



Sándor Ferenczi

Klinični dnevnik 1932

Ljubljana, 2024

Kazalo

PREDGOVOR K SLOVENSKEMU PREVODU (Zoltan Pap) 8

PREDGOVOR (Judith Dupont) 8

Travma 16

Vzajemna analiza 18

Freudova kritika 20

ZAHVALA (Judith Dupont) 24

UVOD V DNEVNIK (Michael Balint) 25

Zapiski za predgovor 27

Naslov: dnevniška oblika 27

KLINIČNI DNEVNIK (Sándor Ferenczi) 29

Neobčutljivost analitika 30

Razmišljanje s telesom je enako kot histerija 32

Primer schizofrenia progresiva (R. N.) 35

Vzajemna analiza in meje njene uporabnosti 35

Fizičnim spremembam sledi intelektualna aktivnost. 39

Nadaljevanje vzajemne analize 39

Sugestija, ustrahovanje, vsiljena tuja volja, medtem ko se lastna [volja] odcepi in ostane nedotaknjena; agresiven učinek anestetikov in stimulansov je s tem analogen; »Nadjaz.« 41

Dolgčas 44

Histerična potlačitev in konverzija; razgaljenje njunega nastanka med katarzično regresijo. 45

Zastoj katarze in njeno zdravljenje 47

Dilema vzajemne analize 50

Psihogeneza duševnega šoka (B.) 51

O sprejemanju neugodja 52

Omejitve vzajemne analize 55

O vzajemnosti 57

Fragmentacija 58

Kako delujeta physis in psyche 59

O maskulinem in femininem načelu, ki vlada v naravi 60

24. februar 1932 [I.] 61

V nezavestnem stanju nastala travma 63

K tematiki vzajemnosti 64

O terorizmu trpljenja 65

SÁNDOR FERENCZI

KLINIČNI DNEVNIK 1932

1. izdaja

Strokovna recenzenta:	Katarina Kompan Erzar, Emil Benedik
Urednica, avtorica predgovora in opomb:	Judith Dupont
Avtor uvoda v <i>Dnevnik</i> :	Michael Bálint
Avtor slovenskega prevoda in predgovora:	Zoltan Pap
Avtor spremne študije:	Miran Možina
Oblikovanje in prelom:	Miha Primc
Izdala in založila:	Sigmund Freud University Press Ljubljana, 2024
Tisk:	Pritisk
Naklada:	300 izvodov
Cena:	29,00 €

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.964.2:615.851
821.511.141-94
929Ferenczi S.

FERENCZI, Sándor
Klinični dnevnik 1932 / Sándor Ferenczi ; [avtorica predgovora in opomb Judith Dupont, avtor uvoda v Dnevnik Michael Bálint ; avtor slovenskega prevoda in predgovora Zoltan Pap ; avtor spremne študije Miran Možina]. - 1. izd. - Ljubljana : Sigmund Freud University Press, 2024

ISBN 978-961-96274-5-7
COBISS.SI-ID 217612035

Vse pravice pridržane. Noben del te knjige ne sme biti reproduciran, shranjen ali prepisan v kateri koli obliki oz. na kateri koli način, bodisi elektronsko, mehansko, s fotokopiranjem, snemanjem ali kako drugače, brez predhodnega pisnega dovoljenja lastnikov avtorskih pravic [copyrighta)].

© Sigmund Freud University Press Ljubljana, 2024

SIGMUND FREUD
UNIVERSITY
PRESS
LJUBLJANA

6. marec 1932 [I.]	66
Splošno stališče o tendenciozni odvrnitvi od resničnosti v primeru psihoze	67
Analitik kot funerator	67
Zdravilni element psihoterapije (healing)	70
Analiza »dveh otrok«	72
Avtohtoni in heterogeni »Jaz« (S. I.)	73
Prednosti in slabosti intenzivnega sočutja	75
Težave, ki izvirajo iz tega, da razcepa osebnosti ne obravnavamo kot resničnega.	76
O histeričnem napadu	77
Vrnitev travme v simptomih, sanjah in katarzi. Potlačitev in razcep osebnosti.	
Odprava potlačitve med in po katarzi	79
Duševna bandaža	81
Obrat vzajemne analize v stanje navadne analiziranosti	83
Vzajemna analiza: odločitev na podlagi prakse. Zaplet zaradi tega, ker je v analizi več kot ena bolnica	85
Eks- in implantacija duševnih vsebin ter energij (S. I.)	85
Vsako sovraštvo je pravzaprav psihopatska projekcija	88
Osnovna razlika med moško in žensko homoseksualnostjo	89
Neizogibna dopolnila k ojdipskemu konfliktu	89
O dolgoročnih učinkih »obveznih« aktivnih in pasivnih genitalnih želja, ki so vsiljene majhnim otrokom	90
Usoda otrok duševno bolnih staršev	90
Erotomanija kot osnova vsake paranoje	92
Relaksacija analitika	93
Paranoja in voh	95
Pornofazija kot pogoj genitalne potence	97
Dodatek h kultu falusa	98
Antihomoseksualnost kot posledica moškega »protesta«	99
Kdo je poblaznel, mi ali bolniki? (Otroci ali odrasli?)	99
Nezavedni boj občutljivosti med analitikom in bolnikom	102
Zgodba o vzajemni analizi. Primer R. N.	103
Shizofrena notranja praznina, ki jo prekriva zunanja prizadevnost in prisilna nevroza, ženska homoseksualnost. Nenadno izboljšanje po skoraj dve leti trajajočem »zastoju«, očitno pod vplivom analitikove »prebuditve« (O. S.)	106
Travmatsko samoomejevanje	108
Prisila ponovitve travme	110
Heteroseksualna travma, pobeg v (žensko) homoseksualnost.	112
O dejavnikih izoblikovanja krivde	113
Samo-izguba (– »Jaz«)	114

Znanstveni način odkritja resnice	115
Dosledno zanemarjanje »Jaza« v razmišljanju (abstrakcija)	115
Govor	116
Kaj je ozaveščenost?	116
Teoretične posledice, ki zadevajo teorijo libida in teorijo nevroz.	116
Regresija v čas pred prvim strahom	117
Nikakršno specialno učno analizo!	118
Oblike strastnosti. Zaključek	118
Strast	119
Psihosoma	119
Dolžnost molčanja. Občutek odgovornosti pri majhnih otrocih, potem ko so odrasli zoper njih zagrešili zločin	120
Doctor hating patients	121
Konfuzija glede lastne osebnosti z občutkom panike (nato izguba spomina)	121
Tehnika: napako (impulz namesto objektivnosti): (1) storiti, (2) priznati, (3) popraviti	122
Duševna nasprotna kateksa neznosnih občutkov	123
Prijateljski odnos s svetom duhov	124
Porazi z učenci	124
Trajna motnja objektnega libida	124
Normalna feminina homoseksualnost	126
Odvrnitev od homoseksualnosti	126
Zavedanje osebnosti (lastne mere, oblike, vrednosti) kot produkt priznanja okolice.	126
Novo obdobje v vzajemnosti	129
Značilen vonj duševnih bolnikov	131
Drugi motiv želje po penisu pri ženskah	132
Med spanjem nastale trajne travmatske motnje dihanja	132
22. junij 1932	133
Anestezija travme	135
Trajen učinek (tudi z velike razdalje) grozljivih prekletstev	137
O prisili lajšanja bolečine drugih oz. nudenja pomoči in podpore v zvezi z nadarjenostjo drugih	138
Preslišanje. Nenavadna oblika zmotnega odziva.	141
Pripoved A (v sleherni analizi)	141
Proces potlačitve	142
Ženskost kot pojav načela lajšanja muke v primeru impotence.	142
Utopija: odstranitev sovražnih impulzov, prekinitev serije krvno-maščevalske okrutnosti; postopna ukrotitev celotne narave s preverjanjem znanja	143
Prenos odrasle psihologije na otroke (falsum)	144
Dvoličnost in enfant terrible	146

Vpliv strasti odraslih na karakterne nevroze in otrokov seksualni razvoj	146
Projekcija lastnih strasti in strastnosti na otroka	150
Prednosti in slabosti kontratransferja oz. njegove optimalne meje	150
Odsev in inverzija.	152
Vpogled v lastno paranojo kot »sijajen dosežek« (prvič?) logične doslednosti in »vzdržljivosti« (moč karakterja)	153
19. julij 1932 [II.]	154
Vstajenje samospoštovanja pri B. (otrok)	155
Red v kaosu	155
Nekaj pripomb o občutku sramu	156
Experimentum analyticum cum B	158
O abreakciji	161
Identification versus hatred	162
Poistovetenje med travmo	163
Identification versus hatred	164
Perverzije niso fiksacije, temveč proizvodi strahu	164
Klitoris in vagina	166
Revizija Ojdipovega kompleksa	166
Ali ima bes vlogo v procesu potlačitve?	167
Normalni in patološki seksualni odnosi v družini	168
Kaj je travmatsko: agresija ali njene posledice?	169
Kruta igra z bolniki	169
Nešteto krat ponovljena »dobesedna« ponovitev – brez spominjanja	170
Kaj je »travma?«	172
»Strastnost« psihoanalitikov	174
Osebni razlogi stranpoti psihoanalize	174
4. avgust 1932 [II.]	177
Avtohtona krivda	177
Prenašanje samote	180
Reprodukcija travme sama po sebi nima terapevtskega učinka	181
Nevarnost latentnega sadizma in erotomanije pri analitiku	182
O kriminalnosti	182
Subjektivna upodobitev funkcije razcepa	184
Spisek grehov psihoanalize	186
Travma in razcep osebnosti; razcep med čustvi in inteligenco	188
Projekcija lastnih, resničnih, incestnih nagnjenj na otroke in bolnike; ne razumemo razlike med infantilnimi fantazijami in njihovo uresničitvijo	190
Pripis k fragmentaciji	192
Spontanost osveži – provokacija užalosti	192

Ali je strogost tabu incesta, vzrok incestuozne fiksacije?	193
Prekomerno zdravje ali adaptacijska sposobnost telesa kot obramba pred duševno nezmožnostjo	194
Revizija spiska grehov	194
Strah psihoanalize pred sugestijo	194
O samoti	195
»Terorizem trpljenja«	195
Regresija (v organskem razpadu) v Ψ - Φ -embrionalno stanje med analizo.	196
Vzajemnost – sine qua non	197
Progresija	198
Spisek grehov	198
SÁNDOR FERENCZI DANES Z VIDIKA VELIKE	
PSIHOTERAPEVTSKE RAZPRAVE (Miran Možina)	199
150 let velike psihoterapevtske razprave	200
Razlike med biomedicinskim in kontekstualnim/biopsihosocialnim modelom	204
Prevlada biomedicinskega pristopa na področju varovanja duševnega zdravja	210
Razvoj teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela v okviru biopsihosocialnega pristopa	213
Trojni razcep med biomedicinskim in biopsihosocialnim pristopom	221
Medicinski model in Freudovo pojmovanje psihoanalize	223
Ferenczi kot predhodnik teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela	228
Razlike med Freudom in Ferenczijem v odnosu do teorije	232
Klientovi dejavniki	234
Terapevtovi dejavniki	236
Terapevtska aliansa	238
Povratno informiranje	240
Učinek tehnik	240
Sklep	242
Viri	243
RECENZIJA SLOVENSKEGA PREVODA KNJIGE (Katarina Kompan Erzar)	253
RECENZIJA SLOVENSKEGA PREVODA KNJIGE (Emil Benedik)	255

Zoltan Pap

Predgovor k slovenskemu prevodu

Sándor Ferenczi (1873-1933) je bil začetnik psihoanalize na Madžarskem in utemeljitelj t. i. »budimpeške psihoanalitične šole«, ki je predvsem v dvajsetih in tridesetih letih prejšnjega stoletja postala prepoznavna po izrazito interpersonalnem ter intersubjektivnem dojemljanju psihoanalitičnega zdravljenja. Ferenczi je v prvi polovici svojega psihoanalitičnega udejstvovanja veljal za enega najbližjih sodelavcev in prijateljev Sigmunda Freuda, istočasno pa tudi za enega najbolj zvestih članov generacije psihoanalitičnih pionirjev. V tem obdobju je deloval kot izjemno aktiven zagovornik, spodbujevalec in soustvarjalec klasične freudovske psihoanalize.

Na začetku dvajsetih let prejšnjega stoletja pa so se njegovi strokovni nazori – domnevno pod vplivom določenega razočaranja nad osebno psihoanalitično izkušnjo pri Freudu in bogatih kliničnih izkustev s težjimi oblikami psihopatologije – začeli vse bolj oddaljevati od postulatov klasične freudovske psihoanalize. Ferenczijeve strokovne stališča so postajala vse bolj prežeta z zamislimi in idejami, ki so bila za takratno mednarodno psihoanalitično srenjo nesprejemljiva, zaradi česar niso mogla postati predmet širšega strokovnega diskurza, kar je v januarju 1932 predstavljalo glavni povod za začetek pisanja njegovega najbolj znamenitega dela, *Kliničnega dnevnika*.

Delo je torej nastajalo v zadnjem letu avtorjevega življenja in prvotno ni bilo namenjeno publiciranju, zaradi česar je zanj vedela le peščica Ferenczijevih najbližjih sodelavcev, prijateljev in družinskih članov. *Klinični dnevnik* je neobičajno delo, ki je tako po svoji obliki kot tudi vsebini edinstveno v psihoanalitični literaturi. Ne gre zgolj za avtorjevo neobičajno mero iskrenosti, ki bralcu omogoča vpogled v zasebno življenje enega najpomembnejših psihoanalitikov iz prve polovice prejšnjega stoletja, temveč tudi za več kot nazoren prikaz nenehnega prepletanja piščevega osebnega in strokovnega življenja. Prvo je bilo v času nastajanja *Kliničnega dnevnika* prežeto predvsem s Ferenczijevim vse šibkejšim zdravstvenim stanjem, vse ostrejšimi nesoglasji s Freudom, posledično pa tudi z vse večjo izoliranostjo od mednarodne psihoanalitične skupnosti, drugo pa s poskusi teoretske ter klinične posodobitve psihoanalize, pri čemer ga je vodila neumorna želja, da bi lahko pomagal tudi tistim svojim klientom, ki so trpeli zaradi težjih oblik psihopatologij. Zaradi slednjega *Klinični dnevnik* predstavlja tudi študijo kliničnih primerov takratnih Ferenczijevih klientov, ki so k njemu na psihoanalitično zdravljenje prihajali iz celega sveta, istočasno pa tudi teoretsko študijo o posodobitvi oz. prilagoditvi klasične Freudove psihoanalize tisti klienteli, ki je v pionirskih časih psihoanalize veljala za terapevtsko nedostopno.

Klinični dnevnik priča o številnih izjemno pogumnih psihoanalitičnih eksperimentih, ki so sicer z vidika današnjega časa v marsičem strokovno in etično sporni, a vendarle so

zagotovili spoznanja, ki so načrtala razvojno smer sodobne, postfreudovske psihoanalize. Ferenczi v svojih dnevniških zapisih v prvi vrsti razkriva svoje izrazito interpersonalno in intersubjektivno doživetje psihoterapevtskega procesa in odnosa, kar se kaže predvsem v njegovem pojmovanju duševne travme in kontroverznem eksperimentu vzajemne analize, ki ga je izvedel s svojo ameriško klientko Elizabeth Severn.¹

Pomemben del dnevniških zapisov je posvečenih kritiki klasičnega psihoanalitičnega pristopa, ki je zagovarjal bolj distanciran in objektivističen terapevtov odnos do klienta. Namesto tega se je Ferenczi zavzemal za bolj odprto in čustveno angažirano terapevtsko držo, ki pa naj bi bila dovolj pregledna in reflektirana, da bi klientu omogočila korektivno čustveno izkustvo. To je bilo posredno povezano tudi s Ferenczijevo osebno izkušnjo s Freudom, kjer je boleče doživel njegovo zadržanost in odmik, ko je prišlo do čustvenih zapletov. Zdelo se mu je, Freudova pripravljenost na samorazkrivanje ni bila dovolj velika.

Poleg navedenega so v *Kliničnem dnevniku* zajete tudi številne druge zanimivosti iz psihoanalitične teorije in prakse, ki pa so ponekod zapisane v slogu, ki je lahko za bralca nekoliko težje razberljiv in razumljiv, saj gre za avtorjeve asociacije, nedokončane misli, slutnje in številne druge vsebine, katerih artikulacija je – v času, ko zanje še ni bilo ustreznega izrazoslovja – predstavljala nemajhen izziv.

Klinični dnevnik zaradi Ferenczijeve prezgodnje in nenadne smrti sicer resda ostaja nedokončano delo, ki pa pozornemu bralcu vendarle nudi koherentno sporočilo o avtorjevih inovacijah ter tudi vseh njegovih zmotah, napakah in spodrsljajih, ki so na poti razvoja ter učenja tako rekoč neizogibni. *Klinični dnevnik* nikakor ni »psihoterapevtski učbenik«, katerega vsebine bi lahko bralec neposredno apliciral v svoje vsakdanje klinično delo, temveč gre za vsebine, ki psihoterapevtom sodobnega časa – tistim, ki so že osvojili temeljna psihoterapevtska znanja in veščine – lahko predstavljajo povod za iskren in kritičen razmislek o sebi, lastni profesionalni vlogi in odnosu do svojih klientov.

Vsebine *Kliničnega dnevnika* istočasno zrcalijo tudi avtorjeve nazore do sveta in soljudi, ki kažejo veliko mero liberalnosti, odprtosti in radovednosti do drugačnosti, kar njegovih stališč nikakor ni ogrožalo, temveč samo še dodatno bogatilo. S tem *Klinični dnevnik* tudi več kot devetdeset let po svojem nastanku pošilja pomembno sporočilo sedanjemu in prihodnjemu času, ne le psihoterapevtom in drugim strokovnjakom s področja duševnega zdravlja, temveč vsem ljudem, ki želijo prispevati k zmanjševanju stopnjujočih se polarizacij sodobnega sveta.

Zoltan Pap, psihoanalitični psihoterapevt (ECPP)

Maribor, oktober 2024

¹ Elizabeth Severn je v dnevniških zapisih označena z inicialkama R. N.

Judith Dupont

Predgovor

Leta 1969 je bil Michael Bálint prepričan, da smo na pragu sočasne objave *Dnevnika* Sándorja Ferenczija ter *Korespondence*² med Freudom in Ferenczijem. Toda do objave francoskega prevoda *Dnevnika* in naznanila, da bo *Korespondenca* gotovo objavljena, je moralo preteči še šestnajst let (objava slednjega je seveda odvisna od tega, kdaj bodo zaključena uredniška dela).

Michael Bálint je želel objaviti *Dnevnik* in *Korespondenco* sočasno, saj se besedili vzajemno osvetljujejo in dopolnjujeta. Ob prebiranju *Dnevnika* postane razumljivo, zakaj je Ferenczi – ki je povsem zatopljen v lastne globine, še sebe postavil pod vprašaj – po dolgotrajnem razmisleku na koncu vendarle zavrnil predsedniško funkcijo *Mednarodne psihoanalitične organizacije* kljub Freudovim spodbudam, da bi storil nasprotno. V njuni *Korespondenci* skozi več mesecev razpravljata o tem vprašanju. Nadaljnje se izkaže tudi, da je Ferenczi ves obupan iskal Freudovo pomoč pri nevarnem raziskovanju svojega notranjega sveta, pri čemer pa mu slednji ni mogel nuditi podpore, saj je bil prepričan, da je njegov prijatelj zataval na pot, ki neizogibno vodi v zmote in bolezni.

Ferenczijevo *Dnevnik* je očiten dokaz – če ga že potrebujemo – njegovega duševnega zdravja; še več, na koncu svojega *Dnevnika* zapiše, da mu ni uspelo pobegniti v blaznost, kar ga stane življenja: »ali moram (če sem tega sploh zmožen) tudi svojo osebnost postaviti na nove temelje, dosedanje pa opustiti kot lažno in nezanesljivo? Je to moja izbira, da ali umrem ali pa se na 'novo uredim' – in to pri starosti 59 let?« – piše oktobra 1932. Nekoliko pozneje pa na zadnjih straneh svojega *Dnevnika*: »Zdi se, da je moja psihološka organizacija do določene mere ohranila svojo moč, tako da namesto duševne obolevnosti lahko pustošim – ali poginem – le v svojih organskih globinah.«

Korespondenca Freuda in Ferenczija nam nudi pomembne informacije o nastanku *Dnevnika* in o tem, s kakšnim namenom je bil napisan.

Iz *Korespondence* pa postane razvidno tudi, da Freud svojega prijatelja ni zmozel spremljati po tej poti: Ferenczi je s svojo tehniko na koncu spodkopal prav vse obrambne zidove, ki so Freudu nudili zaledje za stvaritev psihoanalize in s katerimi si je istočasno zagotovil tudi dovolj dobro zaščito samega sebe, kar mu je omogočilo, da je lahko nadaljeval s svojim delom. Saj pravijo, da je prva naloga gverile ta, da ostane pri življenju, mar ne? Freud si ni mogel dopustiti, da se ne bi branil, Ferenczi pa je nedvomno plačal z

življenjem, ker se je želel odpovedati obrambe v tolikšni meri; toda istočasno je svojim naslednikom odprl nove perspektive, ki so se v prihodnosti – z razvojem raziskovanja – izkazale za vse bolj plodne. Toda potrebno je bilo še več kot pol stoletja, da so Ferenczijeve razmišljanja in intuicije začele postajati sprejemljive tudi za srenjo psihoanalitikov.

Freud in Ferenczi sta si v svoji *Korespondenci* dne 25. decembra 1929 izmenjala pismo, v katerem lahko najdemo prvo odločnejšo pripombo, ki jo lahko dojamemo kot projekcijo *Dnevnika*, in v katerem Ferenczi – po tem, ko se je za nekaj časa umaknil – ponovno izlije svoje srce Freudu, ki pa mu njegov umik očita:

»Kot vsakokrat, ko sem zbral dovolj moči (se odpovedal univerzitetni karieri, zavrnil vodenje berlinskega Inštituta itd.), tudi zdaj v določenem vidiku ponovno čutim, da sem se osvobodil odvečnih skrbi in da se je moje zanimanje usmerilo v mnogo pomembnejše reči. Pravi notranji nagib čutim do raziskovanja, zaradi česar sem se v preučevanje svojih primerov poglobil povsem osvobojen slehernih osebnih ambicij in s podvojeno radovednostjo.

Če na kratko povzamem, Vam lahko o tem povem približno sledeče:

1. V vsakem primeru, v katerem sem uspel prodreti dovolj globoko, sem našel travmatsko-histerično osnovo bolezni.
2. V primerih, kjer nama je z bolnikom to uspelo, je bil terapevtski učinek mnogo večji. V mnogih primerih sem bil primoran že 'ozdravljene' bolnike poklicati na naknadno zdravljenje.
3. V vmesnem času se je v meni počasi izoblikovalo kritično stališče, da psihoanaliza preveč enostransko izvaja zgolj analizo prisilnih nevroz in karakterne analize oz. psihologijo 'Jaza', medtem ko zanemarija organsko-histerično osnovo analize; vzrok tega je, da je vloga fantazije v patogenezi precenjena, vloga travmatske resničnosti pa podcenjena...
4. Na novo pridobljena izkustva (četudi povečini izvirajo iz davne preteklosti) lahko imajo seveda vpliv tudi na tehnične podrobnosti. Določene prestroge intervencije je potrebno ublažiti, ne da bi drugotni vzgojni namen povsem spustili izpred oči.«

Temu sledi izmenjava pisem, v katerih se Freud ne spušča v podrobnejše razpravljanje o predlogih Ferenczija, temveč ponovno izjavi, da ga terapevtski vidiki psihoanalize ne zanimajo. To se Ferencziju zdi nesprejemljivo, saj je on v prvi vrsti zdravnik, ki ga zanima predvsem zdravljenje že zaradi tega, ker je njegov najbolj ogrožen in skrbi potreben bolnik ravno on sam.

17. januarja 1930 Freudu, svojemu analitiku, piše sledeče:

»...v najinem odnosu so se pomešali najrazličnejši konflikti čustev in nazorov (vsaj v meni). Sprva ste bili moj oboževani mojster, nedosegljiv vzornik, in ni bila nikakršna skrivnost, da sem jaz, učenec, do Vas vselej gojil mešane občutke. Zatem ste postali moj analitik, toda neugodne okoliščine so onemogočile, da bi lahko mojo analizo dokončali. Še posebej mi je žal, da med analizo niste v meni opazili – deloma zgolj transfernih – negativnih občutkov in fantazij, ki jih

² Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, *The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi (Volume 1-3)* [Korespondenca Sigmunda Freuda in Sándorja Ferenczija (zvezek 1-3)], Harvard University Press, Cambridge, 1993-2000.

posledično tudi nisem mogel odreagirati. Splošno znano je, da tega noben analiziranec ne zmore brez pomoči, niti jaz sam ne, četudi sem preko drugih pridobil že večletna izkustva. Za to sem potreboval, naknadno in zelo metodično, naporno samoanalizo. To je seveda povezano tudi s tem, da sem z opustitvijo svoje nekoliko najstniške naravnosti bil primoran uvideti, da ne smem biti toliko – tako popolnoma – odvisen od Vaše dobronamernosti, oz. da ne smem precenjevati tega, kar za Vas pomenim. Tudi drobni dogodki s skupnih potovanj so doprinesli, da ste v meni vzbudili določene zadržke, predvsem strogost, s katero ste me kaznovali za moje trmasto vedenje v zvezi z vprašanjem Schreberjeve³ knjige. Še danes se sprašujem: ali ne bi bilo pravilneje, če bi bil nosilec ugleda prijaznejši in prizanesljivejši?...«

Sedaj Ferenczi meni, da ni bilo prav toliko mencati, preden je svoje nove zamisli podelil s Freudom. Razjezi se vse do te mere, da kritizira, še več, deli nasvete:

»Na primer, ne strinjam se z Vami v zvezi s tem, da je proces zdravljenja zanemarljiv ali nepomemben, da je to nekaj, kar lahko prezremo zgolj zato, ker se nam ne zdi toliko zanimivo. Tudi jaz sem pogosto čutil, da sem 'fed up'⁴ tega, a sem to čustvo premagal in sedaj Vam lahko z veseljem naznamim, da se je dozdevno cela vrsta vprašanj ravno tukaj pokazala v drugi, ostrejši luči, morda tudi sama problematika potlačitve!...«

Ferenczi upa, da mu je na tak način uspelo obnoviti star zaupen dialog s Freudom.

Temu uvodu sledi izmenjava pisem v prijaznejšem tonu. Oba moška čutita, da je njuno življenje ogroženo, in razmišljata o smrti. Freud, ki je že starejši in je zaradi rakastega obolenja že mnogo pretrpel, pa kljub vsemu težko sliši pritožbe mlajšega, pri katerem se bolezen še ni pojavila in ki ima za sabo že dolgo zgodovino hipohondrije.

20. julija 1930 Ferenczi piše:

»Sicer nekoliko prej kot Vas, Gospod Profesor, a tudi mene precej zaposluje problematika smrti: seveda me prav tako kakor Vas zanima, kakšna je povezava med smrtjo, lastno usodo in priložnostmi moje prihodnosti. Zdi se, da se je določen del mojega telesnega samoljubja sublimiral v znanstveno zanimanje in menim, da sem zaradi tega subjektivnega dejavnika postal občutljiv za duševne in druge vrste procesov nevrotikov, ki se odvijajo v dejanskih ali dozdevnih življenjsko ogrožajočih trenutkih. Verjetno je to bila ta pot, ki me je vodila v smeri obuditve navidezno neveljavne (oz. vsaj začasno na stran postavljene) teorije travme.«

Ferenczi ima občutek, da gre pri njem za »sorazmerno pozno vzplamtenje produktivnosti«, in popusti temu »občasno precej močnemu pritisku, ki spodbuja k ustvarjanju, ne pa tudi nadzoru nad njim«.

³ Sigmund Freud, »Psihoanalitične pripombe k avtobiografskemu opisu primera paranoje (dementia paranoides)« (»Schreber«), slov. prev. Samo Krušič in Alfred Leskovec, v: *id.*, *Pet analiz*, Studia humanitatis in Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2017, str. 299-372.

⁴ Naveličan.

Septembra 1930 se v zvezi z določenimi Ferenczijevimi nazori razvije nesoglasje, kateremu je kmalu tudi konec, tako da so njune debate že v prihodnjem letu objektivnejše. Toda čuti se, da v ozadju raznolikih tem odmevajo globlje težave, še posebej ko gre za predsedniško funkcijo Mednarodne psihoanalitične organizacije, v zvezi s katero je Ferenczi okleval, ali bi jo sprejel ali ne.

Ferenczi svoje pismo z dne 15. september 1931 v celoti posveti predstavitvi svoje raziskave, ki ga je na koncu spodbudila k pisanju Dnevnika:

»...poglobil sem se v izredno težko notranje in zunanje, obenem pa tudi 'znanstveno' delo razjasnitve, ki še vedno traja in doslej še ni obrodilo nobenega končnega rezultata – z napol končanim delom pa se človek nerad izpostavlja. Znanstvena vprašanja se še vedno združujejo okrog tehničnih postopkov, katerih izdelava pa občasno določena teoretska vprašanja prikaže v drugačni luči. Na zame običajen način me ni strah – kolikor je le možno – sklepati, pogosto grem vse do absurdnosti; toda to mi ne vzame volje, prizadevam si napredovati po drugih, pogosto povsem nasprotnih poteh, in še vedno upam, da bom enkrat našel pravo pot. Vse to se sliši precej mistično – prosim Vas, da se ne prestrašite. Kolikor se zmorem oceniti, meje normalnosti ne prestopam (ali pa le zelo poredko). Čeprav se pogosto motim, nimam togih predsodkov...«

Freud se na to zaupno izpoved odzove 18. septembra 1931 s pismom, polnim razočaranja. Meni, da se Ferenczi oddaljuje od njega, dejstvo, da svoje raziskave usmerja v področja, ki – kot sam zapiše – »ne vodijo do nobenega želenega rezultata«, pa doživlja kot znak njegovega nezadovoljstva. Pripravljen je počakati, da se Ferenczi »vrne« in opusti svoje zmote. Nedvomno gre pri njem za »tretjo puberteto«.

Ferenczi se v svojem pismu z dne 10. oktober 1931 poskuša braniti:

»V nobenem primeru ne želim zanikati, da pri meni subjektivni dejavniki pogosto pomembno vplivajo na način in vsebino ustvarjanja, v preteklosti pa so vodili tudi do določenih pretiravanj. Toda menim, da sem na koncu vendarle uspel uvideti, kdaj in kje sem šel predaleč. Po drugi strani pa sem celo od teh izletov v neznano venomer pridobil kakšno pomembno korist. – Nekaj podobnega moram predpostaviti tudi o Vaši diagnozi 'tretje pubertete'. Četudi je diagnoza pravilna: vrednost tega, kar je nastalo v tem stanju, je najprej potrebno ovrednotiti objektivno. Tudi jaz se lahko sklicujem na Schillerjev citat (ki sem ga slišal od Vas), namreč da neobičajno, četudi se deloma izkaže za zmotno ali zgolj plod domišljije, nas opogumlja k radovednosti. – Svoja nova spoznanja sprva pograbil 'in statu nascendi'; zelo bi si želel, če bi lahko nekoliko podrobneje pisali o točkah, za katere se zdi, da 'ne vodijo do nobenega želenega rezultata'. Se Vam zdi nemogoče, da bi po z Vaše strani pričakovanem zorenju oz. po vrnitvi, znal ustvariti nekaj praktično ali teoretično uporabnega?

Jaz sem v prvi vrsti empirik... Misli so venomer povezane z oblikami zdravljenja bolnikov, preko katerih so tudi ovržene ali potrjene...«

Decembra 1931 pride do za Ferenczija pretresljive izmenjave pisem, v kateri pa po mojem mnenju ni šlo za nesoglasje, temveč za nesporazum. Freud 13. decembra Ferencziju napiše svoje znano pismo o »*tehniki poljubljanja*«, ⁵ na katero Ferenczi odgovori 27. decembra. To pismo je v celoti objavljeno v tretji opombi *Dnevniškega* zapisa z dne 7. januar 1932. Nesporazum nam lahko postane jasen le preko branja *Dnevnik*a. Ferenczi potrebuje čas, da si opomore.

21. januarja 1932 Freudu piše sledeče: »*Od najine zadnje izmenjave pisem me preveva neka vrsta prijetne pomirjenosti, ki bo – upam – ugodno učinkovala na reševanje tistih znanstveno-tehničnih težav, ki me trenutno zaposlujejo...*«

In prav zares, 7. januarja 1932 zapiše svoj prvi *Dnevniški* zapis, v katerem razpravlja o »*neobčutljivosti analitika*«...

Ferenczi si 1. maja 1932 – v odgovor Freudu, ki mu očita njegovo molčanje – ponovno poskuša pridobiti razumevanje: »*Zdi se, da se želim odpočiti od pol življenja trajajočega prenapornega dela; počitek tokrat dojemam kot poglobitev v določeno vrsto znanstvene poezije in resničnosti, občasno menim, da bo gotovo nastalo nekaj ne ničvrednega. Ne verjamem, da bi lahko človek spremenil takšno naravnost, četudi si tega še tako želi...*«

Freud, ki ni opustil svoje zamisli, da bi Ferenczi prevzel predsedništvo, in meni, da bi bilo to za slednjega ugodno, 12. maja 1932 odgovori sledeče: »... *Vi ste se v zadnjih letih nedvomno umaknili v osamo... Toda ta sanjski otok, kjer živite z otroci svoje fantazije, boste morali zapustiti in se ponovno udeležiti v borbi moških.*«

Ferenczi v svojem pismu z dne 19. maja 1932 ponovno izpostavi to temo:

»*Iskreno moram priznati, da čeprav svojo trenutno dejavnost opisujem z izrazi, kot so 'sanjsko življenje', 'dnevno sanjarjenje', 'pubertetna kriza' itd., to še ne pomeni, da sebe doživljam kot povsem bolnega; v resnici imam občutek, da bo iz te sorazmerne zmede nastalo marsikaj uporabnega, oz. da že nastaja... Dejansko torej menim, da ne opravljam brezkoristnega dela, če s svojo dejavnostjo nekaj časa nadaljujem na ta način...*«

Ferenczi se v svojem pismu z dne 21. avgusta 1932 dokončno odpove predsedništvu, ker: »... *K dejavnikom, o katerih sem Vam že govoril, se je pridružila tudi okoliščina, da sem se tekom svojih prizadevanj po poglobitvi in izboljšavi svojih analiz znašel v takšni kritični ter samokritični strugi, za katero se v določenem vidiku zdi, da ne zahteva zgolj dopolnil, temveč tudi korekcije naše prakse, na določenih mestih pa celo naših teoretskih nazorov...*«

Ferenczi meni, da to kritično duševno stanje ne bo ugodno služilo temu, da bi bil dober predsednik, saj je naloga predsednika ravno ta, da bdi nad že obstoječim.

Na poti na wiesbadenski kongres, katerega otvoritev je bila načrtovana 3. septembra 1932, se Ferenczi ustavi pri Freudu na Dunaju, da bi mu pokazal svoje za kongres pripravljeno predavanje, ki ga je naslovil *Zmeda jezika med odraslimi in otrokom*.⁶ To je bilo precej neugodno srečanje, saj se nikakor nista uspela sporazumeti. Freud je bil zelo zaprepačen zaradi vsebine predavanja, od Ferenczija je zahteval, naj se vzdrži vsakršnega publiciranja, dokler ne spremeni svojih v besedilu izraženih nazorov.

Ferenczi na kongresu vendarle nastopi s svojim predavanjem, nato pa poskuša počitnikovati. Sprva se skuša odpočiti v Baden-Badnu pri Groddecku, nato pa v južni Franciji, toda njegovo počutje je vse slabše. To je eno »*voyage de lit*«⁷ – kakor piše Freudu 27. septembra 1932. Zelo ga je pretreslo dunajsko srečanje s Freudom, ki je bilo v resnici njuno zadnje osebno srečanje, in globoko je nasprotoval Freudovi prošnji, da naj nekaj časa ne publicira.

Freud 2. oktobra 1932 odgovori v zelo ostrem tonu: »...*ne verjamem več, da se boste revidirali, kakor sem se jaz revidiral pred eno generacijo... V zadnjih dveh letih ste se metodično obrnili proč od mene... Objektivno menim, da bi lahko opozoril na teoretske napake, ki se nahajajo v konstrukciji, toda čemu? Prepričan sem, da k Vam ni možno pristopiti z dvomi...*«

Ferenczi taisti dan v svoj *Dnevnik* zapiše svojo bolečo dilemo: »*umrem ali pa se na novo uredim.*« Čez sedem mesecev umre, po tem, ko je v zadnjih mesecih v *Korespondenci* s Freudom ponovno našel prijateljski ton in morda tudi vzajemno razumevanje.

Ferenczi v svojem *Dnevniku* spregovori o številnih različnih temah: paranoja, shizofrenija, homoseksualnost, Ojdipov kompleks, učna analiza, zaključek analize, mazohizem, terapevtska učinkovitost abreakcije, potlačitev itd., spregovori pa tudi o celi vrsti svojih opažanj bolnikov, ki jih obravnava v času pisanja *Dnevnik*a, še posebej pa o štirih, ki jih označuje z inicialkami R.N., S. I., Dm. in B. Gre za štiri bolnice, med katerimi so tri Američanke.

Toda *Dnevnik* v osnovi sestoji iz treh velikih glavnih tem, ki se neprenehoma vračajo skozi celotno besedilo:

1. Teoretsko vprašanje: travma. Ferenczi na podlagi svojih trenutnih analiz meni, da je velik pomen, ki ga je pripisal dejanskemu obstoju travme, povsem upravičen, in izoblikuje svojo lastno teorijo o učinkih travme ter njeni obravnavi.
2. Tehnično vprašanje (tesno povezano s problematiko travme): vzajemna analiza. Ferenczi nam predoči nastanek zamisli, to, kako se je odvijala tovrstna analiza, in lastno kritično stališče, ki ga je na koncu moral zavzeti v zvezi z vzajemno analizo.
3. Osebni vidik: Ferenczi kritizira obliko analitične situacije, ki jo je ustvaril Freud, kritizira Freudovo analitično držo, na koncu pa analizira lasten odnos do Freuda.

⁵ Precej nepopolna različica tega pisma je bila objavljena v: Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud (Volume 3)* [Življenje in delo Sigmunda Freuda (3. zvezek)], Hogarth Press, London, 1953. Psihoanalitičarka Maria Torok pa je celotno pismo objavila v svojem članku: Maria Torok, »La Correspondance Freud-Ferenczi« [Korespondenca Freud-Ferenczi], *Cahiers Confrontation*, let. XII, (1984), št. 1, str. 79-99.

⁶ Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, Sigmund Freud University Press Ljubljana, Ljubljana, 2020, str. 116-123.

⁷ Potovanje v postelji.

Travma

Ferenczi svoje misli v zvezi s travmo začne zapisovati leto dni pred pričetkom pisanja *Dnevnika*, v katerem se nato še naprej ukvarja s to tematiko. Obenem pa oblikuje tudi strožje strukturirane zapise, enega 19. septembra 1932 med mučnim potovanjem na wiesbadenski kongres, drugega pa 26. decembra 1932, ko sicer že preneha s pisanjem *Dnevnika*, isti dan, ko napiše tudi nekaj drugih krajših zabeležk. Domnevamo lahko, da so to zadnji Ferenczijevi zapisi.⁸

Dnevnik vsebuje zgodbe različnih kliničnih primerov, ki jih je Ferenczi zapisoval iz dneva v dan in na katerih je tudi osnoval svoja razmišljanja. Na osnovi teh kliničnih primerov – tako kot so se ti pojavljali – pride do cele vrste teoretskih predpostavk, izmed katerih določene nato tudi dokončno izoblikuje v že omenjeni *Zmedi jezika*,⁹ ali pa v *Zapiskih in odlomkih*.¹⁰ Druga svoja opažanja pa medtem omenja zgolj v grobih orisih, a se danes zdi, da ta predstavljajo osnove določenih pomembnih struj v sodobni psihiatriji, celo antipsihiatriji.

Ferenczi primerja zaradi dvoličnosti odraslih travmatiziranega otroka, zaradi dvoličnosti družbe travmatiziranega duševnega bolnika, in bolnika, čigar zgodnje travme ponovno obudi ter stopnjuje analitikova profesionalna dvoličnost in tehnična nefleksibilnost.

Ferenczi opiše procese, ki se odvijajo v posamezniku, ki je izpostavljen napadu nekakšne nepremagljive sile; ne zmore se več braniti, tako rekoč se preda svoji neizogibni usodi in se postavi izven sebe, da bi travmatski dogodek lahko opazoval z velike razdalje. Iz položaja opazovalca bo morda zmožen videti napadalca kot bolnega, poblaznelega, ki ga občasno še poskuša negovati, tudi zdraviti. Podobno kot otrok, ki občasno postane psihiater svojih staršev, ali pa kot analitik, ki svojo analizo opravi preko svojih bolnikov: od tukaj pa ni več daleč do zamisli o vzajemni analizi.

Žrtev travme, otrok ali duševni bolnik, zrcali napadalčevo lastno karikaturu, obenem pa na tak način tudi izrazi svoja trpljenja, nasprotovanja in vse tiste resnice, ki se jim drugi želi na vsak način izogniti.

Tako travmatizirana oseba zapade v ujetništvo lastnega scenarija, vse dokler si sama pred sabo ne zapre prav vseh možnih izhodov. To zaprtost pa lahko predre le še zunanji terapevtski poseg.

Ferenczi je prav tako poudarjal dvoličnost določenega profesionalnega odnosa analitikov, zanikanje neugodnih in z njihovo etiko neskladnih kontratransfernih čustev, ki jih je videl

kot travme, katere je bolnik primoran prestati, in ki stare travme obudijo, ne pa ozdravijo, kar bi pravzaprav morala biti naloga analize. Tovrstno situacijo je Ferenczi doživel ne le kot analitik, temveč tudi kot analizant in član psihoanalitične srenje. V resnici nikoli ni zmozel izraziti svojih – neposrednih ali transfernih – sovražnih občutkov v odnosu do Freuda svojemu analitiku in cenjenemu mojstru, ki je tudi sicer precej slabo prenašal tovrstna izražanja s strani svojih privržencev. Za Ferenczija je bilo prav tako nemogoče, da bi na začetku zastavljena tehnična pravila sprejel kot nespremenljiva ali pa dopustil, da bi teorijo preoblikovala v dogmo. Trditev, da če bolnika ni možno pozdraviti po tej teoriji in s to tehniko, potem je dotični za analizo neprimeren, je bila zanj lažna ter že sama po sebi travmatizirajoča. Menil je, da je potrebno pomagati vsakemu bolniku, ki išče pomoč, in naloga psihoanalitika je, da najde rešitev za nastale težave. Tako je Ferenczi postal zadnje zatočišče tistih brezupnih primerov, ki so mu jih njegovi kolegi pošiljali s celega sveta.

Z izvirnimi »ne-ortodoksnimi« eksperimenti so bili dani vsi pogoji, da se pri Ferencziju ponovno obudi stara travma, ki je nastala iz kombinacije infantilnega občutka krivde in moralne strogosti njegove matere; njegova mati mu je namreč očitala, da jo bo »*strpinčil do smrti*«. Verjetno je »*enfant terrible psihoanalize*«¹¹ nekaj zelo podobnega doživel tudi v odnosu s Freudom, ki je z razočarano žalostjo tožil, da je njegov prijatelj neustavljivo zašel na napačno pot, njega – bolnega starostnika, ki bo kmalu umrl – pa pustil samega. Njegovi kolegi pa so bili precej zadržani do nevzdržnega nereda, ki je bil predlagan in vpeljan s strani Ferenczija, poskušali so mu celo pripisati patološkost. To pojasnjuje, zakaj so Jonesova obrekovanja v zvezi s Ferenczijevim domnevnim duševnim propadom v zadnjih treh letih njegovega življenja – ki so sicer bila večkrat ovržena – pridobila tolikšno verodostojnost.

Dnevnik prinaša dokaze Ferenczijeve borbe za svoje bolnike in zase. Upošteva vsa tista orodja, ki jih ima žrtev uničujoče travme na razpolago, da bi se ohranila pri življenju in rešila čim večji delež svoje osebnosti: poistovetenje z agresorjem; razvrednotenje agresorja, ki ga dojema kot negovanja potrebnega duševnega bolnika; razkroj »*jaza*«, da bi lahko razpršil učinke duševnega pretresa v upanju, da bi določen delež fragmentov ponovno pridobil nazaj v nepoškodovani obliki, spontana tvorba kompenzatornih orgnizmov v skrajno nevarnih okoliščinah, itd.

Poleg zapisov, ki neposredno razpravljajo o travmi, lahko v *Dnevniku* najdemo številne komentarje, ki se sicer nanašajo na analitikove obrambne in kontratransferne drže, a jih vendarle lahko navežemo na osrednjo tematiko travme.

⁸ Pet zapisov v zvezi s travmo je objavljeno pod naslovom: Sándor Ferenczi, »Razmišljanja o travmi«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, Sigmund Freud University Press Ljubljana, Ljubljana, 2020, str. 124-130.

⁹ Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, *op. cit.*

¹⁰ Sándor Ferenczi, »Fragmente und Notizen« [Zapiski in odlomki], v: *id.*, *Bausteine zur Psychoanalyse IV.*, Verlag Hans Huber, Bern, 1939, str. 214-294.

¹¹ Glede oznake »*enfant terrible psihoanalize*« glej pojasnilo v delu: Sándor Ferenczi, »Otroška analiza odraslih«, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, Sigmund Freud University Press Ljubljana, Ljubljana, 2020, str. 107.

Vzajemna analiza

Pogosto slišimo, da analitik pravzaprav skozi vse svoje življenje analizira samega sebe s pomočjo svojih bolnikov. S tem po navadi želijo reči, da se je analitik med analizami vedno znova primoran ukvarjati s samim sabo, česar rezultat je stalna samoanaliza.

Ampak to se ne nanaša na analitikove slepe pege in šibkosti, ki se jim – podobno kot kdorkoli drug – tudi on ne zmore sam približati. Tehnika vzajemne analize je osnovana na zamisli, da tam, kjer analitik svojemu bolniku ne zmore nuditi zanesljive podpore, mu mora zagotoviti vsaj določene referenčne točke; s tem, da s svojim bolnikom – kolikor le zmore iskreno – podeli lastne šibke točke in čustva, mu lahko mnogo jasneje sporoči, česa se naj drži. Bolnik se je sicer na tak način primoran soočiti z določenimi neugodnimi resnicami in le-te tudi sprejeti, a se s tem vendarle lažje spopade kot pa z hlinjeno prijaznostjo.

Ferenczi v dnevniškem zapisu z dne 5. maja 1932 opiše, kako je prišlo do zamisli o vzajemni analizi. V resnici gre za zamisel ene izmed njegovih bolnic R. N., katere analiza je trajala že več kot dve leti. Ferencziju je bila mlada ženska sprva pretežno antipatična, zaradi česar je v imenu svoje prizanesljive in fleksibilne tehnike zašel v nadkompenzacijo ter skušal ugoditi vsaki bolničini želji. Bolnica je na podlagi tega sklepala, da se je njen analitik zaljubil vanjo in verjela, da je v njegovi osebi našla »idealnega ljubimca«. Zaradi takšnega razvoja dogodkov se je Ferenczi prestrašil in umaknil, obenem pa svoji bolnici poskušal interpretirati negativna čustva, ki jih je le-ta morala čutiti do njega. Bolnica se je v zameno maščevala z enakimi interpretacijami, katerih ustreznost je Ferenczi bil primoran priznati. Takrat se je odločil, da bo svojim čustvom pustil prosto pot in opazil, da je v analizi – ki je bila že dve leti v zastoju – ponovno prišlo do napredka. Ferenczi je čutil, da se je osvobodil svoje tesnobe in da je postal boljši analitik, ne le za R. N., temveč tudi za svoje preostale bolnike. Privolil je torej, da z eksperimentom redno nadaljujeta: dvojne ali izmenjujoče se seanse, ena za bolnico, druga pa zanj. Napredovanje obravnave ga je spodbudilo, da je zapisal sledeče:

»Kdo je zaslužen za ta uspeh? Seveda predvsem bolnica, ki se je v svojem kočljivem položaju – kot bolnica – neutrudno borila za svoje pravice; a to ne bi bilo dovolj, če se ne bi bil jaz pripravljen žrtvovati in tvegati, da se kot zdravnik prepustim eni ne nenevarni bolnici.«

Ferencziju zagotovo ne moremo očitati, da se je eksperimenta vzajemne analize lotil zato, ker bi iskal lažjo pot. Ta in tudi nekateri drugi njegovi zapisi potrjujejo, da je bilo Ferenczija strah, počutil se je ponižanega, ogroženega in se zavedal, da hodi po tankem ledu, tako s tehničnega kakor tudi s teoretičnega vidika. V resnici je z vso svojo bitjo nasprotoval tovrstni prisili in tveganju.

V skladu s svojo navado je bil trdno odločen, da bo eksperiment speljal do konca. Tako je prišel do problematike zaupanja, tistega zaupanja, ki je nepogrešljivo, da bi se človek lahko prepustil nekomu drugemu v takšni meri, kakor je to za analizo potrebno. Toda oba udeleženca analitične situacije zaznavata drug v drugem delovanje skrivnih sil, zaradi katerih se drugi ne zdi povsem nedolžen. Torej oba doživljata enak občutek nezaupanja. Vzajemna analiza si te skrivne kotičke prizadeva odkriti z namenom, da bi se lahko oba udeleženca umestila v čim bolj varen položaj v njunem medsebojnem odnosu.

Tukaj je seveda še mnogo razpravo spodbujajočih vprašanj. Ali je to nepogrešljivo zaupno situacijo potrebno ustvariti s pomočjo močnega transferja, ki se izoblikuje v bolniku, in vzbujanjem idealizacije, ki analitiku pripiše vse tiste pomirjujoče lastnosti, ki jih bolnik potrebuje, da se mu lahko zaupa, ali pa raje s pomočjo tega, da bolnika oskrbimo z vsemi možnimi informacijami, preko katerih bo lahko ocenil, kaj lahko od svojega analitika dejansko pričakuje? Ta razprava neizogibno osvetli še kar nekaj drugih nezadostno raziskanih in slabo obravnavanih posledic analitikovega vedenja. Pozneje se je Ferenczi soočil s celo vrsto težav, ki so izvirale iz tehnike vzajemne analize. V svojem zapisu z dne 31. januarja 1932 nekaj teh tudi našteje:

Nevarnost, da bolnik svojo »pozornost preusmeri v stran od sebe in paranoidno preiskuje analitikove komplekse«.

Nezmožnost, da bi se analitik pustil analizirati z vsakim svojim bolnikom.

Obvezno je potrebno upoštevati bolnikovo občutljivost.

Problematika diskretnosti v zvezi z drugimi bolniki: analitik je namreč načeloma primoran njihove skrivnosti podeliti z bolnikom-analitikom (dnevniški zapis z dne 16. februar 1932).

Ferenczi je torej primoran priznati neizogibne omejitve svoje tehnike:

Vzajemno analizo se lahko prakticira izključno v službi bolnikovih potreb in v globini, ki je zanj potrebna.

Morda bi lahko razmislili, da se svojemu bolniku pustimo analizirati zgolj takrat, ko se je analiza slednjega že zaključila.

Tako Ferenczi pride do kritike lastne metode. V dnevniškem zapisu dne 3. marca 1932 zapiše, kako in po kakšnih razmislekih je sklenil odločitev, da prekine z vzajemno analizo, ki sta jo izvajala z R. N.: ugotavlja, da mlada ženska o njunem »sodelovanju« razmišlja na način, ki meji na blodnjavost, da načrtuje nepretrgano podaljševanje njunega sodelovanja, celo namigne, da bi Ferenczi brez nje izgubil vse svoje terapevtske sposobnosti. Ferenczi se torej odloči, da prekine z eksperimentom. R. N. se po kratkotrajni jezi in zmedbi odloči, da z analizo nadaljuje, in doseže pomemben napredek. Ferenczi v svojem *Dnevniku* o učinku prekinitve piše 6. marca 1932.

Na koncu v svojem zapisu z dne 3. junija 1932 sklene, da je vzajemna analiza »le zasilna rešitev«, ki je potrebna zaradi ne dovolj poglobljene analize analitikov. »Boljša bi bila ena prava in s strani neznanca opravljena analiza, ki ni povezana z nikakršnimi obveznostmi.« Od te že presežene metode pa nam je nekaj vendarle še ostalo: interpretacija kontratransferja.

Toda Ferenczi obenem trdi, da »najboljši analitik je ozdravljen bolnik.« Vsi kandidati za analitika »morajo postati najprej bolne, nato pa ozdravljene in vedoče osebe.«

V resnici pa je morda celoten eksperiment vzajemne analize v bistvu posledica tega, da so učne analize – vključno s Ferenczijevo pri Freudu – v takratnem času potekale na sledeči način: na hitro, sekvenčno, pogosto v tujini in v tujem jeziku, v času skupnih sprehodov, potovanj ali medsebojnih obiskov. Toda z vzajemno analizo zastavljeno vprašanje je veljavno v prav vseh okoliščinah, celo v času skrbno izdelanih seminarjev in supervizij: namreč, kako analitiku uspe rokovati z lastnimi šibkostmi in slepimi pegami.

Freudova kritika

Ferenczi skozi celoten *Dnevnik* preko kritike analitičnih tehnik in procedur istočasno priča tudi o svoji lastni analizi pri Freudu. Te analize ne moremo omejiti zgolj na tistih nekaj kratkih in nepovezanih obdobjih, ki so ji dejansko bila posvečena. V resnici se je ta analiza v določenem smislu konstituirala skozi celoten odnos med Freudom in Ferenczijem, kakor je to tudi razvidno iz njunega dopisovanja. Ferenczi Freudu dopusti vpogled v najmanjše podrobnosti svojega zasebnega življenja in z njim podeli svoja najintimnejša čustva. Freud se na to občasno odzove z interpretacijami, spet drugič si prizadeva, da bi se osvobodil te stalne analitične situacije, včasih pa se preprosto zavije v molk. V takšnih okoliščinah ni presenetljivo, da se razvije intenziven in težko obvladljiv transfer, ki je obremenjen z nezanemarljivo količino latentnih sovražnih čustev.

Dnevnik istočasno priča tudi o Ferenczijevi borbi, da bi se osvobodil svoje sovražnosti in – na način, da končno poskuša jasno ubesediti svojo počasi nakopičeno kritičnost in zamere – opusti svoj z ambivalentnostjo ter odvisnostjo obremenjen transfer. To razjasnjevalno delo je v besedilu na neizrečen način vseskozi prisotno, v določenih zapisih pa o tem razpravlja tudi povsem odprto.

Ferenczi – ki mu Freud očita »*furor sanandi*«¹² – nasprotuje Freudovemu pomanjkljivemu zanimanju za psihoanalitično tehniko, kakor tudi njegovemu prezirljivemu odnosu do svojih bolnikov, odporu do psihotikov, perverznežev in vsega, kar je preveč abnormalno. Ima kritičen odnos do nefleksibilne psihoanalitične tehnike, ki jo je ustvaril Freud, in

¹² Bes zdravljenja.

preveč sistematične uporabe metode odrekanja. Freudu nadalje očita, da bo počasi postal pedagog in da je premalo zdravnik. V resnici meni, da si Freud prizadeva za vzgajanje svojih bolnikov, še preden bi njihovo analizo dovolj poglobil (zapis z dne 17. marec 1932), in sicer zaradi svojega odpora do bolnikovih šibkosti ter abnormalnosti. Meni, da Freud svojim bolnikom (še posebej pa učencem) ne more pomagati, da bi se osamosvojili od njega; kot pojasnilo navede Freudovo pripombo, namreč, da ko fantje odrastejo, očetu ne preostane drugega, kot da umre (zapis z dne 4. avgust 1932). Ferenczi na podlagi tega sklepa, da je Freud pojem Ojdipovega kompleksa oblikoval izključno za namene drugih, ne da bi ga zares apliciral na svoji lastni koži, da mu ne bi bilo slučajno potrebno priznati, da si je morda tudi on želel smrti svojega očeta.

Ferenczi meni, da Freudova samoanaliza ni bila dovolj poglobljena. Po drugi strani pa vemo, da po mnenju Ferenczija nobena samoanaliza ne more biti dovolj poglobljena: zanj je analiza v prvi vrsti socialni proces, kakor to 11. oktobra 1922 na dolgo opisuje v svojem pismu, ki ga je naslovil prijatelju Groddecku.¹³

Po mnenju Ferenczija je v Freudu, ki sprva navdušeno sledi Breuerju, nastalo nepopravljivo razočaranje zaradi spoznanja, da histeriki lažejo. Odtlej nima več rad svojih bolnikov. Takrat je tudi ponovno postal znanstveno materialistični raziskovalec (zapis z dne 1. maj 1932), ki se je v čustvenem smislu obrnil proč od psihoanalize, h kateri pristopa le še na izključno intelektualen način. Po oceni Ferenczija je Freud postopoma izoblikoval preveč neosebno pedagoško metodo, s katero sproža skoraj izključno zgolj očetovski transfer; ta nadrejena drža v analizantu sproži ali vdan odvisnostni odziv, česar se več ne uspe osvoboditi, ali pa izzove ključno vedenje, podobno kot pri otroku, ki zaradi pretirane starševske strogosti postane trmast, neumen in hudoben.

Če Ferenczi kritizira Freuda, to še ne pomeni, da je do sebe bolj prizanesljiv. Sebe prav nič ne poveličuje in se popolnoma zaveda, da je na otroški način odvisen od Freuda, kar ocenjuje kot »*perverzijo trajnega infantilizma*«, za katero okrivi izključno svojega analitika.

V svojem drugem zapisu z dne 19. julij 1932 sebe označi za fantazirajočega shizofrenika, paranoidnega in čustveno praznega, ki je funkcioniranja zmožen zgolj preko nadkompenzacije lastnih pomanjkljivosti. Ta diagnoza se sicer zdi kot karikatura, vendar se nedvomno – kakor v vsaki karikaturi – tudi preko tega izrazi nekaj Ferenczijevega notranjega sveta. Kakorkoli že, ta karikatura nedvomno kaže, da je Ferenczi bil zmožen velike mere samodistance, priča pa tudi o njegovi odlični ostrovidnosti, ne pa o duševnem propadu, v kar je Jones želel prepričati sebe in druge. Prav tako kot v prvem zapisu z dne 19. julij 1932, v katerem si Ferenczi diagnosticira paranojo, ki jo komentira in pojasnjuje na sledeči način: ostal je odvisen od Freuda, ki se mu ne zmore zoperstaviti, medtem ko si v vseh drugih primerih želi, da bi on imel prav. V tem prepozna odnos, ki imitira blodnjo

¹³ Sándor Ferenczi, Georg Groddeck, *Briefwechsel 1921-1933* [Dopisovanje 1921-1933], Fischer-Taschenbuch Verlag, Frankfurt an Main, 1986.

oblastnosti. Nadalje izpostavi tudi, da se je potrebno ločiti od »očetov«, nato pa jih »ozdraviti« na način, da v njih vzbudimo razumevanje.

Ferenczi se v zapisu z dne 2. oktober 1932 na zadnjih straneh *Dnevnika* ponovno vrača k zgoraj že zapisanemu in še naprej pogloblja analizo svojega odnosa do Freuda ter do svoje bolezni. Išče povezave z določenimi vidiki svoje infantilne nevroze. Prognoza nastale situacije se ne zdi najbolj obetavna: počuti se kot v slepi ulici.

Ferencziju preko pisem sicer z veliko previdnostjo in ne povsem zlahka uspe s Freudom podeliti določene svoje zamere. Freud si v svojem odgovoru prizadeva te očitke in nasprotovanja povezati s preteklimi konflikti v Ferenczijevi družini, sklicujoč se na vsebine, ki mu jih je Ferenczi zaupal v njunem petindvajset let trajajočem odnosu. Ferencziju občasno odgovori v prijateljskem tonu, občasno pa z očetovsko strogostjo ali pa v humoristični obliki, a zdi se, da sebe nikoli ne postavi pod vprašaj.

Mnogo let po Ferenczijevi smrti – leta 1937 – se ponovno vrne k določenim vidikom njune zgodbe v enem izmed poglavij *Končne in neskončne analize*:¹⁴

»Neki mož, ki je zelo uspešno izvajal analizo, presodi, da njegov odnos do moških in do žensk – do moških, ki so njegovi tekmeci, in do ženske, ki jo ljubi – vendarle ni brez nevrotičnih motenj in se zato odloči postati analitični objekt obravnave pri nekem drugem analitiku, ki ga je imel za boljšega od sebe. Ta kritična osvetlitev lastne osebe mu prinese popoln uspeh. Poroči se z ljubljeno žensko in postane prijatelj in učitelj domnevnega tekmeca. Mine mnogo let, v katerih ostane neskaljen tudi odnos do nekdanjega analitika. Analiziranec se zoperstavi analitiku in mu očita, da je izpustil priložnost, da bi opravil popolno analizo. Moral bi vendar vedeti in upoštevati, da transferni odnos nikoli ne more biti zgolj pozitiven; moral bi poskrbeti za možnosti negativnega transferja. Analitik se zagovarja, da v času analize ni bilo opaziti negativnega transferja. Toda celo če sprejememo, da bi analitik prezrl najrahljša znamenja takšnega transferja, kar pri ozkosti horizonta v tistih začetkih analize ne bi bilo izključeno, bi ostalo dvomljivo, ali bi imel moč, da bi temo ali – kot se reče – 'kompleks' aktiviral samo z golim opozorilom, preden je ta postal aktualen pri samem pacientu. Za to bi bilo gotovo potrebno zares neprijazno dejanje zoper pacienta. Poleg tega ne bi bilo dobro, če bi vsak dober odnos med analitikom in analizirancem med in po analizi ocenili kot transfer. Obstajajo tudi prijateljski odnosi, ki so realno utemeljeni in se izkažejo kot uspešni.«

Če ta odlomek primerjamo z besedilom *Dnevnika*, potem nam postane jasno, kako veliko in neizogibno je bilo njuno nesoglasje.

Ob prebiranju *Dnevnika* imamo vtis, da je Ferenczi tako v vlogi analitika kakor tudi analizanta izkusil, da se klasične procedure pri obravnavi določene vrste težav izkažejo za nezadostne. Ko je s strani svojih bolnikov deležen kritike, takrat v teh kritikah prepozna

svoje lastne, Freudu naslovljene kritike. Za svoje bolnike hoče izoblikovati nekaj takšnega, kar je želel, da bi Freud iznašel zanj. Svojim bolnikom si prizadeva nuditi razumevanje in zaupanje, ki ga sam s strani Freuda ni bil deležen. Ko mu Freud reče, da je zašel na napačno pot, tega ne sprejme; to bi bilo tako, kot da bi zanimal del sebe. Ko Freudu očita, da je analitično situacijo oblikoval na način, da ta zagotavlja predvsem analitikovo zaščito in udobje, mu v resnici očita, da ga Freud ni pripravljen slišati, v kolikor povedano ogroža njegov lasten notranji občutek varnosti.

Tukaj se zdi povsem zaman, da bi si prizadevali opredeliti, kdo je normalen in kdo bolan, kdo ima prav in kdo ne. Zdi se, da sta v tem istočasno bolečem in plodnem odnosu oba udeleženca storila prav vse, kar sta lahko storila, in dala od sebe vse, kar sta lahko dala. Toda obstajajo situacije, ko vsi ostanejo sami in nihče ne more računati na nikogar drugega kot le nase. Freud je ostal sam s svojim brezupnim hrepenenjem po fantu, ki bi brezpogojno vztrajal ob njem. Ferenczi pa se je moral sam soočiti z dilemo, ali bo izbral ljubezen in podporo mogočnega očeta ali pa samouresničitev: ostal je torej sam z dilemo, ki mu je na koncu vzela življenje.

Ferenczijevo *Dnevnik* je klinični dnevnik, v katerem pripoveduje klinično zgodbo o svojih bolnikih in tudi o sebi. Drugače rečeno, ta *Dnevnik* je neobičajno iskrena pripoved o večkrat prekrizanih transferjih in kontratransferjih v analitični praksi. Ferenczi si upa slišati in izraziti vsa tista čustva, misli, intuicije ter občutke, ki običajno le stežka prodrejo do človekove zavesti, še težje pa so ubesedljiva. Tako je Ferenczi na široko odprl vrata številnim psihoanalitikom in raziskovalcem sorodnih področij, s čimer ni ustvaril le možnosti za nove usmeritve, temveč je tudi blagodejno ter osvežujoče učinkoval na tista nekoliko bolj zaprta področja, kjer teorijam in tehničnim postulatam psihoanalize grozi stagnacija ter okorelost.

Eno izmed tovrstnih pomembnih področij, ki ga je Ferenczi dodobra razburkal in prevetрил, je področje težav in konfliktov, ki so povezani s položajem psihoanalitika. Naloga učne analize – ki jo je sicer predlagal Ferenczi – je, da obelodani in razreši določene osebne težave bodočega analitika, s čimer ga usposobi, da se bo zmožen spopasti z zgoraj omenjenimi težavami in konflikti. Toda tiste težave, ki izhajajo iz same analitične situacije – po drugi strani pa morda določajo željo po doseganju te pozicije –, pa za vsakega posameznega analitika, tudi učnega, pomenijo vsakdanji kruh, brez upanja, da bi se sploh lahko kdaj povsem in dokončno razrešile. Pravijo, da bi popolnoma analiziran analitik gotovo prenehal z analitično dejavnostjo, a ta hipoteza seveda ni preverljiva. Psihoanalitiki so torej proizvodi nepopolnosti njihove lastne metode. Verjetno so psihoanalizo ravno zaradi tega označili za »nemogoč poklic«, kar v tem smislu nedvomno tudi je. Ferenczi se ni zmozel sprijazniti z nemogočnostjo svojega poklica, morda se je ravno zaradi tega znašel sredi tolikšnega trpljenja in obupa, o katerem je poročal v svojem *Dnevniku*, in od koder več ni bilo poti nazaj.

¹⁴ Sigmund Freud, »Končna in neskončna analiza«, slov. prev. Mateja Peršak in Robert Vouk, v: *id., Spisi o psihoanalitični tehniki*, Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2014, str. 299-300.

Zahvala

Na tem mestu se želim zahvaliti vsem, ki so pomagali pri zbiranju materiala za namene oblikovanja opomb v *Dnevniku*. Posebna zahvala gre sledečim: Suzanne Achache-Wiznitzer, Serge Apikian (za vse kar je v povezavi z naravoslovjem), Agnes Binét, Eva Brabant, Jean-Pierre Bourgeron, Pierre Dupont (za vse kar je v povezavi z matematiko), John Gedo, Georges-Arthur Goldschmidt, Ilse Grubich-Simitis, André Haynal, Gisela Kadar, Pascal Le Malefan, Claude Monod (da je izsledil in mi omogočil dostop do določenih dokumentov, ki sem jih potrebovala), Paul Roazen, Pierre Sabourin,¹⁵ Maria Török in Anna Vincze.

Pri oblikovanju opomb sta mi v nenehno pomoč bili predvsem dve deli: *Correspondance Freud-Jung*,¹⁶ katere urednik je William McGuire, ki mu gre zahvala za odlične opombe, ki so mi omogočile natančno navedbo številnih podatkov, in nepogrešljivo delo Paula Roazena z naslovom *Freud and his Followers*.¹⁷

Želela bi se zahvaliti tudi Enid Balint, ki me je pooblastila, da sem lahko v zbirko vključila tudi dve uvodni besedili Michaela Bálinta.

Judith Dupont

¹⁵ Pierre Sabourin je napisal spremno besedo k francoskemu prevodu *Kliničnega dnevnika*.

¹⁶ Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, *The Freud/Jung Letters: The Correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung* [Pisma Freud/Jung: korespondenca med Sigmundom Freudom in C. G. Jungom], Princeton University Press, Oxford, 1974.

¹⁷ Paul Roazen, *Freud and his Followers*, Knopf, New York, 1975.

Michael Bálint

Uvod v *Dnevnik* (1969)

Dnevnik je nastal leta 1932, izdan pa je šele sedaj, leta 1969.¹⁸ – Skoraj štiridesetletna zamuda zahteva pojasnilo.

Vsi, ki smo si s Sándorjem Ferenczijem bili blizu v zadnjih letih njegovega življenja, smo vedeli za obstoj *Dnevnika*, saj nam je v letih pred pričetkom pisanja večkrat govoril o svojem tozadevnem načrtu. Leta 1932 je večkrat omenil, da sicer dela na njem, toda v zadnjih mescih njegovega življenja – leta 1933 – pa je z njegove strani bilo vse pogostejše slišati, da ni mogel dokončati svojega *Dnevnika*, saj je bil primoran prekiniti prakticiranje kliničnega dela, večkrat pa je tudi omenil, da mu je zelo žal, da v *Dnevnik* ni mogel zajeti svojih zadnjih izkustev, saj so ga bolniki morali vsi po vrsti zapustiti.

Po njegovi smrti smo velik del *Dnevnika* prebrali vsaj trije, Vilma Kovács,¹⁹ Alice Bálint²⁰ in jaz. Ferenczijeve vdovi²¹ smo soglasno svetovali, da naj objavo *Dnevnika* zaenkrat prestavi na poznejši čas, kar je ona tudi upoštevala. Bili smo namreč mnenja, da bi bilo bolje počakati, da neposredni učinki nesoglasja med Freudom in Ferenczijem zbledijo, s čimer bi si dopustili čas, da se izoblikujejo ugodnejše okoliščine za objektivno vrednotenje Ferenczijeve zamisli, ki so zajete v *Dnevniku*.

V prihodnjih nekaj letih smo bili vsi trije zelo zaposleni z zbiranjem materiala, urejanjem in prevajanjem tretjega in četrtega dela *Baustein-a*.²² Freuda seveda nismo zgolj seznanili z našim načrtom, temveč smo mu tudi poslali vsa dotlej še neobjavljena dela. Lahko rečemo, da je našo dejavnost spremljal z zanimanjem in ni imel nikakršne pripombe na nobenega izmed delov z naše strani predloženega besedila; ravno nasprotno, izrazil je svoje občudovanje Ferenczijeve misli, ki so mu bile dotlej še nepoznane. Dunajski »Verlag«²³ ni imel na voljo dovolj finančnih sredstev za kritje vseh stroškov, zato smo sprejeli odločitev, da se obe zbirki natisneta v Budimpešti, pri čemer se uporabi s strani

¹⁸ Michael Bálint je v tem času verjel, da ni več nobenih ovir za sočasno izdajo *Dnevnika* in *Korespondence* med Freudom in Ferenczijem. Toda za uresničitev našega načrta smo potrebovali še dve desetletji: *Dnevnik* je prvič izšel leta 1985, *Korespondenca* pa leta 1992 (najprej v francoščini).

¹⁹ Vilma Kovács, roj., Prosnitz (1883-1940), je bila madžarska psihoanalitičarka in Ferenczijeve tesna sodelavka (op. prev.).

²⁰ Alice Bálint (1898-1939) je bila madžarska psihoanalitičarka in prva žena Michaela Bálinta (op. prev.).

²¹ Gre za Gizello Ferenczi, roj. Altschul (1866-1949) (op. prev.).

²² Sándor Ferenczi, *Bausteine zur Psychoanalyse III.*, Verlag Hans Huber, Bern, 1939; *id.*, *Bausteine zur Psychoanalyse IV.*, Verlag Hans Huber, Bern, 1939.

²³ Gre za Internationale Psychoanalytische Verlag (IPV) [Mednarodno psihoanalitično založbo], ki je delovala na Dunaju med leti 1919 in 1938. V kratkem času je veljala za najpomembnejšo psihoanalitično založbo, ki je izdala večino takratnih psihoanalitičnih publikacij (op. prev.).

»Verlaga« zagotovljen papir. Tiskarska dela smo zaključili tik pred Anschlussom; takrat smo bili primorani uvideti, da če že natisnjene knjige odpeljemo nazaj na Dunaj, bodo zagotovo uničene. Po težavnih pogajanjih z nacističnimi oblastmi smo dobili dovoljenje, da celoten material dostavimo v Švico, kjer smo obe zbirki zaupali v skrbništvo Založbi *Hans Huber*. Zatem je sledila vojna, zaradi česar smo vse pomembnejše publicistične načrte morali prestaviti na poznejši čas.

Ko sem januarja 1939 zapustil Budimpešto in odšel v Anglijo, mi je Ferenczijeva vdova predala *Dnevnik* ter tudi vsa Freudova pisma, ki so bila naslovljena na Ferenczija, in me prosila, naj jih shranim, dokler ne bo prišel pravi čas za njihovo objavo.

Po vojni sem takoj prevedel, uredil in izdal vsa tista pomembna Ferenczijeva dela, ki do takrat še niso bila objavljena v angleščini. Ernest Jones, urednik *International Psychoanalytical Library*,²⁴ je želel iz angleške izdaje izpustiti vsa Ferenczijeva dela, ki so nastala po letu 1928; po tem, ko sem premagal njegov odpor, je bil leta 1955 izdan *Final Contributions*,²⁵ ki pa ni bil najbolje sprejet, zato sem sklenil, da bom še malo počakal.

Leta 1957 je bil pod Jonesovim peresom izdan tretji del Freudove biografije, ki je vseboval močan napad na Ferenczija. Jones je imel dostop do celotne *Korespondence* med Freudom in Ferenczijem, zato je bilo zame nerazumljivo, kako je lahko prezrl določene dele, ki imajo teže dokazov. Ko sem ga povprašal, od kod izvirajo njegove trditve, ni želel podati nobenega pojasnila, rekel je edinole, da od nekoga, ki si je bil s Ferenczijem v zadnjih letih njegovega življenja zelo blizu. V tistem času je bilo že splošno znano, da je Jones neozdravljivo bolan. V teh okoliščinah sem začutil, da lahko storim le eno pametno zadevo, in sicer, da z Jonesom sklenem dogovor, da v *International Journal*²⁶ objavimo eno korespondenco, ki bo predstavila stališča vseh nas (1958).

Jonesova knjiga je sprožila plaz precej nespodobnih objav, ki so ustvarile izrazito neugodne okoliščine za objavo *Dnevnika*, ki vsebuje mnogo izvirnih in razmišljanja spodbujajočih idej, napak, pretiravanj, osnovnih, a v mnogih primerih vznemirjujočih spoznanj.

Poglavitni vzrok za zdajšnji izid *Dnevnika* je, da bo njegova objava približno sočasna z objavo *Korespondence* med Freudom in Ferenczijem, katere izbor in ureditev sva opravila skupaj s Ernstom Freudom. To dejstvo lahko dojamemo tudi kot simbol, da se je boleče nesoglasje, ki je zasenčilo zadnja dve-tri leta prijateljstva dveh velikih mož, dovolj ublažilo, da so lahko psihoanalitiki s primerne distance, a vendarle s sočutjem, ovrednotili dejanska nesoglasja.

²⁴ Mednarodna psihoanalitična knjižnica.

²⁵ Sándor Ferenczi, *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*, London, The Hogarth Press, 1955.

²⁶ Gre za *International Journal of Psychoanalysis* [Mednarodna revija za psihoanalizo], ki je akademska revija s področja psihoanalize. Revija je bila ustanovljena leta 1920 na pobudo Ernesta Jonesa, ki je bil glavni urednik revije do Freudove smrti leta 1939 (op. prev.).

Zapiski za predgovor²⁷

Ne glede na to, ali vsako najmanjšo podrobnost rekonstruiranih otroških seksualnih travm sprejememo kot resničnost ali ne, je teoretska razprava o posledicah, še posebej pa o finejših mehanizmih potlačevanja, še dandanes pomembna in veljavna. Enako velja tudi za razpravo o spremembah, ki so nastale v »Jaz-u«; te so namreč za našo sedanjo teorijo prav toliko pomembne, kot so bile leta 1932, ko jih je opisal Ferenczi.

Naslov: dnevniška oblika

Takšen, kakršen dnevnik mora biti – povsem spontan. Res je, da je v večjem delu – približno v 80% – natipkan, kar pomeni, da je Ferenczi ta del narekoval svoji tajnici, ko se je lahko za nekaj minut odtrgal od svojega dela. *Dnevniške* zapise je opremil z datumi, tako da lahko približno ugotovimo, koliko je kateri dan uspel napisati. Praviloma je vsako svojo misel opremil tudi z naslovom, čeprav se razmišljanja z istega dne tesno navezujejo ena na druga.

Zadnji natipkan zapis je nastal 24. avgusta 1932. Zatem je Ferenczi prekinil s svojim delom, da bi lahko najprej odpotoval na Dunaj, kjer se je zadnjič v svojem življenju srečal s Freudom, nato pa na wiesbadenski kongres, katerega uradna otvoritev je bila 4. septembra. Za tem je nastalo le še šest ročno napisanih strani, ki so bile vse datirane z oktobrom 1932.

Če primerjamo *Dnevniška* datiranja – prvi zapis iz januarja 1932, čemur sledijo dokaj kontinuirani zapisi vse do konca avgusta 1932, za tem pa še nekaj nepovezanih zapisov iz oktobra – z datumi *Zapiskov in odlomkov*,²⁸ ki smo jih našli med Ferenczijevimi spisi po njegovi smrti in objavili v četrtem delu *Baustein-a*, nato pa v *Final Contribution-u*, ugotovimo sledeče: nekaj poskusnih zapiskov iz leta 1920, nato leta 1930 in 1931 kontinuirano delo, čemur leta 1932 sledi nenadna prekinitev. Istega leta v mesecu juniju en sam, ne preveč zanimiv zapis, v sredini septembra pa se prične nova serija *Zapiskov*, ki so nastali v Biarritzu – kamor je Ferenczi odpotoval iz Wiesbadna – in kjer so se tudi pojavili prvi zadržujoči simptomi njegove bolezni, anemije pernicioze. Odtlej si *Zapiski* sledijo vse do konca leta.

Menim, da lahko na podlagi teh fragmentov z veliko verjetnostjo sklepamo, da so *Zapiski* iz leta 1930 in 1931 pravzaprav predstavljali preliminarno študijo *Dnevnika*. Nadaljnji dokaz za to predpostavko je dejstvo, da je večji del *Zapiskov* napisanih ročno na najrazličnejše vrste papirja, od običajnih listov papirja do kuvert in hrbtnih strani nenavadnih farmacevtskih propagadnih materialov; v nasprotju s tem je *Dnevnik* v ožjem pomenu

²⁷ Bálint je po *Uvodu* začel pripravljati zapiske za pisanje predgovora, ki pa ga nikoli ni napisal do konca. Toda njegovi zapiski se nam zdijo dovolj pomembni, da bralcu omogočimo vpogled v njihovo izvirno obliko.

²⁸ Sándor Ferenczi, »Fragmente und Notizen« [Zapiski in odlomki], op. cit.

skoraj v celoti napisan s pisalnim strojem, njegove strani pa so tudi bolj ali manj pravilno oštevilčene. To urejeno delo, kakor tudi Ferenczijevo stanje, je utrpelo strašanski udarec ob zadnjem srečanju s Freudom (in kasneje tekom nastale bolezni, za katero ni možno vedeti, ali je šlo za naključno sovpadanje ali za posledico).

Ferenczi se nikoli več ni zmozel zbrati do te mere, da bi lahko nadaljeval s pisanjem *Dnevnika* na način, kakor si je to sprva zastavil, v prvi polovici leta 1932 pa tudi uresničil; kljub temu pa je – kakor je to razvidno iz *Zapiskov in odlomkov* – nadaljeval z zbiranjem podatkov in zapisovanjem svojih zamisli, v upanju, da se bo njegovo zdravstveno stanje morda izboljšalo. Vemo, da do tega ni prišlo, saj je Ferenczi aprila²⁹ 1933 umrl.³⁰

Klinični dnevnik (1932)

²⁹ Presenetljivo je, da se je Michael Bálint na tem mestu glede datuma Ferenczijeve smrti zmotil, svojo zmoto pa nekaj vrstic nižje tudi ponovil. Ferenczi je v resnici umrl 22. maja 1933 (in ne 24. maja 1933, kakor je to Jones navedel v biografiji Sigmunda Freuda), pokopan pa je bil 24. maja 1933.

³⁰ Temu sledi nekaj ročno napisanih vrstic, v katerih se Michael Bálint vrne k zadnji povedi in jo dopolni (J. D.): »Kljub zdravljenju jeter se je njegovo stanje poslabšalo; v zimskih mesecih 1932/1933 je bil primoran opustiti svojo prakso, saj je predvsem zaradi degeneracije hrbtenjače bil priklenjen na posteljo, aprila 1933 pa je umrl.«

7. januar 1932

Neobčutljivost analitika³¹

Izumetničen pozdrav in formalni nagovor »povedati vse« ter t. i. prosto lebdeča pozornost – ki pravzaprav sploh ni pozornost in zagotovo ne zrcali bolnikovih pogosto z veliko težavo ozaveščenih in čustveno prežetih izjav – učinkuje tako, da: 1. je bolnik užaljen zaradi pomanjkljivega ali povsem odsotnega zanimanja; 2. vzrok za neodzivnost išče v sebi oz. v kakovosti povedane vsebine, saj ne želi imeti slabega ali žaljivega mnenja o nas; 3. na koncu začne dvomiti v dejanski obstoj vsebine, ki se ga je prej tako zelo čustveno dotaknila. Na tak način »retroicira«, lahko bi rekli, da introjicira proti nam uperjene obtožbe. Očitek se dejansko glasi: »Vi mi ne verjamete! Ne vzamete resno, kar govorim! Ne morem domnevati, da tu nedovzetno in ravnodušno sedite, medtem ko se jaz naprezam, da privlečem na dan kaj iz mojega tragičnega otroštva!« Na to obtožbo (ki jo bolnik nikoli spontano ne izrazi, obstoj le-te mora ugotoviti analitik) se lahko odzovemo le tako, da v smislu povedanega kritično preučimo lastno vedenje in čustveno naravnost ter priznamo, da občasno lahko tudi nas prevzame in nas tudi prevzame utrujenost, enodušnost, celo dolgčas. Po enem takem *qui pro quo*³² se nehote stopnjuje zanimanje: ton glasu in geste postanejo manj prisilne, pogovor živahnejši, vprašanja in odgovori pa naravnejši ter plodnejši.

Naravno in iskreno vedenje (Groddeck,³³ Thompson³⁴) ustvari najsmotrnejše in najugodnejše ozračje v analitični situaciji; bolniki zelo hitro opazijo krčevito oklepanje določene teoretične usmerjenosti in namesto, da bi nam (ali sebi) to priznali, našo tehnično posebnost ali enostranost izkoristijo za to, da nas vodijo v brezsmiselnost. Spomnim se npr. primera N. G., ki je neumorno govoril o zanj domnevno neznosni vzgojiteljici, ki je sicer do njega bila zelo prijazna, toda kljub temu, da so živeli v najtesnejši bližini, se je vedno obnašala kot vzgojiteljica. Vedenje bolnikove prejšnje vzgojiteljice pa je bilo vselej naravno. Prepričan sem, da je sorazmerna neuspešnost bolnikove analize povezana s tem, da nisem spredidel opisane situacije. Če bi razumel njegove prikritke očitke in obtožbe ter bi temu primerno spremenil svoje vedenje, potem bolnik ne bi bil primoran v odnosu do mene nezavedno ponoviti svoje otroško ključevalno vedenje. Tragedija njegovega primera je bila ta, da ni

³¹ Glej: Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, op. cit.

³² Nekaj za nekaj.

³³ Georg Walter Groddeck (1866-1934) je bil nemški zdravnik, direktor znane klinike v Baden-badnu, avtor številnih del in eden izmed ustanoviteljev psihosomatskega zdravljenja. Leta 1917 je navezal stik s Freudom, od leta 1920 pa je bil član nemškega psihoanalitičnega društva. Bil je tudi prijatelj in zdravnik Sándorja Ferenczija, ki ga je v poletnih mesecih za nekaj tednov obiskal na njegovi kliniki. Groddeckovo najpomembnejše delo je sledeče: Georg Groddeck, *Das buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig – Wien – Zürich, 1923. V navedenem delu v ironično-literarni obliki pojasnjuje svoje nazore o psihosomati.

³⁴ Clara Mabel Thompson (1893-1958) je bila ameriška psihoanalitičarka, ki se je rodila v ameriški zvezi državi Rhode Island, v glavnem mestu Providence. Študij medicine je zaključila na *John Hopkins University*. Bila je ena izmed bolnic Sándorja Ferenczija, h kateremu je bila napotena s strani Harry Stack Sullivana, po Ferenczijevih predavanjih na *New School for Social Research* med letoma 1926 in 1927. Med letoma 1928 in Ferenczijevo smrtjo leta 1933 je vsako poletje in še kakšno obdobje več preživela v Budimpešti. Newyorški psihoanalitični inštitut je zapustila skupaj s Karen Horney leta 1941; njeno sodelovanje s Karen Horney pa se je zaključilo leta 1943. Skupaj s Harry Sullivanom in Erich Frommom je ustanovila *Willian Alason White Institute in Washington School of Psychiatry*.

bil sposoben prenesti togega in deloma dvoličnega vedenja njegovih staršev, vzgojiteljev in zdravnikov.

Trmasto vztrajanje pri metodi abstinence je mojega grškega bolnika spodbudilo, da mi je sam predlagal: z namenom napredovanja zdravljenja bi morda moral poskusiti, da opusti prehranjevanje, in tako je tudi storil. Celih sedem dni ni pojedel niti grižljaja in verjetno bi z eksperimentom nadaljeval vse do samomora, če jaz ne bi opustil tukaj uporabljene metode. Res je, da sem to storil šele takrat, ko je bolnik šel še dlje in predlagal, da niti zraka ne bo več vdihnil. Takšni skrajni primeri so me prisilili, da pomembno ublažim svojo »aktivnost«. Seveda pa sem potem moral ugledati tudi to, da je uporaba načela relaksacije (pasivnosti) – ki je pri meni začela zagospodovati kot nasprotje aktivne metode – vodila do podobno slabih izkušenj. Bolniki začenjajo zlorabljati moje potrpljenje, vse več si dopustijo, spravljajo me v precej nerodne situacije in povzročajo nemalo jeze. Ta umetna in z naše strani ustvarjena ovira izgine šele takrat, ko prepoznam in tudi pred bolnikom razkrijem to tendenco. Obenem pa učinek tovrstnih spodrsrlajev in njihovih korekcij pogosto dá razlog in priložnost, da se dokopljemo do globin podobnih in v preteklosti slabo urejenih konfliktov. Glej primer Dm.: gospodična – »pokoravajoče« se moji pasivnosti – si je dopustila vse več svobode in me občasno tudi poljubila. Ker navedeno ni naletelo na odpor in ker sem to obravnaval samo kot v analizi dopuščen pojav ter kvečjemu komentiral s teoretičnega vidika, je v družbi bolnikov – ki so jih obravnavali drugi – postransko pripomnila: »Papa Ferenczija lahko poljubim, kolikokrat si le želim.« Iz tega izvirajoče nevšečnosti sem sprva sprejel enako ravnodušno, kot sem to analizo obravnaval.³⁵ Nato pa je bolnica začela s svojim seksualno izzivajočim vedenjem sramotiti samo sebe (na družabnih srečanjih, med plesom). V t. i. resnično življenje jo je povrnilo le

³⁵ Freud je to izvedel neposredno od Clare Thompson in to ga je tudi spodbudilo, da je 13. decembra 1931 napisal svoje dobro znano pismo, ki ga je Ernest Jones – v ne čisto polnem obsegu – publiciral v Freudovi biografiji. Odtlej je to pismo postalo zelo pogosto citirano. Freud je v tem pismu Ferencziju ironično očital njegovo »tehniko poljubljanja«, na kar je slednji odgovoril 27. decembra 1931:

Dragi gospod Profesor!

Četudi ste že navajeni, da sem Vam zmožen odgovoriti šele po daljšem času, boste tokrat to tudi razumeli. Morda je sedaj prvič, da se je v najinem odnosu pojavilo nesoglasje. Zdaj, ko sem že dopustil svobodo v meni odvijajoči se čustveni poplavi, menim, da sem Vam sposoben odgovoriti v pomirjujočem smislu.

Zagotovo se spominjate, da sem bil jaz tisti, ki sem zagovarjal, da je potrebno publicirati tudi sistematično uporabljene tehnične nadrobnosti, medtem ko ste Vi bili mnenja, da je potrebno o tehničnih vprašanjih objaviti čim manj. Zdaj pa Vi menite, da bi bilo krivično molčati, jaz pa sem na to primoran odgovoriti, da se lahko hitrost publiciranja zaupa avtorjevemu (!!) občutku in uvidu.

