc się na dojmujące poczucie znudzenia, pustki i osamotnienia pomimo szczęśliwego małżeństwa, dobrych warunków ekonomicznych i wielu przyjaciół. Mówi, że najtrudniej przychodzi mu radzić sobie z bezsennością, lękiem i depresją, które wiąże z utratą wiary w obecność Boga. Z zawodu jest nauczycielem, ojcem dwójki dzieci. Pierwsze małżeństwo zakończyło się rozwodem siedem lat temu, ale od trzech lat jest w nowym związku. Po rozwodzie brał udział w terapii krótkoterminowej. W trakcie wywiadu diagnostycznego podkreśla, że ma dobre relacje z obojgiem rodziców i że jest szczęśliwy ze swoją nową rodziną. Obecnie coraz więcej czasu w trakcie terapii poświęca jednak milczeniu Boga. Przez całe życie towarzyszyło mu głębokie poczucie obecności i dobroci Boga oraz zaufanie, że kieruje jego życiem. Gdy był na studiach, myślał nawet o zostaniu księdzem. Przez cały czas brał aktywny udział w życiu religijnym i każdego roku wyjeżdżał na rekolekcje. Od wielu lat korzysta ze wsparcia duchowego zaprzyjaźnionego księdza oraz kierownika duchowego, ale teraz nie są oni w stanie mu pomóc.

W trakcie pierwszej fazy psychoterapii terapeuta próbuje umiejscowić religijne problemy Martina w kontekście struktury rodzinnej i zachodzących w niej procesów, ale mężczyzna coraz częściej mówi o egzystencjalnym lęku związanym z milczeniem Boga. Nadal bierze regularny udział we mszy i modli się codziennie. Czyta również różne dzieła mistyków – zwłaszcza tych związanych z teologią apofatyczną. Lektura św. JANA OD KRZYŻA czy pism teologów negatywnych nie przynoszą mu jednak pomocy (ulgi). Narasta w nim poczucie egzystencjalnej pustki, wyobcowania i utraty sensu życia. Swoje problemy postrzega w kategoriach kryzysu egzystencjalnego. Coraz bardziej jest rozczarowany postawą terapeutów ukrywających się za maską obiektywizmu. Chciałby, aby traktowano go poważnie, zarówno w aspekcie psychologicznym, jak i duchowym, a jego wiarę w istnienie Boga traktowano dosłownie, a nie reinterpretowano w kategoriach ukrycia się wewnętrznego obiektu w bezpieczną strefę przejściową. Jego terapeuta jest psychoanalitykiem dobrze wyszko-

lonym w teorii relacji z obiektem, a zwłaszcza z pracami KOHUTA i WINNICOTTA. Im dłużej jednak trwa terapia, tym bardziej czuje się zagubiony. Z jednej strony zdaje sobie sprawę, że wypowiedzi pacjenta o Bogu nie może brać dosłownie; z drugiej, że nie może zredukować ich jedynie do wewnątrzpsychicznych czy międzyosobowych ukrytych procesów. Czuje się uwięziony w poznawczych, filozoficznych i profesjonalnych dylematach⁸.

Przypadek Martina stawia przed psychoterapeutami pytanie o to, jak w kontekście klinicznym należy rozumieć „milczenie Boga”? Z jakim rodzajem pustki mamy do czynienia? Czy wystarczy powiedzieć, że w tym przypadku mamy do czynienia z religijnie interpretowaną pustką („brak Boga”) u pacjenta melancholijnego albo depresją u osoby głęboko religijnej?⁹ Oprócz kwestii związanych z diagnozą różnicującą, przypadek Martina stawia również pytania o to, w jaki sposób i do jakiego stopnia psychoterapeuta powinien używać religijnego/duchowego języka pacjenta (np. wiary w istnienie Boga), i czym się charakteryzuje używanie i nadużywanie odniesienia do Boga (*God-talk*) w psychoterapii? Wywiady, przeprowadzone z kilkoma doświadczonymi psychologami klinicznymi i psychoterapeutami pracującymi w szpitalach, na temat przypadku Martina (nieobecności Boga w jego życiu), pokazały również istnienie jeszcze jednego problemu – a mianowicie konfliktu pomiędzy ich własną wiarą a wykształceniem klinicznym w ocenie doświadczenia religijnego.

3. Pustka, czyli co?

Poczucie pustki bywa rozumiane jako synonim bólu psychicznego bądź jeden z jego czynników. Najczęściej przez ból psychiczny rozumie się trudne do wytrzymania cierpienie bądź dyskomfort, mające swe źródło w szerokim zbiorze przyczyn, którym towarzyszą znacznie

⁸ Przykład zaczerpnięty z artykułu WIKSTRÖM, *Depression and the Absence of God*, s. 139–140. Dla celów praktycznych imię pacjenta zostało wymyślone przez autora artykułu.