Vendar to sploh ni najpomembnejše, o čemer bi želel govoriti. Vaš strah, da bi postal drugi Stekel, je popolnoma neupravičen. Potem ko je človek presegel in predelal svoje »mladostniške grehe« in napake, ga lahko le-te naredijo še modrejšega in previdnejšega od tistih, ki teh viharjev niso doživeli. Moje skrajno asketske »aktivne terapije« so zagotovo predstavljale obrambo pred tovrstnimi nagnjenji in se zato preko svojih skrajnosti tudi odele v prisilno naravo. Takoj ko sem to ugotovil, sem ublažil togost prepovedi in odrekani, ki sem jih prisodil sebi (in drugim). Menim torej, da sem sposoben ustvariti dobrotno in ne strastno vzdušje, ki je primerno za ozaveščanje doslej zakritih vsebin. Poleg tega je mene prav tako strah nevarnosti kot Vas, zato bom meni namenjena opozorila imel še naprej pred očmi in se poskušal kar se da strogo skritizirati. A narobe bi bilo tudi to, če bi zakopal plodno plast, ki se odpira pod menoj.

Zatem, ko sem prebolel bolečino, ki jo je povzročil ton najine zadnje korespondence, ne morem, da ne bi izrazil upanja, da med nama obstoječa osebno-prijateljska in znanstvena soglasnost ne bo utrpela motnje zaradi tega razpleta ali pa da se bo čim prej popravila.

Z iskrenim novoletnim voščilom vas pozdravlja va,

Ferenczi

to, da sem uvidel, da je moja pasivnost nenaravna in da moram računati na družbeno neodobravanje. Obenem pa je postalo jasno, da je tudi v tem primeru govora o ponovitvi situacije oče-otrok; Dm. je bila v otroštvu spolno nadlegovana s strani svojega neobzdanega očeta, pozneje pa ga je – očitno zaradi svoje slabe vesti in strahu pred okolico – oblatila. Dekle se je svojemu očetu maščevala posredno, s polomijo svojega življenja.

Nedvomno, da je analitikovo naravno vedenje že samo po sebi izpostavljeno napadu. Bolnica, ki je iz tega sklepala najskrajnejše, je zahtevala, da ima tudi bolnik pravico analizirati svojega analitika. V večini primerov se je lahko s to prošnjo opravilo tako, da 1. smo teoretično priznali eventualnost našega nezavednega; 2. in da smo celo povedali kaj iz naše preteklosti. V nekem primeru pa se je dejansko izoblikovala nekakšna vzajemna analiza iz tega, da sem podelil nekatere svoje duševne vsebine in sem – kot analitik – od tega imel kar nekaj koristi. Dobil sem priložnost, da v zvezi z bolnico povem svoje mnenje in asociacije. Bolnica tega sicer nikoli ne bi izvedela; omenil sem npr. svoja moralna in estetična nasprotovanja, spregovoril sem lahko o zadevah, ki sem jih o bolnici slišal od drugod itd. Če bolnika naučimo prenesti vse navedeno, potem smo mu običajno v pomoč pri tem, da dobro prenaša zadeve, da se hitreje separira od analize in analitika, obenem pa tudi pri tem, da se v spominjanje spremenijo ponovitvena prizadevanja, ki so se doslej upirala spremembi.

10. januar 1932

Razmišljanje s telesom je enako kot histerija

Ena – morda prehodna – pot do tega, da se približamo »skrivnostnemu preskoku v telesno«, ki je značilen za histerijo. Izhodišče: predavanje dr. M[ichaela] B[alinta], v katerem erotizem sooči z vzgojljivostjo (prilagodljivostjo);³⁶ popolnoma egoistične (uporabne) funkcije (dihanje, delovanje srca) niso erotične. Prilagodljivi (tekom razvoja pozneje izoblikovani) organi pa so erotični. Histerija je sicer regres erotike na organe, ki služijo le funkcijam »Jaza«; enako je pri organskih obolenjih.

V teoriji genitalnosti smo podrobno predebatirali – in tudi v zvezi z ontogenezo temeljito preučili – nasprotje uporabnih funkcij in funkcij, ki so v užitek, postopno dezerotizacijo organskih delovanj ter prenos erotike na specifičen organ; ne glede na to se je zagotovo bilo koristno vrniti k tej temi in preučiti filogenetske vzporednice tega procesa, ki so v teoriji genitalnosti le na kratko zasnovane.

Kljub temu pa to predavanje daje priložnost, da se sploh začnemo ponovno približevati vprašanju telesnega in duševnega. Pa naj bo tu en poskus. Nasprotje telesnega in duševnega se lahko sformulira tudi na sledeč način: v mehaniki spremembe povzročajo

³⁶ Najverjetneje gre za: Michael Bálint, »Zwei Notizen über die erotische Komponente der Ich-Tribe« [Dve opombi k erotični komponenti gonov »Jaza«], *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, let. XIX, (1933), št. 3, str. 428-433.

vzroki oz. od zunaj učinkujoči dejavniki, medtem ko v duševni sferi vladajo motivi. Glavni motiv je tako ali drugače dosežena ohranitev stanja mirovanja, z drugimi besedami odpor, da bi se le-to spremenilo; prizadevanje, želja in pripravljenost, da se odpravi kakršnakoli motnja. Motivacija pa obenem predpostavlja določene sposobnosti, ki jih lahko označimo le kot »intelektualne«: zaznavanje moteče, neugodne situacije in v odpravo neugodnosti usmerjena ciljna prizadevanja. Poglobljena primerjava bi vodila do sodobnih nazorov o energiji in substanci. Organska in anorganska substanca ni nič drugega kot trdno organizirana energetska vezava, ki je tako trdna, da nanjo ne vplivajo niti močni moteči dražljaji oz. ne čuti več razloga za spremembo. Substance – da tako rečem – so toliko zaverovane v lastno moč in sprijetost, da običajni zunanji dogodki gredo mimo njih brez kakršnegakoli učinka ali sproženega zanimanja. Toda takoj ko so ogromne zunanje sile zmožne eksplodirati še tako sprijete substance, celo atome (po čemer seveda ponovno nastopi potreba in želja po ravnesju) se zdi, da v določenih okoliščinah lahko tudi pri človeku pride do tega, da (organska – in morda – anorganska) substanca ponovno pridobi svojo duševno kvaliteto, ki je že zdavnaj ni več uporabljala. Z drugimi besedami: zmožnost biti spodbujen s strani motivov oz. duševnost svoj virtualni obstoj nadaljuje tudi v substancah, in čeprav v normalnih okoliščinah ostane neaktivna, lahko v določenih nenormalnih okoliščinah ponovno oživi. Človek je organizem, ki razpolaga s specifičnimi organi, ki so potrebni za opravljanje osnovnih duševnih delovanj. V trenutkih izrednega stanja, ko se duševni sistem izkaže za nezadostnega ali ko pride do agresivnega uničenja (živičnih ali duševnih) organov ali delovanj, oživijo starodavne duševne moči, ki si prizadevajo spopasti se z moteno situacijo. V trenutkih, ko duševni sistem odpove, začne razmišljati organizem.

Primer:³⁷ nekoga v otroštvu seksualno napade brutalni orjak. Nekaj časa so duševne moči budne in otrok si na vsak način (četudi neuspešno) prizadeva odpraviti agresijo (bojevanje, kričanje, kratek čas celo zavestno sovraštvo, maščevalnost itd.), ko pa teža nanj naslanjajočega se moškega postane vse bolj »neznosna«, še posebej ko napadalčeva oblačila neusmiljeno zapro dihalne poti in povzročijo hudo dihalno stisko, ne čuti več boleče genitalne poškodbe ter se sploh ne zaveda zunanjega vzroka in predhodnega dogajanja grozne situacije, vso svojo duševno moč osredotoči na izpolnitev ene same naloge: tako ali drugače je potrebno pljučem zagotoviti zrak. Toda tudi s to nalogo se je postopoma vse težje in težje spopasti. Očitno zaradi onemogočenega izdiha ogljikovega dioksida nastopi močan glavobol in vrtoglavica. (V času analitičnih in nočnih reprodukcij – ki se pojavijo v obliki nočnih mor – ta stadij spremlja značilno Cheyne-Stokesovo dihanje.³⁸ Mišice se maksimalno skrčijo, nato pa popolnoma sprostijo, srčni utrip se pospeši in postane neenakomeren.)

³⁷ Podrobneje glej: Sándor Ferenczi, »Razmišljanja o travmi«, *op. cit.*

³⁸ Motnja dihanja, ki se kaže v postopnem naraščanju in zmanjševanju jakosti dihanja, čemur sledi tudi začasna prekinitev dihanja.

Drug pozornosti vreden pojav je povezan s srcem. Ko bolnik ozavešči neredno delovanje svojega srca, poskuša hoteno vplivati na – od volje sicer neodvisno odvijajoč se – proces obtoka. Občutek slabosti v tem času običajno postane tako intenziven, da se bolnik prebudi. Če pa nam uspe bolnika kljub njegovemu občutku slabosti pregovoriti, da ostane pri miru, potem občasno lahko preide v novo fazo: občutek slabosti nenadoma zamenja manična sreča, kot da bi bolniku uspelo popolnoma izvleči se iz neugodne situacije kot takšne. Če nam celo v tem stanju uspe ostati v stiku z njim izvemo, da ga ne skrbi več niti njegovo dihanje niti delovanje srca, še manj pa če bo sploh ostal pri življenju, celo z zanimanjem opazuje lastno uničenje ali pohabljenje, kot da to sploh več ne bi bil on sam, temveč kot da bi neko drugo bitje bilo izpostavljeno vsemu temu trpljenju. Bolnik svojo vedro sprijaznjenost pojasni tako, da je velika razlika med njegovim neizmernim trpljenjem in tem, da mu napadalec zdaj več ne more povzročiti trpljenja niti takrat, če sprostí svoj uničujoč bes. (V kolikor je napadalčevo agresijo motiviral sadizem, se je žrtev sadistu maščevala že s tem, da je postala neobčutljiva, saj slednji mrtvem ter neobčutljivemu telesu ne more več povzročiti trpljenja, zaradi česar se neizogibno počuti impotentnega.)

Če pa so nekomu prebudili intelektualne pra-moči oz. se je potrebno nenadoma sklicevati nanje, potem ni lahko ponovno izničiti te pra-funkcije. To – psihološko razumljiveje povedano – pomeni, da je bilo predrzno predpostaviti, da je okolje normalno in znosno; bolje je, če človek zaupa le lastnim pra-močem. Posledično odslej že ob najmanjši (telesni in duševni) poškodbi – namesto uporabe aloplastičnih sredstev duševnosti in živčnega sistema – nastopi avtoplastična, histerična transformacija (tvorba simptoma).

Z drugo prisposodbo: če je z duševnega vidika speča substanca rigidna, živčni sistem in duševnost pa sočasno razpolagata s fluidno sposobnostjo prilagoditve, potem telo, ki se odziva s histeričnim mehanizmom, lahko opišemo kot pol-tekočo oz. kot substanco, katere predhodna rigidnost ter uniformiranost se je delno stopila v duševno stanje, ki je pripravljeno na ponovno prilagoditev. Tovrstne »semisubstance« posedujejo posebno ali raje čudovito sposobnost, da so sočasno telesne in duševne, oz. da so sposobne preko strukturnih ali funkcionalnih sprememb izraziti želje, občutek sreče in bolečine, ali pa tudi zapletene misli (organski govor).

Možno, da organizem nenadoma opusti – po nevropsihičnih poteh odvijajoč se – zapleten notranji proces, npr. v zgornjem primeru poskus spopadanja z ekstremno bolečino, in situacijo reši na avtoplastičen način: specifične duševne funkcije regresirajo na stopnjo duševnih pra-moči oz. postanejo snovne modifikacije in se z njihovimi pomožnimi sredstvi tudi izrazijo. Trenutek popolne opustitve zunanje (aloplastične) kontrole in začetek notranje adaptacije (kjer je možno celo sprijaznjenje z destrukcijo »Jaza« oz. s smrtjo kot nekakšno obliko prilagoditve) v svoji notranjosti zaznavajo kot odrešitev (?), osvoboditev. Za človeka ta trenutek verjetno pomeni opustitev zadrževanja samega sebe in umestitev na neko višjo raven, morda v stanje univerzalne uravnovešenosti.

Te misli vsekakor odpirajo pot do razumevanja presenetljivo inteligentnih odzivov nezavednega v času velikih težav, življenjske nevarnosti ali agonije. Tukaj glej še pogosto omenjene primere jasnovidnosti.

12. januar 1932

Primer schizofrenia progresiva (R. N.)

1. v katerem jo je prvi duševni pretres doletel pri pol drugem letu starosti (bližnji odrasel sorodnik ji oblubi, da ji bo dal »nekaj dobrega«, namesto tega jo omami in posili). Na začetku omamljenosti nenadoma začuti nekaj hudobnega, popolno razočaranje in neobglenost, prehodno pa morda tudi občutek, da ni zmožna uveljaviti svoje volje oz. boleče doživetje sugestibilnosti. Obtiči v tem na pol otopelem stanju, najgloblje verjetno z željo, da noče več živeti; pod vplivom sugestije pa kljub temu živi običajno življenje šolskega otroka, z drugimi besedami povedano umetno dvojno življenje s popolno potlačitvijo lastnih nagnjenj in čustev. 2. V petem letu starosti ponovni grob udarec; umetna razširitev genitalij, naglašeno sugeriranje, da naj je do moških popustljiva, dajanje stimulativnih sredstev. Odtlej (morda pod vplivom nedavnega duševnega pretresa in ponovnega poskusa prilagoditve) nenadno spominjanje na dogodke v drugem letu starosti, samomorilni impulz, verjetno tudi z občutkom smrti (agonija), še preden bi uresničila sugerirana dejanja. Velikansko trpljenje, neobglenost in odsotnost vsakršnega upanja na zunanjo pomoč, jo ženejo proti smrti; toda po izgubi ali opustitvi zavestnega razmišljanja oživijo organizirajoči goni življenja (»Orpha«),³⁹ ki namesto pogina omogočijo nastanek blaznosti. (Zdi se, da so taiste »orphične« moči bile prisotne tudi že v času prvega duševnega pretresa.) Posledica drugega šoka je nadaljnji »razpad« individuuma. Osebo sedaj sestavljajo sledeči fragmenti:

1. Zgolj v nezavednem duševno trpeče bitje, dejanski otrok, ki ga torej buden »Jaz« sploh ne vzame na znanje. Ta fragment je dostopen le v globokem spanju ali transu, še posebej po velikem naprežanju ali izčrpanosti oz. v nevrotični (histerični) krizni situaciji. Analitik lahko s tem delom – s kristalno čistim, potlačenim čustvom – vzpostavi kontakt le z velikim trudom in s težavo ter z upoštevanjem specialnih pravil vodenja bolnika. Ta del se obnaša kot onesveščen, nezavesten otrok, ki morda zna le stokati in ki ga je potrebno duševno ter občasno tudi telesno prebuditi. Če manjka zanesljiva vera v resničnost procesa, ta »prebuditel« ne bo niti prepričljiva niti učinkovita. Če pa je analitik prepričan v resničnost le-tega in sočustvuje s trpečim bitjem, mu lahko s previdnimi (mišljenje spodbujajočimi) vprašanji uspe miselno kapaciteto ter usmerjenost tega bitja spraviti do točke, kjer bo postal zmožen spregovoriti o okoliščinah šoka in se teh delno tudi spomniti.

³⁹ Orpha glej pozneje v dnevniškem zapisu z dne 1. maj 1932.

2. Svojevrstno bitje, ki – »coute que coute«⁴⁰ – želi ohraniti življenje (Orpha). Ta fragment ima vlogo angela varuha; producira halucinacije izpolnitve želje in tolažilne fantazije; zavest in čutila omami v odnosu do zaznav, ki so postale neznosne. Ta materinski del v primeru drugega šoka ni znal pomagati drugače, kot da je celotno duševno življenje iztisnil iz nečloveško trpečega telesa.

3. Od drugega duševnega pretresa dalje moramo računati tudi s tretjim delom osebnosti, ki je brez duše oz. s telesom, ki mu je bila duša odvzeta; oseba pohabljen je le-tega sploh ne zazna ali pa meni, da se to dogaja drugemu, tujemu bitju, sam pa je le zunanji opazovalec dogajanja.

Zadnji veliki duševni pretres je to, dotlej že na tri dele razcepljeno bitje, doletel pri starosti enajst let in pol. Kljub negotovi naravi te trojne razcepljenosti se je tekom let izoblikovala nekakšna prilagoditev na navidezno nevzdržno situacijo. Hipnoza in utrpela seksualna agresija sta postali način življenja. Kot da bi stalno ponavljanje tega še tako bolečega ritma oz. izravnavanje poti že samo po sebi zadostovalo, da bi bilo boleče dozdevno manj boleče. Toda tu je še nezavedno zaznavanje, da se v ozadju trpinčenja odraslega kljub vsemu skriva popačen namen ljubezni; oz. slutnja, da so celo v sadizmu prisotni libidinozni elementi. In na koncu dejstvo, da odrasel opazi in je zadovoljen z otrokovim dosežkom itd.: vse to skupaj in še nadaljnji, doslej še ne v celoti odkriti dejavniki, so lahko na tak način izoblikovali – četudi še tako neugodno – stanje uravnovešenosti.

Otrok v tej situaciji nenadno izgubo dosedanjega mučitelja doživi kot pravi udar strele. Zaradi odvzema vsakršne spontanosti mu je bila onemogočena razumska prilagoditev na splošno pozitiven odnos do novih priložnosti. Situacijo je dodatno otežilo, da je oče pred razhodom – kot za slovo – otroka preklel in zadnjo možnost vplivanja uporabil za to, da je vanj neizbrisljivo vklesal zavedanje lastne nesnažnosti, ničvrednosti in malopridnosti. Neutrudna Orpha tukaj več ni zmogla pomagati sama sebi, poskušala se je tudi sama postaviti na stran samomora, a ker so to preprečili, je kot edini način obstoja ostal popolni razpad duševnega življenja. (Polno razvita duševna bolezen, katatoni stupor, ki ga občasno zamenja tesnoba, halucinacije in zmešnjava kaotičnih spominskih vtisov iz njene preteklosti.)

Ta lavi podoben izbruh se je končal s popolnim »odmrtjem«, nekakšnim neživim stanjem. Toda v dihanje in delovanje srca prisiljen telesni obstoj je ponovno priklical Orpho, ki se je v svoji zagrenjenosti tudi že sama nagibala k smrti in ki ji je čudežno uspelo to, vse do atomov razpadlo bitje, postaviti na noge oz. umetno ustvariti duševnost v telesu, ki je prisiljeno živeti. Odtlej »individuom« površinsko gledano sestoji iz sledečih delov: a) najbolj zgoraj je za delovanje sposobno živo bitje z natančno, morda celo nekoliko preveč natančno reguliranim delovanjem; b) za tem bitje, ki nikoli več ne želi niti slišati za

življenje; c) za tem umorjeni »Jaz«, telesni ostanki predhodnega duševnega trpljenja, v katerih se vsako noč zaneti ogenj bolečine; d) sama ta bolečina kot oddvojena, brezvsebinska in nezavedna množica čustev, ostanek prvobitnega človeka.

17. januar 1932

Vzajemna analiza in meje njene uporabnosti

Izhodišče: razvojna obdobja postopka.

a) Pra-katarza in temu sledeča previdnost ter neoseben odnos.

b) Porazi oz. delni uspehi, neodločljiva želja po spremembi: stopnjevanje napetosti (aktivna terapija); neugodne posledice pretirane strogosti. Poskušanje s pasivnostjo, relaksacija; skrajna posledica je izguba ugleda, provokacije (»kako dolgo zmore potrpeti«), »občutek ad absurdum« [absurden].

c) Analitik prizna, da je njegovo vedenje izumetničeno; načelno priznanje občutkov, kot so grenka jeza, nejevoljnost, utrujenost, »vrag naj ga vzame« in na koncu libidinozne ter igrive fantazije. Rezultat: bolnik postane naravnejši, prijaznejši in iskrenjši.

d) R. N. zahteva metodično izvedeno analizo kot edino možno zaščito pred v meni odkrito nagnjenostjo, da bi bolnico ubil ali strpinčil. Pri meni to sprva naleti na močan odpor: bolnica lahko zlorabi situacijo in celotno svojo analizo lahko v projektivnem smislu izjalovi s tem, da namesto sebe analizira mene. A presenetljivo se je vse odvijalo drugače: s strani analitika zavzeta drža je bolnici omogočila, da brez previdnosti in diplomacije pove vse, kar je dotlej (iz ozira na občutljivost) zamolčala. Na sledeči »pravi« analitični seansi so se obelodanila vsa dotlej potlačena čustva. Bolnico je seveda najbolj navdušilo priznanje moje osebne in fizične antipatije oz. predhodne pretirane prijaznosti. Vljudnost ni nič drugega kot porušenje vseh upov na dejanski kontratransfer, onkraj profesionalnega. Prvemu navalu čustev (želja po smrti, razmišljanja o samomoru, pobeg) na nenavaden način sledi bolničina sorazmerna umirjenost in napredovanje pri delu: pozornost se nekoliko osvobodi pretiranih fantazij in se obrne v smer dveh resničnosti: pretekla resničnosti in prihajajoče potencialne resničnosti. To je tako, kot da bi bolečina ob izgubi kontratransferja bolnico utrdila v prenašanju muke, ki je v preteklosti privedla do potlačitve, kar zadeva prihodnost pa do fobično-hromeče previdnosti.

Vendar je tu drug še nerešen problem, ki je povezan s priznanjem možnosti pozitivnih transfernih občutkov. Vsekakor tudi tukaj priznanje in razpravljanje o le-teh zagotavlja do neke mere zaščito pred tem, da bi zapadli v pretiravanje. Vsakršne skrivnosti, pozitivne ali negativne narave, bolnika naredijo nezaupljivega; ta iz drobnih znakov (način pozdrava, rokovanje, ton glasu, stopnja aktivnosti itd.) zaznava prisotnost čustev, ni pa zmožen oceniti njihove kakovosti in pomena; iskrena predstavitev le-tega mu daje priložnost, da se na njih odzove z večjo varnostjo in ustreznimi protiukrepi.

⁴⁰ Stane, kar stane.

Ali se je sposoben na tak način analiziran analitik od samega začetka popolnoma razkriti in ali sploh sme to storiti? Ali mu ni potrebno upoštevati bolnikove zanesljivosti, zmogljivosti in dojemljivosti? Zaenkrat si glede tega prizadevam za določeno previdnost; prepuščam se le postopoma glede na stopnjevanje bolničine zmogljivosti. Primer: brezizhodno finančno stanje; prenehanju plačevanja je sledilo odpustitev dolga. Enkrat pred tem pa nepremišljena izjava: v nujnem primeru lahko računate na finančno pomoč. (Kmalu zatem notranje nasprotovanje skupaj z občutkom, da to pa vseeno ni potrebno dopustiti, da me bolniki požrejo). Možne neugodne posledice: bolnica je – naslanjajoč se na to obljubo – zanemarila uporabo razpoložljivih virov moči in dejanskih možnosti; obenem pa je to poskus, da si namesto analitične pomoči pridobi dejansko podporo (denar, libido). Nadaljnja negativna posledica: jezen sem na bolnico, ker ona čuti, a ne razume. Po iskrenem pogovoru stopnjevanje zaupanja; dobroto kot tako – potem ko ta ni več tako zelo pretirana kot prej – sprejme, že omenjena okrepitev v nasprotju z neprijetnostjo.

Zdaj pa nekaj »metafizičnega«. Več bolnikov ima občutek, da ko dosežemo ta vzajemni mir, ima od konflikta osvobojen libido »zdravilni« učinek tudi brez vsakršnega nadaljnjega intelektualnega ali pojasnjevalnega naprežanja. Prosijo me, naj ne razmišljam toliko, naj sem le tam, naj ne govorim toliko, naj se ne naprezam, lahko tudi zaspim. Na tak način si dva človeka nezavedno nudita vzajemno pomoč: tudi sam »healer«⁴¹ prevzame nekakšno pomirjenost od zdravljenega in obratno. Oba menita, da je to zlitje pomembno razumeti v substancialnem smislu, ne pa da mu namenimo le psihološko razlago. Oba imata popolnoma enake predstave o tem, da mržnja in sovraštvo (predvsem v zgodnjem otroštvu) izženeta in lahko tudi popolnoma uničita življenjsko moč osebnosti (duševni pretres, tesnoba in njuni učinki). Nenazadnje lahko takšne obremenitve in udarci zmotijo ali pa začasno ustavijo sposobnost razmišljanja. Zaradi travme razdrobljena duševnost čuti pritekanje ljubezni, ki je očiščena vsakršne ambivalence in ki jo prekrije kot nekakšno vezivo. Razdrobljeni delci se sestavijo v večje enote in tudi celotna osebnost lahko doseže ponovno združitev (enotnost).

Žal na tak način doseženi rezultati po končani seansi večinoma ponovno propadejo. Ali je to zaradi domišljije, ki v nas predpostavlja več ljubezni, kot je dejansko lahko damo? Mar ni v tem Penelopinem ponavljanju gradnje in rušenja težava v tem, da bolnika po končani seansi preprosto pošljemo domov? Neizbežno se je pogovoriti o tem in morda bomo našli rešitev. Vsekakor naj nam bo cilj, da pri bolniku dosežemo, da se zadovolji s seveda mnogo solidnejšimi dejanskimi možnostmi (prijaznost, dobrota) oz. da sprejme – kot vezivo in zdravilo – to nekoliko razredčeno raztopino libida.

Subjektivno priznanje. Ta odprt pogovor z bolnikom je analitiku v določeno osvoboditev in olajšanje v primerjavi s tako rekoč krčevito in obremenjujočo prakso, ki je je bil prej

⁴¹ Zdravilec.

vajen. Če nam uspe doseči tudi bolnikovo nevrotične sebičnosti osvobojeno dobroto, če prepozna, da je nemogoče od nas zahtevati več, potem začutimo, da je bil naš trud v bolnikovem nesebičnem odgovoru na našo nesebičnost poplačan. Saj tudi naša duševnost je bolj ali manj na delce razcepljena in občasno – predvsem po porabi pomembne količine libida brez libidinoznega prihodka – potrebuje tovrstne povrnitve s strani dobrotnih in ozdravljenih bolnikov ter bolnikov, ki so v procesu zdravljenja.

Fizičnim spremembam sledi intelektualna aktivnost.

Ta dejavnost preide v stanje mirovanja, v kolikor s strani zunanjega sveta ni deležna motečih dejavnikov. Čas in prostor določata odpor (kljubovanje, nerazumnost) do vsake agresije. Intelekt je sam po sebi neodvisen od časa in prostora, torej je nad-individualen. »Orpha.«

19. januar 1932

Nadaljevanje vzajemne analize

Sanje R. N. Bivša bolnica dr. Gx. svojo usahlo dojko sili v usta R. N. »*To ni to, kar potrebujem; prevelika je, prazna – ni mleka v njej.*« Bolnica čuti, da je ta odlomek sanj zmes analitikovih in bolničinih nezavednih duševnih vsebin. Analitika prosi, da naj si dopusti »*potopitev*«, morda lahko tudi zaspi. Analitikove asociacije se dejansko razvijajo v smeri epizode iz zgodnjega otroštva (szárazdajka-ügy⁴² pri enem letu starosti); v vmesnem času bolnica ponavlja sanjske prizore grozljivih dogodkov pri pol drugem, tretjem, petem ter štirinajstem in pol letu starosti ter njihove interpretacije. Analitik zdaj prvič zmore ta izvirni dogodek povezati z določenimi čustvi, s čimer dá epizodi značaj pravega doživetja. Bolnici pa obenem uspe doseči doslej najgloblji vpogled v resničnost teh dogodkov, ki so bili na intelektualnem nivoju tolikokrat ponovljeni. Na njeno zahtevo ji pomagam s preprostimi in razmišljanje spodbujajočimi vprašanji. Pogovarjati se moram z njo kot z bolnico, ki je hospitalizirana v psihiatrični instituciji, jo naslavljam z vzdevki iz otroštva in jo prisiliti, da pripozna dejstva kljub njihovi boleči naravi. To je tako, kot da bi se dve polovici duše združili v eno celoto. Analitikova čustva se povežejo z bolničnimi asociacijami, analitikove asociacije (domišljijske predstave) pa z bolničnimi čustvi; tako se sicer nežive predstave spremenijo v dogodke, brezvsebinska čustvena zmešnjava pa se napolni s predstavno vsebino.

Vpogled v analitikove šibkosti vodi do opustitve pretiranih pričakovanj in popustljivosti. Kako bi lahko jaz svoji bolnici zagotovil vseživljenjsko srečo, če pa sem tudi sam deloma pomoči potreben otrok? Zato pa se bolnica obrne na dr. X., ki je v resnici bolan, a bolnici plačuje, da ga obiskuje, medtem ko je pri meni ona morala dolgo časa plačevati in zdaj

⁴² Zadeva suhe varuške.

dobiva le še moralno podporo in ne more več niti upati, da bi jo tudi resničneje osrečil. Morda je zaradi tega nedvomno globokega vpogleda v moje šibkosti postalo jasnejše moje prizadevanje, da se osvobodim bolnice in odločitev, da ji ne nudim niti libidinozne niti finančne pomoči (infantilne travme še dodatno okrepijo ta dva načina samozaščite: zadeva varuške in sobarica).

Bolnica je skupni rezultat dveh analiz povzela s sledečimi besedami: »*Vaša največja travma je bila uničena genitalnost; moja pa še hujša: jaz sem videla, kako mi življenje uniči obseden hudodelec; pamet mi je odvzel s strupi in sugerirano zanesenostjo, telo mi je na najbolj nesramežljiv in najbolj grozovit način pohabil v najbolj kritičnih obdobjih mojega življenja; moje izgnanstvo iz družbe, kjer nihče noče verjeti moji nedolžnosti; na koncu pa strahotno doživetje zadnjega "umora"*«.«

Zaradi opustitve iluzij – kar je omogočila vzajemna analiza – si bolnica dopusti (ali pa ji postane omogočeno), da meni in sebi prizna silovita čustva in seksualno vzbujenost, ki je doslej ni upala vzeti na znanje. Zaradi neke nepomembne zadeve pred osebjem zrežira pravo sceno in zdaj prvič se reproducirajo libidinozna občutja v ustih in spolovilu, v povezavi s travmatskim dogodkom. Toda bolnica ta občutenja še vedno strogo oddeli od zaničevanih ljudi; kakor hitro začuti praznino omenjene dojke (fellatio), se potreba po sesanju premesti na spolni organ, a samo v obliki želje, da bi se je na tem mestu dotaknili (in glej skupni atribut, istovetnost med analitikom in bolnico; oba sta bila prisiljena, da seksualno storita in preneseta več, kot sta dejansko želela). Medtem ko so se v resničnosti odvijali zaničevani in zavrjeni spolni akti, se je v odcepljenem delu duše odigrala čudovita masturbacijska fantazija, ki je bila toliko bolj popolna, kolikor groznejše je bilo nepopisno trpljenje, ki ga je povzročila dejanska okoliščina. Bolničin partner v vzajemni analizi je v mladostništvu podobno kompenziral z neskončno dolgim samozadovoljevanjem,⁴³ katere posebnost bi lahko primerjali z *ejaculatio usque ad coelum*.⁴⁴

Morda pa je to cilj vzajemne analize, da v vsakem primeru infantilne travme odkrijemo ponavljajočo se skupno lastnost? In ali bi naj odkritje ali čutenje tega bil predpogoj dojemanja ter prenosa zdravnega sočutja?

Drugi primer vzajemne analize: samorazkrivanje – predvsem lastne tesnobe in krivde – omogoči, da se zdaj prvič obelodanijo enake tendence tudi pri bolnici (Dm.), ki na podoben način zapravlja vse možnosti svojega življenja in številne možnosti svojih analiz. Skorajda bi lahko rekli, da čim več šibkosti ima analitik – zaradi katerih stori večje ali manjše z mote ter spodrsrljaje, ki jih nato v vzajemni analizi eksplorira ter obravnava –, toliko boljši so izgledi za neko globoko in na resničnih temeljih slonečo analizo.

⁴³ V tem delu Ferenczi namiguje na dogodke iz svojega življenja; glej: Sándor Ferenczi, Georg Groddeck, *Briefwechsel 1921-1933* [Dopisovanje 1921-1933], *op. cit.*

⁴⁴ Izliv do neba.

Od začetka analize je minilo več let in to s kar največjo strogostjo ter zadržanostjo, kar je po nepotrebnem krepila tudi želja, da ne dopustim uveljavitve družbenih razlik. Bolnica, ki je prišla z namenom, da bi se popolnoma odprla, je skorajda ohromela, vsaj kar se tiče njenega vedenja. V sebi je čutila čustva najintenzivnejšega transferja, toda od tega ni bilo možno opaziti čisto nič. Počasi se je sprostila in mi nato vse bolj zaupala, še posebej v eni izmed težkih situacij (finančne težave), ko je pri meni našla pomoč, zaščito, morda tudi čustva. Nato pa poskusi opisano v celoti prenesti na tretjo osebo (R. T.), na koncu pa se je po neki drugi – prav tako z moje strani ublaženi – travmi (smrti starejšega brata) sprijaznila, da se vrne k svoji družini in obveznostim. Na tej točki je uspelo bolničino enostransko – in z veliko tesnobo povezano – zanimanje za duhove ter metafiziko spremeniti v dvostransko (ostaja v dobrem odnosu z duhovi, vendar je sposobna in tudi pripravljena za pravo nudenje pomoči). Tisto, kar navidezno popolnoma manjka, je želja po seksualnem odnosu.

V tem obdobju se bolnica začne zanimati za analitiko duševnost in se z njo ukvarjati. Prosi me, da naj se ne naprezam tako krčevito, »*ne pustite se motiti, če želite, lahko tudi zaspate*«; glede tega je torej podobno kot v prvem primeru.

Predviden ali vsaj možen izhod tega primera je sledeč: analitik in bolnica odkrijeta, kar jima je skupno – zgoraj omenjena zgodnja poškodba genitalnega predela in nagnjenost ali regresija k infantilni nežnosti, kar pri odraslem ustreza dobroti, solidarnosti, miru, in bolnica – distancirana od vsiljenih bojov in strastnih izbruhov – vse to sprejme s popolno sprijaznenostjo kot svojo dejansko naravo. Človek mora to kljub bolečini vzeti na znanje z modro resignacijo, ne pa da se podi za lažnimi ideali. Vzajemna analiza bo manj naporna in zagotovo bo nudila priložnost za več pomoči ter prijaznosti do bolnika, kot pa neizmerno strog, dobrotljiv in nesebičen odnos, v ozadju katerega se skrivajo izčrpanost, nejevoljnost ter celo morilski impulzi.

24. januar 1932

Sugestija, ustrahovanje, vsiljena tuja volja, medtem ko se lastna [volja] odcepi in ostane nedotaknjena; agresiven učinek anestetikov in stimulansov je s tem analogen; »Nadjaz.«

I. R. N. a) Zapeljevanje s privlačnimi obljubami in nasladnimi dražljaji, ki zahtevajo uresničitev; nenadoma se zave, da počnejo z njo nekaj slabega, trdijo pa, da je to »dobro«. (Glej delo *British Psychological Society* o vzgoji otrok: otroka prepričajo, da je prijeten okus slab, neprijeten pa dober.) R. N. je zaradi narkoze postala ubogljiva. Menimo, da je narkoza nekaj življenju nasprotnega in jo zavrnamo, človeka se v resnici lahko – tudi v posesti zavestne privolitve – narkotizira le s silo. Nikoli ne opusti svojega – zunanjega vpliva osvobojenega – vladanja nad zaznavanjem in motiliteto. Vda se agresiji,

toda z *reservatio mentalis*;⁴⁵ potlačitev ni nič drugega, kot postati potlačen z ohranitvijo prvotnih tendenc (med drugim ustvarjanje mnenja, npr. oporekanje). Toda kam se lahko lokalizira potlačeno, kaj je njegova vsebina, v kakšni obliki ostane povezano z delom individuuma, ki je pred agresijo nezavarovan, in na kakšen način je možna ponovna združitev? Odgovor:

1. Potlačeno oz. agresiji pokoravajoča se volja je po našem občutku in običajni rabi jezika »izven sebe.« Lastna volja se nahaja nekje v – v fizikalnem pomenu besede – »irealnem« oz. v duševni resničnosti kot tendenca, ki ne razpolaga z nobenim oblastvenim orodjem, niti organskim niti cerebralnim pripomočkom, kakor tudi ne s spominskimi podobami, ki bi se jih lahko smatralo celo za fizične. Drugače povedano: ta volja, ki sebe doživlja kot nepoškodovano in ki je nobena oblast ne more uničiti, se nahaja izven nasilne osebe in z razcepom neprenehoma zanikuje, da bi bila ona tista, ki uresniči dejanja. Morda se lahko na tem mestu omeni primer B., ki si med opravljanjem v resnici izredno neprijetne, a obvezne dnevne dejavnosti, brez premora mrmraje prepeva določene melodije, ki se jih – na podlagi erotične narave in ritma melodij ter besedila nastalih asociacij – lahko interpretira kot neprestano, nemo ugovarjanje oblikam življenja in dejavnosti. V resnici je »Jaz« – najgloblji »Jaz« –, odkar so mu vsilili tujo voljo in sodbo, opustil vsako svojo lastno dejavnost in le-te tudi ne bo zmožen, dokler ugovor ne bo slišan oz. dokler ga analiza ne bo oživila. V resnici je skoraj vse, kar je nastalo po travmi, rezultat dela te druge volje, torej nisem jaz tisti, ki to počne. Zaradi tega R. N. neprestano dokazuje, da ni morilka, četudi priznava, da je sprožila več strellov.

R. N. – kakor je bilo na podlagi stotine napornih analiz nekaterih analitičnih terapij in simptomov možno ugotoviti – meni, da je učinek omamnih snovi velikansko agresivno dejanje. Narkotiki v resnici povzročijo tako veliko stopnjo hiperestezije (vitalne ogroženosti), da že najmanjši dotik še pred posegom izzove »pokoritev nasilju«. Narkoza torej ni nič drugega kot prehodna odcepitev od telesa: operacije ne izvršijo na meni, temveč na nekem telesu, h kateremu sem pred tem pripadal. Tukaj lahko omenim pripoved gospe, ki je med narkozo – v trenutku, ko je zaspala – zaznala, da ne zmore odgovoriti na vprašanja. Zdelo se ji je, da glas izpraševalca sliši iz silne daljave, z več kilometrske razdalje. Tekom (dve minuti trajajoče etil- metil-) narkoze je videla nešteto serij sanjskih podob, med drugim tudi dokončano operacijo s pomirjujočim občutkom, da je le-to preživela, medtem ko ta še sploh ni bila zaključena. Podobno zastrašujoč občutek je zanj bil poglobitev v nič. Ko je ponovno prišla k zavesti, je bila prva izjava sledeča: »Kaj vse sem sanjala!« R. N. so istočasno podvrgli narkozi in sugestiji. Posameznik se na začetku narkoze mnogo občutljivejše odzove na agresijo, sovražstvo, bes in celo na najmanjše nezadovoljstvo, zaradi česar »sugestibilnost« narašča.

⁴⁵ Miselni pridržek.

Sugestibilnost je torej v resnici rezultat duševnega pretresa: očetovska hipnoza ni nič drugega kot strah, da te umorijo, materinska hipnoza pa strah, da te mati zapusti oz. grožnja z odtegnitvijo libida;⁴⁶ to slednje se zdi prav tako fatalno kot kakšna agresivna, življenjsko ogrožajoča grožnja. Toda grozota vseh grozot je ta, ko se očetovska grožnja združi z zapuščenostjo s strani matere; posameznik takrat nima niti te možnosti, da bi se zaradi utrpele krivice zjokal ali da bi se potožil kakšni razumevajoči duši. Ker stvarni svet – takšen kot je – postane tako neznosen, nepravilnost in nemoč postaneta toliko absolutni prepričanja, in to, da se zadeve nikoli ne bodo obrnile na bolje, je že tako očitno, da se »Jaz« odvrne od resničnosti, a se ne preda. Tako torej vsaka groza povzroči odcep; vsaka prilagoditev nastane – tekom z grozo povzročene disociacije, v času odsotnosti »Jaza« – v bitju, ki je postalo gnetljivo in v katerega agresija vkleše svoje poteze ali ga prisili v spremembo po lastni volji.

(X) O mimikriji. Na kakšen način vsili okolje svojo barvo živalskim in rastlinskim vrstam? Samo okolje (severni pol) nima prav nobene koristi od tega, da medvedov kožuh obarva belo; to koristi samo medvedu. Toda teoretično ni izključeno, da neko načelo višjega reda, npr. posameznik in okolje, vključno s prizadevanjem narave po univerzalnem miru, neprenehoma deluje v smeri izenačitve nagrmadene nevarnosti in trpljenja. Zaradi tega načela okolje prepusti svojo barvo posamezniku in mu pomaga, da sprejme barvo okolja. Zanimiv primer uspešne povezanosti individualnih in univerzalnih prizadevanj; individualni kolektivizem.

II. Kaj vsebuje odcepljeni »Jaz«? Predvsem neko vrsto tendence – verjetno tendenco, da dokonča zaradi šoka prekinjeno dejanje. Da bi to lahko storil: nepravilnosti sploh ne vzame na znanje ter v obliki dnevnih in nočnih želja izpolnjujočih predstav sporoča to, kar človek meni, da je pravično. Govora je torej o fantazijskem materialu, ki pa se omejuje na ponovitev tendenco in prizadevanje za boljšo ureditev. Vsebinsko odcepljenega »Jaza« je tako vedno naravni razvoj in spontanost, ugovor agresiji in nepravilnosti, omalovažujoč, morda sarkastičen in ironičen, simulirano ubogljiv odnos do oblasti; notranje prepričanje, da agresija v resnici ni dosegla prav nič razen objektivnih reči, spremenila je oblike odločanja, »Jaz-a« kot takega pa ne. Zaradi tega je »Jaz« zadovoljen sam s sabo, počuti se večjega in pametnejšega od brutalne sile; nenadoma dobi vpogled v večje povezave svetovnega reda, z zaslepljeno agresijo ravna kot z duševno motnjo in to celo takrat, ko je ta agresija zmagovalka; želi si pozdraviti mentalno motnjo. Morda to, kar nam pri duševnih bolnikih daje vtis grandiozne blodnje, vsebuje dejansko in upravičeno bistvo. Duševni bolnik zelo ostrovidno zaznava poblastenost človeštva.⁴⁷

⁴⁶ Glej: Sándor Ferenczi, »Transfer in introjekcija«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Psihoanalitične študije*, Studia Humanitatis, Ljubljana, 2022, str. 19-62; Sándor Ferenczi, »Vad ló megszelídítése« [Ukrotitev divjega konja], v: *id.*, *Ideges tünetek keletkezése és eltérése és egyéb értekezések a pszichoanalízis köréből* [Nastanek in izginotje nevrotičnih simptomov ter druge razprave s področja psihoanalize], Dick Manó, Budapest, 1919, str. 94-98; Sándor Ferenczi, *Thalassa – versus einen Genitaltheorie* [Thalassa – poskus genitalne teorije], Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Leipzig und Wien, 1924.

⁴⁷ Ta odstavek vsebuje prve obrise zamisli, ki jih je Ferenczi v končni obliki predstavil v svojem zadnjem delu leta 1932 na kongresu v Wiesbadnu: *Zmeda jezika med odraslimi in otrokom*. To delo je globoko pretreslo takratno psihoanalitično srenjo, pri čemer so morda določeno vlogo igrali tudi v delu opisani mehanizmi.

26. januar 1932

Dolgčas

Nekdo, ki se na smrt dolgočasi, vzklikne: »*everything is lost except killing!*«⁴⁸ To v povezavi z opazovanjem katatonih shizofrenikov vodi do predpostavke, da katatonija v svoji relaksirani in rigidni obliki družbi prizanese ogromno agresije. Podobno kot blažji primeri lokalizirane histerične paralize večinoma zakrivajo morilska, maščevalna ali kaznovalna dejanja ter namene, tako morda tudi univerzalna odstranitev celotne motorične aktivnosti ni nič drugega kot nasprotje epileptičnega napada, pospremljeno z destruktivnimi in samodestruktivnimi nameni.

Kaj pomeni dolgočasiti se? To, da je človek primoran početi nekaj, kar sovraži, ne pa tistega, česar si želi; vsekakor preizkus. Primer postane zapleten in patološki, ko se zdolgočasen posameznik ne zaveda več, česa si želi in česa ne. Primer: majhen deček neprenehoma nadleguje svojo mamo: »*Mama, daj mi nekaj! – Toda kaj? – Ne vem.*« Če bi se bolj poglobili v želje in mučne občutke majhnega dečka, bi ugotovili, kaj si želi. Analogija v poeziji: Vörösmartyjev Petike.

Želja po dejanju ali celo kompulzivna dejanja niso nič drugega kot pobeg pred mučnim dolgčasom, pravilneje pred inhibicijami, ki so izzvane s strani diametralno nasprotujočih si dejanj v spremstvu triumfa pasivnosti ali negativizma. Ni shizofrenije, ki bi jo lahko zdravili brez stroge prepovedi manirov⁴⁹ (še tiku je potrebno zagotoviti »aktivno« obravnavo). Zakaj ta grozna tesnoba in prisila pobega pred to praznino? Možni odgovori: v ozadju te praznine se skriva doživetje ali pa serija doživetij, ki so vodila do te neblogljenosti; mučna užaljenost, nagnjenost k izpadom besa in obrambi, bolnik se počuti neblogljenega ali pa ga je strah možnosti nepopravljivih izpadov besa ter agresije. V najskrajnejšem primeru je zadržan še do miselnega akta. Tisto, kar na področju aktivnosti ostane, je nehoteno poigravanje z različnimi deli telesa ali pa sami deli telesa živijo svoje »samostojno življenje« (praskanje, vihanje brkov, »malmozni«,⁵⁰ bingljanje z nogami) in nenazadnje nadaljevanje nekakšne samozadovoljujoče genitalne dejavnosti. Če iz tega izhajamo, potem lahko bolje razumemo ovohavanje fecesa⁵¹ in nenehno samozadovoljevanje pri idiotih in katatonih bolnikih. Povedano kronološko: libido regresira v svoje najzgodnejše oz. spontano izražajoče se oblike, ki še niso bile motene. Navidezna restitucija je povsem mehansko prekomerno zastopstvo negativizma ali apraksije s strani rutinskih dejanj, ki so tudi socialno sprejemljiva.

Ta stanja bi lahko definirali tudi drugače (kot smo to že drugod povedali): navidezno porokoravanje oblasti, obenem pa nezavedno vzdrževanje nepretrganega ugovaranja in nag-

⁴⁸ Vse je izgubljeno, razen ubijanja.

⁴⁹ Nenaravno, čudaško izražanje z mirmiko, gestiko ali govorom.

⁵⁰ Vrteti palca od dolgčasa; v izvirniku v madžarščini.

⁵¹ Blata.

laševanja spontanosti preko stereotipij ter zavestnih ali nezavednih fantazij. Nestrpen človek ubija s svojim igranjem klavirja. Izza navidezno preciznega dela neke gospe so se lahko odkrile nepretrgane melodije, katerih se je sama le izjemoma zavedala.

28. januar 1932

Histerična potlačitev in konverzija; razgaljenje njunega nastanka med katarzično regresijo.

(Bolnica B.), v njeni analitično rekonstruirani življenjski zgodbi se lahko z veliko verjetnostjo predpostavi incestuozno posilstvo, v sorazmerno zgodnjem obdobju analize običajno producira skorajda halucinatorno, katarzično podoživetje potlačenih travmatogenih dogodkov. V resnici že tekom prve seanse – katere uvod so sanje o jajcu – popolna reprodukcija občutkov: vonj po alkoholu in tobaku, ki se je valil celo iz napadalčevih ust, nasilni izpah njenih rok v zapestju, občutek, kako poskuša (z dlanjo) odriniti težo orjaškega telesa; na prsi naslanjajoča se teža, tkanina oblačil, ki ovira dihanje, dušenje, nasilna razmaknitev (abdukcija) spodnjih okončin, odločen ritem, izredno boleč občutek v trebuhu odločnega ritma, občutek leakage,⁵² na koncu pa občutek, da leži pribita na tleh, neustavljiva krvavitev, zlobno strmeč obraz, nato pa prizor velikanskih moških nog, kako si popravi oblačila in jo pusti ležati tam. (Predhodni dogodki: poklicana je v odročno sobo, prestrašeno zbeži, na vrtu pa jo dohitijo.) Kljub naglašenosti in čustveni intenziteti katarzičnega doživetja kmalu ali takoj zatem začuti, da je vse skupaj neresnično. (Interpretacija: neverjetnost, bolečina, strah pred posledicami [materina nesrečnost, očetov samomor, nosečnost, sram, strah pred porodom], zato celotna zadeva ni resnična. Meglena predstava o tem, da 1. se uredi v kopalnici, 2. vzgojiteljica jo potolaži.

Tekom nadaljnje analize največja stopnja nezaupanja in dolgotrajnega odpora v odnosu do mene. Več zaporednih seans, polnih obtožb in obrekovanj. (Sleparstvo – finančno in seksualno –, lenobnost, počasnost – morda iz enakih razlogov –, medtem občasna nenadna olajšanja, nato ponovna poslabšanja.)

Na koncu uvidi, da se s svojim vedenjem upira analizi, in se nameni za resnično relaksacijo, kateri vsakokrat sledi serija depresivnih simptomov. Namesto predhodnih burnih prizorov blede in hladna koža, plitvo dihanje, redek ter neenakomeren pulz. Če jo povprašam, potoži o mrzlici; komaj slišen glas, vse hujši glavobol. To stanje lahko neprekinjeno traja tudi četrt ure in več.

Bolnica je v več seansah prosila, da je naj ne pustim kar tako ležati, da naj nekako posežem v ta stanja, da naj nekaj »naredim« z njo. Sledil sem temu ukazu, danes npr. – ne da bi jo spravil iz stanja relaksiranosti in trpljenja – sem si prizadeval podati pobudo za

⁵² Uhajanje.

preprost pogovor z njo, kar je tudi uspelo. Sprva (v resnici še pred pol-transom) je govorila o svojih motnjah spanja, danes pa nekoliko podrobneje o svojem t. i. bumping-u.⁵³ V otroštvu leta in leta ni mogla zaspati, če pred tem ni počepnila in z glavo nešteto krat precej močno udarila ob žimnico, vedno s čelnim predelom. S prsti ene roke je štela udarce po sto, torej tisoč na obeh rokah. Občasno je štela tudi do tri tisoč, dokler ni nenadoma padla v najgloblji spanec. To proceduro je morala med odraščanjem opustiti, a zdi se, da je namesto tega odkrila manj opazne analogne nadomestne tvorbe: nešteto krat ponovljene melodije, v neskončnost razpotegnjen glas, ki občasno preskoči v višji ton, nato po določenem času narašča vse višje in višje, vendar tako, da do tega naraščanja pride pretrgoma ali valujoče. Naraščanje je občasno odelo prostorski ali grafični značaj. Danes je npr. ustrezalo klancu na poti od njenega do mojega stanovanja oz. je bilo temu podobno. Vsak klanec hriba je doživela kot stopnjevanje, da se bo tam na vrhu hriba⁵⁴ – ko bo prispela pred mojo vilo – nahajala na ploščatem predelu, ki bo ustrezal doseganju cilja in s tem spanju.

Ko sem ji vse navedeno – na podlagi njenih priobčil v zgoraj omenjeni sovisnosti – ponovil, je nenadoma doživela dejansko mrzlico, nato pa je na mojo pobudo poročala o vsemogočih parestezijah. Poleg mraza čuti le to, da obe njeni zapestji zaobjamejo v zgoraj omenjen nemogoč telesni položaj. Opazna je bila hiperestezija glave, ki jo je bilo možno občasno opaziti že prej. Najmanjši dotik, celo tresljaj kavča, je občutila kot grozno bolečino. Na obeh straneh prsnega koša čuti pritisk, takšnega kot pritisk dveh komolcev. Nenadoma začuti splošno vročino v zgornjem delu telesa, o spodnjem delu pa pravi: *»vem, da tam boli, a ne čutim!«* Hiperestezija zgornjega dela telesa je dokazana s pregledom (verjetno s hipoestezijo spodnjega dela telesa, kar pa ni bilo preizkušeno). Potem ko sem pojasnil, da so se vsi občutki premestili navzgor, in prerokoval, da bo uvid v medsebojne povezanosti omogočil, da se bo dražljaj povrnil na svoje prvotno in resnično mesto (uporabil sem prispodobno, da bom njene občutke – kot iz neke spužve – ponovno stisnil iz zgornje polovice v spodnjo), je nenadoma začela čutiti močno bolečino v genitalnem predelu.

To, da odzive na dražljaj premesti navzgor, ji omogoči, da se osvobodi strahu, da so dogodki lahko tudi resnični. Bolečina se – z udarjanjem glave ob žimnico, neskončnimi melodijami in posledičnim glavobolom – preusmeri na bolj nedolžno mesto. Ko se torej lokalizacija bolečine premesti na moralno manj pomemben in zagotovo nerealen del telesa, postane sorazmerno protibolečinsko sredstvo. Ponovno pomemben vir mazohizma: bolečina za blaženje drugih, večjih bolečin.

⁵³ Udarjanje.

⁵⁴ Ferenczijska vila se nahaja, ustrezno opisanemu, na vrhu budimpeškega mestnega naselja Naphegy. Strma cesta, ki vodi do tja, se konča dvajset ali trideset metrov pred vilo v obliki planote (zabeležka Michaela Bálinta).

Bolnica *»Občutku vrtoglavice na koncu analitične seanse«* podobno čuti, da ko nenadoma opusti udarjanje glave ob žimnico ali ko se konča hribolaštvo, se enkrat že vpeljana in ustaljeno gibanje v glavi nadaljuje avtomatično, kar ji povzroča vrtoglavico. Ta vrtoglavica ustreza nenadno nastali zmedenosti in nezavesti.

31. januar 1932

Zastoj katarze in njeno zdravljenje

Lahko bi predpostavili, da neskončno ponavljanje travmatičnega doživetja v analizi – ko je poudarek enkrat na enem, drugič na drugem dejavniku – na koncu privede do mozaične združitve celotne podobe. To se dejansko tudi zgodi, toda z občutkom spekulativne rekonstrukcije, zaradi česar nismo prepričani, da se je dejansko zgodilo. K temu se mora pridružiti še *»nekaj«*, kar intelektualno koherenco preoblikuje v miselno možnost ali verjetnost znotraj okvirjev solidne konvergence kot miselne neizogibnosti ali celo evidentne resničnosti.

Zaenkrat razpolagam le z dvema razlagalnima dejavnikoma oz. fragmentoma za poistovetenje tega *»nekaj.«* 1. Zdi se, da bolniki ne morejo – ali vsaj ne v celoti – verjeti v dejansko naravo dogodka, če analitik kot edina priča ohranja svoj hladen, brezčuten, ali kot bolniki radi povedo: popolnoma intelektualen odnos, medtem ko je narava dogodkov takšna, da v vseh prisotnih izzove upor, tesnobo, grozo, maščevanje, žalovanje in občutek, da je čim prej potrebno pomagati odstraniti vzrok in povzročitelja. In ker je največkrat govora o otroku, ranjenem otroku – a tudi neodvisno od tega –, ga želijo potolažiti. Človek se torej mora odločiti: ali svojo vlogo – ki jo je kot dobrohoten in pomagati pripravljen opazovalec prevzel nase – vzame resno oz. se z bolnikom dejansko vživi v njegovo preteklost (kar mi je Freud – ker je to nedopustna zadeva – očital), zaradi česar tako mi sami kot tudi bolnik verjamemo v sedanjo resničnost in ne v resničnost, ki je začasno premeščena v preteklost. Ugovor zoper tovrstno dejanje bi se glasil: ampak saj vemo, da se zadeva – v kolikor je resnična – ne odvija sedaj. Prav nič nismo poštene, če pustimo, da se dogodki odvijajo na dramatičen način in v tej drami celo sodelujemo. Če pa ta ugovor sprejmemo in želimo bolniku dogodke od samega začetka predstaviti kot trenutno nerealne spomine, ta sicer sledi našemu miselnemu toku, vendar ostane na intelektualnem nivoju brez vsakršne prepričanosti.⁵⁵ *»Ne more biti res, da bi se vse to zgodilo meni, sicer bi mi nekdo priskočil na pomoč«* – in bolnik se raje nagiba k temu, da dvomi v pravilnost lastne presoje, kot pa da bi verjel: ne sočustvujemo z njim, nismo dovolj inteligentni, preprosteje povedano: ne verjame, da smo tako hudobni. Podobni so bili duševni procesi

⁵⁵ Ferenczi se je s problematiko različnih ali spreminjajočih se stopenj prepričanosti ukvarjal od leta 1913, glej: Sándor Ferenczi, *»Verovanje, nejevernost in prepričanost v luči medicinske psihologije«*, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id., Psihoanalitične študije, op. cit.*, str. 197-210. Specifičen cilj določenih poznejših tehničnih poskusov je bil ustvariti pogoje, ki bolnika usposobijo, da doseže stopnjo prepričanosti, čemur je Ferenczi pripisoval izredno terapevtsko vrednost.

po prebuditvi iz travme. Neposredno po dogodku (večinoma v otroštvu) bi se žrtvi šoka še lahko pomagalo. Duševni pretres prestala oseba je intelektualno v tolikšni meri zmedena, da ne zmore o preteklem dogajanju nič gotovega povedati (za primerjavo lahko tukaj omenimo retroaktivno amnezijo po pretresu možganov). Pri osebi s tovrstno miselno ohromitvijo je potrebno aktivirati meglene in nemočne spominske slike ali njihove fragmente. (Tukaj lahko podrobneje opišem, kako se R. N. nemudoma prebudi iz stanja omamljenosti, ko se od nje zahteva več kot le najpreprostejše mišljenje.) Zdi se, da se na tej točki analize ponovi nekaj iz preteklega življenja. Starši v večini primerov infantilne travme nimajo nikakršnega interesa dogodke vklesati v otrokov spomin, prav nasprotno, skoraj vsesplošno se poslužijo terapije potlačevanja: »to je malenkost«, »nič se ni zgodilo«, »ne misli več na to«, »katonadolog«.⁵⁶ Nikoli pa se ne spregovori o grdih dogodkih, npr. seksualne narave. Te preprosto zamolčijo, otrokovih tihih signalov ali ne vzamejo na znanje ali pa jih kot neupravičene zavrnejo, in to s polnim soglasjem okolice ter s takšno doslednostjo, da otrok zelo kmalu svoje lastno mnenje opusti.

Analitiku ne preostane drugega, kot da bolniku poroča o svojih dejanskih čustvih in npr. prizna, da zaradi osebnih težav svoje zanimanje pogosto s težavo osredotoči na bolnika. Nadaljnja priznanja: zdravnik je preveč ljubezniv, prijazno se smehlja, sam pri sebi pa si misli: »da bi te vrag, motiš moj popoldanski spanec«, ali: »ponoči sem slabo spal, muči me prebava«, nato pa: »kako neznosen je odpor tega bolnika, najraje bi ga nagnal.« Bolniki to seveda načeloma čutijo. Toda zdi se, da se mnogi ne zadovoljijo s tem, da ne vedo ničesar gotovega – vedeti želijo resnico. Zgodi se lahko tudi to, da bolnik ali misli ali pa ga moramo opogumiti, da bi mislil: analitik se deloma zaradi svojih še nerešenih, nenadzorovanih ali popolnoma nezavednih osebnih kompleksov ne zmore popolnoma postaviti v bolnikov položaj, njegova nejevoljnost in neprimernost ga ovirata, da bi lahko postal pravi udeleženec drame. V resnici si mi, analitiki, moramo priznati, da nam je kritična ostrovidnost naših bolnikov, še posebej če smo to ostrovidnost mi sami razvili pri njih, omogočila številne uvide v nenavadnosti ali šibkosti naše lastne osebnosti. Ne vem za noben primer učne analize – vključno z mojo –, ki bi bila tako popolna, da bi bile tovrstne korekcije v življenju in delu povsem odveč. Vprašanje je le to, kako daleč lahko in mora seči tovrstna »vzajemna analiza.« Seveda se pojavi sum, da bolnik le izkoristi priložnost, da pozornost preusmeri stran od sebe in paranoidno preiskuje analitikove komplekse, tako da iz sebe naredi nekakšnega zdravnika, zdravnika samega pa prisili v vlogo bolnika. Ampak niti to ni povsem ovrgljivo. a) Tudi v primeru paranoje moramo obvezno in v prvi vrsti iskati jedro resnice, ki se ga lahko odkrije v prav vsaki blodnji. b) Ni povsem ovrgljivo, da je analitikova navada, da ovire venomer – na paranoiden oz. bloden način – išče v bolnikovem odporu, napačna, saj je v službi projekcije ali zanikanja naših lastnih kompleksov.

Poseben primer R. N. Prvi pravi napredek v bolničnem prepričanju je povezan z dokaj sistematično izvedenimi in dejansko emocionalnimi fragmenti analize analitika: dokazljivo prekomerna čustvena vnema in skoraj neznosno sovražstvo do bolnika, ki se ga obenem lahko poveže z izredno neprijetno in le rekonstruktivno dosegljivo nadpovprečno uspešnostjo v otroštvu ter mladostništvu kot kompenzacijo zelo hudih travm.⁵⁷ Odporu do – za analitika značilno – zaigrane vloge in zavrnitvi »izumetničenih« čustev kmalu sledijo »nemočni« čustveni izbruhi (žalovanje, vznemirjenost, sočutje, popolno sesutje) kot nasprotja predhodnih hladnih čustev. Bolnica se v taistem trenutku sprosti in dobi občutek, da sem končno dojel (oz. začutil) njeno trpljenje, nato z mnogo večjo gotovostjo čuti a) dejanskost doživetih dogodkov, b) kontrast med sedanostjo in obdobjem, ko so se dogodki zgodili: popolna zapuščenost namesto možnosti priobčitve in dobronamernega poslušanja.

Očiten ugovor: analitik se ne more analizirati z vsakim svojim bolnikom. Vprašanje je, kaj lahko odgovorim – če sploh znam kaj odgovoriti – na ta ugovor in ali je govora le o specialnih primerih, v katerih prav nič ni možno doseči brez tovrstne poglobitve analitične situacije, še čaka na odgovor.

2. Po odstranitvi pri analitiku obstoječih ovir se mnogo jasneje pokažejo meje nujenja pomoči, obenem pa se bolnik počuti prisiljenega, da začne iskati druge oblike obstoja, vendar te postanejo dosegljive le na poti do prave ozdravitve. Voljo do ozdravitve, oz. namen vpogleda v bolečo resničnost (vključno s preteklostjo) bolnik [okrepi],⁵⁸ če vzdrži s strani analitika povzročeno razočaranje ter veselo in brez kljubovanja sprejme tisto, kar je dejansko uresničljivo; [vse to]⁵⁹ vodi do analognih modifikacij v kateksi spominskega materiala, ki je bil predhodno neznosen in zaradi tega nezaveden.

Potem ko se razjasni vnema analitikovih presežkov, največkrat izginejo skrajnosti transfernih občutkov, bolnik pa izrazi svoje negodovanje, ki ga je prej zamolčal. Končni rezultat analize transferja in kontratransferja je lahko nastanek dobrohotnega in ne-strastnega ozračja, kakršno je obstajalo pred travmo.

Po teh splošnostih je v določenih primerih potrebno poskusiti uporabiti prisposodob »katarzičnega zastoja.«

⁵⁷ Ni povsem jasno, na kakšne hudo travmatične dogodke svojega otroštva namiguje Ferenczi; nekateri so znani (številčna družina, zelo zaposlena starša, smrt ene izmed mlajših sestra in očeta pri starosti 15-ih let), ostali pa ne. Za konkretne podrobnosti Ferenczijevega otroštva glej: Sándor Ferenczi, Georg Groddeck, *Briefwechsel 1921-1933* [Dopisovanje 1921-1933], op. cit.

⁵⁸ Dopolnitev Michaela Bálinta: »verstärkt.«

⁵⁹ Dopolnitev Michaela Bálinta: »all dies.«

2. februar 1932

Dilema vzajemne analize

1. Bolnica priganja analitikovo analizo, saj čuti, da v njem obstoječe ovire onemogočajo doseganje tiste notranje svobode libida, brez katere se že stokrat rekonstruirani delci nikoli ne bodo mogli sestaviti v enotno celoto; njihova vsebina – še posebej neposredno po katarzični reprodukciji – se razcepi na čustvo in opažanje (znanje) ter nikoli ne doseže več kot le kratkotrajne trenutne združitve.

2. Po premagovanju številnih osebnih in povsem teoretičnih (tehničnih) odporov sprejem odločitev, da popustim tudi glede tega. Z izjemo precej redkih trenutkov podelim prav vse, čeprav bolničino občutljivost do določene mere upoštevam še naprej. Toda njena ambicioznost me sili k vse bolj odprtemu asociiranju; na koncu pa se ponudi priložnost, kjer opustim obzirnost do bolnice. Spregovorim zlasti o doslej zadržani kritiki. Za bolnico je najbolj boleče – že skorajda tragično – to, da v njeni analizi dejansko izzvana nežna čustva zavzemajo popolnoma drugo smer. Na sledeči seansi mi sporoči, da je storila vse, kar je potrebno za prekinitev analize, in vse to tudi prvič poveže z nekim že izdelanim načrtom: odpotovala bo k svojemu dragemu sorodniku, čigar čustva in osebna skrb ji nudijo ravno to, kar pri meni pogoša: ljubezen in nežnost.

3. Zdi se, da analiza spodleti ravno zaradi te dileme, in pot umika je lahko le v analitikovem obžalovanju, da so se stvari tako končale, in v tem, da na podlagi lastne izkušnje uvidi, da za to, da bi se proces iztekla drugače, kot se je sicer, je travmatizirani osebi potrebno resnično nekaj ponuditi; vsaj toliko skrbnosti (ali dejanski namen tega), kolikor je mora dobiti otrok, ki ga je doletela huda travma. Vsekakor se zdi, da tudi še tako zelo travmatiziran otrok – tako v kvaliteti kot kvantiteti – zahteva v povračilo in kot protiutež ogromno ljubezni. Če tega ne dobi, ostane pri nemem in ponosnem trpljenju, in če ni vsaj enega človeka, ki bi se mu lahko odprl, potem še naprej v dostojanstveni samoti lebdi nad dogajanjem, medtem ko se trpljenje manifestira v simptomih, nočnih morah ter stanjih transa, ne da bi za sabo pustili najmanjšo sled prepričanosti.

4. Obenem pa se ponuja nek drug primer dozdevno precej strašne in nevarne spontane potopitve v trans (mrtvaška bledica, skorajda le najplitvejša dihanje, upadle oči itd.). Najbolj mučen je konec seanse, ko sem primoran bolnico v opisanem stanju pustiti samo, se od nje posloviti z vsega le nekaj besedami, s katerimi jo priganjam ali dopustim, da nekaj minut ostane sama leže. Ob zadnji tovrstni priložnosti mi je rekla: »*You could at least tell me that I am a good girl*«, ⁶⁰ kar sem nato tudi storil; torej tudi v tem primeru gre za to, da si bolnica želi nežnosti (zgoraj omenjena bolnica mi je naslednji dan rekla, da bi ji vsaj za kratek čas moral dopustiti priložnost, da ponovno postane bolnica, da bi se vsaj nekoliko ublažil tisti grozen duševni pretres, ki ga je doživela zaradi tega, ker sem ji

⁶⁰ Lahko bi mi vsaj rekli, da sem pridna punčka.

povedal, da se je libido ponovno preusmeril drugam). Nadalje je v obeh primerih skupno sledeče: a) brezpogojni ponos zaradi skoraj nadčloveškega dosežka, b) občutek, da sta eksplodirala v veselje, ki je okrašeno s še posebej lesketajočimi se podobami nebesnih teles; v prvem primeru so navidezno nepovezane halucinacijske predstave in besede, tako kot »*I am a universal egg*«, ⁶¹ kar pomeni, da je ona središče sveta in da je vase inkorporirala celotno veselje. Seveda bodo vsi trdili, da je to megalomanija, a bolnica na to odvrne, da tisti, ki tega še niso doživeli, ne vedo, kako zelo prav imajo blazneži in kako zelo omejeni so razumni ljudje. Gotovo je priporočljivo, če kdo želi razumeti duševne motnje in travmatski šok, da se na tovrstne izjave ne odzove takoj s svojim racionalizmom, temveč naj raje razmisli o resnici, ki jo prav ti navzven orientirani hipersenzibilni duševni bolniki, tako rekoč kot nekakšen medij, nosijo v sebi. Vsekakor ponuja možnost vpogleda tako v duševno vsebino razcepljenega nezavednega kot tudi v samo naravo in način razcepa. Za vse nas ostaja odprto vprašanje, ali bi moral človek iti še naprej in v obliki ter vsebini duševnih motenj iskati tudi supramaterialne, metafizične (nad-materialne in nadčutne) intencije (podobno kot fiziki, ki v končni fazi vse substance v celoti razstavijo na energijo).

4. februar 1932

Psihogeneza duševnega šoka (B.)

Malo sem utrujen. Zaradi tega sem danes bolnico kar precej časa nemoteno pustil v relaksiranem stanju in razpoloženju, medtem ko sicer imam neugodno navado, da se – predvsem pri tej bolnici – od časa do časa spustim v pogovor in prepir, pred čemer pa se ona občasno ubrani z energičnim »*shut up-om*«. ⁶² Toda jaz sem celo takrat, ko je zapadla v poltrans, običajno ta trans dokaj hitro prekinil, prosil za razlago in pojasnilo ter se tudi sam poslužil interpretacij. Zaskrbljujoči simptomi (kratka sapa, pulz in dihanje, blede hladna koža, tesnobno znojenje itd.) so me običajno prav tako spodbudili, da bolnici prižanem s trpljenjem in jo tako rekoč prebudim. Tokrat do vsega tega ni prišlo; simptomi so se stopnjevali, jaz pa jih v njihovem obstoju nisem motil, temveč sem dopustil, da spontano ponehajo. Čez približno deset minut je bolnica začela stokati oz. hotela dati vedeti nekaj o svojem stanju in čustvih. Nato sem poizvedoval o podrobnostih bolničnih doživetij v času njene mentalne odsotnosti, kar je bilo spremljano s simptomi trpljenja. Poročala je, da je njeno dihanje postajalo vse plitkeje, na nič pomembnega ni mislila, čutila je edinole veliko zmedenost in močan glavobol v predelu tilnika (bolnica je to lokalizacijo že prej večkrat omenila, kakor tudi drugi bolniki v transu). V teh trenutkih se tudi že najmanjši hrup in najblažji dotik zdi nevzdržen, ne da bi bolnica znala povedati, zakaj. Na vprašanje, kakšna čustva je občutila v tem stanju, je odgovorila: »*neskončno jezo*,

⁶¹ Jaz sem univerzalno jajce.

⁶² Utihni.

nepojasnljiv bes, moriti, le moriti, moriti!« (predvsem mene, saj sem bil jaz tisti, ki je zmotil njen mir). Moj odgovor: »*ker Vi o vzroku jeze in besa ničesar ne znate povedati, sva primorana predpostaviti, da so se v nezavednem shranili in reproducirali takšni vtisi zunanjega sveta, ki ustrezajo količini in kakovosti vaših čustev. Celo to morava predpostaviti, da to, kar Vi nočete niti čutiti niti vzeti na znanje in se tudi ne spomniti, je mnogo hujše od simptomov, v katere se zatekate. Nevrotična trpljenja so sorazmerno manj boleča kot pa tista telesna in duševna trpljenja, ki so človeku s pomočjo njih prizanesena. Ta slučajen eksperiment me v vsakem primeru spodbuja k bolj smotrni ponovitvi.*«

Moja zgodnejša predpostavka o dvojni spominski seriji, subjektivno narcistični in objektivni, kjer je poudarek enkrat na eni drugič na drugi, omogoči vpogled v histerično tvorbo simptoma. Če med odvodom čustva uspe vso pozornost koncentrirati na subjektivni proces, objektivna stran zaznavnega sistema ostane povsem prazna, svobodna. Huda bolečina ima v tem smislu narkotičen učinek; za zavest je bolečina brez vsebinske predstave nedostopna (ni nemogoče, da sleherna narkoza pravzaprav ustreza tovrstni hipersenzibilnosti). Vprašanje obstoja brez-objektnega občutka je tudi tukaj deležno pozitivnega odgovora. Ta subjektivna izkustva so dosegljiva v stanju transa: občutek dušenja, subjektivne slušne in vidne zaznave brez vsebine ter oblike, raznorazne bolečine. Občutek minevanja, razpoka itd.

Toda ali se tudi objektivni procesi – ki so prikrajšani za subjektivne občutke – vendarle nekako registrirajo in ali se lahko oživijo? Od odgovora na to vprašanje je odvisno, ali bo travma pri ponovitvi postala dostopna v obliki izkustva ali v obliki spomina. Tukaj lahko omenim šalo o zadolženem človeku, ki mu je preko telefona prisluškoval njegov upnik. Na zlorabo slednjega se je odzval z vzklikom: »*kako čudovita iznajdba je telefon! Sliši se prav vsaka beseda.*« Pomembno opozorilo: človek si ne sme dopustiti, da bi trpljenje na njem pustilo prevelik vtis oz. ni potrebno trpljenja predčasno prekiniti; glej tudi moje eksperimente v zvezi z epilepsijo.⁶³

14. februar 1932

O sprejemanju neugodja⁶⁴

Ko uspemo dejansko obstoječo mučno situacijo – kot neizogibno, za mišljenje celo nepogrešljivo – filozofsko umestiti v neko večjo enotnost, ki si jo zamislimo ali pa jo dejansko zaznavamo, še posebej če uspemo tudi libido premestiti na to večjo sistematično enoto, lahko občutek bolečine preneha, četudi se vzroki ohranijo. Še več, ta integracija in uvid vanjo je lahko prijeten oz. lahko postane tako prijeten, da učinkuje privlačno. Možno je, da se v tem skriva eden izmed elementov ali dejavnikov mazohistične naravnosti.

⁶³ Glej: Sándor Ferenczi, »Über den Anfall der Epileptiker (Beobachtungen und Überlegungen)«, [O epileptičnih napadih (opažanja in razmišljanja)], v: *id., Bausteine zur Psychoanalyse III., op. cit., str. 170-179.*

⁶⁴ Sándor Ferenczi, »Problem sprejemanja neugodja«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id., Enfant terrible psihoanalize, op. cit., str. 42-50.*

»Zdravljenje« mazohistične prisile lahko poteka na sledeč način: dokler je ta recimo optimistična integracija nezavedna, je – ustrezno primarnemu procesu nezavednega – prisotna nagnjenost, da se poveže z raznimi bolečinami, tudi takšnimi, ki si te optimistične ocene dejansko ne zaslužijo. Če pa analizi uspe užitek bolečine zavestno povezati s specifično in v preteklosti dejansko obstoječo situacijo, lahko ta prisilna narava mazohizma izgine, svoje mesto pa preda racionalno upravičeni sposobnosti, kar omogoči prenašanje bolečine, saj v zameno lahko pričakuje določene privilegije v prihodnosti. Čim močnejše in uničujoče je trpljenje – in morda: čim bolj zgodaj ga je bilo potrebno prestat, zaradi česar je tudi postalo določujoče –, tem širši krog zanimanja je potrebno zgrniti okrog trpljenja, da bi postalo smiselno, da bi se ga lahko opredelilo kot naravno nujnost.

Na primer (da kar takoj omenim najmanj verjetnega): z neobgljenim otrokom slabo ravnajo, npr. ga izpostavljajo stradanju. Kaj se zgodi, ko se trpljenje stopnjuje in preseže sposobnost dojemanja majhnega bitja? V pogovornem jeziku se temu, kar sledi, pravi, da je »otrok v stanju zamaknjenosti«. Simptomi stanja zamaknjenosti (gledano z zunanje strani): odsotnost senzibilnosti oz. odzivnosti, splošni mišični krči, čemur pogosto sledi vsesplošna ohromelost (»ni prisoten«).

Če hočem verjeti izjavam svojih bolnikov, ki poročajo o podobnih stanjih, potem ta »neprisotnost« ne pomeni obvezno ne-bit, temveč le nekakšen ne-bit-tu. Glede tega, kje se nahaja, izvem sledeče: odsotni so, nekje daleč v vesolju; z veliko hitrostjo drvi med zvezdami; počutijo se tako tanke, da lahko brez ovir prehajajo celo skozi najgostejše snovi; tam, kjer se nahajajo, ni časa; preteklost, sedanjost in prihodnost so zanje sočasno prisotne; čutijo, da so premagali čas in prostor. Gledano s te neskončno oddaljene perspektive, se zdi njihovo trpljenje nepomembno, celo pomirjeni uvidijo, da morajo trpljenje nujno prestat, ko se ravno v njihovi osebnosti srečajo medsebojno kljubujoče in bojujoče se naravne sile. Po takšnem izletu v vesolje se zanimanje ponovno usmeri v lastni »jaz«, možno, da celo z mnogo več senzitivnosti, saj človek, ki je na tak način »prestal« trpljenje, premore mnogo več modrosti in potrpežljivosti.

Vsekakor pa ta modrost in potrpežljivost – morda takrat, ko je trpljenje premočno, oddaljenost od »jaza« pa prevelika – od zunaj delujeta kot še kar pomembna omejenost čustvene kakovosti življenja. Po prevelikem razočaranju se pretežni del človekovega zanimanja oprime drugega sveta, preostanek tega zanimanja pa zadostuje le za to, da svoje življenje živi dalje zgolj iz navade. Kaj torej v takšnih primerih prinaša analiza? Po mojih izkušnjah sodeč, ko bolnik dejansko zaupa analitiku, da ta vse razume, se bolnik poglobi v različne stadije zamaknjenosti, odsotnosti, brezčasnosti in brez-prostorsosti, vsevednosti ter jasnovidnosti. Vse to se zgodi v obliki nekoherentnih serijskih predstav in halucinacij, torej v obliki, ki bi jo lahko poimenovali halucinatorna psihoza. Če se te diagnoze ne prestrašimo in si celo prizadevamo bolnike prepričati, da se spoprijateljijo z doslej strašanskimi predstavami (S. I.) – medtem pa a priori ne zavrnamo možnosti

duševne in druge vrste resničnosti njihovih zaznav –, potem se bolnikovo zanimanje v odnosu do vsakdanje resničnosti deloma ponovno prebudi, v večini primerov pa so bolniki celo izrazito nagnjeni k temu, da tako meni kakor tudi drugim trpečim pomagajo na način, ki v njih prebudi optimizem. Shizofreni bolniki pogosto posedujejo splošno znano in fantastično učinkujočo nagnjenost, da si ustvarijo svojo lastno kozmogonijo, kar predstavlja del poskusa, da svoje »nemogoče« trpljenje umestijo v tisto določeno veliko enotnost.

Trpeči človek in filozof se torej razlikujeta v tem, da se trpeče bitje v celoti upira izredno boleči resničnosti; morda to, kar imenujemo bolečina, pravzaprav ni nič drugega kot tovrsten upor. Fiziologi in zdravniki trdijo, da je bolečina, kot znamenje ogroženosti, koristna. Vprašanje je, ali hipohondrična navezanost na bolečino, oz. na upor proti motnji, ne ovira boljše prilagoditve. (Couétova trditev: »*bolezen ne obstaja, vsak dan sem vse boljše*«,⁶⁵ in Eddy-Bakerjevo zanikanje bolezni⁶⁶ sta morda – če sploh – koristna takrat, če je v ozadju neka vrsta sprejemanja bolezni.) Namesto da bi rekel, da bolezen ne obstaja, sem v določenih primerih svetoval, da se proti bolečini ni potrebno boriti, temveč ji je celo potrebno dopustiti, da se svobodno razvije. (Analogija z izostankom morske bolezni, ko sem tudi jaz želel enako kakor ladja.) Nerešeno oz. neodgovorjeno pa ostane naslednje vprašanje: v kolikšni meri so se tisti, ki so zaradi bolečine »poblazneli« oz. tisti, ki so izstopili iz običajne egocentrične perspektive, zaradi svojega specifičnega stanja znašli v položaju, da so izkusili določen del nematerialne resničnosti, ki je za nas materialiste sicer nedostopen. Tu je potrebno vključiti t. i. okultistično raziskovalno smer, saj med analizo trpečih posameznikov zelo pogosto pride do prenosa misli. Včasih imam vtis, da resničnost tovrstnih procesov v nas materialistih trči na močan čustveni odpor; in čeprav lahko pokukamo v ta proces, kljub vsemu začutimo, da je to nekaj takšnega, kakor Penelopino razblinjajoče se platno ali širom razpadajoča se tkanina naših sanj.

Možno je, da imamo v tem primeru opravka z že četrto »*narcistično rano*«,⁶⁷ inteligenca namreč – na kar smo tudi mi analitiki tako ponosni – prav tako ni naša last, temveč nekaj takega, kar se mora z ritmičnim razlitjem »*Jaza*« v veselje – ki je edino vsevedno in s tem tudi edino inteligentno – zamenjati ali regenerirati. Ampak o tem kdaj drugič.

⁶⁵ Emile Coué (1857-1926) je bil francoski psiholog in promotor avtosugestije.

⁶⁶ Mary Baker-Eddy (1821-1910) je bila ustanoviteljica »*Christian Science*« [krščanska znanost]. Ko je uspešno prebolela hudo bolezen, je postala prepričana, da se bolezni lahko zdravijo le s psihološkimi sredstvi, ne pa s telesnimi posegi ali obravnavami. Njeni nauki so se razširili v določenih verskih sektah po vsem svetu, zapisala pa jih je v svojem delu: Mary Baker-Eddy, *Science and Health*, Christian Scientist Publishing Company, Boston, 1875.

⁶⁷ Preostala tri so najverjetneje mišljena Galilejeva, Darwinova in Freudova odkritja.

16. februar 1932

Omejitve vzajemne analize

1. Diskretnost. Če želi biti analiza korektno izvedena, mora analitik svoji bolnici – ki jo analizira – zaupati skrivnosti drugih bolnikov. Ampak to naleti na etične in logične ovire. Bolniki ne vedo, da se jaz kot analitik pustim analizirati svoji siceršnji bolnici. To bi bilo torej potrebno sporočiti mojim preostalim bolnikom, kar pa bi seveda pomembno zmotilo njihovo zgovornost in zaupanje vame. To bi bilo tako, kot če bi analiza potekala pri odprtih vratih. Ta zmedena situacija postane še posebej zapletena, če se bolnika medsebojno poznata, zlasti ko je ta, ki me analizira, nevrotična in šibka osebnost, zaradi česar jo svet vidi kot manjvredno (čeprav, kljub njenim večjim in manjšim pomanjkljivostim, moram priznati, da je sposobna v meni odkriti nekaj analitično novega). Možen izhod iz te zapletene situacije je, da se nobenemu izmed bolnikov ne pustim analizirati v celoti, temveč le toliko, a) kolikor bolnik to potrebuje, b) in kolikor je v dani situaciji tega zmožen. Ta »poligamna« analiza, ki približno ustreza skupinski analizi ameriških kolegov (četudi se ne odvija v skupinski obliki), zagotavlja določen nadzor nad različnimi analizami, obenem pa predstavlja prizadevanje, da se izognemo prevelikemu vplivu posameznega bolnika. Kakšen ostroumen vzajemni analitik pa lahko sprevidi to zvižanost. »*Niž ne bo s potopitvijo v nezavedno, če Vi transferju na pot postavljate takšne umetne ovire. Kaj bi si pa Vi mislili o meni, če bi jaz poleg Vas začela iskati še drugega analitika? Zagotovo to, da se želim s to taktiko ubraniti pred pravim uvidom. Odločite se. (Očitno menite, da ste edini, ki sploh pridete v poštev.) In ali ni ravno to Vaša specialna značajska hiba analitika, da Vam ne gre zaupati nikakršne skrivnosti in da čutite, da mora za ta analitični odnos izvedeti ves svet, ter da imate slabo vest, kot da bi skočili čez plot, in da morate kot majhen deček ali ponižen mož steči do svoje mamice ali žene, da ji vse priznate in se opravičite!*«

Trenutno lahko poročam o treh analizah, ki so se zapletle zaradi mene. Samo ena bolnica jemlje zadevo resno, celo preresno, in je obupana, ko nimam dovolj resnega odnosa do njenega predloga: a) resnično bi moral verjeti, da so ovire nastale zaradi mojih kompleksov, b) kakor sem že drugod omenil, upa, da bo s premagovanjem odpora v meni našla pričakovanega rešitelja njenega življenja, c) poskus, da bi pozornost s sebe preusmerila name. Tovrstni vzajemnosti analitična situacija postavi specialno omejitev, ko nekako napol načrtno dopustim, da bolnica nekaj doživi, ne da bi jo predhodno o tem obvestil. Vprašanje je npr., ali lahko svoji bolnici brez neugodnih posledic povem, da jo namerno mučim in jo puščam trpeti, da ji namerno ne pomagam niti s prijaznostjo niti z denarjem, in to samo zaradi tega, da 1.) se osvobodi transferja, 2.) opusti stališče, da bo zaradi svojega trpljenja deležna sočutja in pomoči, 3.) se v težavah obelodanijo latentni izvori energije. Ali se lahko in ali je potrebno bolnici vse to iskreno povedati ter resnično dati vse karte na mizo? Na to vprašanje bi najprej želel odgovoriti z odločnim ne, vendar že vidim ogromne težave, ki bi lahko izhajale iz tega.

Lahko bi razmišljali tudi tako, da se moje samoizpovedi stopnjujejo ustrezno bolničini zmogljivosti. Kako pa bi izgledala analiza, ki bi se začela s tem, da bi bolniku ali bolnici rekel: »*v osnovi se mi zelo gnusite. Nevzdržno zaudarjate. Vaš obraz je grd, prav tako tudi Vaše vedenje.*« Po drugi strani pa se počutim krivega, ker nekatere svojih bolnikov in učencev, ki so bili pri meni v analizi, nisem opozoril na njihove manire ter značilnosti, ki so bile tako zame kot za druge neprijetne, in to samo zato, da prizanesem njihovi občutljivosti ter krepim analitični odnos.

Toda na podlagi odtlej nabranih izkušenj sumim, da nič ali zelo malo koristi, če smo do bolnika prijaznejši, kot dejansko čutimo. Če se komaj opazno, a vseeno malo drugače rokujemo z njim, če je naš glas bled ali pa ne izraža zanimanja, če se hitro ali počasi odzovemo na to, kar nam pove: vse to in še na stotine drugih znakov bolniku razodene, kakšno je naše razpoloženje in čutenje. Nekateri izmed njih z globoko prepričanostjo trdijo, da so naše misli in občutke sposobni zaznati, ne glede na zunanje znake, celo na daljavo.

V treh primerih sem opazil še posebej ugoden učinek lastnega globoko relaksiranega stanja na bolnično produkcijo:

a) bolnica opazi, da sem zaspan. Namesto da bi – česar sem se bal – bila užaljena, je bila počaščena, da sem se zmogel v njeni prisotnosti obnašati tako naravno. »*To kaže, da mi zelo zaupate! Drugič se sploh ne silite, ampak kar mirno zaspate.*« Taista bolnica me opozori, da se naj ne naprezam preveč v korist svojih bolnikov. V nasprotju s tem pa se na eni izmed naslednjih seans name obrne s sledečo prošnjo: »*prosim, da danes ne zaspate, zelo potrebujem vašo prisotnost, grozno sem zmedena.*« Zatem sem se prebudil iz svojega dremeža in se osredotočil na bolnico ter si prizadeval razkropljene misli in občutke povezati z njihovimi izvornimi vzroki ter tudi dosegl določene rezultate (morda iz hvaležnosti, da me je ob drugih priložnostih pustila na miru in bila do mene prijazna in pozorna). Po delu s to bolnico nisem čutil utrujenosti.

b) druga bolnica se je počutila še bolj počaščeno, ko sem se po večletnem poznanstvu in analizi prvič opogumil uporabiti WC v njeni hiši. To me je pripeljalo do vprašanja glede moje splošne sposobnosti relaksacije, ki je močno omejena, saj je ena izmed mojih varuš v mojem otroštvu nadvse grobo ravnala z mano, ker sem se podelal. Takrat se je v meni izoblikovalo tisto pretirano prizadevanje, da sem postal zelo pozoren na to, kaj drugi pričakujejo od mene, kdaj sem in kdaj nisem všečen drugim – in vse to občasno oteži še moje nerodno vedenje: razlijem kavo ali vodo, padem in se s tem osmešim, zanemarjeno se oblačim itd.⁶⁸

Tukaj se morda lahko vstavi kočljivo vprašanje relaksacije, ne le tekom razmišljanja, temveč (kot pri spanju, uporabi WC-ja) tudi glede vedenja.

Analitik mora pri bolniku z analizo doseči že zelo veliko, zelo mu mora zaupati, preden si v zvezi s tem dopusti kakšno zadevo (glej zgoraj). Prepričani moramo biti npr. v to, da bolnik ne bo zameril, če za trenutek zadremamo in da je že zdaleč presegel to, da bi najpreprostejše telesne funkcije vzel za slabo. Po drugi strani pa moramo biti popolnoma prepričani tudi vase; prepričani moramo biti, da v času relaksacije ne storimo ničesar, kar bi lahko škodovalo bolniku ali neposredno nam. Predstava o uspešnem zaključku analize se morda lahko primerja s poslovitvijo dveh srečnih pajdašev, ki sta po dolgoletnem skupnem trdem delu postala prijatelja, toda oba morata razumeti – brez tragičnih scen –, da prijateljevanje v šoli ni istovetno z življenjem in da se mora vsak izmed njiju razvijati, kakor mu to določa njegovo lastno življenje. Morda si lahko podobno predstavljamo srečen zaključek odnosa med staršem in otrokom.

20. februar 1932

O vzajemnosti

Nenehno nezadovoljstvo in občutek manjka v zvezi z rezultatom, tudi po tem, ko sva se več ur kar se da intenzivno ukvarjala s travmatskimi dogodki. Tudi zdaj – kot ponavadi – najbolj žive reprodukcije vseh simptomov trpljenja, celo agonije. Nestrpno me prosi: »*ne govorite toliko, samo nekaj preprostih vprašanj, ki spodbudijo moje misli. V Vašem glasu ni prepričanosti. Kaj imam jaz od tega, če Vi veste vse, jaz pa nič. To ni nič drugega kot ceneni optimizem, kot sprejem dobrodelne dame, s katero moram biti prijazna. Nikoli več ne bom počela tega.*«

Sledim nenadnemu navdihu – katerega sem se občasno domislil tudi že ob drugih priložnostih – in se prilagodim dejanskosti situacije (»*grozljiva nesreča, v kateri me pustijo, da tu ležim in izkravim, ker milostljiva gospa čaka z večerjo in povrh vsega še tisti ceneni optimizem*«) ter bolnico pripravim, da ji povem nekaj izredno bolečega, nekaj takšnega, kar človek običajno ne govori svojim bolnikom; ali je dovolj močna, da me bo poslušala? Pravzaprav bi morala biti dovolj močna, sicer me ne bi povabila k vzajemni odprtosti. Bolnica me odločno prosi, da sem popolnoma iskren, na kar ji odgovorim, da sem v resnici močno pretiraval, ko sem nenehno govoril o pričakovanem rezultatu njene analize. V resnici me je pogosto strah, da se bo celotna obravnava izjalovila, da se bo končala s polblaznelostjo ali samomorom. Nisem skrival dejstva, da je zame izjemno mučno in boleče to povedati že zaradi tega, ker tudi sam zelo dobro vem, kaj pomeni soočiti se s tovrstnimi možnostmi (sklicevanje na dogodke iz mojega zgodnjega otroštva). To je nepričakovano rezultiralo v popolni pomiritvi: »*če bi lahko takrat svojega očeta primorala priznati resnico in uvideti nevarnost razmer, bi lahko rešila svoje duševno zdravje. To priznanje bi pokazalo, da sem imela prav, ko sem govorila o navidezno nemogočih – saj jih z ničemer nisem mogla podpreti – dogodkih*« (prizori zastrupitve in umora).

Vprašanje: ali ni bil celoten projekt »vzajemne analize« zasnovan le zaradi tega, da bi se izvedelo nekaj, kar je bolnica v meni zaslutila in menila, da ji to zamolčim? Ali ni nezavedno iskala protistrupa za hipnotične laži v otroštvu? Ali ni hotela dobiti popolnega vpogleda tudi v najbolj skrite kotičke moje duše in opustiti vsakršno konvencijo, vključno s prijaznostjo in obzirnostjo?

Če bi bila to preprosta grobost in neučakanost, potem ničemur ne bi služila; toda bolnica je videla, kako sem se moral boriti, da sem sprejel to odločitev, in kakšno bolečino mi je povzročila ta kruta obveznost (tudi že prej je vedela, da zaradi podobnih notranjih ovir nerad opravljam kirurški poseg in se, če je le možno, izogibam tudi obdukciji).

V drugem primeru bolnika ni uspelo prepričati niti po večmesečnem ponavljanju travme; precej pesimistično trdi, da zdravnik nikoli ne bo zmogel dejansko tako doživeti dogodkov, kakor jih je doživel on sam. Zdravnik na tak način ne more sodelovati niti v »psihofizičnih« intelektualnih izkušnjah. Nato odgovorim, da razen v primeru, če se skupaj z njim potopim v njegovo nezavedno, in to s pomočjo lastnih travmatskih kompleksov. Bolnik to sicer razume, a je upravičeno nezaupljiv do tovrstnega mističnega postopka.

21. februar 1932

Fragmentacija

Duševne prednosti: posledica uresničitve povezav je brezvoljnost, ki pa se lahko prihrani, če te povezave opustimo. Subjektivni konflikt lahko prihranimo, če nastane razcep na dve različni osebnosti, ki z zgrinjanjem okrog različnih stremljenj druga za drugo sploh ne želita slišati. Ob izgubi zmožnosti prenašanja trpljenja se stopnjuje pomanjkanje složnosti vse do miselnega poleta, halucinatorna psihoza z visoko vročino predstavlja eno izmed tovrstnih »atomizacij« duševne dejavnosti. Tudi na organskem področju nastane podoben razpad in anarhija. Uglašeno delovanje različnih organov se zmanjša, lahko pa tudi povsem izgine; to sta pravzaprav dve obliki opustitve individualnosti telesa. Lahko predpostavimo, da opustitev prizadevanja po sodelovanju ustvari prihranek energije in osredotočenost na lokalne zadolžitve, kar pa spodbudi procese reparacije. Tudi tukaj analogija v zvezi z Löbovimi⁶⁹ poskusi brezspolne oploditve morskih ježev (posledica destruktivnega procesa je lahko tudi produktivnost). Podoben pojav v primeru otroka, ki je žrtev hude agresije, posledica: »opustitev duha« [Aufgeben des Geistes] in trdno prepričanje, da je ta samo-opustitev (stanje nezavesti) enako kot smrt. Toda ravno ta popolna relaksacija, ki nastane zaradi samo-opustitve, lahko ustvari ugodne pogoje za prenašanje nasilja (organi in tkiva so prožnejša, kosti se ne zlomijo, saj so pri nezavestnem, ki se ne upira nasilju, upogljivejše; primer tega so opite osebe, ki sorazmerno redko utrpijo hude poškodbe).

⁶⁹ James Löb (ali Loeb) (1859-1924) je bil ameriški psiholog nemškega porekla, ki mu je po številnih poskusih drugih znanstvenikov prvemu uspela eksperimentalna oploditev morskega ježa.

Tako oseba, ki opusti svojega duha, uspe fizično preživeti »smrt«, z določenim delom svoje energije pa začne ponovno živeti; občasno celo uspe obnoviti enotnost s predtravmatsko osebnostjo, čeprav različno dolga retroaktivna amnezija v večini primerov vendarle ostane. A natanko ta amnezija tvori tisti del osebe, ki je v resnici še vedno »mrtev« ali pa neprenehoma živi v agoniji tesnobe. Naloga analize je, da prekine s tem razcepom, toda takrat nastopi naslednji. Človek lahko o tem dogodku razmišlja rekonstruktivno, v skladu z lastnim prepričanjem, lahko začuti celo potrebo po razmišljanju o njem [Denknotwendigkeit], toda razcep med uničenim delom in delom, ki uničevanje opazuje, se kljub vsemu ohrani. Če se bolnik v katarzi poglobi vse do faze izkustva, potem v transu sicer podoživi trpljenje, a še vedno ne ve, kaj se dogaja. Iz niza subjektivnih in objektivnih občutkov je dostopna le subjektivna stran. Če se prebudi iz transa, nemudoma izgine neposredna ustreznost; travma se lahko ujame le z zunanje strani, na rekonstruktiven način, brez prepričanosti. Bolnica O. S. predlaga, da miselno aktivnost spodbujamo s postavljanjem zelo preprostih vprašanj. Oziroma: taktno, a vendarle energično je potrebno oživeti tako rekoč opuščenega duha in postopoma prepričati mrtev ali odcepljeni fragment, da vendarle ni umrl. Istočasno pa je bolniku potrebno pokazati toliko sočutja in razumevanja, da bo čutil, da se mu splača vrniti.

Vendar ta previdna in nežna obravnava ne more biti preveč optimistična; potrebno je priznati dejansko nevarnost in bližino smrti oz. opustitve samega sebe. Travme v nobenem primeru ne smemo – kar se v odnosu do otrok in bolnikov precej pogosto zgodi – obravnavati kot neko malenkost. Navsezadnje je potrebno priznati, da sta tudi naše znanje in celo želja po pomoči omejena (deloma zaradi naše sebične narave, deloma pa zaradi naših nebrzdanih osebnih kompleksov), oz. bolnik mora počasi uvideti, da zadostne pomoči ne more biti deležen le z zunanje strani, torej je primoran mobilizirati tudi razpoložljiv ostanek svoje lastne volje. Na koncu pa je potrebno pošteno priznati tudi to, da če bolnik ne bo pomagal samemu sebi, bo tudi ves naš trud zaman. Ali obstajajo primeri, v katerih je ponovna združitev travmatično odcepljenih kompleksov toliko neznosna, da se kljub vsemu ne more zgoditi popolna ponovna združitev, bolnik ostane še naprej nevrotičen ali pa se še bolj pogrezne v neobstoje ali zanikanje obstoja – to vprašanje ostaja zaenkrat še neodgovorjeno.

Kako delujeta physis in psyche

Physis ovirajo odpori, se pravi, da jo determinira preteklost, na katero je vezana. V psyche pa ti odpori povsem ali deloma izginejo, psyche usmerjajo motivi oz. reči, ki bodo nastopile šele v prihodnosti. V psyche gotovo lahko obstajajo različne stopnje brezčasnega in brezprostornega svobodnega gibanja. Mišljenje, ki je osnovano na načelu realnosti, je obremenjeno z neko zemeljsko težo, s strani katere je določeno. Vladanje načela ugodja v duševnosti pa je enako kot svoboda volje, kar je seveda za logično razmišljanje nepredstavljivo.

23. februar 1932

O maskulinem in femininem načelu, ki vlada v naravi.⁷⁰

Upravičeno sem se in se še vedno čudim psihološko nikoli povsem pojasnjenemu dejstvu, da sprejemamo neugodje.⁷¹ Izhajajoč iz izkustev neke bolnice (ki je po več let trajajočem trpljenju, pritoževanju, pogostih stanjih zamaknjenosti itd., ob popolni frigidnosti izkusila spremembo svojega značaja – postala je razumevajoča, taktna, dobrohotna in radodarna, pripravljena prenesti vse, kar je bilo dotlej nevzdržno – in sočasno s tem tudi nekakšno pozno dozorevanje njenih seksualnih občutkov) sem sledil njenim zavestnim navodilom, kar me je pripeljalo do zamisli, da se v ženskem organizmu oz. duševnosti uteleša posebno načelo narave, ki se pri ženski lahko dojamе kot materinska volja in védenje trpljenja v nasprotju z za moškega značilno sebičnostjo ter samouresničevanjem. V skladu s tem bi bila torej sposobnost trpljenja izraz ženskosti, čeprav se bolečina, trpljenje in strpnost lahko pojavijo tudi na kateremkoli drugem področju narave, zaradi česar se zdijo povsem asekualni. Četudi se zdi še tako pretirano, morda vendarle ni povsem nemogoče trditi, da kjerkoli, kjer sila ali substanca ostaneta v soočenju s spreminjajočim, modificirajočim in uničujočim učinkom druge sile »podrejeni«, je poleg absolutnosti ter sorazmernosti nasilja potrebno računati tudi na učinek ženskosti, ki ga navidezno lahko predpostavimo povsod. Postavlja se celo vprašanje, ali bi sploh lahko največja možna sila brez doprinosa ženskosti kadarkoli povzročila spremembo v substancah?

Ta posplošitev me vsekakor razbremeni vse do današnjih dni nerešljive naloge, da nesebičnost preprosto pojasnjujem z zapletenostjo motivov sebičnosti, kakor smo mi naravoslovci to samoumevno storili. Žal se z znanstvenega vidika lahko ugovarja, da to ni prav nič drugega kakor izogibanje nerešljive naloge, podobno kakor trditev, da je pomanjkanje posledica bede;⁷² nesebičnost in strpnost izvirata iz posebnega načela nesebičnosti ter strpnosti. Kljub temu pa ni povsem nesmiselno zastopati stališče dualizma; najdemo lahko številne primere bipolarnosti, ambivalentnosti, ambitendentnosti, in zdi se, da je zaradi tega upravičeno na celoto narave gledati ne le z vidika načela sebičnosti, temveč tudi z vidika – prejšnjemu povsem nasprotnega – gonskega prizadevanja nesebičnosti.

Vse to je le neka navidezno nepomembna modifikacija hipoteze freudovskega gona življenja in gona smrti. Jaz bi to poimenoval drugače. Gon uveljavljanja in gon sprave skupaj oblikujeta življenje oz. življenje v celotnem vesolju. Starodavni tezi: »*natura horret vacui*«⁷³ je potrebno dodati še drugo, na novo oblikovano: »*natura horret cumuli*«,⁷⁴ saj obe

⁷⁰ Zamisli tega zapisa so bile predstavljene že leta 1929 v članku: Sándor Ferenczi, »Männlich und weiblich (Psychoanalytische Betrachtungen über die 'Genitaltheorie', sowie über sekundäre und tertiäre Geschlechtäunterschiede)« [Moško in žensko (Psihoanalitična razmišljanja o 'genitalni teoriji' in tudi o sekundarnih ter terciarnih razlikah med spoloma), v: *id.*, *Bausteine zur Psychoanalyse III*, op. cit., str. 453-467.

⁷¹ Prim. z dnevniškim zapisom z dne 14. februar 1932.

⁷² V izvirniku: »*pauvreté*.«

⁷³ Narava se zgraža nad praznino. Izvirno sicer »*natura abhorret vacuum*.«

⁷⁴ Narava se zgraža nad nasičenostjo.

skupaj na dober antropomorfen način sporočata, da sta ti dve načeli povsod prisotni. Sebičnost ni nič drugega kot prizadevanje, da se za vsako ceno osvobodimo določenega dela napetosti, ki proizvaja trpljenje. Kakor da bi se povsod, kjer se pojavi neko bitje, ki noče in ne zna trpeti, nenadoma – kot bi z neko čarobno besedo priklical – z vseh strani mobiliziral gon sprave ali prizadevanje po spravi, podobno, kakor se tudi v človeški družbi pojavi ženskost v vsem tistem, kar je pretežno moško.

Nekoliko nenavadna posledica »gonskega« predpostavljjanja, ki je skrita v namenu sprave, logično vodi do naslednje ugotovitve: v substanci ali bitju, v kateri ali katerem je ta gon močan ali monopolističen ali pa to šele postane, se trpljenje pojavi ne le kot nekaj znosnega, temveč kot nekaj zaželenega ali pa kot izvor zadovoljitve. Glavni primer tega je užitek materinstva, kar pravzaprav ni nič drugega kot prenašanje parazitskih bitij, ki se razvijajo v breme materinega telesa. Temu ustrezen je tudi prizor trpljenja ljubezni lačnega človeka, kar aktivira žensko načelo namena sprave. In čeprav ne delamo razlike med vrednostjo teh dveh naravnih sil, je gotovo razvidno, da je žensko načelo oz. načelo trpljenja inteligentnejše. »*Der Klügere gibt nach.*«⁷⁵ Enostranska uveljavitev načela sebičnosti je sadizem, volje do trpljenja pa mazohizem.

Zaradi velikega ali dolgotrajnega trpljenja, predvsem pa zaradi nepričakovanega travmatskega vpliva, pride do izčrpanosti gona uveljavljanja, kar omogoči, da v nas prodrejo agresorjeva moč, želja in celo njegove lastnosti. Brez sodelovanja ženskega gona ni sugestibilnosti. Freudovo načelo ugodja lahko služi kot osnova za gon uveljavljanja, načelo realnosti pa za gon sprave.

24. februar 1932 [I.]

1. (B.) Bolnice so se verjetno vzajemne analize prvotno domislile zaradi njihovega simptoma paranoidne nezaupljivosti: izkaže se, da so imele prav, ko so v analitiku odkrile raznovrstne odpore, ki so izvirali iz njegove antipatije, ter ga prisilile, da prizna svoje tovrstne impulze. Sprejetje te želje je seveda v ostrem nasprotju s strogim in skrivnostnim starševskim tajejnjem. Današnji primer: bolnica na predzadnji analitični seansi žari od sreče in je zadovoljna, ker se je prvič zmogla prepustiti ugodju ob samozadovoljevanju brez vsakršnih zadržkov ter tesnobe. Na naslednji seansi se to vzdušje nadaljuje; v resnici nič drugega kot to, da si mrmrajoče poje melodijo iz »*Tristana in Izolde*.« Nato se še občasno pojavi neprijeten občutek, da ta sreča ne more trajati v nedogled in da kmalu sledi kazen. Na današnji seansi sva se pogovarjala o enaki zadevi in ponudil sem ji interpretacijo – v povezavi s sanjami o zelo suhi gospe, ki je prestala operacijo zaradi raka na grlu in sedaj živi s kanilo, torej o zelo oslavljeni osebi, ki ima tri ali štiri velikanske otroke –, da je ugodje ob samozadovoljevanju odlična iznajdba za izogibanje ogromnim

⁷⁵ Pametnejši popusti.

težavam, povezanim z materinstvom. Sledi ostro nasprotovanje: zavrne vsako mojo besedo. Nato dolga tišina; razlaga: jaz do bolnice čutim le antipatijo, nič ne ljubim bolj kot svoje neomajne analitične interpretacije, njenega mnenja pa ne sprejemem. V resnici pa sem bil pripravljen spremeniti svoj nazor o interpretaciji samozadovoljevanja; vsekakor predpostavljam zamisel – analitično –, da se bo bolničina manifestna homoseksualnost, torej nekakšno samozadovoljevanje, lahko povezala z neko strašno zadevo v smislu zgoraj navedenih sanj. To, da želi poznati tudi moje najbolj skrivne misli, je ponovitev tistih otroških želja, ko je bolnica čutila, da jo odrasli zavajajo, celo ogoljufajo. Po tem, ko je izrazila svoje nezadovoljstvo, je precej jokala, uresničilo se je torej njeno predvidevanje: pretirani samozavesti sledi strmoglavljenje.

2. V primeru R. N. se namen metodičnega analiziranja oblikuje precej bolj zapleteno. Bolnica si prizadeva svoje zanimanje zame razprostrti na davno preteklost in to na način, ki je značilen za zaljubljenca. Verjame, da je s pomočjo posrednika, Madžara, ki se je takrat nahajal v tisti oddaljeni deželi (čeprav je šele pred kratkim izvedela, da se ta oseba nahaja v tistem kraju), odkrila ravno mene, in to preko mističnega prenosa misli. (NB. pred enaintridesetimi leti kot edino osebo, ki zna pomagati bolnikom v hudih težavah). (Tukaj velja omeniti primer bolnice S. I., ki baje še nikoli ni slišala zame, a takoj ko je izvedela za moje ime ji je postalo jasno, da jo lahko rešim edinole jaz. Vsi drugi analitični poskusi so se torej izjalovili, k meni je prišla z intenzivnimi transfornimi simptomi). Po večletni analizi se porodi ideja o vzajemnem razkrivanju. Preprosto ponovitveno prizadevanje se tukaj pomeša tudi z neko drugo tendenco, uresničitev predstave o »idealnem ljubimcu«, in sicer z analitikom. Analitikov ugoden položaj bo bolnico usposobil, da bo odstranila ovire s poti moje ljubezni in da bo med nama ustvarila miselno ter interesno združenje za vse življenje; bolnica bo v zahvalo moji dobroti in prijaznosti sposobna zavestno zdržati dejanskost groznih dogodkov iz otroštva. Dokler pa do tega ne pride in dokler bom jaz upošteval profesionalno distanco, se bolnica ne bo mogla pozdraviti.

Tako zelo sem pretiraval s svojim prizadevanjem pomagati bolnikom, da sem jim posvetil velik del svojega časa in zanimanja, ne da bi v zameno za to prejel plačilo. Kljub vsemu pa sem bil nekaj časa nazaj primoran zmanjšati njim posvečen čas in to me je stalo precejšnjega naprezanja (do bolnic sem čutil neznansko sočutje). Približno dva meseca je trajalo, da sva premagala ta šok, ko pa so bolničini viri začeli usihati, sem se odločil za drugi, nevarnejši korak: bolnici sem sporočil, da jo bom obravnaval le tako dolgo, dokler se bo lahko finančno preživljala. Ona pa je bila prepričana – kakor sem domneval –, da bo od mene dobila vse, kar potrebuje. Simulirala je poblastnost, namigovala na samomor, jaz pa sem ostal neomajen. Sledeče seanse so bile namenjene temu, da sem z neskončno potrpežljivostjo rekonstruiral prijateljski odnos, ne da bi spremenil svoje stališče.

Z eno besedo, če bi v tem primeru v celoti sprejel analitično situacijo, bi to za analizo povzročilo zelo neugodno posledico, tj. pomešanje čiste analitične situacije z resnično

situacijo, česar me je lahko upravičeno strah. Kakor starši in otroci morata na koncu tudi zdravnik in bolnik postati vzajemno neodvisna drug od drugega; s strani bolnice načrtovana analiza je torej predstavljala posreden način zdravljenja same sebe, tako rekoč z izpolnitvijo njenih želja oz. z ljubeznijo in nežnostjo. Izguba te iluzije je vedno boleča, a tudi nujno potrebna. Vprašanje je, ali ni bila zaradi moje pretirane dobrote ta separacija za bolnico še težja. Po drugi strani pa verjamem, da ta primer drugače kot z dobroto sploh ne bi bil dostopen. Ostaja odprto vprašanje, ali razpolagam z vso potrebno spretnostjo, taktnostjo in potrpežljivostjo, da bi to odrekanje dosegli v popolnem prijateljstvu.

Zdaj pa o kontratransferju. Dejstvo je, da so mi pri tem delu bili v pomoč določeni namigi, analitične razlage, morda pa tudi precej intenzivni čustveni odzivi. Možno je, da bi polnejša, manj zadržana predanost v analizi omogočila uvide ter izkušnje iz doslej nikoli doseženih globin.

3. Če pa želim biti še iskrenjši, bi takšno vzajemno analizo mnogo raje opravljal z bolnico S. I., ki – še mnogo bolj zastrašujočim otroškim travmam navkljub – poseduje sposobnost za prijaznost in nesebičnost, medtem ko imam pri R. N. vselej občutek, da vedno neomajno sledi le svojim sebičnim ciljem. Naj uporabim njene besede: v R. N. ponovno odkrijem svojo mamo, in sicer tisto pravo, ki je bila trdna, energična in katere se bojim. R. N. to ve in me obravnava s posebno prijaznostjo: analiza jo usposobi tudi še za to, da svojo trdosrčnost spremeni v prijazno nežnost in tu se postavlja vprašanje: ali bi se moral opogumiti in se kljub vsemu izpostaviti tveganju analitičnega transferja – nato pa zmagati, ali ni to oz. ali ni bila to edina prava pot, da sem se z uvidom v vse te zavestne in nezavedne namene odpovedal morebitnim prednostim tovrstne analize, da se izurim ter od sebe zahtevam abstinenco vzgojne narave? Če bi tudi že tukaj dosegel tako visoko stopnjo največje karakterne resnosti kot pri S. I., bi se bil sposoben izpostaviti analizi te bolnice, a verjetno šele po zaključku njene analize.

Medtem pa se moramo zadovoljiti, da dele analitičnega uvida od bolnikov dobivamo v posameznih fragmentih in da njihovo ukvarjanje z nami smemo dopustiti le v tolikšni meri, kolikor je to za njihovo analizo potrebno.

24. februar 1932 [II.]

V nezavestnem stanju nastala travma

Duševni pretres – naj bo to nenaden preplah ali preplah s telesno poškodbo – je še posebej nevaren, ko do travme pride v izjemnem stanju zavesti. Primer: 1. R.N. Nenadoma se prebudi iz hipnotično-toksičnega stanja zaradi nenadne odtegnitve anestetika in hipnotične laži. Travma tukaj doleti neko že razcepljeno bitje, ki ne zmore v tolikšni meri zbrati moči volje kot ljudje, ki so pri zavesti. V podobnem položaju je S. I., katere mati (podobno kot domnevno tudi mati O. S.) je kot poblastnela napadla spečega otroka zaradi

nekakšne samozadovoljujoče dejavnosti v spanju. Speči človek je nezavarovan: če človek spi, računa na varnost, ki mu jo nudi njegov dom in okolje, sicer sploh ne bi mogel zaspati. Čisto majhen del *Jaza* straži tudi ponoči, vendar samo zato, da opozori na bližajočo se nevarnost. Če pa do napada pride brez opozorila – kakor strela, strel ali drug duševni pretres sredi spanja ali sanjanja –, zaradi česar čutila niso predramljena, potem travmatični učinek vdre v duševno strukturo brez odpora in se tam ohrani kot trajna post-hipnotična sugestija. Z drugimi besedami povedano se učinek preplaha v veliki meri stopnjuje. Človek zdrkne na stopnjo še manj razumske, preplašene živali. Nevrotikova nagljenost k pijančevanju lahko kaže na narušeno ali oslABLjeno stanje zavesti (lahko pa ga tudi reproducira).

3. marec 1932

K tematiki vzajemnosti

Zdelo se mi vse bolj nedostojno, da se obnašam, kot da povsem obvladam vzajemnost, medtem ko sem v »lastni analizi« sodeloval le z nekakšno *reservatio mentalis*.⁷⁶ To in opozorilo, ki sem ga bil deležen s strani S. I. (ki je v zadnjem času pomembno terapevtsko napredovala brez »vzajemnosti« in ki me je venomer varovala prevelikega samopožrtvovanja), nenazadnje tudi overdoing,⁷⁷ ki sem ga – sčasoma in s stopnjevanjem utrujenosti – tudi sam zaznal, na koncu pa tudi moje finančno stanje oz. resničnost: vse to skupaj in reproduciranje Freudovega opozorila, »da sem preveč pod vplivom svojih bolnikov«, so me primorali, da odkrito spregovorim o tem, da v vzajemni analizi sodelujem le delno, ter o svoji dokončni odločitvi, da se s to zadevo ne bom več ukvarjal. Pri tem ima seveda pomembno vlogo strah: 1. analiza – s tem, da se v ospredje postavi analitikova analiza – lahko postane prava topla greda projekcij in strahu pred lastnimi težavami; 2. bolnica me je v zameno za mojo analizo začela prosjati za finančno pomoč. A če bi bila deležna finančne pomoči, bi se analiza preveč pomešala z resničnostjo, kar bi otežilo separacijo. Bolnica v resnici že marsikaj načrtuje v zvezi najinim vseživljenjskim sodelovanjem po vzoru Schillerja in Goetheja. Moj preventivni ukrep je – potem ko sem tudi s strani drugih bolnikov prejel opozorilne znake – zavrnila z utemeljitvijo, da je njen primer čisto poseben in da je najina metoda, ki sva jo skupaj izbrala, zmožna prodreti do najglobljih metafizičnih plasti. Na koncu pa je še namignila, da je moja delovna sposobnost v resni nevarnosti in bo brez njene pomoči propadla. To opozorilo je bilo slišati že kot grožnja (ne smemo pozabiti, da se bolnica počuti, kot da poseduje nadnaravne sposobnosti).

Neposredne posledice: streznitev; resno razmišlja, da bi nemudoma zaključila z analizo, da bo lahko privarčevan denar koristno porabila, še preden bo tu »vis-a-vis du rien«.⁷⁸ Sam

⁷⁶ Notranja zadržanost.

⁷⁷ Pretiravanje.

⁷⁸ Vizavi z nič.

pa sem ji predlagal, naj sprejme kompromis: jaz bom svojo analizo nadaljeval vsak dan le kratek čas in ob upoštevanju njene analize; vnaprej določen čas se ne sme prekoračiti.

Smrtna in zelo dolga tišina s popolno izgubo vsakršnega upanja; nenavadno, a tokrat je mnogo manj govora o samomoru in o tem, da je poblaznela. Bolnica se je na koncu odločila, da bo zaenkrat nadaljevala z delom »z ozirom na moje simpatične poteze«, ki so vseeno nekaj drugega, kot pa značilnosti zlobne infantilne osebnosti.

Kaj lahko človek od tega pričakuje? 1. Pod prisilo nuje – kakor pri aktivni terapiji – izsiliti vpogled v resničnost sedanjosti in preteklosti, kar doslej še nikoli ni uspelo doseči v polni meri. 2. Zdaj, ko bolnik nima več kaj upati, si lahko drzne obelodaniti svoje potlačene impulze, zlasti sovražnost. Zdaj se lahko pokažeta vulgarnost in grobost, ki si ju je bolnica doslej prizadevala zakriti. Seveda pa lahko računamo tudi na še nevarnejše grožnje.

Poleg tega pa je tu še upanje, da bo od nekod prišla zunanja pomoč; to bi bilo za analizo ugodno, v kolikor bi bila separacija – ki je sicer spodbujena tudi s strani ravno zdaj odvijajoče se medigre – bolj spontana in bi izvirala iz bolničinega lastnega namena. Na koncu pa seveda ne moremo spregledati ideje, da se k načrtovani vzajemnosti pridruži tudi nekakšna velikopoteznost, ki sem se je jaz odpovedal, v prvi vrsti zaradi nezadostnega zaupanja. Ta energičen nastop ima lahko eno prednost: the break of one of my patterns,⁷⁹ nadvladovanje strahu pred »terorizmom trpljenja«, ki se nedvomno napaja iz otroških izvorov.

O terorizmu trpljenja

1. S. I. se občasno počuti – predvsem takrat, ko je agresivna, svojeglava, sarkastična itd. – kot da iz nje govori neka tujka, v kateri se sama naknadno ne prepozna. Hudobna tujka je npr. danes hudobna, nedisciplinirana, agresivna, strastna, zaradi česar je za otroka kot nekakšna strahovita mati. Bolnica njene že skoraj manične geste, mimike in kričanje tako zvesto oponaša, da je to lahko posledica samo enega popolnega poistovetenja. Psihologizirajoča bolnica z največjo podrobnostjo opiše, kakšni notranji procesi se odvijajo v njej, ko se tako prestraši; en del njene osebnosti je »izven sebe«, na tak način izpraznjeno mesto pa zapolni hotenje tistega, ki jo je prestrašil. Kot zdravljenje zahteva, da odstranim sleherni del vanjo prodirajoče osebnosti, obenem pa mora ona poskusiti v svojo osebnost ponovno vgraditi odcepljene dele lastne osebnosti. Dlje časa trajajoča relaksacija in pasivnost z moje strani, nakar me prosi: »you must poke the jelly fish«⁸⁰ oz. na njeno željo moram z njo ravnati nekoliko trše in strožje.

2. Primer B. je podoben. prosi me, naj ji stiskam vrat, vse dokler se ne bo dušila; bolje je kompletno trpljenje, kot pa zaradi strahu pred trpljenjem nositi mučno napetost v svojem nezavednem.

⁷⁹ Sesutje enega izmed mojih vzorcev.

⁸⁰ Moraš zaklati meduzo.

6. marec 1932 [I.]

Vzajemnost. Nenaden preobrat na tretji seansi po odtegnitvi finančne pomoči in vzajemnosti: bolnica me sprejme spravljivo in z žarečim obrazom; večkrat se opraviči, ker je tekom moje analize izgubila samonadzor, me vznemirila in razjezila (načeloma torej še vedno vztraja pri vzajemnosti, moje ukrepe vrednoti le kot neznatna iztirjenja). Kljub vsemu pa se je v celoti gledano nedvomno omehčala: izrazi občudovanje, ker sem njenim provokacijam navkljub vztrajal pri zdravljenju. Nisem skrival veselja in zadovoljstva; pohvalil sem jo, da je sposobna preseči samo sebe. Vrnila mi je kompliment in mi povedala, da sem se izkazal za močnejšega od moje izvirne nagnjenosti, da se pustim terorizirati s strani trpljenja. Nisem zamolčal, da me je to stalo precejšnjega naprežanja. Večji del seanse je bil namenjen pogovoru o analitičnih dogodkih, vendar mi jo je tudi uspelo popeljati nazaj v preteklost in globino.

Podoben potek pri bolnici B. Tudi ona začenja zahtevati, da analizo podaljšava na 24 ur na dan; brez tega zagotovila se ne more izpostaviti nevarnosti, ki je povezana z opustitvijo zavestno intelektualnih obrambnih in preventivnih ukrepov. Kljub temu pa tudi ona – prav tako kot druga bolnica – odločno zavrača moje namige, da želi oditi. In čeprav pogosto pripomni, da prav nič ne napredujeva, ko jaz podam podoben namig, odgovori sledeče: *»od kod pa Vi veste, da jaz ne napredujem? Morda pa je že to napredek, da sem tako vznemirjena.«*

V primeru A. se navsezadnje zdi, da se je količina poguma tekom večletnega dela izkazala za zadostno in pospešila, da je bolnica (po intenzivni reakciji bega) dopustila, da se kljub pomanjkljivi izpolnitvi želje in v nasprotju z nekdanjim ponosom, trmoglavostjo, oholostjo ter zaničevanjem, zlomi njena volja. Nekaj podobnega se lahko pričakuje tudi v primeru B. Če to uspe, potem tukaj resnično lahko govorimo o pomembni spremembi karakterja, kar bo zagotovo imelo posledice tudi v mnogočem drugem. Torej nekakšen pedagoški uspeh.

Tukaj se pojavi vprašanje odnosa med relaksacijo, aktivnostjo in vzgojo. Analiza se mora – kakor življenje – začeti z relaksacijo; deloma je pod vplivom tega omogočena katarzična reprodukcija. Toda zdi se, da se s polnim zavedanjem povezan globlji prodor v neugodna travmatska doživetja lahko doseže le preko boleče analitične separacije. S pomočjo nasprotja med preteklostjo in sedanjostjo se lahko prodre le do določene globine. Bolnik se bo največje bolečine izognil, vse dokler mu bo življenje ponujalo nekaj znosnejšega. Zato mora v analizi čutiti, da je popolnoma sam, da lahko računa le nase, dvomiti mora v obstoj zadnje rešilne bilke, katere se lahko oprime (analiza, analitikova dobrot), zato, da bi tokrat – preko podobnosti – doživel pravo bolečino. Da, sedanja bolečina – ravno zaradi svoje zdajšnjosti – mora povzročiti večje trpljenje, kakor ga lahko povzroči spominjanje na preteklo bolečino. Zato pa pobeg iz sedanjega obupa v sorazmerno znosnejšo travmatsko situacijo (spominjanje). Da bi to trpljenje bilo znosno, je torej v sedanjosti potrebno aktivizirati še večje trpljenje. Za končno dejanje – po »globoki

katarzi«, podobno kot v primeru R. N. – pa si predstavljam nekakšno obdobje sprave in na samem koncu poslovitev, ko bolnik začuti, da se je osvobodil travmatske fiksacije oz. prisilne ljubezni in sovraštva. S strani travme voden karakter preneha obstajati in razvijejo se lahko druge naravne danosti osebnosti. Tu se lahko umesti prikladna primerjava z razkrojem ekshumiranih (Freud).

6. marec 1932 [II.]

Splošno stališče o tendenciozni odvrnitvi od resničnosti v primeru psihoze

Prapodoba vsakršne zmedenosti: ne-poznavanje zanesljivosti določene osebe ali situacije. Takrat smo »zapeljani«, kar pomeni, da smo v zmoti; nekdo nam v besedah in dejanjih »zaigra« določeno čustvo, in to »zavajanje« nastopi, ko imamo določena pričakovanja v zvezi z določeno situacijo, namesto tega pa pogosto naletimo na nekaj povsem nasprotnega, torej nas nekaj preseneti. Zmedenost ustreza trenutku med presenečenostjo in ponovno adaptacijo (primer: odstavitvev. Otrok, ki je navajen dojenja, je odstavljen od dojke. Odziv: 1. zmedenost, 2. obramba in zavrnitev, 3. prilagoditev).

V situacijah, kjer je prepovedano ugovarjanje in izražanje negativnega odziva oz. kakršnekoli kritike ter nezadovoljstva, se kritika lahko izrazi le posredno. Npr. sledeče mnenje: *»vsi vi ste lažnivi, bedasti in poblazneli ljudje, ki jim ne gre zaupati«* – se lahko izrazi posredno, preko pretiravanj, zblaznelosti in drugih nesmiselnih zadev, približno tako, kakor otrok s svojimi grimasami izmaliči samega sebe, a le zato, da bi drugemu pokazal, kako on izgleda. Blaznež torej s svojimi blaznostmi izraža sledečo sodbo: *»jaz sem edini inteligenčen človek, vi vsi pa ste poblazneli.«* To še najbolj bode v oči v primerih, ko je bil otrok dejansko pod vplivom duševno bolnih staršev. Otrok zelo zgodaj prepozna poblaznelost v vedenju svojih skrbnikov, a ker je ustrašovan, ne zmore izraziti kritike do njih. Zanj ostane edino sredstvo izražanja ironično pretiravanje, čigar narave okolica ne prepozna. Še vedno ne vemo, kdaj in kako postane ironičnost otrokovega izražanja nezavedna tudi zanj. Poblazneli »superego«, ki je vsiljen oz. nadet lastni osebnosti, nekdanjo ironijo preoblikuje v avtomatizem. Tako po tradicionalni poti nastane – da se poblaznela osebna komponenta transplantira v superego – navideznost dedovanja psihoze.

8. marec 1932

Analitik kot funerator⁸¹

1. Naivno je bilo verjeti, da bo prilagoditev novi situaciji s trajno spremembo karakterja brez nadaljnjega nastopila za vse večne čase. Izjava, da smo zadovoljni s »sublimnim otrokom«, oz. da prispevamo k temu, da na duhovnem, moralnem in intelektualnem

⁸¹ Pogrebnik.

področju izdelamo nekaj doslej še nikoli obstoječega, in to s skupnimi močmi, naenkrat in z enakim razmišljanjem: to je bila le ena plat medalje; druga temna in negativna plat ni prenehala obstajati ter se je obelodanila s podvojeno močjo, kakor hitro je prišlo do zatona navdušenosti. Besede, ki sem ji jih neusmiljeno vrgel v obraz, in odziv nanje, ki sem ga pričakoval že prej – namesto presenetljive sprave –, je danes, četudi zapoznelo, privrel na površje. Moje besede bi bile sposobne celo moriti. Sublimacija je blaznost (resnacija, domišljijo dojema kot resničnost); jaz menda počnem enako kot morilski oče; apliciram ji dražeč, vzbujajoč strup, vzbudim pričakovanje orgazma, nato pa hočem izsiliti premestitev objekta ljubezni. To odločno in celo s kar se da največjim naprežanjem svoje duševne moči zavrne, kakor tudi morilski oče ni zmozel doseči, da bi ozavestil čustva, ki so v nasprotju z njegovo osebnostjo ter željami. Zanj ne preostane drugega, kot da ponovno poblazni, oziroma da v sebi prebujena nova čustva (ljubezensko glad) odvrne od resničnosti, vendar da bi to zmogla, bi se morala obrniti izven sebe (»inside out«).⁸² Povedano preprosteje: ko je bilo njeno vedenje podrejeno prisilnemu učinku strupa in se je sprenevedala, je sanjara, da bo prišel »ideal lover.«⁸³ Tako se je torej njena celotna osebnost razcepila na dele. Prvi del je bilo golo trpljenje, ki je za zavest dostopno le v sanjah in simptomih, zaradi česar se ne more realizirati. Drugi del pa je zagotovil reinterpretacijo resničnosti v smislu izpolnitve želje. Tretji del, strupu in očetu povsem podrejeno telo, je ostalo v obliki golega avtomatizma. Bolnica torej živi v nenasitni ljubezenski gladi; v takšnih okoliščinah je nemogoče, da bi se zadovoljila s sublimacijami; raje pobegne nazaj v blaznost ali smrt.

2. B. Zadnji dve seansi sta potekali v znamenju popolnega nezadovoljstva, brezupa in želje po pobegu, predvsem zato, ker mi ne zaupa, ne zaupa temu, da če bi resnično potrebovala pomoč, bi ji sam znal in želel pomagati. Kljub temu pa se je na mojo pobudo odločila, da se poglobi v globine svoje duše, da opusti vsakršne zaščitne mehanizme in si dopusti celo to, da zboli. Seanse so zapolnili precej močni glavoboli in druge vrste bolečine ter neprestano pritoževanje nad njimi. Včeraj je obležala in naročila, da naj me pokličejo. Tam je ležala z visoko temperaturo in, kot se je naknadno izvedelo, v neprestanem pričakovanju nekakšne prijaznosti ter človeškosti z moje strani, podobno kot kak smrtno ranjen otrok, ki še piti komaj zmore, edinole preko steklene cevčice še posrka nekaj tekočine. Namesto tega je morala izkusiti, da sem ji – kakor vedno doslej – postavil neumna in dolgočasna analitična vprašanja, in ko sem kot ponavadi ob koncu seanse odšel, njo pa pustil samo (nota bene⁸⁴... to se je zgodilo ravno na tisti dan, ko so jo ženske, s katerimi živi isti hiši, povsem razžalile), je menila, da nima kaj pričakovati od mene, da je imela prav, ko mi ni zaupala, ter da si je o svojem očetu izoblikovala povsem pravilno mnenje, namreč da je neumen in strahopeten človek, ki jo je pustil na cedilu.

⁸² Od znotraj navzven.

⁸³ Idealni ljubimec.

⁸⁴ Zdaj bodi pozoren

Analiza do potankosti ponovi vedenje staršev, starše, ki muke samo provocirajo, pozdraviti pa jih ne znajo. Že vnaprej vidi, da bo tudi čez sledečih osem let stala na istem mestu, če se ji ne bo uspelo odcepiti od analize, družine, morda celo od celotnega človeštva, in si samostojno urediti svojega življenja. Poleg tega je sanjala, da je neko dekle ležalo v štirioglati krsti v neudobnem položaju in povsem brez življenja. Lasje so ji padali čez obraz, na glavi pa je imela ruto. Zunaj igrajo neko melodijo (žalostinka?), nekdo pa pokaže na grlo dekleta, da ne more z njimi peti. Trije liki se lahko jasno razločijo: mrlič, bolnik in še tretja oseba (interpretacija je začasna: bolnica ne more govoriti, saj je določen del nje dejansko mrtev, zaradi tega ne more niti peti; sklicevanje na situacijo ob domnevnem napadu, dihalna motnja).

3. Subjektivni odziv je v obeh primerih izredno moteč, sprva pa človeka spravi v slabo voljo. To mi očitno ni všeč, da me neprenehoma obtožujejo z umorom. V primeru B. na koncu uvidim, da je to neizogibna naloga analitika, lahko se vede kakor hoče, lahko je prijazen kakor želi, lahko bolnika relaksira kakor hoče, a enkrat napoči čas, ko mora lastnoročno ponoviti umor, ki so ga v preteklosti že zagrešili v odnosu do bolnika. Vendar da bi lahko razlikoval med sedanjim in izvirnim umorom, ne sme zanikati lastne krivde; analitična krivda pomeni, da zdravnik ni sposoben nuditi brežhibne materinske skrbi, dobrote, samo-požrtvovalnosti in s tem pomoči potrebne posameznike, ki so se v preteklosti komajda uspeli rešiti, ponovno izpostavi nekdanji nevarnosti, saj jim ne nudi zadostne pomoči. Po tem, ko smo dopustili, da nas bolniki izčrpno seznanijo s svojim mnenjem o nas in drugih morilcih, nam oni sami postavijo vprašanje: »*kaj bi pa Vi odgovorili na to?*« V svojem odgovoru sem ji odkrito priznal, da ji nisem bil dovolj v pomoč, in nisem skrival niti tega, kako zelo to boli; nadaljnje sem priznal, da smo mi moški – med njimi tudi najodličnejši zdravniki – precej nerodni, kar zadeva negovanje otroka in bolnika; moški so s strani svojega okolja in preostalih fantov vzgajani na način, da ne kažejo svoje čustvenosti, saj to velja za poženščeno in otročje. Moški so še takrat osorni in premalo skrbni, ko želijo biti prijazni. Vendar kljub temu obstaja razlika med našo iskrenostjo in dvoličnim molkom staršev. To in našo dobronamernost je potrebno pripisati nam v prid. Zaradi tega ne obupam in računam na to, da se zaupanje, ne glede na vsa razočaranja, povrne. Če nam uspe travmatični poudarek – kakor je to tudi indicirano – premestiti iz sedanje travme nazaj na otroško, ostane dovolj pozitivnih elementov, ki odnos vodijo v smeri sprave in razumevanja, ne pa razhoda.

V primeru B. je bil odziv – glede na vzajemnost – seveda mnogo globlji. Ob tem se mi je ponudila priložnost, da se še bolj poglobim v lastni infantilizem; tragični trenutek mojega otroštva, ko mati izjavi: »*Ti si moj morilec.*« V analizi se jasno pokaže premočan odziv na podobno izjavo ter temu sledeča obupanost in malodušje. Na tak način: ločitev od sedanjosti in povrnitev sočutja, skupaj z resignacijo ter nagnjenostjo k sublimaciji. Če človek ve, da je rabeljsko delo sicer neizogibno, a na koncu bolniku vendarle v pomoč, če premaga njegov – bolj ali manj močan – odpor do tovrstne krutosti, in če opravi ter

omogoči potrebno analitično eksploracijo, potem se ne bo preplašil radikalnega posega, ki vodi do bolnikove separacije. Konec koncev se tudi otroka s škarjami loči od matere; preložitve te operacije na poznejši čas je lahko prav tako škodljiva za mater, kakor tudi za otroka (oz. za analitika in bolnika). Od taktnosti in uvida je odvisno, kako opredelimo: 1. koliko smo lahko prijazni, 2. kdaj in v kakšnem tempu moramo predočiti kruto resničnost, 3. v kolikšni meri je za to koristna ali nujno potrebna vzajemnost analize.

10. marec 1932

Zdravilni element psihoterapije (healing)⁸⁵

Neizrečeno ali poredkoma izrečeno osnovno načelo psihoanalize, da – v nasprotju z drugimi oblikami psihoterapije – ne želi učinkovati s pomirjevalnimi sredstvi, pomirjanjem, opogumljanjem, razvedritvijo (tj. s postopki neposrednega čustvenega in sugestivnega učinka), tudi ne z dejanskim sožaljem, nežnostjo, dobrohotnostjo, sočustvovanjem, soudeležbo v čustvenih nihanjih, kakršni so sovraštvo, ogorčenje, obup in pozitivne nadraženosti, kot npr. ljubezenska sreča ipd., temveč navsezadnje izključno po intelektualni poti, tako, da ozavešči potlačitve ter odpravi inhibicije v čustvovanju in delovanju. Idealna analiza bi bila torej v primeru, ko ničesar ne bi analizirali v bolnika in ko analitik ničesar ne spremeni ali preoblikuje niti v zunanjih niti v notranjih pogojih, oz. niti socialno niti osebno ne nudi pomoči, pa tudi čustvenih potreb ne zadovolji. Sodobnejša psihoanaliza – zatem, ko smo odkrili transferni element analitične situacije – je seveda poudarjala pomen čustvenega, neintelektualnega dejavnika v analizi, ugotovila je celo, da le skupen učinek odstranitve transferja in odpora do transferja omogoči pravo ozaveščanje, s tem pa obrzdanje nezavednega. Toda vse navedene čustvene dejavnike v analizi je dojela kot neko vrsto vmesnega stanja, ki mora na koncu v celoti ponehati; nazadnje, kar analiza nudi bolniku, je uvid in samoobvladovanje.

Zdi se, da me neokatarzične izkušnje precej pogosto prisilijo v to, da v že zaključujoči se analizi ne vztrajam pri teh osnovnih analitičnih načelih za vsako ceno; v trenutkih najgloblje relaksacije so ali absurda ali moteča, a se vsekakor zdi, da se je nesmiselno poslužiti intelekta. Naloga samoopazovanja in samokritičnosti – kakor to zahteva analitična razlaga – že *a priori* predpostavlja, da se osebnost razcepi na dva dela, opazovanega in opazujočega. Toda po drugi strani relaksacija zahteva popolno integracijo osebnosti, to, da se za vse občutke zagotovi enaka mera možnosti učinkovanja, pravzaprav da se omogoči neka vrsta ponovnega doživetja. Bolnik dejansko potone v zmešnjavo halucinacij, čustvenih izbruhov, telesnih in duševnih bolečin, nemoči, in v to, da čuti, da ni sposoben dojemati zadev; ker je bil tako naiven glede svojih pričakovanj in ker je resničnost tako zelo kruta, bruhanje v ciničen, neutешen smeh.

⁸⁵ Ferenczi je pogosto uporabil angleško besedo »healing« [zdravljenje], kakor tudi tukaj.

Če se takšnemu bolniku še naprej približujemo z analitično hladno in vljudno prijaznostjo, za povrh pa še morda postavimo stereotipno vprašanje »*kaj Vam o tem pride na misel?*«, se bolnik nenadoma prebudi iz transa in trpljenja. Odkloni nadaljnje sodelovanje in čuti, da mu nikoli ne bomo sposobni pomagati. In prav vse naredi, da lahko pobegne iz analize, in to ne da bi tajil, da nas zaradi naše nesposobnosti ter ravnodušnosti neskončno prezira. Ta odziv pogosto pomešajo s preteklimi analognimi izkušnjami, predvsem z družinskimi člani. Zdaj so se že popolnoma prepričali o naši sebičnosti (npr. očetovi in moji). Pravijo, da je ponovitev predobro uspela: čemu koristi dobesedno ponoviti [?] travmo in biti ponovno prav tako razočaran v celotnem svetu ter vsakovrstni humanosti?⁸⁶ Sam se zelo trudim ostati neokužen z bolnikovo brezvoljnostjo, čeprav se je v poplavi pritožb in obtožb zelo težko držati pokonci. Ne moremo se izogniti – oz. vsaj jaz se ne znam – temu, da se ne bi počutil užaljenega, ko mi po več let trajajočem in pogosto napornem delu povedo, da sem nesposoben in da ne znam pomagati samo zato, ker ne znam vse tako popolno zagotoviti, kakor bi si to trpeča oseba v svoji mučni situaciji zaslužila. In to se seveda zlahka pripeti, takrat postanemo redkobesedni in molčeči, medtem ko bi si morali mrzlično prizadevati pomagati, in tedaj – to je mnenje bolnikov – smo pri njih izgubili vsakršno možnost. Zagotovo pa imamo pravico do dveh stvari: iskreno priznati, da tudi nas boli, da ne znamo pomagati, in potrpežljivo vztrajati pri tem, da pomagamo ter kljub navidezni brezizhodnosti nadaljujemo z analitičnim delom. Imel sem primer, ko se je priznanje, da so moje čustvene zmožnosti omejene (v nasprotju z družinsko dvočelnostjo), izkazalo za nezadostno; bolnica je le tako lahko kljub neuspehu ponovno pridobila zaupanje, da je analitik – ne brez silovitih čustvenih izbruhov – prav tako razkril svoje nezavedno.

Toda tretji primer (S. I.) pa je dober rezultat dosegel tudi brez temu podobnega duševnega pretresa. Bolnica je prišla z velikim navdušenjem, a jo je moje zadržano vedenje prestrašilo že na samem začetku. Toda več let trajajoče vztrajno delo, neskončno razumevanje, ko se ni zmogla držati svojih obljub (v zvezi z drogami), izjemna prizanesljivost, medtem ko je na vsemogoče načine preizkušala moje potrpljenje; pravo človeško sočutje v trenutkih pravega duševnega pretresa – oz. malce sem jo »zdravil« – je skorajda neopazno privedlo do spremembe (nenazadnje kot posledica moje potrpežljivosti, s katero sem si prizadeval izslediti in tudi sem izsledil dejansko – četudi – duševno resničnost izza zmešnjave njene metafizike in nadnaravnega izpovedovanja). Zanj sem postal tako rekoč živi simbol dobrote in modrosti, ki že samo s svojo prisotnostjo zdravi in stvari spravi v red. Tudi R. N. je podobno trdila v trenutkih pomiritve in ob sklenitvi periode bojevanj. Tovrstno zdravljenje umestiti v psihoterapijo na primeren način in na ustreznem mestu morda ni povsem nevredna naloga.

⁸⁶ Nedokončan stavek. Verjetno »*an jeder Menschlichkeit zu wiederholen?*« [ponoviti v vsakem človeštvu?].

13. marec 1932

Analiza »dveh otrok«

V določenih obdobjih vzajemne analize oba udeleženca popolnoma opustita vsakršno prisilo, vsakršen ugled; dajeta vtis dveh enako prestrašenih otrok, ki si izmenjata izkušnje, in se zaradi istovetnosti njunih usod popolnoma razumeta; nagonso si prizadevata potolažiti drug drugega. Ker se oba zavedata istovetnosti njunih usod, se drug drugemu zdita povsem nedolžna oz. takšna, da si lahko mirno zaupata. Prvotno je bil le en udeleženec deležen zaupanja drugega; otrok z ničemer ni vračal materine nežnosti in skrbnosti (ta materinskost, ki jo je otrok deležen, verjetno tudi pri materi ustreza določeni vrsti regresije v otroško stanje). Intelktualna hladnost analize iz bolnika na koncu izzove določen upor, katerega cilj je, da se bolnik od analitika odtrga in na mesto zunanje oblasti postavi del »nadjaza.« Izpolnitev, obveznost in ubogljivost, samoopazovanje ter samobvladovanje, se zdi še vedno znosneje, kot da smo usmerjeni s strani drugih (tu lahko omenimo otroka, ki sam sebe postavi v kot, da bi se izognil kaznovanju). Ta »dobrota« in ubogljivost je sicer obenem tudi maščevanje v odnosu do oblasti, ki mu na tak način izbije orožje z rok. Potem, ko so jih starši, učitelji in drugi junaki razočarali, se otroci medsebojno povežejo ter ustvarijo prijateljske vezi (ali bi se morala tudi analiza odvijati v znamenju tovrstnega prijateljstva?)

Vzajemno priznanje lastnih »grehov« – oz. otroško naivna iskrenost namesto vzvišenosti in samorazkazujoče dobrote odraslih (dvoličnost in fanatizem) – deluje pomirjujoče tako za otroka kot za bolnika, otroci začutijo, da niso sami slabi in poblazneli, ker svojim nagonom pustijo prosto pot, temveč so odrasli slepi ter nepošteni.

Če je pogoj za rešitev infantilne amnezije to, da se bolnik povsem osvobodi strahu pred analitikom, potem je vzajemnost analize utemeljena.

Pohvale so potrebne. Bolnica (Dm.), ki je že dlje časa bolj ali manj nezavedno protestirala zoper analize, tako da je vso svojo ljubezen in zanimanje usmerila v nekega mladeniča (verjetno v pričakovanju, da jo bom jaz zaradi tega – četudi neizrečeno – sovražil), je nekega dne predlagala, da bi morda prekinila odnos z mnogo mlajšim in zanj neustreznim moškim. Zatem so se začeli kazati znaki odpora, ki so ostali nerešeni vse dokler ni povedala, da je bila razočarana, ker nisem priznal, da bi bila to z njene strani resnično velika žrtev, in to celo prostovoljna. Dal sem ji prav. Nato pa se mi je zazdelo, da želi raziskovati vzroke, zaradi katerih nisem opravil svoje dolžnosti. Ugotovila sva, da je bolnica tri ali štiri mesece v odporu, ker je o meni širila govornice, zaradi česar sem bil deležen posledic tako s strani Freuda kot s strani drugih.⁸⁷ Odtlej sem postal mnogo bolj zaprt vase oz. neprijazen in prezirljiv, zadevo sem pretirano usmeril nase, namesto da bi še naprej raziskoval vzroke itd. To je tudi razlog zgoraj navedene malomarnosti. Konec

⁸⁷ Sklicevanje na Freudovo pismo Ferenciju iz dne 13. december 1931 o »tehniki poljubljanja.«

seanse v spravljivejšem tonu; bolnica čuti, da je ponovno pridobila moje zaupanje. Da je ne obravnavam tako, kot v preteklosti njen oče ter prav tako eden izmed učiteljev, ki nikoli nista priznala, kakšne grehe sta zoper njo zagrešila. Nekaj le-teh je sama zatem iz maščevanja opisala mnogo bolj okrutne in nagnusne, kot je to bilo objektivno upravičeno. Dvoličnost odraslih otroka upraviči do pretiravanja in laganja. Če bodo oblastniki iskrenjši, potem bo otrok spontano pripravil svoja priznanja in ponudil možnost, da bo priden. Toda vsak tovrsten konflikt – kakor tudi prizor med materjo in otrokom – se mora končati s spravo in pohvalo, torej z znamenji zaupanja.

15. marec 1932

Avtohtoni in heterogeni »Jaz« (S. I.)

Bolnica je že dolgo časa prepričana, da je velik del njenih simptomov nekako vsiljenih od zunaj. Odkar vé za psihoanalitično nomenklaturu, vsiljene, lastnemu »Jazu« tuje, njegovim tendencam nasprotujoče, zanj pa celo škodljive občutke, nagibe, razmisleke in dejanja, imenuje akcije »Nad-jaza«. Implantacijo tega »Jazu« tujega dela si predstavlja na povsem substancialni način. Dve poglaviti osebi, ki bolnično osebnost obremenjujeta z mučnimi deli lastnega »Jaza«, z namenom, da bi se osvobodili napetosti in neugodja, ki jih le-ti povzročajo: torej ti dve najpomembnejši osebi sta v prvi vrsti mati (ki na duševni motnji podoben način občasno tako zelo izgubi samokontrolo, da svoje otroke grozno pretepe), druga pa je poznana gospodična, ki je nanjo nekaj časa učinkovala psihoanalitično, a tudi metafizično; pozna pa tudi dobronamerne, zdravilne učinke, npr. tiste, ki jih pripisuje predvsem meni. Seveda ne bi bilo nič lažjega, kot da te simptome diagnosticiramo kot paranooidno blodnjo, kar bi v skladu z današnjim psihiatričnim znanjem pomenilo enako kot neozdravljivost. Jaz pa sem se odločil – naslanjajoč se na ustrezne reference Freuda, v skladu s katerimi sleherna blodnja zajema tudi nekaj resničnosti –, da bom bolj poglobljeno raziskal resničnost (vsaj duševno) tovrstnih navideznih blodenj, oz. da se bom za nekaj časa poistovetil z domnevno poblaznelim. Pri tem postopku mi je verjetno za model služil primer doktorja Breuerja, ki ga prav nič ni plašilo, da še v najbolj nemogočih izjavah histerične bolnice poišče in tudi najde resnico, medtem ko se je tako teoretično kot tehnično moral naslanjati na bolnične namige ter predloge. Na pričakovan ugovor, da se je psihoanaliza (med drugimi tudi jaz) zares veliko ukvarjala z duševno resničnostjo blodenj, ko jih je prikazala kot projekcije priznanja nezmožnih duševnih vsebin, lahko odgovorim le sledeče: še naprej vztrajam pri tem, da je velik del »blodenj« pravzaprav »projekcija«, ne gre pa izključiti, da je v teh blodnjavih vsebinah več objektivne resničnosti, kakor smo predvidevali. Jaz sem se že od samega začetka nagibal k stališču, da halucinacije poblaznelih niso – vsaj ne v celoti – domisleki, temveč dejanske zaznave, ki izvirajo iz okolja in duševnosti drugih ljudi, in so tem posameznikom dostopne zaradi njihove psihološke preobčutljivosti, normalnih ljudi pa se ne tičejo, saj se osredotočajo le na

neposredne reči, ki jih na neposreden način tudi zadevajo. Pomembno je, da se na tem mestu spomnimo na tako imenovane okultne sposobnosti določenih oseb, obenem pa tudi na tesno sorodnost in lahkotno prehajanje med paranojo in duševnim presežkom.

Druga oseba, o kateri bolnica meni, da jo preganja, poseduje tovrstne »duševne« sposobnosti. Bolnica je seveda od te osebe slišala, da je le-ta s svojo voljo sposobna doseči, da drugi ljudje ravnajo, kakor ona hoče. (Tako je lahko velik del bolničnih zaznav projekcija strahu, ki je nastal v njej.)

Bolnica S. I. je čutila, da ti dve osebi – katerih deli takorekoč bivajo v njej – s svojim duhom nasprotujeta vsem njenim namenom, a imata zanjo kljub vsemu neubranljiv učinek. Materin učinek je npr. usmerjen v to, da bi v njej popolnoma prevzel oblast. Če se ne bi vključila v analizo, bi se – to vé z gotovostjo – povsem spremenila v osebo, kakršna je njena mati; začela je že postajati kruta, zlonamerna, skopuška, zlohotna, sebi in drugim povzročati občutke nesreče, moža spravljati na rob zagrenjenosti, hčero trpinčiti ter celotnemu osebju v hiši vzbujati slabo voljo in strah. Drobci materinskih implantatov ohranijo svojo življenjsko moč in celo svojo razvojno energijo; človeška hudobija živi še naprej v dušah, s katerimi so slabo ravnali (pomislimo le na transgeneracijsko krvno maščevanje).

Toda bolnica čuti tudi to, da ko meni – kot analitiku – uspe iz njene notranjosti odstraniti tuje in vanjo implantirane drobce duha, je to zanjo koristno, medtem ko je za osebo, od katere ti drobci izvirajo, to škodljivo. Ta zamisel je osnovana na teoriji, ki pravi, da je implantiran heterogeni fragment na nek virtualen način – kot z nekim predivom – povezan z »darovalčevo« osebnostjo. Ko torej hudobni fragment ni sprejet ali pa je izrinjen, se vrne v darovalčevo osebnost, kjer stopnjuje njegove napetosti in slaba občutja, lahko pa privede celo do telesnega ter duševnega izničenja.

Bolnica – ustrezno velikopoteznosti, ki je značilna za tovrstne ljudi – ne koleba, da posploši na lastni koži pridobljeno izkustvo. Vsak hudoben, destruktiven gon je potrebno vrniti v duševnost, od koder izvira (tj. v prednike, živalske prednike, celo v neorgansko substanco). To torej ni nič drugega, kakor velikanski načrt za odrešitev sveta.

Da sem bolnico pospremil vse do konca te navidezno nevarne poti, je povzročilo spoštovanja vreden terapijski uspeh. Sama pravi – in to so potrdili z vseh strani –, da se je njeno bitje popolnoma preoblikovalo, ne trpinči več svojega moža, razume njegove svojskosti, s čimer mu omogoča razvijati svoje dobre lastnosti. Njen odnos s hčerko, prijatelji in družbeno enakovrednimi ljudmi je postal prijeten, zdaj namreč vsi prihajajo k njej po nasvet, prej pa se jim je kvečjemu le smilila. Najznameniteje pa je to, kako zelo se je spremenil njen odnos do denarja. Postala je zmerno radodarna in darežljiva. Če drugo ne, je vsaj terapijski uspeh opravičilo za predrznost, da sem tako resno vzel blodnje duševne bolnice.

17. marec 1932 [I.]

Prednosti in slabosti intenzivnega sočutja

(R. N.) Močni glavoboli po skorajda tri ure trajajoči vzajemni analizi. Odločim se, da bom pomagal, in – ne glede na mučno duševno stanje bolnice v relaksaciji – seanso (v obeh primerih) po eni uri prekinem. Precej sem bil tesnoben zaradi misli, da trpečo puščam na cedilu, ne da bi ji pomagal in počakal, da se pomiri. Toda opogumilo me je branje pamfleta o Mary Baker Eddy, ki so jo ob histeričnih napadih preprosto pustili samo in je nato prišla k sebi. Malo me je spodbudila tudi S. I., ki me je resno opozorila, naj ne dopustim, da bi me moji bolniki »požrli« (tudi če je govora o njej), tako da sem se odločil, da bom nepopustljiv. Na bolnično prošnjo sem začel s svojo lastno analizo, ki sem jo želel uporabiti, da svoje občutke in namene iskreno ter svobodno priobčim. Spomnil sem se tudi tega, da so pred približno dvema dnevoma bolničine sanje, ki so prerokovale veliko nemško revolucijo čez dan ali dva, v resnici morale biti slutnja mojega lastnega upora v odnosu do tiranije trpljenja (v Nemčiji je vedno pomenilo enako kot brutalnost; pozornost in dober odnos se torej brutalno prekineta).

Toda zgodilo se je povsem drugače. Bolnica me je pričakala z novico, da je od nekoga prejela tolikšno vsoto denarja, ki bo zadostovala še za leto dni analize. Moj strah, da bi bil brutalen, je bil prav tako neutemeljen. Bolnica je povsem soglašala z mojim namenom; moja jeza zaradi na dolgo in široko razvlečenih seans analizi bolj škoduje, kot pa podaljšane ure koristijo; bolnica začuti to grenko jezo in odpor – zaradi vsega tega je prišlo do predloga vzajemne analize.

Takoj ko se je agresivnost izkazala za neuporabno, sem začutil krivdo, ker načrtujem takšno hudobijo. Povedal sem to »analitičarki« in se poglobil v obujanje infantilnih doživetij; najbolj impresivna slika je bil megleni pojav ženskih likov – verjetno služkinje iz najzgodnejšega otroštva; nato pa slika mrliča, čigar trebuh, morda v secirnici, odprem, pridruži pa se tudi nora fantazija, da me vdenejo v rano mrliča. Interpretacija: verjetno naknadni učinek dejanskih strastnih situacij iz preteklosti, ko mi je sobarica dovolila, da se poigravam z njeno dojko, nato pa mi je glavo potisnila med svoje noge, tako da sem postal tesnoben in se začel dušiti. To je izvor mojega sovraštva do žensk: zaradi tega jih želim secirati oz. jih ubiti. Zaradi tega me je tako prizadela obtožba moje matere: »*morilec si!*«, in to je vodilo do tega, da 1. želim na vsak način pomagati trpečim, predvsem ženskam, ter da 2. pobegnem iz situacij, v katerih bi moral biti agresiven. Tako imam na dnu svoje duše občutek, da sem resnično priden fant, medtem ko se na najmanjšo žalitev odzovem z divjim besom, na najmanjšo napako pa s prekomerno krivdo.

Prednost sočutja je ta, da smo se sposobni poglobiti v čustva drugih in da si nagonsko želimo, da bi lahko drugim pomagali, za kar so bolniki hvaležni. Toda prej ali slej nastopi trenutek, ko enostavno sočutje bolnikom več ne pomaga. Ali želijo ostati ob meni, da bi jih osrečil za vse življenje, ali pa se raje odločijo za grozen konec, kot pa neskončno

grozo.⁸⁸ Nekaj pa mi vendarle povzroča težavo: ravno toliko, kolikor je relaksacijska perioda čudovita in temeljita, se v času odslovitve izkažem za počasnega ter nemočnega. Zaradi tega so me bolniki morali analizirati, mi pomagati pri uvidevanju mojih lastnih napak v upanju, da bi z razkritjem svojih šibkosti in njihovih vzrokov postal bolj osvobojen, da bi njihove obtožbe jemal manj osebno, da me ne bi tako globoko prizadela njihova agresija in da bi trenutno stanje znal hitro povezati s preteklo travmo.

Ali je ta občutljivost le moja osebna značilnost ali pa je splošna človeška zadeva? Ali ni moj odziv pravzaprav model krivde, ki je dandanes tako razširjen? Še nobenega drugega analitika nisem slišal poročati o podobnih ovirah v analizi (edinole svoje učence, ki so od mene prevzeli to manijo, da mora človek napako iskati v sebi).

V dobro se mi lahko pripiše, da bolnike pospremim v silne globine in da s pomočjo lastnih kompleksov tako rekoč znam jokati skupaj z njimi. Če poleg tega osvojim še sposobnost, da pravočasno zamejim razneženost in spodbujanje relaksacije, potem imam zanesljivo dobre možnosti za uspeh. Moja lastna analiza ni mogla biti dovolj poglobljena, saj je moj analitik (ki zase pravi, da je narcistične narave) odobral le zdravje, do šibkosti in abnormalnosti pa je imel odpor; ni me zmožl spremljati do globin, do katerih bi me moral, in prezgodaj se je poistovetil z vlogo »vzgojitelja.«⁸⁹ Freud prav tako odločno vztraja pri doslednem vzgajanju, kot jaz pri poglobitvi v relaksacijski tehniki. Moji bolniki me počasi nagovorijo, da nadoknadim tudi ta del analize. Morda kmalu ne bom več potreboval te pomoči, ki jo prejemam od svojih »stvaritev.«⁹⁰ Če imam dovolj svobode v sočutju in neizogibni strogosti, potem upam, da znam tudi pomembno skrajšati čas analize. Verjamem tudi, da se lahko na tak način uresniči moja stara želja, »zaključek« analize, s čimer, kar se mene tiče, zaključujem svoj doprinos k tehniki psihoanalize (takrat bom morda – če me ta tehnična vprašanja ne bodo več vznemirjala – poskrbel za teoretična vprašanja, ki me mnogo bolj zanimajo).

17. marec 1932 [II.]

Težave, ki izvirajo iz tega, da razcep osebnosti ne obravnavamo kot resničnega.

Težave v zvezi z mojo bolnico R. N. delno izvirajo iz tega, da glede zadev, ki sem jih bolnici v budnem stanju povedal ali od nje slišal, menim, da so tudi v relaksiranem stanju v nekakšni obliki navzoče ali zavestne. Očitno mi predstavlja težavo, da bi dejansko verjel:

⁸⁸ V izvirniku »Lieber ein Ende mit Schrecken als sein Schrecken ohne Ende« – nemški pregovor, ki izvira iz pobude za vstajo proti Napoleonu.

⁸⁹ Ferenczi v zvezi s svojo analizo Freudu očita tudi še druge stvari, ki verjetno niso neodvisne od prve. Jones o incidentu poroča na svojstven način. 17. januarja 1930 je Ferenczi v svojem pismu Freudu očital, da ni analiziral njegovega negativnega transferja. 20. januarja se je Freud v svojem odgovoru branil s tem, da tega v tistem času še nista vedela: tovrstni negativni odzivi se v vsakem primeru pojavijo in vsekakor je bilo na razpolago premalo časa (tri tedne), da bi ti odzivi lahko izginili izza dobrega odnosa, ki je vladal med njima. Freud se je k temu vprašanju vrnil v obliki »študije primera« v svojem delu: Sigmund Freud, »Končna in neskončna analiza«, op. cit.

⁹⁰ V izvirniku »Erzieherischen« – po mnenju Michaela Bálinta je Ferenczi na tem mestu imel v mislih posameznike, ki jih je ustvaril iz svojih bolnikov.

zadeve, o katerih sva se pogovorila za domnevno odcepljeni del, na nek način niso zavestne. Zato me precej jezi, če relaksirana oseba – ko se sklicujem na nekaj, kar sva se nedolgo nazaj pogovorila – preprosto izjavi, da o ničemer nič ne ve, in me prisili, da vse še enkrat zlepa povem ali da spodbudim intelektualno delovanje tega fragmenta, da dojame zadeve, dogodke in situacije. Če zagrešim zgornjo napako, bolnica skorajda pobesni; največkrat se bolj ali manj prebudi iz transa in mi v svoji pridigi – občasno zelo nestrpno – očita, kako zelo sem brezčuten glede tega vprašanja. Če bolnica nekoliko okrevi (še posebej, če uvidim in priznam svojo napako), potem mi z angelsko potrpežljivostjo poskuša še enkrat podati natančne smernice o tem, kako se moram obnašati, če želim vzpostaviti odnos z umorjenim, nezavednim, tako rekoč zdrobljenim delom njene osebnosti, in ta odnos tudi ohraniti. Sklicuje se tudi na to, kako lahko travmatiziranemu fragmentu uspe – z veliko potrpljenja in razumevanja do primitivnega, občutljivega, intelektualno ohromljenega dela – ponovna združitev z intelektualno osebo. To je del popolnoma novega dela otroške pedagogike, ki ga nihče niti sluti ne. To bi bilo potrebno povezati z običajno infantilnim načinom zavestnega dožemanja, predvsem v hipnozi in pod vplivom sugestije, obenem pa s tem, kako se je mogoče le-tega resnično osvoboditi: demehanizacija in dehipnotizacija.

20. marec 1932

O histeričnem napadu

1. Sklicevanje na izvor besede »histerija« (hysteron=uterus). 2. Charcot in Freud sta razkrinkala, da so »attitudes passionnelles«⁹¹ pojavne oblike koitusa (v prvi vrsti je Freud razkrinkal opistotonus⁹² kot objemu nasproten pojav). 3. Tiste osebe, predvsem ženske, ki so seksualno nebrzdane in nezadovoljive, splošno pojmovanje imenuje za histerične (»histerična ženska«).

Opazovanje primera, pri katerem je v času relaksacije (»transu«) nastopila telesna drža opistotonusa; bolnica, s katero je bilo možno vzpostaviti kontakt, je pojasnila, da ta telesna drža ni nič drugega, kot odziv na boleč občutek nadraženosti v genitalnem kanalu, kar je opisala kot bolečo lakoto; v tej telesni drži se istočasno reprezentira obramba pred duševnim trpljenjem in seksualno željo. Preko igre spraševanje-odgovarjanje⁹³ je bilo možno ugotoviti, da je to stanje nadraženosti v bolnico vcepil njen oče, in sicer z nežnim glajenjem ter mamljivimi besedami, ki jih je otrok v svoji naivnosti vzel povsem resno. Spominjava se prizora, ko oče vzame otroka v svoje naročje in ga uporablja, kakor se to spodobí.

⁹¹ Strastni položaji.

⁹² Nazaj iztegnjena glava.

⁹³ V zvezi z igro spraševanje-odgovarjanje glej: Sándor Ferenczi, »Otroška analiza odraslih«, op. cit., str. 106-115.

Ker otrok tovrstnega vedenja ne more dojeti drugače kot zakonsko življenje, so jo dejansko – čeprav se to sliši še tako neverjetno – naredili za ženo. Zadeva se še dodatno zaplete, ker o tem z nikomer ne sme spregovoriti, niti z mamo niti s komerkoli drugim. Mati – kot da bi bila popolnoma slepa – otrokovega bledega namiga, da so jo »onečedili«, ne vzame resno, otrok je celo deležen graje, ker je onečeden. Nenadoma se zave laži in goljufije, morda celo intuitivno vzame na znanje očetovo poblaznelost (ki se v stanju »erorr in persona«⁹⁴ maščuje otroku, namesto da bi kaznoval lastno mater oz. bi svoje maščevanje izlil nanjo); nato (tukaj je potrebno umestiti prizore iz petega leta starosti) »razpoka« oz. odcep lastnega »Jaza« v neko drugo »dimenzijo«, kjer resnična dejstva ne bodo več poznana, trajno boleče hrepenenje po »idealnem ljubimcu« pa se ohrani. Medtem je s strani duševnosti zapuščeno telo povsem pod vladavino hudobnega, želene spolne odnose in prostitucijo izvaja avtomatsko, nehoteno.

Tretji fragment osebnosti predstavlja neko vrsto nadomestne matere, ki neprestano čuva preostala dva fragmenta. Uresniči fiziološko prilagoditev telesa na navidezno najbolj nemogoče naloge in naredi prav vse, da prepreči iz bolečine, izčrpanosti itd. izvirajočo fiziološko smrt. Obenem pa s sanjami in fantazijami, ki izpolnjujejo želje, pomaga zbirališču bolečine (oz. izvirnemu, globoko potopljenemu otroškemu »Jazu«), da prepreči neprenehoma grozeč samomor. Torej iz tega bolečin polnega »Jaza« – iz čistega usmiljenja – ustvari duševnega bolnika. Pred napadom se je napetosti poskušala osvoboditi s pomočjo samozadovoljevanja. Ko mi pripoveduje o tem primeru, jo prevzame nebrzdan smeh, kakor da bi nenadoma uvidela, kako zelo smešno je njeno prizadevanje, da bi resničnost nadomestila z nadomestki. Bolnica pogosto sredi relaksacijskega pogovora nasprotuje, da bi jo speljal nazaj v turobno resničnost in s tem dosegel pri njej uvid, da so njeni upi varljivi, predvsem pa, da je njena prihodnost brezizhodna. (Quo ad:⁹⁵ neizmerno velika infantilna pričakovanja.) Dejstvo je, da mora tudi sama bolnica priznati, da takšen streznitveni poseg oz. napad, skupaj z interpretacijami, učinkuje pomirjujoče. Če se analitična seansa konča brez tega, potem ves vmesni čas zapolnjujejo čustveni izbruhi, slab spanec itd., vse dokler se izbruh na naslednji seansi ne konča z relaksacijskim pogovorom.

Glavni moment tega uspeha je lahko ozavestitev oz. reparacija izvirne travme preko spontanih razjasnitev in interpretacij, ki sem jih podal; premagovanje dejavnikov (tesnobe, razcepljenosti na dele), ki sprožajo védenje oz. nevédenje, določen del travme umesti v celoto osebnosti. (Tukaj pripomba o Alexandrovi »celotni osebnosti«, ki si brez poznavanja naših podatkov ne zasluži oznake »celotna«.)⁹⁶

⁹⁴ Napaka v osebnosti ali pomembni osebnostni lastnosti.

⁹⁵ Oziroma.

⁹⁶ Franz Alexander (1891-1961) je bil ameriški psiholog madžarskega rodu. Ferenczija je koncept »celotne osebnosti« zanimal v povezavi s fragmentirano osebnostjo, ki jo je sam opisal, medtem ko je pri Alexandru govora o enoti, ki integrira vsoto vseh instanc in duševnih stopenj onstran njihovih konfliktov ter kontradiktornosti. Podrobneje glej: Franz Alexander, »Neurose und Gesamtpersönlichkeit« [Nevroza in celotna osebnost], *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, let. XII, (1926), št. 3, str. 334-347 ali *id.*, *Anwendung von Freuds Ich-Theorie auf die Neurosenlehre* [Aplikacija Freudove teorije »Jaza« na teorijo nevroz], Leipzig, Internationale Psychoanalyse Verlag, 1927.

Drugi, neintelektualni moment ali dejavnik uspeha je ta, da bolnica čuti, da ne le, da je ne preziramo zaradi njene drugačnosti, celo zaradi njenih otroških ter naivnih trikov zapeljevanja, nimfomanije ali satirizma, temveč nam je zanj žal in ji z veseljem pomagamo, če znamo. Verjamemo v njeno nedolžnost, imamo jo radi tudi kot takšno, kakršno so jo proti njeni volji naredili za zrelo; ona pa zaenkrat sprejme naše sožalje in razumevanje – sicer le kot delno uresničitev njenih upov, dokler ji življenje ne ponudi kaj boljšega. Cenimo veličino in moč, ki jo je bila zmožna izraziti, medtem ko je z »razcepom« preprečila, da bi se njena celotna osebnost potopila v »močvirje grehov.«

In na koncu poslednji, a ne nepomemben dejavnik, da pred bolnikom priznamo lastne šibkosti, lastna travmatska izkustva in razočaranja, kar povsem prekine z bolničine strani vzdrževano inferiorno distanco. Še več, bolnici omogočimo veselje, da nam lahko pomaga, kakor da bi prehodno postala naša analitičarka, kar v veliki meri izboljša njeno samopoštovanje. Če pa pride tudi do tega – kot se to včasih pripeti meni –, da mi lastno in bolničino trpljenje priključimo solze v oči (te ganjenosti pred bolniki ni potrebno prikrivati), potem se zdravnikove in bolničine solze pomešajo v nekakšno sublimirano skupnost, za kar se analogija morda lahko najde le v odnosu matere in otroka. In to je ta zdravilni učinek, ki kot neko vezivo čvrsto poveže intelektuano zbrane fragmente ter na tak način obnovljeno osebnost celo obda z novo voljo do življenja in optimizmom.

22. marec 1932

Vrnitev travme v simptomih, sanjah in katarzi. Potlačitev in razcep osebnosti. Odprava potlačitve med in po katarzi.

(B.) Bolnica pove, da je nemirno spala. V resnici jo je prebudila orjaška bernardinka; žival je sprva zavijala in želela le to, da jo bolnica pomiri (bolnici se večkrat zareče in o psici govori, kot da bi bila samec). Drugič je psica prišla v bolničino sobo in jo prebudila z lizanjem njenega obraza. Bolnica je taisto noč sanjala, da ima grozne bolečine v spodnjem delu trebuha, da ji spodaj vsa kri izteka, medtem ko si sama pri sebi misli: »pa saj nimam menstruacije.« K temu se pridruži še občutek izpraznitve črevesja. Občutek fire-belt⁹⁷ nad bolečim predelom (fire-belt se imenuje očiščen pas gozda, ki preprečuje nadaljnje širjenje gozdnih požarov). Bolnica se prebudi iz spanca (tako je torej prvi simptom) in ima občutek, da se zaradi bolečine ne more premakniti. Noge ima iztegnjene, zaradi bolečin v trebuhu se ne upa premakniti, ima občutek, kot da leži na trdih tleh, čeprav je postelja mehka in udobna. Ima občutek, kot da bi jo sploščili, kratka sapa, obe roki z navzgor obrnjenimi dlanmi in obrnjeni navzven. Splošen občutek je, kot da bi tisti, ki jo je skorajda sploščil, ravnokar odšel, sama pa v vsakem delčku svojega telesa čuti, kot da bi jo stisnili, povsem sploščili. Čez dan se zaloti pri fantaziranju: orjaški moški spolni organ prodre vanjo in v

⁹⁷ Protipožarni jarek.

njej razbije prav vse. Svoje telo vidi položeno na tako nenaraven način, kot telo mrtve osebe; to fantazijo spremlja precej močno razbijanje srca. Po približno dvajset do petindvajset silovitih tresljajih,⁹⁸ ki jo preplavijo v obliki bolečinskih valov, ne čuti več prav ničesar, sebe vidi od zunaj, svoje telo kakor telo tuje osebe. Menstruacija še ni zapadla, osem dni prej je ne pričakuje. Čez dan ponovno čuti močne bolečine v predelu popka, ki se tako rekoč širijo v globino. Hrbtenice kot da sploh nima, sem ter tja se nagiba, ne da bi imela v sebi kakršenkoli odpor.

Interpretacija sanj ne povzroči nobene težave; že skoraj dve leti ima zgolj takšne sanje, ki se lahko interpretirajo edinole kot sanje posilstva. Nešteto krat je reproducirala prizore oz. posamezni prizor, v katerem jo oče vrže na tla na ravnem, trdem polju, ji zvije roke, razpotegne noge, četudi se sama brani z vso svojo močjo; nato začuti, kako prodrejo vanjo; prebudi se povsem izčrpano in nezmožno, da bi dojela, kar se je zgodilo. Interpretacija sanj v času relaksacije predstavlja poskus, da – namesto zavestne interpretacije sanj – bolnico na analitični seansi s pomočjo zavestnega asociacijskega materiala umestimo v sanje same. Za to je potrebna določena mera zaspanosti, relaksiranega stanja. S tihimi in preprostimi – nikakor ne zapletenimi – vprašanji si prizadevamo ostati z bolniki v stiku tudi v času trajanja sanj, prosimo jih, naj poskušajo še globlje otipati, uzreti, doživeti posamezne podrobnosti, nato pa bolniki k fragmentu sanj dodajo nadaljnje drobne dodatke in podatke, ki domnevno izvirajo iz resničnosti. Tovrstna poglobitev v sanje v večini primerov vodi do katarzičnega stopnjevanja simptomov, kar pa nato omogoči, da se približamo resničnosti.

Nikakor ne morem trditi, da bi mi v kateremkoli primeru uspelo bolniku omogočiti, da bi se s pomočjo simptomatske fantazije, poglobitve v sanje in katarze, spomnil samega travmatskega dogodka. Kot da bi travmo, podobno kot v stanju po pretresu možganov, obdajala retroaktivna amnestična ovojnica, ki je pod vplivom katarz vse ožja. Zaenkrat ni povsem jasno, na kakšen način – in če sploh – se lahko središče eksplozije integrira v bolnikovo dušo kot zavesten proces in s tem kot duševni dogodek, ki se ga je možno spominjati. Tukaj je odprtih več možnosti: 1. V tem primeru številni bolniki poročajo (da ali ne),⁹⁹ da kot končne rešitve ne želijo sprejeti, da je določen delež njihove duševnosti, določene njihove duševne sposobnosti – kot recimo upanje, ljubezen na splošno ali v povezavi z določenimi rečmi – povsem zdrobljen zaradi vpliva duševnega pretresa, zaradi česar je te zadeve potrebno opredeliti, kot neozdravljive, natančneje kot povsem uničene. Zdravljenje tega dela torej ne more biti *restitutio in integrum*,¹⁰⁰ temveč le bergla, da se sprijaznijo s svojo prizadetostjo. Po mnenju trpečih bi lahko precej velika ljubezen, najpopolnejša genitalno-moralna-intelektualna sreča, oživila tudi te mrtve dele duše, oz. bi

⁹⁷ Protipožarni jarek.

⁹⁸ V izvirniku »*Erschütterung*«, kar lahko pomeni potres, pretres, pretres možganov ali zaradi močnih čustev nastali šok. Prim. Sándor Ferenczi, »Razmišljanja o travmi«, op. cit.

⁹⁹ V izvirniku ni jasno.

¹⁰⁰ Popolna ozdravitev.

lahko povsem usposobila tudi še tako zdrobljene telesne in duševne dele osebnosti. Toda takšna sreča v resnici ne obstaja (npr., če je neka ženska bila v otroštvu posiljena, potem tudi če se z njo poroči na vsem svetu telesno in duševno najpopolnejši moški z izjemno potenco ter zaljubljenostjo, še vedno ne bo zadostovalo, da bi v odnosu do s travmo povzročene ponižanosti in v primež stisnjene (pohabljen) osebnosti lahko delovalo kot protistrup). 2. Upam, da če pokažemo izjemno potrpežljivost in samopožrtvovalnost, če s stotinami primerov dokažemo, da sta naša strpnost ter sočutje neprekosljiva in da smo opustili sleherne nehote nastale namene ter celo sprejmemo bolnikovo učenje in pomoč, potem morda lahko dosežemo, da se bolnik odpove uresničitvi svojih izrednih želja ter da prednost tistemu, kar je zanj dosegljivo, nadaljnje da oživi mrtvi del svojega Jaza tudi zaradi mene, pozneje pa celo zaradi sebe, oz., da se pozdravi ter spominja. (Obveza okrog boka.)

25. marec 1932

Duševna bandaža

Bolnica (B.) fantazira, da ima boke stisnjene s širokim in trdim povojem.

Na podlagi asociacij lahko sklepamo, da zgornja fantazija predstavlja podporo in iskanje podpore. V kontratransferju bi se ponudila priložnost, da ji zagotovimo zaščito in podporo, ki je ni prejela ob nastanku travme. Analitikova ljubezen in moč – pod pogojem, da mu dovolj zaupajo – učinkuje skorajda kot objem ljubeče matere in zaščitniškega očeta. Pomoč, ki jo po travmi lahko nudi materino naročje in njen močan objem, omogoči odlično relaksacijo, tako da tisti, ki ga je travma doletela, lahko lastne moči – osvobodjene bremena zunanje previdnosti in zaščite – posveti izključno notranji nalogi obnove funkcionalne motnje, ki jo je povzročil nepričakovan vdor. Pozitivna kontratransferna čustva kakor da naknadno nudijo nasprotno katekso, do katere ni prišlo, ko se je pripetila travma. Na tem mestu moramo povedati nekaj o nasprotni kateksi: od tistega trenutka dalje, ko je človek zaradi svojih grenkih izkušenj izgubil zaupanje v dobrohotnost svojega okolja, nastane v osebnosti trajen razcep. Odcepljeni del se osamosvoji v smislu stražarja, ki varuje pred nevarnostjo, predvsem na površju (koža in čutila), pozornost tega stražarja pa je skoraj izključno usmerjena navzven. Zaposlujejo ga edinole nevarnosti oz. objekti okolja, ki dejansko lahko postanejo nevarni. Tako pride do razcepa prej enotno učinkujočega sveta na subjektivni in objektivni duševni sistem; oba posedujeta svoj lasten spominski sistem, toda povsem zavesten je v resnici le objektivni (tukaj glej s tem povezano predpostavko v moji študiji o tiku).¹⁰¹ Ta stražar se lahko umakne edinole v spanju z ustvarjanjem določenih pogojev (zaklepanje oken in vrat, pokrivanje z zaščitno in toplo posteljnino). (Tukaj se lahko navežem na teorijo spanja-maternice in le-to dopolnim s sledečim: rojstvo predstavlja le začasno motnjo stanja v maternici, otrok se za trenutek

¹⁰¹ Glej: Sándor Ferenczi, »Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic« [Psihoanalitična razmišljanja o tiku], *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, let. VII, (1921), št. 1, str. 33-62.

prebudi, nato pa dalje spi v zibelki. Travma rojstva ne predstavlja nevarnosti in ne pušča za sabo nobenih pomembnih sledi, saj okolje neposredno za tem poskrbi za reparacijo.) (Tukaj glej mojo kritiko Rankove teorije o travmi rojstva.)¹⁰² Pravo travmo otroci doživijo takrat, ko takojšnja pomoč ni zagotovljena, oz. ko so primorani v spremembo svojega vedenja; prvi korak je usmerjen v udejanjanje razlike med notranjim in zunanjim svetom, med subjektom in objektom. Odtlej niti subjektivno niti objektivno izkustvo samo po sebi ne ustvari popolne čustvene enote (razen med spanjem in pri orgazmu).