⁹ Tego typu diagnozę otrzymał Martin od swojego psychoterapeuty. Por. *Ibid.* s. 136.

nasilone, przykre emocje. Jedni autorzy podkreślają, że jego przyczyną jest poczucie pustki, egzystencjalnej frustracji, będących następstwem utraty sensu życia, inni widzą w nim wynik frustracji ważnych potrzeb, bez których zaspokojenia człowiek nie jest w stanie funkcjonować, a jeszcze inni jego źródła doszukują się w nieświadomych warstwach osobowości mających związek z przedwerbalnymi doświadczeniami wczesnodziecięcymi¹⁰. Zwolennicy podejścia egzystencjalnego uważają, że ból psychiczny jest „czymś ludzkim, w pewnym sensie nawet czymś najbardziej ludzkim ze wszystkiego, co istnieje”¹¹, a jego przezwyciężenie związane jest z ukierunkowaniem życia na wartości i znalezieniem sensu cierpienia. Zwolennicy podejścia psychologicznego uważają, że tolerancję na ból psychiczny zdobywa się dzięki internalizacji bezpiecznej relacji z matką, a jego przezwyciężenie w przywróceniu utraconej relacji z obiektem albo dzięki określeniu rodzaju sfrustrowanej potrzeby i podjęciu prób jej zaspokojenia. Pomimo różnic dotyczących genezy bólu psychicznego wspólne dla owych stanowisk jest przekonanie, że ból ten jest rzeczywistością tak samo realną jak ból fizyczny i poważnie wpływa na funkcjonowanie człowieka. Między ludźmi występują jednak znaczące różnice dotyczące siły odczuwania tego bólu¹².

W potocznym rozumieniu poczucie pustki kojarzone bywa z negatywnymi uczuciami: osamotnieniem, poczuciem utraty, niepewnością, beznadzieją i bezsilnością, brakiem zakotwiczenia, izolacją, nudą, apatią, smutkiem, porzuceniem, niedopasowaniem, „śmiercią emocjonalną”, paranoją, nicością, którym mogą towarzyszyć myśli samobójcze¹³ oraz samookaleczenia¹⁴. Te emocjonalne stany odnoszą się do rzeczywistych uczuć, ale w takiej mierze, w jakiej są problematyczne, reprezentują również brak pewnych uczuć. Pustka obejmuje więc wszystkie te uczucia — zarówno te nieobecne, jak i te negatywne, które pojawiły się w ich miejsce.

¹⁰ Por. CHODKIEWICZ & MINISZEWSKA, Ból psychiczny, s. 37–42.

¹¹ FRANKL, *Homo patiens*, s. 13.

¹² Por. PETEET, *Approaching Emptiness*, s. 558–563.

¹³ Por. BLASCO-FONTECILLA et al. *Emptiness and Suicidal behavior*.

¹⁴ Por. RALLIS et al. *What is the Role of Dissociation and Emptiness*.

Autorzy podchodzący do pustki z perspektywy egzystencjalnej („pustka egzystencjalna”) podkreślają, że jest ona zawsze pewną miarą egzystencjalnej troski i przeżywanego poczucia braku. Z kolei klinicyści, zwłaszcza zorientowani psychoanalitycznie i psychodynamicznie, mówią o „czystej pustce” pozbawionej wymiaru egzystencjalnego jako o doświadczeniu psychopatologicznym. Badacze zajmujący się bólem psychicznym uważają poczucie pustki za jeden z wymiarów owego bólu¹⁵. Pozostanmy jednak przy terapii Martina i jego „ból duszy” czy „ból istnienia”.

W literaturze psychologicznej „pustka” pojawia się najczęściej w kontekście psychodynamicznego modelu umysłu, a więc w ramach perspektywy strukturalnej postulującej nieświadomą psychiczną organizację. W tym podejściu można wyróżnić cztery sposoby wyjaśniania pustki. Pustkę rozumie się jako (1) niedobór (*deficiency*) rozwojowy, (2) obronę, (3) wadę w integracji jaźni/obiektu (*self/object*) oraz (4) wynik wewnętrznego konfliktu dotyczącego wyidealizowanych aspiracji jaźni (*self*)¹⁶.

W modelu niedoboru pustka stanowi uwewnętrznioną pozostałość niedostarczonego „emocjonalnego pokarmu” czy to wskutek „utrąty, odrzucenia, niedostępności czy ambiwalencji”¹⁷. Bez względu na okoliczności chodzi o sytuację, którą Donald WINNICOTT tak scharakteryzował: „nie myśl o traumie, ale o niezaiśnieniu czegoś, wtedy kiedy coś pożytecznego mogło mieć miejsce”¹⁸. Narcystyczny rodzic, który traktuje dziecko jakby ono nie istniało¹⁹, czy rodzic „porzucający, ale wytęskniony” (*deserting but desirable*) wytwarzają w dziecku stan, w którym „reprezentacje obiektu” i manifestacje

¹⁵ Np. autorzy Skali Bólu Psychicznego (ORBACH & MIKULINER *Mental Pain Scale*, OMMF) wśród 9 czynników bólu psychicznego (poczucia nieodwracalności, utraty kontroli, zranienia narcystycznego, „zalanía” emocjami, zamrożenia, autoalienacji, dezorientacji, społecznego dystansu) wymieniają również poczucie pustki.

¹⁶ Por. „Forms of Emptiness. Psychodynamic, Meditative and Clinical Perspectives”, w: EPSTEIN, *Psychotherapy without the self*, s. 55.

¹⁷ SINGER, *The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States*: I, s. 461.

¹⁸ „...think not of trauma but of nothing happening when something might profitably have happened” (WINNICOTT, *Fear of Breakdown*, s. 106).

¹⁹ Por. GIOVACCHINI, *The Blank Self*, s. 377.

„świata zewnętrznego” są nadmiernie ze sobą zespolone, a równocześnie rozwija się niedostateczne (*deficient*) przywiązanie do reprezentacji jaźni. Te reprezentacje jaźni, które się konstytuują, są naznaczone „rozszczeniem negatywnej wartości” (*split-off negative value*) niedostępnego obiektu²⁰. Efektem takiego procesu jest „opróżnianie jaźni” (*emptying of the self*) z towarzyszącymi jej lękami bycia pochłoniętym, anihilowanym, uwięzionym, wtłoczonym czy porzuconym w „pustce doświadczenia” (*vacuum of experience*)²¹.

W modelu wskazującym na pustkę jako obronę podkreśla się, że jest ona bardziej tolerowanym substytutem dla napastliwych ataków autoagresji (nienawiści do siebie), rodzajem „obrony przeciwko rozpoznaniu przez ukryte krytyczne siły psychiki aktualnej obecności (tak zwanej) złej matki”²². Chociaż na początku owa pustka może wydawać się bardziej korzystna niż bezpośrednie doświadczenie tego, przed czym chroni, świadomość, że może ona pozostać, staje się nie do zniesienia. Owa obawa zaczyna reprezentować „zło, wszechogarniający i niemożliwy do wyrażenia potencjał psychicznego torturowania pochodzący od niekontrolowanego, nieujarzmionego, agresywnego i pustego obiektu niezaspokojenia, czegoś jak jaźń, wewnątrz”²³.

Model wady w trudnościach w rozwoju poczucia jaźni, w niezdolności do harmonijnej integracji różnych i konfliktowych „komponentów grup” (*component groups*) jaźni i reprezentacji obiektu postrzega mechanizm leżący u podłoża doświadczenia pustki²⁴. W tym ujęciu brak spójnej jaźni, niezdolność do nawigowania fazy ponownego zbliżenia w rozwoju dziecka, w którym mogą być tolerowane dobre i złe wrażenia odnośnie do tego samego obiektu, predysponuje do przeżywania pustki. Pustka jest wtedy „utrata normalnego tła emocjonalnego gwarantowanego przez spójność zinternalizowanych relacji

²⁰ Por. SINGER, *The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States*: I, s. 462.

²¹ Por. GUNTRIP, *Schizoid Phenomena*, s. 291.

²² SINGER, *The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States*: I, s. 468.

²³ SINGER, *The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States*: II, s. 478.

²⁴ Por. *Ibid.* s. 472.

z obiektem²⁵ bądź rezultatem przeciwnych identyfikacji *ego*, w których jedna jego część jest „odrzucona bądź eliminowana jako martwa bądź nierzeczywista i jest obserwowana przez drugą nietkniętą część *ego*”²⁶.