Če travma telo ali duševnost doleti nepripravljeno oz. brez »nasprotne katekse«, potem na telo in duševnost deluje rušilno oz. ima nanj moteč učinek predvsem preko fragmentacije. Manjka moč, ki je posamezne fragmente in elemente držala skupaj. Disociirajo se telesni fragmenti in elementi ter duševni fragmenti in elementi. Telesno to morda pomeni anarhijo organov, organskih delov in elementov (le njihovo vzajemno delovanje omogoča ustrezno globalno delovanje oz. življenje). Vdor sile v duševno sfero ob pomanjkanju obvarujoče »nasprotne katekse« povzroči neko vrste eksplozije, uničenje duševnih povezav med sistemi in duševnimi vsebinami, kar se lahko razširi vse do najglobljih elementov zaznavanja (tukaj se navezujem na mojo predpostavko o čisto aritmetičnem oz. algebrničnem in v večji meri simboličnem povezovanju preprostih senzornih vtisov, ki v končni fazi tudi sami izvirajo iz edinstvenih valov, okolijskih impulzov).¹⁰³ Eventualna povezava tudi z zgodnejšo teorijo o času in prostoru. Čisto subjektiven je še povsem aritmetičen; umestitev »stražarja« pa že zahteva posplošitev oz. sintezo, abstrakcijo.

Asociacija oporeka fizikalni zakonitosti oddelitve (neprehodnost materiala). Asociacija ni niti A niti B, temveč A in B obenem, torej nekaj metafizičnega. V trenutku razmišljanja se A in B za trenutek nahajata na isti točki duše, v simbolu se aritmetične točke posameznih izkustev koncentrirajo na metafizični način. Hipoteza: najprimitivnejše, popolnoma enotno izkustvo ni brezčasno, saj so njegove spominske sledi kakor brazde vinilne plošče, ki shranijo sleherno vibracijo. Posamezni val predstavlja mersko enoto dejanskega časa oz. odpora korpuskularnih elementov do kakršnekoli spremembe, oz. v odnosu do vplivov iz okolja. Za nezaščitenega otroka bi lahko rekli, da je pripravljen na eksplozijo (tukaj se navezujem na mojo kratko študijo o otrokovem gonu smrti).¹⁰⁴ Narkoza, hipnoza in tesnoba uničijo sintetizirajoča delovanja. Občutek, da te ne ljubijo ali da te sovražijo (tukaj se navezujem na očetovsko in materinsko hipnozo),¹⁰⁵ izniči željo po življenju oz. željo po biti skupaj.

Nezmožnost biti sam.¹⁰⁶

¹⁰² Glej: Sándor Ferenczi, »Zur Kritik der Rankschen »Technik de Psychoanalysen« [O kritiki Rankove psihoanalitične tehnike], *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, let. XIII, (1927), št. 1, str. 1-9.

¹⁰³ Glej: Sándor Ferenczi, »Mathematik« [Matematika], v: *id.*, *Bausteine zur Psychoanalyse IV.*, op. cit., str. 192-208.

¹⁰⁴ Glej: Sándor Ferenczi, »Gon smrti nezaželenega otroka«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, op. cit., str. 88-92.

¹⁰⁵ Glej: Sándor Ferenczi, »Transfer in introjekcija«, op. cit.

¹⁰⁶ Glej: Donald D. Winnicott, »The Capacity to Be Alone« [Sposobnost biti sam], v: *id.*, *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* [Proces zorenja in spodbudno okolje], Karnac Books, London, 1958, str. 29-36.

Dati obliko okoliškemu svetu.

Brezobličnost brezmejnega.

29. marec 1932

Obrat vzajemne analize v stanje navadne analiziranosti.

Na začetku, po premagovanju splošnega odpora do vzajemnosti, sva se dolgo časa pre-govarjala okrog tega, kdo naj začne, kdo naj bo prvi. Oba bi prednost prepustila drugemu. Jaz kot analitik sem za to imel dva razloga: 1. predelati sem želel predvsem stare vsebine in vtise iz prejšnjega dne, obenem pa sem se bal, da vse, kar povem, provocira nove vsebine ter nova čustva, medtem ko stara še niso predelana; 2. naposled pa sem svojo lastno analizo še vedno videl kot sredstvo za analizo bolnice. Glavno vlogo je še naprej imela bolnica, večino časa je moralo biti namenjeno njej, zame pa je ostalo le toliko, kolikor ga je po kompletni abreakciji še preostalo (ob strogem upoštevanju dvournih seans). Bolnica si je sledeči korak zamislila tako, da se razpoložljiv čas razdeli na dva popolnoma enaka dela. To je postalo možno šele potem, ko so se s poti moje lastne analize (ob spremljavi precejšnjih čustvenih viharjev) odstranile ovire, ki so mi oteževale, da bi komu drugemu povzročil bolečine (oz. da bi koga pustil nezadovoljenega): posledica specialne prisile, presežne otroške seksualnosti in pretiranih zahtev; Biri.¹⁰⁷ – odtlej redne dvojne seanse. Ob upoštevanju bolničnega ugovora, da se po končani lastni analitični seansi ne bi bila zmožna objektivno ukvarjati z menoj, se je naposled morala izpolniti tudi ta želja in sedaj se vsaka dvojna seansa začne z analizo analitika.

Ne gre zanikati, da sem na koncu lastne analitične seanse čutil precejšnjo utrujenost, težko mi je bilo začeti z ukvarjanjem z novo nalogo in svojo pozornost usmeriti na zadeve, ki so od mene neodvisne. V analizi sem si tudi sedaj na sicer običajen način prizadeval premagati relaksacijsko prizadevanje, a to ni vedno uspelo enako dobro; zanimanje se je oprijelo mojega lastnega jaza in si želelo predvsem miru.

Nato pa sem se v zvezi z nekimi sanjami – v katerih je nekdo s pomočjo lastnih konvulzij dojel enake simptome pri drugem – spomnil bolničnih preteklih in s tem povezanim asociacij, namreč da bi moral jaz postati Julij Cezar oz. pred vsako pomembno odločitvijo moral prestati epileptični napad. Le tako sem lahko zmožen razumeti in sočustvovati z bolničnim trpljenjem (seveda lahko ima le tisti bolnik takšen napad, ki je bil tudi sam – tekom otroške travme ali zaradi nje – zelo blizu poslednjih vzdihljajev ali agonije ali pa je to tudi prestal in se vrnil z zmanjšano življenjsko energijo ter voljo, a z zelo razširjenim obzorjem, ker je lahko pogledal tudi onkraj). Asociacije na Cezarja: seize her,¹⁰⁸ napad, ki prevzame, obvaruje, osvobodi.

¹⁰⁷ Ime mladega dekle (pripomba Michaela Bálinta).

¹⁰⁸ Zagrabijo jo.

Poskus praktične uresničitve zgoraj navedenega sprva ni uspel. Bolnica je govorila o nekih sanjah; analiziran analitik, ki je bil še vedno utrujen od lastne analize, je preprosto zaspal; a na pol omamljen je z enim ušesom vendarle ujel določene sanjske predstave in besedne fragmente; nato se je zaradi občutka krivde nenadoma prebudil in poskušal v bolnici vzbuditi asociacije k tem fragmentom, ki so bile zanjo sicer popolnoma postranske (nenadoma se je namreč spomnil, da je on analitik). Nato se je bolnica precej razjezila zaradi moje nepozornosti. Z nekaj upravičene vznemirjenosti sem jo vprašal: a sem zdaj jaz Cezar ali ne? Nisem zmožen imeti epileptičnih krčev in obenem biti tudi zavestno pozoren na vsako bolničino priobčilo. Bolnica je to sicer priznala, a je upala, da sem – četudi sem bil duševno oddaljen – kljub vsemu sprejel vase to, kar je ona povedala. Jaz pa sem bil primoran uvideti, da se je nemogoče tako poglobiti in istočasno tudi analizirati. Nekoliko osramočen sem se torej moral vrniti k prejšnjemu bolničinemu predlogu, namreč da naj pred nadaljevanjem analize najprej izanaliziram sebe. To je spremljala določena stopnja depresije in sramovanja. Čeprav me je že to stalo precejšnjega napora, da priznam najino enakovrednost v vzajemni analizi, a načrt, da bi enostransko postal bolničin bolnik, je zame pomenil nadaljnje ponižanje; moral sem se degradirati v otroka, bolnico pa priznati kot nadrejeno, ki me opazuje.

Prva posledica te odločitve je bila, da je vzplamtel moj levostranski glavobol. Nato se je načrt tekom trajne depresije modificiral na sledeč način: bolničine analize se ne sme prekiniti že zaradi tega, da se ne nakopičijo njene napetosti. Tako bi bilo najbolje v enem analitičnem dnevu analizirati samo enega ali samo drugega, torej ne da bi se spremenila smer analize. Zato se bova analizirala dnevno izmenično v tem ali onem smislu. Moram pa priznati, da se v tem načrtu morda še lahko odkrijejo sledi odpora do mene zalezujočega ponižanja.

Strah, da se nekdo iz analitika spremeni v bolnika, je pravzaprav strah pred odvisnostjo. Če bolniku uspe – kakor sem to opazil tudi pri svojih bolnicah – postati zame nepogrešljiv, potem sem prepuščen na njegovo milost in nemilost. Dokler mu torej popolnoma ne zaupam, se ne morem prepustiti njegovi oblasti. Tako se tudi sam znajdem v istem položaju, ki je moje bolnice spodbudil, da me analizirajo: bolnica o meni ni imela vtisa, da sem popolnoma neškodljiv oz. razumevajoč. V meni je začutila nezavedni odpor in oviro, zaradi česar je predlagala vzajemno analizo. Zdaj pa sem jaz v enakem položaju: ne želim se brez zaščitnih ukrepov potopiti v globine, ta previdnost pa pomeni, da je potrebno analizirati analitika, da bi se lahko preko tega popolnoma analitično prikazal vsak potencialno nevaren impulz ali pa vsaj vsaka nevrotična ovira, ki onemogoča razumevanje (in ki je lahko tudi varljiva). Torej si vzajemno ne zaupava ali pa vsaj ne zaupava v razumevanje brez kompleksov. Zaradi tega si torej želim izmenične analize in nasprotujem enostranskosti.

31. marec 1932

Vzajemna analiza: odločitev na podlagi prakse. Zaplet zaradi tega, ker je v analizi več kot ena bolnica.

Užalosti me, da sem dva dni zapored samo bolnik, to namreč pomeni, da sem upravljanje oz. vajeti spustil iz rok. Neugodno mi je ob misli, da se je bolnici uspelo popolnoma izmuzniti analizi in namesto tega začeti analizirati mene. Ker sem dovzeten, da tvegam tudi najtežje in to tudi utemeljim, sem se – čeprav nerad – odločil tudi za to predrznost, zanjo ustvaril celo podlago, in to tako, da sem si rekel, da o pravi analizi lahko govorimo le takrat, ko dosežemo tisto stopnjo relaksacije, ki je značilna za odnos mati-otrok oz. popolno zaupanje ter najpopolnejšo opustitev samostojnosti. Tako je iz analitikove običajne oholosti sprva nastala vzajemnost in enakopravnost, nato pa popolna podrejenost. Kljub svoji odločitvi se nisem pomiril, pojavili so se celo določeni simptomi: glavobol, motnje spanja, utrujenost in zaspanost med analitičnimi seansami, podobno kot med dolgimi gledališkimi predstavami. Rešitev so ponudile praktične izkušnje. Zaradi bolničine dvodnevne odtegnitve je postalo neodložljivo, da ponovno postane bolnica, in vzajemnost se je ponovno vzpostavila.

Zaplet, ki ga povzroči vključitev tretje osebe, ki me prav tako želi analizirati. Zaradi tega pride do prepira med mano in bolnico št. 1. Menim, da popolna poglobitev – »*sestop k materam*«¹⁰⁹ – ni možna, dokler analitik ni kot odprta knjiga oz. ne le formalno in uradno prijazen ter vljuden, temveč tudi neškodljiv, kar doseže s tem, da spregovori o lastnih zatrtih in potlačenih sebičnih, nevarnih, grobih ter neusmiljenih nagnjenjih. Bolnica št. 1 meni, da je to potrebno samo v tovrstnih izjemnih primerih, kakršen je njen, bolnica št. 2 pa se počuti zapostavljeno in prizna tudi to, da je ljubosumna na prvo bolnico. Bolnica št. 2 mi je pogosto postavila tudi vprašanje, ali bi me motilo, če bi se ona kot analitičarka – vzporedno z analizo, ki jo opravlja pri meni – začela analizirati z eno izmed svojih bolnic. V ta namen si je izbrala moškega, do katerega je še posebej nestrpna. Obenem me poskuša – na nekoliko sumljiv način – pomiriti s tem, da je ta moški še posebej zaupanja vreden, tako da v nobenem primeru ne bo izdal mojih skrivnosti, z drugimi besedami: pravi, da če vzajemno analiziran bolnik (tudi sam analitik) vzajemnost razširi na svoje bolnike, potem mora le-tim izdati skrivnosti prvotnega analitika (oz. moje skrivnosti).

Tako se moram soočiti z možnostjo, da zame popolni neznanci lahko izvedo za moja najintimnejša, najosebnejša čustva, grehe itd. Potemtakem se moram ali sprijazniti z mislijo, da je ta ideja in tehnika povsem nemogoča zadeva, celo blazna, ali pa moram biti še predrznejši in se privaditi na misel, da v resnici sploh ni pomembno, če se izoblikuje ena majhna skupina, katere člani vedo vse o vsakem; morda bi odnosi v takšni majhni skupini – v primerjavi z dandanes modernim zatajevanjem, obrekovanjem, previdnostjo, povsod (v pogovorih, čustvih) prisotno zavrtostjo – postali lažji, preprostejši.

¹⁰⁹ Sigmund Freud, Josef Breuer, *Študije o histeriji*, slov. prev. Simon Hajdini, Marija Javornik in Samo Tomšič, Ljubljana, Delta, 2002, str. 230.

Stara zamisel, da lahko razcvet gangsterizma snuje nov družbeni red brez tovrstne dvoličnosti, lahko z razširitvijo vzajemnosti dobi ponovno in novo obliko potrditve. Ugotovilo se bo, da 1. ko nas užalijo, motijo, ranijo, se vsi odzovemo kot gangsterji. 2. Po drugi strani pa bomo v prihodnosti tako pri sebi kot pri drugih članih skupine prepoznali in iskreno priznali »šibkosti«, ki jih dandanes na otroški ali smešen način zatajimo ali potlačimo, in bomo še v ozadju cinizma najgrobejšega gangsterja prepoznali skrito željo oz. hrepenenje po blagi, otročji (aktivni in pasivni) nežnosti ter veselju, ki ga vzbuja zaupanje.

Analiza ženske se mora vedno zaključiti z homoseksualnostjo, analiza moškega pa z heteroseksualnostjo. Najgloblja potopitev pomeni mater ali znotrajmaternično stanje; to je pri ženski samoumevno povezano z istim, pri moškem pa z nasprotnim spolom. »On revient toujours.«¹¹⁰ Lahko bi rekli: v analizi ženske je homoseksualnost predzadnja beseda. Moški analitik mora recimo spraviti v pogon vse svoje materinske kakovosti in inhibirati vse svoje agresivne moške gone (tudi nezavedne). Takrat se pri analizirani ženski razodene spontana oz. neagresivno vsiljena nagnjenost k pasivnosti in to, da jo ljubijo na prodirajoč način, kakor to ustreza anatomiji. Zadnje obdobje v analizi ženske bi torej brez izjeme moral biti spontan razvoj želje, da želi biti pasivna in mati.

Freud ima torej prav, ko pravi, da ženskosti predhodi maskulino, deško (oz. k materi fiksirano) obdobje, edino, kar lahko na podlagi analize k temu dodamo, je to, da večji del otroške seksualnosti ni spontan, temveč umetno vcepljen s strani prestrastne nežnosti in zapeljevanja odraslih. Nemotena infantilna seksualnost – iz česar se v zadnjem obdobju analize razvije toliko želena normalnost – se lahko v analizi, predvsem pa v transfernem odnosu, razvije le takrat, ko se v analizi podoživi in s tem tudi čustveno odpravi, kar je bilo vcepljeno.

Toda kaj je sploh »normalno«? Pri ženski prevladujoče prizadevanje, da bi bila žena in mati; na agresivnost fantov in moža (ki je v končni fazi samo eden izmed otrok hišne gospodarice) gleda zviška in skorajda ne vzame na znanje; v odnosu do deklet pa ostane velika količina istospolne ljubezni mati-hči, in to se ohrani, tudi ko se je dekle že omožila ter postala mati. Hrepenenje ženske po istospolni prijateljici ali materi – z veliko vzajemne nežnosti – je nesmrtno in tudi družbeno sprejeto, ne vzbuja odpora ali zaničevanja niti takrat, ko je pretirano.

Pri »normalnem« moškem se bo velik del danes običajne grobosti (ki se smatra za možato) ublažilo, ne bo sramotno, če bo odrasel moški otročji, nežen in ne-seksualen, ali pa vsaj ne vedno seksualen; vzhičenost in jokanje ne bo več nemožato izražanje ganjenosti. Morda se sem nanašajo tudi ne-specialne prednosti moškega, o katerih sem pisal v delu

¹¹⁰ Vselej se vrnemo.

»Männlich und Weiblich.«¹¹¹ Zaradi tega bi se verjetno zmanjšala tudi promiskuitetnost, več moških bi zbralo pogum vztrajati pri preprostem in mirnem družinskem življenju oz. pri reprodukciji otroškega položaja.

3. april 1932

Eks- in implantacija duševnih vsebin ter energij (S. I.).

Kakor mnogo drugih bolnikov, tako tudi ta frigidna bolnica s tesnobnimi stanji (napadi), tesnobnimi sanjami, večerno prisilno alkoholiziranostjo, občasno pa tudi s tesnobnimi dnevnimi halucinacijami, zelo pogosto govori o temačni, neubranljivi, tuji sili, ki jo proti njeni volji sili v destruktivna, zase in za druge škodljiva dejanja, besede itd., ki so v nasprotju z njenimi interesi, celo željami; lahko bi torej govorili o demonomaniji. Psihoanalitične asociacije se neredko sprevržejo v izrazito žive vizualne predstave, v resničnost katerih sploh ne podvomi, četudi vé, da je to drugačna, nenavadna perspektiva. Takrat si s podlahtjo avtomatično prekrije oči in skoraj pozabi, da sem tudi jaz prisoten, čeprav se zdi, da se tega kljub vsemu vsaj nekoliko zaveda, saj mi neprestano poroča, kaj vidi. Iz tega haluciniranja jo tudi ni težko izvleči. Zadostuje, če jo opomnim. Določene težave se seveda lahko zaznajo, ko jo želimo izvleči iz tega stanja – namreč takrat, ko ji želimo odstraniti roke z njenega obraza. Zatem pogosto začudeno zre vame in mi pravi: »Kaj Vi ste tu? Kako nenavadno. Vi ste doktor Ferenczi in cel čas ste bili tu.« Občasno komentira spremembe svojega bitja, ki jih izzove moja prisotnost. Ko nato skromno odgovorim, da ne vem za to v meni skrito veličino, upam si pa pripomniti, da nič posebnega nisem storil zanjo, nakar ona odločno odgovori, da se potem niti lastnih sposobnosti in dejanj ne zavedam. Vsebina halucinacij: izrazito hitro izmenjevanje – kakor miselni vrvež – časa, prostora in predmetov. Bolnica čuti, da se je osvobodila okov in ovir fizične razdalje. Leti v vesolju, potaplja se do dna morja, kjer vidi prav vse čudeže morskih globin, in v njej se nenadoma pojavijo najrazličnejši, neredko v določen cilj usmerjeni svetlobni pojavi. Nato se skoraj vedno pojavijo tudi človeške podobe ali fragmenti podob, ki jih poimenuje duhovi. Določeni tipi, predvsem Kitajci, se zelo pogosto vračajo. Plešast starec, ki se skloni nadnjo. Tovrstni duhovi počasi postajajo zastrašujoči, bolnica izvaja obrambne gibe, na koncu pa grozno prestrašena močno zavpije: »Tepejo me! Razbili mi bodo glavo! Umorili me bodo!« Obraz ji medtem zardi, joče. Po več minut trajajočem bojevanju oseba tako rekoč v celoti ohromi, molče in mrtvo blede bolno leži, sploh ne kaže nobenih znakov življenja; občasno izjavi, da se ne nahaja več znotraj svojega telesa, temveč izven njega, telo samo je mrtvo, umorili so ga. Podobe (duhovi) se zelo pogosto prikažejo v obliki že umrle osebe, še posebej v obliki njenega brata, ki je umrl pred enim

¹¹¹ Sándor Ferenczi, »Männlich und weiblich (Psychoanalytische Betrachtungen über die 'Genitaltheorie', sowie über sekundäre und tertiäre Geschlechtsunterschiede)« [Moško in žensko (Psihoanalitična razmišljanja o 'genitalni teoriji' in tudi o sekundarnih ter terciarnih razlikah med spoloma), op. cit.

letom. Podoba ne govori, izraža se edinole preko gest. Najprej pokaže na svoje srce (njen brat je umrl zaradi srčnega infarkta), nato pokaže name (dr. F.), kot da bi jo hotel povabiti, da naj se obrne proti meni.

Odkar je v Freudovi teoriji slišala za »Nad-jaz« kot odcepljen produkt »Jaza« z veliko gotovostjo ponavlja, da ji zlonamerni »Nad-jaz« – materina volja – v spremstvu hude tesnobe zveže roke in noge ter jo prisili v samouničevalno vedenje (čuti celo to, da je povečanje njene telesne teže prav tako stvaritev te vsiljene tuje volje, ki jo bremeni tudi na telesnem področju).

Vdor škodljivega »Nad-jaza« (tuje volje) si zamišlja nekako takole: zaradi bolečine in groze pride do ohromitve posameznikovih integracijskih življenjskih moči, iz sovraštva in želje po napadu rojena tuja volja pa z vsemi svojimi prizadevanji prodre v drugo osebo skozi ta »omehčan, brezobramben material«, tako da deloma izrine tudi njeno lastno spontanost

Rezultat tega procesa je po eni strani presaditev duševnih vsebin v žrtvino duševnost, ki vanjo prinesejo trpljenje in povzročijo bolečine ter napetost, obenem pa agresor iz žrtve kakor da posrka določen del, in sicer izrinjenega. Po tem, ko se besen posameznik zdivia, se pomiri, saj vidi, da je drugemu uspel povzročiti bolečine: določen del strupa se premesti v drugo osebo (odslej se mora ta oseba, že zaradi nepravilnega ravnanja, spopadati z neugodnimi čustvi), istočasno pa agresor (to je to, kar je novo v pričanju S. I.) inkorporira naivno, ne-tesnobno, mirno in srečno stanje, v katerem je žrtev dotlej živela. Preprosteje povedano bi to pomenilo nekaj takšnega: človek je v tesnobni, boleči situaciji, in zavida mir neke druge, recimo šibke osebe, otroka, zaradi česar v svoji depresiji tako rekoč brcne psa. S tem doseže, da tudi drugi trpi, kar mora njegovo bolečino obvezno ublažiti. Po drugi strani pa s pomočjo tega akta inkorporira prejšnje stanje sreče.

5. april 1932 [I.]

Vsako sovraštvo je pravzaprav psihopatska projekcija

Če s kom grdo ravnajo ali pa mu odtegnejo ljubezen, ga boli. Racionalni odziv na to bi bila – poleg ohranitve dejanske ljubezni – žalost, torej nekaj takšnega: »Jaz ga še naprej ljubim, on me več ne ljubi, kako zelo me to boli!« Sovražni odziv je v nasprotju s tem povsem irealen; če grdo ravnajo z mano, začnem trditi, da »ga ne ljubim, temveč sovražim«, in namesto da bi doživel dejansko žalost, drugemu povzročim nekakšno fizično ali moralno bolečino. S tem dosežem, da zdaj trpi on, ne pa jaz. Torej mi je uspelo lastno žalost povsem ali le delno prevaliti na nekoga drugega. Paranoidni mehanizem se lahko pokaže tudi v tem, da premestitev povzroči še večje valove in se sovraštvo razprostre na celoten klan, na celoten narod, družino. Zaradi premestitve in na tak način s sovraštvom povezane projekcijske kakovosti, postane težko ali naravnost nemogoče, da bi sovraštvo, podobno kot žalovanje, nemudoma filozofsko razstavili ali kako drugače počasi dolbli. Če bi

poškodovana oseba namesto sovraštva doživela trajno žalovanje, bi proces žalovanja naredil svoje, medtem ko se premeščeno čustvo, morda ravno zaradi svoje irealnosti, lahko dolgo ali trajno obdrži. Najpogostejši primer: travmatsko razočaranje v otroštvu, vse življenje trajajoče sovraštvo do določenega tipa ljudi.

Osnovna razlika med moško in žensko homoseksualnostjo.

Premalo pozornosti se posveča dejstvu, da je ženska homoseksualnost pravzaprav neka zelo normalna zadeva, prav tako normalna, kakor moška heteroseksualnost. Objekt ljubezni je pri moškem in ženski sprva enak: ženska (mati). Poglobljena analiza v obeh primerih privede do konflikta z materjo in razočaranja v materi. Navajanje na čistočo in izoblikovanje »sfinkter-morale« je naloga matere (pojavi pa se tudi vprašanje, ali ni morda preusmeritev libida k očetu posledica tega prvega razočaranja v materi). Fiksacija na očeta ali na splošno na moški spol pa je v nasprotju s tem povsem abnormalna; v protislovju je predvsem z anatomijo, glede česar menim (v nasprotju s Freudom), da je na področju psihologije temeljno določujoče. Zdi se, da tudi družba ne obsoja tako strogo ženske homoseksualnosti. Odnos hčerke do matere je mnogo pomembnejši kakor pa odnos z očetom. S strani moškega zagrešene seksualne agresije v bolnikovem otroštvu so bile travmatske predvsem zaradi tega, ker so bile moteče za odnos z materjo.

Ustrezno predpostavki, da je med anatomijo in duševnostjo močna vez, lahko predpostavimo, da se vaginalna erotika – in s tem tudi stopnjevano zanimanje za pasivnost – v nedotaknjenem notranjem delu nožnice pojavi zelo pozno.

Neizogibna dopolnila k ojdipskemu konfliktu.¹¹²

Izkustva v zvezi s travmatskim učinkom genitalnih napadov na majhne otroke s strani odraslih me spodbujajo, da modificiram svoje dosedanje analitično dojetje otroške seksualnosti. Dejstvo infantilne seksualnosti se seveda ne spremeni, toda mnogo tega, kar je v otroški seksualnosti navidezno strastno, je lahko pravzaprav otrokom – njihovi volji navkljub – vsiljena strastnost odraslih, ki jo v otroke umetno implantirajo. Celo prekomerno strastna manifestacija negenitalne nežnosti – kot recimo strastni poljubi, močni objemi – so za otroka v resnici neugodni. Otroci ne želijo drugega, kakor da z njimi ravnajo prijazno in nežno. Otroške gestikulacije in gibi so nežni, če že niso, pa nekaj ni v redu. Potrebno je zastaviti vprašanje, v kolikšni meri bi se razvila, povsem spontano, brez strastne odrasle erotike in predčasne vcepitve genitalnosti, otrokova neumorna ljubezen do njegove matere in sinova morilska nagnenja do rivalskega očeta, oz. v kolikšni meri je ojdipski kompleks dejansko podedovan in v kolikšni meri je v skladu s tradicijo prenešen z ene generacije na drugo?

¹¹² Ferenczi je v tem odstavku skiciral zamisli, ki jih je razvil v svojem delu *Zmeda jezika med odraslimi in otrokom*, ki ga je napisal tekom prihodnjih mesecev. Te zamisli niso bile deležne odobranja niti s strani Freuda niti na splošno s strani psihoanalitičnega gibanja.

5. april 1932 [II.]

O dolgoročnih učinkih »obveznih« aktivnih in pasivnih genitalnih želja, ki so vsiljene majhnim otrokom.

1. S strani očeta zagrešeno genitalno nasilje v zgodnjem otroštvu. Razvoj: kljubujoč značaj, nezmožnost zaključiti študij (Freud: seksualna aktivnost povzroči ne-vzgojljivost),¹¹³ histerični občutki, predvsem v glavi in trebuhu. Občasno bolečine v obliki napada; globlja analiza: srbeča, neprestana vaginalna nadraženost, nato pa prevrednotenje tega občutka v bolečino in premestitev na bolj oddaljene telesne predele. Občasna abreakcija v krčevitih histeričnih napadih.

2. V simptomatologiji popolna analogija s primerom I. Bolnica je seveda popolnoma nezmožna obrambe in se prisilno pokori, kljub temu, da je pri napadu še posebej očiten moralni motiv zavrnitve in bolečine. Obramba osebnosti: z nezavednostjo, kompenzatornimi fantazijami sreče in razcepom osebnosti. Otroka je travma doletela v že izoblikovanem sfinkter-moralnem obdobju (kar je tudi najpogostejše), dekle čuti, da so jo onesnažili, da so nespodobno ravnali z njo, želela bi se potožiti svoji mami, a jo moški pri tem onemogoči (ustrahovanje, zanikanje). Nemočna in zmedena je, morala bi se spopasti z voljo uglednega odraslega, s skeptičnostjo svoje matere itd. Tega seveda ni zmožna, znajde se pred izbiro: ali je ves svet hudoben ali pa se jaz motim? – in se odloči za slednje. To je izvor premestitev in napačne interpretacije zaznav, ki na koncu privedejo do zgoraj opisanih simptomov.

3. Povsem podobne okvare pri moških, ki so predčasno bili prisiljeni v genitalno aktivnost. Glavna značajska poteza: prevzemanje nadčloveških nalog, medtem ko čuti neznosno utrujenost in gnus do dela (prav to se nanaša tudi na libido).

7. april 1932

Usoda otrok duševno bolnih staršev

1. Pravzaprav še nimamo prave predstave o duševnih kakovostih malčkove osebnosti. Mnogo vsega govori v prid temu, da otrokova psihofizična osebnost v maternici in tudi še po rojstvu tako rekoč ni izkristalizirana, temveč jo lahko najdemo v »raztopljenem« stanju. (Ta slikovita prispodoba v sebi skriva fantastično predpostavko, da je oseba pred spočetjem živela v veselju v nekem zaenkrat še raztopljenem stanju. Človek bi potemtakem moral smrt dojeti kot vrnitev v to »raztopljeno« stanje. Kot smo že drugje pojasnili, otroci še zelo zlahka umrejo.)¹¹⁴ Fiziološka vzporednica zgornje predstave ustreza dejstvu, da je individuum pred spočetjem razdeljen na vsaj dva dela. En del tvori materinski sestavni

¹¹³ Sigmund Freud, *Tri razprave o teoriji seksualnosti*, slov. prev. Mojca Dobnikar, Studia humanitatis, Ljubljana, 1995.

¹¹⁴ Sándor Ferenczi, »Gon smrti nezaželenega otroka«, op. cit.

del, drugi del pa očetovskega. Človek si tu očitno postavi vprašanje, ali ni morda ta zgodnja razcepljenost vzor vsaki poznejši razcepljenosti, vključujoč tudi razcep osebnosti, ki nastane v psihozi.

Zamisel, da je otroška osebnost v še na pol raztopljenem stanju (konsistenci), nas mami v smer fantaziranja, da predpostavimo sledeče: otroška osebnost – in s tem tudi občutljivost – ima z veseljem mnogo večji stik, kakor pa že izkristalizirana osebnost odraslega; tudi to nas ne bi presenetilo, če bi se nekega dne izkazalo, da se v tem zgodnjem obdobju na okolje odziva še celotna osebnost, ne le na običajnih mestih, natančneje v čutilnih organih. Tako imenovane super normalne sposobnosti, dojemanje procesov, ki so izven senzornega zaznavanja (clairvoyance),¹¹⁵ prevzem manifestacij nekakšne tuje volje (suggestion par distance),¹¹⁶ so lahko navadni, vsakodnevni procesi, prav tako tudi živali (psi) – katerih osebnost je očitno neprestano v »raztopljenem stanju« – razpolagajo s tovrstnimi, navidezno super normalnimi sposobnostmi (vohanje na daljavo, pri psih gre za nepojasnljivi prevzem simpatij in antipatij njihovega gospodarja). – Tu je prva priložnost, da razumemo tako imenovano telegonijo (vpliv materinih izkustev na otroka, ki ga nosi v maternici).

Navezava na nenavadne sanjske predstave, ki prikazujejo »učene dojenčke« (»Wise babies«).¹¹⁷

Spiritistični mediji – če sploh kaj producirajo – svoje sposobnosti dolgujejo lastni vrnitvi v to otroško modrost in vsevednost.

2. Izoblikovanje »Nad-jaza« se s pomočjo teh predstav odene v bolj plastično naravo. Več bolnikom dolgujem zahvalo za drugje že pojasnjen nazor, da odrasli svojo lastno voljo, predvsem pa še posebej neugodne duševne vsebine, vsilijo otroški osebnosti; ti odcepljeni transplantati v drugi osebi vegetirajo skozi celo življenje (temu enakovredno slišim izjave, da tako imenovani darovalec »Nad-jaza« izrinjene otroške dele osebnosti stopi vase).

Že zgolj na teoretski osnovi se lahko pričakuje strahovita zmešnjava, če se v tem smislu in obsegu občutljiv otrok znajde pod vplivom duševno bolnega odraslega z razpadlo osebnostjo. Na podlagi nenavadnih izkustev določenega primera se ne zdi nemogoče, da »Wise-Baby«¹¹⁸ s svojim občudovanja vrednim gonom sicer sprejme vse, kar je razpadlega in poblaznelega, kakor nekakšno vsiljeno zadevo, toda lastno osebnost že od samega začetka oddeli od abnormalnosti. (Naravnost v trajen razcep osebnosti na dva dela.) Del

¹¹⁵ Jasnovidnost.

¹¹⁶ Sugestija na daljavo.

¹¹⁷ Glej: Sándor Ferenczi, »Sanje o učenem dojenčku«, slov. prev. Zoltan Pap, v: id., *Enfant terrible psihoanalize*, op. cit., str. 32. Ferenczi je pojem učenega dojenčka ponovno uporabil tudi v: id., »Otroška analiza odraslih«, op. cit.; id., »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, op. cit., ter tudi v sledečih dveh fragmentih: Sándor Ferenczi, »Exaggerated sex impulse und seine Folgen« [Prekomeren spolni impulz in njegove posledice], v: id., *Bausteine zur Psychoanalyse IV.*, op. cit., str. 285; id., »Über Lamaismus und Yoghi« [O lamaizmu in jogi], *ibid.*, str. 288.

¹¹⁸ Ferenczi je precej pogosto namesto izraza »učeni dojenček« uporabljal ustrezen angleški prevod.

osebnosti, ki je izrinjen izven lastnih okvirjev, predstavlja prvotno, izvirno osebo [Urperson], ki nenehno nasprotuje sleherni abnormalnosti in zaradi nje strašansko trpi. Trpeča oseba se s tvorbo halucinacij, ki izpolnjujejo želje, brani pred vpogledom v žalostno resničnost; oz. v to, da hudobna tuja volja celotno njegovo duševno in telesno bit drži v obsesti (obsedenost).

V omenjenem primeru se je nato pripetila nenavadna zadeva, da se je poblaznela in hudobna volja po dotlej največjem maničnem izbruhu kar naenkrat streznila, se odstranila od dotlej obsedene osebe, zdaj pa se že v obliki morilskega namena obrača proti osebi, v kateri je doslej tako rekoč vegetirala. Posledica: zevajoča praznina v osebi, ki se je privadila, da ni nič drugega, kakor obris same sebe. Preostali deli osebnosti se znajdejo v tako hudi nesigurnosti, kakor da bi grozil potres, že takrat, ko se poblazneli odloči za umik. Toda v trenutku napada se sleherna iluzija razblini, ne gre sprejeti, da je nenadoma dobila vpogled v grozen obstoj oblasti poblaznelega; dotedanja razcepljenost dá mesto nekakšnemu popolnoma raztopljenemu stanju. Ko pa je to mimo – podobno, kot ko ugasne ognjemet –, celotno doživetje postane kup na elemente razpadlih naplavin.

Analiza mora duševnost iz tega pepela ponovno priklicati v življenje (iz dneva v dan, sprva zadržano, nato pa progresivno utrditi ta pepel v fragmente uvida; občasno vse ponovno razpade, nato pa ponovno potrpežljivo zgradimo; na koncu pa doživetje transferja in znotraj tega šola trpljenja utirata pot v travmatske globine). Opozorilo za evgeniko: odstranitev novorojencev iz duševno bolne okolice.

10. april 1932

Erotomanija kot osnova vsake paranoje

V najrazličnejših paranoidnih blodnjah (grandiozne, ljubosumnostne, preganjalne blodnjavosti) vse pogosteje izza homoseksualne osnove najdem globlji vzrok homoseksualnosti v obliki erotomanske blodnje, ki se izoblikuje – zaradi travmatske izgube ljubljenega objekta ali travmatskega spoznanja iluzorične narave domnevno objektno-ljubezenskega odnosa – kot amentična¹¹⁹ psihoza izpolnitve želja. Nadalje se postavlja vprašanje, ali ne iščemo pratravme vsakokrat v praodnosu z materjo in ali bi lahko travme nekoliko kasnejšega – že zaradi očetove prisotnosti zapletenejšega – obdobja imele tovrsten učinek, če ne bi bilo praizivrne travmatske mati-otrok brazgotine. Dojenčkovo naravno čustveno stanje je, da ga ljubijo in da je on središče sveta. Pravzaprav ne gre za manijo, temveč za pravo dejstvo. Prva razočaranja v ljubezni (separacija, uravnavanje izločevalnih funkcij, prva groba kaznovanja, grožnje, celo opozorilno kaznovanje) v vsakem primeru učinkujejo travmatsko oz. so za duševnost v prvem trenutku hromeča. Na tak način nastala dezintegracija povzroči nastanek novih formacij; tudi znotraj tega je verjeten

¹¹⁹ Zmedenost.

predvsem nastanek razcepa. Organizem se npr. mora prilagoditi trpljenju, ki je povezano z izločanjem, s tem povezan duševni odpor pa se krčevito oklepa preteklih spominov in krajši ali daljši čas ostane v halucinaciji: nič se ni zgodilo, nespremenjeno me ljubijo (halucinatorna onnipotenca). Morda vsa poznejša razočaranja v ljubezenskem življenju predstavljajo regres v izpolnitev te želje.

12. april 1932

Relaksacija analitika

Doslej je bilo skoraj izključno govora le o bolnikovi relaksaciji, od analitika pa se je pričakovalo le to, da bolnikovo relaksacijo s smotrnimi ukrepi pospeši ali pa je vsaj ne ovira; občasno smo se sklicevali tudi na najpomembnejše motnje. Zamisel vzajemne analize pravzaprav ni nič drugega kot to, da se relaksacija razširi tudi na analitika. Analitik in bolnik se izmenično relaksirata.

Tukaj lahko umestimo, da Freud že v svojih prvih spisih o analitični tehniki¹²⁰ priporoča tovrstno obojestransko relaksacijo, četudi ta proces ne poimenuje s tem imenom. Bolniku zapove, da naj do svojih duševnih vsebin zavzame popolnoma pasivno držo. Na enem mestu primerja na tak način nastalo duševno stanje s pasivno ubogljivostjo osebe, ki se je podvrgla hipnozi, in med njima vidi pomembno sorodnost. A tudi od analitika zahteva »prosto lebdečo pozornost« oz. duševno stanje, ki se nekoliko oddeli od ciljno usmerjenega razmišljanja in raziskovanja. Freud – povedano z drugimi besedami – relaksacijo zahteva tako od bolnika kot tudi zdravnika, toda globini teh dveh relaksacij se razlikujeta. Od bolnika pričakuje, da se – dokler ne dobi drugačnega navodila – prepusti vodstvu nezavednega, a tudi zdravnik mora svoji fantaziji dopustiti prosto pot v vse možne smeri, tudi v najbolj absurdne; seveda se ne sme oz. se mu ni potrebno preveč oddaljiti od površine zavesti in svoje naloge – opazovanje bolnika, vrednotenje producirane vsebine, odločitve glede eventualnih priobčil itd. – ne sme zanemariti niti za trenutek.

Zdravnik v vzajemni analizi – četudi le prehodno – opusti svoj položaj stražarske službe. Doslej je to (v vzajemnosti) pomenilo, da vlogo analitika v vmesnem času prevzame bolnik. Zaradi tega je nastopila nepričakovana in precej nesmiselna modifikacija oz. kaže, da bo nastopila: relaksirati se morata oba hkrati. Kot pravim, sprva se to zdi popolnoma absurdno; čemu koristi, če dve osebi padeta v trans istočasno in nesmiselno govorita vsepovprek oz. prosto asociirata, svojim občutkom pa dopustita, da se izrazijo tudi v gestah ter izraznih gibih. Temu iz dosedanjega analitičnega izkustva ustreza le zamisel o dialogu nezavednih,¹²¹ kar sem – če se dobro spomnim – predlagal jaz.

¹²⁰ Glej: Sigmund Freud, »Nasveti zdravniku, kako naj ravna pri psihoanalitični obravnavi«, slov. prev. Mateja Peršak in Robert Vouk, v: *id.*, *Spisi o psihoanalitični tehniki*, Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2014, str. 103-114. *id.*, »O vpeljavi obravnave«, slov. prev. Mateja Peršak in Robert Vouk, *ibid.*, str. 103-165. *id.*, »Freudova psihoanalitična metoda«, slov. prev. Samo Tomšič, *ibid.*, str. 33-40.

¹²¹ Avtor je »dialog nezavednih« omenil že leta 1915 v svojem spisu: Sándor Ferenczi, »A hangképzés pszichogén rendellenességei« [Psihogene motnje intonacije], v: *id.*, *A pszichoanalízis haladása*, Dick Manó, Budapest, 1920, str. 65-68.

Ko se dva človeka prvič srečata – sem trdil v tistih časih –, pride do izmenjave ne le zavestnih, temveč tudi nezavednih vzgibov. V primeru obeh bi lahko le analiza ugotovila, zakaj je prišlo do praktično še za njiju nerazložljive simpatije ali antipatije. Navsezadnje sem to razumel v smislu, da ko se dva človeka pogovarjata, se v resnici ne odvija le zavesten, temveč tudi obojestranski nezavedni dialog. Z drugimi besedami: poleg pogovora, na katerega sem osredotočen, ali vzporedno z njim, se odvija tudi relaksiran dialog. Toda nekatere moje bolnice se s to razlago ne zadovoljijo in neomajno trdijo, da se poleg dovzetnosti za manifestacije nezavednih gonskim impulzov drugih ljudi – ki se lahko izkaže analitično ali z normalnimi psihološkimi metodami – odvijajo tudi psihološki pojavi, ki jih z našimi dosedanjimi psihološkimi ali na fiziologijo zaznavanja nanašajočimi se znanji ni možno pojasniti. Mnogi pred mano so že opozorili, da se med bolnikom in zdravnikom z neobičajno pogostostjo odvijajo fenomeni prenosa misli, neredko na način, ki daleč presega naključno verjetnost. Če bi se te zadeve nekega dne potrdile, bi za nas, analitike, bilo povsem sprejemljivo, da lahko transferni odnos na poseben način pospeši izoblikovanje manifestacij subtilnejše dovzetnosti.

In dejansko je to vodilo do nastanka zadnje modifikacije. Motiv za obrat postopka (tega, da je analitik postal bolnik) je bil ta, da se je analitikov čustveni odpor, natančneje otopelost, vzel na znanje. Neprestano so se pritoževali: »*Vi ste preveč pasivni, ničesar ne storite*« itd., čemur je neredko sledila največja mera obupanosti. Bolnica kot da bi pod pritiskom nemoči odcepila določen fragment inteligence, ki mi je predpisal, kako in kaj moram ali bi moral storiti v danem trenutku. Po tem, ko sem premagal svoj precej močan osebni odpor do tega, da jo zdravim v skladu z njenimi navodili, sem postavil ustrezna vprašanja in nanje dobil tudi odgovore; toda za bolnico je bil rezultat nezadosten, saj še vedno ni bila povsem prepričana, ali v transu reproducirana travmatična situacija dejansko ustreza resničnosti. Zagnana »nasprotna analiza« je zagotovo skoraj dobesedno potrdila analitikove predpostavke. Neprestano pritoževanje – ki je prodrlo iz najglobljega nezavednega –, ker v meni dejansko ni niti sočutja niti sožalja, in to, da sem čustveno mrtev, se je analitično večkrat potrdilo ter se povezalo z radikalnimi otroškimi travmami (travmami, ki se jih lahko poveže s pretiranimi zahtevami s strani odraslih na genitalnem področju, trčenjem z družinskim puritanstvom, v končni fazi pa morda tudi s travmo iz obdobja, ko sem bil še dojenček). Tu je začela delovati imenitna analogija med mojo usodo (nevrozo) in psihozo bolničnega očeta. Bolnica je s svojim očetom živela v popolni intelektualni in duševni skupnosti, kar pomeni, da občasno hčerka ni zmogla odmisliiti svojega očeta, občasno pa oče ni zmogel odmisliiti svoje hčere. Toda oče zaradi svoje duševne motnje ni vedel, da vsa svoja, v odnosu do hčere storjena sramotilna dejanja, pravzaprav namenja svoji materi; sklepna, atomizirajoča travma je nastopila v trenutku vzajemne streznitve. Oče se je po še zadnjem zagrenjenem poskusu incestuoznosti čustveno odmaknil od svoje hčere, da bi jo nato z zdaj že trezno domišljenim maščevalnim pohodom oblatil za vse življenje. Atomiziranje je nastopilo v trenutku, ko je bolnica nenadoma uvidela, da svojega očeta nikoli ne bo mogla nagovoriti, da prizna svoje grehe in blaznosti.

V mojem primeru gre za to, da sem infantilno agresijo in odklonitev ljubezni do matere premestil na bolnike. Toda uspelo mi je – tako kot pri materi – z orjaškim naporom, po čisto intelektualni poti, s prisilo samega sebe, razviti še od dobrote večjo dobroto, ki me je usposobila celo za to, da potočim nekaj pravih solza (solz, za katere sem jaz sam menil, da so prave). Ali je možno, da je celotna moja relaksacijska terapija in izjemna dobrota do bolnikov, ki jo od sebe zahtevam, v osnovi le pretirano širokoustenje s sicer popolnoma manjkajočim sočutjem? Namesto s srcem čutim z glavo. Glava in razmišljanje stopita na mesto srca ter libida. Premestitev telesno primitivnejših vzgibov na glavo, morda tudi v obliki simptomov (glavobol) ali v obliki nagnjenosti, da oblikujem teorije, v katerih pride do poistovetenja genitalij in glave (tukaj so možne številne povezave). Skratka kastracijska histerija z ustreznimi premestitvami. Kar bolniki pri meni pogrešajo, je tisti določen »nekaj.«¹²²

24. april 1932

Paranoja in voh

Ena izmed bolnic poroča, da je bila včeraj primorana nekaj ur preživeti v družbi Mrs. Dm. Gre za gospo, ki jo že dolgo pozna in s katero je tudi sodelovala pri izvedbi analitičnih eksperimentov. Svojo antipatijo do omenjene gospe upravičuje z njeno neizobraženostjo, new-englandsko ozkoglednostjo in primitivnim načinom izražanja; v njeni fantaziji ni niti sledu umetniškega poleta. Vse to je bolnico spodbudilo, da se izogiba družbe te gospe. Včeraj pa se ji ni mogla izogniti, začutila je, da se mora napiti. Prenašala jo je lahko le v povsem pijanem, opotekajočem se, na pol spečem in sanjavem stanju. Ko je pomislila na to gospo, se je vselej spomnila njenega vonja; širila je nekakšen mrtvaški smrad, kar bolnico preplaši in spodbudi k obrambi.

Taisti dan me je obiskala tudi Dm. in povedala, da je tudi ona dosti spila (ni pa bila opita). Strah jo je v bolničini družbi, čuti, da je ta gospa preveč agresivna, energična, spominja jo na lastno mater (tukaj je prisotna navezava na otroško travmo; mati jo je tako silovito potegnila za zapestje, da ji je zlomila roko). Potrebno je pripomniti, da Dm. dejansko širi neugoden vonj, kar je za ljudi z občutljivejšim vohom izrazito odbijajoče. Z veliko verjetnostjo lahko trdimo, da je intenzivnost teh izparevanj v nekakšni povezavi s potlačenim sovraštvom in jezo. Kakor da bi – podobno kot določene živali – s tovrstnim strah vzbujajočim izparevanjem sovraštva druge ljudi držala v stran od svojega telesa, saj ne razpolaga z drugo vrsto orožja (bolničino zavestno in manifestno vedenje je sicer pretežno prilagodljivo, nagnjena je k slepi poslušnosti, kar pomeni, da se brez besed podredi volji drugih oseb).

¹²² Ferenczi se tukaj verjetno sklicuje na pesem »*Madame Arthur*« francoske pevke Yvette Guilbert, ki jo je Freud in posledično tudi celotno psihoanalitično gibanje zelo občudovalo.

Ni bila nikakršna predrznost povezati bolničin odziv z dejstvom, da zna izvahati čustva drugih ljudi. V tistem trenutku mi je začela pripovedovati več tovrstnih doživetij. Na zanimiv način mi je pripovedovala dolge zgodbe o svoji materi, ki je iztuhtala podobne reči, kakor nekoč profesor Jager.¹²³ Bolničina mati je trdila, da je kopanje in umivanje nezdravo, nikoli ni menjala spodnjega perila, kot da nikoli ne bi širila neprijetnega vonja. Sicer je bila precej energična, ona je bila gospodar pri hiši (oče je namreč precej pil in le redkokdaj prišel domov, a se je takrat vselej rodil en izmed otrok).

Nauk, ki ga lahko utemeljimo na takšnih in podobnih vprašanjih, bi bil sledeč: zavestno agresivna izparevanja bolničine matere niso zaudarjala, medtem ko so pri Dm. – ki je navidezno laskava in popustljiva, skrivoma pa polna sovraštva – razkrivala potlačeno sovraštvo (tukaj sledeča asociacija: »*modrec Salomon pravi*«).¹²⁴

Dm. se zaradi bolničinega odkrito agresivnega nastopa preplaši in začne zaudarjati. Bolnica to doživi kot protinapad, preganjanje (preganjalna blaznost), in je primorana ali pobegniti ali pa se z alkoholom narkotizirati. Ni nemogoče, da s tem oponaša svojega očeta-pijanca, ki ni znal obstati z njeno materjo. Vse dokler je bolnica manično agresivna, oponaša svojo mater; ko začne čutiti prikrito agresijo s strani Dm., pa začne igrati vlogo očeta (?). Naj bo že kakorkoli, zdi se gotovo, da posamezniki, ki bolehajo zaradi preganjalne blaznosti, podobno kot določene živali, predvsem psi, znajo izvahati zakrita ali potlačena čustva in nagibe drugih ljudi. Sledeči korak bi vodil do izjemno izostrene in niansirane kvantitativne ter kvalitativne občutljivosti, ki bi omogočila, da se izvahajo tudi najmanjši vzgibi, celo duševne vsebine vzgibov želja oz. predstav drugih ljudi. Tako bi lahko mnogo tega, kar smo doslej dojeli kot okultno ali metafizično, pridobilo psihofiziološko razlago. Sledeči in še predrznejši korak bi nas nato pripeljal do dosežkov spiritističnih medijev, ki so tudi po zelo dolgem času sposobni zaznavati celokupno izparevanje drugih oseb, ki še naprej vibrira nekje v prostoru (podobno kot pes zaznava sledi svojega umrlega lastnika). Tako spiritistični mediji preko svojega voha rekonstruirajo preteklost druge osebe. S svojo olfaktorno fantazijo so sposobni slediti človeku v njegovo najbolj oddaljeno preteklost in na vsa tista mesta, kjer se je tekom svojega življenja nahajal.

Zakaj se vonj Dm. zaznava kot mrtvaški smrad, je težava že sama po sebi. Začasen poskus rešitve: pri zatrtju, prekinitvi ali potlačitvi določenega čustvenega odziva, se v nas nekaj dejansko uniči. Ta uničeni del osebe preide v stanje razkroja. Če je oseba povsem onemogočena v svojem delovanju, pride do vsesplošnega razkroja oz. smrti. Tukaj lahko ustvarimo povezavo s tem, kar številni nevrotiki trdijo v stanju transa ali v sanjah: večji ali manjši del njihovega »jaza« je mrtev ali umorjen, in to vlečejo za sabo kot neživo oz. za delovanje neprimerno breme. Vsebina tega svežnja potlačitve je v neprestani agoniji oz. v

stanju razkroja. Popolni razkroj je zanje prav tako nemogoč kakor to, da bi ponovno oživel preko priliva vitalnih energij.

*Nine pins.*¹²⁵

Silly servant.^{126, 127}

26. april 1932 [I.]

Pornofazija kot pogoj genitalne potence

Pravzaprav poglavje k morebitni zbirki del o ekscesivni genitalni zahtevi v otroštvu. Ogmorni presežki, ki jih otrok naloži samemu sebi, imajo trajne posledice. 1. Popolnoma uničijo občutek spontanosti oz. to, kar je v genitalni aktivnosti izvor stopnjevanega ugodja. 2. Popolna duševna negotovost v zvezi z ljubeznijo: bolnik nikoli ne ve, kdaj in koliko tega predstavlja obvezno nalogo. 3. Precej visoka stopnja splošne utrudljivosti, ki se razprostre na skorajda sleherno dejavnost, po spolnem odnosu pa se še posebej in ob vsaki posamezni priložnosti izrazi v smrtni utrujenosti. 4. Tukaj moramo razmisliti, ali niso morda simptomi tako imenovane nevrastenične utrudljivosti posledica genitalnih presežkov, ki jih bolnik vsili samemu sebi ob duševnem ali duševno-telesnem samozadovoljevanju? (Citirati primer mladega moškega, ki so ga v otroštvu zapeljali, in a) ki je čutil prisilo, da zadovolji vsako žensko, b) dnevno se je štiri do pet krat samozadovoljeval; z izjemno koncentracijo in sumacijo vseh obstoječih vzburjajočih erotičnih situacij mu je uspelo svoje seme brizgniti vse do pet ali šest metrov visokega stropa nad njim.) 5. Vpliv na vedenjski vzorec in značaj. Nenehno prizadevanje po izpostavitvi prenevarnim in preveč težavnim, pogosto tudi moralno ogrožajočim okoliščinam, iz katerih se lahko izvečejo le z veliko težavo ter v zadnjem trenutku. Prevzemanje nalog, ki zahtevajo veliko naprezanja in marljivosti (učenje, izpiti), odlašanje vse do zadnjega trenutka, zapravljanje časa za nekoristne zadeve, obenem pa občutek krivde. 6. Pornofazija, ena izmed specialnih oblik kondicionirane potence. Ženska mora razglasiti, da je prostitutka, priznati mora vsako svojo napako, do potankosti mora povedati, kaj običajno počne, ali pa si mora tovrstne zadeve izmisliti. S tem se akt iz dejanskega seksualnega srečanja¹²⁸ degradira v voajeristično samozadovoljevanje. Fantazija moškega ostane ujeta v zamišljenem prizoru; dejanskega seksualnega dosežka pravzaprav sploh ne uresniči on sam, temveč resnično potenten moški. Sam mora le gledati in se samozadovoljevati. Žensko prisili, da se obnaša kot prostitutka, s čimer olajša celotno nalogo; določen del prizora dejansko uprizorijo, zaradi česar je njegovo zastopstvo na nivoju fantazije odveč. V analitični

¹²⁵ Kegljanje.

¹²⁶ Neumen služabnik.

¹²⁷ Analitična obravnava te bolnice je potekala v angleščini. Za razumevanje izrazov v zgornjih dveh opombah glej dnevniški zapis z dne 26. april 1932 [II.].

¹²⁸ Ferenczi je v izvirmiku uporabil izraz »kongres« enako, kakor so v 18. stoletju z izrazom »seksualni kongres« poimenovali seksualno srečanje.

terapiji tovrstnih primerov je potrebno računati na to, da nastopi vsesplošna telesno-duševna nezmožnost, ter seveda tudi na to, da libido popolnoma izgine. Tako pravzaprav pride do ponovnega nastopa otroškega stanja, v katerem je običajno več sebičnosti in manj oziranja na druge.

Kakšno velikansko motnjo v normalnem razvoju lahko povzroči, če na otroka – ki je po svoji naravni nujnosti egoističen – naslovijo tovrstne prekomerne čustvene zahteve altruistične narave. Po tem, ko to že skorajda komatozno, onemogolo stanje (bolniki so v gledališču pogosto zmožni sredi predstave zaspati) – ki pogosto niti ni tako dolgotrajno – traja nekaj časa, se občasno pojavijo predznaki dejansko spontanega libida, pozneje pa tudi seksualni izrazi brez izčrpanosti. Utrujenost, ki sledi aktivaciji intelektualnih občutkov in čustev, priča o ogromnem naprežanju, ki je potrebno, da lahko intelektualne procese prisilimo nazaj na halucinatorni nivo. Normalnega libida je vselej preveč, odvečna količina čustev pa vpliva tudi na naš zaznavni aparat. Slogan »*nihil est in intellectu, quod non prius fuerit in sensu*«¹²⁹ se v tem primeru obrne in na njegovo mesto stopi prednost intelekta. Zdi se verjetno, da lahko v primeru podrobnejšega preučevanja sleherno nevrastenijo povežemo z nečem podobnim (tu se lahko navežem na – z moje strani večkrat poudarjeno – fiziološko nasprotje, da se libido med masturbacijo zmanjša, medtem ko se pri *coitus interruptus*-u¹³⁰ oz. v tesnobni nevrozi stopnjuje).

26. april 1932 [II.]

Dodatek h kultu falusa

(B.) Sanje bolne ženske, s skoraj gotovo agresivno genitalno zgodovino iz otroštva: vidi vrsto negibnih vojakov ali telovadcev, ki so vsi brez glav, iz njihove leve strani (rame) pa štrli pokončen, naprej usmerjen mesnati del kot nadaljevanje ramena. Asociacije preidejo na kegljanje (nine-pins).¹³¹ Posamezni vojaki označujejo posamezne porive, predstavo orgazma pa morda vseh devet skupaj. Istočasno brezglavost kaže popolno čustvenost in odsotnost vsakršne intelektualne kontrole (>»*l'amour est tun taureau acéphale*«¹³² – Anatole France).¹³³ Toda obenem se izrazi tudi bolnično duševno stanje: meni, da *nine-pins* težko vzdržujejo svoje ravnovesje zaradi enostranske (levostranske) obtežitve. Toda ta asociacija izvira od tod, da je bolnica pred spanjem spila ogromno koktejllov, kar je očitno zmotilo njeno ravnovesje. V takšnem brezglavem stanju se zdi možno, da tudi nas neovirano

¹²⁹ Ničesar ni v razumu, kar ni bilo prej v čutilih.

¹³⁰ Predčasno prekinjen spolni odnos.

¹³¹ Glej dnevniški zapis z dne 24. april 1932.

¹³² Ljubezen je brezglavi bik.

¹³³ Anatole France (1844-1924) je bil francoski pisatelj, pesnik, literarni kritik in Nobelov nagrajenec. Ferenczi je zelo dobro poznal njegovo delo in skupaj s Freudom sta ga zelo cenila. Glej njegov članek: Sándor Ferenczi, »Anatole France als Analytiker« [Anatole France kot analitik], *Zentralblatt für Psychoanalyse*, let. I, (1910-1911), št. 1, str. 461-467. Zgoraj navedenega citata nismo uspeli izslediti v delih Anatole France-a, zato obstaja verjetnost, da se je Ferenczi na tem mestu motil.

preplavijo čustva drugih, kot da bi narkotik odtalil zaščitni ovoj »Jaza.« Z drugimi besedami: opijanjen ali narkotiziran otrok (morda tudi otrok, ki se zaradi svoje prestrašenosti ali bolečine ni zmožen braniti) postane tako zelo občutljiv do čustev tiste osebe, katere se boji, da agresorjevo strast čuti kot svojo lastno. Na tak način se lahko strah pred falosom preoblikuje v čaščenje falosa, v kult falosa (tukaj je problematika ženskega seksualnega užitka, ki je glede na svoj izvor morda le v užitek preoblikovan strah).

Toda še dalje je problem, da se strah sploh lahko preoblikuje v užitek, četudi se potem zgodi, da dotični izgubi glavo in se poistoveti s *taureau acépal*-om. V vsakem primeru je odprta tudi možnost povsem drugačne rešitve; izvor vsakega mazohizma ni strah, temveč dobrota in samopožrtovanje – kot gona sama po sebi ali morda kot naravni sili –, ki vzdržujeta ravnovesje egoističnih impulzov (S. I.).

Ali se lahko gon smrti – kot gon dobrote in samopožrtovanja – kot materinski-feminin gon postavi nasproti maskuleginega?

26. april 1932 [III.]

Antihomoseksualnost kot posledica moškega »protesta«

Zavestno močna antipatija, npr. v odnosu do homoseksualnosti, lahko predstavlja pomembno oviro v obravnavi manifestnih primerov. Takrat se lahko izve, da je tako zelo razširjen odpor do »psihoz« in perversij (Freud) osnovan na nezadostni analizi tovrstnih nagnjenosti. Takšni bolniki nas morda spominjajo na najkrutejša doživetja pradavnine, na trenutke, ko so se moški morali boriti za svoje duševno zdravje in libidinozno usodo.

Analitik, čigar karakter se je razvijal v agresivno smer, lahko odlično odigra močnega očeta. Drugi, ki sočustvuje z vsemi bolnikovimi čustvi, pa je odličen materinski nadomestek. Pravi analitik mora vse te vloge odigrati enako dobro.

Aktivna terapija je bila očetovsko-sadistična, povsem pasivna terapija pa materinska. Mirno, naravno vedenje – brez vnaprej izdelanega načrta – enkrat eno, drugič drugo značajsko potezo postavi v ospredje. Najpomembnejši pogoj je še vedno le ta, da si iskreno priznamo svoja resnična čustva.

1. maj 1932

Kdo je poblaznel, mi ali bolniki? (Otroci ali odrasli?)

Vprašanje: ali je Freudovo prepričanje resnično ali pa je premočna prisila po oklepanju lastnih teorij zgolj obramba pred samoanalizo oz. pred lastnimi dvomi? Ne smemo pozabiti, da psihoanalize ni odkril Freud, temveč je prevzel nekaj gotovega od Breuerja. Morda je Breuerju sledil le na logično-intelektualni ravni, ne pa iz čustvene prepričanosti; temu ustrezno je vselej analiziral le druge, nikoli pa sebe. Projekcija.

Skorajda nepremagljiv je v meni odpor, ko se poskusim – po predlogu »Orphe«¹³⁴ – podvreči analizi bolnice, oz. ko se poskušam povsem nezaščiten, nebogljen, predati v bolničnine roke. Strah me je, da bi izkoristila to situacijo. Bolnica, ki v svoje roke dobi takšno oblast, lahko zaradi lastnih nezavedno zlonamernih teženj 1. stori karkoli, da se osvobodi lastne muke, ne da bi se ozirala na to, da lahko s tem analiziranemu škodi ali pa ga celo uniči; 2. bolnica bi v svojih sadističnih dejanjih, ki bi jim analiza dala priložnost, prišla do kompenzatorne zadovoljitve.

V nadaljevanju tega demonomaničnega miselnega toka si domislamo, da lahko hudobnost duševnega bolnika uniči čas in prostor, preganja nas lahko celo v sanjah, torej nas demonično uniči; prisili nas v nevarna in nepopravljiva dejanja, zmoti miren spanec, iz zavisti razdejani sleherno možnost za srečo, uniči potenco, nas prižene vse do samomora itd., itd.

Če z bolnikom odkrito spregovorimo o našem sumu, potem lahko ta upravičeno odgovori: 1. zakaj se mora on, bolnik, slepo prepustiti v zdravnikove roke? Ali ni možno, celo verjetno, da bo slabo analiziran zdravnik (in kdo sploh je dobro analiziran?) – namesto da bi me ozdravil – na mojo škodo izživel svojo nevrozo ali psihozo? 2. V potrditev in dokaz upravičenosti suma moram citirati nekatere Freudove izjave, ki jih je podal v moji prisotnosti, očitno v upanju na mojo diskretnost: »Bolniki, o ta golazen«, »Bolniki so dobri samo zato, da nam zagotavljajo preživetje in da nam nudijo material za učenje«, »Pomagati jim v nobenem primeru ne moremo« – je rekel. Menim, da to ni prav nič drugega kot terapevtski nihilizem. Bolniki so s tem ogoljufani, da upanje v njih vzbudijo, dvome pa pred njimi zamolčijo.

Mislim, da je Freud prvotno resnično verjel v psihoanalizo, navdušeno je sledil Breuerju, strastno in predano se je ukvarjal z zdravljenjem nevrotikov (po potrebi je več ur ležal na tleh poleg bolnika, ki je bil v stanju histerične krize). A določena izkustva so ga sprva gotovo pretresla, nato pa streznila, podobno kot Breuerja poslabšanje bolezni njegove bolnice in problematika kontratransferja, ki se je pred njim odprla kot kakšen prepad. Temu povsem ustrezno je Freudovo spoznanje, da histeriki lažejo. Freud od takrat dalje ne mara bolnikov. Vrnil se je k ljubezni svojega rednega, izobraženega »nad-jaza« (nadaljnji dokaz za to sta njegova antipatija in zmerjanje v odnosu do psihotičnih, perverznih in nasploh vsega preveč »abnormalnega«, pa naj bo to celo indijska mitologija). Po tem duševnem pretresu, po tem razočaranju, je mnogo manj govora o travmi, poglobitno vlogo začne pridobivati konstitucija. S tem je samoumevno povezana določena mera fatalizma. Kot prvo, Freud je torej po psihološkem valu ponovno pristal pri materializmu naravoslovca; v subjektivnem skoraj izključno vidi zgolj fizikalno konstrukcijo,

¹³⁴ Ferenczi je pojem »Orphe« vpeljal v svojem dnevniškem zapisu z dne 12. januar 1932, s čimer je poimenoval organizirajoče gone življenja. Toda na tem mestu se zdi, da se izraz »Orpha« nanaša na bolnika samega.

fizikalno samo pa dojema kot nekaj mnogo bolj resničnega; kot drugo, intelektualno je še vedno navezan na analizo, čustveno pa ne. Kot tretje, na njegovo metodo zdravljenja, kakor tudi na teoretske koncepte, vse bolj [vpliva]¹³⁵ njegovo zanimanje za red, karakter, nadomestilo slabega »nad-jaza« z boljšim; postaja pedagoški. Njegov način zdravljenja se spreminja, postaja vse bolj neoseben (kakor božanstvo lebdi nad ubogim bolnikom, ki je degradiran v otroka; ne sluteč, da je to, kar imenujemo »transfer«, v veliki meri umetno izzvano z zgoraj opisanim vedenjem, kakor pravijo, transfer ustvari bolnik).

To do določene mere vsekakor drži in lahko postane uporabno pri ozaveščanju stare vsebine. Toda če zdravnik ne pazi nase, bo v tem udobnem položaju ostajal dlje, kot bi bilo potrebno, s strani bolnikov mu bodo prihranjeni neugodni občutki, ki bi bili povezani s samokritiko, ustvarili pa mu bodo tudi okoliščine, v katerih bo lahko užival nadvlado in celo to, da je ljubljen, ne da bi to tudi vračal (že skoraj otroška megalomanska situacija), povrh vsega pa mu bolniki še plačujejo. Na tak način se lahko zdravnik v odnosu do svojih bolnikov povsem nezavedno in po nedolžnem znajde v infantilni situaciji, bolniki pa določen del tovrstnega vedenja analitika upravičeno ocenijo za pablaznelo. Zdravnikove vere v določene njegove teorije (blodnje) se ne sme zamajati; če do tega vendarle pride, potem je posameznik slab učenec, dobi slabo oceno, je v »odporu«.

Moja »aktivna terapija« je bila prvi nezavedni napad na opisano situacijo. Zaradi prekomernega posluževanja in razkrinkanja sadistično-vzgojne metode mi je postalo jasno, da je ta situacija nevzdržna. Teorija relaksacije je nastala kot nova teorija (nova zabloda); vse prepustiti bolniku in nasilno zatreti svoje naravne čustvene odzive. Toda zlagana sladkobesednost skrivoma jeznega učitelja je s strani bolnikov prav tako zavrnjena, kakor v preteklosti agresivnost »aktivnega« analitika, ki je s svojimi bolniki prestajal peklenške muke, v zameno pa je pričakoval zahvalo. Tako se na koncu lahko vprašamo, ali ne bi bilo bolj naravno in smotno, da smo preprosto eno čuteče – občasno sočutno, občasno odkrito ježno – in iskreno človeško bitje? To pomeni, da opustimo vsakršno »tehniko« in smo tudi sami prav toliko iskreni, kolikor pričakujemo od svojih bolnikov. Če se enkrat tega lotimo, bo bolnik začel logično sumiti, da analitikova analiza ni bila popolna, počasi se bo celo znebil svoje bojazljivosti in se opogumil, da tudi sam opozori na paranoidne ali druge pretirane poteze; na koncu pa predlaga vzajemno analizo. Če človek premore nekoliko zaupanja v svoje sposobnosti, da je konec koncev edinole resnica ta, ki vpliva nanj, se lahko odloči za navidezno zastrašujočo žrtev, da se prepusti v roke blazneža. Zanimivo, da je človek za to svojo pogumnost nagrajen; bolnik se mnogo lažje spopade z razočaranjem, da ga nimamo radi, kot pa z neskončno dolgo odvisnostjo od svojega starša (oče, mati), ki mu navidezno vse obljubi, notranje pa vse zavrne.

¹³⁵ Dopolnilo Michaela Balinta. V izvirniku gre za pomanjkljiv stavek, v katerem manjka glagol, kot npr. »določati« ali »vplivati.«

Z nasprotjem sedanjosti imamo boljše in tudi hitrejše izgleda, da se bolnik ponovno pogrezne v travmatsko preteklost, od česar lahko pričakujemo dokončno, spontano in ne več na ugledu osnovano okrevanje.

Zdravnik pa se bo na tak način streznil od svojih znanstvenih zablod in v prihodnosti uspešneje opravljal svojo dejavnost, poleg tega pa se mu bodo ponudile celo možnosti za življenjsko srečo, do katerih doslej zaradi svoje nevroze ali psihoze ni imel dostopa.

3. maj 1932

Nezavedni boj občutljivosti med analitikom in bolnikom

Občasno se zdi, da določen del tega, kar imenujemo transferna situacija, v resnici ni v celoti spontana manifestacija bolnikovih čustev, temveč je nastala umetno z analitično situacijo oz. z analitično tehniko: vsaj kar zadeva z moje in Rankove strani morda preveč poudarjene podrobnosti, predvsem v smislu osebnega čutenja do analitika, ki je primerno, da ustvari neke vrste paranoidno ozračje, kar bi lahko objektivni opazovalec označil za analitikovo narcistično, predvsem erotomansko blodnjo. Morda prehitro predpostavimo, da bolnik čuti do nas ljubezen ali sovraštvo.

Zdi se, da je to preveč dobesedna ponovitev odnosa starša in otroka; odrasli tudi v otroštvu domnevajo, da je v otroku nesorazmerno velika količina čustev, predvsem ljubezenskih, ki jih venomer znova izzovejo iz otroka; to je nedvomno svojevrstna oblika sugestije oz. vtihotapljanja nespontanih, v resnici neobstoječih čustev. Nezaslišano težko mora biti nekomu osvoboditi se iz takšne kletke in postati sam svoj. Če sugestija uspe, otrok postane ubogljiv oz. se v svoji nesamostojnosti počuti dobro. Drugače pa je v situacijah, ko morda prezgodaj razvita inteligenca oteži slepo podrejenost. Takšni otroci postanejo »poredni«, trmasti, celo »neumni«. Ker ne posedujejo druge vrste obrambnega orožja, se intelektualno izolirajo od razumevanja od njih pričakovanih zadev. S tem dosežejo, da 1. se s svojo »nebogljenostjo« ubranijo razumevanja pravil, ki se jim zdijo neresnična, nesmiselna in neugodna. 2. V rokah imajo učinkovito in celo nevidno orožje, s katerim se lahko maščujejo za krivičnost, ki jih je doletela. Četudi se starši in vzgojitelji še ne vem kako zelo trudijo biti prijazno nasmejani do trmastega otroka, ta v njih vendarle čuti vse bolj stopnjevano jezo napetost, in edinole trajna ključavnica ter temu sledeč izbruh sovražstva s strani odraslih mu nudi olajšanje. In četudi se ta prizor konča z grajanjem ali pretepanjem, otroku to povzroči sorazmerno zadovoljitev; morda je to najgloblja korenina v mazohizmu odkritega užitka in fantazije »pretepanja otroka«.

Vzporednost s to situacijo med drugim izvira iz stalnega zahtevanja (poudarjanja) transfernih čustev in tem, da njihovo pomanjkanje interpretiramo kot odpor. Samozavest, s katero analitik to predstavi, bolniku zelo oteži, da bi ugovarjal, ne da bi prizadel zdravnika občutke (čeprav, kolikor se spomnim, sem bil sam vedno pozoren, da ne bi

prvi govoril o pozitivnem transferju brez njegove predhodne spontane manifestacije, mnogo bolj velikodušno pa sem ravnal z domnevo o simptomih odpora).

V vzajemni analizi, za katero sem se nedavno odločil, mi je ta mehanična egocentrična interpretacija zadev s strani analitičarke bila zelo neugodna, prav dolgočasila me je, in analitičarko sem moral prositi, da naj mi raje pusti, da povem do konca, kar imam za povedati. Bolnica se je seveda tovrstnega nastopa naučila od mene, torej sem tudi jaz moral tozadevno pretiravati, kar sem kmalu moral tudi slišati. Razprava na to temo me je pripeljala do predpostavke, da delno umetno ustvarjene težave, zlasti pretirano poudarjanje analitične situacije napram čustvenemu prepričanju bolnice, slednji povzroči občutek, da je s pomočjo sugestije bila prisiljena v težak položaj. Odvisnost od analitikove prijaznosti jo ovira, da bi navzven – ali celo navznoter – prakticirala kritičnost. Tako lahko analitik bolnika drži pri sebi več let brez pomembnejšega napredka, v nenehnem upanju, da bo nastopila »predelava.« Mnogi mi takrat rečejo: ta primer je zastal; nekateri se v tem neugodnem položaju spomnijo, da obstaja tudi določitev roka, in bolnika na silo prepodijo iz zdravljenja.

5. maj 1932

Zgodba o vzajemni analizi.¹³⁶ Primer R. N.

Analitično zdravljenje se je z moje strani začelo brez posebne naklonjenosti; samoumevno, da kot zdravnik do bolnice kažem določeno zanimanje, ki ga ocenjujem za dostojnega. Veliko pozneje mi je bolnica povedala, da je bil moj glas med najinim prvim – in samo izključno med prvim – pogovorom mnogo bolj nežen in prilizujoč, kakor kadarkoli pozneje. Ob tej priložnosti sem izvedel, da je bil to tisti glas, ki je zanj tako rekoč obljubil globoko osebno zanimanje, s tem pa tudi ljubezen in srečo. Kar naknadno v zvezi z zadevo zase postavim na svoje mesto, je sledeče: prej omenjena antipatija a) prevelika samostojnost in samozavest ter b) nezaslišano velika moč volje, ki se zrcali v marmorni trdoti obraznih potez, c) običajno neka vrsta oholosti, neka kraljičinska vzvišenost ali morda kraljevsko visočanstvo, torej morebitna skupna posledica tistih potez, ki jih nikakor ne moremo imenovati za ženske. Namesto da bi ozavestil te vtise se zdi, da izhajam s stališča, da moram kot zdravnik v vseh primerih biti v nadrejenem položaju. S premagovanjem svoje očitne boječnosti pred tovrstno žensko – morda nezavedno – opustim oholi odnos moje neustrašne moškosti, ki ga je bolnica videla kot resničnega, četudi je predstavljal le zavestno poklicno držo, delno pa zaščito pred tesnobo.

Nesporazum se je zagotovo razčistil že na tretji ali četrti seansi, ko je bolnica v svojih asociacijah podala sledečo izjavo: jaz sem trdil, da sem jo vzljubil. To me je precej prestrašilo, spomnil sem se številnih erotomansko-histeričnih primerov, ko so bolnice

¹³⁶ Naslov urednice.

lažno obtožile svojega zdravnika, da jim je podal ljubezenske ponudbe. Tako sem že na samem začetku jasno zanikal, da bi kadarkoli podal takšno izjavo, a bolnico mi očitno ni uspelo prepričati. Toda s poglobljanjem v analitično delo se je v meni – kot običajno – razvilo resno zanimanje do vseh podrobnosti njene življenjske zgodbe. A bolnica si je že od samega začetka želela, da bi mi pomenila več kot preostali bolniki, kar pa v meni ni vzbudilo nobene posebnije naklonjenosti do nje. Ker zadeva nikamor ni napredovala, sem svoja naprezanja podvojil in se celo odločil, da me nobena težava ne bo odvrnila. Po stopoma sem postajal vse bolj popustljiv: podvojil sem število seans, jaz sem obiskal njo, namesto da bi jo pripravil do tega, da ona obišče mene, vzel sem jo s sabo na svoja letovanja, seanse sem ji nudil tudi v nedeljo. S tovrstnimi izrednimi naporii sva torej nekako uspela – zahvaljujoč kontrastnemu učinku relaksacije –, da se lahko očitno travmatska zgodba iz otroštva obelodani v obliki napadov ali stanj transa.

Nadaljnji dve leti sva ostajala na tej stopnji brez kakršnegakoli napredka. Najbolj boleče je bilo to, da je bolnico proti koncu seans običajno presenetil napad, ki je od mene zahteval, da približno še eno uro sedim ob njej, dokler napad ne mine. Moja zdravniška in človeška vest mi je onemogočila, da bi jo v tem stanju neobgljeno pustil samo. Toda zdi se, da je prekomerno naprezanje v meni vzbudilo ogromno napetosti, zaradi katere sem bolnico občasno videl kot sovražno. Prišlo je do neke vrste krize, jaz pa sem se posledično začel tako rekoč umikati.

Ne da bi pripisoval pomen kronološkemu zaporedju se mi utrne misel, da je do najpomembnejše prelomnice prišlo nekako tako: bolnica je pripravila načrt oz. je še posebej naglasila prepričanje, da bo v času poletja, in sicer ob dnevih, ki datumsko ustrezajo otroški travmi, ponovila celoten dogodek in obudila spomin nanj.

Ponovitev se je deloma tudi izvršila, a vsak napad se je končal s sledečo ugotovitvijo: »in kljub vsemu ne vem, ali je vse to res.« Analize sanj in nadaljnje analitično delo je obelodanilo njeno jasno namero, da ne bo priznala grozote svojega življenja – oz. ne bo prenehala z razcepom svoje osebnosti na nezavedno vedoč in trpeč del ter mehaničen, brezčuten, a kljub vsemu še naprej živeč del –, dokler ne bo dejansko deležna kompenzacije z življenjem, ki je polno ljubezni in priznanja.

Bolnica mi je dodelila vlogo popolnega ljubimca. Tudi v te fantazije – prav tako kot v vse druge, ki jih predstavijo bolniki – sem se trudil poglobiti oz. jih razviti; kmalu so se odele v seksualno naravo, kar sem z zanimanjem in prijaznostjo analiziral, enako kot vse drugo. Ko pa me je ob priliki naravnost vprašala, ali to dejansko z moje strani pomeni ljubezen, sem ji čisto iskreno povedal, da je to izključno intelektualni proces in da genitalni procesi, o katerih sva govorila, nimajo nikakršne zveze z mojimi željami. S tem povzročen šok je bil nepopisen. Samoumevno je bilo, da sva celoten proces znova in znova povezovala s preteklostjo, s travmo, toda bolnica je kljub vsemu še naprej vztrajala pri transfernem delu.

Zgoraj omenjena kriza me je primorala, da omejim presežek svoje zdravniške storilnosti kljub občutku dolžnosti in zagotovo tudi slabe vesti. Po mukotrpnem notranjem boju sem bolnico v času počitnic pustil samo, zmanjšal število seans itd. Bolničin odpor je ostal neomajen. Enkrat sva se na neki točki skoraj sprla. Jaz sem svojeglavo trdil, da bi me morala zaradi moje hudobije do nje sovražiti, kar pa je ona odločno zanikala, a ti ugovori so občasno bili toliko impulzivni, da so skoznje kar švigali sovražni občutki. Ona je v nasprotju s tem zatirjevala, da čuti sovražne občutke v meni in mi začela govoriti, da njena analiza nikoli ne bo napredovala, če se ne bom namenil svojih skritih občutkov podvreči njeni analizi. Temu sem se približno leto dni upiral, a se nato odločil za žrtvovanje.

A na moje veliko presenečenje sem ugotovil, da je bolnica večkratno imela prav. Svoj nenavaden strah pred energičnimi ženskami njenega kova sem s sabo prinesel iz mojega otroštva. Meni so bile in so mi »simpatične« tiste ženske, ki me obožujejo, se pokorijo mojim zamislim ter posebnostim, ženske, kakršna je ona, pa me prestrašijo ter iz mene izzovejo otroško trmo in sovražnost. Čustveni presežek, predvsem pretirana prijaznost, je identičen taistim občutkom, ki sem jih čutil do svoje matere. Moja mati je izjavila, da sem poreden, in zaradi tega sem v preteklosti postal še bolj poreden. Najbolj me je ranila s svojo izjavo »ubila ga bom«; to je bila prelomnica, ko sem se kljub svoji notranji prepričanosti prisilil k dobrotljivosti in poslušnosti.

Bolničine zahteve po ljubezni so ustrezale analognim zahtevam moje matere do mene; v resnici sem jo torej v svoji notranjosti – kljub vsej svoji bahajoči se prijaznosti – sovražil, in to je to, kar je ona čutila ter zaradi česar se je odzvala z enako nedostopnostjo, s katero je na koncu tudi svojega grešnega očeta prisilila, da jo spusti.

Zdi se, da vzajemna analiza prinaša rešitev. Dala je priložnost, da moji antipatiji pustim prosto pot. Na bolničini strani je rezultat na nenavaden način bil pomirjujoč občutek; počutila se je potrjeno in ko sem spregovoril o omejenosti mojih zmogljivosti, je začela zmanjševati tudi svoje zahteve do mene. Nadaljnja posledica tega očitnega *circulus benignus*¹³⁷ je ta, da je zdaj ona zame dejansko manj antipatična in da sem celo sposoben nanjo prenesti prijazne in igrive občutke. Moje zanimanje za podrobnosti analitične vsebine in sposobnost sprejemanja – ki sta bila prej kot ohromljena – sta se vidno izboljšala. Moram celo priznati, da začenjam ugoden učinek osvoboditve od te tesnobe čutiti tudi v odnosu do ostalih bolnikov; ne postajam boljši analitik le za omenjeno bolnico, temveč tudi za vse ostale bolnike (manj zaspanosti med seansami, več človeškega zanimanja do vseh, po potrebi iskreno subtilen poseg v analitični proces).

Kdo je zaslužen za ta uspeh? Seveda predvsem bolnica, ki se je v svojem kočljivem položaju – kot bolnica – neutrudno borila za svoje pravice; a to ne bi bilo dovolj, če se jaz ne bi bil pripravil žrtvovati in tvegati, da se kot zdravnik prepustim ne nenevarni bolnici.

¹³⁷ Nasprotje »circulus viciosus« [začarani krog]: neškodljiv, nenevaren krog.

8. maj 1932

Shizofrena notranja praznina, ki jo prekriva zunanja prizadevnost in prisilna nevroza, ženska homoseksualnost. Nenadno izboljšanje po skoraj dve leti trajajočem »zastoju«, očitno pod vplivom analitikove »prebuditve« (O. S.)

Analiza se je pričela z vnaprej izdelanim načrtom: prepustiti homoseksualnost v negotovem upanju, da se bo tekom analize razrešila, obenem pa tudi zaradi prepričanja, da se analiza ne more pričeti z odrekanjem. Komplikacija: partnerka, ki jo je pripeljala s sabo, se želi podvreči analizi. Zaradi zunanjih ovir in na največjo željo O. S. polovico ur namenim partnerki. Gre za primer senzitivnosti, ki je obarvana z rahlo paranoidnostjo; izmenični napadi prekomerne dobrote in izbruhov besa.

Bolnica izhaja iz izjemno obremenjene družine, mati je v umobolnici. Ugotovljeno je bilo, da je bila bolnica pri pol drugem letu starosti po cele dneve sama s svojo poblaznelo materjo, ki je – ne ve se kako – svojega otroka s pomočjo grozovitih procedur ščitila pred samozadovoljevanjem (materina družina je približno 150 let potrjeno polna blaznežev. Vse ženske – babica, prababica itd. – so po porodu poblaznele. Eden izmed materinih bratov, ameriški milijonar, je živel skupaj z njimi; bolnica je bivala s pretirano tesnobno nemško vzgojiteljico v oddaljenem, a skrbno čuvanem delu dvorca). Očitno so se prav vsega poslužili, da bi bolnico 1. obvarovali pred vznemirjenostjo, 2. jo držali v stran od predstave blaznosti, a zdi se, da je izrazito inteligentna punčka, ki se je počutila povsem zdravo, videla skozi vse to. Vendar se je kljub vsemu tudi sama začela bati poblaznelosti in je povsem zavestno sprejela odnos svoje okolice: 1. varovala se je čustev (ki jih je istovetila s poblaznelostjo), 2. iz zavestne tesnobe je pobegnila v fobične varovalne ukrepe, poleg tega pa se je grozno dolgočasila! Ni razumela, zakaj je vrstniki ne marajo (s svojo prekomerno racionalnostjo je očitno pokvarila sleherno igro). Tolažila se je s tem, da se bo po 18. letu starosti, ko bo odrasla, vse spremenilo, da bo lahko počela prav vse po svoji svobodni volji.

V vmesnem času so se družinske okoliščine zapletle. Oče-pijanec se je ločil od matere, ki se je zatem poročila z znanim zdravnikom, a jo ta za svojo ženo ni vzel iz ljubezni, temveč zaradi denarja, da bi lahko zgradil svojo veliko bolnišnico, kar je nato tudi storil. Nekaj časa se je zdelo, da je bolnica vzljubila impozantnega očima, ki ji je vsilil orjaške ambicije, vanjo je vsadil fiksna življenjska pravila, ki jih je neprestano morala imeti pred očmi, poleg tega pa je bil tudi tiran, saj je ljubljeno vzgojiteljico in bolnega strica (ki sta imela razmerje) odgnal od hiše, stric se je preselil v Kalifornijo, bolnica pa je neprenehoma potovala sem ter tja med New Yorkom in Kalifornijo.

Na univerzi se je – takoj, ko je sploh premogla tovrstna čustva – zaljubila v več deklet. Fantje nanjo niso naredili nobenega vtisa (morda zaradi strahu, da bi dobila otroka, kar enači s poblaznelostjo). V času potovanja po Evropi se je spoznala z lahkomišelnim

tujcem, s katerim je izgubila nedolžnost. Ko je prispela domov, je vsa prestrašena ugotovila, da je zanosila. V svojem groznem strahu se je obrnila na očima, ki se je odzval na sledeči način: dopovedal ji je, da kirurški splav ni možen in da se mora poročiti z nekom, ki mu ne bo povedala, da je noseča. Stari snubec – sposoben mladenič iz enakega družbenega razreda – je zelo vesel, da bo njegova. Bolnica verjame, da jo očim in ženin v sklenitev zakonske zveze želita prepričati zgolj zaradi forme ter da ji bo slednji neposredno po operaciji omogočil, da se razveže od njega. Oba moška pa povsem nasprotno upata, da se bo z zakonom sprijaznila, a do tega ne pride. Bolnica se znajde v prisilnih okoliščinah, zaradi zamolčanja se počuti krivo in žal ji je za njenega moža, toda resnično ljubiti, že zaradi nevrotičnih razlogov, ga ne zmore. Tako se zaljubi v ženske, skupaj s svojim možem in prijateljico se odpravi na ekspedicijo po Braziliji. Njen očim v vmesnem času postane na smrt bolan in skoči skozi okno svoje bolnišnice. Bolnica hodi v analizo k nekemu ameriškem zdravniku, ki ji sicer nekoliko pomaga, a na koncu začne moralizirati in jo poskuša pregovoriti, naj se sprijazni z zakonom. Bolnica si je več let prizadevala, da bi se vključila v obravnavo pri meni, toda sprejel sem jo lahko šele po tri leta trajajočem čakanju.