W modelu konfliktu dotyczącym wyidealizowanych aspiracji, który można również uznać za podgrupę wad w trudnościach rozwojowych z akcentem położonym na idealizowane obrazy ja, pustka jest odczuwana wtedy, kiedy zinternalizowane, nieświadome i wyidealizowane obrazy ja (*self*) nie pokrywają się z żadnym aktualnym doświadczeniem, co stwarza poczucie nierealności bądź wyobcowania²⁷. Mamy tu do czynienia z rodzajem wyparcia aktualnej jaźni czy aktualnego doświadczenia pod wpływem nacisku ze strony ja idealnego, które stało się esencjalnie funkcjonalnym aspektem *superego*. Temu wyparciu, niezdolności do spełnienia zinternalizowanych nieświadomych i fundamentalnych przekonań towarzyszy poczucie pustki. Ponieważ w tym przypadku jednostka podtrzymuje wyolbrzymiony obraz samej siebie, zakorzeniony w archaicznej fantazji, jako stały, głęboki, mocny i w pewnym sensie nieśmiertelny, któremu nie jest w stanie sprostać żadne aktualne doświadczenie, nie może ona porzucić owego wyidealizowanego obrazu, więc utknęła ona w stanie pomieszania, doświadczając poczucia bezsensu i pustki, które stają się dla niej bardzo szybko bardzo realne²⁸.

4. Wnioski

Psychoanalityczna metapsychologia pustki – czy to w tradycji teorii relacji z obiektem, czy psychologii ja (*self*) – umieszcza pustkę w kontekście zaburzeń osobowości z pogranicza schizoidalnego, narcystycznego czy depresyjnego. Jest to więc pustka niedorozwoju. Czy w takim razie terapeuta Martina miał jakieś szanse na to, aby jego doświadczenie pustki rozumianej jako milczenie czy nieobecność Boga

²⁵ LEVY, *Psychoanalytic Perspectives on Emptiness*, s. 393.

²⁶ *Ibid.* s. 392.

²⁷ POR. FEDERN, *Ego Psychology and the Psychoses*, s. 61.

²⁸ POR. HANLY, *Ego Ideal and Ideal Ego*, s. 253–261.

potraktować w inny niż tylko psychopatologiczny sposób? Czy doświadczenie cierpienia przeżywanego jako poczucie pustki duchowej było jedynie metaforą dla nierozwiązanego kryzysu intrapsychnicznego czy wynikiem utraty kontaktu z rzeczywistością duchową? Czy w terapii Martina chodziłoby o to, żeby opracować metaforę nocy ciemnej, czy znaleźć dla niej alternatywę, której obszar docelowy zbliżyłby go do siebie i ludzi, a nie trzymał na dystans od Boga? W podejściu, w jakim z Martinem pracował jego terapeuta – nawiązującym do teorii realcji z obiektem oraz psychologii „jaźni” – obowiązuje założenie, że psychologiczny poziom znaczenia zawsze w sposób bezpośredni wpływa na religijny poziom znaczenia. Mówiąc inaczej: sposób, w jaki postrzegamy Boga i duchowość, jest zawsze zdeterminowany stanem naszych wewnętrznych relacji z obiektami.

Jeśli, jak twierdzi prof. PŁUŻEK, noc ciemna ma pozapsychologiczną etiologię²⁹, to nie możemy przyjąć ani takiego modelu, ani medycznego czy jungowsko-humanistycznego podejścia do wyjaśnienia tego typu cierpienia. W tym pierwszym – choć w teorii nie zaprzecza się istnieniu elementu transcendentnego – w trakcie analizy Bóg staje się niczym więcej jak funkcją psychologicznych stanów naszej jaźni, która zostaje umieszczona w centrum i określa naturę Boga. Cierpienie duchowe jest realne, ale jest wyłącznie metaforą dla mówienia o cierpieniu egzystencjalnym. W modelu medycznym mamy do czynienia z wyraźną separacją obu porządków (psychologicznego i pozapsychologicznego) – depresja Martina to wynik biologicznej nierównowagi, a jego kryzys duchowy to wynik błędnego przypisywania Bogu jego źródła bądź niemożność znalezienia pocieszenia w religii w obliczu choroby. W podejściu jungowsko-humanistycznym zrozumienie cierpienia w kategoriach psychologicznych uważa się za wyjaśnienie go w kategoriach religijnych czy to przez nawiązanie do archetyków i kolektywnej nieświadomości, czy najwyższych potrzeb. JUNG ostatecznie zrównuje Boga z jaźnią, a psycholodzy humanistyczni deifikują ludzkie potrzeby i potencjał³⁰.

²⁹ Por. PŁUŻEK, *Psychologia pastoralna*, s. 126.

³⁰ Por. BLASS, *Sin and Transcendence Versus Psychopathology*.