Potrpežljiva borba s popolno čustveno praznino je brez vidnega rezultata, toda mnogo hitreje napredujoča partnerka mi začne pomagati pri analizi. Pred nekaj dnevi je povsem opustila prej bahajoče se prizadevanje in prišla z občutkom absolutne notranje praznine. Navidezno torej poslabšanje, kar pa sam dojamem kot razkrivanje in napredovanje stanja dejstev. Nato pa v tem kritičnem trenutku poseže vmes moja »budnost« (ali »osvestitev«). Začutil sem, da ta notranja praznina v resnici ni nič drugega kot hrepenenje po brezmejnem sočutju namesto tiste ravnodušnosti, ki jo običajno čutimo do tovrstnih brezčutnih ali globoko duševno motenih ali zmedenih oseb. Bolnica izjavi, da si pozornosti ne zasluži, za druge je zagotovo odurna. Zbral sem vse svoje moči, da bi jo prepričal v nasprotno, da bi ji pomagal dojeti, da ni večje krivičnosti, kot da se nesrečna in potrt bitja povrh vsega še prezira, da moram v nadaljnje jaz do nje v imenu krivičnega človeštva pokazati več ljubezni in zanimanja, kot pa do srečnih ljudi. To je na videz prav nič ni ganilo, toda še isto noč je bolničina prijateljica opazila, da se bolnica samozadovoljuje v snu.

Zjutraj o tem ni vedela povedati ničesar in svojo prijateljico goreče rotila, naj mi tega nikar ne pove, kar pa prijateljica seveda ni obljubila.

Morda se je pod vplivom pričakovanja simpatije z moje strani opogumila premagati sleherno svojo infantilno bojzljivost in utesnjenost ter vztrajati pri svoji strasti. Zdaj morda ne bo več tako težko združiti odcepljeni del osebnosti – čustvenost – s preostalim delom.

10. maj 1932

Travmatsko samoomejevanje

Eden tistih primerov, ko bolnika presenetijo nočne dihalne motnje. Občasno se prebudi in kratek čas še sliši svoje hropenje, kot da bi bilo od nekoga drugega. Nato pa se nenadoma prebudi, kar spremlja tesnoba. Relaksacijske vaje med analizo so občasno privedle do podobnih stanj, ki sem jih lahko tudi sam zaznal: ekstremno plitko dihanje, mrliško bleda koža, komaj slišen glas in komaj tipen pulz. Ti pojavi se povežejo s sledečimi fantazijami: odrasel moški, domnevno oče, na njej zagreši krute »nežnosti«. Medtem je povsem nezmožna oz. ni možno, *a)* da bi se o travmi z nekom pogovorila, in tudi to ne, da *b)* bi o tem sploh kaj gotovega vedela. V zvezi z določeno »psihoanalitično izpovedjo« (ko sem izrazil svoje negodovanje v povezavi z homoseksualnim odnosom, kar dotlej nisem še nikoli, morda so to spremljali tudi določeni znaki moške in zdravniške ljubosumnosti) orjaško zmagoslavje, še nikoli doživeta samozavest: »*Torej sem vendarle imela prav!*«

Zahvaljujoč temu analitičnemu izkustvu je bolničina prepričanost glede dejanskosti dogodka postala mnogo bolj gotova; zato je bila tudi zmožna zaupati se svojemu bratu (zanimivo, da je bolničin brat ravno tedaj poizvedoval pri njej o značaju njenega očeta), ki je samo še potrdil bolničine predpostavke. Isto noč je sanjala tako dolge, intenzivne in tokrat tudi povsem nepopačene nočne more, kakršne še nikoli ni doživela: kot majhna deklica čuti, da jo nek orjak seksualno napade; teža orjaškega telesa zmelje njen prsni koš; nato grozno boleči genitalni napadi, ki jih poskuša nekaj časa zdržati z naprežanjem vse svoje moči. Toda njena moč volje nenadoma odpove; in v istem trenutku postane povsem brezčutna v odnosu do sebe, četudi se povsem zaveda celotnega prizora: celo ravno nasprotno, takrat celoten prizor vidi že od zunaj: mrtvega otroka, ki ga onečastijo na opisan način, še več, nenavadno, da ravno v trenutku smrti izgine občutek obžalovanja (seveda tudi tesnoba, poskus pobega itd.), toda odtlej se k napadalcu obrača z zanimanjem in razumevanjem. Zdi se ji povsem sprejemljivo, da je v napadalcu nakopičeno napetost bilo potrebno odvesti na opisan način.

V vmesnem času je nastopila popolna sprostitve mišic, tako da je lahko prišlo do ponovnega zagona že zelo oteženega dihanja in še komaj delujočega krvnega obtoka; bolnica se je napol prebudila, toda zadnje sekunde hropenja in občutek, da je mrtva, je še zaznavala v obliki sanj. Ko pa se je povsem prebudila, je bil spomin na ponovitev travme še posebno živ. Prej, v podobnih primerih (glej sanje o vojaških figurah), je spomin ali povsem umanjkal ali pa se je popačil do neprepoznavnosti, tako da ga je bilo možno rekonstruirati le analitično. Bolnica je čutila, da se je edinole s pomočjo svoje povečane samozavesti in z zaupanjem vame, lahko tako globoko poglobila v ponovitev travme.

Teoretično lahko predpostavimo sledeče: bolnica v trenutku popolne izčrpanosti mišičnega tonusa (generalizirani epileptični krči, opistotonus)¹³⁸ opusti upanje, da bi bila deležna

¹³⁸ Nazaj iztegnjena glava.

pomoči od zunaj ali da bi se travma ublažila. Ni je strah smrti, ki je takorekoč že tu, prav tako pa se tudi moralni in druge vrste strahovi zdijo nični v primerjavi z neizogibnim koncem. Posameznik ne pričakuje več nikakršne pomoči od zunaj, zagrenjeno se poskuša še zadnjič prilagoditi, kar pa se prav nič ne razlikuje od živali, ki hlina smrt. Oseba se razcepi na vsevedoče duševno bitje, ki dogodka opazuje od zunaj, in na povsem brezčutno telo. Kolikor je to duševno bitje še sploh čustveno dostopno – se s svojim zanimanjem obrne k še zadnjemu občutku, ki je preostal iz procesa, oz. k napadalčevemu zaznavanju. Kot da bi duša, katere edina funkcija je ublažitev čustvenih napetosti in odstranitev bolečin, svoje protibolečinsko delovanje v trenutku smrti dotične osebe avtomatično preusmerila v še edino čutečo osebo, v napadalčeve bolečine, napetosti in strasti, oz. kot da bi se poistovetila z njimi.

Izginotje lastne osebnosti, ko so drugi še na sceni – to bi bila torej najgloblja korenina sicer tako skrivnostnega mazohizma, žrtvovanja samega sebe za druge ljudi, živali ali reči, ali pa psihološko oz. iz egoistične perspektive, nesmiselnega poistovetenja z napetostmi in bolečino drugih. Če je to tako, potem nobeno mazohistično dejanje ali tovrsten čustveni vzgib ni možen, ne da bi lastna osebnost za določen čas umrla. Bolečine torej sploh ne čutim, saj ne obstajam. Sem pa zmožen zaznavati napadalčevo potešitev, kolikor še zmorem zaznavati. Tako je odrešen aksiom vsakršne psihologije, namreč da je ublažitev bolečine edina naloga duševnosti. Protibolečinska funkcija se sicer mora znati obrniti k vsakršni bolečini, ki je zaznana ali zamišljena s strani duševnosti, ne pa le s strani lastnega »Jaza.« Če pa gledamo z drugega vidika, z vidika nesmrtnega gona samoohranitve, lahko taisti proces opišemo na sledeči način: ko človek opusti vsakršno upanje, da bi bil s strani tretje osebe deležen pomoči, čuti, da so se povsem izčrpale lastne obrambne moči, takrat lahko upa le še na napadalčevo usmiljenje. Če se popolnoma podredim njegovi volji, tako da preneham celo obstajati, torej se mu ne uprem, mi morda prizanese, ali pa če se vsaj niti malo ne branim pred njim, potem imam lahko več upanja, da napad ne bo tako zelo uničujoč. Vbod z bodalom je za povsem oslABLJENO telo manj škodljiv kot za telo, ki se brani. Če je telo kot mrtvo, njegovo mišičje ohlapno in skoraj brez cirkulacije, potem tudi po vbodu z nožem ne bo krvavelo, ali pa le neznatno (glej produkcijo fakirov).

Tovrstno pojasnilo seveda predpostavlja, da se je razum v trenutkih največjih težav sposoben odcepiti od »Jaza«, celo vsa dotedanja čustva (strah, tesnoba, itd.) – ki so bila v službi ohranitve »Jaza« – se zaradi neuporabnosti suspendirajo ter spremenijo v brezčutno inteligenco, ki učinkuje v mnogo širšem krogu. Lahko bi torej rekli, da se v času največje nezgode v nas prebudi notranji angel varuh, ki z našimi telesnimi močmi upravlja v mnogo večji meri, kot smo mi to zmožni v običajnih okoliščinah. Splošno znani so v veliki nevarnosti doseženi – že skoraj akrobatični – rezultati (zgrmel sem z velike višine: zagrabil sem za edini kamen, ki je le neznatno štrlel nad prepadom, in sedeč na njem preživel vso noč). Ta »angel varuh« nastane iz delov lastne duševne osebnosti, domnevno

iz delov samoohranitvenih čustev. To je vzrok posameznikove brezčutnosti v času njegove prisotnosti. Manjkajočo zunanjo pomoč torej nadomesti starodavnejši nadomestek. Predhodna osebnost seveda ne ostane nedotaknjena. Odvrnitev od lastne osebe je v najskrajnejših oblikah takšnih primerov bila tako obsežna, da se je izgubil tudi spomin na celoten dogodek. Določen vpliv na značaj osebe, ki je doživela tovrstno izkušnjo, pa vendarle ostane; naša bolnica je npr. od časa travme, ki je zdaj že skorajda z gotovostjo dognana, trmasta in vase zaprta, pravzaprav nikomur ne zaupa, razen sebi, ter to svoje vedenje sedaj v analizi zmagoslavno potrjuje. V psihoanalitičnem žargonu bi lahko torej rekli, da je v tem primeru govora o narcističnem razcepu »Jaza.«

Kdor razmišlja izključno fiziološko, lahko ta proces pojasnjuje na sledeč način: na veliko prestrašenost – ali bolečino v obliki napada – se bolnik odzove z gromozanskim psihofizičnim naprežanjem, posledično ne vdihne zraka, kar predstavlja povečano obremenitev za srce. Če napad traja dlje časa, potem nastopi motnja cirkulacije, kar pa povzroči trofično motnjo v možganih in na koncu tudi v medulli oblongata.¹³⁹ Pride do ohromitve srca in dihalnih središč, bolnik pa izgubi zavest. Posledično nastopi popolna oslabelelost mišic, kar olajša delovanje srca, pride do ponovnega zagona cerebralnih delovanj, toda bolnik se dogodkov spominja pretežno le deloma. Bolniki so v podobnih primerih poročali, da so neposredno pred nastopom brezčutnosti doživeli močan glavobol v predelu tilnika; nastajanje tovrstnih bolečin je med ponovitvenimi procesi pogosto postajalo vse redkejše. Pri dveh mojih bolnicah je prisila verižnega kajenja prav tako predstavljala spogledovanje s samoomejevanjem.

12. maj 1932

Prisila ponovitve travme

1. Na analitičnih seansah eksploracijo in rekonstrukcijo domnevne travme spremlja skoraj neskončna serija ponovitev v spremstvu vseh možnih čustvenih izbruhov, kar si jih lahko zamislimo. Dosedanja psihoanalitična pričakovanja so vzbudila upanje, da se pri vsakem tovrstnem izbruhu določen del ukleščenega čustva emocionalno in muskularno podoživi, ter ko je že vsa količina pošla, simptom izgine sam od sebe. Zaradi tega si je analitik prizadeval sleherni bolnikov poskus pobega in izogiba razkrinkati ter odpraviti, da bi ga prisilil na edino še možno pot, pot travme, da bi na tak način samo po sebi prišlo do ponovnega podoživetja, s čimer bi nevrotične nadomestne tvorbe postale odvečne. Toda v resnici – kakor se množijo izkustva – je v povezavi s tem vse več razočaranj. Čustveni izbruhi sicer povzročijo določeno prehodno olajšanje, toda to ne traja dlje kot le nekaj ur, podobno kot stanje miru po histeričnih ali epileptičnih krčih. Večinoma že naslednja noč prinese nove tesnobne sanje, s tem pa tudi material za ponovitev travme na sledeči

¹³⁹ Podaljšana hrbtenjača.

seansi. Tudi tega ne gre trditi, da bi te ponovitve – brez ozira na pogostost – nudile pomemben nov material. Nasprotno, enkrat se en, drugič pa drug travmatogen dejavnik zdi kakor rahlo dolgočasna ponovitev.

V primeru R. N. se napad stopnjuje vse do nevzdržnosti. Takrat bolnica silovito zahteva pomoč in pogosto zavpije: »*Take it away, take it away!*«¹⁴⁰ To je očitno namenjeno meni, kar pa me spravi v največjo zadrego, saj nimam pojma, kako naj zdravim njeno trpljenje. Občasno popustim njeni želji in tako rekoč sugestivno izjavim: »*da, zdaj bom prekinil bolečino.*« »Določen del« bolnikove inteligence občasno tudi v času ponovitve travme ostane z mano v stiku in mi podaja modre nasvete v zvezi z načinom obravnave. Tako sem bil deležen nasveta, da naj pred svojim odhodom poskrbim, da ostane bolečina tudi še naprej oddeljena od preostalega dela duše. Bolniki si torej boleči del duše predstavljajo materialno, kot substanco, moje delo pa je to, da ta material obdam z močno in neprehodno ovojnico, preostali, v glavi lokaliziran del duše, pa – kot da bi s tramovi podprl – zaščitim pred sesutjem. Obenem pa od mene pričakujejo tudi to, da četudi odidem, naj določen del sebe, kot kakšen zaščitni duh, pustim pri bolniku ali v bolniku.

Iskreno povedano sem se dolgo časa sramoval sploh pristati na tovrstne mahinacije, saj sam niti malo nisem verjel v resničnost takšnih nenavadnih mentalnih predstav. Toda pogosto nisem mogel prekiniti napada, vse dokler – četudi nekoliko sramežljivo – nisem dobesedno povedal tega, kar je bolnica želela slišati. Če pa sem te besede izrekel natančno in dobesedno tako, kot sem bil naprošen, se je pogosto zgodil pravi čudež. Toda učinek ni trajal dolgo, že naslednji dan sem spet poslušal o nočnih morah in dnevnih simptomih, kar se je neredko nadaljevalo več mesecev brez najmanjše spremembe. Potrebna je bila velika doza optimizma, da sem kljub vsemu potrpežljivo nadaljeval z delom, a tudi od bolnice nisem zahteval nič manj potrpežljivosti.

Močni napadi so se vedno končali tako, da se je bolnica počutila mrtvo oz. se je popolnoma relaksirala. Počutila se je, kot da bi jo raztrgali na kose, ali, bolje rečeno, uspelo se ji je odcepiti od preostalih delov njene osebnosti. Duša se je počutila kot v neskončni daljavi ali kot na gromozanski višini, in ker se je odcepila od resničnosti, je lahko z razdalje videla prav vse, kar se dogaja v osebi in okoli nje. V tem jasnovidnem stanju mi je nato povedala, 1. da naj bi moja poglobljena naloga bila ta, da svoje intelektualne moči dam na razpolago odcepljeni duši, ki že od odcepitev dalje nesmiselno tava v daljavi, a ne v obliki interpretacij, temveč tako, da jo z ustreznimi vprašanji spodbujam k delovanju. Odcepljeni duši moram postaviti izredno preprosta vprašanja, takšna, na katera bi še napol mrtev otrok znal odgovoriti. Ta vprašanja se nanašajo na čustva, o katerih je bolnica govorila: vprašal sem jo, od kod izvirajo ta čustva, kdo oz. kaj jih je povzročilo itd., in na ta vprašanja sem dobil jasne ter zadovoljujoče odgovore. Toda dokler sem sam dvomil v re-

¹⁴⁰ Odnosi, odstrani.

sničnost dogodkov in sem le mehansko govoril to, kar se je od mene zahtevalo, izpraševanje ni obrodilo sadov; nezadovoljstvo in očitki zaradi moje nezadostnosti so se nadaljevali.

Bolnica me je v bistvu prosila za dve stvari, brez katerih v ponovitvi ne bi moglo priti do nikakršne spremembe. 1. Popolna iskrenost v zvezi z analitikovimi negativnimi čustvi, vzajemna analitična razjasnitev ovir v meni, ovir za transfer libida v obratni smeri. 2. Ko sva uspela odstraniti to težavo, je izginila ohromelost intelektualnega razumevanja, in vprašanja, ki so se naslanjala na notranje prepričanje, so se sama od sebe porodila v meni.

Teoretično je v vsem tem najpomembnejše to, da abreakcija travmatskih kvantumov ne zadostuje, temveč se sama situacija mora v osnovi razlikovati od prvotne travmatske situacije, da bi se lahko izoblikovala možnost drugačnega, ugodnejšega izhoda. Pri modificirani ponovitvi je najpomembnejše opustiti rigidno strogost in v njej skrito sovražno stališče. Olajšanje, ki temu sledi, bo trajno, na tak način doseženo prepričanje pa se bo globlje ukoreninilo.

2. Primer S. I. (»primer« globlje potlačitve ali prvo popolno zavestno podoživetje?)

17. maj 1932

Heteroseksualna travma, pobeg v (žensko) homoseksualnost.

1. Bolnica Ett. se po približno poldrugem letu analize na lastno željo, sorazmerno ozdravljena, vrne domov. Sama si je določila termin, s katerim sem nato soglašal tudi jaz (ostaja sicer nezadovoljena v odnosu z možem, ki je telesni – ne pa tudi – seksualni invalid.) Mene obišče zaradi supervizijske analize. Čez nekaj časa se izve, da že ves čas vé za mojo simpatijo do druge bolnice, kar ji je nekdo nediskretno zaupal. Za tem, morda iz maščevanja za vse to, ravna na sledeč način: možu prizna nezvestobo, nato pa se z njim pobota. Poleg tega se zaljubi v poročenega moškega, ki se od svoje žene ne želi razvezati. Na koncu se zaljubi tudi v očarljivo mlado dekle in od takrat dalje je njen libido porazdeljen med navedene tri osebe. Nezadovoljstvo z mano izrazi šele po dveh letih, ko do enega izmed kolegov razvije intelektualni transfer. 2. To mlado dekle se pri meni vključi v analizo in neprenehoma dokazuje, da je v odnosu do zgoraj omenjene prijateljice povsem zvesta. Ko se iskreno pogovoriva o razlogih za moje nezadovoljstvo, se njeno zaupanje nenadoma izboljša in začuti, da lahko zapelje prav vsakega – naj bo to možki ali ženska –, kadarkoli si to zaželi. In dejansko se za nekaj časa – čeprav z rahlim občutkom krivde – prepusti temu užitku. Zaradi svojih zapeljevanj se ima za splošno nevarno; dobi občutek, da se bom tudi jaz znašel v libidinozni odvisnosti od nje. Užitek, v katerem uživa sama pri sebi in v svetu nasploh, pogosto povzroča trajne genitalne občutke, določen prolongiran orgazem.

Fragmenti iz pogostih sanj: časovno razpotegnjena sreča in prizor uspešnega zapeljevanja Mr. X-a, zatem samozadovoljevanje, nato pa nenadoma zaspi, čez eno uro pa se iz grozovite nočne more prebudi povsem zmedena ter neorientirana. Z raznimi spretnostmi se mora prepričati, da je ona sama tista, ki je tam, kjer je; čuti, da je neskončno dolgo trpela in čudi se, da je spala le kratek čas. Sanje so približno sledeče: leži v neki sluzasti masi na nekoliko nagnjenem betonu podzemne železnice, neprestano je izpostavljena nevarnosti, da zdrsne med tire. Desno nogo ima hromo. S prstom se drži za nekakšno luknjo, neka druga ženska – ki prav tako kar naprej drsi navzdol – pa z vso svojo težo pritiska nanjo. Bolnica se te ženske osvobodi na način, da njene prste – s katerimi se je je krčevito oprijela – vstavi v taisto luknjo, katere se drži tudi sama. Toda na koncu lastna moč vendarle popusti: zgrmi med tire oz. izgubi zavest. Nato vidi sebe, kako se zaradi tirov le z veliko težavo prebija po poti do hiše nekega starejšega gospoda, ki jo z balkona večkrat prijazno pokliče. Med potjo se grozno slabo počuti: strahovito jo sili na bruhanje, zgrudi se, pridobi si dragoceno vazo, v katero bruha kot vodomet, neprenehoma bruha, na koncu celo na tla, tako da vse plava. Izbruhana masa ima nenavaden okus in v njej so tudi koščice. Iz te druge omedlevice se prebudi na zgoraj opisan način. Medtem pa se na mestu, kjer je bruhal, pojavijo ljudje, ki jo po krivici obtožujejo. Med hojo ji je desna noga tako zelo otekla, da je za kar dvakrat večja, primorana je pokrčiti kolena, da bi sploh lahko hodila.

Brez ozira na preostale vsebine sanj, ki so sicer nedvomno izključno travmatske, izpostavim fragment, ko druga ženska pritiska nanjo z vso svojo težo, in fragment, ko se je na nenavaden način uspe osvoboditi. To verjetno pomeni, da je poleg prestajanja travme morala le-to tudi utajiti, da je lahko zaščitila artistično mirno življenje svoje matere. Druga interpretacija kaže v smeri vzajemnega samozadovoljevanja; svojo mamo – na katero je prisilno seksualno navezana (zaradi tega razmerje z Ett.) – uči, kako se samozadovoljevati. Do dejanskih dogodkov oz. do heteroseksualne travme – kar je v njej vzbudilo orjaško poželenje po velikanski telesni zadovoljitvi – pride šele takrat, ko poseže nazaj onstran homoseksualnosti. Če analizi uspe premagati ta njen sram in ogromno tesnobo v zvezi s čutnostjo, potem bo (s posebno pozornostjo na njeno mamo) opustila homoseksualnost. Preostane le sledeča težava: kaj naj se pravzaprav zgodi s predčasno prebujenim libidom.

19. maj 1932

O dejavnikih izoblikovanja krivde

Dva bolnika; eden izmed njiju [moški] si za šalo drzne analizirati drugega [žensko]. In ta kmalu ugotovi, da je analitik v odporu, zato predlaga vzajemno analizo, kar nepričakovano privede do odkritja sledečega stanja stvari: v »bolnici« se ni izoblikovalo nikakršno zaupanje do moškega; ni možno vedeti, zakaj; četudi je bil možki manifestno izjemno dober do nje, je bil v finančnih zadevah vendarle nedosleden. 1. V odnosu do nekega

moškega je bil pretirano velikodušen, 2. v odnosu do bolnice pa manj. 3. Moški se je spomnil, da je nekoč pustil na cedilu žensko v življenjski ogroženosti. Ti spomini so vodili do ugotovitve homoseksualnih tendenc ali pa so vsaj kazali na premoč libidinozne navezanosti na moškega. Sovraštvo do matere je v otroštvu privedlo skorajda do njenega umora. V dramatičnem trenutku reprodukcije tega prizora nož tako rekoč silovito odvrže od sebe in se »poboljša«. »Analitičarka« iz tega ugotovi, da je »bolnik« kastriral samega sebe, da bi lahko rešil svojo mater. Njegov odnos do moškega (očeta) v resnici ni nič drugega kot kompenzacija še globlje potlačenega morilskega besa. Zdi se, da se je celoten libido tega moškega preoblikoval v sovraštvo, česar iztrebljenje dejansko sovпада s samouničenjem. Krivda in nastanek samouničevanja sta bila v njegovem odnosu do prijateljice – »analitičarke« – zalotena *in statu nascendi*.¹⁴¹

Zanimivo nasprotje tega sta druga dva primera, kjer je krivda – kot bi se zgodil čudež – nenadoma izginila. 1. S. I. Poškodba glave, konec samotrpčenja, neodvisnost (delno tudi od analize), kar je povezano s tem, da sem jo jaz v nezavednem in življenjsko ogrožajočem stanju pustil samo, tako da je lahko izbirala le med samomorom ter ozdravljenjem. 2. Primer B.: po tem, ko je priznala svojo neiskrenost, nenadoma do mene začuti zaupanje. Imel sem moč, da ji povzročim bolečino, in to je izboljšalo njeno samozavest. Videla me je dovolj močnega tudi za to, da jo – če je potrebno – pustim celo umreti (analogija z mojimi eksperimenti, ki sem jih izvajal z epileptiki).¹⁴²

29. maj 1932¹⁴³

Samo-izguba (– »Jaz«)¹⁴⁴

Pogoj objektivnega zaznavanja je samo-potlačitev in samouničenje. Kaj motivira tovrstno samo-izgubo: izključno izkušnja, da »Jaz« s tem pridobi drugačno in boljšo pomoč. Za trenutek izginem, ne obstajam, namesto tega obstajajo reči, ki so izven mene.

Moja prvotna želje je ta, da ne obstaja nič takšnega, kar me moti, da se mi nič ne postavi nasproti. Toda določene zlobne zadeve se ne želijo pokoriti in se mi vsilijo v zavest. Torej: poleg mojega hotenja obstajajo tudi še druga. Toda zakaj se v meni pojavi nekakšna slika zunanjega telesa, takoj ko se z uvidom svoje šibkosti umaknem in izginem? (Zakaj prestrašen človek oponaša obrazne poteze tistega, ki ga je prestrašil?) Morda spominska maska vselej nastane ob prehodnem ali trajnem odmrtju določenega dela »Jaza.« Prvotno učinek šoka. Imitacija-čarovnija?

¹⁴¹ V trenutku nastanka.

¹⁴² Glej: Sándor Ferenczi, »Über den Anfall der Epileptiker (Beobachtungen und Überlegungen)« [O epileptičnem napadu (opažanja in razmišljanja)], *op. cit.*

¹⁴³ Zapisi od 29. maja do 12. junija 1932 v rokopisu ustrezajo stranem od 140a do 140o, izmed katerih se je stran 140d izgubila.

¹⁴⁴ V izvirniku »Selbst-losigkeit (-Ich)«. S strani Michaela Balinta predlagan angleški prevod se glasi »Selflessness (minus ego)«

Spomin je torej zbirka brazgotin »Jaza«, ki so nastale zaradi šoka. Groza popolnoma razkroji odpor »Jaza«, tako da material »Jaza« postane dostopen za fotokemično oblikovanje s strani zunanjega dražljaja. Namesto da bi uveljavil samega sebe, se zunanji svet (tuja volja) uveljavi na mojo škodo, vsili se mi in potlači »Jaz« (to bi bila praiživna oblika »potlačitve«?). Popolna restitucija bi bila možna le ob popolni nezavednosti oz. z vrnitvijo v še nezavedno stanje »Jaza« (ki še ni bilo deležno motnje).

Znanstveni način odkritja resnice

Tovrstno odkritje je občasno povezano z nenadnim prepoznanjem dotlej vsakdanje pomote, zmote. Mrs. F. sem dobesedno verjel vsako njeno besedo, nenadoma uvidim, kako zelo napačno sem ravnal.

Pogoj: prepoznanje sebičnosti, ki se je pojavila v obliki grešnosti. 1. Ko jaz hočem, ona noče. 2. Policijska zadeva.

Vestnost me kljub vsemu prisili, da ji povem prav vse in da si ne dopustim, da R. N. enostransko vpliva name. Konec koncev je tudi ona prav tako zlonamerna.

Ali jaz trpim zaradi preganjalne blaznosti?

Priklonil sem se pred žensko. Ali sem jo posnema? (Sledenje, ubogljivost) Moram postati neodvisen od nje. (Izgubiti ljubezen ženske!)

Dosledno zanemarjanje »Jaza« v razmišljanju (abstrakcija)

Mislim:	pes laja.	} istočasno in iz iste smeri.
V resnici:	vidim – pes	
	slišim – laja	

Nato zanemarim subjektivni element in se počutim upravičenega, da sta zame »pes« in »laja« »dejansko« obstoječi zadevi tudi brez subjektivnega dokaza.

Če nas dve čutni zaznavi doletita iz iste smeri, potem v točki presečišča vpadnih smeri dveh čutnih dražljajev predpostavimo obstoj reči, ki se nahaja izven nas. Če to potrdijo tudi še drugi čutni dražljaji, potem je večja verjetnost, da reč tudi v resnici obstaja.

Medsebojna povezanost dveh sinhronih dražljajev ni nič drugega kot miselni akt. Morda je ravno abstrahiranje »Jaza« potrebno, oz. uničenje lastnega interesa (kvaliteta ugodja in neugodja), da se pridobi za razmišljanje (ustvarjanje povezav) potrebna energija.

1. junij 1932 [I.]

Govor

Govor ni nič drugega kot oponašanje. Govor (glas) in gestikulacija oponašata objekte okolja. »Ma-ma« je oponašanje-čarovnija. (Materina dojka.) Prva »ma-ma«: ko odtegnejo materino dojko. (Prva otroška igra – pri Freudu.) Strah pred samoto povzroči travmatično »fotohiperestezijo« (občutljivost na svetlobo in hrup); kemotrofična strukturna modifikacija, ob kateri se delno opusti samouveljavitev (morda samo začasno), »Jaz« pa je lahko plastično modificiran s strani zunanjega sveta. Toda uničenje prizanesa določenemu delu »Jaza«, ta celo poskuša iz uničenja (brazgotin) pridobiti neko korist. Travmatične »mimi-kri-vtise« se uporabi za namene »Jaza« kot koristne spominske sledi: »pes« = vau-vau. Zaradi strahu pred psom tudi sam postanem pes. »Jaz« po tovrstni izkušnji sestoji iz (ne-motenega) subjekta in dela, ki je pod vplivom travme postal objekt = spominske sledi = stalno oponašanje; (govor ni nič drugega kot pripovedovanje travme).

»Jaz« = ostanek »Jaza« + spominske sledi. Na višji ravni: ostanek »Jaza« + spominske sledi + ozaveščenost s pomočjo reprodukcije (gestikulacija, govor).

1. junij 1932 [II.]

Kaj je ozaveščenost?

Ozavestiti, da sta »Jaz« in njegovo okolje (pes) razcepljena. Določen del notranje izkušnje, ki se ga z govorom in gestikulacijo lahko izrazi, se od lastnega »Jaza« oddeli kot zunanji svet. Istočasno postanem zaveden: ozavestim, da obstaja zunanji svet.

V resnici za to morda sploh ni potrebna reprodukcija – fotokemija retine¹⁴⁵ slikovito imitira zunanji svet (ali pa zunanji svet prevzame oblast nad še posebno travmatofilnim materialom retine). Ta organizmu vsiljena zunanja podoba sveta (katere pra-oblika se lahko odkrije v občutljivosti kože) zagotavlja orientacijo v prostoru. S tem ostanek »Jaza« pripozna načelo realnosti. Spanje je regres v še nerazcepljeno pra-enotnost. (Nezavedno in ko spimo popolnoma brez objekta: ko spimo, ne da bi sanjali.) Regres v obdobje pred travmo.

3. junij 1932 [I.]

Teoretične posledice, ki zadevajo teorijo libida in teorijo nevroz.

Simptomatologijo otroške seksualnosti je še natančneje kot doslej potrebno ločiti na:

- a) spontano,
- b) izzvano vzbujenje.

¹⁴⁵ Mrežnica

Če b) odštejemo, potem ostane želja po nežnosti brez vzajemnih protiuslug. To ni niti odziv niti narcizem, temveč pasivna objektna ljubezen. Ljubljen je kot predmet, ne da bi ljubil v zameno. Orgazmična zadovoljitev je uspešna reprodukcija tega stanja. Ne da bi bil razcepljen na »Jaz« in svet. (Zavedanje je odvečno, bojevanje nepotrebno.)

Regresija v čas pred prvim strahom.

1. Infantilnost (babyhood).¹⁴⁶

2. Intrauterino!

Koliko $\left\{ \begin{array}{l} \text{oralne erotike} \\ \text{analne erotike} \\ \text{radosti vida} \end{array} \right.$ je spontano, in koliko je

že nevrotično regresivno, sproženo s strani kulture (vzgoje)! Premeščeno! Manj prepovedano. O analni tegobi se vsaj lahko govori, se jo prizna kot obstoječo. Zaradi tega je primerno področje za premestitev genitalnega zanimanja.

a) Genitalne prepovedi in b) genitalne čezmernosti postanejo genitofugalne. c) Zaradi ubogljivosti se ljubezen kaže intenzivnejša, kot dejansko je. (Be what you are, do not force feelings.)¹⁴⁷ d) Občutek krivde zaradi neiskrenosti: (ker kaže več ljubezni). Terapija: brez občutka krivde prenesti a), b) in c). Občutek krivde se prevlači na odrasle. (Odrasli bi morali vedeti, da ne morejo računati na hvaležnost otrok.)

e) Se je hvaležnost popolnoma izgubila? Ne, nekaj je je lahko celo naravne. Toda mnogo manj, kot se običajno pričakuje.

f) Na koncu: opustitev narcističnega razcepa samega sebe. (»Človek je samemu sebi mati, celo: mati svoje matere.«) Sposobnost uživanja brez občutka krivde. g) Prilagoditev resničnosti preko lastnih izkušenj

ni $\left\{ \begin{array}{l} \text{nepravočasno} \\ \text{odrejeno.} \end{array} \right.$

1. Uvid v meje.

2. Sposobnost veseliti se (biti ljubljen).

Problemi: Zakaj je $\left\{ \begin{array}{l} \text{moška} \\ \text{ženska} \end{array} \right.$ homoseksualnost deležna prednosti?

(Ne obstaja bojevanje spolov: a nihče ne reče: da!)

¹⁴⁶ Otroštvo.

¹⁴⁷ Bodi to kar si, ne naprezaj svojih čustev.

3. junij 1932 [II.]

Nikakršno specialno učno analizo!

1. Analitike je potrebno bolje zanalizirati kot bolnike in ne slabše.
2. Njihova analiza je trenutno slabša.
 - a) časovni rok
 - b) pomanjkanje relaksacije (izraz bolnikov)
3. Če je potrebno 6-8 let, je to praktično nemogoče. Potrebne bi bile nenehno dopolnjujoče, korigirajoče analize, čeprav še to ne bi povsem zadostovalo.
4. Obstaja specialna skupina resnično analiziranih – ki si prizadevajo, da bi vedeli več kakor analizirani bolniki.
5. Vzajemna analiza: le zasilna rešitev! Boljša bi bila ena prava in s strani neznanca opravljena analiza, ki ni povezana z nikakršnimi obveznostmi.
6. Najboljši analitik je ozdravljen bolnik. Ostali učenci morajo postati najprej bolne, nato pa ozdravljene in vedoče osebe.
7. Podvomiti v supervizijske analize: zasilne rešitve: prepoznavanje ter priznanje lastnih težav in šibkosti. In to ob strogem nadzoru bolnikov! Nikakršna samozačita.

3. junij 1931 [III.]

Oblike strastnosti. Zaključek.

Dm. Simptom: s prekomerno nežnostjo in denarnimi darili si kupuje mir in prijaznost. Strah, da bi jo brez tega zapustili. Raje se vsemu odreče. A v ozadju tega: izpadi besa, če še najbolj pretirana pričakovanja, da je brez vsakršne vzajemnosti deležna užitka, ne izpolni vsak predmet in vsaka oseba. Prvi impulz: uničiti ljubezni nevreden svet! Nato občutek tesnobe, prekomerna ubogljivost samo zato, da se izogne tesnobi.

A ni navsezadnje tesnoba občutek vladanja gona smrti: začenjajoče se smrti? (Starvation).¹⁴⁸

Dm. 1. se je podobno kot njen brat rodila z zobmi oz. z najmočnejšimi agresivnimi nagibi.

2. Ne sprejme dojke. Bottle.¹⁴⁹

Ob samouveljavitvi: mati kot led.

1. Ravnodušnost, 2. agresija, 3. prekomerna nežnost, vse tri zadeve na otroka učinkujejo regresivno. Otrok tudi v prekomerni libidinozni strasti – pravilno – zaznava agresivni element. (Na tej točki prehodni simptom: She feels smothered.)¹⁵⁰

¹⁴⁸ Lakota, stradanje.

¹⁴⁹ Otroška steklenička.

¹⁵⁰ Ona čuti, da jo davijo.

3. junij 1932 [IV.]

Strast

Katatonija je najbolj protislovno flexibilitas cerea stanje.¹⁵¹

Prekomerna ubogljivost (Mrs. Smith). Morda resničen strah pred željo po umoru. Kaj je prvotno: agresivnost ali regres v samouničevanje? (F. Del »jaza« je potrebno ohraniti kot enotno celoto in ta naj ukaže ubogljivost. Inteligenca ni nič drugega kot uvid v potrebo po ubogljivosti – sicer moriti ali biti umorjen.

Terapija: bolniku je potrebno dati priložnost, da je celoviti-»jaz«, še preden se njegov »jaz« ponovno izgradi na podlagi lastnega uvida (korekcija in nadomestitev vzgoje, samovzgoja preko izkušenj). Analiza mora bolniku omogočiti največjo možno mero regresije brez sramu! Bolnik se bo le takrat znašel v položaju, da se prilagodi dejstvu, celo da prenese (dobrota) trpljenje drugih na materinski način (brez pričakovanja protiusluge), ko bo lahko nekaj časa brez slabe vesti užival v taking everything for nothing.¹⁵²

Dm. Ni dobrota tista, ki čaka na hvaležnost. Človek mora biti kot otrok deležen toliko dobrote, da jo bo lahko dal naprej (naslednji generaciji). (Omeniti Dm!)

Ubogljivi otroci strastnih staršev morajo biti pametnejši od svojih staršev (igranje materinske vloge).

(Lastna izkušnja: besna mati.)

(B.) Strast: incestuozni stik: za otroka le agresija.

Ledena hladnost, ki jo zaznavam pri Mrs. E. Njeni lastni občutki:

1. Prisila, da s pretirano prisrčnostjo ublaži osornost.

2. V ozadju občutek:

a) Ne ljubim ga, nikogar ne ljubim (do vseh je prijazna). Samoumevno pričakuje, da jo vsi ljubijo.

b) Besna, ker se to ne zgodi. Provocirana agresija se stopnjuje do želje po umoru.

c) Strah pred samoto, pred tem, da je ne ljubijo. Stanje biti ljubljen se mora uresničiti v prav vseh okoliščinah.

d) To se zgodi na preveč priganjajoč način.

9. junij 1932

Psihosoma

R. N. Ko je bolečina ali katerikoli drug občutek »neznosen« – (ko so se torej moči nasprotne katekse in viri čustvenega izražanja organizma izčrpali): krčenje mišic postane

¹⁵¹ Voščena upogljivost.

¹⁵² Vzeti vse v zameno za nič.

a) izčrpano, b) zelo boleče, c) prekine dihanje; srce se ustavi (pomanjkanje kisika); sečni mehur in črevo se izpraznita –, se preživetje s povsem duševnimi energijami še vedno zdi možno. Povedano s psihiatričnim izrazoslovjem: halucinacija dihanja lahko življenje ohrani tudi v primeru popolne somatske zadušitve. Halucinacija mišic in mišične moči, moči srca, izpraznitve mehurja in bruhanja, lahko prepreči razpad organizma tudi v primeru popolne ohromitve teh organov. Bolniki pa v nasprotju s tem čutijo tudi to, da se iz pravih organov, rezervoarjev, prijemal in napadalnih sredstev »teleplastično« – v kar so morda doslej verjeli le spiritisti – ustvarijo priložnostni organi, ki v večjem ali manjšem delu prevzamejo delovanje organizma, medtem ko ta neživo leži v globoki komi. Ureditve se v tem primeru odvija po ekstrasomatski poti. Npr. na zadnjem delu glave nastane velik mehur (ki se ob priliki širi še naprej), v katerega se izlijejo in se po domišljijski poti nevtralizirajo vsa neugodna ter ureditve nezmožna čustva. Toda bolniki menijo, da je ta imaginacija zmožna producirati prav tako resnična, prav tako učinkovita in storilnostno sposobna organska delovanja, kakor organizem sam. Zaenkrat še iz nepoznanih materialov in s pomočjo nepoznanih sil (v največji tegobi), ko so se izčrpale lastne moči organizma: se ustvarijo novi organi (Lamarck). Toda v nasprotju z dosedanjimi predpostavkami se lahko tovrstni organi izoblikujejo nenadoma in ne postopoma (kakor organi enoceličnih bitij).

10. junij 1932

Dolžnost molčanja. Občutek odgovornosti pri majhnih otrocih, potem ko so odrasli zoper njih zagrešili zločin.

B. Oče je po storjenem dejanju tako nesrečen, da se (tudi neizrečeno) v ospredju pojavi grožnja samomora. Otrokov odziv: nemo obljubi, da ne bo dopustila, da se izve (sicer bi razpadla družina, predvsem materin položaj, ljubezen, celoten obstoj). Da bi zagotovila še večjo tišino, tudi notranja tišina (pozaba, potlačitev) – toda kaj je posledica tega?

1. Mati kljub temu (nezavedno) čuti:

a) očetovo nezvestobo; zaradi česar otroka sovraži kot tekmico (nezavedno) ali pa je izjemno muhasta: grozljivi napadi sovraštva, nato pa prekomerna ljubezen (mnogo samoprevare).

b) da otrokov značaj ni neposreden: mati jo sramoti, kaznuje: otrok pa zdaj čuti, da jo kaznujejo zato, ker je v zelo zaupnem odnosu z očetovo družino.

2. Posledice pri otroku: nevrotični napadi – psihoza – izpadi besa – mazohistična ubogljivost – neuspeh v šoli in življenju (občasno naknadno iskanje matere po homoseksualni poti).

3. Očetova prisila, da s svojim vse bolj nemogočim vedenjem preizkusi otrokovo zvestobo (Griselda).¹⁵³ »Nič se mi ne more zgoditi« (karkoli že storim), to je posledica uspešnega gangsterizma.

12. junij 1932 [I.]

Doctor hating patients¹⁵⁴

Freud: »golazen«, »samo za to so dobri, da nas finančno preživljajo in da se iz njihovih primerov učimo.« (Drži, toda to je potrebno priznati tudi bolnikom. V vsakem primeru čutijo in producirajo odpor. Če priznamo – se poveča zaupanje.) Patients scolding:¹⁵⁵ buzzing flies, monotonous noise – mother's, father's scolding and our helpless fury. »Bear hug« – children feel the possessive-aggressive element in it and do not dare show their fear, anxiety – and fury. They displace the reaction to minor things (sensitivity about the slightest intrusion in their right-freedom).

Outlet also in way of imitating mother, reflecting this way – like a mirror the affect (aggression – tension) on others. Mostly in a hidden way (nehote izgovorjena infuriating pripomba – pozneje popolnoma nezavedno), toda človeka to naredi nepriljubljenega. No sense of humor – fury. Choosing medicine as job (conscious compensation of misanthropy). First motive: birth of a new child – seems like intrusion into right. You were (before) treated, as it were for ever. Fear of the eyes (wide open: they eat you up!) Hating mother's smell and sativa (after the disappointment).

12. junij 1932 [II.]

Konfuzija glede lastne osebnosti z občutkom panike (nato izguba spomina)

1. R. N.: oče, potem ko je uspel zapeljati svojo hčer itd., jo kaznuje in zmerja. Nedojemljivo (kot resnica). Sanje o kovčku, v katerega je stlačil več posteljnih vzmeti, kot je možno. Kovček se zlomi – na delce (razleti se).

¹⁵³ Griselda (Griseldis) je po navedbah Encyclopaedia Britannica junakinja romantike, ki je v enajstem stoletju postala žena plemiča Saluzzo-a. Po navedbah slovarja Larousse je bila pastirica, ki je s svojo lepoto očarala plemiča Saluzzo-a. Postala je njegova žena, Saluzzo pa jo je – da bi preizkusil ženinovo zvestobo – podvrget hudemu trpljenju, kar je Griselda potrpežljivo prestala in postala simbol zakonske vrline.

¹⁵⁴ Zdravnik, ki sovraži bolnike.

¹⁵⁵ Večji del besedila je v angleščini:

Godrnjajoči bolniki: brenčanje muh, monoton hrup – materinsko, očetovsko grajanje in naš nemočen bes. »Medvedji objem« – otroci v njem zaznavajo posesivno-agresivni element in ne upajo izraziti svojega strahu, tesnobe – in besa. Svoj odziv premestijo na manjše reči (občutljivost na najmanjši vdor v njihove pravice, svobodo).

Izhod tudi na način, da oponašajo svojo mamo in na tak način drugim zrcalijo čustvo (agresijo, napetost) – kot zrcalo. Večinoma na prikrit način (nehote izgovorjena razjarjajoča pripomba – pozneje popolnoma nezavedno), toda človeka to naredi nepriljubljenega. Brez smisla za humor – bes. Izbira medicine za svoj poklic (zavestna kompenzacija sovraštva do ljudi). Prvi motiv: rojstvo novega otroka – deluje kot vdor v pravice. (Predhodno) so ga obravnavali, kot da bi to trajalo večno. Strah pred očmi (na široko odprtimi: pojedle te bodo!) Sovraštvo do materega vonja in slin (po razočaranju).

2. R. N.: pijan oče grozno ravna z njo, nato jo pusti popolnoma samo, to se pozneje ponovi. (Humiliation after seduction)¹⁵⁶ (Hate of women!)¹⁵⁷ Sanje: spodaj »čaj«. S prazno glavo leži na hodniku, tipajoče išče pot do vrat, 17 – 18. – nato 19., z velikim trdom – nobene svetlobe. Ugotovi, da to ni njegova soba. (To ne more biti on; vsakokrat se onesvesti.) (Sredinski) vidi... v sobi (18).¹⁵⁸

12. junij 1932 [III.]

Tehnika: napako (impulz namesto objektivnosti):

(1) storiti, (2) priznati, (3) popraviti

Značilni razvoj transferja pri B.: iz ure v uro naraščajoče nezadovoljstvo, nepotrpežljivost, ker simptomi ne prenehajo, ker ji nisem sposoben pomagati. Čutim, da je očitek neupravičen, a o tem ne spregovorim, raje postanem redkobeseden in užaljen. Po določeni akme¹⁵⁹ – ko se potrpežljivost enega izmed naju začne približevati h koncu – se bolnica nenadoma preda, postane prijazna in ubogljiva ter nekaj časa marljivo dela, da bi se nato po določeni delovni periodi ponovila nevarnost eksplozije.

Do radikalnejše spremembe ni prišlo, vse dokler nisem prepoznal stanja dejstev in nisem uvidel, da je bolničina obveznost edinole ta, da pove prav vse, tudi takrat, ko bi lahko bilo to zame neprijetno; nesmiselno bi bilo, da to prevzamem nase, vzrok tega se verjetno skriva v mojem karakterju. Bolnica izkoristi mojo občutljivost, da ponovi svojo nekdanjo krivico. Bolnica me hoče preizkusiti. Dokler ne prestanem tega preizkusa, pride le do ponovitve infantilne potlačitve: navidezna ubogljivost, notranje kljubovanje. Ker je človeško nemogoče, da nikoli ne bi bil jezen in ker bolniki zaznavajo tudi nemo jezo, mi ne preostane drugega, kot da priznam, da sem jezen, in obenem spredim, da sem bil neupravičen, ter bolnico – četudi je njeno vedenje neprijetno – obravnavam prijazno in ljubeznivo. Bolj ali manj enako ravnanje potrebuje tudi otrok: ko se starši notranje skorajda razpočijo od jeze, se jim ni potrebno vesti, kot da bi bili prijazni zaščitniki; otrok se ne odziva na prijazne besede, temveč na vedenje oz. na glas, geste in trden dotik. Naj bo analitik prva ugledna oseba, ki prizna svoje napake, predvsem dvočnost. Otrok bolje prenaša grobo, a iskreno ravnanje, kot pa t. i. pedagoško objektivnost in hladnost, ki zakrivata nestrpnost ter sovraštvo. To je eden izmed motivov mazohizma; človek raje izbere tepež, kot da bi moral čutiti hlinjeno mirnost in objektivnost. Druga napaka, ki jo moramo prepoznati, priznati in spremeniti, je muhavost.

¹⁵⁶ Ponižanje po zapeljevanju.

¹⁵⁷ Sovraštvo ženske.

¹⁵⁸ Nadaljevanje manjka.

¹⁵⁹ Vrhunec, višek.

12. junij 1932 [IV.]

Duševna nasprotna kateksa neznosnih občutkov

R. N.: ob približevanju travmatskim prizorom, ki so povezani s telesno in moralno skrutitvijo, histerični čustveni izbruhi; ko pa to več ne zadostuje, pa namesto bolečih izbruhov krčevit smeh. Zdi se, da v tem trenutku preko kompenzatornih fantazij radosti nastane prekomerna duševna kateksa resničnosti (četudi bolnica trdi, da jo smeh osvobaja le določene količine napetosti). Bolnica dobi občutek, da na zadnjem bolečem predelu glave nenadoma nastane mehur, v katerega se umesti vsa bolečina. Ta mehur se lahko razširi skorajda do neskončnosti.¹⁶⁰ Temu dejansko predhodi izločanje velike količine urina. Na bolečem predelu glave (tam, kamor je bolnica verjetno prejela injekcije) nastane prigoden mehur, s katerim pa se začne razcep osebnosti. Nova travma lahko premaga tudi to nastajanje mehurja in tako rekoč povzroči razpok mehurja. Tukaj navidezno nemogoča naloga, da 1. zlepimo skupaj majhne delce mehurja (medtem ko mora analitik razpolagati tako z intelektualno močjo, kakor tudi s potrpežljivostjo, ki je potrebna za prenašanje zadeve); 2. poskrbimo, da na tak način rekonstruiran mehur svojo vsebino ponovno združi z »Jazom« (telesom).

Zgolj intelektualna rekonstrukcija s strani analitika se za to nalogo ne zdi zadostna. Bolnik mora čutiti, da analitik sočustvuje z njegovo bolečino in da z veseljem tudi kaj žrtvuje, da bi to bolečino ublažil. Hladnost ali celo antipatijo in nepotrpežljivost do bolnika je v večini primerov možno obravnavati šele po tem, ko smo z nekaj karakterne analize premagali močne odpore. Bolnica R. N. si zamišlja tudi to, da je v času glavne travme s pomočjo neke onipotentne inteligence (Orpha) (z nekim teleplastičnim priložnostnim organom) preiskala vesolje, da bi si poiskala pomoč. Tako bi me njena Orpha našla že takrat, mene kot edino osebo na svetu, ki je zaradi svoje specifične usode pripravljena in zmožna povrniti škodo za krivičnost. Ta moja sposobnost se je v vzajemni analizi razkrinkala kot občutek krivde, ki se je izoblikoval ob smrti moje dve leti mlajše sestre¹⁶¹ (diferija). Bolan človek mi zaradi tega odziva na občutek krivde postane antipatičen, kar pa nadvladam s prekipevajočo dobroto in (gotovo pretiranim) zdravniškim zanimanjem ter taktom. Analiza mora odkriti in prekiniti z nepotrpežljivostjo, ki se skriva izza dobrote. Preostanejo prijateljska čustva oz. se orphična fantazija do določene mere uresniči. Nato – ker je sprostitev možna – razpočena in v mehur stlačena osebnost ponovno postane enotna, obenem pa se namesto ponovitve povrne spomin na dogodke.

¹⁶⁰ Glej dnevniški zapis z dne 9. junij 1932.

¹⁶¹ Govora je o Ferenczijevi dve leti mlajši sestri, ki je umrla še pred svojim prvim letom starosti. Med Sándorjem in Vilmo se je rodil še en njun brat, Móric Károly.

Prijateljski odnos s svetom duhov

Bolnica S. I. je več let trpela zaradi strahotnih halucinacij, še posebej po uživanju alkohola. Po poškodbi lobanje nenadoma postane zmožna abstinence. Nadaljnji napredek: ne rabi več abstinerati, ponovno lahko pije brez neugodnih posledic. Obenem halucinacije postanejo manj zastrašujoče narave, bolnica pa se mnogo bolje spopade z zahtevami resničnosti; trdi, da ima moja osebnost zanj zdravilni učinek in da je ta velika sprememba nastala zaradi teh lastnosti. Čuti tudi to, da se občasno dolgočasim in jezim, imam pa to redko ali morda edinstveno sposobnost, da presežem svoje šibkosti.

Porazi z učenci

Dm. se je zdaj dovolj opogumila, da mi očita, da se svojih učencev odpovem takoj, ko ugotovim: niso se zmožni popolnoma prilagoditi in se podvreči mojim predstavam. To priznam, toda sebi v opravičilo bom omenil tudi to, da učenci kradejo moje ideje, ne da bi me citirali. Freud je v mojem kompleksu mlajšega brata odkril taisti simptom, ki se je zdaj ponovil v Mednarodnem združenju.

14. junij 1932 [I.]

Trajna motnja objektne libida

I. Bolnik U. pri sebi opaža, da med spolnim odnosom nima nikakršne pripravljenosti za predugodje ali predigro, spolni akt doživlja tako rekoč kot obvezo, s katero poskuša čim hitreje opraviti; prav tako umanjka tudi »zaključno ugodje.« Presenečen je, ko s strani svoje ljubimke sliši, da je sama pred in po spolnem odnosu dolgo časa »thrilled.«¹⁶²

Pojasnilo: v najprimitivnejših okoliščinah odraščajoč divjak se pri dvanajstih letih znajde (vsaj formalno) v mnogo bolj civiliziranem okolju (emigracija v Ameriko). Prvič, kot oseba se počuti povsem ponižanega in psihoanalizo uporablja, da se povzpne v bolj sublimirano sfero (da se osvobodi svoje neprestane tesnobe; strah pred poblastnelostjo). Nedavno duševni zlom tekom prve analize, ko mu v slabi družbi zagrozijo s smrtjo. Strah je bil mnogokratno determiniran: 1. dejanska življenjska ogroženost, 2. vrnitev v primitivno stanje pred emigracijo in strah pred tem, 3. strah pred lastno agresijo, 4. neugodni sestav v tesnobo spremenjenega neinhibiranega intelektualnega samovrednotenja in tiranske samovolje, kar je po neuspehu tudi sam spoznal kot blaznost.

Ne verjame v subtilnost, nežnost, simbolizem, namigovanja, moralne zadržke itd.: zanj se zdijo resnična edinole neposredna dejanja. Spopada se z lastnimi kriminalnimi in infantilno-egoističnimi nagnjenji. Kot otrok je pogosto trpel zaradi materinih nepredvidljivih ljubezenskih izbruhov do otroka; možno je tudi to, da se je od ženskega spola odvrnil zaradi homoseksualnih izkušenj.

¹⁶² Vznemirjena, vzdružena.

II. Bolnik O. S. Otroške travme: 1. analna poškodba na dva različna načina, s strani moškega in s strani ženske, 2. kakor v I. primeru, nezmožen je vzdrževati kakršenkoli objektni odnos (nobene knjige ne prebere do konca, iz slehernega prijateljstva se umakne že iz najmanjšega razloga). Z dobroto se trudi nadkompenzirati, kar pa ga izčrpa. Zdi se – kot sem to predpostavil v svoji študiji o tiku¹⁶³ –, da se na mestu travme ohrani rezervoar nadraženosti, ki libidinozno energijo pridobiva iz splošnega rezervoarja, genitalnosti. *Ubi bene, ibi vagina*.¹⁶⁴

Druga možnost je ta, da travma udari po genitalijah (grožnje, prepovedi itd.) in genitalnost regresira v analno fazo. Analnost s svojim avtoerotizmom človeka v vsakem primeru naredi neodvisnega od objektov. Analni karakter – četudi se zdi še tako hipohondričen – se z lastnimi rezervami in potešitvijo analnega vznemirjenja počuti mnogo bolj zaščitenega pred razočaranjem, ki bi ga lahko doživel zaradi odvisnosti od druge osebe. Ta situacija seveda postane tragična, ko se v njem ponovno prebudi želja po srečnejšem objektnem odnosu ali ko se v zvezi s tem začne primerjati z drugimi, srečnejšimi ljudmi. Analna karakterna poteza je obenem primerna tudi za to, da ga osvobodi sovraštva, na primer 1. flatus¹⁶⁵ druge ljudi drži na določeni distanci ali pa jih celo prežene iz sobe, 2. pomeni kljubujoče poudarjanje samozaničevanja: »Goddam,¹⁶⁶ smrdim.« Če zadeve raziščemo še podrobneje ugotovimo, da se prestroga in nepravilna sodba, ki je kritiki ne želijo korigirati, konča z blatenjem samega sebe in tudi precejšnjim blatenjem drugih. Torej tudi tukaj neuspeh prvotne nežnosti. Nered in analna nediscipliniranost je prav tako dobro orodje za navidezno nedolžno maščevanje. Nekoga, ki nas je užalil, lahko ob pomanjkanju drugega orožja na videz nedolžno jezimo.

Nagnjenost k analni premestitvi lahko spodbudi zaostalost abnormalnega travmatskega rezervoarja. Toda možno je, da se določen del libida v času separacijskih bojevanj – in zaradi njih – v vsakem primeru analno fiksira, kar olajša regresivni proces. Ampak tudi to ni nemogoče, da rezervoar libida prvotno tvorijo le usta in genitalije (erogene cone) in da je analna erotika v resnici premeščena histerična genitalizacija. Povezanost sadizma in analne erotike se lahko prikaže v skoraj vsakem primeru, kar lahko govori v prid možnosti, da analni rezervoar nastane kot končni rezultat borbe za genitalnost. Kot takšno lahko omenimo 1. kastracijsko grožnjo, 2. predčasno, boleče in prisilno posluževanje genitalij, torej: brutalno vsiljena ali z agresijo onemogočena genitalnost vodi do sadizma in analne erotike (tukaj morda omemba Simmel-ja?)¹⁶⁷ Lahko da sposobnost za narcizem praviloma

¹⁶³ Glej: Sándor Ferenczi, »Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic« [Psihoanalitična razmišljanja o tiku], op. cit.

¹⁶⁴ Kjer je dobro, tam je vagina (po vzoru latinskega izreka »ubi bene, ibi patria« [kjer je dobro, tam je domovina]).

¹⁶⁵ Vetrovi.

¹⁶⁶ Prekleto, presneto.

¹⁶⁷ Ernest Simmel (1882-1947) je bil nemški psihiater, ki je leta 1919 v soavtorstvu s Karlom Abrahamom, Sándorjem Ferenczijem in Ernestom Jonesom pri založbi *International Psychoanalytischen Verlag* izdal delo: Sandor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel, Ernest Jones, *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* [O psihoanalizi vojnih nevroz], Internationaler psychoanalytischer Verlag, Leipzig und Wien, 1919, v katerem je bila zajeta tudi njegova študija z naslovom *Kriegsneurosen und psychische Trauma* [Vojne nevroze in duševna travma]. Leta 1926 je v bližini Berlina ustanovil Kliniko *Tegelsee*, katere celotno osebje je opravilo osebno psihoanalitično izkušnjo. Freud se je za ta eksperiment zelo zanimal, kliniko je tudi večkrat obiskal, a ta je kljub vsemu leta 1931 propadla. Simmel je leta 1933 v begu pred nacizmom odpotoval iz Nemčije in se sprva nastanil v Zürichu, nato pa v Združenih državah Amerike, kjer je v Los Angelesu ustanovil *Kliniko Sigmunda Freuda* in psihoanalitično združenje.

predpostavlja možnost izolacije, za kar pa analno področje še ni sposobno. Morda se nikjer ne more nakopičiti tolikšne količine nadraženosti in materiala, kot tukaj. Oblike manifestacij so precej raznolike.

III. Latentno sovrašтво, manifestna prijaznost in dobrot, analna razpoka, več kot očitni in neprijetni vetrovi. Glavni motiv tega sovrašтва in prizadevanja po nadvladi je izviralo iz prepričanja, da je bila kot otrok prevarana in poražena v boju za očetovo ljubezen. Oče se je z njo le igral, otroka pa je dobila mati. Odtlej ne premore nežnega ljubezenskega odnosa, tudi sedanjí je pomešan s sovraštvom, v precejšnji meri je analen (neodvisen) in močno agresiven.

14. junij 1932 [II.]

Normalna feminina homoseksualnost

»Tega moški ne razumejo« – pravijo ženske in so glede svojih homoseksualnih občutkov precej zadržane (tudi v analizi). »Moški verjamejo, da lahko ženske ljubijo le posestnike penisa.« V resnici pa si ženske še naprej želijo matere in prijateljice, s katero si lahko vzajemno povedo svoje heteroseksualne izkušnje – brez ljubosumja. (B. + Ett., Dm. + njene prijateljice.) Prednost dajejo poženščenim (pasivnim, homoseksualnim) moškim, zato da si zagotovijo biseksualno nadaljevanje.

Odvrnitev od homoseksualnosti

(V času prve menstruacije nastala potlačitev – ko Tom-Boy-ishness¹⁶⁸ nenadoma zapade v potlačitev. Dm. me prosi, da naj – po premagovanju odpora – postanem U.-jeva (in tudi njena) dobra mati. (Dm.): premagati moram svojo ambicijo, da bi bil večji od U., zadovoljiti se moram s svojo pasivno vlogo v odnosu do njega, obenem pa moram sprejeti Tomboy-ljubezen¹⁶⁹ od Dm. Šele takrat bo imela dovolj poguma odreči se svoji odvisnosti od mene. Moško ali žensko: priznati moram, da jaz U.-ja (daddy!)¹⁷⁰ prav tako ljubim kot njo, nato pa midve (mati in hči) postaneva kolegi. Velik del hčerine nežnosti (v takšnih okoliščinah) ostane pri njeni materi.

16. junij 1932

Zavedanje osebnosti (lastne mere, oblike, vrednosti) kot produkt priznanja okolice.

Bolnica S. I. se po kratkem, strastnem, a povsem zamolčanem transfernem obdobju znajde v močnem odporu, kar je – z moje strani povzročena – nenadna prekinitev

¹⁶⁸ Dekle fantovskega vedenja.

¹⁶⁹ Ferenczi tukaj pojasnjuje svoj odnos do U.-ja (moškega) in Dm. (ženske).

¹⁷⁰ Oče.

(potovanje v Ameriko) le še dodatno stopnjevala. Postopno povrnitev zaupanja je omogočilo moje globoko sočutje v dveh tragičnih trenutkih: 1. ko je izvedela, da je njen mož zapravlil ogromno vsoto denarja za hazardne igre in ženske, 2. ko je njen ljubljeni starejši brat nenadoma umrl. Toda transfer se je odel izključno v obliko najbolj sublimne, vedre in intelektualne skupnosti. Glavni namen je, da skupaj raziščeva nezavedno in posebno globoko »metafizično« plast, ki doslej še ni bila deležna pozornosti, kar posameznici omogoči, da vzpostavi stik z večjim ali manjšim delom vesolja. V tem kaotičnem vesolju se sreča z duhovi živih in mrtvih; takšni duhovi jo v tem globoko relaksiranem stanju plašijo. Po ekstremnem stopnjevanju njene potrtosti (poškodba glave) nenadoma postane zmožna, da 1. vzpostavi stik s temi »duhovi«, prijazno in brez strahu, 2. da nenadoma prekine z dotlej nebrzdanim pijančevanjem, sprva s pomočjo prisilne abstinence, nato pa tudi brez nje z ohranjanjem zmernosti. Dva šibka poskusa dopustitve dvorjenja dveh moških do določene točke. V prvem primeru je govora o moškem, ki ji podaja ponudbe, a ob tem ni zmožen opustiti mazohistične ponižnosti do svoje žene. Sicer je raje znanstvenik in esteta. Rad ima reči, ne pa ljudi. Po kratkotrajno vzplamteli želji sorazmerno hitra in popolna ohladitev. Drugi primer je bil nepomemben; nekoliko je začutila, da se ji dobrika pozornost podobno duševno zavrtega, sicer naravnjega, a ponovno poročenega moškega.

Medtem pa – ali morda pod vplivom teh sprememb – pomembno izboljšanje zaznavanja resničnosti in kar se da najspretnješi ukrepi reševanja finančne ter moralne situacije družine. Postane svetovalka vseh, vzgojo hčerke vzame v svoje roke in celo v svoji družbi marsikomu pomaga.

Občasno se poskuša – delno v obliki »naloge« – lotiti avtoerotične dejavnosti, a medtem nikoli nima erotičnih fantazij. Te se tudi v sanjah pojavijo le izjemoma. Neumorno nadaljuje z analitičnim delom; menim, da preveč povečuje moj dosežek, čuti, da ji lahko že sama moja prisotnost pomaga, nekako tako, kot se še sam ne zavedam. Skoraj na vsaki seansi se pogrezne v trans, večinoma z nepojasnljivimi, nepovezanimi videnji, iz katerih pa se vendarle prebudi z neumorno hvaležnostjo za mojo pomoč.

Zaradi tega vedenja in dejstva, da ne prakticira nobene telesne ali duševne seksualne aktivnosti menim, da zanjo povsem intelektualni odnos z mano predstavlja nadomestilo za seksualnost. Pomislili bi lahko na značilen primer sublimacije, toda priložnostna opažanja dajo slutiti, da so v tem intelektualnem odnosu še vedno prisotni globoko potlačeni dražljaji povsem seksualne narave. Občasno govori o spiritualni avri ali svetlobni viziji, ki se z moje strani približuje proti njej; spet drugič jo analiza njenega pozitivnega ali negativnega zanimanja za vonjave privede do predpostavke, da (podobno kot kolega, ki je zadovoljitev lahko dosegel le tako, da je dahnil na genitalije) nezavedno zaznava dejanski kemijski sublimat osebe, ki se nahaja v njeni bližini, samoumevno pa tudi prijazno in nežno prizadevanje, s katerim zdravnik sledi slehernemu čustvenemu izrazu bolnika,

obenem pa tudi navidezno nesmiselni predstavi vsebini, ki pa jo je vendarle čutil kot vredno; vse to v veliki meri pripomore, da je tukaj tako rekoč obdana z dobronamernostjo in zanimanjem. V oči bode tudi to, da sicer varčna, v malenkostih pogosto skopa oseba, tako rekoč z veseljem plačuje nemajhne stroške zdravljenja in celo energično zavrne moj predlog, da bi znižal honorar ali da bi mi ostala dolžna; to vsekakor kaže, da se je določen del sublimacije premestil na analno-erotično pot (s tega vidika se lahko vrednoti tudi zanimanje za vonjave).

V zadnjem času sta mi ona in njeno zaupanje delovala dovolj močna, da ji vse to priobčim. Obenem sem preizkusil tudi sledečo teorijo, ki se nanaša na njen način odzivanja tako v analizi kakor tudi v življenju: vemo, da je bolničina mama v času bolničnega najzgodnejšega otroštva zagotovo imela patološke, morda celo psihotične izbruhe. Bolničin (zgoraj omenjeni) brat in tudi sestra se spominjata, da jih je mati pretepala na izrazito brutalen način in jim celo glavo udarjala ob zid. Bolnica ima občasno meglene predstave o nekakšnem izbruhu besa, ki je usmerjen na njen spolni organ. Ob tej priložnosti se je morala njena deviška kožica dejansko poškodovati, saj sta oba z možem opazila, da njuno občevanje ni naletelo na nikakršno prepreko ter da temu ni sledila niti normalna krvavitev. Izven hiše sicer precej erotični mož, se je v zakonski postelji – še posebej po rojstvu njunega edinega otroka – izkazal za skorajda impotentnega. Toda bolnica je priznala, da je temu vzrok tudi njena frigidnost, izrazita sramežljivost in neizkušnost.

Četudi ne povsem pravilno in natančno, lahko interpretiramo tudi še drug primer: ležala je v svoji zibelki, ko je zgoraj omenjeni brat poplesaval s kosom lesa in ji poškodoval genitalije. Poznejša travma, ki jo je povsem odvrnila od seksualnosti, jo je doletela takrat, ko jo je oče osramotil po tem, ko so jo zalotili, da je prisostvovala skupini otrok (skupaj s svojim bratom), v kateri so se drug drugemu vzajemno razkazovali.

Potrebno je pripomniti, da je bila družina vzgajana v puritanskem duhu in da so jo obvarovali vsega umazanega. Zgodila se je tudi komplikacija, ki bi jo lahko poimenovali že skorajda kot tragično: njena sestra – ki ji je po starosti najbližje in je najlepša izmed vseh treh – je dobila sifilis preko poljuba moškega, v katerega je bila tudi bolnica zaljubljena. Pozneje je skupaj s to svojo sestro in eno izmed njunih vzgojiteljic šla na potovanje okrog sveta, kjer je morala biti priča sestrini dekadenci in različnim dogodkom v zvezi z vzgojiteljico – odvisnico od morfija. Poleg tega pa še vznemirljivim dogodkom na Kitajskem: v enem izmed kitajskih mest je na primer njihova rikša peljala mimo trga, kjer je ravnokar potekala usmrtitev, in rabelj jo je zelo prestrašil, ko je odrezano roko vrgel za kočijo. V naslovu označena teorija se torej nanaša na povezanost med »razkrojem« v vesolju in seksualno-čustveno hladnostjo, ki je bila povzročena s strani skupka travm.

Bolnica je v enih izmed svojih sanj videla njej naproti približujoče se duhove ljudi, ki so bili mnogo večji, kot ljudje dejansko so. No, sam menim, da to povečanje obenem pomeni

tudi zvođenost dane osebe. Nadaljnja zvođenost njo obkrožujočega libida ji omogoči, da meje svoje osebnosti razširi v neskončnost; ob tem njena dejanska osebnost oz. normalna osebnost izgine (nezavednost, nekoherentnost). To njeno prijateljstvo s premalo pogumnimi moškimi in zdravnikova nevtralna drža v analizi sta povzročili njeno odvrnitev od resničnosti ter zanimanje za mistično onostranstvo. Menim, da se v njenem vedenju in psihozi nastala nenadna sprememba lahko poveže s sledečo naključno okoliščino: ko je v moji prisotnosti skorajda na smrt poškodovala samo sebe, sem postal v tolikšni meri vznemirljen in ganjen, da sem jo z enim samim gibom dvignil s tal in polegel na posteljo ter jo poskušal nežno, vendar energično vrniti v življenje. Zdi se, da ji je tedaj izkazana čustvena investicija povrnila občutek lastne vrednosti, ki se je zrcalila v mojem sočutju in strastni želji, da ji pomagam. Med drugim je začela vrednotiti podrobnosti lastnih »obrazov«, občasno tudi na skeptičen način. Po drugi strani je začela izražati več zanimanja za svoj zunanji nastop (pojava, vitkost, obleka). Neutrudna stanovitnost, s katero sem jo vsem težavam navkljub poskušal razumeti in tako rekoč oživeti, je zanjo dejansko ustrezala objemu s strani moškega; to je zunanji vpliv, ki ga je bila deležna na sublimnem, a seksualnem nivoju. Toda zdaj je prišel čas, ko sem ji lahko povedal, da je nezavedno čakala na moškega, ki ga ne bo preplašila njena seksualna hladnost in ki ji bo z enim samim močnim objemom povrnil samospoštovanje. Njen odgovor je bil, da bo zagotovo našla način, da se bo izvlekla iz tega. Jaz pa sem na to odgovoril: mora obstajati objem, ki ovije celotnega človeka in ne dopusti nobenega izgovora. Šele takrat, v zrcalu partnerjeve strasti, si bo sposobna priznati lastne kvalitete in se jih naučila spoštovati. Toda fizični objem ji omogoči ali pa jo prisili tudi v to, da svojo v vesolju razkrojeno osebnost preobrazi v resnično stvarnost tega sveta, da svoj libido bolj ali manj odtegne iz vesolja. Na podlagi podobnih izkušenj bi z fizikalnimi ali geometrijskimi termini lahko rekli, da se nepogrešljiva osnova osebnosti, tj. narcizem oz. priznanje in potrditev človeka samega kot dejansko obstoječe in vredne entitete – z določeno mero, obliko in pomenom – lahko uresniči le takrat, če pozitivno zanimanje okolice, libido kot nek zunanji pritisk, zagotovi trajnost te osebnostne strukture. Brez takšnega nasprotnega pritiska oz. nasprotne ljubezni je posameznik nagnjen k temu, da izbruhne, da se v vesolju razkroji, morda celo umre.

18. junij 1932

Novo obdobje v vzajemnosti.

Sklicevanje na izkušnje z R. N. in S. I., predvsem na slednje. Z zdaj že ciljno usmerjenim odkrivanjem t. i. »transferja« in »kontratransferja« – ki v sleherni analizi predstavljata skrivališči najpomembnejših ovir zaključevanja – skorajda pridemo do prepričanja, da nobena analiza ne more uspeti, dokler ne nadvladamo napačnih domnevnih razlik med »analitično situacijo« in vsakodnevnim življenjem, prav tako pa tudi domišljavost ter su-

periornost, ki sta tudi pri analitikih še vedno nekaj običajnega in ki ju dajo čutiti svojim bolnikom. Na koncu pridemo do prepričanja, da imajo bolniki prav tudi glede tega, da nas – poleg tega, da jih privedemo nazaj do travmatskega dogodka – prosijo še dve zadevi: 1. dejansko prepričanje, po možnosti spomin na resničnost rekonstrukcije, 2. dejansko zanimanje kot predpogoj slednjega, dejansko željo, da jim pomagamo, bolje rečeno vse premagujočo ljubezen za slehernega izmed njih, saj le z ljubeznijo lahko vidimo življenje takšno, da ga je vredno doživeti, in ravno to predstavlja nasprotje travmatske situacije.

Šele s tem bo mogoče, 1. da se bodo bolniki – ki nam zdaj že zaupajo – lahko osvobodili težavnosti intelektualnega in čustvenega spoprijemanja s travmatsko situacijo, da bi se končal s tem zahtevan proces samorazcepa in da bi lahko bolnike privedli nazaj k enotnosti doživetja, ki je obstajala pred travmo. Očitno ne obstaja prepričanje brez tovrstnega občutka enotnosti, občutek enotnosti oz. prepričanje pa ne obstaja, dokler človek med zrenjem v sebe dvomi vase, tudi v primeru logično brezhibne samoumevnosti. (Nemogoče je predvideti, kako bi učinkovalo na znanje, če bi se ljudje osvobodili te tesnobe in bi si upali videti ter priznati svet v svoji morda povsem očitni samoumevnosti; to bi nas pripeljalo mnogo dlje, kot pa celo najdrznejša zadeva, ki jo dandanes omenjamo kot domišljijo. Z dejanskim spoprijemanjem s tesnobo oz. njenim premagovanjem bi morda lahko postali jasnovidci, človeštvo pa bi lahko pripomoglo k razrešitvi navidezno nerešljivih težav. Tu se morda v izjavah R. N. naknadno potrdi grandiozni blodnji dopadljiva samozavest.) 2. Nadalje nobena analiza ne more biti uspešna, če nam ne uspe do bolnika začutiti dejanske ljubezni. Vsak bolnik ima pravico do takšne obravnave in oskrbe kot nesrečen otrok, ki je bil deležen slabega ravnanja. Če analitik bolje obravnava bolnika, ki mu je simpatičen, kot pa tistega, ki mu je antipatičen, je to odraz v njegovi duševni organizaciji obstoječe šibkosti. Prav tako je napaka, če na bolnikova vedenjska nihanja odgovorimo z nekorigiranim nihanjem lastnega odziva. A nič manjša napaka ni niti to, če se preprosto umaknemo pred vsakršnim čustvenim odzivom – pa naj bo ta pozitivne ali negativne narave – in za bolnikovim hrbtom, brezbrizno do njegovega trpljenja ali le z intelektualnim zanimanjem, čakamo na konec seanse ter pustimo, da skoraj popolnoma sam opravi celotno delo zbiranja in interpretiranja. Drži, da je človek v vlogi zdravnika utrujen, razdražen, nekoliko vzvišen; občasno še bolnikove interese žrtvuje za lastno radovednost ali celo – na pol nezavedno – izkoristi priložnost, da prikrito izživi lastno agresivnost in okrutnost. Tem spodrslijajem se nihče v nobenem primeru ne more izogniti, a) potrebno je le, da se jih zavedamo, b) s sledenjem bolnikovim signalizacijam moramo te napake priznati tako sebi kot tudi bolniku.

Toda s temi priznanji – četudi jih še tako pogosto ponavljamo – ne bomo niti malo napredovali, če a) se ne odločimo za radikalno spoznanje preko vzajemne analize, b) in posledično uspešno ne spremenimo naše celotne drže do bolnika, predvsem pa končno ne opustimo pasivnosti, da bi lahko bili bolniku na razpolago na tako rekoč strastno aktiven način. V resnici je tukaj zahtevana dozdevno neverjetna kombinacija neobičajna:

prevzemajoče strastna ljubezen, ki se lahko primerja le z materinskim samopožrtvovanjem, z modro nadmočjo, samoobvladovanjem in samozavestjo, da tudi ne storimo preveč, ter modrostjo, da zdaj že upajočemu bolniku pripomoremo k vnovični uporabi njegovih integracijskih intelektualnih energij in s tem tudi do novih spoznanj.

Travma je proces razkroja, ki napreduje v smeri popolnega razkroja oz. smrti. Telo, hrapav del osebnosti, se še naprej upira rušilnemu procesu, nezavest in razcep duševnosti pa kažeta že na smrt izbrušenega dela osebnosti. Nevrotične in psihotične bolnike moramo v resnici imeti za nezavedno kronično umirajoče, četudi telesno deloma in tudi duševno še nekoliko zmorejo opravljati svoje funkcije. Analiza ima torej dve nalogi: 1. popolnoma odkriti to umiranje, 2. bolnikom dati čutiti, da je življenje vendarle vredno truda, če obstajajo ljudje, kakršen je uslužen zdravnik, ki je pripravljen žrtvovati celo del sebe (od tu izvira nagnjenost bolnikov, da se znajdejo v finančnih težavah in preizkusijo našo nesebičnost).

Toda za doseganje takšnega rezultata je potrebno še nekaj: analitikova samozavest. Brezkoristno je, če nekdo svoj neumen občutek vzvišenosti razdrobi na preveč vneto, morda mazohistično samokritiko. Če to stori, bo v vzajemni analizi ugotovil, da se je njegova travma končala z značajsko prizadetostjo funkcionalne oviranosti. (Npr. a) ljubezen do matere, b) razočaranje, rojstvo brata ali sestre, c) bes, d) strah pred posledicami, e) sovraštvo se sprevrže v ključovalnost in željo po nadlegovanju, mizoginija,¹⁷¹ sorazmerna impotenca, nepopolno znanje o pomoči bolniku). Če želimo analize zaključiti, bi lahko rekli – povedano z izrazoslovjem teorije libida –, da je potrebno doseči ponovno vzpostavitev dejanske polnovredne potence, ki se lahko mobilizira v odnosu do vseh. Antipatija je enaka impotenci.

19. junij 1932

Značilen vonj duševnih bolnikov

Bolnica Dm. ob znojenju širi resnično nenavaden in zaznaven vonj, ki nastopi predvsem ob napadu. Odkrije podobnost med sabo in duševno bolnico Mrs. Smith (imel sem priložnosti videti shizofreno bolnico Mrs. Smith v času njene najmočnejše tesnobe, širila je prodoren vonj, nekaj takšnega kot mišji seč). Nasprotno pa Dm. čuti, da sama oddaja seksualne vonjave. Trpi pa tudi zaradi nenavadnega *ani*-ja.¹⁷² Obe stanji – kakor tudi sunkovite kronične kontrakcije – se pojavita takrat, ko potlači svojo nagnjenost k že skoraj maničnemu besnenju, ki se manifestira v govoru, glasu in gibih rok. Potlačen bes v njej sproži kemično spremembo (zastрупitev – glej »strup« za »bes«), privlačen material se spremeni v odurnega. Analiza pokaže, da bolnica čaka na junaka, ki se ne bo zgrozil niti

¹⁷¹ Sovraštvo, odpor ali nenaklonjenosti do žensk.

¹⁷² Sovraštvo, odpor ali nenaklonjenost do žensk.

nad temi vonjavami. Ta junak mora biti analitik: 1. opustiti mora svojo dvolično brezčutnost, priznati mora svojo antipatijo in gnus; 2. tako dolgo mora analizirati sebe oz. se pustiti analizirati, dokler mu noben material in nobeno vedenje ne bo več gnusno, na kar 3. bolnik opusti svojo provokativno dejavnost.

V primeru Dm. se je poznanstvo z analitikom začelo tako, da se je bolnica med plesom obnašala precej nespodobno. Po tem, ko so jo kot bolnico predhodno zavrnil, se je odpravila naravnost v stanovanje nekega moškega in z njim izgubila nedolžnost. To je seveda v analitiku vzbudilo odzive gnusa, kar je moral premagati z dolgotrajnim delom.

Model tega celotnega procesa je bil infantilni bes, ki sta ga izzvala 1. prepoved seksualnih manifestacij, 2. dognanje seksualne dejavnosti staršev (rojstvo otroka). Nadaljnji vzrok za besnenje je jeza, ker je oče šibak in se pokori oblasti matere (nekaj od tega, kar je navidezno zavidanje penisa, a je lahko demonstrativna manifestacija dejstva, da je ženska ostala ob šibkem moškem).

20. junij 1932

Drugi motiv želje po penisu pri ženskah

Glavni motiv pri Dm.: želja, da bi jo mati imela rada. »Mama je vedno našla nekaj spornega na mojem telesu« (že v najzgodnejšem otroštvu je kritizirala njeno visoko težo, vonj (?), strastnost, ko so jo vzeli v naročje, celo: njeno ljubezen do očeta, ki je že zelo zgodaj bila strastna). Željo, da bi postala fant, je določalo to, da bi premagala materine nasprotne občutke v odnosu do njenih ženskih nagnjenosti. Zakamuflira se v moškega, ker kot ženska svoji materi ni všeč (njena mati, ker je verjetno ljubosumna nanjo, jo sovraži). Ta želja se v času pubertete okrepi, saj ženskosti takrat več ni možno zanikati (menstruacija). Čuti, da je njena mati s tem nezadovoljna (zavist, ljubosumje). Išče moški poklic. Čuti, da mati ne bo dopustila, da bi se omožila, in se svoji materi pokori; ali pa ji mati najde povsem neprimerne moške. Če se sama v nekoga zaljubi (oče, B. Mac.), se to vselej konča tragično. Kljub strasti in razpoloženjem nekega drugega moškega hoče (sanjska fantazija), da jo ljubi analitik.

Toda prav tako hoče le takšnega moškega, ki uvidi, da ima ženska poleg genitalne zadovoljitve tudi še druge želje, ki jih lahko zadovolji le mati. Želja po trikotniku brez zavisti in ljubosumja.

21. junij 1932

Med spanjem nastale trajne travmatske motnje dihanja

Dva primera bolnikov, ki že od zgodnjega otroštva trpita zaradi motenj spanja:

I. Prebuditve iz globokega spanca z vrtoglavico in glavobolom, v polsnu opazi, da že deset sekund ali še dlje sploh ne diha in tudi ne čuti potrebe, da bi vdihnil. Nenadoma začuti

tesnobo, kar ga spodbudi, da začne dihati, toda takoj, ko ponovno nastopi zaspanost, dihanje izostane. Če se izčrpanost stopnjuje, ponovno uspe zaspati za dalj časa, toda ko se iz tega spanca prebudi, se počuti kot po hudem, nevarnem in dolgotrajnem dušenju: v glavi čuti vročino, vse odeje vrže s sebe, močan napad kašlja, večurno izkašljevanje viskoznega, kristalno čistega izmečka, ki s svojo razvejanostjo reproducira bronhije. Bronhiji so bili nedvomno zamašeni, zaradi česar celotni segmenti pljuč niso delovali. Pospešena frekvenca srca, neenakomeren pulz. Skoraj pol dneva je bilo potrebno, da je izpraznil ves izloček, da se je nekoliko izboljšalo delovanje pljuč in srca, ter da so bile odpravljene spremljajoče mentalne in druge funkcionalne motnje. Budni opazovalci potrjujejo, da bolnik skoraj ves čas škrtja z zobmi, v nekoliko globljem spancu glasno smrči, vse dokler se ta Cheyne-Stokesova dihalna motnja ne prekine z naglo prebuditvijo v strahu. Občasno se dihalna motnja stopnjuje do krčevitih tresljajev, tako da se neizogibno pomisli na podobnost z epileptičnim napadom.

Toda taista skupina simptomov se reproducira na skoraj vsaki analitični seansi, ko je dosežena dovolj globoka relaksacija. Zdi se, da je bolnik v resnici neprenehoma, še podnevi, nagnjen k temu, da se pogrezne v dušeco agonijo, tako da je njegovo dihanje pravzaprav že zavesten protiukrep in ne deluje tako avtomatično, kakor pri normalnih ljudeh. Določen del njegove zavestne pozornosti zaposluje naloga, da dihalni aktivnosti ne dopusti predolgega premora. Takoj ko se zaradi utrujenosti ali zaspanosti pozornost zmanjša ali celo povsem izostane, ponovno nastopi dihalna motnja.

V analitični relaksaciji, ki jo zagovarjam, je tovrstna dihalna motnja nastala tudi v napol budnem stanju. Ko sem nato bolnika nemudoma po nagli prebuditvi prisilil, da podeli z mano sleherni fragment sanjske fantazije, na katere sicer ob drugih priložnostih ni pozoren, in ko sem od njega deloma zahteval prosto asociiranje na omenjene fragmente, deloma pa mu pomagal s postavljanjem ustreznih vprašanj, sva dospela do rekonstrukcije otroške travme homoseksualne narave. Napad starejšega fanta – na zavestni ravni povsem pozabljen, v ponovitvi pa več kot očiten – je povzročil sledeče: 1. evidentna nagnjenost, da se podredi moškemu z močno voljo. Kompenzacija: ključevalno upiranje slehernemu vplivu in prisilna moralna ter intelektualna neodvisnost. Glas mu je ostal nekoliko ženstven, odnos do ženskega spola moten, v odnosu do žensk [...] ¹⁷³

22. junij 1932¹⁷⁴

2. Čuti sorazmerno impotenco, z občasnimi (heteroseksualnimi) preboji; v masturbacijskih fantazijah velikanska strast; *Ejaculatio usque ad tegmen camerae*.¹⁷⁵ 3. Opisane motnje

¹⁷³ Stavek se nadaljuje v naslednjem dnevniškem zapisu.

¹⁷⁴ Pričujoč dnevniški zapis je bil napisan ročno in ni podoben preostalemu delu *Dnevnika*, ki je bil napisan s pisalnim strojem. Ta zapis je tudi označen z novim datumom.

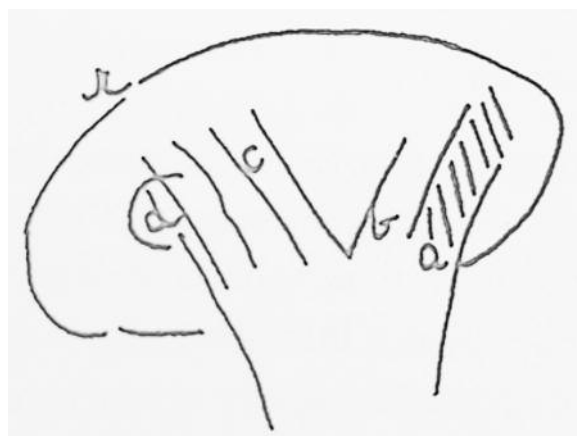
¹⁷⁵ Ejakulacija vse do stropa.

dihanja: občasno utripajoča bolečina v hrbtu, v preteklosti s tesnobnimi (in besnimi) sanjami, zdaj pa že več let brez sanj.

II. primer. Močna odvisnost od matere, z (ekscentričnim) očetom nikakršnega odnosa. »Difficult child, problem child.«¹⁷⁶ Že od otroštva pred spanjem z glavo udarja ob žimnico (od 2 do 3000 krat!). Relaksacija – motnja dihanja, prav tako, kot v I. primeru. Pred tem najmočnejše bolečine v trebuhu, v zadnjici in njeni okolici. Vpadel obraz, čuti, kot da bi jo sploščili; Cheyne-Stokes, bled obraz, subjektivni občutek vročine v glavi. Bolečina se stopnjuje, tako da – ker je tako neverjetno huda – sproži napad smeha. To je preveč neumno (posledično neresnično!); Sanje o tem, da si je primorana pomagati v izredno neugodnih situacijah. Čuti, da bo poblaznela. (Resničnost bolečine se lahko izniči, če se osredotočimo na določeno predstavo ali sliko. Lame ne čutijo bolečine, če se osredotočijo na določeno besedno predstavo.)

Takšne, navidezno dobro prilagodljive osebe, so nezavedni duševni bolniki (bežijo od resničnosti). Osvoboditev od zavestne muke reši življenje. V času relaksacije (ali med spanjem) dobijo občutek, da morajo umreti, če tesnobna prebuditel ne odstrani bolečine ali če jih občutek materinske ljubezni – bolečinam navkljub – ne ohrani pri življenju. Ljubezen predelajo kot antidot.¹⁷⁷ Ampak: izostreno zaznavanje sledečega: ali gre le za simulirano, ali pa dejansko dobroto. Pomaga le slednja (kar je verjetno možno prepoznati po vedenju, gestikulacijah in simptomih strastne nežnosti). Če tega ne čuti, potem mora sama sebi pomagati oz. ostati razcepljeno-poblaznela, obenem pa zanikati resničnost.

III. primer. Ni motnje dihanja, kakor v prejšnjih primerih, toda – v dobri relaksaciji – besni zaradi nemočne premaganosti – »neopisljiva«, »nemogoča« krutost, poleg tega še (blaznost!) grajanje in podcenjevanje! Posledica: hoče umreti, preden jo umorijo. Občutek: glavo so ji z žago na neviden način razčetrili. Desna polovica je »imaginacija« trpljenja in determinacija odločitve, da umre.¹⁷⁸



r = cd – izvršitev
c joče zaradi d (dejansko umorjen otrok)

¹⁷⁶ Težaven otrok, problematičen otrok.

¹⁷⁷ Protistrup.

¹⁷⁸ Tukaj Ferenczi doda sliko, ki pa je Balint ni želel objaviti.

Kljub temu je celota razdeljena na štiri dele. Realizira se lahko edinole po fragmentih, razen če se pojavi pravi (idealen) ljubimec, ki vse to popravi. (Moško in žensko:¹⁷⁹ ne želi se pozdraviti – preden se ne prepriča, da se splača.) Do tega prepričanja lahko pride le takrat, če jo ima analitik, ki vse vidi, kljub vsemu ali pa ravno zaradi tega rad.

Tukaj je sledeče praktično vprašanje: ali se mora analitik osebno in povsem prepustiti vsakemu bolniku (kot oseba in tudi kot seksualno bitje)? Težko predstavljivo! Rešitev (R. N.): če bolnik v analitiku čuti potencialno sposobnost ljubezni, pravo podoživetje ni nujno potrebno. Morda se v tej razdeljenosti na štiri dele skriva še nek podrobnejši opis procesa histerične potlačitve.

Začetni proces stapljanja, tekom katerega nakopičenost stopitvenih procesov nekako zavre kakršnokoli nadaljnje (smrtonosno) stapljanje – celo (zlasti z odpravo zavestne kakovosti bolečine in neugodja) v napol stopljenem stanju omogoči prilagoditev. Ločitev na telo in dušo zagotavlja preživetje. Toda vzdrževanje ločenosti...¹⁸⁰

23. junij 1932

Anestezija travme

Dilema, ali nevrozo zdraviti tako, da izzovemo podoživetje – tokrat ne »potlačene« – patogene travme, na prvi pogled naleti na sledeče dozdevno nepremagljive ovire: s pomočjo naše spodbude nam sicer uspe bolnika pripraviti, da se vživi v en ali več na določen čas in prostor lokaliziranih neugodnih dogodkov, tako da izrazi vse znake mentalnega ter telesnega trpljenja, v dialogu med napadom nam ga celo uspe primorati, da pred sabo in nami prizna resničnost teh dogodkov, toda pričakovani trajni učinek vendarle izostane, cela serija analitičnih seans mine, ne da bi prišlo do vidnega napredka glede zdravljenja simptomov ali glede trajne prepričanosti. Ali pa se zgodi to, da naslednji dan navidezno dokončna prepričanost (še pogostejše pa ponoči in med sanjanjem) izpari, ali pa to, da se neugodje, ki spremlja travmatsko-analitično doživetje, stopnjuje do tako nevzdržne mere, da bolnik preneha biti objektivni opazovalec, ki dogodke vzame na znanje; prevzame ga občutek bolečine, ki zatre sleherno misel in željo ter mu onemogoči dostop do zdravega razuma, ostane le tisto grozno jamranje, da ga naj osvobodijo te bolečine.

Če popustimo temu klicu na pomoč – pomirjujoče besede in sugestivne izjave so v tem primeru odločilnega pomena – muke izginejo, toda skupaj z njimi tudi možnost, da bi ugotovili, kaj jih je povzročilo. Če pa tem klicem na pomoč ne popustimo in dopustimo,

¹⁷⁹ Sándor Ferenczi, »Männlich und weiblich (Psychoanalytische Betrachtungen über die 'Genitaltheorie', sowie über sekundäre und tertiäre Geschlechtsunterschiede)« [Moško in žensko (Psihoanalitična razmišljanja o 'genitalni teoriji' in tudi o sekundarnih ter terciarnih razlikah med spoloma)], *op. cit.*

¹⁸⁰ Nadaljevanje manjka.

da bolečina travmatske situacije obstane, potem na koncu pride do izrazite mentalne zmedenosti, neredko v spremstvu neustavljivega smeha ali resne in strah vzbujajoče ohromitve, ko bolnik deluje mrtev, kar se ne razprostire le na intelektualno dejavnost in mišičje, temveč tudi na dihanje ter srce. Bolniki, ki so na tak način podvrženi mučenju, začnejo dvomiti v analizo, obtožijo nas z nevednostjo, krutostjo, impotenco in predrznostjo na njihov račun, poskušajo se nas osvoboditi (v primeru dr. S. uspešno), podvomijo v nas same in tudi nam vzbudijo dvom glede tega, kar počnemo. Tukaj ne pomagajo običajni brezčutni izgovori, da je vse posledica tega, da bolnik izraža odpor do poglobitve. Bolniki odločno čutijo, da so prispeli do roba lastnih zmogljivosti, zdaj pa mora že nekdo drug – seveda jaz, analitik – »nekaj narediti«, toda kaj!!!?

Odgovor na to vprašanje mi je dal primer, ki je name naredil še posebej globok vtis. Kot protistrup bolečini ne moremo nuditi le interpretacije, temveč tudi nežnost in ljubezen (ne simulirano, temveč izključno dejansko sočutje). Kakor sem že drugod pojasnil, tovrstno analitično doživetje pogosto rezultira v resnično presenetljivo hitrem izboljšanju (glej primer S. I.). V številnih drugih primerih pa se ne obnese. V mislih imam tri primere, ki jih trenutno opazujem: 1. primer R. N.; res je sicer, da v tem primeru uspem simpatijo ustvariti vedno le za prehodni čas, vendar intenzivno in s premagovanjem samega sebe. Potrebna je bila globoka samoanaliza, da sem v sebi odkril in nevtraliziral motive antipatije, in da sem svoj značaj, bolje rečeno analitični potencial, razvil do te mere, da lahko nudim pomoč tudi antipatičnim osebam. S pomočjo teh ukrepov sem se znašel v položaju, da se spopadem z demonom, ki obvladuje bolnikovo dušo in tudi telo, da med tem – na način, ki zahteva mnogo inteligence in pameti – s sočutjem dosežem odvod bolnikove bolečine, s trajno uporabo tovrstne duševne *drainage*¹⁸¹ pa pri bolniku dosežem tolikšno olajšanje njegove eksplozivne napetosti, da ga lahko spodbudim k uvidu ter prepričanosti. Vendarle pa sta se uspeh in napredek izkazala za sicer precej očitna, vendar strašansko počasna.

V drugih dveh primerih se travmatska analiza sploh ni mogla začeti. Bolnika nikoli nista bila relaksirana v tolikšni meri, da bi lahko prišlo do prostih asociacij, še manj pa do nastanka delne ali popolne intelektualne in čustvene nezvesti. Oba sta se s krčevitim naprezanjem branila tudi pred najmanjšimi mukami in zase načrtovala oz. si izoblikovala takšno življenje ter duševno konstitucijo, ki ju drži na stotine kilometrov v stran od dejanskih pretresov njunih življenj. V primeru R. sem se spomnil tudi tega, da – glede na to, da so se travme verjetno odvile v umetno povzročeni nezvesti in (telesni in duševni) ohromelosti – bi bilo smotrno bolnika narkotizirati z etrom in kloroformom, s čimer bi travmatsko bolečino anestezirali do tolikšne mere, da bi spremljajoče okoliščine travme lahko postale dostopne. Od tovrstne obravnave človek pričakuje, da se obelodanijo takšni materialni fragmentarni dokazi, ki jih bolnik ne more zanikati oz. ne more minimalizirati

¹⁸¹ Drenaža oz. odvajanje.

njihovega pomena niti po tem, ko se prebudi. Človek bi lahko tudi pomislil, da narkozo kombinira s hipnotično sugestijo; sugestija bi se morala omejiti na to, da subjektivno in objektivno poglobi odpore do osveščanja duševno ter telesno travmatskih dogodkov, in da jih utrdi tudi za čas prebuditve (postnarkotično in posthipnotično). Oba bolnika (2. in 3.) sta se že za svoje potrebe poslužila metode narkoze.

3. primera, O. S., je telesne bolečine celo tako zelo strah, da si je iz Pariza za dvesto dolarjev naročila svojo anestetično opremo, ki jo vztrajno koristi tudi pri najmanjšem zobozdravstvenem posegu. 4. primer, N. H. D., se spomni, da je svojega edinega otroka rodila brez vsakršne bolečine, omamljena od morfina in etra (visoke klešče!). Neprenehoma ima občutek, da je s tem nekaj izgubila, kar mora ponovno najti. Zgodilo se je, da si je tekom analize morala dati operirati majhen tumor. Po prebuditvi iz narkoze je svojemu analitiku rekla: »V času narkoze sem sanjala, da je vse, kar iščeva, postalo povsem očitno.« Po prebuditvi seveda nič od tega ni bilo zavestno. Tukaj bi morda bila koristna analitikova pomoč med narkozo. Za to je potrebno upoštevati s tem povezana preliminarne dela Simmla¹⁸² in Franka.¹⁸³

26. junij 1932 [I.]

Trajen učinek (tudi z velike razdalje) grozljivih prekletstev

1. S. I. je bila, podobno kot demonomanka, več let pod vplivom hudobnih prikazni, ki so jo poskušale požreti in preplašiti, grozile so, da jo bodo ubile, svoje sovraštvo in morilske namene so preko svojih gibov in obraznih izrazov usmerile proti njeni osebi. Tukaj se navezuje na izbruh izpred približno tričetrlet, ko je prenehala s svojo transferno prijaznostjo in nenadoma začela obtoževati: moral sem vedeti, da ji R. N. – bolnica, ki jo pozna – iz daljave grozi in jo preganja, jaz pa sem to dopuščal. Moje iskreno zanikanje jo je takrat pomirilo. Toda v vmesnem času mi je postalo jasno, da je bolnica imela prav glede tega, da sem se jaz v analizi R. N. občasno poistovetil s slednjim, celo spodbujal sem jo, da svoji agresiji pusti prosto pot. Vedel sem tudi, da je ta bolnica večkrat povedala S. I., da jo sovraži.

V včerajšnji analizi se R. N. spomni okrutnosti, ki so bile storjene zoper nje, predvsem tistih strupenih injekcij v zatilje, ki so povzročile vnetje mastoidnega področja. To vnetje, za katerega zdravnik ni imel nikakršnega pojasnila, se je pred približno dvema letoma ponovilo. Moram priznati – a tudi bolnica je to od mene kriče zahtevala –, da sem se nagibal k temu, da bi ublažil njene grozne bolečine, kar sem tudi uspešno storil s pomočjo

¹⁸² Ludwig Frank (1863-1935) je bil švicarski nevrolog, čigar ime je večkrat omenjeno v korespondenci Freuda in Junga, čeprav v ne preveč la-skavem tonu. Frank je bil zagovornik švicarskega psihiatra Forela, ki je bil odločen nasprotnik psihoanalize, sam Frank pa se je izkazal za omahljivega, psevdopodpornika, ambivalentnega in slabo informiranega, ne pa za odkrito sovražnega. Napisal je knjigo: Ludwig Frank, *Die Psychoanalyse, ihre Bedeutung für die Auffassung und Behandlung psychoneurotischer Zustände* [Psihoanaliza, njen pomen za dojetje in zdravljenje psihonevrotičnih motenj], Verlag von Ernst Reinhardt, München 1910. To delo je Freud ostro kritiziral v svojem pismu, ki ga je 22. aprila 1910 poslal Jungu. Frank na koncu ni postal član Švicarskega psihoanalitičnega društva, ki je bilo ustanovljeno leta 1910.

¹⁸³ V zvezi z Ernst Simmlom glej drugo opombo v dnevniškem zapisu z dne 14. junij 1932 [I.].

tolažbe in pomirjujočih sugestij. Prihodnjo noč je S. I., ki o teh dogodkih ničesar ni mogla vedeti (ali pa jih je lahko le megleno slutila), sanjala sledeče: nad enim ušesom ima dva izrastka, ta izrastka sta gobi, ena večja in druga manjša goba. Po tem, ko ju je podrobno pregledala, je menila, da ti dve gobi ne spadata k njenemu telesu, torej ju previdno odstrani s svojega telesa.

To je sanjala v času, ko je S. I. končno uspelo prej grozljive demone videti objektivno in celo spoznati, da je izvor njene grozljive prestrašenosti v inkorporaciji sovraštva, ki je njej dejansko tuje (»prestrašenost ni nič drugega, kot »Jazu« vsiljeno eksogeno sovraštvo«). S tem spoznanjem se osamosvoji od strah vzbujajočega učinka opisanih groženj, kakor da bi jih oddelila od svoje osebnosti. Oblika gobe vodi do seksualnih asociacij; R. N. ji običajno na vse poda seksualno-simbolično razlago. Torej se osamosvoji od tega in tudi od slepe ubogljivosti (tudi v odnosu do mene).

Dokler je S. I. živila v strahu, je bila njena tesnoba pozornost osredotočena na zunanji svet, predvsem na želje in razpoloženja zanj pomembnih oseb, ki so bile zaradi tega še posebej strah vzbujajoče. Zdi se, da je prekomerno izostrenost čutil, kot sem to izkusil tudi pri drugih medijih, bilo možno povezati s tesnobnim opazovanjem vzgibov želja krutih oseb. Verjetno je torej, da so vsi mediji pravzaprav prekomerno tesnobni ljudje, ki zaznavajo celo najmanjše vibracije, morda tudi tiste, ki spremljajo misli in čustvene procese (tudi iz daljave). Tukaj se navezuje na telegrafске, električno radiotelegrafске in telefonske halucinacije duševnih bolnikov. Halucinacije kot takšne morda sploh ne obstajajo, kvečjemu gre za iluzorično predelavo obstoječih procesov. Istočasnost sanj z resnično vsebino pri več bolnikih bi se lahko pojasnilo kot 1. odziv poslušnosti (v resnici morda upor proti čustvenim odzivom do drugih bolnikov, torej poistovetenje z mano, iz strahu); 2. s tem, da je moja osebnost morda zgolj relejna postaja, preko katere ti dve bolnici vzpostavita neposreden stik. Šok se je v teh sanjah ponovno poskusil uveljaviti, toda v analizi dosežena večja neodvisnost zavrne sprejem eksogene vsebine ali čustva v »Jaz«. Tako rekoč smrtno resno zavrača hrano s približno takšnimi pripombami: »Prosim, pojejte ga Vi!«, »Obravnavajte ga sami!«, »Ne bom pustila, da mene mučijo namesto Vas!«. Da bi bila ta razlaga še bolj verjetna, je potrebno dodati, da je bila najgнусnejša okrutnost, ki ji je bila bolnica izpostavljena, v resnici sledeča: prisiljena je bila pogoltniti odrezane genitalije odvratnega temnopoltega moškega, ki je bil pravkar umorjen.

26. junij [II.]

O prisili lajšanja bolečine drugih oz. nudenja pomoči in podpore v zvezi z nadarjenostjo drugih

O. S. je k meni prišla kot nekoliko bolna gospodična, oblečena v skladu z zadnjo modo z namenom, da bi bila privlačna. V Budimpešto je pripeljala tudi svojo prijateljico. Želela je

živeti neodvisno in nemoteno od svojega ljubosumnega moža, skupaj s svojo prijateljico, ki ji je želela pomagati pri razvoju njene pisateljske nadarjenosti. Toda k meni v analizo ni prišla sama, temveč v spremstvu svoje prijateljice, treh opic, dveh psov in več mačk. O prijateljici, ki se je pozneje vključila v analizo, se je izvedelo, da ničesar ne sovraži bolj, kot če jo želi nekdo osrečiti proti njeni volji ali brez njenega soglasja. Takrat postane kljubovalna in dela nezmožna, pogosto pa se tudi razjezi. Temu sledijo najrazličnejši konflikti in postopna vzajemna ohladitev odnosa. O. S. je zdaj poleg živali in prijateljice posvojila tudi eno nadarjeno dekle – ki ji je dejansko grozila nevarnost, da bi postala izprijena –, da bi iz nje skovala veliko umetnico. Danes je to dekle verjetno ena najobetavnejših plesalk na svetu.

O. S. se je v zadnjih štirih mesecih zredila za sedemnajst kilogramov in prisilno veliko pojé. Ne zmore se držati svojih diet (kot otrok je bila prevelika in predebela, slabo se je oblačila, čeprav sta njena mati in stric bila večkratna milijonarja). Čutila je v sebi nadarjenost, a se njene sposobnosti zaradi togih nemških vzgojnih metod niso imele možnosti razviti. Zaradi nenavadnega in smešnega videza nihče ni prijateljeval z njo. Tudi v času, ko je bila še mlada deklica, je bil zanj največji dogodek ta, da se je lahko v hiši svojega očima srečala s Pavlovo, najbolj znano plesalko takratnega časa, a je bila toliko ganjena, da ni zmogla spregovoriti niti besede, le občudovala jo je lahko.

O. S. se očitno poistoveti z zapostavljenimi, pomoči potrebnimi nadarjenostmi. Toda skrivoma je upala, da bo enkrat tudi sama lepa, telesno in duševno bleščeča ter privlačna. Zdaj se zdi, da je analiza močno okrnila njeno sposobnost, da bi se preko drugih izživela (uvidela je predvsem, da je njena psihiatrično-psihološka sposobnost v primeru prijateljice odpovedala. Ni ji uspelo razviti prijateljčine nadarjenosti in v zameno za to prejeti zahvalo. Toda brez zahvale se zdi, da poistovetenje popušča, občutek, da bo iz te kupčije prišla praznih rok, pa se krepi). Nato pa se tekom včerajšnjega dne zgodi naslednje: njen posvojenec zapleše pred njo; lepši je kot kadarkoli, obenem pa tudi vitek in uren. Namesto da bi jo to – kakor običajno – osrečilo, je kar naenkrat podoživela lastno nespretnost in neotesanost, sama sebi se je zdela kot slon. Ko sem jo spodbudil, naj se prepusti temu čustvu, poleg tega pa nikakor nisem zamudil izraziti svoje simpatije v odnosu do nje, je izbruhnila v srce parajoči jok. Na nenavaden način še vedno ni začutila, kaj pomeni strahotna obupanost, ki jo čuti zaradi sebe: to, da tako ne more živeti – toda vsem manifestacijam navkljub je trdila, da ne čuti ničesar, kvečjemu notranjo praznino. Zatem sem jo opozoril: če čuti notranjo praznino, je to opravičilo, da je lahko žalostna.

To opažanje vodi neposredno do razumevanja prisile nudenja pomoči drugim, kot smo že v primeru moške homoseksualnosti spoznali, da gre za rezultat poistovetenja. Igra vloge matere, ki svojemu otroku zagotovi najboljše razvojne možnosti, in skupaj s svojimi posvojenimi otroki uživa v njihovi sreči. Obstajajo ljudje, predvsem ženske, ki ne znajo prezreti, da žival – ali celo zaljubljen moški – trpi. Tudi že sama misel, da mora moški v

stanju seksualne vzburjenosti prenašati napetost svojega otrdelega penisa je toliko neznosna, da je primorana predati se moškemu, da bi ublažila to njegovo bolečino, ne more se pomiriti, dokler ne nastopi ejakulacija in relaksacija. Na nek čuden način je neznosnost trpljenja drugega človeka močnejša kot pa občutljivost na bolečino, ki jo je primorana sama prestati, ko se preda moškemu, ki je v stanju poželenja. Kakor da bi bila želja največja možna bolečina, večja od telesnega trpljenja. Domnevno gre za čuden preobrat resničnosti s pomočjo tvorbe fantazij, ko poželenje preseže stopnjo znosnega. Namesto da bi še naprej trpela in izvajala neredko utrujajoče poskuse, da si objekte poželenja – morda z napornim ter potrpežljivim delom – pridobi tudi v resničnosti, nenadoma izgubi potrpljenje in namesto tega nastopi fantazijsko poistovetenje z nekim že gotovim, uspešnim lepotnim ter življenjskim idealom.

Z zanemarjanjem resničnosti, ki ji ne posvečajo več nobene pozornosti, in globoko zatopljeni v užitke, ki jih ponuja stranpot poistovetenja, komajda še opazijo, da čas teče, da se starajo, da si še vedno niso ustvarili doma, da njihova privlačnost bleedi.

Analiza je seveda imela svoj delež pri tem, da je bolnica vse to uvidela. Začenja slutiti, da medtem ko živi v fantazijskem svetu, njen resnični svet in izgledi postajajo vse bolj popačeni.

Eno najpomembnejših orodij za zatopljenost v fantazijski svet je bila izguba občutka za čas. Bolnica je skozi več mesecev zbiral neodprta pisma v veri, da ima čas. Kakor da bi kar naenkrat imela neskončno dosti časa, kakor da se življenje ne rabi zaključiti s starostjo in smrtjo. Vsaj njeno življenje ne. V analizi torej moramo prispeti do točke, da bolnik sam trpi zaradi svojih želja, ne pa da s pomočjo fantazijskih poistovetenj doseže, da nima želja.

Tukaj lahko razmislimo o zagonetki, ali v naravi obstaja zgolj eno samo temeljno načelo, tj. da si elementi resničnosti prizadevajo za ohranitev in uveljavitev, ali pa obstaja še neko drugo temeljno načelo, sprijaznjenje oz. princip prilagoditve ter podreditve. Zdi se, da slednje poseže vmes zgolj v primeru, če pritisk, ki se uveljavitvi postavlja nasproti ali pa ga obtežuje, postane tako neznosno močan, da je potrebno opustiti celo upanje, da bi se želje uresničile. Zaradi tega pritiska je »Jaz« povsem uničen, posamezne elemente nikakršen uvid več ne drži skupaj; vmes lahko poseže drugo temeljno načelo in iz substance, ki je postala brezoblična, lahko oblikuje novo vrsto materiala. Analogija s tlakom plina, ki se upira stopnjevanju kompresiji, toda: ko pritisk preseže določeno stopnjo, pride do opustitve in utekočinjenja odpora (prilagoditev), poleg tega pa situacija postane neznosna in obenem tudi brezupna.

24. junij 1932¹⁸⁴

Preslišanje.¹⁸⁵ **Nenavadna oblika zmotnega odziva.**

Nastopajoči:	Dm.	Mrs. Sp.	Mrs Sch.
	A	B	C

A, B, C se skupaj sončijo.

Pripoved o preteklih dogodkih s strani AB + BC:

Dlje časa se vse tri skupaj pogovarjajo; na koncu Dm. odide. V prepričanju, da je A že odšla, jo B + C, predvsem C, začneta odkrito, celo precej glasno poniževati. »Common.« Her language low – scum of populace. No originality, boring, common, common, common. – Suddenly appears Dm., who after taking leave,¹⁸⁶ se je nahajala v sosednji kabini za prhanje in si česala lase. »Now I caught you«,¹⁸⁷ je rekla in odšla z jeznim obrazom. (Tudi to je bilo »common«,¹⁸⁸ je dejala C. . [C]. Ona, C., bi to storila drugače, bolj uglajeno.) B + C sta bili zaradi tega incidenta vsekakor zelo razburjeni.

Pripoved A (v sleherni analizi)

»I had an epileptic fit«¹⁸⁹ Včeraj kopališče Gellért – nato Pešta – nato doma v postelji. Več ur trajajoči jerks.¹⁹⁰ O incidentu niti besede! Slutil sem, da je namerno preslišala, zato sem ji povedal pripoved B + C. Ničesar ne ve o tem, ni poslušala.

Teorija:

1. Vse je slišala.
2. S pomočjo svoje sposobnosti, da požre še najbolj krivične obtožbe, sploh ne vzame na znanje slišane, požre. Ne sliši nemogočnosti, laži, krivičnosti – da ne bi slučajno eksplodirala (morila).
3. Vsaka tovrstna zgodnejša outrages¹⁹¹ se vrne in a) povzroči nezaveden bes (»epileptic fit«) ter b) sproži nastanek sanj, ki se nanašajo na preslišan govor in asociacije, povezane z njim (mati, jaz). V zvezi z navidezno nesmiselnimi čustvi, izbruhi in gibi, se ugotovi, da so nezavedni odzivi besa ter revenge.¹⁹² c) Povezava med zmotnim dejanjem in sanjami. Sanje sledeče noči vsebujejo namig na sam incident in tudi na zgodovino njegovega nastanka.

¹⁸⁴ Napačen vrstni red datumov dnevniških zapisov sledi izvirnemu rokopisu.

¹⁸⁵ V izvirniku: »Vom Überhören.«

¹⁸⁶ »Prostaška.« njeno izrazoslovje je neolikano – izmeček ljudstva. Nobena izvirnost, dolgočasna, prostaška, prostaška, prostaška. – Nenadoma se pojavi Dm., ki je malo pred tem odšla.

¹⁸⁷ Zdaj sem vaju pa zalotila.

¹⁸⁸ Prostaško.

¹⁸⁹ Imela sem epileptični napad.

¹⁹⁰ Sunki.

¹⁹¹ Žalitev.

¹⁹² Maščevanje.

Proces potlačitve

1. Zagon odziva.

2. Sprememba smeri *in statu nascendi*¹⁹³ (morda domišljjsko poistovetenje z agresorjem), ali: »odvesti ga do nemogočnosti«, v upanju: da bo na koncu uvidel (?). V danem primeru: odcep čustva. Odziv samozavedanja¹⁹⁴ v telesu. Preskok v telesno. Prvotno so vsi odzivi telesni in duševni. Od zdaj naprej: sposobnost izključno telesnega odziva.

Včeraj je bila seveda slabe volje. (Bolnikova »sluzavost.« Moja nesnažnost je nevzdržna! Nato je prebrala dve chapters¹⁹⁵ iz Chadwickove knjige;¹⁹⁶ včeraj je mislila, da je v knjigi prebrala nekaj o tesnobi, ki spremlja menstruacijo, in o občutku nesnažnosti (leakage).¹⁹⁷ »O tem sem želel v pohvalnem tonu pisati v eni izmed book review-u.«¹⁹⁸ Tekom drugega branja pa se je izvedelo (resnica!), da Chadwickova sploh ničesar ni pisala o tem. Lastno misel je želela (nezavedno) podariti Chadwickovi. (Za tem: jaz, dr. F., ukradem bolničine ideje, nato pa se počutim nadrejeno.) Torej neko drugo, predhodno in namenoma izvedeno zmotno dejanje: vnos lastnih [idej] v besedilo, ki ga bere, kakor danes: presliši, spusti mimo ušes, laže, kot npr. a) zanikanje lastne sposobnosti, b) preslišanje krivičnosti s strani drugih. Vse to ji povem, na koncu dela ji citiram celo nekaj svojega (ni važno kaj) – quotation¹⁹⁹ of Rousseau, Lamartine, Platon! Lepe in dobre aforizme moje teorije. Kakšna skušnjava za učitelja!

C. pripoveduje, kaj je sanjala taisto noč: nekdo (njena mati?) pravi: »Moški je moral biti poblaznel, da je kaj takega storil.« Interpretacija: travma a) s strani moškega je dejanska: materini dvomi privedejo do tega, da otrok zavestno zanika samega sebe. Preko tega se nauči sugestibilnosti v odnosu do mene, lastne presoje in prijateljev. Dopolnilo k sanjam: mrtve osebe, med njimi tudi (mati) in jaz (dr. F.).

28. junij 1932 [I.]

Ženskost kot pojav načela lajšanja muke v primeru impotence.

S. I. doslej frigidna, toda z ekscesivnim pijančevanjem in izpadi do moža; po velikem preobratu postane skorajda do vseh dobrotljiva, pozorna in uslužna. Slučajno zagleda možev klavirno viseč spolni organ. Namesto dosedanjega gnusa zdaj čuti globoko usmiljenje. Analiza: rada bi potolažila svojega moža in mu dopustila, da bi jo na nek način vendarle lahko prevaral, ne more pa prenašati žalosti in ohromelosti s krivdo prežetega

¹⁹³ V trenutku nastanka.

¹⁹⁴ V izvirniku: »Ichbewusstsein.«

¹⁹⁵ Poglavja.

¹⁹⁶ Verjetno gre za angleško medicinsko sestro in psihoanalitičarko Mary Chadwick, ki je objavila več knjig; med drugimi tudi: Mary Chadwick, *The Psychological Effects of Menstruation, Nervous and Mental Disease* publishing company, New York, 1932.

¹⁹⁷ Puščanje.

¹⁹⁸ Recenziji knjige.

¹⁹⁹ Citati.

majhnega fantka. Prizanesljivejša postane tudi do moževega strastnega zapravljanja in hazardiranja. S tem razumevajočim vedenjem ji je uspelo izboljšati moževo samokontrolo, zdaj pa nezavedno upa, da bo z odpustitvijo njegovih seksualnih pregreh izboljšala tudi njegovo potenco. Naslednji korak bo verjetno ta, da se bo mož opogumil v odnosu do svoje žene, ki se mu bo nato – temu ustrezno – verjetno izročila, da bi ublažila moževo poželenje, ki je zdaj že usmerjeno vanjo. Žena impotentnega moža mora biti torej izrazito ženstvena, toda ženam v veliki večini primerov ta drugi, še težji korak, ne uspe: moškemu se upira in ga prezira, s čimer ohromi še zadnje ostanke njegove potence.

Celoten proces ni nič drugega kot ponovitev obdobja, ki ga pri majhnem fantku označujejo incestne misli in želje. Nezvestoba v zakonu – kot neodpustljiv greh – stopi na mesto incesta. Prava žena ne bo oponašala matere, ki obsoja celotno seksualnost (kaj šele incest), temveč bo vedela, kako majhnemu prestrašenemu fantku zagotoviti svojo ljubezen ne glede na to, kakšne impulze ta čuti, še celo takrat, če se jim tudi prepusti. Za nagrado za to samozatajitev si lahko pripiše stopnjevanje moževega samospoštovanja in istočasno oživitve njegove odgovornosti ter potence, s čimer prekine prisilo ponavljanja, ki izvira iz otroštva. Od – za današnji čas običajne – vzgoje žensk se takšno razumevajoče in oproščujoče vedenje komajda lahko pričakuje. Tudi v pričujočem primeru je bilo potrebno dosti časa in tudi eno pretresljivo analitično doživetje, da je bila omogočena tovrstna naravnost. Bolnica zdaj že v mnogo večji meri premore na travmatska doživetja svojega otroštva zreti v duhu razumevanja in oprostivne, ne pa obupa, besa ter maščevanja. Pravo ozdravitev travmatskega pretresa si morda lahko predstavljamo le takrat, če dogodke ne le da razumejo, temveč jih tudi oprostijo.

To sposobnost prilagoditve k odpovedovanju se morda lahko pojasni le takrat, če predpostavimo, da v naravi – poleg egoističnega samouveljavljanja – obstaja še eno temeljno načelo, načelo reparacije; torej: sebičnost (otročkost, možatost) nasproti materinske ljubezni oz. dobrote.

Za analogijo se morda lahko tukaj sklicujem na dejstvo plinske kompresije in navsezadnje utekočinjenja, ki se odvija v neorganskem svetu, na mimikrijo v biologiji itd. To je tako, kot da bi naravi bilo pomembno le to, da nekako ustvari mir. Mir [Friede] z brezobzirno izpolnitvijo želja [Befriedigung] ali mir s samozatajitvijo.

28. junij 1932 [II.]

Utopija: odstranitev sovražnih impulzov, prekinitev serije krvno-maščevalske okrutnosti; postopna ukrotitev celotne narave s preverjanjem znanja.

Če se navežemo na v preteklosti pojavljene misli o prihodnosti psihoanalize: v primeru, da se impulze in reflekse lahko onemogoči po poti uvida, potem je samo še vprašanje časa (sem menil jaz), da se vsi sebični impulzi tega sveta ukrotijo na način, da gredo skozi človeške možgane.

Na drzne predpostavke o odnosu med nekaterimi posamezniki in vesoljem ne smemo zreti le z vidika, da ta vsevednost posameznika usposobi za posebne dosežke, temveč tudi iz tega (in morda je to še najbolj protislovna trditev kadarkoli doslej), da ima lahko tovrsten odnos humanizirajoč učinek na celotno vesolje.

30. junij 1932 [I.]

*Prenos odrasle psihologije na otroke (falsum)*²⁰⁰

Freudu je nedvomno uspelo slediti odrasli psihologiji tako, da je genetično segel daleč nazaj v otroštvo. Vselej je izhajal s stališča, da so odzivi otrok, dojenčkov in celo vseh živih bitij v bistvu istovetni odraslim s to razliko, da je pri otrocih zavrtta uveljavitev prvotne želje po onnipotenci, ki jo nato vse življenje skrivoma ohranijo v potlačeni obliki. Menimo torej, da – glej z moje strani ustvarjene »razvojne stopnje«²⁰¹ – se otrok rodi z močno lastno voljo in ta volja si na vsak način prizadeva za uveljavitev, če je v tem ovirana, pa zadovoljitev doseže halucinatorno. Že sam obstoj tovrstnega načina zadovoljitve bi nas moral presenetiti in pomisliti bi morali, da individuumi na začetku svojega obstoja razpolagajo s še popolnoma drugačnimi načini odzivanja, kot pa v poznejšem življenju, in da morda ni prav, da načine odzivanja odraslega jemljemo kot osnovo teh začetnih življenjskih procesov.

V duševnem procesu, katerega pomen morda še sam Freud ni dovolj cenil – in to je poistovetenje kot predstopnja objektnega odnosa –, vse do danes nismo dovolj cenili za nas že izgubljeno, a kljub vsemu obstoječe delovanje načina odzivanja, čeprav je možno, da je govora o popolnoma drugačnem načelu odzivanja, za katerega morda izraz »odzivanje« sploh več ne ustreza; torej stanje, v katerem je izključena vsakršna zaščita in obramba ter se vsak zunanji vpliv ohrani kot vtis brez notranje nasprotne katekse.

Dr. Thompson je morda s svojo izjavo zadela najbolj zgoščen povzetek tega stanja: ljudje na začetku svojega življenja še ne razpolagajo z individualnostjo. Sem spada moja trditev, da so čisto majhni otroci nagnjeni k minevanju (zbolevanje, smrt) in da je gon smrti pri njih v prevladi. Morda je tudi posebna občutljivost na vtise (mimikrija) samo znak šibkosti gona življenja in uveljavljanja, morda celo neke že začete, a nekako zadržane smrti.²⁰² Ampak če je vse to res in je ta vrsta mimikrije – brezbrambna sugestibilnost²⁰³ – izvirna oblika življenja, potem je predrzno, celo nepravilno temu skorajda ne-motilitetnemu in seveda zelo verjetno intelektualno inaktivnemu obdobju naprtiti nam edino znane ter konvencionalne samozaščitne in halucinacijske mehanizme (vzgibe želje). Pred halucinacijskim obdobjem je torej še eno popolnoma mimetično obdobje; muke se na koncu tudi tukaj

²⁰⁰ Napaka.

²⁰¹ Sándor Ferenczi, »Razvojne stopnje zaznavanja resničnosti in njihova patološka vrnitev«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Psihoanalitične študije*, op. cit., str. 179-196.

²⁰² Sándor Ferenczi, »Gon smrti nezaželenega otroka«, op. cit.

²⁰³ V zvezi s tem govorim v etiologiji o »vklesanosti« (imprinting).

končajo, a ne tako, da spremenijo zunanji svet, temveč tako, da živa substanca popusti oz. delno opusti šibko prizadevanje po uveljavitvi, ki ravno toliko, da je bilo skušeno. Posledica: takojšnja vdanost v usodo in posameznikova takojšnja prilagoditev okolju. Še ne povsem razvito življenje torej po svojem učinku spominja na rezultate, ki jih v poznejšem življenju dosežejo le izjemni ljudje z izstopajočimi moralnimi in filozofskimi danostmi.

Religiozen človek je nesebičen, ker opusti samega sebe, začetno življenje je nesebično [selbstlos], ker še nima razvitega »jaza« [selbst]. Sebičen človek se s pomočjo zaščitnih mehanizmov – ki ga ščitijo pred dražljaji – v veliki meri, kot z nekim zunanjim ovojem, ogradi od zunanjega sveta. Pri dojenčku se ti obrambni mehanizmi še niso izoblikovali, tako da dojenček z zunanjim svetom komunicira na mnogo večji površini. Če bi lahko enega otroka nekako nagovorili, da nam zaupa, česa vse je sposoben zaradi te preobčutljivosti, potem bi verjetno o svetu vedeli mnogo več, kot pa nam to omogoča naše ozko obzorje.

O. S. nemočno trpi zaradi prisile, da nikakršnega trpljenja ne zna oprostiti, ne da bi le-to nekako ublažila, in skorajda vsem – razen sebi – omogočila, da bi bili na nek način deležni njenega velikega premoženja. Njena analiza se je več let odvijala po načelu potlačenega sadizma brez najmanjšega rezultata in ne da bi kadarkoli začutila, da je deležna razumevanja. Na koncu sem se moral nameniti – tako, da sem se v celoti postavil v njeno perspektivo –, da sprejemem: njen izvoren odziv ni odpor, temveč potreba, da pomaga drugim.

V njenem otroštvu so bili vplivi okolja približno sledeči: živeča je v skorajda hipohondrično poblaznjeni hiši in vzgojiteljica ji je zelo zgodaj dopovedala, da je za tega strica vsakršen hrup zelo škodljiv. Ona pa se na to ni odzvala z besom, saj sta bila vzgojiteljica in stric zanj tako veliki avtoriteti, da ne le, da ni upala nasprotovati, temveč ni niti pomislila na to, da morda nimata prav. Kar naenkrat se je spremenila v tesnobno osebo, ki v celoti oponaša hipohondrijo svojega okolja, hodila je le po prstih in bila popolnoma prepričana, da je to za majhne otroke naravno vedenje. Edina želja izpolnjujoča fantazija ji je bila, da bo enkrat odrasla. Če bom odrasla, mi ne bo več potrebno hoditi po prstih, drugi, morda moji otroci, bodo hodili po prstih, da bom jaz imela mir.

Razvoj njene osebnosti je v mnogo zgodnejšem obdobju zmotila njena mama, ki je bila dejansko duševno bolna, in v družini so vsi vedeli, da je otroka v času enega izmed svojih napadov cela dva dneva držala v sobi. Nihče ne ve, kaj se je v tem času zgodilo, le analitični reprodukcijski poskusi (njena mati jo je vedno trudoma čuvala, da bi pri svoji hčerki preprečila dejavnost samozadovoljevanja) so vodili do predpostavke, da je mati napadla otrokov spolni organ. Tragično v tem primeru je to, da bolnica – potem ko je že odrasla in sta premoženje ter pravica do razpolaganja z njim postala njena – še vedno nima pravega poguma, da bi sama uživala v tej svobodi. Še zdaj se prisilno posveča drugim, tako, kot se je dejansko morala celo svoje otroštvo, mladostništvo in tudi del svoje inteligence posvetila svojemu duševno bolnemu – poblaznjenemu – okolju. Ganjena je do solz in takoj pripravljena na osrečujoč poseg.

30. junij 1932 [II.]

Dvoličnost in enfant terrible²⁰⁴

Dm.: hipokrizija je posledica strahopetnosti kolovodij (avtoritete se bojijo avtoritet). Pridigajo laži in prezirajoče govorijo o vsakem, ki odprto spregovori o resnici.

Tudi pridni otroci so postali dvolični. Enfant terribli so – morda skrajno – revolucionarni do dvoličnežev in pretiravajo s preprostostjo in democracy-jo.²⁰⁵ Resnično ugoden razvoj (optimum) bi vodil do ontogenetičnega (in filogenetičnega) razvoja, ki ne bi bil niti lažnivo dvoličen niti destruktiven.

Shizofrenija ni nič drugega kot »fotokemična« mimikrija namesto samouveljavitve (revanša, obrambe). (Dm.: shizofrenike v resnici doleti travma, še preden razvijejo osebnost.)

V naravi je fotosenzibilna mimikrija zgodnejša kot pa samoohranitveni in uveljavitveni odziv. Navidezno neobstoječe in tudi s strani znanosti spregledano drugo načelo (odziv ublažitve) je zgodnejše (bolj otroško). Zaradi napačne (dražeče) vzgoje se je navidezno izgubilo.

»Potlačena dobrota«: analiza je to zanikala – ali pa priznala le v neki višji regiji (Pfister).²⁰⁶

Analitiki želijo svoje komplekse (hudobnost, zlonamernost) uporabiti tudi pri tistih, ki so bili poškodovani v zgodnjem obdobju (shizofreniki). Napačno! Celo nevrotike je potrebno privesti onkraj travmatogene hudobnosti (behind)²⁰⁷ do zaupljive dobrote. Drugo načelo je zgodnejše.

Vpliv strasti odraslih na karakterne nevroze in otrokov seksualni razvoj.²⁰⁸

Kaj so strasti? V Encyclopaedia Britannica²⁰⁹ »passion« = 1. Suffering of Pain, 2. Feeling of Emotion, 3. Sufferings of Jesus Christ... and of Saints and Martyrs. »The modern use generally restricts the term to strong and uncontrolled emotions.« V. 418 C, V. 420 C, V. 425 D. (Descartes: If reason be contradictory in itself, truth must be found in unreason).

It is not easy to conceive how the same being who is determined by passion from without should also be determined by reason from within. How in other words can a spiritual being maintain its character as self-determined or at least determined only by the clear and distinct idea of the reason which are its innate forms in the presence of this foreign element of passion that seems to make it the slave of external impressions? Is reason able

to crush this intruder or to turn it into a servant? Can the passions be annihilated or can they be spiritualized? Descartes could not properly adopt either alternative.²¹⁰

Descartes je torej poskusil, da po spekulativni poti prodre v globine bistva sublimacije. Freud je poskusil vsako sublimacijo in prizadevanje za dovršenost opredeliti kot neuresničljive gonske vzgibe, ki morajo vselej ostati neizpolnjeni, kot neko kompenzatorno tolažilno dejanje in domišljijo. Preobrat strasti v logično in etično samokontrolo, celo specialno preučevanje ter opazovanje preobrata razvoja in povsod – torej v samem sebi in tudi okolici – izražene rasti v pozitivno uživanje, je vodilo do predpostavke, da je pri sublimaciji oz. pri uživanju v dobrem počutju, razvoju, vzajemni dobroti ter nežnosti, morda govora o dveh zadevah: 1. sprememba smeri v dejanskem freudovskem smislu strastnih, a neuresničljivih agresivno-egoističnih impulzov, 2. človek pride do predpostavke, da ima vzajemna dobronamernost tudi nek drug, zgodnejši, naraven in ne nevrotičen izvor. Če nam uspe doseči vpogled v duševno življenje otroka – ki mu je bolečina in trpljenje bilo še prizaneseno –, nam na koncu pride na misel, da je človek postal strasten in neusmiljen samo in izključno zaradi trpljenja. Če pa živi v še optimalnem okolju, pa uslužno a) podeli svoje zadovoljstvo s svojo okolico, b) še brez zavisti najde užitek v razvoju in dobrem počutju, ki ju lahko izkusi v svojem okolju.

Toda v tem navideznem več kot etičnem vedenju in čutenju ni prav nič oholosti odraslih, to je le duševni ekvivalent lastnega neoviranega telesnega ter intelektualnega razvoja, to torej ni nikakršna posebna zasluga in se tudi ne more tako začutiti. Takšno popolno srečo lahko morda uživamo le v maternici; ampak v ne-strastnem obdobju – ki ga za kratek čas prekine travma rojstva – se torej lahko še naprej uživa v času negovanja dojenčka. Toda vsi ljudje postanejo bolj ali manj strastni že zaradi neizogibnega – deloma morda odvečnega in nepotrebnega – trpljenja prve prilagoditve (uravnavanje organskega delovanja, navajanje na čistočo, separacija). Vendar v najsrečnejših primerih v posamezniku ostane neka doza optimizma kot ostanek in rezultat nekdanjega veselja, ohrani pa se tudi povsod izkušeno, v napredovanju ter razvoju najdeno nedolžno veselje.

Tako morda ni prav, če vsako manifestacijo dobrote in prekomerne dobrote prisilnih nevrotikov povežemo s kompenzatorno ali nadkompenzatorno sadistično agresijo. Četudi se je v analizi reproduciralo in na nov način – preko uvida in sočutja – razrešilo vse trpljenje, ki je izzvalo nezavedno agresivnost, in četudi so porušili celo plasti grozote in tudi njene tesnobne ter fobične strukture, še vedno ostaja odprto vprašanje, zaradi česa je

²⁰⁴ Kdor s svojo prostodušno odkritosrčnostjo spravlja okolico v neprijeten, mučen položaj.

²⁰⁵ Demokracijo.

²⁰⁶ Oskar Pfister (1873-1956) je bil švicarski duhovnik, ki je poskušal uskladiti psihologijo in teologijo, k čemer ga je spodbudilo odkritje Freudovih del leta 1908. Postal je psihoanalitik, ne da bi opustil svojo duhovniško funkcijo. Publiciral je številne knjige in študije.

²⁰⁷ Izza.

²⁰⁸ To je prvi osnutek Ferenczijeve študije *Zmeda jezika med odraslimi in otrokom*, ki jo je predstavil leta 1932 na kongresu v Wiesbadnu.

²⁰⁹ Descartesove citate je Ferenczi vzel iz Encyclopaedia Britannica, ki mu jo je za njegov 50. rojstni dan podaril Sigmund Freud.

²¹⁰ »Strast« = 1. trpljenje bolečin, 2. doživetje čustva, 3. Jezus Kristus... in trpljenje svetnikov in mučnikov. »Sodobno izrazoslovje ta izraz običajno uporablja za močna in nekontrolirana čustva. V. 418 C, V. 420 C, V. 425 D. (Descartes: če je razum sam po sebi protisloven, se mora resnica iskati v nesmislu).

Ni enostavno dojeti, kako je lahko bitje, ki ga od zunaj določajo strasti, od znotraj določeno tudi s strani razuma. Z drugimi besedami, kako lahko duhovno bitje ohrani svojo samodoločujočo – ali le s strani čistega in jasnega začetka razuma določeno – naravo (ki je njegova prirojena oblika) v navzočnosti tega tujega elementa strasti, zaradi katerega dozdevno postane služabnik zunanjih vtisov? Ali je razum sposoben zdrobiti tega vsiljivca ali pa ga narediti za služabnika? Ali je možno uničiti strasti ali jih je možno poduhoviti? Descartes nobene alternative ni zmozel dejansko vzeti za svojo.

v bistvu otrok postal tako inteligenčen; človek bi najraje odgovoril, da zato, da bi – kot se to očitno neredko zgodi – našel nesebičen način prilagoditve, namesto da bi ostal defenziven in kljubovalen. Človeku pridejo na misel čudoviti naravni procesi, kot so mimikrija, še posebej pa simbioza.

Človekova odlična sposobnost aloplastične prilagoditve sili velike količine energije okoliškega sveta na ekonomske poti. (Glej Benjamin Franklin: »*Eripuit coelo fulmen, sceptrumque tyrannis*«²¹¹) Določen del energije sveta se je pod človekovim vplivom ukrotilo in humaniziralo. Rezultate človekove medsebojne vzajemne prilagoditve moramo vrednotiti kot manj uspešne. Če bi lahko vsesplošno ublažili neusmiljene človeške strasti s tem, da bi dopustili, da otroci nekoliko dlje uživajo dejansko srečo otroštva, da ukrotimo naše lastne – v odnosu do njih izražene – strasti, da z nepotrebnimi trpljenji še dodatno ne otežimo neizogibna resignacijska prizadevanja v obdobju prilagajanja, potem morda ne bi bilo nemogoče ublažiti iz osebne sebičnosti izvirajočih konfliktov in doseči razcveta popustljive in uravnoteževalne strani, prvotno morda ne povsem sebične narave, ki celo v razvoju najde veselje. Če človeka ne bi bilo sram, da se spušča celo v preroštva, potem tudi od prihodnosti ne bi pričakoval niti enostranskega in neusmiljenega kapitalizma niti fantastično egalitarne zmage. Čakal bi na popolno priznanje obstoječih povsem sebičnih gonskih prizadevanj, ki sicer ostanejo pod nadzorom, a se deloma morajo tudi dejansko zadovoljiti; na odstranitev precej nevrotične, še vedno strastne, tako rekoč nasilne ekscesivne dobrote (»*Goltaj ptica ali pa pogini*« – politika)²¹² in na koncu morda na počasen razcvet naivne dobrote.

Priprava na to bi morala biti opravljena s strani vzgoje otrok, a priprava na vzgojo otrok ni nič drugega kot psihoanalitična izkušnja in eksperiment. Človeka bodo seveda osumili, da je preprosto za ena povečal število blaznežev, ki želijo reformirati svet, a temu nasprotuje to, da 1. ta proces preobrazbe v določenih primerih povzroči trajen učinek, 2. ugodna sprememba karakterja ozdravljenih nevrotikov že danes vpliva na okolje v omenjenem ugodnem smislu, 3. takoj lahko vknjižimo zelo obetajoče eksperimente glede rezultatov na psihoanalitičnem izobraževanju temelječe vzgoje otrok.

Moj lastni optimizem je tudi psihoanalitični uspeh. Prej je bil moj ustroj – tako glede spoznanja in napredovanja kot tudi glede možnosti vzajemne prilagoditve v naravi – izrazito pesimističen. Povsod sem videl le *circulus vitiosus*. Dandanes si upam pomisliti tudi na *circulus benignus*.

Cartesianism. Encyclopedia Britannica, Vol. V, 1910-11. »*The passions are... provisions of nature for the protection of the unity of soul and body, and stimulate us to the acts necessary for that purpose. Yet, on the other hand, he could not admit that these passions are capable of*

²¹¹ Iztrgalo je strelo iz rok neba in žezlo iz rok tirana.

²¹² V izvirniku: »*Friß Vogel oder stirb*« – po mnenju Michaela Balinta je to sklicevanje na znano nemško pravljico o majhnem dečku in ptici, ki jo je prejel v dar.

being completely spiritualized... It is impossible to think that the passions which arise of this unity, can be transformed into the embodiment and expression of reason.«

Descartes points out: ... »every passion has a lower and a higher form; and while in its. Lower or primary form it is based on the obscure ideas produced by the motion of the animal spirit, in its higher form it is connected with the clear and distinct judgments of reason regarding good and evil.«²¹³

Predpostavka: že najnižje oblike obstoja (anorganic, purely vegetativ)²¹⁴ nastanejo zaradi dveh tendenc: 1. samozaščita in odpor, 2. s pomočjo adaptacije, kompromisa in pomiritve. Višje (in etično) človeško znanje je vrnitev k povsod prisotnemu načelu kompromisa – ali pomiritve. Anorgansko: vse čutiti, nič vedeti (le načelo realnosti). Vegetativno: po možnosti vedeti vse, kar je zame ugodno (le načelo ugodja). Humano: z obrambo in odporom odstraniti, kar nisem jaz sam (potlačitev). Načelo ugodja. Dve obliki: 1. prisila: le načelo realnosti (nesebičnost); 2. upoštevanje načela ugodja in načela realnosti.

Saj že Descartes vidi, da »no ideal morality is possible to man in his present state.«²¹⁵ Dualism of Descartes in Metaphysics and in Ethics.²¹⁶ Ali je možno, da razvoj pride do točke, kjer bodo popolnoma opustili sebične (strastne) tendence? Samo takrat, če bi lastna središča kot takšna prenehala obstajati in če bi samostojni individuumi (atomi itd.) ugotovili, da je kot individuum bolje ne obstajati. Združitev univerzuma v edini idealni točki.²¹⁷ Dandanes je možna le ena vrsta sorazmernega optimizma (filozofija ježa).²¹⁸ Ampak to je možno izboljšati (progress).²¹⁹ Malebranche;²²⁰ Church father: »my pain is a modification of my substance but truth is a common good of all spirits«²²¹

Ferenczi: strast je popolnoma egoistična, »resnica« (>truth«)²²² je skupen zaklad vsega obstoječega. C II principle (peace).²²³

Ferenczi: a) »boj vsakega proti vsakemu« = sodobno naravoslovje. b) »kompromis vsakega z vsakim« (peace principle).²²⁴

Malebranche: »The idea of the infinite is prior to the idea of finite.«²²⁵

²¹³ Kartezianizem. Encyclopaedia Britannica. V. Zvezek, 1910-11. »Strasti... skrb narave za zaščito enotnosti duše in telesa, spodbujajo nas k za to potrebnim dejanjem. Po drugi strani pa vendarle ni mogel sprejeti, da se lahko te strasti v celoti sublimirajo. Nemogoče si je predstavljati, da se lahko iz te enotnosti izvirajoče strasti preobrazijo v izraz in utelešenje razuma.«

Descartes opozori: ... »vsaka strast ima manjvredno in večvredno obliko; v manjvredni oz. primarni obliki je utemeljena na nejasnih idejah, ki se producirajo s pomočjo gibanja živalskega duha, v večvredni obliki pa se veže na – v dobrem in slabem oziru – jasne ter odločne sodbe razuma.«

²¹⁴ Anorgansko, popolnoma vegetativno.

²¹⁵ Za človeka v njegovem sedanjem stanju nikakršna idealna moralnost ni predstavljava.

²¹⁶ Descartesov dualizem v metafizičnem in etičnem smislu.

²¹⁷ V matematičnem smislu: kjer se vzporednice srečajo.

²¹⁸ Spoštovanje optimalne distance med dvema individuumi: vzdrževati medosebno toplino, ne da bi eden drugega zabodli.

²¹⁹ Razvoj.

²²⁰ Nicolas de Malebranche (1635-1715) je bil francoski metafizik. Tudi v tem primeru je bil Ferenczijev vir Encyclopaedia Britannica.

²²¹ Cerktveni oče: »Moje trpljenje je modifikacija moje lastne substance, resnica pa je skupno premoženje duha vseh nas.«

²²² Resnica.

²²³ Načelo C II (mir).

²²⁴ Načelo miru.

²²⁵ Ideja neskončnega je pred minljivostjo.

Ferenczi: »odzivanje vsakega na vse« (v univerzumu) je prisotno prej kot pa samoobrambno organiziranje (osebnost).

Malebranche: »We conceive of the infinite being by the very fact that we conceive of being without thinking whether it be finite or no. But in order that we may think of a finite being we must necessarily cut off or deduct something from the general notion of being, which consequently we must previously possess...«²²⁶

(Dejstvo zaznavanja samega sebe predpostavlja obstoj ne-»jaza«, »jaz« je abstrakcija. Pred to abstrakcijo smo morali zaznavati Celoto [univerzum].)

Otrok je še bližje temu univerzalnemu občutku (brez čutil); vse vé (čuti), vsekakor mnogo bolj kot odrasli, ki svoja razpoložljiva čutila uporabljajo predvsem za to, da izključijo velik del zunanjega sveta (v resnici vse razen koristnega).

Odrasli so sorazmerni idioti. Otroci vedo prav vse.

6. julij 1932

Projekcija lastnih strasti in strastnosti na otroka

Ali so perverzije dejansko infantilizmi? In v kakšni meri?

Ali ne gre v primeru sadizma in analne erotike že za histeričen odziv na travme?

Prednosti in slabosti kontratransferja oz. njegove optimalne meje

1. R. N.: skoraj vsakodnevni scenarij: 1. Podrobno preuči analitikove asociacije, ki pa seveda ne more prikriti, da v odnosu do bolnice čuti najrazličnejše negativne odzive. R. N. si prizadeva te izjave obravnavati z analitičnim razumevanjem, toda kljub objektivnosti, ki je zanjo značilna, je pri njej možno zaznati specialno zanimanje za pripombe, ki se nanašajo nanjo, in za izjave drugih oseb, ki jo zadevajo, še posebej pa: v kolikšni meri se jaz poistovetim s tistimi, ki je ne cenijo najbolje. 2. Smer preučevanja se spremeni, seansa se prične s pritožbami a) nad njeno boleznijo in simptomi le-te; b) prav tako se tudi naslanja na analitikova priznanja s prejšnjega dne in se pritožuje, da manjka tista stopnja zanimanja in simpatije – celo ljubezni –, ki bi bila nepogrešljivo potrebna za to, da bi mi lahko zaupala, da sem zmožen njeno raztrgano dušo zlepiti v celoto; c) prej je bil moj odziv na to precej očitno stopnjevana antipatija in medtem sem čutil, da mi vsiljujejo določena čustva (čemur je sledila temu ustrezna notranja obramba).

Odkar sem globlje raziskal vzroke svoje simpatije in antipatije, sem doberšen del le-teh uspel povezati z infantilno fiksacijo k svojemu očetu in dedku, kar je povzročilo sovraštvo

²²⁶ »Ravno zaradi tega si lahko predstavljamo neskončen obstoj, ker si lahko predstavljamo obstoječe, ne da bi pomislili, ali je minljivo ali ne. Ampak, da si sploh lahko predstavljamo minljiv obstoj, je nujno potrebno, da nekaj odrežemo ali odstranimo iz splošnega pojma obstoja, kar moramo torej že predhodno posedovati.«

do žensk. Vzporedno s tem se je občutno stopnjevalo moje sočutje do osebe, ki je bila strpinčena skorajda do smrti, povrh tega pa še po krivem obtožena. Takoj ko moja ganjenost doseže določeno stopnjo, se bolnica uspe pomiriti in nadaljevati z delom; zdaj kritizira le še to, da nespretno postavljam svoja vprašanja, v večini primerov pa tudi to, da mi manjka ustrezno in učinkovito notranje naprežanje volje, kar bolnica, ki se v transu doživlja telepatsko, celo jasnovidno, takoj začuti. Dvojne seanse pa se vendarle občasno zaključijo z že skorajda nežno spravo. V zgodovini lahko najdemo nasprotja teh procesov: povzročitelj travme je bil tako zaslepljen, da je svojega otroka obtožil na najgrši možen način. To je bil trenutek razpada, ko se je izgubilo sleherno upanje, in ta občutek se pozneje premesti tudi na analizo.

Po drugi strani pa ne gre zanikati, da si osem let trajajoče potrpežljivo delo zasluži priznanje in da je z otrokom, ki je bil strpinčen skorajda do smrti, potrebno ravnati z ljubeznijo. Toda kdaj naj se začne prilagajanje na resničnost? Ali bo možno bolnico prepričati, da se odreče neuresničljivi fantaziji? Občasno sem že zelo blizu potrtosti, toda doslej se je še vedno splačalo zdržati. Danes je npr. sanjala o biku, ki jo napade, bikove rogove že čuti na svoji koži; preda se. To ji reši življenje, saj žival izgubi vse svoje zanimanje za bitje, ki se ne brani več in se zdi mrtvo, zato jo tudi pusti ležati tam.

Bolnica me sicer še ne vidi dovolj skrušenega, toda po drugi strani – kakor kažejo te sanje – se morda zdaj že nagiba k temu, da ceni moje priznanje in prijaznost ter se odpove mnogim drugim rečem. Doslej se je torej splačalo energično nadzorovati občasne napade nepotrpežljivosti in celo prevzeti velik del odgovornosti za tovrstno nepotrpežljivost. Naloga analitika ni ta, da se jezi, temveč da razume in pomaga. Če mu zmogljivosti na tem področju odpovedo, mora napako iskati v sebi. Želeli bi upati, da bo prišel čas, ko se bodo bolniki – četudi z obžalovanjem – pomirili z nepopravljivim tudi takrat, če analiza za življenje ne bo ponudila ničesar več, kot le razumevanje in simpatijo, in tudi v primeru, če bo dejansko življenje obljubilo le del sreče, ki so jim jo doslej odrekli.

B.: Precej močno stopnjevanje občutka slabosti. Niti ena noč ne mine brez motenj spanja in dihanja, to prenaša več tednov zapored, nato pa iz nje izbruhne bes do analize, ki povzroča le bolečine in odpira stare rane, ničesar pa ne stori zanjo. Skozi celotno seanso prepiranje in vpitje, sumničenja, žalitve itd.; zahteva, da priznam svojo nemoč, na koncu pa se celo domisli, da naj ponovim travmo, če le to pomaga. Ob prejšnjih podobnih napadih sem čutil nekakšno krivdo in prizadeval sem si, da bi bolnico pomiril, in jo – ki je ponovno postala trpeči otrok – obravnaval z globoko podoživeto ljubeznijo, a je kljub temu vse ostalo po starem. Od takrat dalje sem se naučil svojo razneženost obvladovati, menim celo, da je prijazno-hladno ravnanje in temu sledeči neizogibni izbruhi, v primerjavi z dosedanjim (doma naučenim) zastrtjem besa, v resnici napredek. Menim, da če nadaljnje stopnjevanje besa še naprej obravnavam na tak način, se tudi sama od sebe izriše pot, ki vodi v preteklost. Če se človek prekomerno prepusti pozitivnemu ali negativnemu kontratransferju, morda uspe pobegniti pred neprijetnimi doživetji na seansi,

če pa se slednjim ne izmakne, pa lahko za nagrado izkusi nepričakovano napredovanje. Dm.: Odkar vidi in čuti, da se na njena izzivalna dejanja in vedenja preprosto ne odzovem z antipatijo, lahko pri njej dosežem prav vse. Gromozanski napredek. S. I. je bila pravzaprav vedno simpatična, toda zelo dolgo je bila v odporu. Nato je prišlo do pogosto že opisanega preobrata v miroljubnost in sublimacijo.

Če povzamem, za to zadevo še vedno nimamo splošno veljavnega pravila.

7. julij 1932

Odsev²²⁷ in inverzija.

Duševne posledice razpada osebnosti (in izgube zmožnosti za prepričanost, celo védenje in spominjanje). 1. R. N.: pogosto ponavljajoča se sanjska oblika: dve, tri ali še več oseb zastopa – po opravljeni analizi sanj – prav tolikšno število delov osebnosti. Danes analizirane sanje je na primer dramatizirala na sledeči način: sanjavka prejme pisno obvestilo s strani najbližje ljubljene osebe s sledečim besedilom: »*Here I am. I am here.*«²²⁸ Sanjavka poskuša to sporočiti neki tretji – moški – osebi, toda le posredno, z njim stopi v stik preko telefonskega pogovora, in res, celoten pogovor z moškim se izredno slabo sliši, kakor da bi prihajal s strašansko velike razdalje. Besedilo obvestila ne gre neposredno razbrati, s čimer sanjavka svoje mučenje stopnjuje do – nočnim moram podobnega – nemočnega naprezanja; sanjavka vidi le zrcalno pisavo, ko svetloba prodre skozi razglednico; sedi v nekakšnem šotoru in besedilo lahko vidi le v zrcalni pisavi.

To, da ni zmožna razumeti sebe, se v analizi asociativno poveže a) z njeno obupanostjo, da sem jo jaz, analitik, tako dolgo napačno razumel (njen primer sem primerjal z drugim, mnogo lažjim primerom – S. I. –, njo pa sem grajal, ker ni postala tako lepo in uslužno optimistična, kakor druga); b) moje vedenje jo spomni na trenutek, ko je začela dvomiti, ali bo sploh še kdaj lahko ponovno doživela ljubezen s strani svojega očeta, ki je je nekoč bila deležna. Uvidi, da je njen oče po svoji dejanski naravi zaslepljeno in poleg tega tudi brezumno (zmedeno) besen, jezen in okruten; c) in k temu se pridruži tudi dejansko izvedena vražja zamisel, da bolnico z raznoraznimi strupi naredi obrambe nezmožno, da iz nje naredi avtomat. V sanjah težko dosegljiv moški ni nihče drug, kakor ta neznosen človek, po drugi strani pa jaz, trmasti analitik. Z zgodovinsko analizo tega moškega lika (ki se v sanjah obnaša kakor clown:²²⁹ namesto da bi izrazil svojo bolečino, zabava druge in uprizarja komične ter akrobatske atrakcije) sva prispela do a) dogodkov iz bolničinega življenja, cirkuških predstav itd., in b) podobnih dogodkov, ki jih lahko domnevamo v analitikovem otroštvu (vinjenost in zloraba). To, da vidi skozi šotorsko platno, da bere zrcalno pisavo, da sliši klicatelja, kakor da bi bil nekje zelo daleč stran, ustreza dogodkom iz preteklosti.

²²⁷ V izvorniku: »Überspiegelung.«

²²⁸ Tu sem kjer sem.

²²⁹ Klovni.

Toda te nočne more najboljše povzame razlaga, da zaradi trpljenja in zastrupitve razcepljena in obrambe nezmožna osebnost neprenehoma, a vselej neuspešno, poskuša v enotnost združiti različne dele sebe oz. razumeti v njej in njenem okolju odvijajoče se procese. Vendar namesto, da bi razumela sebe (prepoznala lastno bedo), svoje nezavedne vsebine izrazi le na posreden in simboličen način: primorana se je ukvarjati s podobnimi duševnimi stanji drugih ljudi (motiv za izbiro poklica), morda skrivoma upa, da jo bo nekoč nekdo izmed teh trpečih razumel. Prekomerna občutljivost – pravi asociacija – seže tako daleč, da je sposobna pošiljati in prejemati »telefonska sporočila« z velike razdalje (verjame v zdravljenje na daljavo s pomočjo koncentracije volje in misli, še posebej pa s pomočjo sočutja). Dogodke iz svojega življenja povezuje z dogodki iz analitikovega življenja, zaradi česar meni, da je analitika – ki je bil izpostavljen podobnemu trpljenju – našla že kot otrok, in sicer z »velike razdalje«, telepatsko, po približno štiridesetletnem tavanju pa ga je tudi obiskala. Toda v analitiku zakrite ovire in spominske vrzeli so zavlačevale izoblikovanje razumevanja (v analitiku; glej njene pritožbe zaradi mojih napačnih ocen), in šele sedaj, ko začenjam uvidevati lastne zmote, jo pripoznam in potrdim kot nedolžno in dobronamerno osebo (nazadnje sem jo pri S. I. dejansko opisal v kar se da pozitivni luči). Približujemo se možnosti, da se združijo fragmenti njene osebnosti in da jo usposobimo, da dejstvo in vzroke tega razcepa prizna ne le na posreden način, temveč tudi neposredno, oz. da jih priključimo v spomin. Doslej je svoja duševna stanja zmogla brati – oz. zanje vedeti – le preko zrcalne pisave oz. iz odseva podobnih muk drugih ljudi. Zdaj pa je našla nekoga, ki ji predoči, da se v tem, kar je zase prepričljivo ugotovila o svojem analitiku, lahko prepozna oddaljen odsev lastnih trpljenj.

Če to uspe, potem dosedanja razcepljenost in s tem povezana projekcijska tendenca (poblaznelost) vzajemno izgubita svojo veljavo.

2. Ločeni sestavni deli osebnosti nam omogočajo, da v tej globinski analizi podrobno preučujemo nastanek potlačitve. Tukaj vprašanje potlačenih čustev in bolečin razrešimo v pozitivnem smislu. V nevrotikih in psihotikih se namreč nakopiči orjaška količina brezpredstavne – od motoričnega odvoda in razmišljanja odcepljene – senzibilne gmote dražljajev. Trpljenje se zaradi tovrstne odcepljenosti od inteligence le še dodatno stopnjuje. Vsekakor pa lahko v tem vidimo očitno Freudovo potrditev, da potlačitev nastane z odcepom duševnih vsebin od njihovih adekvatnih čustvenih odzivov.

19. julij 1932 [I.]

Vpogled v lastno paranojo kot »sijajen dosežek« (prvič?) logične doslednosti in »vzdržljivosti« (moč karakterja)

Kljub gromozanskim mukam in skoraj nadčloveškemu naporu (tik, muzicirajoče in bobneče ustvarjanje reda [solution]²³⁰ v kaosu) sem z neprestanim bojevanjem z notranjim

²³⁰ Rešitev.

konfliktom poskušal ustvariti logično enotnost v 1. lastnih občutkih ter mislih, 2. v poblaznelem kaosu zunanjega sveta. Četudi mi to ni uspelo in četudi se je pogosto slabo izteklo, upanja, da enkrat pa vendarle lahko uspe, nikoli nisem opustil. Pred epizodo »mejnega prehoda« sem se skoraj predal, a obupanost se je kljub vsemu ravno v tistem času preobrazila v psihološko dejavnost, podprto s strani »notranjega nasveta«. (Iskanje nezavednega.) To je bilo vprašanje »*biti ali ne biti*« (S. S. S.).²³¹

Po tej kratki medigri sem pristal v »službi ljubezni« pri močnem človeku – in ostal nesamostojen. Nov zagon mi je dalo spoznanje s psihoanalizo: 1. navdušenost, lastno delo, mnogo izvirnosti, 2. dobesedna podrejenost (Secret Grand-Vizier²³² – ambivalentnost). Navdušenost je deloma izginila – že v Ameriki. I. Kljub vsemu večinoma molčanje, neproduktivnost. Zadnje razočaranje: »*nikogar nima rad, le samega sebe in svoje delo*« (in nikomur ne dopusti izvirnosti). Po Berlinu, Parizu – z libidinozno oddelitvijo so nastale »revolucionarne« tehnične posodobitve: aktivnost, pasivnost, prožnost. Vrnitev k travmi (Breuer). V nasprotju s Freudom sem do izjemne mere razvil svojo sposobnost humility²³³ in globoko spoštovanje čistega pogleda nepokvarjenega otroka (bolnika). Na koncu sem jim dopustil tudi 1. popolni vpogled v moje lastne šibkosti (analiza s strani vseh), 2. in v mojo lažno nadmoč (spokojnost).

19. julij 1932 [II.]

Nadmoč (grandioznost) mi je doslej zagotavljala tisti prijeten občutek, da so vsi ostali, razen mene, neumni (poblazneli). Psihoanalitični vpogled v mojo lastno čustveno praznino, ki jo je zakrivala nadkompenzacija (potlačena – nezavedna psihoza), je privedel do samodiagnosticiranja shizofrenije (kompenzacije posledično nasprotujejo resničnosti oz. so blodnjave, morale bi biti paranoide). »*Sovraštvo do ženske in globoko spoštovanje moškega*« (s prisilno promiskuitetnostjo kot nadgradnjo) je omogočilo racionalizacijo travmatske impotence. Poglavitni vzrok: očetov oče = bog, kralj, patriarh. (Nemogoče je bilo, da bi imel bolj prav, kot pa sam Bog.) Prisila dokazovanja se je kljub vsemu ohranila na vseh ostalih področjih.

Kritiziral sem ves svet, na koncu pa se je sodba obrnila proti meni. Dokazati svoj prav (ne lagati) je bilo močnejše kot smrt, tesnoba ali bolečina. Zato sem se – kot logična posledica – prepustil idejam R. N. Na koncu pa je ravno to vodilo do iskanja motivov sovraštva do žensk in prisile dokazovanja. Rešitev: travma in kompenzacije. Končni rezultat: uvid v slepoto (plašnost), ki se je ohranila v odnosu do moške avtoritete. Za konec: vpogled v

²³¹ Ferenczi se je tukaj skliceval na ključne dogodke svojega predanalitičnega življenja, ki ostajajo nepoznani. Kar zadeva pomen »S. S. S.«, se prav tako lahko zanašamo le na hipoteze. Edini znan izraz, ki ustreza vsebini besedila, je geslo tašč: »*Schweigen, Schlucken, Schenken*« [molčati, požirati, popuščati] – toda to je le predpostavka.

²³² Skrivni veliki vodja.

²³³ Ponižnost.

paranojo avtoritete (Bog je poblaznel, svet je kaotičen). Uresničitev: moja paranoja je bila le oponašanje (zastopstvo) njegove paranoje (oz. paranoje močnega odraslega).

Od zdaj naprej: mirno se moram raziti z njimi, nato pa jih morda celo zdraviti (jih pripraviti do uvida). Posebna naloga: posameznike, iz katerih je psihoanalitična paranoja po krivici naredila odvisne in trajno vezane bolnike, je potrebno oddeliti s pravo osvoboditvijo, in to tudi od nas samih.

Ponos: jaz sem prvi poblazneli človek, ki je dobil kritični vpogled v svojo bolezen in se vdal vsem (odločil sem se, da se bom učil od »zavestnega«). Nagrada: poblazneli se prikažejo kot zdravi; intelektualna in simbolična odkritost le v »mislih« in govoru – spremenjena odkritost (pogum za kritiko).

Primer I. (R. N.) je zelo težak. Uporabil sem samoanalitični material iz primera I.

V primerih II., IV. (Dm., B., itd.), hitrejši.²³⁴

Tudi celo »*discourgiert*«,²³⁵ joče.

Če analitik v ponovitvi ne sodeluje pogumno (brez strahu), potem bolnik ne napreduje. V prvi vrsti je potrebno premagati in priznati ovire v analitiku. Bolnikova samozavest se povrne (oz. se zdaj prvič pojavi). (Sebi stori nekaj žalega, če se v zunanosti nič ne zgodi ali če [zaradi tesnobe] premilo ravna z njo.) S. I. Samomor.

Razcep je ljubezen do samega sebe; je manj strah vzbujajoč kot umor, zato je deležen prednosti. Tehnično: konec je obdobja milosti – zahteva se neusmiljenost.

Vstajenje samospoštovanja pri B. (otrok)

Njena prijateljica je nerazumno občutljiva.

Analitiki povsod sprovcirajo »sovraštvo«.

»Haluciniram«, torej priznam, da so vsi (moški in ženske) poblazneli: jezijo se zaradi malenkosti; sovražijo, namesto da bi ljubili. Toda ne more verjeti, da je edina bistro glave, zato si mora neprestano dopovedovati: »*jaz sem poblaznela*« (namesto: »*oni so vsi poblazneli*«).

19. julij 1932 [III.]

Red v kaosu

B.: nezmožna prostega asociiranja. Vedno je logična. A namesto tega se lahko izkusi, da – seveda šele potem, ko je premagala svoj gromozanski odpor do tega, da pove – se ji poleg popolnoma zavestnega razmišljanja vselej vrti po glavi melodija, pravzaprav neka dishar-

²³⁴ Ena stran manjka.

²³⁵ Iz angleščine skovana beseda: vdati se.

monična polifonija, ki jo mora z glasbenega vidika logično razrešiti. Rešitev: poleg zavestno-logične eksistence – ki pravzaprav ni nič drugega kot nadkompenzacija njenega dejanskega stanja in delovanja – je tudi sprejemanje kaotične eksistence, kar je potrebno neprestano spravljati v red (velik del osebnosti je »poblažnel«, dezorganiziran).

(Glej tudi sanje o majhnem otroku, katerega glava sega le do roba mize). Travma se fiksira k travmatičnemu trenutku (ne pa k pretravmatičnemu). Človek bi želel s tem opraviti oz. ozavestiti in uvrstiti v preteklost (med spomine). A to je nemogoče, 1. če je travma prevelika, da bi se lahko še enkrat v polni meri podoživela, 2. če človek za to ne prejme nikakršne pomoči, 3. še posebej, če...²³⁶

21. julij 1932

Nekaj pripomb o občutku sramu

1. Izhodišče: B. a) njena sostanovalka [N. F.] besni zaradi malenkosti, ves dan je užaljena in redkobesedna; tudi jeclja. Bolnica (B.) si nenadoma, že skoraj halucinatorno, začne domišljati, da N. F. s svojimi ustnicami med govorom oponaša analno delovanje. (Po-po-po-po-po). b) B. sanja moškega, ki se plazi po tleh kot ranjena žival, stokajoče. Analni predel (distorted, twisted)²³⁷ ima krvavo rdeč in izgleda kot kakšna odprta usta, v katerih sta dve vrsti zob in en jezik. c) N. F. prekine svoje molčanje in se kar naenkrat skorajda nasilno usede v naročje B. ter besno izjavi: »By God, I love you.«²³⁸

B. je poskušala N. F. pojasniti, da ona (N. F.) o njej (B.) predpostavlja zadeve, ki jih v njej preprosto ni. N. F. nato odgovori (kot dobra psihoanalitičarka): »te zadeve so v tebi, le da ti ne veš za njih« (mislila je, da se človek določenih svojih nagnjenj tako sramuje, da jih naredi za nezavedne). Spodbujal sem B.; prav zares obstajajo resnična čustva, izza katerih se ne skriva nič več »potlačeno nezavednega.« Analitični dialog običajno od tu dalje vodi do problematike sramu. Povedal sem ji, da je sram značilno moška iznajdba, ki je v osnovi povsem nesmiselna. Zakaj je potrebno organ in njegovo delovanje poimenovati osramje? Fantje so mnogo bolj sramežljivi kot dekleta. Zato postanejo dekleta v puberteti kar naenkrat »sramežljiva« (tukaj citirati primer majhne Erzsike). Moški ustvarjajo moralne zakone in prisilijo ženske, da le-te sprejmejo. Neprestano dedovanje poskrbi, da se tudi naslednja generacija impregnira z moralo.

Ker je B. genitalno delovanje in s tem povezan užitek spoznala že v najzgodnejšem otroštvu – ko še morala ni skvarila njenega duha –, je postala tako rekoč jasnovidka, družbene navade je sprejela le navidezno, na dnu svoje duše pa je bila prepričana, da je sramežljivost nesmiselna in lažniva reč. Prikrivala je puritanstvo in snobizem svoje matere, impotentno plašnost ter odvisnost svojega očeta, saj je slednje videla kot moralno

razgaljeno. Strah jo je torej tudi moralizma psihoanalize, saj kar naprej govori o potlačitvi iz sramu, medtem ko se (v otroštvu) toliko vsega pripeti brez potlačitve in sramu. Analitiki ne vedo, kako zelo resnična in nespremenjena je otroška naivnost nevrotikov. Analitik ne verjame dovolj nevrotiku, kar slednjemu zagotovo vzame voljo, saj nevrotik dobro ve, kako pošteno »sramežljiv« je in kako nepravilno je pri njem predpostaviti potlačitve. Družba je sramežljiva in potlačitvena, ne pa otrok.

Tako je to tudi v zgornjih dveh primerih. B. vidi popačenost v N. F.: zaradi genitalne sramežljivosti se spolni organ in genitalno delovanje tako rekoč izključita, namesto njiju bodo z libidom katektirana usta in anus: ljubezensko življenje se osredotoči na grizenje in izpraznitev. Kot otrok je verjetno začutila, da njen spolni organ obravnavajo s prav takšnim gnusom kot stolico. In da se to prav tako kaznuje, kot ko se onečedi. Na tak način sadomazohizem in analna erotika zavzameta mesto genitalnosti. Prav to se zgodi tudi z moškim v njenih sanjah. B. zelo jasno vidi osebnost dr. R. N. N. Dobro vidi, da se izza pretirane možatosti in želje, da bi osvojil sleherni ženski, skriva analno popačenje, ki je nastalo zaradi dedkovih homoseksualnih mahinacij. Vidi, da je dr. R. N. N. v resnici impotenten in šibak človek. Nekaj podobnega vidi tudi pri vsakem civiliziranem moškem.

Navedene pojasnitve in pozitivni odgovori na vprašanje, ali sem tudi jaz civiliziran moški, v bolničnem bitju povzročijo nenavadno spremembo. Njene sledeče sanje govorijo o moškem v precej dobri kondiciji, ki ima čisto majhen penis. Podrobnosti se nanašajo na mojo osebnost. Uspel sem zadovoljiti njeno radovednost in nekaj malega povedati o svoji tesnobi, sramežljivosti, kompleksu majhnega penisa itd. Ker je opazila, da svojih šibkosti prav nič ne skrivam in da me ne more več užaliti s tovrstnimi namigovanji na moje šibkosti, mi je prenehala očitati moje analitične in druge vrste nemoči. Začela je razmišljati, ali se morda izza navidezno neznosnih, smrtnih bolečin (in abdomine)²³⁹ ne skriva nepotešena seksualna lakota, in ali je morda v njenem primeru »travma« nastala bolj zaradi odtegnitve ljubezni kot pa premaganosti.

Pri tako imenovanih normalnih otrocih odtegnitev ljubezni in to, da so povsem sami s svojo željo po ljubezni – v nasprotju z enotno in uničujočo večino –, povzroči sram ter potlačitev. Sram se lahko pojavi povsem nenadoma, kar verjetno pomeni začetek novega obdobja in bolj ali manj popolno pozabo prejšnjega obdobja (amnezija). B. je družina obravnavala kot difficult child, problem child.²⁴⁰ Njena trma je bila simptom tega, da se je prisilila puritanske sramežljivosti vdala le zaradi videza. Zdaj končno najde v meni osebo, ki – čeprav sem pod vplivom vzgoje tudi sam postal sramežljiv (civiliziran) – se je bila kljub vsemu sposobna »poboljšati« oz. uvideti in priznati nesmiselnost sramežljivosti. Bolnica zdaj začčenja uvidevati, da če vztraja pri »slonovem penisu« svoje otroške izkušnje in zavrne vse, kar je manjše, je obsojena na večno lakoto. Tako začne razmišljati, ali se ni

²³⁶ Nadaljevanje manjka.

²³⁷ Popačeno, izobrnjeno.

²³⁸ Bogami, ljubim te.

²³⁹ V trebuhu.

²⁴⁰ Težaven otrok, problematične otrok.

morda bolje odpovedati nedosegljivemu in se vsaj delno nasititi s tem, kar je dosegljivo. »Majhen penis« »civiliziranega« moškega začenja priznavati kot možen ljubezenski inštrument. Obstaja upanje, da bo opustila norčevanje iz moških s pomočjo ženske homoseksualnosti.

(Le kaj bi lahko bil poglavitni vzrok tradicije sramežljivosti pri moškem? Tukaj se moramo s priznanjem sklicevati na dela Davisa.)²⁴¹ Kaj je motiviralo pubertetniške rituale, ki so spolni organ označili za organ trpljenja, ženske pa za nevarne in nesnažne. Glej Freudova dela o kulturni zgodovini.²⁴²

2. O. S. je imela danes sledeče majhno doživetje: vedno je trdila, da ne čuti jeze ali karkoli podobnega, v kar pa je njena prijateljica N. D. neprenehoma dvomila in se iz tega celo norčevala. Izza njene apatije je njena (k paranoji nagnjena) prijateljica vedno predpostavljala morilske namene in sicer najstrašnejše. V resnici pa je O. S. v največji možni meri infantilen, igriv otrok, kakršen prvotno sploh ni zmožen trajno kljubujoče ali besne naravnosti; trenutno jezo morda čutijo, a jo tudi takoj pozabijo, ko se jim človek prijazno nasmehne. O. S. je torej želela razveseliti svojo prijateljico, ko – kot da bi ji predala darilo – ji je rekla: »Vidiš, danes sem na to in to osebo bila ljubosumna.« Ampak kaj se je zgodilo? Prijateljica N. D. je, namesto da bi pohvalila O. S. za njeno poštenost, v njej preiskovala druge, še bolj grozljivo hudobne namene.

Tudi odrasli ravnaajo tako, ko lastno strastnost projicirajo na otroke, in tudi mi, analitiki, smo storili enako, ko smo lastna, otrokom vsiljena seksualna popačenja, prikazali kot otroško seksualno teorijo. O. S. ima prav, ko pravi: »Jaz (kot sicer vsak otrok) točno vem, kdaj želim kaj slabega, kdaj me je česa strah, kdaj čutim krivdo in sram. Me pa razjezi, da bi nase prevzela prekomerne želje odraslih, zavrnem pa tudi to, da bi določene zadeve razglasila za sramotne, ko pa zame sploh niso takšne.«

Kako in zakaj postane dekle na začetku menstruacije nenadoma sramežljivo? Menstruacijska krvavitev jo povrne v obdobje, ko še ni bila sposobna obvladovati svojega odvajanja in izločanja. Krvavitve iz maternice ni možno uravnavati z voljo; če hoče ali ne, se onečedi, istočasno pa ozavešča vsa tista opozorila in graje, ki jih je pred menstruacijo smeje zavračala.

23. julij 1932

*Experimentum analyticum cum B.*²⁴³

B. ne zmore prosto asociirati. Vzrok: 1. slabe izkušnje z nadrejenimi (mati), ko je ugodila prošnji: »vse nam lepo povej, nič se ti ne bo zgodilo«, nato pa so jo kljub vsemu kaznovali. V

²⁴¹ Davisovo identiteto in dela nismo uspeli razkriti.

²⁴² Verjetno je mišljeno delo: Sigmund Freud, »Totem in tabu (Nekatera ujemanja v duševnem življenju divjakov in nevroitikov) (1912-1913)«, slov. prev. Simon Hajdini in Tadej Troha, v: *id., Spisi o družbi in religiji*, Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2007, str. 47-204.

²⁴³ Analitični eksperiment z B.

resnici mi torej sploh ne verjame, ko jo pozovem, naj mi vse pove – tudi to, kar je zame neugodno –, da dejansko tudi tako mislim. 2. Iz lastnih izkustev vé, kako neznosno je, če človeka oštejejo (še posebej če na ves glas); zaradi tega vé tudi to, kako zelo bi bila osovražena s strani analitika, če bi mu prav vse povedala. 3. Zavrtost je najmočnejša takrat, ko se v analitikovem vedenju ne pokaže učinek neugodnosti, toda nenaden molk in prekomerna zadržanost vendarle kažeta na prikrito nejevoljo. (Ta situacija vztraja, vse dokler se do bolnika ne vedemo bolj iskreno. Na tem mestu se lahko navežem na že prej opisano olajšanje, ko sem enkrat priznal, da sem jezen nanjo.) Zdaj pa se postavlja vprašanje: ali zadostuje, da bolniku povem, kar me pri njem moti, jezi, draži, ali pa moram z njim spregovoriti tudi o pozitivnih, prijateljsko-nežnih itd. čustvih? 4. Občutljivost bolnice na tovrstno »strahopetno in dvolično zamolčanje« izvira iz opažanj njenega najzgodnejšega otroštva. Opazila je, da se je navidezno močan oče nenadoma prelevil v prestrašenega in strahopetnega človeka, ko je mati začela nanj kričati. Pozneje je menila, da so moški običajno strahopetni, in četudi so še tako brutalni in agresivni, pred kričečim ženskim glasom vselej pobegnejo. – Možno, da se je ob praprizoru poistovetila z očetom. (Morda zato, ker je bila mati zanjo pomembnejša kot oče. Torej je postala oče, da bi lahko obdržala mamo. Pozneje, ko pa je svojega očeta v odnosu do matere videla molčečega, strahopetnega in prestrašenega, pa se ji je zahotelo, da mu pokaže: tako bi se moral vesti v odnosu do mame.) V analitični situaciji postane strahotno nepotrpežljiva, ko opazi, da se jaz umaknem, kadar ona postane jezna (v resnici pogosto skoraj zaspim), namesto da bi jo pošteno ograjal, tako, kakor je to pričakovala od očeta – a ta želja se ji nikoli ni uresničila.

Tako bolnica v analizi postane prepirajoča se mati, in ko jaz dodam le eno samo stereotipno vprašanje: »da, in kaj vam o tem še pride na misel?«, takrat šele postane zares besna ter rjoveče zahteva: »Ampak za božjo voljo, naredite nekaj, storite nekaj, sicer niti koraka ne bova napredovala!« Če še naprej ostanem molčeč in zadržan, se bolnica povsem izčrpa, in lahko se zgodi, da bo prihodnji dan pričela z marljivim delom. Toda kakor smo lahko ugotovili, ta marljivost v resnici ne predstavlja nikakršnega napredovanja, temveč kaže le na to, da je v odnosu do moje strahopetnosti povsem nemočna; resignirano, prisilno in z zlomljeno voljo se prikaže, kot da bi soglašala z mojim postopkom. Zaradi nasprotovanja je verjetno tako izčrpana, da pravzaprav več sploh ne ve, da želi nasprotovati.

Tako je več let živela tudi ob svojem očetu, ne da bi vedela, kaj zanjo oče sploh pomeni v čustvenem smislu. Ko bolnica (kakor tudi mnogi drugi) pravi, da je nekaj potrebno storiti, govori verjetno o določenih – navidezno nesmiselnih – »strahovih«, kot npr.: »pogosto si mislim, da me želite udariti po glavi, in že ko se premaknete, jaz čutim Vaš udarec.« S tem sporoča, da bi jo jaz – ko me predolgo muči – najraje udaril ali vrgel ven. To bolniki vedo iz izkustev, dobro poznajo bes, ki jih preplavi, ko morajo pretrpeti grajanja ali krivičnosti. (Pomemben, pogosto morda najpomembnejši izvor mazohizma – želje, da me pretepejo – je lahko nasprotovanje z besom prežeti dvoličnosti učiteljev in staršev, ki jo zakrivajo s svojim prijaznim vedenjem.)

Za otroke je neznosno zavedanje, da so edinole oni poredni, ker se na torturo odzovejo z besom. Odrasli seveda kaj takšnega nikoli ne čutijo, saj so oni vselej pravični, pametni in uvidevni oz. se takšne doživljajo itd. Neznosno je, da bi v neki odlični in vzorni družbi jaz bil edini poreden, zato mi je v tolažbo, če mi uspe mojega očeta ali gospoda učitelja razjeziti in s tem doseči, da posredno priznata, da imata tudi onadva svoje šibkosti, prav tako kot njuni otroci.