Czy Martin przechodził przez noc ciemną? Z perspektywy psychoterapeutycznej o nocy ciemnej można mówić nie na początku, ale na końcu kuracji i nie można z nią zrobić nic więcej niż to, co FREUD zalecał analitykom, powołując się na motto średniowiecznego medyka Ambroise PARÉ: „Ja opatrywałem jego rany, Bóg go wyleczył”³¹.

Summary

Professor Zenomena PŁUŻEK has been acknowledged as one of the pioneers and leading scholars in Poland in both the psychology of religion and pastoral psychology. Referring to her research in the area of psychological and psychospiritual crises, this article addresses the issue of the emptiness experienced during psychotherapy as a “dark night”. The case of one particular patient/client will be analyzed from both psychological and religious (theological) perspectives, with the aim of answering the following questions: What do such “dark nights” look like in a clinical context? How should (or can) they be conceptualized in clinical terms? How ought they to be dealt with?

Key words: Z. PŁUŻEK – crisis – emptiness – dark night – psychotherapy

Literatura

- BLASCO-FONTECILLA, H., V. LEÓN-MARTÍNEZ DE, D. DELGADO-GOMEZ, L. GINER, S. GUILLAUME & P. COURTET, Emptiness and Suicidal behavior: An Exploratory Review, *Suicidology Online* 4 (2013), s. 21–32, URL : <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-21-32.pdf>.
- BLOSS, R.B., Sin and Transcendence Versus Psychopathology and Emotional Well-Being: On the Catholic Church’s Problem of Bridging Religious and Therapeutic Views of the Person, *Spiritus: A Journal of Christian Spirituality* 12 (2012), s. 21–42.

³¹ «Je le pansai, Dieu le guérit» (cyt. za BLOSS, Sin and Transcendence Versus Psychopathology, s. 39).

- CHODKIEWICZ, J. & J. MINISZEWSKA, Ból psychiczny a występowanie myśli i tendencji samobójczych, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 14(1) (2014), s. 37–42.
- EPSTEIN, M., *Psychotherapy without the self: A Buddhist perspective*, New Haven : Yale University Press, 2007.
- FEDERN, P., *Ego Psychology and the Psychoses*, New York : Basic Books, 1952.
- FRANKL, V.E., *Homo patiens*, [przeł.] R. CZERNECKI & J. MORAWSKI, Warszawa : Instytut Wydawniczy PAX, 1976.
- GIOVACCHINI, P.L., The Blank Self, [w:] *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, [red.] P.L. GIOVACCHINI, New York : Science House, 1972, s. 364–382.
- GUNTRIP, H., *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*, New York : Basic Books, 1971.
- HANLY, C., Ego Ideal and Ideal Ego, *International Journal of Psycho-Analysis* 65 (1984), s. 253–261.
- HENNEL-BRZOZOWSKA, A. & S. JAROMI, [red.] *Przeciw melancholii: W 40. rocznicę wydania „Melancholii” Antoniego Kępińskiego — perspektywa fides i ratio*, Kraków : Polska Akademia Umiejętności, Międzynarodowe Towarzystwo Naukowe Fides et Ratio, Accademia Dei Rampanti, 2014.
- LEVY, S.T., Psychoanalytic Perspectives on Emptiness, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 32(2) (1984), s. 387–404.
- MAY, G.G., *Ciemna noc duszy. Depresja a kryzys duchowy oczami psychiatrii*, [przeł.] K. GDOWSKA, Kraków : Wydawnictwo WAM, 2012.
- PETEET, J.R., Approaching Emptiness: Subjective, Objective and Existential Dimensions, *Journal of Religion and Health* 50(3) (2011), s. 558–563.
- PŁUŻEK, Z., *Psychologia pastoralna*, Kraków : Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, 1991.
- RALLIS, B.A., C.A. DEMING, J.J. GLENN & M.K. NOCK, What is the Role of Dissociation and Emptiness in the Occurrence of Nonsuicidal Self-Injury?, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 26(4) (2012), s. 287–298.

- SINGER, M., The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States: II. The Struggle for a Sense of Self and the Potential for Suicide, *International Review Psycho-Analysis* 4 (1977), s. 471–479.
- SINGER, M., The Experience of Emptiness in Narcissistic and Borderline States: I. Deficiency and Ego Defects Versus Dynamic-Defensive Models, *International Review Psycho-Analysis* 4 (1977), s. 459–469.
- WIKSTRÖM, O., Depression and the Absence of God: Religious Studies and/or Theology in Clinical Research, *Studia Theologica* 52(2) (1998), s. 130–146.
- WINNICOTT, D.W., Fear of Breakdown, *International Review Psycho-Analysis* 1 (1974), s. 103–107.