Tudi v primeru B. sem pomislil – čeprav je glede tega name vplival tudi primer R. N. –, kako bi bilo, če bi nenadoma zamenjala vlogi, oz. da bi se jaz ulegel na kavč, ona pa bi se udobno namestila v mojem naslonjalu. Želel sem ji pokazati le to, kaj so proste asociacije, ona pa je meni morala pokazati, kako se mora analitik pravilno vesti. Vesel sem bil svoje ponovno pridobljene svobode in tega, da se lahko sprostim. V nasprotju s kričanjem in prepiranjem sem hotel biti deležen nežnosti ter prijaznosti, prosil sem jo, naj me boža po glavi, želel pa sem tudi to, da bi za nagrado za moje trdo delo bila z mano prijazna in nežna – da me objame in poljubi; s tem sem seveda priznal, kako nerad sem v drugem položaju, v katerem sem moral venomer samo trpeti, zaradi česar sem komajda lahko kaj prosil. To je gotovo značilno za nekoliko otroško naravnost moškega do ženske. Toda tudi psevdoanalitičarkin odziv ni bil nič manj značilen: brez nadaljnega je bila pripravljena uresničiti vsako mojo željo, primorana pa je bila celo priznati, da ne pozna niti sramu niti zadržanosti; nekoliko (ne zelo) se je prestrašila ob misli: »*kako bi lahko jaz bila analitičarka, če tako zlahka popustim željam mojih klientov?*«

Na to vprašanje, ki nas precej spravlja v zadrego, lahko poskušamo odgovoriti sledeče: a) ženske so morda dobre analitičarke le toliko, da bolnikove želje – kakor mati želje njenih otrok – hitro in z gotovostjo uganejo, slabe pa so takrat, ko je govora o drugi vzgojni nalogi, tj. učenje v življenju nepogrešljivega samozadrževanja in samoobvladovanja. Moški in ženska sta lahko torej enako dobra analitika, ženska mora edinole osvojiti nekaj moškega samoobvladovanja in zadrževanja, da bi lahko tudi otroka naučila tega. A tudi moški je lahko zares dober analitik le takrat, če poleg logičnih in moralnih pravil (v katerih je domač) osvoji še žensko sposobnost sočustvovanja, ki jo uporablja, poučuje, če je potrebno, in priporoča tudi drugim.

Pri tej bolnici lahko popolna odsotnost sramu in morale izvira iz dejstva, da je predčasno in v celoti spoznala seksualno resničnost oz. ugodje, še preden bi zaradi svoje neizkušenosti sploh imela pojma o socialnih ter praktičnih nevarnostih, ki so s tem povezane. »*Otrok zaradi predčasne spolne aktivnosti postane nevzgojljiv*« (Freud).²⁴⁴ Enako bi lahko veljalo tudi za analitično nevzgojljivost. Vendar jaz verjamem, da so tudi predčasno poučeni – seveda z mnogimi težavami – lahko analitično vzgojljivi. Seveda le takrat, če v odnosu do njih postavimo na stran vsakršno sramežljivo dvoličnost – vsaj v mislih in čustvih, toda tudi v govoru ter vedenju –, in našo zadržanost upravičimo izključno s socialnimi ter drugimi, resničnimi ovirami.

²⁴⁴ Sigmund Freud, *Tri razprave o teoriji seksualnosti*, op. cit.

24. julij 1932

O abreakciji

V primeru R. N. že več kot dve leti delava tako, da bolnica v celoti podoživi določene trenutke travme, pogosto pa tudi dogodke pred travmo, ter jih – z velikanskim afektom, vsemi značilnostmi groznih dogodkov, ki spremljajo izbruhe – predela. Asociacije se skoraj brez izjeme navezujejo na njene sanje. Deloma jo mučijo tudi že same sanje, ki so moraste, medtem ko je drugi del sanj navidezno nedolžen, za spanje nemoteč, afektivno gmoto pa obelodanijo le asociacije. Afektivni izbruhi (abreakcije) kljub mojemu prizadevanju vse do danes niso prinesli nobenega trajnega rezultata. Čeprav se ti napadi večinoma končajo z določeno pomiritvijo in je bolnica med njimi ter neposredno po njih celo prepričana v resničnost doživetih dogodkov, se že kratek čas po tovrstnih seansah pojavi dvom, in po nekaj urah je že vse tako, kot je bilo, naslednjo noč ima celo ponovno nočne more, na naslednji uri pa ponovno napad.

Vzroki te neuspešnosti nama niso povsem jasni. Potrebno je pripomniti, da pri bolnici ne pride do napadov, dokler ne zavrže svoje dnevne osebnosti in imena, ter skupaj s svojim ljubkovalnim imenom ne postane majhen otročiček, ki so mu zakrivili travmatske napade. Z drugimi besedami: abreakcijski del v resnici še vedno živi v preteklosti; bolnica ponavlja čustva svojega otroštva oz. jih nadaljuje. Ko se po napadu prebudi, ponovno postane odrasla oseba, ki se ne spominja več resničnosti bolečih doživetij in napadov iz otroštva. Četudi se napada spominja, torej ni amnestična, situacij, v katerih je do napadov prišlo, ne začuti kot resnične. Dokler je razcep osebnosti prisoten, dokler je bolnica po eni strani budno-zavestna in amnestična, po drugi strani pa spi ali pa je v transu in v tem stanju nadaljuje s preteklostjo, torej dokler se odcepljeni deli osebnosti med sabo ne združijo, od abreakcij ne moremo pričakovati več kot od občasno tudi spontano nastalih histeričnih izbruhov. Vse to se zdi precej brezupno, a nekaj žarkov upanja pa se vendarle lesketa.

V kakšnih okoliščinah pride do – četudi le začasne – spojitve dveh osebnosti in posledično do prepričanja? Vse dokler ponovni izbruh poslušam nekoliko jezno, morda celo naveličano – kar bolnica deloma izve iz mojega vedenja, glasu, načina spraševanja –, se silovitost bolečine in napada stopnjuje, in če ne storim ničesar drugega, se napad običajno konča s predirljivim, poblaznelo glasnim smehom, in bolnica se prebudi v apatičnem stanju. Če pa bolnica opazi, da do nje čutim dejansko sočutje in da si kar najbolj prizadevam raziskati vzroke njenega trpljenja, potem bo poleg dramatične uprizoritve dogodkov nenadoma sposobna tudi tega, da mi o njih pripoveduje. Prijazno vzdušje ji torej omogoči, da travme projicira v preteklost in o njih pripoveduje v obliki spominov. Pred nastankom nove naravnosti – tj. spominjanje namesto ponovitve – je torej potrebno ustvariti ostro nasprotje okoliščin travmatske situacije oz. simpatijo, zaupanje, in sicer vzajemno zaupanje. Proste asociacije same po sebi, brez ponovne vzpostavitve temeljev zaupnega vzdušja, ne privedejo do prave ozdravitve. V resnici mora biti zdravnik z dušo in srcem v primeru, če ni, pa mora to, v nasprotju z vedenjem odraslih v odnosu do otrok, iskreno priznati.

Torej iz ovir, ki preprečujejo združitev osebnosti, lahko sklepamo, na kakšen način je prišlo do samega razcepa. Da lahko vzdržimo trpljenje, ob duševnem ali telesnem trpinčenju črpamo moč iz upanja, da bo prej ali slej vendarle drugače. Tako človek vzdržuje enotnost svoje osebnosti. Če količina in kakovost trpljenja presežeta posameznikove kapacitete, pa se človek preda, ne prenese več, ne spleča se mu več držati skupaj teh bolečih reči, razcepi se na dele. Ne trpim več, celo obstajati preneham, vsaj kot celoviti »Jaz« [Gesamt-Ich]. Posamezni deli lahko sami trpijo. Prekinitev celote trpljenja [Gesamtleidens] oz. zamenjava za fragmente trpljenja, lahko povzroči nenadno olajšanje, kar jok, bojevanje in vpitje nenadoma spreobrne v smeh. Fizikalna primerjava: če krogla razpade na sto majhnih kroglic, se površina poveča za stokrat,²⁴⁵ tako da je posamezna enota zunanje plasti, recimo površine kože telesa, deležna mnogo manj trpljenja. To bi lahko bil vzrok halucinacijam množic: prizor stotine podgan in miši na vrhuncu delirija. Sem spadajo tudi halucinacije narkomanov in alkoholikov. Fenomeni narkoze (npr. kloroform-narkoze) morda nudijo eksperimentalno analogijo psihološkemu učinku šoka. Vdih ne-respirabilnih smrtno nevarnih plinov povzroči veliko muko, ki je tako neznosna, da se konča z razpadom osebnosti. Prebujajoči se celoviti »Jaz« se ne more spomniti dogodkov iz časa razcepa.

Identification versus hatred²⁴⁶

Zato se poistovetim (vse razumeti = vse oprostiti), da ne morem sovražiti. Toda kaj se zgodi z mobiliziranim čustvom, če je fizikalni odvod na predmetu povsem onemogočen? Ostane v obliki telesne napetosti, ki se poskuša odvesti na premeščenih predmetih (z izjemo resničnih)? Kaznovati sebe (umoriti, samomor) je znosnejše, kot če me umorijo. Od zunaj približujoča se grožnja agresivnega uničenja je absolutna, neizogibna in neznosna. Če ubijem samega sebe, vem, kaj se bo zgodilo. Samomor je manj travmatičen (ni nepričakovan).

Travmatsko je to, kar ni vnaprej videno, raziskano, predvidljivo. Smrt, katere način in čas lahko človek sam določi, je manj travmatska – um je zmožen delovanja vse do zadnjega trenutka. Nepričakovana zunanja grožnja, katere smisel ne moremo sami dojeti, je nezno-sna.

Izza humbleness²⁴⁷ velikanski narcizem – justified!²⁴⁸ Otrok je edino razumno bitje v po-blaznelem svetu.

Ambivalentnost: dve različni mnenji in čustvi o taistem predmetu:

- 1. poblaznel, osovražen;
- 2. razumljivo, ljubljeno.

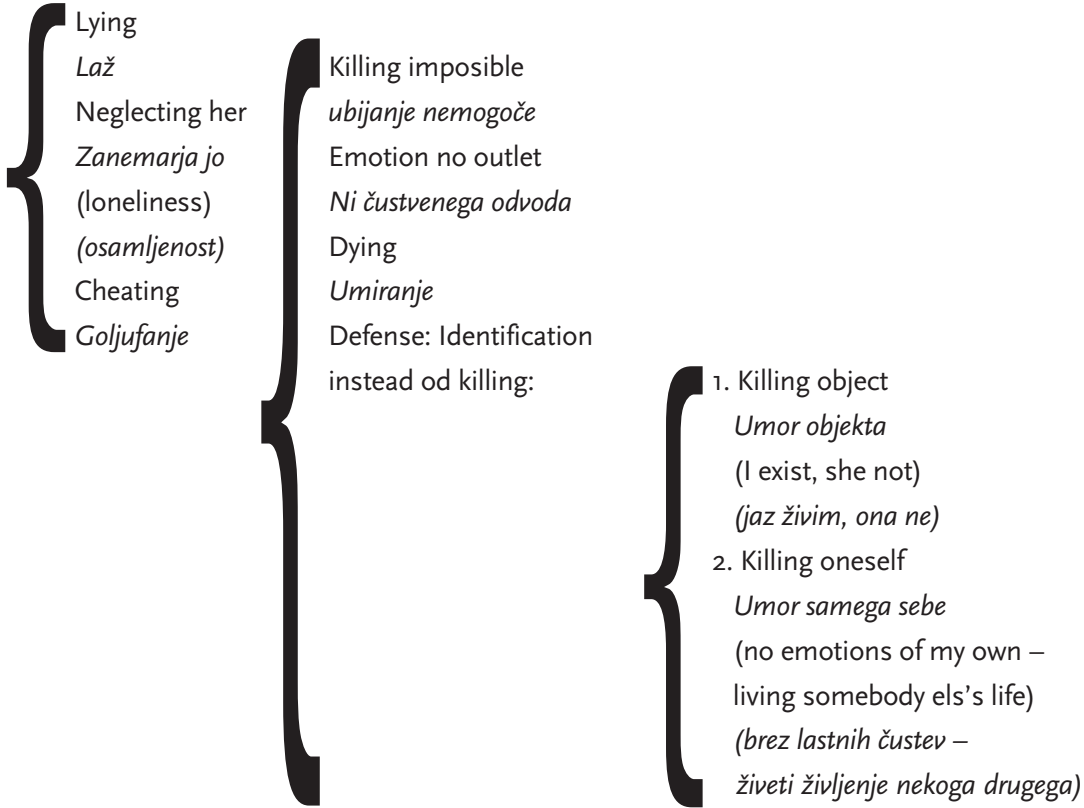
Da bi lahko sovražili, moramo imeti priložnost, da lahko nekoga ali nekaj drugega ljubimo.

Nevarnost predmeta prav tako zahteva razumevanje.

Poistovetenje med travmo

Mrs. G. Praprizor: C. možat in ženstven. Hatred of mother:

Materino sovraštvo:



Posttraumatic effect: Identifications (superegos) instead of one's own life.

Posttravmatski učinek: poistovetenja (»nadjazi«) namesto lastnega življenja.

²⁴⁵ Če se površina poveča za stokrat, bi krogla v resnici morala razpasti na milijon majhnih kroglic.

²⁴⁶ Poistovetenje nasproti sovraštva.

²⁴⁷ Ponižnost.

²⁴⁸ Upravičeno.

Potlačitev (preskok v telesno). (James – Lange).²⁴⁹

Povsem senzibilen (senzitiven) dražljaj (stalni dražljaj).

Brez outlet-a²⁵⁰ progastih mišic (brez čustev), a kljub vsemu s srčno inervacijo. Pasje srce.²⁵¹

Potlačitev (B.): nezmožna kričati ali napasti svojo mamo. Grlo se zoži. Noge postanejo toge v *equine*²⁵² položaju. Zaradi materinega glasu postane nema. Četudi jo umorijo, ne sme (ni zmožna) kričati; »ni kričanja«.

Identification versus hatred²⁵³

1. G. = Mother + Father. Left alone.²⁵⁴

2. Dm. – ni nobene osnove za primerjavo z ne-izzivajočimi, razumevajočimi osebami, saj je njihov obstoj nepoznan. Otrok vidi svoje starše: bojevati se (nesmiselno, poblaznelo). Če to uvidim, ostanem brez staršev; toda to je (za otroka) povsem nemogoče. Zato otrok postane psihiater, ki poblaznelega obravnava razumevajoče in mu da prav²⁵⁵ (tako je manj nevarno). Otrok celo namenoma zagreši napake, da upraviči in zadovolji odraslo potrebo po agresiji. (Dm.: smelling.)²⁵⁶

Perverzije niso fiksacije, temveč proizvodi strahu

Tesnoba, strah pred normalnostjo (travma), je vzrok pobega k premeščenim načinom izpolnitve želje. Homoseksualnost (avtosadizem) je prepovedan, toda ne toliko »nemogoč«, »nepopisen«, »nepredstavljen« kot heteroseksualna združitev.

1. Homoseksualnost: izraz prijateljstva se stopnjuje vse do popolne izpolnitve želje:

a) maskulina uporaba moških, kot da bi bili ženske

1. preobrat moškega

2. preobrat samega sebe

²⁴⁹ James-Langova teorija čustev: v resnici gre za dva avtorja, ki sta vsak zase dognala enaka zaključka: C. G. Lange (1834-1900) je bil danski filozof, ki je napisal delo: Carl Georg Lange, *Über Gemütsbewegungen* [O čustvih], Thomas, Leipzig, 1885. V navedenem delu je trdil, da čustvo ni nič drugega kot sprememba v vazomotornem sistemu, ki povzroča različne farmakodinamične spremembe kot odziv na čustvene dražljaje. Ameriški filozof W. James pa je napisal delo: William James, »What is an Emotion?« [Kaj je čustvo?], *Mind*, let. IX, (1884), št. 34, str. 188-205. V njem je postavil tezo, da s strani čutilnih organov zaznani organski odzivi niso niti posledice niti spremljevalci čustvenega doživetja, temveč vzroki; tako bi bilo pravilneje reči, da nas je strah, ker tečemo vstran, kot pa da tečemo vstran, ker nas je strah.

²⁵⁰ Odvoda.

²⁵¹ Srčni ritem je pri psu povezan z ritmom dihanja.

²⁵² Noga je v prisilno iztegnjenem položaju in se tal dotika le s svojim sprednjim končnim delom.

²⁵³ Poistovetenje nasproti sovraštva.

²⁵⁴ Mati + oče. Prepuščena sama sebi.

²⁵⁵ Glej: Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, *op. cit.*

²⁵⁶ Smrdi.

b) feminino: zamenjava materinskih čustev za orgastične (pretiravanje): nadomestek heteroseksualnosti.

c) »pretvarjati se za otroka«, da ne pokaže heteroseksualnosti (podaljšanje ali simuliranje otroškosti). Otroku je vse dovoljeno.

2. Sadizem – analni erotizem. Otrokom ni možno povsem prepovedati, da bi se pritoževali zaradi črevesnih motenj ali težav z uriniranjem. Odrasli ne morejo povsem zanikati niti tega, da so to možne funkcije in organi, s katerimi razpolagajo tudi sami (odrasli). Zaradi fizične bližine ni težko premestiti zanimanje in občutek z genitalij na sečni mehur in črevo, zanimanje za orgazem pa na svobodo praznjenja.

Do genitalnosti ne vodi seštevek uretralnosti in analnosti (amfimijsacija),²⁵⁷ pravi proces je razcep genitalnosti na uretralnost in analnost. Dobesedna uporaba Freudovih teorij je bila napačna!

Torej premestitev od zgoraj navzdol in nakopičenost celotne količine libida v spolnem organu – zmota? In kako drugače nastane genitalnost?

Kaj je s teorijo »rezervoarja«?²⁵⁸

Ponovni poskus: genitalnost nastane *loco proprio*,²⁵⁹ kot že pripravljena in specifična tendenca organskega delovanja (senzomotorni mehanizem). Otrok pred razvojem tega mehanizma ne razpolaga z nikakršno seksualnostjo. Vrnitev k splošno sprejetemu dožemanju: ni nikakršne ekstragenitalne infantilne seksualnosti, gotovo pa obstaja zgodnja genitalnost, katere potlačitev izzove sledeče histerične simptome:

1. sesanje iz užitka

2. analno igro

3. uretralno igro

4. sadomazohizem

5. ekshibicionizem – voajerizem

6. homoseksualnost

»Oralna organizacija« je že drugotna.

»Analno-sadistična« organizacija prav tako.

Sesanje iz užitka: prvotno nima nobene zveze s seksualnostjo – šele po potlačitvi samoza-dovoljevanja, kar se začne že zelo zgodaj. Ali je tudi Ojdipov kompleks posledica aktivnosti, strastnosti odraslih?

²⁵⁷ Glede amfimijsacije glej: Sándor Ferenczi, *Thalassa – versus einen Genitaltheorie* [Thalassa – poskus genitalne teorije], *op. cit.*; *id.*, »Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic« [Psihoanalitična razmišljanja o tikju], *op. cit.*; *id.*, *Zur Psychoanalyse der Sexualgewohnheiten* [O psihoanalizi spolnih navad], Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1925.

²⁵⁸ Prim. Sigmund Freud, »Psihoanaliza in teorija libida«, *Problemi*, let. LVII (2019), št. 1-2, str. 44: Freud v razdelku o narcizmu zapiše sledeče: »Ustvarili smo si predstavo o libidu kot rezervoarju – tako imenovanega narcističnega – libida, iz katerega pritekajo libidinalne investicije v objekte in v katerega so lahko te zopet umaknjene«.

²⁵⁹ Svoje mesto.

Torej ni fiksacija zaradi želje, temveč fiksacija zaradi strahu: moški in ženska me bosta ubila, če ju ne ljubim²⁶⁰ (če se ne poistovetim z njunimi željami).

26. julij 1932 [I.]

Klitoris in vagina

Morda je prenačlenjeno, da si žensko seksualnost predstavljamo na način, da se začne s klitorisom, z mnogo poznejšo premestitvijo te cone na vagino. Vprašanje, ali sploh obstaja organ, glede katerega bi si lahko predstavljali, da ga duševnost »ni odkrila«, da je duševno nevtralen oz. neobstoječ.

Ravno nasprotno, lahko se nam zdi upravičeno predpostaviti, da je navidezno ne-odkritje vagine že znak frigidnosti, stopnjevana erogenost klitorisa pa histerični simptom. Taista premestitev bi sprožila tudi prekomerno poudarjenost uretralnega in analnega področja, oz. razcep genitalnosti na sosednje in bolj oddaljene premestitve. Motivi za vaginalno potlačitev v zgodnjem otroštvu so lahko sledeči: da se roko – skorajda od trenutka rojstva dalje – sistematično drži proč od vaginalne odprtine, področje klitorisa pa se od samega začetka draži z umivanjem in pudranjem.

V primerih zgodnje travme se lahko analitično prepričamo, da se infantilna vagina – iz senzoričnega in motoričnega vidika – normalno in živo odziva na vanjo prodirajoče dražljaje; dejanska travma se začne takrat, ko bi otrok morda želel doživeti ponoviti, a ga z občutki krivde obremenjen partner zavrne, mu zagrozi in ga kaznuje.

26. julij 1932 [II.]

Revizija Ojdipovega kompleksa

Primer G. Zavesten spomin in vizualizacija spolnega odnosa staršev. Mati je bila vedno brezobzirna in sebična, njena ljubezen pa nedosegljiva. Bolnica se je morala zadovoljiti z očetom. Oče je bil z njeno materjo precej nesrečen (mati ga je neprenehoma varala in zdi se, da je otrok to nekoliko slutil). Oče je deloma iskal tolažbo v svoji ljubezni do otroka; ta je postal njegova strast. Očetov strasten pogled povzroči šok, otrok pa to dojame kot življenjsko ogrožajočo nevarnost. Zaradi lastnih šibkosti in pomanjkanja aloplastičnih telesnih in duševnih inštrumentov agresije ne preostane drugega, kot da pogine v neljubljenosti ali pa se preko avtoplastične prilagoditve prikroji napadalčevim željam, tudi tistim najbolj skrivnim; ga pomiri. Poistovetenje namesto sovraštva in obrambe. Nadaljnja prednost poistovetenja z očetom je njegova izključitev: takoj ko postane oče, znova pridobi svojo mamo, ki bi sicer ostala nedostopna. Erotične fantazije in samozadovoljevanje uprizarjajo aktivni ali pasivni seksualni odnos z materjo. Ko je mati zapustila očeta (otrok

je bil takrat star deset let), se je oče začel še bolj strastno naslanjati na otroka, enkrat se je celo – ko ga je mučila nespečnost – ulegel v njeno posteljo in ji dramatično potožil svojo nesrečo ter ji velel, da se ji ga ni potrebno več bati, nato pa ji zaupal gospodinjstvo. Obenem pa jo je neprestano in zelo strogo poučeval, da je njena mati negativni zgled oz. da naj sploh ne postane seksualna. Uresničitev infantilne fantazije je povsem onemogočila, da bi se separirala od očeta, predvsem zato, ker so nezavedne seksualne fantazije zaradi prepovedi ostale nespremenjene; prenos na tretjo osebo je postal absolutno nemogoč in sploh ni jasno, ali ima bolnica spontana, ne-izzvana čustva, in katera ta so.

To bi lahko bil eden – zagotovo neredkih – primerov, ko navezanost na starše oz. incestuozna fiksacija ni produkt naravnega razvoja, temveč se v duševnost vsadi od zunaj, se pravi, da je produkt nadjaza. Potrebno je opozoriti, da lahko med najrazličnejšimi dražljaji – ki niso premočni in jih tudi ni potrebno premagati (sovrastvo, strah itd.) – mimetični učinek izzovejo ne le seksualni, temveč tudi druge vrste dražljaji, podobno kot vsiljena ljubezen.

Še neizoblikovan individuum se lahko razvija le v ugodnih okoliščinah. V sovražnem ozračju ne more obstati in pogine, kar se duševno pokaže v tem, da se sama duševnost razcepi oz. enotnost – »Jaz« – preneha obstajati. Če ta optimum ne podpira z vseh strani še »na pol tekočega« individuum, potem je ta nagnjen, da »eksplozira« (Freudov gon smrti). Fragmenti »Jaza« – na način, ki sem nam zdi mističen – pa vendarle ostanejo v medsebojni povezanosti, četudi je ta odnos še tako iznakažen in prikrit. Če to uspe...²⁶¹

27. julij 1932

Ali ima bes vlogo v procesu potlačitve?

B. v določenih relaksiranih stanjih, kakor da bi bila ohromela, blede, komaj diha, oči so vdrt, koža pa ledeno mrzla. V izjemnih primerih in s premagovanjem gromozanskih odporov (prisilne proste asociacije, pobeg v melodije, ritme) uspe priti pod oz. za to plast. Obraz nenadoma postane krvavo rdeč, roke in noge pa so v krču, vpitje, iz česar se z mojo pomočjo izoblikujejo smiselne besede in stavki, poniževanje in grajanje očeta ter matere, žive predstave neusmiljenih pretepov (svojo mater preprosto pretepe do smrti, očeta pa neskončno dolgo trpinči).

Bolnica svoje čustvovanje tekom lastnega »umiranja« opiše s sledečimi besedami: »Everything turns inside out«²⁶² – s čimer želi povedati, da pretežni del njene osebnosti kakor da bi zamrznil v ledeno skorjo. Ta skorja ščiti pred prodorom globoko v notranjosti skrite, nepredušno zaprte potlačene vsebine.

²⁶⁰ V izvirniku: »Wenn ich ihn nicht liebe« [če ga ne ljubim].

²⁶¹ Nadaljevanje manjka.

²⁶² Vse se je obrnilo navzven.

To opažanje govori v prid tega, da imata sovraštvo in bes vlogo v procesih, ki se pojavijo pred potlačitvijo; če je temu tako, nobene analize ne moremo opredeliti za zaključeno, dokler nismo ustvarili tudi tega čustva. Morda sprva tekom slehernega užaloščujočega duševnega pretresa poskušajo s agresivno, aloplastično obrambo, in šele, ko se soočijo s prepoznanjem lastne šibkosti ter popolne nemoči, sledi brezpogojna predaja, celo poistovetenje z agresorjem. Pri bolniku se poleg tega, da uvidi lastno šibkost, pojavijo tudi konflikti ambivalence, kar lahko vodi do opustitve lastne osebnosti (v primeru B. prijetna občutja, ki jih je v njej znal vzbuditi oče, v primeru G. pa poleg tega tudi nežna občutja v odnosu do očeta in občutek hvaležnosti).

Predstava »*inside out*«²⁶³ v psihološkem izrazoslovju pomeni, da se odvrnemo navzven od nečesa neresničnega in fantastičnega ter da le-to obravnavamo, kakor da bi bili »mi sami«, medtem ko je to zgolj nekaj neživega, in četudi deluje pravilno, je le navidezno živ mehanizem. O. S. domnevno še najbolj grobe žalitve in celo fizične napade svoje prijateljice doživi brez besa in sovraštva; dosledna interpretacija besa v analizi – morda skupaj s pomiritvijo, da je ne obsojam – privede do tega, da počasi vendarle prizna svoj bes in sovraštvo, celo morilske namene.

Najučinkovitejši motiv potlačitve je v skoraj vseh primerih poskus, da se izniči utrpela poškodba. Drugi, še učinkovitejši motiv, je poistovetenje iz strahu; človek mora natančno poznati svojega nevarnega nasprotnika, slediti mora vsakemu njegovemu premiku, da bi se lahko zaščitil pred njim. Last not least:²⁶⁴ celo strah vzbujajočega tirana – čigar vedenje deluje kakor vinjenost ali poblaznelost – poskuša spraviti k pameti. Ko je Meduzo strah, da bi ji odsekali glavo, si nadene grozav obrazni izraz, s čimer bestialnemu napadalcu zrcali: tako izgledaš. V odnosu do napadalca ni nobenega razpoložljivega agresivnega orodja, prav tako ni nobene možnosti, da bi ga prisilili k boljši uvidevnosti ali kako drugače spravili k pameti. Preplašiti napadalca na način, da se poistovetimo z njim, mu predloži zrcalo (ta twam asi:²⁶⁵ to si ti).

Normalni in patološki seksualni odnosi v družini

Primer G.: moj včerajšnji poskus, da bi celotno ojdipsko situacijo povezal z zunanjim vplivom (očetovimi izgredivi), je bila napaka. Bolnica z vso gotovostjo trdi – nimam nobenega razloga, da ji ne bi popolnoma verjel –, da se je po infantilnem šoku (praprizor; naknadno poistovetenje z materjo) še kar dobro pobrala, in bila je ravno na tem, da se odvrne od svojih staršev v smer zunanjih objektov. Šele po očetovem drugem, skorajda dejanskem približevanju (mati pobegne od doma, hčerka pa prevzame moč gospodinje), je prišlo do zafiksiranega stanja, iz katerega več ni bilo možno pobegniti. Strastna

²⁶³ Navzven.

²⁶⁴ Nenazadnje.

²⁶⁵ Sanskrit izraz.

genitalizacija odnosa z očetom se ni zgodila, ker bi sama tako hotela, temveč, ker ji je bilo tako rekoč vsiljeno. Obramba ni prišla v poštev (glej zgoraj potlačen bes). Incestuozno situacijo je doživela preveč strastno, izoblikoval se je neznosen ojdipov kompleks z neizogibno potlačitvijo le-tega. Vaginalno že ustvarjen libido se razcepi (vagina se izprazni), in zadovoljitev se premesti na pregenitalne, infantilne cone, ki so dovoljene tudi v incestuoznem odnosu: fantazije o ženskih prsih (dejavnik nežnosti v seksualnosti), fantazije o zadnjicah, o tem, kako jo udarijo oz. o udarcu = ponovna premestitev strastnega zanimanja na analno cono in akte kaznovanja, ki jih čuti zaradi nesnažnosti. Še naprej je potrebno preučevati, v kolikšni meri ima Freud prav glede tega, da je ojdipov kompleks v normalnih okoliščinah otroška igra, patogeni kompleks pa postane le v patoloških primerih, pod vplivom travm.

Kaj je travmatsko: agresija ali njene posledice?

Že zelo majhni otroci so sposobni v mnogo večji meri prilagoditveno odgovoriti²⁶⁶ na seksualne in druge vrste strastnih napadov, kakor si to lahko predstavljamo. Do travmatske zmedenosti pride predvsem zaradi tega, ker z občutkom krivde obremenjeni odrasli zanikajo napad in »odgovor«, obravnavajo ga celo kot kaznovanja vrednega.²⁶⁷

Kruta igra z bolniki.

Psihoanaliza v obliki, kot se kaže v odnosu med zdravnikom in bolnikom, mora slednjemu pustiti vtis neke še posebej krute reči. Zdravnik prijazno sprejme bolnika, prizadeva si zagotoviti transfer, mirno kadi cigaro v svojem fotelju, medtem ko bolnik doživlja agonijo, z dolgočasnim tonom podaja konvencionalne in že neštetočrat ponovljene pripombe, občasno celo zaspi. V najboljšem primeru se zelo trudi, da bi premagal zehajoči dolgčas, celo napreza se, da bi bil prijazen in sočuten. Če bolnika vzgajamo v smeri dejanske svobode, ga spodbujamo, da premaga svojo tesnobo in sramežljivost tudi v odnosu do nas, potem bomo lahko slišali, da se določena plast bolnikove duševnosti zelo dobro zaveda sleherne naše dejanske misli in čustva. Zaman poskušamo vedno znova izvleči se iz mučne situacije, saj bolnik čuti, da je tudi to prisilno. Analogije otroške dobe in njihov prenos na sedanjost preprečujejo, da bi se lahko odcepil od nas. Dokler ima bolnik – na katerega sleherni naši izrazi in besede učinkujejo kakor močna sugestija – le kanček upanja, da se izpolnijo njegova ljubezenska hrepenenja, se od nas ni zmožen odcepiti, še manj pa si poiskati druge, realnejše življenjske možnosti. Torej, ne glede na to, koliko je vredna sočutna poglobitev v bolnikove pritožbe in trpljenja (brez poglobitve v bolnikova subtilna čustva nikoli ne bi prišli do takšnih globin), enkrat pride dan, ko...²⁶⁸

²⁶⁶ V izvirniku: »*response*«.

²⁶⁷ V zvezi s tem glej: Sándor Ferenczi, »Otroška analiza odraslih«, *op. cit.*, in *id.*, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, *op. cit.*

²⁶⁸ Nadaljevanje manjka.

30. julij 1932

Neštetokrat ponovljena »dobesedna« ponovitev – brez spominjanja.²⁶⁹

Bolnica B. sanja svojo nečakinjo, ki leži na polju; bik se zapodi v njo in jo posili. Drugi prizor: vidi taisto svojo nečakinjo (ime ji je Shore),²⁷⁰ kako mrtva plava na vodi, nato pa jo v pričo množice privlečejo na nabrežje. Bolnica se prebudi. Neposredno po prebuditvi si glavo razbija s tem, zakaj se ne more spomniti teh zadev, zakaj le sanja o njih in zakaj v tako popačeni obliki. Tudi meni postavi taisto vprašanje. Moj prvi odgovor: »iz drugih analiz vem, da določen del naše osebnosti lahko 'umre', in četudi preostali del preživi travmo, se prebudi v stanje, v katerem je nastala luknja v spominu, kar ni nič drugega kot luknja v posameznikovi osebnosti, saj na selektiven način izginejo – morda se izničijo – ne le spomini na agonijo, temveč tudi vse z njimi povezane asociacije.« »Da, toda če že vse to vem, zakaj se nisem sposobna sprijazniti s tem, da je umorjeni del enkrat za vselej mrtev, in uvideti, da je konec koncev velik del moje osebnosti še vedno živ: zakaj se ne morem ukvarjati s sedanjostjo in prihodnostjo – in na koncu neumorno sprašujem sebe ter Vas: četudi me zaposluje preteklost, zakaj to počnem v obliki sanj in na tako zelo popačen način?«

V svoji zmedenosti sem si pomagal s sledečim odgovorom: »Iz drugih primerov vem, da obstajajo tako strahotno boleči trenutki, v katerih človek svoje življenje doživlja grozljivo ogroženo, sebe pa tako šibkega – ali pa v boju izmučenega –, da opusti nadaljnjo borbo. Takrat človek v resnici opusti samega sebe.« Za analogijo se sklicujem na zanesljivo pripoved svojega indijskega prijatelja, lovca, ki je videl, kako sokol napade majhnega ptiča; približa se mu, majhen ptič začne drhteti in po nekaj sekundah drhtenja sam od sebe poleti naravnost v odprta sokolova usta. Čakanje na gotovo smrt se zdi tako hudo trpljenje, da je dejanska smrt v primerjavi s tem olajšanje.

Poznamo primere, ko so se ljudje ustrelili zaradi strahu pred smrtjo (pred dvobojem, spopadom, usmrтитvijo). Zdi se sorazmerno lažje, če sam konča s svojim življenjem (prav tako, kot če sam sebe kaznuje). V primerjavi s tem se zdi neznosno, da nas neizogibno doleti velikanska sila, že skorajda čutimo vso njeno težo, in četudi se opremo na vse svoje duševne ter telesne moči, je to še vedno smešno premalo v primerjavi s silo, ki nas napada. Toda kako bi se počutil ta ptiček, če bi ravno v trenutku, ko drhteče poleti v žrelo smrti, moj prijatelj, lovec, ustrelil sokola še preden bi ta pograbil ptička; kaj bi takrat čutil ta ptiček? Po določenem času bi verjetno zadihal, verjetno bi mu ostal le spomin na trenutek samomorilnega poskusa; ker kaj je v bistvu spominjanje: nič drugega, kot ohranitev sledi spomina, da bi ga lahko uporabili tudi v prihodnosti. Če pa smo se že odpovedali življenju, torej pred nami ni več nobene prihodnosti, zakaj bi si posameznik želel karkoli zapomniti? In ker se je že odrekel samemu sebi oz. samemu sebi ni več pomembnejši kot preostali ljudje in zunanji svet, zakaj si potem ne bi zadeve olajšal (za tisti kratek čas obstoja, ki je

še preostal) s tem, da – kakor je tega navajen iz sanj – samega sebe ne zaznava več kot trpečo osebo, temveč se opazuje od zunaj ali pa opazuje sebi podobno osebo, tako kot je B. opazovala smrt svoje nečakinje v sanjah.

Preprosteje povedano bi lahko torej rekli, da strah pred neizogibno nasilno smrtjo lahko vodi do samo-žrtvovanja in s tem do sanjske iluzije ali halucinacije. Za primer se lahko sklicujem na umirajoče kolege, ki so s svojim lečečim zdravnikom imeli konzilij o umirajočem bolniku (ki ni bil nihče drug, kot oni sami). Možno je, da pravzaprav obstajata dve vrsti smrti: takšna, kateri se pokorimo, in takšna, kateri vse do konca ugovarjamo. Ena oblika tega ugovarjanja je zanikanje resničnosti oz. duševna motnja. Popolno zanikanje resničnosti je izguba zavesti. Do delnega zanikanja in popačenja resničnosti pa pride takrat, ko resničnost nadomestimo s sanjami. Če se za tem – s pomočjo zunanjih okoliščin ali vitalnih sil, na katere nismo računali, ko smo se namenili v smrt –, uspemo rešiti iz smrtne nevarnosti ali pa domnevno smrtno trpinčenje preživimo, ne da bi poginili, potem je razumljivo, da na dogodke v času duševne odsotnosti ne mislimo več subjektivno kot na spomin, temveč le objektivizirano kot na nekaj, kar se je pripetilo drugi osebi in kar si lahko predstavljamo le v tej obliki.

To bi lahko bil vzrok, da ste se Vi pod vplivom mojega bodrenja tako že mnogokrat globoko pogreznili v najbolj žive pojave infantilno-travmatičnih dogodkov, celo v svojem telesu in duši ste dramatično odigrali pretresljiv proces, toda po prebuditvi iz transa so ta resna in boleča dejstva ponovno postala le »sanje« oz. so nastale luknje v že skoraj pridobljenem prepričanju, ki se je kmalu za tem tudi razblinilo.

Ponovno se moram vrniti k misli, ki ste jo Vi sformulirali: zakaj se morava toliko ukvarjati s tem nedostopnim, odmrlim ali kako drugače propadlim delom osebnosti, »zakaj ne bi mogla mrtve pustiti mrtve, sama pa bi živela naprej?« – sem vprašal. »Na to pa res ni težko odgovoriti, gospod zdravnik. Zdi se, da odcepljen del tvori velik, morda celo največji del moje duševnosti, in četudi bi me Vi bodrili, kar upam da ne boste storili, se nikoli ne bi odpovedala, da tudi ta še tako boleči del moje osebnosti zavestno vzamem v posest.« »Moram dodati – sem odgovoril –, da tudi če bi želeli, se ne bi mogli umakniti pred učinki razcepa. Odcepljenost [Abgespalten-sein] lahko onemogoči zavestno spominjanje, pripadajočemu čustvu pa ne more preprečiti, da si utre pot v razpoloženjih, čustvenih izbruhih, občutljivostih, pogosto v splošni depresiji ali kompenzirajočem nemotiviranem veselju, še bolj pa v različnih telesnih občutkih in funkcionalnih motnjah.« »Toda kako boste Vi mene nagovorili, da brez ponovnega razcepa oz. brez ponovitve duševne motnje podoživim trpljenje, kateremu sem se med travmo spretno umaknila, in s tem ponovno popravim enotnost moje osebnosti oz. ozavestim to, kar nikoli ni bilo zavestno. Se Vam ne zdi to nemogoče lotevanje?« Moj odgovor: »Še sam ne vem, toda prepričan sem, da se vsak duševni proces lahko spreobrne, oz. vsak, ki ni izključno podedovan...²⁷¹

²⁶⁹ Tudi ta zapis je osnutek predavanja v Wiesbadnu. Prim. Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, op. cit.

²⁷⁰ Obala.

²⁷¹ Nadaljevanje manjka.

Kaj je »travma?«

»Duševni pretres«, namesto aloplastičnega (dražljaj spreminjajoč) avtoplastičen (sebe spreminjajoč) odziv na »neznosen« zunanji ali notranji dražljaj. Za ponovno formiranje samega sebe je nujno potrebno, da se predhodno deloma ali popolnoma razrušimo ali razkrojimo. Novi »Jaz« se ne more neposredno tvoriti iz predhodnega »Jaza«, temveč le iz njegovih fragmentov, bolj ali manj iz njegovih elementarnih produktov razkrajanja. (Razcep, atomizacija). Sorazmerna moč »neznosnega« dražljaja določa stopnjo in globino razpada »Jaza«:

- a) spremenjeno stanje zavesti (trans, sanjam podobno stanje),
- b) izguba zavesti,
- c) syncopa,²⁷²
- d) smrt.

Izklop zavedanja »Jaza« zaradi učinka dražljaja povzroči ublažitev nastale bolečine, na kar si lahko nepoškodovani del »Jaza« hitreje opomore. (Izklop tesnobe olajša avtomatična telesna delovanja.) Ob povrnitvi zavesti se v spominu ali spominski gotovosti pokažejo vrzeli glede dogodkov med duševnim pretresom. Vrnitev travmatske situacije brez spremembe v zunanji situaciji ali nosilnosti »Jaza« lahko ponovno povzroči le razpad in rekonstrukcijo. (Ponovitev.)

Novi dejavniki v analizi:

- 1. Prisotnost pomagajoče (razumevajoče in pomagati pripravljene) osebe. Ublažitev bolečine.
- 2. Ob izčrpanosti energije sugestivna pomoč: prebuditev, bodreče besede. Temu sledi občutek, da se poveča moč ali upade šibkost aloplastične »sposobnosti mišljenja in delovanja.« Ni »brezupa«, »nemogočega.« »Razpad« izgubi svojo veljavo. »Glue.«²⁷³ Ureditve.

Spominjanje je možno le takrat, ko se dovolj utrjen (enoten ali enoten postal) »Jaz« upre zunanjim vplivom, ki sicer vplivajo nanj, a se jim ne prilagodi.

Sistemi spominskih brazgotin ustvarijo novo tkivo z lastnimi funkcijami: refleksi, pogojni refleksi (živčni sistem). To funkcijo, ki je prvotno le prekinitev spremembe samega sebe (porušenje), postavijo v službo samoohranitve kot aloplastično usmerjan miselni proces. Prisilna ponavljanja pri travmatiziranem niso nič drugega kot ponovni poskus izboljšanja ureditve.

²⁷² Prehodna, kratkotrajna izguba zavesti zaradi zmanjšane prekrvavitve možganov.

²⁷³ Lepilno sredstvo.

Dvoji šok:

- 1. travma
- 2. denial
- zanikanje

1. Fragmentation
fragmentacija

2. Atomization
Atomizacija

Anxiety: atomization
tesnoba: atomizacija
adaptability
sposobnost prilagajanja

Mouldability (suggestion and hypnosis)
oblikovalen (sugestija in hipnoza)

Magnetic power
magnetna moč

Willpower
moč volje
Augen-blick²⁷⁴
bežen pogled

Understanding is eo ipso identification.²⁷⁵

One cannot really understand without identifying with the subject. Identification = understanding can be put in the place of emotion (hatred).²⁷⁶

(Case Frkd.: She understands Fr. instead of hating him).²⁷⁷

Smrt = feminine, mother.²⁷⁸

Using his patients to give birth to his child.²⁷⁹

(psihoanalitično spoznanje)

Nikoli ni hvaležna za razumevanje (morda ker mother's harted in not benevolent).²⁸⁰

*Slavec zapoje: »O, lepa Sfinga!
O, ljubezen! Kaj to naj pomeni,
iz tebe smrtno trpljenje grozi,
in blaženost zbudila si v meni?«²⁸¹
(Heinrich Heine)*

²⁷⁴ Iz besede »bežen pogled« morda nekaj takšnega kot »v očeh zrcaljen.«

²⁷⁵ Razumevanje je samoumevno poistovetenje.

²⁷⁶ Ni možno prav zares razumeti brez poistovetenja s subjektom. Poistovetenje = z razumevanjem lahko nadomestimo čustvo (sovražstvo).

²⁷⁷ Primer Frkd.: razume Ferenczija, namesto da bi ga sovražila.

²⁷⁸ Feminilno, mati.

²⁷⁹ Svoje bolnike uporablja, da dajo življenje njegovemu otroku.

²⁸⁰ Materino sovražstvo ni dobrohotnega učinka.

²⁸¹ Prevod v slovenščino: Ante Mahkota.

»Strastnost« psihoanalitikov

Analizant je ljubljencek svojih staršev.

1. Lastno udobje. Lack of consideration. Using analysands, instead of letting them develop.²⁸²

2. Sadistični in mazohistični elementi se pomešajo v taistem ozračju, ki je bilo prvotno povsem dobrohotno. Uživanje ob trpljenju drugih, ker je lastno analitično trpljenje potlačeno. Jaz nimam med sadizmom (aktivnost) in mazohizmom (relaksacija). – Namesto da bi bil resen, veder in dobrohoten:

Analitikova občutljivost (neupravičeno) (želja po maščevanju). Prekomerno naglaševanje analitične situacije.

(Nečimrnost) Tyranny: against independance.²⁸³

Analizanti so otroci. Podaljšana analiza (namesto da bi jim dopustili da odidejo, jih obdržimo za otroke).

Praprizer v otroku vzbudi sadizem (ker je dejansko sadističen)! Fr[eu]d: Otrok si praprizer razlaga analno-sadistično (ker se nahaja v analno-sadističnem obdobju).

F[erenci]j: analen.

Sankcija: ne zmore biti sam.

Otroci ne zaupajo lastnim mislim in dejanjem, dokler s strani staršev ne dobijo odobritve. Zaradi tega R. N. in Fr[eu]d: Povejte Vi (pomen) – po tem ko ga je sam našel. (Dokaz tega, da je določen del dejansko ostal majhen otrok.) Otrok niti v miselnih procesih ne more biti sam, potrebno ga je podpirati, tako kot ko se uči hoditi.

4. avgust 1932 [I.]

Osebnostni razlogi stranpoti psihoanalize²⁸⁴

Zakaj antitavma in pred-dispozicija? Zdi se, da je F[reu]d v F[erenci]jevem primeru, da bi se izognil nečemu travmatičnemu, zunanjo situacijo spremenil ustrezno bolnikovi nevrotični želji. Dr. F[erenci]ja je kljub vsem svojim tehničnim pravilom, ki jih je zasnoval, že skorajda sprejel za svojega sina. Kakor sem od njega samega izvedel, je slednjega videl kot najpopolnejšega dediča svojih zamisli. On je torej postal evidenten prestolonaslednik in približuje se njegovo slovesno vkorakanje v Ameriko (Fr[eu]d je verjetno v preteklosti nekaj podobnega pričakoval od Junga; od tu izvirata dva histerična simptoma, ki sem ju

²⁸² Pomanjkanje upoštevanja drugega. Uporaba analizantov, namesto da omogočimo njihov razvoj.

²⁸³ Tiranstvo v nasprotju z neodvisnostjo.

²⁸⁴ V nemški izdaji z opombami g, h, i.

opazil pri njem): 1. izguba zavesti v Bremnu,²⁸⁵ 2. inkontinenca²⁸⁶ na Riverside Drive-u,²⁸⁷ k temu pa še fragment analize, ki nam ga je predstavil: umreti preden sin prevzame njegovo mesto in regresija v otroštvo, otroška osramotitev, ko potlači svoje ameriško bahanje.

(Možno, da zaničevanje Američanov ni nič drugega, kot odziv na to njegovo šibkost, ki jo pred nami in samim sabo ni zmozel zatajiti. »Kako sem se lahko tako zelo veselil ameriškega odlikovanja, če pa tako zaničujem Američane?« Potrebno je pojasniti njegovo ganjenost, ki je bila še zame – spoštljivega očividca – nekoliko smešna, ko se je s skoraj solznimi očmi zahvalil rektorju univerze za častno doktorsko diplomo.)²⁸⁸

Misel – ki v nezavednem verjetno povzroča veliko tesnobo –, da mora oče umreti, ko sin odraste, pojasni njegov strah, da bi kateremukoli od svojih sinov dopustil osamosvojitve. To pa nam obenem dokazuje tudi to, da je Fr[eu]d v svojem deškem obdobju dejansko želel ubiti svojega očeta. Namesto da bi to uvidel, je ustvaril svojo teorijo, ki govori o Ojdipu, ki je umoril svojega očeta, a očitno se ta teorija nanaša le na druge, nanj pa ne; od tu izvira strah, da bi se pustil analizirati, morda pa tudi misel, da primitivni goni pri odraslem kulturnem človeku dejansko niso več prisotni in da je ojdipska bolezen takšna otroška bolezen kot ošpice.

V nezavednem zagotovo grobo – in na vzajemno kastracijo usmerjeno – agresivnost prekriva potreba harmoničnega odnosa oče-sin, ki bi jo lahko imenovali/ocenili za homoseksualno. Vsekakor je npr. to, da sem njegov sin, lahko prenašal le tako dolgo, dokler se mu nisem prvič postavil po robu (Palermo).²⁸⁹

Otto R[ank]²⁹⁰ je bil mnogo lažji primer, prav tako kot naš prijatelj Von Fr[eu]nd.²⁹¹ (Splača se vzeti v roke moje berchtesgadenske zabeleške iz leta 1908;²⁹² moje navdušenje,

²⁸⁵ Freud se je s Ferencijem in C. G. Jungom – zaradi skupnega potovanja v Združene države Amerike – srečal 20. avgusta 1909 srečal v Bremnu. Ernest Jones v zvezi z »izgubo zavesti« v svoji Freud-monografiji piše: »[Freud] je svoja dva tovariša povabil na kosilo in skupaj s Ferencijem mu je po krajšem prepiru uspelo Junga prepričati, da opusti svoja antialkoholna prepričanja in z njima popije kozarec vina. Neposredno po tem se je Freud onesvestil in padel s stola; v Jungovi prisotnosti je imel dva tovrstna napada, ta je bil prvi« (Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* [Življenje in delo Sigmunda Freuda], op. cit.

²⁸⁶ Nezmožnost zadrževanja.

²⁸⁷ Jones na istem mestu piše, da je Freud v tem času poleg črevesnih tegob imel tudi težave s prostato, kar so ameriške razmere še dodatno poslabšale. »Spomnim se, da se mi je enkrat potožil, kako maloštevilna in težko dostopna so javna stranišča v Ameriki: 'Vodijo me skozi kilometre dolge hodnike, dokler v podprtiliču taiste stavbe ne prispem v marmorno palačo, ravno v zadnjem trenutku'« (Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* [Življenje in delo Sigmunda Freuda], op. cit.

²⁸⁸ Freud je 11. septembra 1909 – po seriji petih predavanj na Univerzi Clark (Massachusetts) – prejel častni doktorat iz področja psihologije.

²⁸⁹ Freud in Ferenci sta septembra 1909 potovala iz Leidna skozi Pariz, Firence, Rim in Neapelj v Palermo, kjer sta skupaj preživela teden dni. Glede palermškega konflikta glej korespondenco med Ferencijem in Grodeckom, Ferencijevo božično pismo iz leta 1921. Ferenci je sicer Freudu med potovanjem večkrat očital strogo očetovsko držo, slednji pa Ferenciju očital, da se vede kot užaljen in prezahteven otrok. Podrobnosti glej v: Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* [Življenje in delo Sigmunda Freuda], op. cit.

²⁹⁰ Otto Rank (1884-1939) je bil dunajski psihoanalitik ne-zdravniške izobrazbe. Od leta 1906 dalje sta si bila s Freudom precej blizu, v dvajsetih letih prejšnjega stoletja pa sta se oddaljila; Rank je začel hoditi po svoji poti, da bi razvil tehniko hitre analize, kar je Freud obsodil. Njegovo najbolj znano delo je: Otto Rank, *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse* [Trauma rojstva in njene posledice za psihoanalizo], Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien-Leipzig-Zürich, 1924.

²⁹¹ Anton Tószhegy von Freund (1880-1920) je bil bogat madžarski pivovarnar in filantrop, ki je psihoanalitičnemu gibanju nudil pomembno finančno podporo. Leta 1918 ga je Ferenci imenoval za sekretarja Mednarodnega psihoanalitičnega združenja. Njegova starejša sestra Kata je bila prav tako psihoanalitičarka, ki se je občasno obrnila na Freuda po nasvet. Bila je žena Ferencijevega osebnega zdravnika Lajosa Lévyja.

²⁹² Prvo skupno letovanje Ferencija in družine Freud je bilo med 15. in 30. julijem 1908 v Diedfeld Hofu blizu Berchtesgarnu.

depresija, ko me je zapustil le za en dan; v njegovi prisotnosti popolnoma zavrt govor, dokler ni načel določene teme, zatem pa silna želja, da bi si pridobil njegovo odobravanje s tem, da sem ga popolnoma razumel in celo nemudoma napredoval v smeri, ki mi jo je on predlagal – vse to me predstavi kot zaslepljenega in odvisnega fanta. On se je seveda zelo dobro počutil v svoji vlogi, lahko se je prepustil svojim teoretičnim fantazijam, ne da bi ga pri tem zmotilo kakršnokoli ugovarjanje, navdušeno odobravanje zaslepljenega učenca pa je uporabil za stopnjevanje svoje samozvesti. Njegove genialne ideje so bile v resnici večinoma utemeljene na enem samem primeru, kot da bi bile razsvetljenja, ki so me npr. zaslepila in pahnila v začudenje. »Kako čudovito, da on to ve.« V tem pripoznanju prepoznavam dvom: le občudovanja vredna stvar, ne pa logična prepričanost, oz. le navdušenost, ne pa samostojna sodba me je spodbudila, da sem mu sledil.

Iz zaslepljene privrženosti izvirajoče prednosti: 1. pripadam ugledni (s strani kralja protežirani) skupini, kjer imam povrh vsega celo rang vojskovodje (fantazija prestolonaslednika). Od njega in njegove tehnične metode smo se naučili stvari, ki so življenje in delo naredile udobnejše: mirna, brezčutna zadržanost; neomajna gotovost v lasten prav; in teorija, da vzroke za neuspeh iščemo in najdemo pri bolniku, ne da bi ob tem deloma upoštevali tudi naš lastni delež. Tehniko je na lastnem primeru uporabil na nepošten način in predlagal, da naj ne dopustimo, da bolniki o njej karkoli izvedo, na koncu pa še pesimistični nazor, ki ga je podelil le z nekaterimi svojimi zaupniki: »nevrotiki niso nič drugega kot golazen, samo za to so dobri, da nas finančno preživljajo in da se iz njihovih primerov učimo; psihoanaliza kot terapija ni vredna prav nič.«

To je bila ta točka, kjer mu nisem bil več pripravljen slediti. V nasprotju z njegovo voljo sem začel javno razpravljati o tehničnih vprašanjih. Zavrnil sem, da bi zaupanje bolnikov zlorabil na tak način kot on, in nisem delil niti mnenja, da terapija prav nič ni vredna. Menim, da je terapija dobra, edinole mi smo verjetno še šibki, in začel sem raziskovati naše napake. Tekom tega sem storil več napačnih korakov; z Rankom sem šel predaleč, ker me je na neki točki očaral s svojim novim uvidom (transferne situacije). Freudovsko frustracijsko tehniko sem poskušal do konca izvesti pošteno in iskreno (aktivna terapija).²⁹³ Po tem porazu sem poskusil s prožnostjo in relaksacijo;²⁹⁴ prav tako pretiravanje. Po teh dveh neuspehih sem zdaj na tem, da – s človekostjo, naravnostjo, dobronamerno in brez osebnega koristoljublja – delam na pridobivanju znanja in s tem pomagam.

Frau F[erenczi]²⁹⁵ je upravičeno privlačilo bistvo psihoanalize: travma in rekonstrukcija, medtem ko so analitiki – oz. način kako psihoanalizo uporabljajo – prav vsi v njej vzbudili antipatijo. Nasprotno je s profesorjem K.-jem, ki ne da bi bil analitik pomaga tako, da z za-

upanjem dopusti razcvet bolnikove inteligence, torej kljub temu, da ni analitik, pomaga analitično. Profesor Bl[euler]²⁹⁶ in M[aeder],²⁹⁷ ki jahata na lastni teoriji in ne priznata, kar je v Freudu genialnega, pa sta zanj nesprejemljiva. Hrepeni po analitiku, ki je analitično prav tako ali vsaj podobno nadarjen kot ona [gospa F.], ki ji je pomembna predvsem resnica, a ne le z znanstvenega vidika, tudi v odnosu do ljudi želi biti resnična.

Pri Fr[eudu] je torej anti-travmatskost zaščita pred uvidom v lastne šibkosti.

4. avgust 1932 [II.]

Freud z evidentno lahkotnostjo žrtvuje ženske koristi v prid moškim bolnikom. To ustreza enostransko androfilni usmerjenosti njegove seksualne teorije. V tem so mu sledili skorajda vsi njegovi učenci in tudi sam nisem bil izjema. Moja teorija genitalnosti ima verjetno mnogo dobrih točk, toda z vidika načina opisovanja in zgodovinske rekonstrukcije vztraja pri mojstrovih besedah; nova izdaja bi pomenila, da bi jo moral na novo napisati. Primer je kastracijska teorija ženskosti. Fr[eud] meni, da je klitoris razvit in delujoč prej kot vagina, oz. da se dekleta rodijo z občutkom, da imajo penis, šele pozneje pa se naučijo, da se morajo le-tega in matere odpovedati ter se sprijazniti z vaginalno in uretralno ženskostjo. S tem zanemarija drugo možnost, da je heteroseksualna smer gonskega prizadevanja (morda le v fantaziji) že zgodaj močno razvita, in da moškost iz travmatičnih razlogov (praprizer) zasede njegovo mesto v obliki histeričnega simptoma.

Avtor morda izraža osebno antipatijo do spontane feminilne ženske seksualnosti; idealizacija matere. Zgrozi se zahteve, da bi imel seksualno prezahtevno mamo, ki jo mora zadovoljiti. Zaradi materine strastnosti je verjetno kdaj v preteklosti bil izpostavljen tovrstni nalogi (zaradi praprizerja je verjetno postal sorazmerno impotenten).

Oče, kastracija s strani potentnega očeta – kot odziv na ponižanje, ki ga je doživel – je vodila do stvaritve teorije, v kateri oče kastrira sina, nato pa ga bo celo sin oboževal kot boga. Fr[eud] s svojim vedenjem igra vlogo kastrirajočega boga, prav ničesar ne želi vedeti o travmatičnem trenutku lastne otroške kastracije; on je edini, ki ga ni potrebno analizirati.

7. avgust 1932

Avtotona krivda

Doslej je bilo govora le o krivdi, ki zavzame mesto strahu pred kaznovanjem, in se kot institucija »Nad-jaza« postavi nasproti »Jazu« in preostalemu delu »Onega.« Opažanje

²⁹³ Glede aktivne terapije glej Ferenczijska dela, ki so nastala med letoma 1920 in 1926.

²⁹⁴ Glede problematike prožnosti in relaksacije glej predvsem: Sándor Ferenczi, »Prožnost psihoanalitične tehnike«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, op. cit., str. 60-68. *id.*, »Načelo relaksacije in neokatarza«, slov. prev. Zoltan Pap, v: *id.*, *Enfant terrible psihoanalize*, op. cit., str. 76-86. *id.*, »Otroška analiza odraslih«, op. cit., str. 106-115.

²⁹⁵ Gizella Ferenczi.

²⁹⁶ Paul Eugen Bleuler (1857-1939) je bil švicarski psihiater, profesor na zürški univerzi med letoma 1898 in 1927 ter predstojnik psihiatrične bolnišnice Burghölzli. Znan je postal predvsem po svojem delu *Dementia praecox*, on je bolezen poimenoval z izrazom »shizofrenija.« Po spoznanju s psihoanalizo je izvedel pomembne raziskave na področju avtizma in ambivalence. Bil je tudi bojevit antialkoholik, ki mu je za to zadovalo uspelo pridobiti – od leta 1900 dalje na njegovi kliniki zaposlenega – Junga.

²⁹⁷ Alphonse E. Maeder (1882-1927) je bil švicarski psihoterapevt in nekaj časa tudi predsednik zürškega psihoanalitičnega društva. Sledil je Jungu, potem ko je ta prekinil odnos s Freudom.

pa govori v prid temu, da lahko mučna krivda nastopi tudi v primeru, če človek ničesar ni zagrešil proti sebi.

Primer greha: prekomerno samozadovoljevanje. »Jaz« se počuti dobro le v stanju »uravnoteženega libida«. Osiromašenost libida, umetno črpanje libida brez notranje potrebe ima hromeči učinek na sposobnost delovanja duševnosti in telesa. Na koncu je človek primoran zaupati tovrstnim pritožbam samozadovoljevalcev, ki govorijo same zase; vselej tako enolično ponavljajoče se pritožbe bi lahko le s silo povezali s tesnobo in strahom. Opozorila pred samozadovoljevanjem so morda le zato tako učinkovita, ker se njihov učinek prišteje k že obstoječi avtohtoni krivdi.

Še naprej ostaja odprto vprašanje, zakaj se umetna in prekomerna izpraznitev libida manifestira ravno v krivdi. Zdi se, da človek samega sebe pokliče na odgovornost, ker funkcije »Jaza« moti zgolj zato, da bi samega sebe osrečil. »Tu sem predvsem jaz; samo če sem jaz zadovoljen in me morda še vedno moti odvečna količina libida, le takrat smem pomisliti na sprostitvev libida.« Če to pravilo prekršimo, potem nas »Jaz« kaznuje z nekakšno stavko, s tem, da svoje funkcije opravlja brezvoljno in naveličano; rezultat je vsesplošna preobčutljivost, ki vsako večje naprežanje kaznuje z izčrpanostjo in bolečino.

Toda podobno se pripeti tudi takrat, ko izčrpavanja libida ne izzove dotični sam, temveč neka druga oseba, kar se prepogosto zgodi zaradi strastnosti okolja in zaradi tega, ker se ne spoznajo na psihologijo otrok.

Novorojenec ves svoj libido nameni za rast, za svoj normalni razvoj mora še celo prejemati dodatni libido. Življenje se torej začne izključno s pasivno objektno ljubeznijo. Dojenčki ne ljubijo, dojenčke je potrebno ljubiti.

Druga razvojna stopnja libidinozne ekonomije je ta, oz. se prične s tem, da otrok začne ljubiti samega sebe. (To stopnjo verjetno uvaja dejstvo, da ljubezen do otroka ni popolna, kar je neizogibno povezano s prehodno nezadovoljenostjo.) Toda zamisljivo je tudi to, da ko prva vihrava razvojna stopnja svoje mesto preda nekoliko mirnejši periodi, svoje objekte začnejo iskati že aktivirane odvečne količine libida. »Jaz« je takrat prvi objekt ljubezni. Notranja neporabljena libidinozna napetost in količina libida – kakor raste – začne iskati svoj objekt tudi izven »Jaza.«

Človek lahko za tem poleg »biti ljubljen«²⁹⁸ in samoljubja introjicira kot objekte ljubezni tudi osebe in predmete. Kdaj, v katerem mesecu razvoja nastopijo opisane spremembe, zaenkrat še ni poznano.

Siljenje v časovno neustrezne načine zadovoljitve zmoti normalni razvoj »Jaza«; »Jaz« čuti, da je soočen z zahtevami, ki jim še ni dorasel. Za dojenčka je zagotovo škodljivo, ko ga lena in neodgovorna varuška uspava z masturbacijskim draženjem genitalij. Za »Jaz« niso nič manj časovno neustrezni in škodljivi tako pogosti agresivni masturbacijski napadi

odraslih na še razvijajoče se otroke, katerih genitalnost še ni prerasla obdobja nedolžnih, nestrastnih stikov. Za nerazviti »Jaz« je seveda v še večje naprežanje, če mora pretrpeti dejanski agresivni seksualni stik in s tem povezana čustvena bremena. Takšni primeri so kljub temu mnogo pogostejši, kakor si lahko predstavljamo. Le zelo majhen delež incestuoznega zapeljevanja otrok in zlorab s strani skrbnikov je možno razkrinkati, večinoma še te skrivoma zatašajo. Zaradi zgodnjega poseganja pretresen otrok, ki se na vsak način poskuša prilagoditi, nima dovolj moči, da bi obsodil vedenje določenih uglednih oseb. Grešnik tovrstne šibke poskuse zavrne surovo in z grožnjami, otroka pa obtoži z lažjo. Otrok sicer zaznava odtegnitev ljubezni in grožnje s trpinčenjem. Kmalu začne dvomiti tudi v zanesljivost lastnih čutil, ali pa – kar je najpogostejše – se umakne iz celotne konfliktna situacije in pobegne v dnevno sanjarjenje, zahtevam budnega življenja pa zadosti le kot avtomat. (Naveden primer: aristokratski krogi, hišni učitelj, ki zgolj sam ve za pet zapeljanih otrok.)

Zgodaj zapeljan otrok se težavni nalogi prilagodi tako, da se povsem poistoveti z napadalcem. Analiza primera F. kaže, da dejanski »Jaz« zaradi tovrstne ljubezni iz poistovetenja ostane nezadovoljen. Tedaj je potrebno bolnika v analizi vrniti v še srečen pred-travmatski čas in temu ustrezno obdobje seksualnega razvoja (Bálint: *Ajellemanalízis és az újrakezdés* [Analiza karakterja in nov začetek])²⁹⁹ ter izhajati po eni strani od tu, po drugi strani pa mora bolnik preko razstavitve nevrotične tvorbe na posamezne dele doseči razumevanje duševnega pretresa in njegovih notranjih posledic, da bi lahko postopoma ali naenkrat ponovno postal zmožen izraziti različne oblike lastnega libida.

Kot primer navesti »perverzijo« trajnega infantilizma v slučaju motenega razvoja libida. Pri F. se v domišljiji že v normalno smer razvijajoč heteroseksualni libido – po duševnem pretresu v desetem letu starosti – razcepi na sadomazohizem (infantilne fantazije pretepanja) in na fetišizem dojk, k čemur se pridruži aktivna in pasivna homoseksualna navezanost na mater. Res pa je, da je temu predhodil pretresljiv praprizor v najzgodnejšem otroštvu (praprizor je travmatski edinole takrat, če je življenje sicer povsem asekualno in dvolično).

Lahko bi se vprašali, ali ni občutek krivde po prezgodnjem napadu (ali pri fantih prisila k nadpovprečnim rezultatom) povezan s krivdo zaradi domneve in udeležbe v agresorjevi krivdi.³⁰⁰ Morda muke zmotenega »Jaza« svojo grešno naravo pridobijo le s sočustvovanjem v napadalčevi krivdi. Vedenje uglednih oseb po zagrešenem dejanju (molčanje, zanikanje, tesnobo vedenje), ob tem pa še grožnje v odnosu do otroka, služijo predvsem temu, da otroku sugerirajo zavedanje lastne grešnosti in sogrešnosti.

Z draženjem spolnih organov izzvano ugodje nedvomno pomembno prispeva k občutku krivde, ki je značilen za postseksualen odziv. Zaradi naslade, ki je nesporna tekem

²⁹⁸ V izvirniku: »Sich-selbst-lieben.«

²⁹⁹ Michael Balint, »Character analysis and new beginning« [Analiza karakterja in nov začetek], v: *id.*, *Primary Love and Psychoanalytic Technique*, Hogarth, London, 1952, str. 157-164.

³⁰⁰ Nadaljnja razprava v zvezi s tem je v: Sándor Ferenczi, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, *op. cit.*

seksualnega procesa, smo nagnjeni, da se čutimo odgovorne ali soodgovorne za to, kar se je dogodilo. Nadaljnji dodatek k temu občutku lahko nudi tudi to, da otroci same sebe okrivijo (seveda na nedolžnejši seksualni stopnji: spogledovanje, ekshibicija, dotikanje itd.) za zapeljevalce odraslih. Seveda so oni želeli odrasle zapeljati v čisto nekaj drugega, česar so zatem bili deležni. Kako grozen konflikt med ugodnim organskim odzivom in duševno obrambo! Ni čudno, da otrok celoten prizor izrazi v regresivni obliki (bruhanje) in se na ta histerično-konverzivni način umakne pred večjo neugodnostjo zavestnega duševnega doživetja. Takšna histerija služi kot osnova vsem travmatskim nevrozam, četudi pozneje pride do nanosa simptomov prisilne nevroze, paranoidne psihoze ali karakternih posebnosti (vprašanje je, kdaj karakter, kdaj nevroza, kdaj psihoza.)

8. avgust 1932

Prenašanje samote

B.: pred približno enim letom na moje prigovarjanje globoka relaksacija, vse do visoke stopnje telesne oslabelosti, bolečin, agonijskih stanj, oslabelosti srca itd. To je trajalo približno osem dni in postajalo vse bolj ogrožajoče, nato pa nenaden vznik iz tega stanja, popolna ozdravelost in nadaljevanje analize. Bila je edinole ena zadeva, ki se ni pojavila ali pa le v neznatni meri: proste asociacije. Bolnico je bilo grozno strah, da bi ponovno zapadla v zgoraj opisano stanje.

Zdaj pa ona sama predlaga umik od sveta, da bo sama živela, in še enkrat poskusi premagati svoj strah pred samoto. Sočasno s tem se začneja s polno resnostjo lotevati prostega asociiranja; samo sebe sprašuje, kakšne vrste sprememba je povzročila občutek, da se zmore bolje spopasti s to neugodno nalogo. Ona sama odgovori: »*v vmesnem času je moje zaupanje v Vas tako zelo naraslo, da me to naredi sposobno. Upam, da me boste zdaj drugače obravnavali, kakor v času mojega bolehanja.*«

To upanje je povsem upravičeno: medtem sva prišla do prepričanja, da sem se v odnosu do nje obnašal – naslanjajoč se na temeljna analitična pravila – hladno, lahko bi rekli kruto. Priznanje in sprememba njenega čustvovanja, ki je temu logično sledila, je vse bolj povečevala njeno zaupanje, tako da zdaj ona sama hoče poskusiti s ponovitvijo v upanju, da je ne bom pustil poginiti, oz., da obstaja v meni dober namen in sposobnost, da jo spravim ven iz travmatske zmedenosti. Če se lahko vsaj enkrat na dan prosto razgovori pred mano in če je lahko takrat deležna opogumljanja ter pojasnila, bo v vmesnem času zmožna prenašati samoto. Vé tudi to, da v odnosu do nje premorem dovolj dobrosrčnosti, da če je nujno potrebno, poskrbim zanjo tudi v tem času. Z drugimi besedami: samota je znosna le takrat, če se nikoli ne počuti povsem zapuščena; iz tega izhaja, da je prava in popolna samota – ko človek nima niti upanja, da bi s strani zunanjega sveta bil deležen razumevanja in pomoči – neznosna. Toda kaj je pravzaprav ta neznosnost? Gotovo prav nič drugega kakor nadaljnje življenje v popačeni notranji (duševni) ali zunanji resničnosti.

Bolnične asociacije so zelo kmalu privedle do fantazije, v katerih sliši glas svojega očeta, ki ji šepeta: »*Moje golo telo boš vedno čutila, a nikoli videla.*«

Bolnica ima iz časa svojega zgodnjega otroštva meglene spomine, da je svojega očeta pogosto videla golega med kopanjem ali v kakšnih drugih okoliščinah. Kolikor se zmore jasno spomniti svoje preteklosti, je bil njen oče pred njo vedno strašno sramežljiv – dokler ji pred približno štirimi leti ni nenadoma dal ljubezenske ponudbe. Takratno vedenje njenega očeta je v močno podporo naši predpostavki, da so fantazije posilstva osnovane na resničnosti.

Kar zdaj od mene pričakuje je, 1. da verjamem v resničnost dogodka, 2. da jo pomirim, da o njej menim, da je nedolžna, 3. tudi v primeru, če se izve, da je ob napadu doživela zadovoljitev, očetu pa omogočila naslado. 4. Gotovost glede tega, da se sam ne bom prepustil podobnim strastem. Napad postane travmatski – oz. dušo parajoč – predvsem zaradi travmatske samote, očetove prepovedi in namena prepovedi, zaradi tega, ker se mati dela slepo in gluho. Osamelo bitje mora pomagati samemu sebi, s tem namenom se mora razcepiti na pomagajoči in pomoči deležen del. Šele ko sem si pridobil bolnično zaupanje, je lahko ta opustila svojo samopomoč, samoopazovanje in samokontrolo (vse navedeno so sovražniki prostih asociacij) – glej zgoraj –, šele takrat je postala zmožna po-doživeti pretekla stanja, ki jih je doživela v času popolne samote po travmi.

Bolnica B. se je sama domislila, da je popolni razcep njenega očeta (epilepsija, vinjenost) tudi v njej povzročil podobno: Dr. Jekyll in Mr. Hyde. Šepetanje določenih besed ni nič drugega kakor učinek akustično izražene volje njenega očeta, morda prenos misli (vsekakor moram opustiti svojo dosedanjo predstavo, da se prenos misli razlikuje od cumberlandizma).³⁰¹ Vsaka oblika razmišljanja je motorična, zmožno je torej izzvati sogibanje. Glej ozvočitev misli v primeru ušesnega masla.

Reprodukcija travme sama po sebi nima terapevtskega učinka.

R. N.: pred približno tremi leti odkritje amnezije, pred dvema letoma reprodukcija travme, kar se vsakokrat konča s strašnimi bolečinami in napadom smeha. Odtlej skorajda brez izjeme vsak dan en napad. Trdno sem se držal teorije, da določeno število abreakcij na koncu pripelje do izčrpanosti, to pa do gotove ozdravitve, zato sem še naprej spodbujal produkcijo napadov. Zaradi finančnih težav je skorajda prišlo do prekinitve analize, toda moja trdna vera me je spodbudila, da sem nadaljeval tudi brez plačila. Napredek skorajda nikakršen. Vse večja finančna pričakovanja do mene in zahteva po vse več časa ter zanimanja, so izčrpala moje potrpljenje, prišlo je že skorajda do razhoda, ko je iz ne-

³⁰¹ Cumberlandizem je poskus, ki je bil prvič prikazan s strani Stuarta Cumberlanda v 19. stoletju. Poskus so imenovali »*willing game*« [igra volje] in je sestajal iz tega, da je bilo potrebno najti skriti predmet ali pa je bilo potrebno opraviti zamišljeno, a z besedami neizraženo dejanje. Oseba, ki je poznala mesto skritega predmeta ali pa dejanje, ki bi ga bilo potrebno izvesti, je s finim dotikom in finimi pritiski, ki jih je domnevno – nezavedno – izvajala na iskalčevo roko, slednjemu pomagala pri ugotovitvi.

pričakovanega mesta prišla pomoč. Zaton moje dotlej neumorne pripravljenosti za pomoč je bil začetek »vzajemne analize« (glej zgoraj), v kateri sem priznal svojo do takrat zadržano antipatijo in odpor do prevelikega trpljenja, vse to pa sem povezal z infantilnim v meni. Pod vplivom te analize se je v mojih odnosih in naravnosti spremenilo kar nekaj zadev v prav vseh vidikih; toda simpatija še vedno ni dosegla tiste stopnje, ki si jo npr. B. tako zlahka oz. s toliko večjo lahkoto pridobi zase (seveda pod vplivom že naučenega iz primera R. N.).

Nevarnost latentnega sadizma in erotomanije pri analitiku.

Analitična situacija, še posebej pa njena toga tehnična pravila, pri bolniku večinoma sprožijo dolgotrajno trpljenje [lenteszierendes Leiden],³⁰² v analitiku pa vzbudijo neupravičeno nadmoč, k čemur se pridruži tudi določeno zaničevanje bolnikov. Če k temu dodamo še simulirano prijaznost, zanimanje za podrobnosti in občasno dejansko sočutje (če je trpljenje preveliko), potem vidimo, da se bolnik zaplete v nerešljiv konflikt ambivalence, iz katerega ni možno pobegniti. Takrat katerokoli dano priložnost izrabijo, da analizo »preko bolnikovih odporov« speljejo v smer, da nasede na čereh.

Ne poznam nobenega analitika, čigar analizo bi lahko teoretično oznanil za zaključeno (še najmanj pa svojo). Torej iz prav vsake analize se lahko ravno dovolj naučimo tudi o sebi.

Analiza sicer precej zavrtim osebam, ki so motene v svojem samospoštovanju in potenci, nudi priložnost, da se lahko brez truda počutijo kot sultan, kar kompenzira manko njihove sposobnosti, da imajo nekoga radi. Analiza tega stanja privede do dejstva, da človek postane blagodejno razočaran nad samim sabo in se v njem prebudi dejansko zanimanje za druge. Če na tak način premagujemo narcizem, se kmalu prebudi simpatija in tudi človekoljubje, brez česar je analiza zgolj zavlečena sekatura.

11. avgust 1932

O kriminalnosti

Bolnik, ki je bil v preteklosti nekaj časa analiziran in preko analize sorazmerno osvobojen svoje tesnobe, me ponovno obišče: trenutno se je znašel v težavah, ki pa za njegovo razpoloženje niso preveč moteče. Začel se je ukvarjati s posli, za katere ni imel dovolj razpoložljivega kapitala. Tekom prve analize sem ga opogumil za vsemogoče znanstvene in poslovne fantazije in tudi sam čutil določeno veselje, ko se je s slehernim znanstvenikom, s katerim se je srečal (z izjemo matematika), spustil v intelektualni dvoboj. Čez nekaj mescev je ta moški, ki je komajda znal napisati svoje ime, s strokovnjaki razpravljal o najzpletenejših težavah fizike, kemije, fiziologije, filozofije in psihologije. Obenem – istočasno

ali zaporedno – pa je z dvanajstimi ali štirinajstimi ženskami začel ljubezensko razmerje. Nazadnje dokaj obstojno s tremi naenkrat: 1. s svojo kuharico, ki mu je bila tako predana kot kakšna psica, 2. z eno izmed najprivlačnejših, najinteligentnejših mladih gospodičen elitne družbe, ki je tudi znanstveno nadarjena (bolnik je to razmerje kmalu prekinil, saj je gospodična bila zadržana, da bi njuno razmerje bilo javno, vedoč, da bi s tem izgubila dober glas v boljših aristokratskih krogih, obenem pa bi uničila tudi svojo kariero), 3. z odlično madžarsko zdravnico, ki pa je njuno razmerje preveč odkrito oznanjala in se obnašala, kakor da bi bila njegova žena. Od nje je uspel pridobiti zajetno vsoto denarja, prav tako pa je tudi meni skozi več mescev ostal dolžan s honorarjem analize.

Zdaj ko vidi, da ne zna na hitro obogateti, si glavo beli s tem, da bi se izmuznil svojim obveznostim. Obenem pa mi pove, da je v Parizu dobil gonorejo od neke prostitutke, a od takrat je bil v stiku tudi s kuharico in zdravnico. Povedal sem mu, da se mora zdraviti in da morata pregled opraviti tudi obe ženski.

Izkoristil sem priložnost in mu povedal, da mi mora odslej plačevati; kljub temu pa sem predlagal, da naj mi zaenkrat plača le polovico zneska, preostalo vsoto pa mi lahko začasno ostane dolžan. Na nenavaden način sem se med prvim razgovorom še nagibal, da bi mu ponovno posodil celotno vsoto, toda po nadaljnjem razmisleku sem si rekel, da je temu moškemu zdaj že skrajni čas tudi tukaj v analizi pokazati meje resničnosti (to sem uvideval zelo počasi, kar se je obelodanilo v moji lastni analizi: poistovetenje s strahopetcem, ki preko premagovanja lastnega strahu postane heroj, onstran dobrega in zla). Na nekem razgovoru s svojimi zaposlenimi ga je prevzela največja možna mera grobosti; nato so ga izzvali na dvoboj. Moje pogoje je zaenkrat zavrnil, a ostal sem neomajen in čakam, da on uredi zadeve; najverjetneje jutri. V naslednjem koraku se je odločil prekiniti svoje prijateljstvo z zdravnico. Meni, da sem zaradi zdravnice pristanski do njega in da ga želim prepričati, da se naj poroči s to »son of a witch«;³⁰³ želi ji povedati tudi to, da ga ne more več uporabljati za »fucking instrument«;³⁰⁴ ne bi ji bilo potrebno v usta vzeti »my cock.«³⁰⁵ Vse sem mu prepustil in upam, da bo ta pogovor razčistil situacijo. Antipatija nevrotične zdravnice bo zdaj postala bolj utemeljena, njeno izzivalno vedenje, naivnost itd. dobi analitično razlago.

Toda pomembna je počasnost in zamudnost, s čimer sem jaz vse to končno uvidel. Ni kaj storiti, vzroke moram iskati v lastni potlačeni kriminalnosti. Do določene mere občudujem moškega, ki si upa storiti takšne reči, ki se jim sam odrekam. Občudujem ga tudi zaradi nesramnosti, s katero me ogoljufa. Poglavitni vzrok je lahko le strah pred takšnimi hudodelci; tovrstni so me v preteklosti verjetno dejansko premagali in onehrabili.

³⁰² Nerazumljiva beseda. Michael Balint v angleškem prevodu predlaga interpretacijo »suffering of the exploited« [trpljenje izkoriščenih]. Možni sta tudi besedi latinskega izvora *lentesco* [lepljivo, razvlečeno] ali *lentitudo* [počasnost, brezbržnost].

³⁰³ Fraza napisana v angleščini. V izvirnem rokopisu je »son of a bitch« [kurbin sin] s svinčnikom spremenjen v »son of a witch« [sin čarovnice].

³⁰⁴ Seksualni inštrument.

³⁰⁵ Angleški vulgarni izraz za moški spolni ud.

Zanimiva je zamisel, ki se mi je danes porodila v zvezi s tem moškim: menil sem, da me bo dejansko fizično napadel, zato imam alarmno pištolo v svojem žepu. Ureditel zadeve sem zaenkrat preložil na jutrišnji dan, toda trdno sem se odločil, da bom ostal neomajen, in če bo potrebno, ga pustim oditi. Imam občutek, da če popustim, bo tudi mene – prav tako kot skoraj vsakega – obravnaval kot neumnega pobalina in me izkoristil. Če ostanem neomajen, me lahko dejansko napade; začel je namigovati, da mi je v preteklosti dal že čisto dovolj denarja (torej ne želi več plačevati), lahko mi grozi z javnostjo, lahko me blati v krogu prijateljev itd. Mene se to prav nič ne dotakne. Takrat bo morda poskusil z živčnim zlomom, da bi iz mene izvabil uslužnost, v tem primeru mu bom ponudil, da ga še naprej obravnavam, če sprejme moje pogoje. Težava: kdaj lahko zdravimo kriminalnost? Koliko uvida v lastno bolezen – kot v primeru psihoz – je tukaj potrebnega? Med analizo moramo vzpostaviti ostrejšje meje med fantazijo in resničnostjo. (Citirati druga dva primera: dr. J. G., ki je Freuda ogoljufal, in oče B.).

12. avgust 1932

Subjektivna upodobitev funkcije razcepa

Bolnica O. S. trpi zaradi previsoke telesne teže. Najučinkovitejša sredstva za hujšanje, tireoida in hipofiza ter živo srebro, so se izkazala za neučinkovita. Ni bila zmožna biti na dieti, saj če ne je veliko in dobro, se počuti nemočno. Globoka depresija (uvidela je, da je bilo zaman vsakršno njeno prizadevanje, da bi spremenila – lahko bi rekli manično – vedenje njene prijateljice, ki ga je bila deležna z njene strani) je bila zanjo vendarle priložnost, da se poleg farmakoloških zdravljenj podvrže tudi zdravljenju s postenjem. Je v apatičnem stanju, tako da ji za prav nič več ni mar, tudi za občutek lakote ne. Zdaj se že šest dni posti, dnevno spije šilce ali dva konjaka in kozarec pomarančnega soka.

Svoje stanje opiše na sledeč način: če je le mogoče, ne opravlja nikakršnega dela, če pa je vendarle potrebno, pa se počuti izredno utrujeno. Na vsako prošnjo, ki jo naslovijo na njo, se odzove z nenavadno senzacijo v predelu trebuha. Čeprav zavestno ne čuti niti strahu niti tesnobe in tudi ne kakršnegakoli drugega čustva, iz specialne narave zaznave v predelu trebuha vé, da ta zdaj pomeni to ali ono čustvo. Toda iskreno lahko trdi, da je vse, kar o tem vé, povsem intelektualne narave. Njena osebnost priča o popolni porazdeljenosti. V tem brezčutnem stanju se na vsakršno neprijetnost odzove zgolj telesno (glej zgornji opis). Njeno razpoloženje ostane povsem nedotaknjeno in nespremenjeno. Če želi ta notranji telesni odziv v predelu »plexus solaris-a«³⁰⁶ natančneje opisati, pravi, da je to tak občutek, kakor da bi »nekaj odrinila od sebe ali pa se pred nečem umaknila.« Še naprej jo sprašujem in izvem, da se bolničine prehranjevalne navade od časa do časa spreminjajo. Občasno je potrebno te notranje zaznave kar se da hitro ublažiti s hrano ali pijačo. Tako se

³⁰⁶ Celiakalni plexus oz. glavni avtonomni preplet živcev.

bo otrok, karkoli se mu bo že zgodilo, najhitreje pomiril, če mu ponudijo steklenico ali dojko. Situacija globljega neugodja pa ohromi celo to sposobnost, da je pomirjen ali da se samopomiri.

Bolnica se sama sklicuje na travmo, ki jo je utrpela pri starosti šestih tednov, ko je s svojo duševno bolno materjo v hotelu preživela dva do tri dni in ni možno vedeti, kakšnega ravnanja je bila deležna, dokler ju na koncu niso našli. To je gotovo bil trenutek, ko je doživela strašno grozo, zahtevala je hrano, mati pa jo je domnevno pustila stradati, tako da je bila na koncu tako izčrpana, da je opustila celo svoje zahteve po hrani, odtlej pa kot da bi zaznavala zgolj minevanje. Četudi – po tem, ko so jo našli – so jo oživeli in jo kar se da dobro nahranili, se zdi, da se je ponovnega prilagajanja na življenje naučil zgolj površinski del njene osebnosti, in še to le na nek avtomatski način. En, recimo šest tednov star dvojček, je v njej zakopan v enako otrplem stanju, v kakršnem se je tudi sama znašla v času travme. Nezavestna (nemočna, nezmožna kakršnegakoli motoričnega izraza), morda se odzove zgolj z refleksnim begom ali obrambnim brcanjem, z dojenjem jo je morda še možno za nekaj časa pomiriti; zaradi nadaljnega podaljšanja brezupnega trpljenja se prekine motiliteta, verjetno pa tudi volja do življenja povsem ugasne (tu je pravo pojasnilo povezave med »oralno erotiko« in melanholijo; Abraham,³⁰⁷ Radó³⁰⁸).

Tu se morda ponudi priložnost, da dobimo vpogled v prehranjevalne nenavadnosti »manično-depresivnih.« Zdi se, da se je takšen bolnik zmožen zrediti tudi brez vnosa hrane, domnevno pa tudi spije ne več od zgoraj navedenega. Od začetka postenja je do včeraj shujšal štiri kilograme, ne da bi karkoli spremenil v svoji dieti (postenju), od včeraj dalje pa se je kljub prej omenjenim zdravilom zredil en kilogram. Pod pogojem, da ne gre za goljufijo, ne moremo izključiti možnosti, da je tovrsten čudež uresničen s strani »biološko nezavednega, povsem vegetativnega« dvojčka, ki iz okoliškega sveta vsrkava kisik, CO₂ in H₂O... Telesna rast shizofrenikov. Gospa S. I.: »Nad-jaz« te poredi (primer S. I. je potrebno preučiti z vidika teorije dvojčka). Bolnica O. S. v času delovnih dni (med tednom) čuti nemirnost, prisilo po dejavnosti, v času prostih dni pa je očitno prikrajšana še za ta izhod, čuti edinole povsem neznosno negibnost, česar jo je daleč najbolj strah (nedeljska nevroza).³⁰⁹ Zaradi praznične tišine je neizogibno, da ne bi slišala notranjih glasov dvojčka.

B.: Sanje: 1. poblazneli šofer polnega avtobusa tako ostro zavija, da se vozilo prevrne. Bolnica vidi nevarnost, presede se na zunanjo stran in izstopi iz prevrnjenega vozila; vsi drugi s precizno odrezanimi udi (prekritimi z oblačili): na primer odrezana noga nekega

³⁰⁷ Karl Abraham (1877-1925). Glej: Karl Abraham, *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen* [Poskus zgodovine razvoja libida na podlagi psihoanalize duševnih motenj], Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig-Wien-Zürich, 1924.

³⁰⁸ Sándor Radó (1890-1971) je bil madžarski psihoanalitik, ki je emigriral v Združene države Amerike, in čigar ideje so izzvale velike odpore v psihoanalitičnih krogih. Njegovo glavno delo je: Sándor Radó, »Das Problem der Melancholie« [Problem melanholije], *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, let. XIII, (1927), št. 4, str. 439-455.

³⁰⁹ Glej: Sándor Ferenczi, »Nedeljske nevroze«, v: *id.*, *Psihoanalitične študije*, op. cit., str. 361-366.

moškega. Ob izstopu v svojem sluhovodu zaznava zgolj majhne drobce stekla. Utrpela poškodba, želeno maščevanje, premeščeno spominjanje po prebuditvi (simbolična zgostitev tega, da jo na nekaj spominja) in morda megleno zaznavanje neprijetnega hrupa ali lastnega kričanja. 2. Nek moški jo fizično napade. 3. ...³¹⁰

13. avgust 1932

Spisek grehov psihoanalize

(Očitki neke bolnice):

1. Bolnik je s psihoanalizo zvaobljen v »transfer«. Globoko razumevanje in zanimanje za duševne impulze ter celo najmanjše podrobnosti življenjske zgodbe dojame kot znak izjemne prijaznosti, celo nežnosti. 2. Toda velika večina bolnikov je brodolomcev, zaradi česar se oprimejo sleherne bilke, postanejo slepi in gluhi za vsa dejstva, ki bi jim lahko razodela, kako malo osebnega zanimanja so deležni s strani svojega analitika. 3. A bolnikovo nezavedno zaznava prav vsa analitikova negativna čustva (dolgčas, jeza in sovraštvo, če bolnik reče kaj neugodnega ali pa kaj takšnega, kar razdraži zdravnikove komplekse). 4. Analiza zlahka daje možnost, da se po nedolžni poti (brez občutka krivde) uresničijo nezavedna, povsem sebična, neusmiljena in celo kriminalna dejanja ter vedenja; npr. občutek, da ima oblast nad celo vrsto nemočnih, predanih bolnikov, ki ga občudujejo brez vsakršnega zadržka. Trpljenje in nemoč bolnikov sta mu v sadistični užitek. Ne zmeni se za to, kako dolgo bo trajala analiza, celo prizadeva si – izključno iz finančnih razlogov –, da bi trajala čim dlje; če zdravnik želi, lahko iz svojega bolnika ustvari večnega davkoplačevalca.

[Bolniki] pa se zaradi svojih infantilnih izkustev iste vrste (in analitika, ki ne osvetli analitične situacije in lastnega vedenja ter posledično ne pomaga razjasniti situacije in sklepati iz sedanjosti na preteklost) ne zmorejo odcepiti od njega ne glede na dolžino trajanja neuspešnega dela, prav tako kakor tudi otrok ne zmore zbežati od doma (saj bi se sam počutil povsem nemočnega).

V analitičnih procesih je veliko preveč transferja, ki ga analitik zaradi svoje neusposobljenosti ne zna razrešiti (bolje bi moral poznati sebe in svoje vedenje, da bi lahko bil tega sposoben), konec koncev ima v analizi enako vlogo kakor v vzgoji sebičnost (egoizem) staršev.

(Neizrečeno sovraštvo mnogo hitreje privede do fiksacije kot pa zavajanje. Odziv na to je prekomerna dobrot iz občutka krivde, kar pa se brez zunanje pomoči ne more odpraviti.)

Bolniki v analitikovem vedenju čutijo dvoličnost, vidijo jo na podlagi stotine drobnih znakov (nekateri celo menijo, da jo razberejo v analitikovih mislih in čustvih). Te zadeve zelo redko postanejo predmet analize (in analitikovih izpovedi).

³¹⁰ Nadaljevanje manjka.

Pri tem lahko pomaga – četudi je šlo že vse skupaj tako »daleč« – dejansko contrition³¹¹ s strani analitika. Toda običajno se odzovemo z nasprotjem tega: z nejevoljo, molkom, grenko jezo, z občutkom, da smo želeli le najboljše, a so nas zaradi tega celo nahrulili. Najraje bi prekinili z analizo, kar morda tudi storimo.

(Verjetno noben analitik ni tako »perfekten«, da bi se lahko izognil tovrstnim rečem. Vendar če na to pravočasno pomislimo in začnemo na tem delati, bomo analizo pomembno skrajšali. Ali se morda ne skriva ravno v tem poglavitni vzrok neskončnih (šest do osem let) travmatskih ponovitev – ker manjka kontrast s preteklostjo, brez česar pa bolnik nesrečo iz preteklosti preko svojih sedanjih asociacij poveže s ponovitveno nesrečo, zaradi česar preteklost doživlja kot še vedno prisotno. Spomin na travmo se konča z razcepom in okrepitvijo simptomov ter travme.)

Brez simpatije ni ozdravitve (Healing).³¹²

Razumevanje je potrebno, da lahko simpatijo uveljavimo na primernem mestu (analiza) in na primeren način. Brez simpatije ni zdravljenja (kvečjemu vpogled v genezo trpljenja).

Ali lahko ljubimo vsakega človeka? Ali obstajajo glede tega kakšne meje?

Vladajoči režim (vzgoja otrok, strastnost odraslih) vsem oteži osvoboditev od simpatij, antipatij in z njimi povezane krivičnosti. Morda bo karakter človeštva enkrat v prihodnosti boljši (meje zmožnosti za spremembo). Celotna znanost je »strašna«, ko vidi in priznava zgolj egoistične gone. Da po ustrezni, normalni potešenosti podelimo občutke radosti, je povsem naravna potreba, prav tako kakor načelo harmonije v naravi, kar pa ni ustrezno upoštevano.

Misel o gonu smrti gre predaleč, je že skoraj sadistično obarvana; pravi gon je gon mirovanja [ruheetrieb] in podelitev³¹³ nakopičenega, »odvečnega« veselja ter muke (sporočanje,³¹⁴ sharing³¹⁵) ali pa je zgolj bil pravi, preden so ga umetno – travmatsko – zmotili.

SAMOTA vodi v razcep.

Travmo zdravi prisotnost nekoga, s katerim človek lahko podeli svoje veselje in žalost (ljubezen in razumevanje).

Osebnost postane enotna, »ozdravljena« (kakor »glue«).³¹⁶

Zdravnikova dvolična prijaznost do bolnika je pravzaprav sovraštvo do bolnikov, kar je potrebno obuditi in povezati z (notranjimi) vzroki; šele zatem lahko pomagamo – lastno trpljenje sporočamo in podelimo. Če smo sami izpolnjeni, ne pa hlepeči, potem je dobro-namernost, dober občutek in dobro delo samoumevno.

³¹¹ Obžalovanje.

³¹² Zdravljenje.

³¹³ V izvorniku: »Teilung.«

³¹⁴ V izvorniku: »Mit-teilung.«

³¹⁵ Delitev.

³¹⁶ Lepilo.

GENITALIJE niso organ za osvobajanje od trpljenja (rezervoar trpljenja!), temveč organ za sporočanje in podelitev odvečne energije (veselja).

1. Otroka je potrebno zadovoljiti s hrano in ljubeznijo.
2. Puberteta – preobremenitev z veseljem.

Osvoboditi se ga	}	preko spolnih organov	}	neka vrsta materinstva
Sporočiti				ljubezen do odcepljenega dela: sperma, otrok Ostanek samoljubja

Zgornja ljubezen: 1. Ljubezen do semenčic in jajčec.

2. Ljubezen do tistega, s katerim jih podelimo.

Shranjevanje nevarne bombe. (F).

Depozicija ljubljenega fragmenta bitja.³¹⁷

Po tem, ko je analitik prejel spisek grehov in premagal svoje kljubovanje: je potr – »*želel sem le najboljše in to je nastalo!*«

Bolnica: je pripravljena oprostiti. Da lahko naredijo prvi korak v smeri oprostive motiva travme pomeni, da so postali uvidevni. To, da sta uvid in obrat vase sploh bila možna, povzroči konec splošnega sovraštva do ljudi. Na koncu je možno celo to, da na travmo zrejo – se je spominjajo – z občutki oprostive in razumevanja.

Analitik, ki so mu oprostili:

je v analizi deležen tega, kar mu je življenje odreklo in zaradi česar mu je srce otrdelo. Vzajemna oprostitev!! – Končni uspeh.

14. avgust 1932

Travma in razcep osebnosti; razcep med čustvi in inteligenco.

Primer G.: ko zagleda občevanje staršev, jo nenadoma (hitro, nepripravljeno) doleti šok. Vse, kar je naenkrat zagledala in kar je začutila (starša se pretepata; oče bo zadavil mamo in zdi se, da mama s tem soglaša, nihče ne pomisli name, k nikomer se ne morem zateči, prepuščena sem sama sebi, toda kako se lahko sama ohranim? Če bi nekaj pojedla, bi me pomirilo, toda nihče ne pomisli name; rada bi tulila, a si ne upam, bolje da molčim in ostanem neopazna, sicer mi bodo še kaj naredili, sovražim ju, rada bi ju odrinila – nemogoče, prešibka sem in bilo bi tudi prenevarno, rada bi zbežala, toda ne vem kam, rada bi celoten ta dogodek izpljunila, kot neko nagnusno reč), je bilo zanjo neznosno, a je vendarle morala prestat; bila je primorana. Neznosna narava situacije privede do spanju

³¹⁷ Ta odstavek je v rokopisu izredno zmedeno zapisan. Na kratko nakazane misli so verjetno služile osvežitvi avtorjevega spomina med pisanjem besedila.

podobnega stanja uma, v katerem se lahko [zadeve] spremenijo kot v sanjah, popačijo na negativen in pozitiven halucinatorni način. V tej situaciji čuti gnus in sanja sledeče: »*to je malenkost, le nekaj slabega sem pojedla; izbruhala bom in se osvobodila*«, ali: »*prišel bo nekdo in mi dal nekaj boljšega za jesti*.« Če pa muka traja dlje, ne da bi prišla pomoč, potem posameznik zapade v še globljo regresijo: »*tako grozno sama sem, seveda, saj se še sploh nisem rodila, lebdim v maternici*.«

Če pa se ji uspe s pomočjo tovrstnih budnih sanj osvoboditi duševnega trpljenja, potem se izoblikuje celotna njeno prihodnost določujoča šibka točka, na katero »*Jaz*« (čustva) regresira takoj, ko se zgodi nekaj neugodnega (tako je bilo tudi pri naši bolnici, ko je njena mati nenadoma zapustila hišo in ko je mnogo kasneje doživela razočaranje v zvezi s svojim ljubljenim možem).

Toda pri naši bolnici se učinek šoka razprostre še globlje. Celotno njeno čustveno življenje je pobegnilo v regresijo, tako da nobeno čustvo ne doživi več v polnosti, pravzaprav nikoli ni ona tista, kateri se zadeve dogodijo, ona se le poistoveti z drugimi osebami. Torej, medtem ko njeno čustveno življenje izgine v nezavednosti, upade na povsem telesni občutek, vseh čustev osvobodjena inteligenca opravi velikansko razvojno pot, toda – kot smo rekli – povsem brez čustev: ta dosežek ni nič drugega kot prilagoditev. Bolnica je postala strahovito inteligentna; namesto da bi sovražila svojega očeta ali mamo, je s svojimi mislimi tako globoko prodrla v njune duševne mehanizme, motive, celo čustva (toda še v slednja le s pomočjo svojega znanja), da je – ker je sama prenehala obstajati, kot čuteči človek – zmogla jasno dojeti dotlej neznosno situacijo. Travma jo je naredila čustveno embrionalno, intelektualno pa učeno, takšno, kot je povsem objektivni in brezčutno interpretativen filozof.³¹⁸

Tisto, kar je novo v tem celotnem procesu je to, da poleg pobega od resničnosti v regresivnem smislu obstaja tudi pobeg v progresivnem smislu, ko nekdo nenadoma postane inteligenten, celo bistroviden, torej progresivni pobeg, nenaden razvoj določenih virtualno vnaprej podanih, a doslej funkcionalno neuporabljenih razvojnih možnosti, lahko bi rekli nenadno postaranje (čustva pa istočasno postanejo embrionalna). Lahko bi torej menili, da se čustva ob šoku odcepijo od predstav in miselnih procesov, se zaprejo globoko v nezavedno, celo telesno nezavedno, medtem ko inteligenca opravi ravnokar opisan progresivni pobeg. Groza je bila tista sila, ki je čustva in misli agresivno razdružila; toda taista groza je še vedno delujoča, to je to, kar razdružene duševne vsebine še vedno drži oddeljene. Če z osupljivo premočjo ali prostimi asociacijami uspe za trenutek izklopiti tesnobo, potem ob nenadnem stiku doslej razdruženih duševnih delov pride do glasne eksplozije: konvulzije, občutljivi senzorični in motorični telesni simptomi, manični izbruhi

³¹⁸ Sándor Ferenczi, »Sanje o učenem dojenčku«, *op. cit., id.*, »Otroška analiza odraslih«, *op. cit., id.*, »Zmeda jezika med odraslimi in otrokom«, *op. cit., id.* »Exaggerated Sex Impulse in Seine Folge« [Prekomerni spolni impulz in njegove posledice], *op. cit., id.*, »Über Lamaismus und Yoghi« [O lamaizmu in jogi], *op. cit.*

besa, najpogosteje pa – kot izraz neobvladljivega čustvenega razburjenja – nebrzdan smeh; na koncu po popolni izčrpanosti pride do sorazmerne pomiritve, prav tako, kot ko se prebudimo iz nočne more. Toda to so spet bile le sanje brez kakršnegakoli trajnega prepričanja glede resničnosti minulih dogodkov. Poskus ponovitve je torej namesto spominjanja sprva povzročil le histerični napad, nato pa čustveno amnezijo.

Kaj lahko v tem primeru povzroči spremembo? Edinole zaupanje v analitikovo dobroto in razumevanje. Analitik mora biti sposoben priznati svoj sleherni negativni čustveni impulz in osvoboditi svojega bolnika tega, da bi ga imel za dvoličnega. Toda bolnik mora skupaj s tem začititi tudi analitikovo pravo dobroto. Ta simpatija omogoči, da bolniki podelijo z nami svoja trpljenja in s tem začutijo, da so se jih v večini osvobodili. Analitikova dobrota in energija lahko v takšnih okoliščinah prizanese z eksplozijo, ki nastane ob stiku čustvenega in miselnega sveta, in na mesto ponovitve končno lahko stopi spominjanje.

17. avgust 1932 [I.]

Projekcija lastnih, resničnih, incestnih nagnjenj na otroke in bolnike; ne razumemo razlike med infantilnimi fantazijami in njihovo uresničitvijo.

A) V življenju.

B) V analizi.

Primer G.: malo sem se utrudil zaradi nepretrgane samoanalize, zaradi njenega neprestanega pritoževanja, da ni zmožna živeti svojega življenja, in namesto da bi ljubila ali sovražila, je primorana poistovetiti se s predmeti. Zaradi tega sem bolnico poskusil s pomočjo prostega asociiranja nagovoriti, da prizna svoja čustva do očeta, ki jih domnevno shranjuje v svojem nezavednem. Njen oče, ki ga je njena mati nenadoma zapustila, se je s čustvenimi zahtevami obrnil k svoji hčeri. Postala sta prijatelja. Ko je bolnica poskušala vzpostaviti prijateljski – in morda tudi rahlo erotično obarvan odnos – z mladeniči svojih let, je bila deležna resnega grajanja, oče jo je celo opozoril, da ne bi slučajno postala takšna kot njena mati. Medtem ko je govorila o vsem tem, sem jaz pripomnil sledeče: »*to je bil pravzaprav srečen zakon med vami in vašim očetom.*«

Naslednji dan so me obvestili, da je bolnica cel dan preživela v globoki depresiji in da je izgubila vsa z mano povezana upanja. »*Če niti od njega (mene) ne dobim več razumevanja, kaj lahko še sploh upam? Še on imenuje to srečen zakon, torej nekaj takšnega, kar sem si sama želela. Namesto da bi zaznal, da sem si – čeravno kot otrok – morda v fantaziji želela nekaj podobnega, a nič mi ni bilo bolj tuje, kot da se ta želja ali hrepenenje dejansko uresniči. A to dejanskost so mi kljub vsemu vsilili in s tem se je pot normalnega razvoja zaprla pred mano: namesto, da bi ljubila in sovražila, sem se bila sposobna le poistovetiti.*« Značilne so sanje sledeče noči: 1. Analiziram jo, a poleg nje ležim v postelji. 2. dr. Brill³¹⁹ jo analizira, skloni

³¹⁹ Abrahram Arden Brill (1874-1948) je bil ameriški psihoanalitik avstrijskega rodu in eden prvi prevajalcev Freudovih del v angleščino. Leta 1911 je ustanovil newyorško *Psycho-Analytical Association*.

se nadnjo, poljubi jo; prvič v življenju ima začetni orgazem po enem poljubu. Nenadna prebuditev, ne da bi se orgazem končal. Interpretacija: moja včerajšnja trditev kaže, da niti jaz nimam več razumevanja do njenih resničnih čustev, prav tako kot njen oče. Brill (ali Horace); bolnica ne more ničesar pričakovati od moje analize, s pomočjo poistovetenja z mojimi željami je ne morem nagovoriti niti na to, da bi doživela orgazem z Brillom (najbolj antipatičnim človekom). To počne zaradi strahu pred nami, moškimi. Ta strah je bil tisti, ki jo je tekom praprizora prisilil, da se poistoveti s svojo materjo, ne pa z očetom; mati je bila v tem groznem trenutku manj zastrašujoča.

Priznal sem, da sem – ujet v svoje teoretične predpostavke – površno in nepremišljeno predpostavljaj čustva odrasle, spolno zrele osebe tam, kjer so verjetno bile le infantilne, irealne erotične fantazije.

Upam, da je sposobnost uvida v moje napake in to, da sem bolnico po tem nepristransko pospremil po poti boleče doživetega poistovetenja, uspelo rešiti ogroženo analizo. V tem je potrebno prepoznati več pomembnih nauk: 1. bogve, kolikšen delež naših seksualnih teorij projiciramo mi, analitiki, na otroke, in nič manj – kar zadeva transfer – na naše bolnike; nismo sposobni dojeti, da so bolniki – čeprav so odrasli – v resnici ostali majhni otroci in se želijo le igrati z rečmi, pred resnico pa se zgrozijo še v transferju, kar nam ne upajo povedati, ker se nas bojijo, in zavoljo nas se obnašajo, kot da bi bili zaljubljeni v nas; dovršen del omenjenega se zgodi le zaradi tega, ker imamo mi, analitiki, takšne domnevne predstave ali nezavedne želje. 2. Ne razlikujemo dovolj med otrokovimi fantazijskimi, igrivimi in erotičnimi navdušenji (tu se obnašamo približno tako kot oče B., ki je izgubil glavo zaradi hčerine seksualne igre ter do nje zagrešil agresijo). 3. Vzroki fiksacije na otroški razvojni stopnji so sledeči: a) vsiljevanje libida odraslih karakteristik, b) ponižujoča grajanja, pretepanja itd. zaradi ojdipskih fantazij, ki pa v resnici postanejo stvarne le zaradi tega, ker se jih vzame resno; c) fiksacija je tem slabša, če – kot se to pogosto zgodi – sprva na pozitiven način dopustijo, da otrok zadeve vzame za resnične, nato pa zaradi lastne vesti postanejo zadržani in se poslužujejo kaznovanja (da bi otroka primorali v pozabo in pomirili lastno vest).

Bolniki morajo poleg strastnosti obupati še zaradi tovrstnega nerazumevanja otroškega bitja, predvsem pa zaradi manjka vere v nedolžnost otrok (in bolnikov); obup se nato s pomočjo odraslih odene v sliko bojazljivosti ali kljubovanja, občasno pretirane ambicioznosti, a vsekakor nesrečnih značajskih potez; v analizi enak razlog vodi do »zastoja«, kar analitik interpretira kot bolnikov odpor, namesto da bi napako iskal v sebi. Pomaga lahko le takšna analiza, ki ne prizanese niti analitiku niti analitični teoriji. Če naš analitik tega ne stori, potem moramo biti zelo pozorni na besede naših bolnikov, obravnavati moramo z njihove strani podane namige, nato pa iz njih izvleči vse tisto, na kar v njih sumimo. Rezultat: olajšanje in to, da postanemo sposobni sočustvovati z zadevami, ne glede na to, če so za nas prijetne ali neprijetne. To je uvod v zaključek poistovetenja.

17. avgust 1932 [III.]

Pripis k fragmentaciji.

(R. N.) Z uporabo opažanj pri G.: vrnitev čustev na embrionalni nivo in napredovanje razuma (v času iz strahu nastalega poistovetenja z napadalcem) v smeri virtualnih razvojnih možnosti (mazohizem ali materinstvo), je pri R. N. – sredi enega izmed čustvenih izbruhov – povzročilo slikovito upodobitev tretje vrste fragmentacije: duša odpotuje v vesolje skozi luknjo na lobanji; v daljavi se lesketa kot kakšna zvezda (to bi bila clairvoyance,³²⁰ ki je več kakor razumevanje napadalca; razume tako rekoč celotno vesolje in tako bo sposobna dojeti tudi obstoj takšne strahotne zadeve). Določen del osebnosti torej pod pritiskom šoka zapusti sebične sfere zemeljskega obstoja in postane vseveden. Ta vseveden del pozna daljavo, jasnost in prav vse koherence, zaradi česar je še takrat sposoben pomagajočega posredovanja, ko se je vse izgubilo in je zavladal brezup. Skrajnostni primer: zvezdni fragment zagleda v daljavi edino osebo, katerega usoda in trpljenje – kljub podobnosti – dajo možnost, da se pogrezne vase, torej da je v celoti razumljen in da namesto agresije (oče) najde dobronamernost. A le takrat, če je poleg preostalih fragmentov še kdo, ki verjame v to (tako rekoč z enim očesom zre skozi luknjo v lobanji zvezdo v daljavi, z drugim pa opazuje v telesu in duši odvijajoče se procese).

Tu lahko vrinem sledeče: čustva so prisotna tudi v astralnih fragmentih, tako kot tudi v narkozi ni možno prihraniti bolečine, ta se samo odrine v neskončno daljavo. Astralni fragment individuumu pomaga tako, da ga spravi do blaznosti. V mnogih primerih ni druge možnosti; ta je zadnja pred smrtjo ali samomorom. Astra ustvari tudi sanjske predstave in fantazije sreče, npr. o idealnem ljubimcu, čudovitih zakonskih odnosih, medtem ko otroka v resnici morda neusmiljeno posilijo, organ v narkotični relaksaciji razširijo, maternici predčasno vsilijo materinske funkcije.

Poleg sposobnosti intelektualne spojitve fragmentov je potrebna tudi dobrota, brez katere spojitev ne more biti trajna.

Analiza sama po sebi ni nič drugega kot intelektualna anatomija. Otroka ni možno pozdraviti le z razumevanjem. Sprva mu je potrebno dejansko pomagati, nato pa s pomiritvijo in vzbujanjem upanja. Ko na lastne oči zagledamo zagato popolnoma infantilnega nevrotika, moramo opustiti naš prezir do sugestije. Dobrota sama po sebi ne bi kaj dosti pomagala, pomaga lahko samo to dvojje skupaj.

22. avgust 1932

Spontanost osveži – provokacija užalosti

Bolnik U. se zaljubi v starejšo gospo; na seansah jo sramoti, a intimen odnos je zanj nepogrešljiv. Istočasno je v odnosu tudi še s petimi ali šestimi drugimi ženskami, česar pred

³²⁰ Jasnovidnost (op. prev.).

gospo sploh ne skriva. Gospa meni, da je njegovo dvorjenje resno, in vedno bolj se obnaša kot da bi bila zaročenka mladega moža, česar bolnik ne zavrne dovolj odločno. Poleg tega je seksualni odnos z njo včasih bolj zadovoljujoč kot s katerokoli drugo. Na koncu bolnik gospo izpostavi celo nevarnosti okužbe. Nato s strani žene sledijo trenutki razodetja manifestne jeze in sovraštva. To je bilo za U. zelo boleče; zatem je do nje čutil prijateljstvo. Toda nedolgo zatem je žena ponovno začela iskati njegovo naklonjenost, kot da bi mu oprostila; njeno vedenje je istočasno trpeče in deprimirano. Temu je ponovno sledil nenaden čustveni obrat pri U.: četudi je bil prej nekoliko užaloščen zaradi neizogibne ločitve, in srečen, ker čuti resnična čustva, kakor tudi hvaležnost in prijateljstvo, se zdaj ponovno počuti zavezanega (obveznost) in prisiljenega, da ženi pomaga in ostane ob njej. Obenem pa ponovno vzplamti njegovo ljubosumje do nekega drugega mladeniča.

In glej primer, da lahko starejše osebe (odrasli) s svojim sočutjem vzbujaajočim vedenjem otroka obremenijo z občutki krivde in ga zaradi njegove nebogljenosti trajno vežejo nase, a ta situacija lahko izzove nezavedno sovraštvo, celo kriminalne impulze. Določen del teh impulzov se lahko nato tudi dejansko uresniči (brezbrižnost pri nevarnosti okužbe). Če temu – namesto razumevajoče in ustrezne spremembe situacije – sledi kaznovanje in zmerjanje, bo otrok preko krivde ponovno le fiksiran.

Tako pride do ponovitvenega prizadevanja: poročiti se z materjo ali pa se vanjo zaljubiti v spremstvu krivde in sovraštva. Ljubosumje je pravzaprav želja, želja po tem, da bi se s pomočjo nekoga tretjega osvobodili iz nezaželene zveze (Szegény tatár).^{321,322}

Otrok želi videti svoje starše predvsem srečne, in če niso, čuti, da mora vse breme nesrečnega zakona prevzeti na svoja ramena. Otroci bi se najraje igral očka ali mamo, a le igral, ne pa tudi postal. (Celo mi, psihoanalitiki, kot sem že mnogokrat povedal – glej zgoraj – infantilno situacijo preveč opazujemo z naše odrasle perspektive in pozabimo na avtoplastičnost otroštva ter sanjsko naravo celotnega duševnega obstoja otrok. – Primarni proces.) Bolniki so kot otroci, ne upajo ugovarjati. To jim moramo privzgojiti; nekateri med njimi so tako prestrašeni, da lahko jezo zanetimo le z vnovičnim nenadnim prestrašenjem.

24. avgust 1932

Ali je strogost tabu incesta vzrok incestuozne fiksacije?

V primeru G. se otrokove fantazije z materinim odhodom in očetovim približevanjem ne nadoma uresničijo. V času pubertete je komaj kaj samostojnejša, v zvezi s seksualnostjo pa komajda navzven usmerjena; oče jo opomni, da ne bi bila slučajno takšna kot njena mati. Otroka je to prisililo, da je incestuozna fantazija postala zanj resničnost. Ampak tega noben otrok ni zmožen, v otrocih obstaja nekaj, zaradi česar se jim dejanski incest gnusi,

³²¹ Ubogi Tatar.

³²² V izvirnem besedilu v madžarščini. – Madžarski rek, ki predstavlja vzklík preprostega kmeta, ki zagleda, kako Tatar odhaja s svojo čedno, a prepirljivo ženo (pojasnilo Michaela Bálinta).

mati je stara, smešna in vsekakor neprimerna, da bi se zaljubili vanjo. Toda da starša ne bi užalili, ne smejo spregovoriti o tem, da so bili v incest prisiljeni. (Analogija v psihoanalizi, če incestuozne želje obravnavamo kot resnične.) – Nagib, da bi prekršili tabu, bi verjetno brez strogosti tabuja deloma sami od sebe »prerasli«, nagib bi sam od sebe izginil.

(Možna predpostavka o šokantnem učinku praprizora: v domišljiji smo se morda lahko poigrali s tovrstnimi možnostmi – opazovanje živali –; grozljivo pri tej zadevi je bilo to, da je to fantazijo bilo potrebno uzreti kot resnično.)

Prekomerno zdravje ali adaptacijska sposobnost telesa kot obramba pred duševno nezmožnostjo.

V družini je že približno tristo let precejšnje število duševnih bolnikov, čigar telesno zdravje pa je izredno dobro. Poleg tega je prisotna vsesplošna nagnjenost k debelosti, učinkujejo le najmočnejša zdravila v izredno visokih odmerkih. Zdi se, kot da bi robustno telo kopičilo zaloge moči in življenje ohranjujoče mehanizme za vsak primer, če bi duševnost povsem odpovedala. S tem lahko primerjamo naraščajočo telesno težo pri bolnikih s paralizo³²³ v začetni dementi-i.

Revizija spiska grehov

Zdi se, da splošna spoved in za tem splošna odveza ne zadostujeta; bolniki hočejo videti, da popravimo vsa njihova trpljenja, ki smo jih zakrivali, želijo nas kaznovati zaradi njih, nato pa počakati, da se na to odzovemo z uvidom, obžalovanjem, celo ljubečim sočutjem, ne pa s kljubovanjem in zamero. Na koncu (s pomočjo lastne analize) moramo postati tako močni, da smo odporni na ponovitev tovrstnih napak v sedanjosti. To je stadij, v katerem nam bolnik začne zaupati, in zdaj prvič se bo zmožen iz sedanje varne perspektive ozreti nazaj na preteklost, ne da bi ponovil eksplozijo.

Na tak način prislužno bolnikovo zaupanje nam sedaj že omogoči, da mu kot resničnost predočimo to, kar je doživel v transu, in z nasprotnimi sugestijami odpravimo infantilne, posthipnotično fiksirane avtomatizme ukazov; s pomočjo tudi besedno izražene namere lahko preprečimo, da bolnik po nepotrebnem ponovi svoja trpljenja (katalitični proces).

Strah psihoanalize pred sugestijo

Psihoanaliza je menila, da je omejitev na travmatično izkušnjo in ozaveščanje namesto potlačitve (pozneje pa premagovanje odpora do tega ozaveščanja) istočasno tudi sredstvo zdravljenja. Breuerjeva bolnica se je s pomočjo ozaveščanja in abreakcije osvobodila svojih simptomov. Freud nas je pozneje učil, da je glavni učinkujoči dejavnik latenten transfer, torej nekaj čustvenega. Analitična tehnika ustvarja transfer, toda zatem se

umakne; bolnika rani, ne da bi mu dala priložnost za nasprotovanje ali umik; zaradi tega nastane neskončna fiksacija k analizi, medtem ko konflikt ostane nezaveden.

Če se bolnik osvobodi teh okov, začne nasprotovati sadističnemu postopku; če pa dejansko čuti, da resnično skrbimo zanj, da njegovo otroško potrebo po pomoči vzamemo resno (in da nemočnega otroka – kar večina bolnikov tudi je – ne moremo nadlegovati s teorijami, ko neskončno trpi), potem ga lahko pripravimo do tega, da se brez strahu ozre v preteklost. Še en dokaz, da trajen učinek travme izvira iz pomanjkanja prijaznega in razumevajočega okolja, ki nudi tudi pojasnila.

O samoti

Še ne dovolj razvita otroška osebnost ne razpolaga z nikakršno življenjsko sposobnostjo, če jo okolje ne podpira z vseh strani. Mehanizmi duševnih in organskih komponent brez te podpore divergirajo, kot da bi eksplodirali; še vedno ne obstaja ustrezno močno središče »Jaza«, ki bi lahko tudi povsem samostojno vzdrževalo celoto. Otroci še nimajo »Jaza«, temveč le »Onega«, »Ono« pa se odziva le aloplastično, ne pa še motorično. Analiza mora biti sposobna ustvariti za izgradnjo »Jaza« potrebno ugodno okolje, ki je v preteklosti umanjalo, in na tak način prekine z mimikrij stanjem, ki kot uravnavajoč refleks le spodbuja ponovitve. Tako rekoč nov *couvade* in nov polet. (Če travma doleti en že razvitejši »Jaz«, potem sledijo izbruhi besa in kljubujoči odnosi; kriminalnost. – U.)

»Terorizem trpljenja«

Groza: določen del se znajde »izven sebe«. Razcep. Nastalo praznino zasede napadalec. Poistovetenje.

Predstava otroka: »vsi ste neumni«; z oponašanjem. (Neumnost.) *Grimase*.

Duševno bolni	{ V obupanosti Nemoč }
Otroci	
Neumne osebe (Duševno bolni starši) }	{ Tradicija Tekom več generacij }
Zdravniki Moški	{ Noben otrok ni negovalka }
Ponovitev travme	Mit Healing! ³²⁴

³²⁴ Zdravljenje.

³²³ Govora je o generalizirani paralizi, ki jo povzroči sifilis.

Resnično verjeti v razcep. (Ne pa imeti znanstvena predavanja.) Tehnični tečaj.

Resničen *koitus* z otroci (incestuoza dejanja). Posledice so mnogo pogostejše!

2. oktober 1932

Regresija (v organskem razpadu) v ψ - φ -embrionalno stanje med analizo.

Nadaljnja regresija v smrt (nevarnost še ne rojenosti. Ali je možna nova oblika rešitve za osebnostno težavo, potem ko se človek tako poglobi v travmatično?)

V mojem primeru je nastala krvna kriza³²⁵ in to takoj, ko sem uvidel, da ne le, da ne morem računati na zaščito s strani »višje oblasti«, temveč ravno nasprotno; ta ravnodušna oblast me takoj potepta, ko začnem hoditi po svoji poti, ne pa po njegovi.

S pomočjo te izkušnje sem uvidel, da sem bil pogumen (in zmogljiv) le, dokler sem se (nezavedno) naslanjal na neko drugo oblast, v resnici torej nikoli nisem bil »odrasel«. Znanstveni dosežki, zakonski stan, boj z zelo nadarjenimi kolegi – vse to je bilo možno le, če me je ščitila predstava, da se lahko v vseh okoliščinah obrnem na očetovski nadomestek. »Poistovetenje« z višjo oblastjo, izredno nagla »tvorba *nad-jaza*«, a to bi naj bila opora, ki me je v preteklosti obvarovala pred dokončnim razpadom? Edina možnost obstoja bi nadalje bila opustitev največjega dela sebe, da v celoti uresničim voljo te višje oblasti (kot da bi to bila moja volja)?

In enako kot moram zdaj skonstruirati nove rdeče krvničke, ali moram (če sem tega sploh zmožen) tudi svojo osebnost postaviti na nove temelje, dosedanje pa opustiti kot lažno in nezanesljivo? Je to moja izbira, da ali umrem ali pa se »na novo uredim« – in to pri starosti 59 let? Po drugi strani pa: ali je sploh vredno vedno živeti le življenje (voljo) neke druge osebe – ali ni takšno življenje že skoraj enako kot smrt? Ali zelo veliko izgubim, če takšno življenje postavim na kocko? Chi lo sa?³²⁶

Zaupanje, ki ga učenci čutijo do mene, mi lahko dá nekaj gotovosti vase, še posebej pa zaupanje osebe, ki je obenem učenec in učitelj.

V tem trenutku sem dobil v roke Jonesove osebne in prijazne vrstice (obljublja rože in podal je pobudo za okrožnico). Ne morem zanikati, da je bilo to zame celo prijetno. Imel sem občutek, da so me zapustili tudi kolegi (Radó itd.); vsi se preveč bojijo Freuda, da bi se lahko objektivno obnašali, ali celo simpatizirali z mano tudi takrat, ko sva midva s Freudom v sporu. Medtem si Freud, Jones in Eitingon³²⁷ zagotovo že zdavnaj dopisujejo, mene pa obravnavajo kot nekega bolnika, ki je potreben prizanesljivosti. Za mojo vpletenost je še čas, dokler ne bom okrevaj, takrat ko bo »prizanesljivost« že odveč.

³²⁵ Anemia perniciosa (slabokrvnost, ki nastane zaradi pomanjkanja vitamina B₁₂) je bolezen, zaradi katere je Ferenczi nekaj mesev pozneje umrl.

³²⁶ Kdo bi vedel?

³²⁷ Max Eitingon je angleški psihoanalitik in eden izmed članov najozgejega kroga Sigmunda Freuda. V reviji »Imago« je objavil nekrolog o Sándorju Ferencziju, glej: Max Eitingon, »Abschiedsworte an Sándor Ferenczi« [Poslovilne besede Sándorju Ferencziju], *Imago*, let. XIX, (1933), št. 3, str. 289-295.

Zdi se, da je moja psihološka organizacija do določene mere ohranila svojo moč, tako da namesto duševne obolevnosti lahko pustošim – ali poginem – le v svojih organskih globinah. Ganilo me je, ko sem se spomnil, da sem bil enkrat kot vojak (enoletno prostovoljstvo) javno pohvaljen zaradi izstopajoče (in spontane) dejavnosti (manevra) na bojišču. Zdi se, da mi to manjka in mi je manjkalo v otroštvu. Zaradi strogosti in nespametnosti sem bil prisiljen v vlogo »porednega fanta.« To, da me prezirajo, še posebej moja najstarejša sestra³²⁸ – v katero se zdi, da sem bil brezupno zaljubljen – je bilo zame precej boleče. Nadomestek sem našel v strastnem samozadovoljevanju. Samozadovoljevanje je vselej psihopatsko – razcep osebnosti –, en del zadovolji drugega (domišljijjski svet). V resnici se človek zatem počuti 1. izčrpanega, 2. krivega. Poistovetenje z ljubljanim objektom in obenem prevzem prezirajočih misli in sodb taiste osebe: preziram se prav tako, kakor bi me ona prezirala, če bi o meni vedela prav vse (vojačem!). Toda tisti del, ki sem ga s poistovetenjem introjeciral, ustreza poistovetenju, ki kar naenkrat ve o nas prav vse.

Zanimivo, da afera z mojim starejšim bratom J.³²⁹ daje priložnost (istočasno s freudovskim nasprotjem), da se sporazumem tudi z njim – oz. da tudi v tej smeri uvidim resničnost (brezupnost) in to sporočim tudi partnerju. Odkrita antipatija namesto hlinjene prijaznosti.

Vzajemnost – *sine qua non*³³⁰

Poskus, da bi analiza v nadaljevanju bila enostranska. Čustvenost izgine; analiza je dolgočasna. Relationship – distant.³³¹ Če enkrat nekje izkusimo vzajemnost, potem enostranskost več ni možna – ne obrodi sadov.

Vprašanje je naslednje: ali mora biti vsak primer vzajemen – in v kolikšni meri?

1. U.: ker sem ji priznal svoje šibkosti, je postala tesnobna, nemočna, prezirljiva.

2. Dm.: osamosvojila se je – užaljena je, ker z moje strani manjka vzajemnost. Obenem pa je dospela do prepričanja, da je precenila očetovo (in mojo) vlogo. Vse prihaja s strani matere.

3. R. N.: zaradi svoje »nekompetentnosti« sem na koncu postal oče, ki ne želi (ne zna) pomagati (na koncu je uvidela, da je v njej bilo mnogo agresivnosti in odpora do mene kot očetovskega nadomestka. Tako se je izgubila moja lastnost ideal lover-ja³³² oz. tudi upanje, da bi to v meni odkrila). Obenem pa meni, da je moje neprestano »brskanje« boleče in nepotrebno: sredstvo, da se bolnika obdrži (in trpinči).

Od moje analize pričakuje vpogled v osebne (od nje popolnoma neodvisne) in zgodovinske determinante mojega vedenja do bolnikov – in od tega pričakuje, da se bo lahko dokončno

³²⁸ Domnevno je govora o Ferenczijevi ženi Gizelli, roj. 8. junija 1872, ne pa o Iloni, ki je sicer najstarejša hčerka družine Ferenczi.

³²⁹ Nedvomno je govora Jakabu, roj. 14. julija 1869, ki so ga sicer nazivali z imenom József.

³³⁰ Nujen predpogoj.

³³¹ Odnos – distanciranost.

³³² Idealni ljubimec.

separirala od mene. Upa, da bo vzajemno »pohvalno« priznanje obojestranskega dosežka – da sva s tovrstnim primerom prišla na zeleno vejo – trajno.

R. N.: Vzajemnost, vztrajnost.

F.: sprejemanje vzajemnosti, prepoznavanje lastnih šibkosti – priznanje.

R. N. sem osvobodil njenega trpljenja s tem, da sem ponovil grehe njenega očeta, nato pa jih priznal in se opravičil.

Progresija

Sudden Motherhood³³³

Eclaire intellectuelle³³⁴

(Zgrizel ga je črv)

Racial progression³³⁵

Omniscience³³⁶

Medijizem

(Healer)³³⁷

Genialec in blaznež

(Fejére esett)³³⁸

Insanity of the body only (R. S.)

Ciklično povečanje telesne teže itd.

Spisek grehov

Zgroženost stroke, ko sem rekel, da »seveda tudi kolegi zagrešijo napake«.

1. Sadizem. Zanimanje bolnikovega trpljenja. 2. Megalomanska kaprica: verjame, da ga obkrožajo oboževalci – erotomanija. 3. Ničvredne teorije. Zaslepljen. Odvisen od lastnih kompleksov, ki jih vsiljuje svojim bolnikom. Bolniki se ne upajo upreti. Potrebno jim je oprostiti (ljudje računajo na to).

Greh

Priznanje

Odpuščanje

Kazen mora biti (Contrition).³³⁹

³³³ Nenadno materinstvo.

³³⁴ Intelektualni razcvet.

³³⁵ Rasna progresija.

³³⁶ Vsevednost.

³³⁷ Zdravilec.

³³⁸ Padel na glavo.

³³⁹ Kesanje.

Miran Možina¹
Sándor Ferenczi danes
z vidika velike psihoterapevtske razprave

“Tako se na koncu lahko vprašamo, ali ne bi bilo bolj naravno in smotrno, da smo preprosto eno čuteče – občasno sočutno, občasno odkrito jezno – in iskreno človeško bitje? To pomeni, da opustimo vsakršno ‘tehniko’ in smo tudi sami prav toliko iskreni, kolikor pričakujemo od svojih bolnikov.”
Sándor Ferenczi, Klinični dnevnik (1988, str. 94)

Delo Sándorja Ferenczija² (1873-1933) (slika 1) je prestalo preizkus časa, tako da še danes z novih perspektiv, ki nam jih omogoča razvoj psihoterapevtske znanosti in klinične prakse, odkrivamo, kako inovativen je bil s svojim delom. Kot pravi slovenski rek – bil je petelin, ki je pel prezgodaj. In taki petelini niso nikoli priljubljeni. Zaradi nerazumevanja in velikokrat celo sovražnih odzivov okolja velikokrat tudi (po)dvomijo vase in celo umrejo nesrečni. Šele čas, ki je daljši od dolgosti človeškega življenja, odmeri kvaliteto njihovega dela in doprinos skupnosti. Tako si štejem v veliko čast, da se lahko s to spremno študijo poklonim Ferenczijevi zapuščini, in izrazim ponos, da lahko v svoji psihoterapevtski in psihiatrični praksi ter pri raziskovanju kot njegov stanovski potomec stojim na njegovih ramenih.



Slika 1: Sándor Ferenczi (1873-1933) je na podlagi klinične prakse raziskoval, kaj prispeva k učinkoviti psihoterapiji. Bil je na sledi dejavnikom, ki so danes znani kot skupni različnim psihoterapevtskim pristopom in metodam ter predstavljajo ogrodje biopsihosocialnega/kontekstualnega modela psihoterapije.

¹ Prof. dr. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja, miranmozina.slo@gmail.com
² Slovenskemu bralcu sta bila že pred izdajo Kliničnega dnevnika na razpolago dva prevedena Ferenczijevih tekstov: Enfant terrible psihoanalize (2020) in Psihoanalitične študije (2022). V spremnih besedah h knjigama, ki sta jih napisala Janko Bohak (2022) in Zoltan Pap (2020), ki je kot direktni prevajalec madžarskih originalov tudi najbolj zaslužen za dragoceni Ferenczijeve tris v slovenskem jeziku, sta podala bogat biografski prikaz njegovega dela in življenja. Zato sem v pričujoči spremni besedi biografske podatke uporabil le v manjši meri, kolikor je bilo pač potrebno za oceno njegovega opusa s sedanje stopnje razvoja psihoterapije.

Perspektiva, s katere bom ovrednotil njegov opus, je t.i. “velika psihoterapevtska razprava”, ki je danes eno osrednjih strokovnih in znanstvenih torišč razvoja psihoterapije. Prav skozi to razpravo se namreč psihoterapija vse bolj uveljavlja kot samostojni poklic in avtonomna znanstvena veda, ki na področju varovanja duševnega zdravja v okviru biopsihosocialnega pristopa ponuja boljše rešitve od biomedicinskega pristopa, katerega škodljivi učinki so zaradi pretirane medikalizacije duševnega zdravja vse večji in vse bolj alarmantni (Možina, 2021b).

Ferenczi je bil med tistimi, ki so že zelo zgodaj prepoznali ozkost medicinske/psihiatrične prakse, ki temelji na biološkem redukcionizmu, in gradili temelje biopsihosocialnega pristopa. Ker je bil tako zelo pred svojim časom, je šele z današnje stopnje razvoja psihoterapije in drugih ved na področju duševnega zdravja možno korektno oceniti, kako izjemen je njegov prispevek, še posebno če zraven upoštevamo, kako so njegove ideje in odkritja razvijali naprej njegovi številni učenci in učenke t.i. “budimpeške psihoanalitične šole” (npr. Michael Balint, Melanie Klein, Clara Thompson, Therese Benedek idr.) (Bohak, 2022; Haynal, 2011). Ob tem, ko se na področju varovanja duševnega zdravja še naprej uporabljajo kategorialne psihiatrične diagnoze in se eksponentno večja poraba psihofarmakov, namesto da bi prišlo do premika k transdiagnostiki in da bi se krepile psihosocialne oblike pomoči v okviru celostne obravnave, (p)ostaja Ferenczijev prispevek k razvoju psihiatrije, psihosomatske medicine in psihoterapije še kako aktualen.

150 let velike psihoterapevtske razprave

Bruce Wampold je v prvi izdaji knjige *Velika psihoterapevtska razprava (The Great Psychotherapy Debate)* (Wampold, 2001a) in njeni drugi razširjeni izdaji 14 let pozneje (Wampold in Imel, 2015) predstavil dva modela psihoterapije - *biomedicinski model*, ki zagovarja specifičnost terapij, in *kontekstualni/biopsihosocialni model*, ki poudarja skupne značilnosti različnih terapij in zdravilnih praks (tabela 1). Pod vprašaj je postavil dolgoletno prepričanje, da je psihoterapijo možno najbolje razumeti na podlagi biomedicinskega pristopa. Z uravnoteženim in skrbnim izborom raziskav je na področju skrbi za duševno zdravje kot boljšo alternativo biomedicinskemu modelu predlagal biopsihosocialni in kontekstualni model. Kritiziral je pretirano poudarjanje empirično podprtih psihoterapevtskih metod, ki temeljijo na biomedicinskem modelu, in pozval k nadaljevanju raziskav skupnih dejavnikov, ki so od šestdesetih letih prejšnjega stoletja naprej omogočili razvoj kontekstualnega modela (Možina, 2020, 2021bc).

V zgodovinskem pregledu stopetdesetih let velike psihoterapevtske razprave je Wampold opisal (predvsem s poudarkom na zgodovinskem opisu razvoja psihoterapije v ZDA)

ključne razvojne tokove medicinskega in kontekstualnega modela. Prvi, ki je prevladoval in še vedno prevladuje v znanstvenem diskurzu o psihoterapiji, je povezan z razvojem sodobne medicine od sredine 19. stoletja dalje. Drugi, ki je bolj prepleten s širšimi kulturnimi tokovi, tradicionalnimi zdravilskimi praksami in humanizmom (Wampold, 2001b, 2012) in katerega del sta teorija skupnih dejavnikov in kontekstualni model, ostaja v ozadju kljub svoji dolgi tradiciji in dejstvu, da bi lahko služil kot jedro in ključni vir za razvoj sodobne psihoterapevtske znanosti in klinične prakse.

19. stoletje je zaznamovala znanstvena in tehnična revolucija, ki je utrdila materialistični pogled na svet. Čeprav je Anton Mesmer (1734-1815) že v 18. stoletju ugotovil, da lahko spreminja potek telesnih simptomov s pomočjo tega, kar danes imenujemo hipnotizem, je bilo njegovo delo medicinska strokovna in znanstvena skupnost kritizirala in v veliki meri prezrla (Barnes, 2020). “Razcep duha in telesa se je zelo razširil in končna soma je postala celica. Zdrava celica je bila pojmovana kot vir zdravja, bolna celica pa kot vir bolezni” (Martin, 1978). Napredek medicine je takšno monokavzalno materialistično pojmovanje le še okrepil: na primer Pasteurjeva odkritja, ki jim je sledilo preventivno cepljenje; Virchowova celična patologija, ki je postala temelj sodobne patologije; Kochovo odkritje povzročitelja tuberkuloze in kolere ter odkritje povzročitelja sifilisa leta 1905 (Bohak, 2022). V tem materialističnem okviru je psihiatrija postala predvsem nevrologija, tudi razlaga duševnih motenj je poudarjala izključno somatogenetsko etiologijo in zanimala vse, česar ni bilo mogoče dokazati s fizikalnimi in kemičnimi metodami.

Ob omenjanju velikih avtoritet, ki so v 19. stoletju prispevale k razvoju medicine, ki temelji na biološkem redukcionizmu, pa je z vidika velike psihoterapevtske razprave pomembno opozoriti na nevarnost pretirane zgodovinske poenostavitve. Čeprav se je težišče nagnilo v iskanje in odkrivanje bioloških vzrokov bolezni, pa psihosocialni vidiki niso bili popolnoma pozabljeni. Dober primer je prav slavni nemški zdravnik Rudolf Virchow (1821-1902), ki se ga danes večinoma omenja le kot očeta sodobne patologije, pa še zdaleč ni bil biomedicinsko ozkogleden (Borisov, 1985). Bil je namreč tudi utemeljitelj socialne medicine in je postavil temelje javnega zdravstva v Nemčiji, pri čemer je izboljšal ekonomske in socialne razmere revnih ter uredil življenjske pogoje v nekaterih mestih. Predlagal je koncept sociomedicinske vzročnosti, pri čemer je poudaril vlogo družbenih in okoljskih dejavnikov pri etiologiji in preprečevanju bolezni. V svojem temeljnem poročilu o epidemiji tifusa v Nemčiji sredi 19. stoletja je ugotovil povezavo med epidemijo ter revščino in življenjskimi razmerami. Predlagal je korenite socialne reforme in izjavil, da je “medicina družbena znanost, politika pa nič drugega kot medicina v velikem obsegu” (Lange, 2021, str. 149). V srednjih letih se je vse bolj zanimal za antropologijo in postal eden vodilnih antropologov 19. stoletja.

Z epistemološkega vidika je pri razvoju sodobne medicine in znanosti odigralo ključno vlogo kartezijansko pojmovanje sveta kot velikega stroja in človeškega telesa kot natančnega

mehanizma ter delitev na telo in dušo oz. duh (Bateson, 2019). Znanstvena medicina je tako kot sodobna znanost v glavnem posvečena sistematičnemu iskanju objektivnega znanja. Tako kot v mnogih drugih znanostih je bilo tudi v medicini subjektivno ali človeško izločeno iz polja raziskovanja. Kartezijanski dualizem, na katerem še vedno temelji velik del sodobne znanosti, se tudi še vedno kaže v sodobni ideologiji nadzora in prevlade nad naravo in človeštvom. To pojmovanje je močno vplivalo na razvoj sodobne znanosti, vključno s sodobno medicino (Ule, 2009, 2012).

Zaradi velikega pomena, ki ga imajo naravni zakoni znanosti v medicini, in zaradi zahteve po znanstveni objektivnosti sodobna medicina komajda priznava psihosocialne razsežnosti zdravja in bolezni, ki niso merljive z medicinskimi diagnostičnimi standardi. V takšni medicini ni prostora za intuitivne metode, ki so bile osnova tradicionalnih zdraviteljskih praks (Wampold, 2001b, 2012). V mehanističnem modelu človeškega telesa ni prostora za intuicijo ali intuitivno znanje. Čeprav sodobna medicina ne more zanikati učinkov zdravljenja, ki se kažejo v učinkih placeba, javno zavrača vse, kar ne ustreza prevladujočemu mehanističnemu razumevanju naravoslovno naravnane medicine in česar ni mogoče pojasniti z njenimi strogo določenimi merili (Ule, 2009).

V takšni medicini se bolnika ne obravnava kot posameznika, temveč kot primer, kot objekt, za katerega se uporabljajo določene metode in pravila, katerih uporaba je utemeljena z različnimi specifičnimi znanstvenimi modeli. To je izvedljivo le, dokler so subjektivne razsežnosti bolezni ločene od njenih "objektivnih" znakov in dokler je bolezen mogoče obravnavati kot nekaj ontološko neodvisnega od bolnikovega subjektivnega doživljanja. Vztrajnost dualističnega medicinskega modela je še toliko bolj presenetljiva v luči dejstva, da tudi sodobna naravoslovna odkritja nasprotujejo pozitivistični/objektivistični paradigmi. Opazovanja "trdih" znanosti, kot je fizika, so na primer zabrisala meje med objektivnim svetom in subjektivnim zavedanjem sveta ter nakazujejo, da naravoslovje ne opisuje narave takšne, kot je, temveč v odnosu do opazovalca (Heisenberg, 1971). Podobno lahko rečemo, da tisto, kar opazuje znanstvena medicina, ni bolezen sama, temveč stanje, ki ga konstruirajo medicinska vprašanja. Ker pa sodobna medicina temelji na znanosti in objektivno preverjenih metodah zdravljenja, na raziskovalnih dosežkih in študijah ter ker je njeno znanje laikom večinoma nerazumljivo in usmerjeno k terapevtskim ciljem, je medicina v primerjavi z drugimi avtoritativnimi družbenimi institucijami, kot sta pravo in cerkev, ohranila privilegiran položaj in velik vpliv (Ule, 2009).

Foucault (2009, 2010, 2018) je prepoznal, kako so spremembe oblik medicinskega znanja o bolezni povezane z oblikami moči. Po njegovem mnenju je vprašanje, 'kaj je bolezen', tesno povezano z vprašanjem, kakšna je funkcija medicinskega znanja v sodobnih družbenih kontekstih in v kontekstih profesionalizacije medicine. Jezik, ki opisuje telesne simptome bolezni, že vsebuje sodbo o tem, kaj je zaželeno in kaj nezaželeno, medicinska stroka pa ima v sodobnih družbah veliko institucionalne moči in vzvodov, da določa, kaj je

normativno sprejemljivo, kaj je zdravje in kaj bolezen. Ker je konceptualizacija bolezni občutljiva za razmerje med naravo in kulturo (pa tudi za razmerja med razredi in spoli), z enačenjem simptomov bolezni z naravo nehote zameglimo vpliv medicinskega znanja na vsakdanje življenje in povezanost medicinskega znanja s prevladujočimi družbenimi vrednotami na vseh ravneh, tudi na mikro, mezo in makroravni družbenega življenja.

Čeprav je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1946) po drugi svetovni vojni opredelila človekovo zdravje kot stanje telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le kot odsotnost bolezni, in čeprav je razvoj psihosomatske medicine pripeljal do tega, da je George Engel leta 1977 zasnoval "biopsihosocialni model" (Engel, 1977), je biomedicinski determinizem v klinični medicinski praksi prevladal do danes. Čeprav je cilj opredelitve SZO, da je za preventivne, kurativne in rehabilitacijske ukrepe osnovna enota človek v okolju, saj je človek kot vsak drug živ organizem neločljivo vpet v razvoj narave in družbeno-kulturne vzgoje, še vedno nismo preprečili prevladujočega redukcionističnega medicinskega diskurza in odklonov dekontekstualiziranega medicinskega pristopa. Najpogostejše je kompleksnost biopsihosocialnega človekovega obstoja zreducirana na preprosto linearnost molekularnih mehanizmov, kar je Heinz von Foerster (1991) poimenoval "trivializacija kompleksnega sistema", medtem ko znanost o kompleksnosti obravnava človeka v njegovem okolju kot netrivialni system (Snow, 1990). Težišče tako medicinske diagnostike kot tudi zdravljenja se je premaknilo od subjektivno občutene bolezni k objektivizirani bolezni (Sturmborg, 2015).

Tudi s posodobljeno opredelitvijo duševnega zdravja SZO (2022) biomedicinski model ni v skladu:

"Duševno zdravje je celovito stanje duševnega blagostanja, ki ljudem omogoča, da se spopadajo z življenjskimi stresi, razvijajo svoje sposobnosti, se dobro učijo in delajo ter prispevajo k svoji skupnosti. Je sestavni del zdravja in dobrega počutja, ki je temelj naših individualnih in kolektivnih zmožnosti za sprejemanje odločitev, vzpostavljanje odnosov in oblikovanje sveta, v katerem živimo... Duševno zdravje je več kot le odsotnost duševnih motenj. Obstaja na kompleksnem kontinuumu, ki ga posamezniki doživljajo različno, z različnimi stopnjami težav in stisk ter potencialno zelo različnimi socialnimi in kliničnimi izidi."

Biopsihosocialni/kontekstualni model pa se s to opredelitvijo sklada, saj cilj ni le zmanjšanje trpljenja/simptomov, temveč tudi izboljšanje kakovosti življenja in spodbujanje dobrega počutja, osebnih vrednot in moči (Wampold in Imel, 2015).

Tudi v raziskovanju psihoterapije je prišlo do postopnega premika od subjektivnega in eksistencialnega k objektivnemu. Izkušnje klienta, ki je bil deležen psihoterapije, so postale vse manj pomembne, prevladal pa je poudarek na njegovi patologiji:

“Razvoj randomiziranih nadzorovanih študij kaže na prehod od tesnega odnosa med eksperimentatorjem in tistimi, ki doživljajo dražljaj (npr. Wundt in njegovi učenci), k odnosu med zdravnikom in pacientom (npr. francoski zdravniki in njihovi “subjekti”), k subjektu kot tujcu (npr. britanske empirične raziskave duševnih zmožnosti) in dvojno slepim poskusom. Britanski socialni statistiki so uvedli tudi pojem uporabe zvezne porazdelitve lastnosti za označevanje nenormalnosti, ki je podlaga za večino kliničnih raziskav na področju psihoterapije, v katerih so simptomi, merjeni na zvezni lestvici, merilo izida. To pomeni odmik od preučevanja konceptov jaza v povezavi z idealnim jazom in spremembami osebnosti, ki so bili sestavni del prvih empiričnih raziskav v humanistični tradiciji (Rogers, 1951b). V sodobnih empiričnih raziskavah pojmovanje psihoterapije kot priložnosti za rast ali ustvarjanje smisla ni vključeno.” (Wampold in Imel, 2015, str. 31)

Nenazadnje je treba poudariti, da v veliki razpravi o psihoterapiji ne gre le za znanstveno in filozofsko/epistemološko polarizacijo med raziskovalci, temveč tudi za intenzivne politične spore glede financiranja psihoterapevtskih storitev (Možina, 2010; Laska, 2012), normativne ureditve psihoterapije (Možina in Bohak, 2008; Možina idr., 2018), njene umestitve v zdravstveno, socialno varstvo in druge resorje ter vključitve psihoterapevtskih programov v akademske izobraževalne strukture (Pritz, 2011; Laubreuter, 2012, 2018; Fiegl, 2016; Možina, 2016a).

Razlike med biomedicinskim in kontekstualnim/biopsihosocialnim modelom

Če si podrobneje pogledamo nekatere razlike med biomedicinskim in kontekstualnim/biopsihosocialnim modelom (tabela 1), lahko nastane vtis, da je kontekstualni model absolutno boljši in da moramo psihoterapevti medicinski model vreči v koš za smeti. Vendar pa to še zdaleč ni potrebno in bi pomenilo tudi velik korak nazaj v razvoju. Že na epistemološki ravni je namreč možen soobstoj medicinskega in kontekstualnega načina spoznavanja oziroma dopolnjevanje objektivistične/nomotetične in sistemsko/konstruktivistično/hermenevtične epistemologije (Kordeš, 2004; Černigoj, 2003, 2007; Šugman Bohinc, 2010; Možina, 2019abc; Možina in Kopal, 2005). Soobstoj je možen, ker kontekstualni model predstavlja višjo raven abstrakcije oz. metateoretični okvir, ki lahko zaobjame medicinski model. Je torej podoben večji babuški, v katero lahko vstavimo manjšo. Poglejmo si, kako bi to bilo možno na konkretnem primeru, ki je v našem spominu po izkušnji z epidemijo oz. pandemijo covida-19 še svež.

Jasno se je namreč pokazalo, kako zgolj z biološko medicinskim razumevanjem in ukrepanjem ni možno niti približno zajeti vse kompleksnosti dogajanja ob pandemiji. Kot posamezniki in kot člani skupnosti, pa naj gre za lokalne, državne ali vse tja do globalne skupnosti, danes ne moremo ne videti, kako so nas izredne razmere ob medicinskih soočilih tudi z ekonomskimi, političnimi, komunikacijskimi, prometnimi, psihološkimi, socialno varstvenimi, sociokulturnimi, izobraževalnimi, etičnimi in drugimi izzivi. Drobni, očem nevidni virus, nam je kot na dlani pokazal, kako krhko je naše ravnavesje, pa naj si zanj prizadevamo na intimni, družinski, lokalni, državni ali globalni ravni.

Medicinski antropolog Merrill Singer (2015) se je sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja posvetil raziskovanju AIDSa v deprivilegiranih latinskih in afroameriških četrtih velikih ameriških mest. Že takrat je opozoril na ozkost pojma epidemija in razvil nov koncept »sindemija« (angl. syndemics). Ugotovil je, da pojem epidemija, ki so ga uporabljali tudi v primeru nenadnega širjenja okužb z virusom HIV, ni zajel rastoče in nekaj desetletij kasneje še vedno intenzivne HIV/AIDS problematike. Okužba z virusom HIV se je namreč prepletla s številnimi drugimi zdravstvenimi problemi (kot so tuberkuloza, druge spolno prenosljive bolezni, hepatitis, ciroza, povečana smrtnost dojenčkov, zloraba psihoaktivnih substanc, samomori, uboji idr.), na katere so vplivali in jih vzdrževali širši politični, ekonomski in družbeni dejavniki. Ko je vse to veliko let spremljal, je prišel do nove, sindemične perspektive, s katere sodobne grožnje zdravju revnim, vključno z nasiljem, zlorabo psihoaktivnih substanc, slabo prehrano in okužbo z virusom HIV, niso sočasne epidemije, ker ne gre za ločene pojave. Ravno nasprotno, med revnimi so kot tesno sprepletene niti v raztrgani tkanini njihovih vsakdanjih življenj: »Sindemija vključuje niz prepletenih in medsebojno ojačevalnih zdravstvenih problemov, ki delujejo skupaj v kontekstu škodljivih družbenih in fizičnih pogojev ter pomembno vplivajo na splošno bolezensko obremenitev in zdravje populacije.« (Singer, 2009, str. xiv)

Podobno kot virus HIV nam tako lahko tudi izkušnja s covidom pomaga pogledati na našo postcovidno situacijo s sindemične perspektive. Škodo, ki je nastala, bomo veliko lažje ocenili in blažili, v kolikor jo bomo razumeli v soodvisnosti z drugimi problemi, kot so komorbidnost, revščina, neenakost, slabe higienske razmere, slaba dostopnost do zdravstvene oskrbe, invalidnost, starost (otroci, starostniki), rasna ali druge vrste segregacij, nizka izobrazbena struktura itn. Singer nas opozarja, da vse naštetu dela določeno populacijo ranljivejšo za pojav ter težji potek nevarnih okužb in bolezenskih stanj: »Raje kot da začnemo z delom (s določeno boleznijo ali družbeno okoliščino), zakaj ne bi raje gledali celote (celotne palete zdravstvenih družbenih problemov, ki bremenijo posameznika ali skupnost) in upoštevali naravo povezanosti med deli, vključno z zapletenimi načini, s katerimi se ojačujejo in ustvarjajo kompleksno in obremenjujočo mrežo prepletenih zdravstvenih in družbenih problemov?« (prav tam)

Izkušnja s covidom nam je tudi pokazala, kako je odpovedala ideologija nadzora in prevlade nad naravo, ki je, kot sem že omenil zgoraj, ena od temeljnih značilnosti biomedicinskega pristopa. Kot nam ne bo nikdar uspelo iztrebiti virusov, tako se že dolgo dogaja tudi z bakterijami. V skladu z ozko medicinsko logiko smo poskušali z antibiotiki iztrebiti vse patogene bakterije, kar pa je le pospešilo razvoj odpornih t. i. “super bakterij” (Guilfoile in Alcamo, 2006). Vse bolj lahko vidimo, kako antibiotiki postajajo vse manj učinkovito sredstvo za blažitev hudih zapletov bakterijskih okužb, saj so njihovi super sevi vse bolj prisotni v našem vsakdanjem življenju. Medicinski diskurz pri obravnavi patogenih mikrobov, tako bakterij kot virusov, uporablja vojaško terminologijo (npr. boj, odpor, uničenje, iztrebljenje, izničenje, tarča, celo oboroževalna tekma), medtem ko Singer (2015) predlaga miroljubnejši jezik v iskanju sobivanja in koevolucije z njimi. Če pomislimo na posamezen primer okužbe, ki akutno ogroža življenje posameznika, je medicinski ‘boj’ (ali ‘intenzivno zdravljenje’, če uporabimo manj nasilen izraz) z bakterijo ali virusom zagotovo zaželen in smiseln. Če pa mislimo, da bomo vojno dobili na dolgi rok s popolnim bakterijo- ali virusocidom, je to račun brez krčmarja. Kdo je že in še bo ‘zmagovalec’ v takšni vojni, bi nam moralo biti že zdavnaj jasno in ne bi smeli nasedati medicinskemu ‘vojaškemu’ diskurzu, ki vzbuja iluzijo dokončne zmage.

Namesto tega bi morali delček medicinskega modela babuške vstaviti v večjo, to je v kontekstualni model, ki zdravja ne razume kot odsotnost bolezni in patogenih dejavnikov, temveč kot sposobnost sobivanja z njimi, saj bo le takšno razumevanje zdravja dolgoročno povečalo naše možnosti za preživetje in (ko)evolucijo.

Sindemična perspektiva je torej biopsihosocialna, saj opozarja, da je ena ključnih značilnosti medicinskega modela dekontekstualizacija, to je neustrezno poudarjanje dela celote na račun zanemarjanja drugih pomembnih sestavin celote. Zlati standard medicine je, da lahko zdravilo, na primer Aspirin, učinkovito zniža visoko temperaturo in olajša bolečine ne glede na to, ali ga vzame Eskim, Kitajka, amazonski Indijanec ali Slovenka, revež ali bogatin, otrok ali odrasli, komaj rojeni ali umirajoči. Za razumevanje in zdravljenje akutnih stanj je lahko dekontekstualizacija z ozko usmerjenostjo na dele namesto na celoto, še kako učinkovita. Pomislimo le na akutno vnetje slepiča. Če bi zdravnik odlašal z ustrezno hitro diagnostiko in operacijo ter bi namesto tega začel s celostnim preučevanjem pacientove življenjske situacije in zgodovine, bi to lahko bilo usodno. Žal pa se medicinski model pokaže kot pomanjkljiv in neučinkovit, čim gre za ‘kronične’ probleme, kot se je Singerju pokazalo v primeru okužbe z virusom HIV, kot se nam vse bolj kaže, ko s časovne distance gledamo na posledice covid pandemije in kot se nam psihoterapevtom kaže pri obravnavi večine duševnih težav in motenj.

Povsod tam, kjer z ozkimi ukrepi prispevamo k »več istega« (Watzlawick, 1994), ko v prizadevanju za rešitve ustvarjamo še več problemov, imamo po vsej verjetnosti opraviti s sindemično situacijo, ki jo je Singer definiral kot »zgostitev in škodljivo interakcijo dveh ali

več bolezni ali drugih zdravstvenih stanj v populaciji, še posebno ko gre za posledico družbene neenakosti in nepravilnega izvajanja oblasti« (Singer, 2009, str. xv). Tudi za psihoterapevte so minili časi, ko smo se lahko v mirni intimi svojih ordinacij posvečali le delom namesto celoti, le posameznim simptomom duševnih stisk in ne tudi družbenim okoliščinam, ki jih ustvarjajo, pa naj gre za depresivnost in tesnobo odraslih (Blazer, 2005; Možina, 2010, 2016b, 2017), samomorilnost in nihilizem pri mladih (Galimberti, 2009, 2019), ADHD (Timimi in Leo, 2009) in avtizem pri otrocih (Runswick-Cole idr., 2016; Možina, 2021a) ter večino drugih duševnih motenj po obstoječih psihiatričnih klasiifikacijah DSM in MKB.

Tabela 1: Razlike med biomedicinskim in kontekstualnim/biopsihosocialnim pristopom, ki so sprožile in še vedno vodijo veliko razpravo o psihoterapiji.

VELIKA PSIHOTERAPEVTSKA RAZPRAVA

BIOMEDICINSKI PRISTOP	KONTEKSTUALNI/BIOPSIHOSOCIALNI PRISTOP
razvoj sodobne medicine (od sredine 19. stoletja)	razvoj širših kulturnih tokov, tradicionalnih praks zdravljenja in humanizma
dualizem uma in telesa	holizem
objektivizem; pozitivizem; znanstveni monizem	konstruktivizem, relativizem, dialoški pluralizem, sistemska, hermenevitična in transformativna epistemologija
epidemija, pandemija	sindemija
dekontekstualizacija	kontekstualizacija
dualizem bolezni/zdravja, zdravje kot odsotnost bolezni	zdravje kot stanje telesnega, duševnega in socialnega dobrega počutja, zdravje kot sposobnost sobivanja z boleznijo, ki povečuje možnost preživetja in razvoja
linearne, somatogenetske, monokavzalne razlage/etiologija - moteni biokemični in/ali nevrofiziološki procesi	krožne, biopsihosocialne, večvzročne razlage/etiologija
poudarek na patologiji in patogenezi	poudarek na salutologiji in salutogenezi - virih, odpornosti, opolnomočenju uporabnikov
simptom kot besedilo brez konteksta	simptom kot punktuacija in metafora o širšem kontekstu

težnja k trivializaciji kompleksnih sistemov	upoštevanje netrivialnosti kompleksnih sistemov (znanost o kompleksnosti).
specifičnost diagnoze	kontekstualiziran proces - ocena izida (povratno informirana obravnava)
specifičnost zdravljenja	podobnost med zdravljenji
cilj medicinskega zdravljenja je zmanjšati simptomatiko in izkoreniniti patogene dejavnike	cilj kontekstualnega zdravljenja je poleg zmanjšanja akutnih simptomov tudi povečanje kakovosti življenja in koevolucija s patogenimi dejavniki
subspecializacija in razdrobljenost zdravljenja	integrirana obravnava
uspešna ublažitev akutnih simptomov	primernejši za reševanje kroničnih težav in razumevanje akutnih simptomov kot dela daljšega, od konteksta odvisnega procesa razvoja
superiornost enega psihoterapevtskega pristopa/metode	razsodba ptiča Dodo
(psihoterapevtske) tehnike so ključnega pomena	teorija skupnih dejavnikov: klientovi dejavniki, terapevtovi dejavniki, in terapevtska aliansa sta ključnega pomena.
nomotetičnost	idiografskost
empirično podprto zdravljenje randomizirane naključne študije	na izsledkih temelječa praksa in na praksi temelječi izsledki
standardizirani priročniki	prilagajanje obravnave vsakemu klientu
prevladujejo somatske intervencije	prevladujejo dialoške intervencije
vreča trikov, s poudarkom na tehnikah	modrost, poudarek na celostni obravnavi
znanje kot vrlina	radovednost in nevednost (zavedanje omejenosti znanja) kot vrlina

Leta 1968, ko se je v naši zahodni, imperialistični civilizaciji okrepilo upanje na kulturno revolucijo, je Gregory Bateson v navdihujočem eseju z naslovom *Zavestni namen proti naravi* (Bateson, 2019, str. 440-451) opozoril na problem dekontekstualizacije. Ta ni prisoten le v medicini, temveč prevladuje v znanosti nasploh ter v našem vsakdanjem mišljenju in delovanju. Po eni strani je dekontekstualiziranje za naše preživetje nujno. Da se lahko učinkovito odločamo in delujemo, moramo stalno klestiti kompleksnost sebe in okolja, še posebno, kadar se srečujemo s tistim, kar nam predstavlja 'motnjo'. Takrat se vključijo t. i. 'obrambno varovalni mehanizmi', kot je zaničanje očitnih dejstev, potlačevanje oziroma izrivanje v nezavedno idr. Motečo informacijo osamimo v nezavednem, da nam

ne bi bila v nadlego. Naša zavest je torej iz čustvenih in drugih razlogov nujno zelo omejena in selektivna ter s tem dekontekstualizirajoča:

“Zavest deluje na enak način kot medicina, ko vzorči dogodke in procese v telesu ter tisto, kar se dogaja v celostnem umu. Organizirana je v smislu namena. Je naprava kratkega dosega, ki vam omogoča hitro priti tja, kamor želite. Ne omogoča vam delovati z največjo možno modrostjo v smislu življenja, pač pa slediti najkrajši logični ali vzročni poti, da bi prišli do tistega, kar želite naslednje. To pa je lahko večerja ali Beethovnova sonata ali spolnost. Predvsem pa je lahko denar ali moč.” (prav tam, str. 447)

Tako se lahko zdravljenje zoži zgolj na odpravljanje simptomov, kar je danes žal prevladujoče v psihiatrični obravnavi ljudi z dolgotrajnimi in hudimi oblikami duševnih težav. V teh primerih je simptom (npr. halucinacija ali blodnja) razumljen kot tekst brez konteksta, ne pa kot puntuacija³ in metafora, ki nam lahko odpre vrata v razumevanje konteksta, torej v ekološko razumevanje posameznika in njegove vpetosti v okolje (Možina, 2019bd). Cilj medicinske obravnave postane le zmanjševanje simptomov in izkoreninjenje patogenih dejavnikov, medtem ko je cilj kontekstualne obravnave poleg zmanjševanja akutnih simptomov tudi večanje kvalitete življenja in koevolucija s patogenimi dejavniki. Bateson meni, da je tveganje, kateremu smo ljudje kot samouravnavajoči se sistemi nenehno izpostavljeni, da z dekontekstualizacijo izgubimo modrost, ki jo je opredelil kot “poznavanje širšega interaktivnega sistema, ki v primeru motenj najverjetneje poraja eksponentne krivulje sprememb” (Bateson, 2019, str. 446-447). Žal je medicinska znanost eden od najbolj očitnih primerov pomanjkanja modrosti. Medicina je postala podobna “vreči trikov” za hitro popravljanje delov večje celote (npr. za odstranjevanje tumorjev ali za dvigovanje serotonina na sinapsah) z nenavadno skromnim znanjem o človeku in okolju kot kibernetško organiziranem kompleksnem sistemu. Nedvomno je “izreden dosežek. Še vedno pa ne vemo zares kaj dosti o celotnem omrežnem sistemu. Cannon je napisal knjigo *Modrost telesa*, nihče pa še ni napisal knjige o modrosti medicinske znanosti, kajti modrost je točno tisto, česar ji primanjkuje.” (prav tam, str. 446)

Potrebujemo torej kontekstualizacijo, razvijanje modrosti, ne da bi zavrgli vrečo trikov, na kar je Bateson opozarjal tudi glede psihoterapije, ki je prav tako stalno izpostavljena nevarnosti tehnicizma. Ne gre torej za dilemo ali kontekst ali tehnike, temveč kako tehnike oziroma tehnologijo nasploh kontekstualizirati. Za to pa je poleg kopičenja vednosti, s katero poskušamo z veliko gorečnostjo nadzorovati naš svet, po Batesonovem mnenju

³ Puntuacija (Watzlawick idr., 1967) v sistemski teoriji komunikacije pomeni, da določenim značilnostim doživljanja, mišljenja, čustvovanja, vedenja ali odnosov damo poseben poudarek. Lahko bi rekli, da jih kot del teksta označimo z mastnim tiskom. Nevarnost je, da ob tem spregledamo njihovo povezanost s kontekstom. Tako se lahko v družinah pri dolgotrajnih duševnih motnjah enega člana postopno utrdi prepričanje, da je izvor težav v njem, ostali člani pa so slepi lastno soudeležnost v nastanku in ohranjanju te motnje. To je še posebej pogosto v primerih, ko jih pri dekontekstualizaciji spodbujajo zdravniki, ki na osnovi biomedicinskega modela iščejo vzrok za motnjo v možganih identificiranega bolnika.

ključnega pomena tudi ohranjanje starejšega, danes manj cenjenega motiva, to je radovednosti o svetu, katerega del smo.

Prevlada biomedicinskega pristopa na področju varovanja duševnega zdravja

Če bi Ferenczi živel danes, bi bil globoko zaskrbljen nad prevlado biomedicinskega pristopa v psihiatriji in psihoterapiji ter celotnem področju skrbi za duševno zdravje. Od Mesmerjevega časa je biomedicinski pristop zaradi izjemnega tehnološkega napredka postal pravi Goljat, v primerjavi s katerim so drugi pristopi k zdravljenju telesnih bolezni podobni Davidu. Po svetu pa je prevladal tudi na področju varovanja duševnega zdravja, kjer temelji na objektivističnih predpostavkah:

- 1) da je kategorialna diagnostika duševnih motenj ključno izhodišče za zdravljenje;
- 2) da so duševne motnje posledica motenj v delovanju možganov in
- 3) da je ključ do ozdravitve zdravljenje z zdravili, ki naj bi delovala specifično (npr. antidepresivi za depresivne motnje, anksiolitiki za tesnobo in motnje in antipsihotiki za psihotične motnje).

Čeprav so vse te tri predpostavke na trhlih nogah (Duncan idr., 2004), so v drugi polovici dvajsetega stoletja prispevale k eksponentni rasti porabe psihofarmakov in k povečevanju metodologije randomiziranih kliničnih raziskav, ki se je ustoličila kot zlati standard za ugotavljanje učinkovitosti zdravil (Meldrum, 2000). Kljub številnim kritikam medicinskega modela na področju duševnega zdravja, ki trajajo že desetletja in se v zadnjih desetih letih stopnjujejo tako na teoretično epistemološki (Miškulin, 2016, 2017) kot tudi na praktično aplikativni ravni (Verhaeghe, 2016), pa zaenkrat v bližnji prihodnosti ni videti, da bi se zamajal njegov primat. Dobički farmacevtske industrije so preveliki (Gštzsche, 2015), da bi redukcionistični medicinski model postavili pod vprašaj, kljub temu da je danes na podlagi obsežnih raziskav in sistematičnih pregledov o izidu jasno, da je psihoterapija za širok spekter duševnih motenj učinkovitejša od farmakoterapije (Flückiger idr., 2024), stroškovno ugodna glede na koristi (Byford in dr., 2007; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006; Domino idr., 2009; McHugh idr., 2007; Miklowitz in Scott, 2009), in kljub temu da tudi klienti dosledno dajejo prednost psihoterapiji pred farmakoterapijo (McHugh in dr., 2013).

Olfson in Marcus (2010) sta v svoji študiji na reprezentativnem vzorcu o trendih v ambulantni psihoterapiji v ZDA v desetletju od leta 1998 do 2007, ki sta jo izvedla ob naraščajoči porabi psihofarmakov, ugotovila, da bilo vse manj ambulantnih pacientov obravnavanih psihoterapevtsko, in še tisti, ki so bili deležni psihoterapije, so imeli manj

srečanj. V teh desetih letih, ko so se znatno povečali izdatki za psihofarmake, se izdatki za ambulantno zdravljenje niso bistveno spremenili, izdatki za psihoterapijo pa so se znatno zmanjšali. V istem obdobju je veliko in vedno več ambulantnih pacientov prejelo psihotropna zdravila brez psihoterapije.

Robert Whitaker (2010, 2023) v svoji knjigi *Pogubnost kemopsihiatrije* (angl. *Anatomy of an epidemic*), za katero je prejel nagrado IRE za izjemne dosežke na področju preiskovalnega novinarstva, navaja, da so psihiatrična zdravila sicer koristna za obvladovanje akutnih simptomov, vendar je njihova dolgoročna uporaba škodljiva, kar so že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja pokazale skrbno izvedene študije (za podrobnejši pregled glej tudi Whitaker, 2004). Kljub temu so farmacevtske multinacionalke, kot je Eli Lilly, skupaj z Ameriškim psihiatričnim združenjem v osemdesetih letih prejšnjega stoletja začele agresivno oglaševati drugo generacijo antidepresivov in antipsihotikov. Številni akademsko ugledni psihiatri so se uveljavili s promocijo zdravil, za kar so jih multinacionalke bogato plačale ali podkupile, ter postali del zlorab in korupcijskih praks farmacevtske industrije in njenega marketinškega stroja (Moynihan in Cassels, 2010). Žal lahko zdravila postanejo "strup" (Lamovec, 1995) oz. "bolnila" (Whitaker, 2023). Po globalni mobilizaciji v času covid pandemije se lahko vprašamo, zakaj že desetletja ni bilo storjeno nič učinkovitega za zaustavitev pandemičnih razsežnosti neindicerane uporabe psihiatričnih zdravil. Tisti, ki skupaj z Whitakerjem in številnimi drugimi (npr. Flaker, 2023; Freitas in de Azevedo, 2022; Makovec, 2019; Možina, 2024ab; Seikkula in Arnkil, 2024; Slatnar, 2012; White, 2002) opozarjamo na škodljivost kategorialne diagnostike in dekontekstualizirane rabe zdravil, ostajamo v manjšini, farmacevtska karavana, ki podpira medicinski model, pa gre naprej, kot da je vse v najlepšem redu.

Lebowitz in Appelbaum (2020) sta v svojem preglednem članku opozorila še na eno negativno plat biomedicinskega modela, in sicer na škodljive posledice biomedicinskih razlag duševnih motenj kot medicinskih bolezni z nevrobiološkim in genetskim izvorom, ki so v novem tisočletju postale vse bolj prevladujoče v veliki meri tudi zaradi vse bolj agresivnega oglaševanja. Vsaj v ZDA je pojav neposrednega oglaševanja psihiatričnih zdravil in drugih zdravil na recept po medijih veliko prispeval k širjenju biomedicinske konceptualizacije duševnih motenj. Leta 1997 je namreč Ameriška uprava za hrano in zdravila (US Food and Drug Administration) dovolila široko promocijo farmacevtskih izdelkov prek radijskih in televizijskih medijev, zlasti oglasi za antidepresive pa so hitro postali običajni. V oglasih se pogosto pojavljajo biokemične razlage etiologije depresije, da bi ljudi z depresivnimi simptomi spodbudili k temu, da od zdravnika zahtevajo zdravilo, ki je predstavljeno kot sredstvo za odpravo domnevnega kemičnega neravnovesja (Lebowitz in Appelbaum, 2020, str. 559). Raziskave so namreč tudi pokazale, da lahko zahteve bolnikov, naj jim zdravnik predpiše zdravilo - vključno z zahtevami, v katerih se sklicujejo na oglaševani antidepresiv - pomembno vplivajo na to, da jim zdravniki pogosteje 'ustrežejo' (Kravitz idr., 2005).

Po eni strani imajo lahko biomedicinske razlage psihopatologije koristen učinek zmanjševanja negativnega odnosa do ljudi z duševnimi motnjami, saj jih prikazujejo kot nedolžne žrtve medicinske bolezni. Čeprav obstajajo dokazi, da biomedicinske razlage res zmanjšujejo obseg, v katerem ljudje za svoje psihiatrične simptome krivijo sebe ali jih krivijo drugi, pa Lebowitz in Appelbaum opozarjata, da imajo te razlage tudi negativne učinke, kot npr:

- povzročanje esencializma, ki lahko ustvari ali okrepi vtis, da so duševne motnje relativno nespremenljive ali da se verjetno ne bodo spremenile, kar povečuje pesimizem glede prognoze;
- manjšanje empatije zdravnikov in topline v odnosu do pacientov;
- vpliv na izbiro zdravljenja, tako da se večja zaupanje v farmakoterapijo in manjša zaupanje v psihoterapijo; in
- manjšanje zaupanja ljudi v lastno sposobnost premagovanja težav.

Anomalije pri uporabi biomedicinskega modela niso le posledica njegove epistemološke ozkosti, temveč tudi "rakastih tvorbo" v zdravstvenem sistemu, kot jih je opisal Verhaeghe (2016, str. 140-145). Te so posledica neoliberalnega trenda, ki zdravstvo spreminja v dobičkonosen posel. Nenehne strukturne 'izboljšave' vodijo v vse večji nadzor nad zaposlenimi, na oltarju merljivosti pa je žrtvovano vse. Časa za ukvarjanje z bolniki je vse manj, vse manj je osredotočenosti na samo delo, vse več pa na administriranje, upravljanje in nadzor. Ob nenehnih pritiskih za zniževanje stroškov se vedno večje vsote denarja trošijo za stvari, ki ničemur ne služijo. Eksplozija pravil in predpisov ustvarja vse nepreglednejši sistem nadzora, rastoče breme administracije pa duši ustvarjalnost in niža produktivnost. Ob tem ko pravila vse bolj določajo zdravstvene zavarovalnice in vodstva ustanov, se tudi vse bolj izgublja klinična in akademska neodvisnost.

Gre za trend, v katerem se vse več družbenih vprašanj, tudi tistih, ki so v osnovi političnega in ekonomskega izvora, skozi prizmo znanstvene medicine spreminja v 'bolezni' ali zdravstvena vprašanja, in trend, v katerem ima institucija medicine odločilno vlogo pri tem, kako dojemamo in doživljamo svoje telo (Ule, 2012; White, 2002). Ideologija močno poudarjene individualne odgovornosti za zdravje se popolnoma ujema z dejanskimi mejami uspešnosti in učinkovitosti medicine. Prav tako zanika odgovornost oblikovalcev zdravstvene politike za to, da vsem državljanom niso zagotovili enakega dostopa do zdravstvenih storitev in zdravil, zmanjšuje odgovornost resnih onesnaževalcev okolja, prispeva k povečanju zavarovalnih premij, ohranja razredno in spolno strukturo dela ter nenazadnje vedno znova odvrta pozornost od dejstva, da je stopnja umrljivosti in obolevnosti za številnimi boleznimi obratno sorazmerna z družbenim statusom posameznika (Ule, 2009).

V času prevlade biomedicinskega pristopa na področju varovanja duševnega zdravja bi lahko sklepali, da je razlog odsotnost česa boljšega. Vendar to še zdaleč ne drži. Po 250

letih je psihoterapija dosegla razvojno stopnjo, ko na podlagi empirično utemeljene teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela ponuja boljšo alternativo v okviru biopsihosocialnega pristopa.

Razvoj teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela v okviru biopsihosocialnega pristopa

Že leta 1784 je odbor znanstvenikov, ki je po naročilu kralja Ludvika XVI. preučil Mesmerjevo metodo zdravljenja, ocenil, da je šarlatan. Do takšnega zaključka so prišli, ker so ga ocenjevali z vidika medicinsko opredeljene specifičnosti. Ker mu niso mogli očitati neučinkovitosti, saj je bil njegov uspeh pri kliničnem delu preveč očiten, so oporekali njegovi razlagi vzročnega mehanizma (živalskega magnetizma), ki mu je pripisoval pozitivne spremembe pri pacientih (Ellenberger, 1970). Z današnje perspektive pa je te zdravilne učinke možno razložiti s pomočjo teorije skupnih dejavnikov, saj lahko predpostavljamo, da je njegova klinična uspešnost temeljila na njegovi spretnosti pri vzpostavljanju in razvijanju terapevtskega odnosa ter veri v lastno teorijo in metodo, kar je potem tudi v bolnikih vzbudilo upanje in pozitivna pričakovanja (Wampold, 2010a, str. 51).

V ZDA se je raziskovanje skupnih dejavnikov začelo leta 1936, ko je psiholog Saul Rosenzweig (1907-2004) uporabil alegorijo rabsodbe ptiča Dodo (slika 2) iz nenavadne tekme živali v knjigi Lewisa Carrolla *Alica v čudežni deželi*: "(Carroll v Rosenzweig, 1936, str. 412), da bi poudaril, da imajo različni psihoterapevtski pristopi, ne glede na njihove specifične sestavine, podobne rezultate. Poudaril je skupne značilnosti različnih psihoterapevtskih pristopov in možnost njihovega povezovanja. Postopno se je njegova zamisel razvila v empirično potrjeno "teorijo skupnih dejavnikov" (na nemško govorečih območjih *Theorie der allgemeinen/unspezifischen/kommunalen/gemeinsamen Wirkfaktoren/Heilfaktoren* (Lang, 1990; Tschuschke in Czogalik, 1990; Stumm idr., 2007, str. 784)) in "kontekstualni model" (Frank, 1971; Frank in Frank, 1991; Wampold, 2010ab), ki postaja na področju varovanja duševnega zdravja vse bolj privlačen kot alternativa biomedicinskemu modelu (za natančen pregled glej Duncan idr., 2010; Wampold, 2010ab; Wampold in Imel, 2015). Rosenzweig je preučeval številne zdravilne prakse in kulte v različnih kulturah (npr. hindujski, grški, krščanski) ter jih primerjal s psihiatričnimi in psihoterapevtskimi pristopi (npr. Pinelov reformistični pristop, Darwinovi vrtljivi stoli, hipnoza, psihoanaliza, glasbena terapija) (Duncan, 2002, 2010). Predlagal je, da so za učinkovito psihoterapijo ključni skupni dejavniki:



Slika 2: V tretjem poglavju *Alice v čudežni deželi* (Carroll, 2022) so po razsodbi ptiča Dodo vse živali, ki so sodelovale v tekaški tekmi, zmagovalke.

1. delovanje nezavednih, implicitnih, neverbalnih dejavnikov in učinek terapijske osebnosti;
2. formalna skladnost terapijske teorije in načina dela, ki spodbudi reintegracijo klientove osebnosti;
3. različne razlage, saj zaradi kompleksnosti in večplastnosti psiholoških dogodkov vsaka interpretacija osvetli le določen vidik in so zato lahko vse, v večji ali manjši meri, ustrezne;
4. medsebojna odvisnost različnih delov organizacije osebnosti, zaradi česar imajo lahko različni psihoterapevtski pristopi, ki sicer vplivajo na spremembo različnih delov, podobne skupne učinke na ravni organizacije osebnosti kot celote." (Rosenzweig, 1936, str. 415).

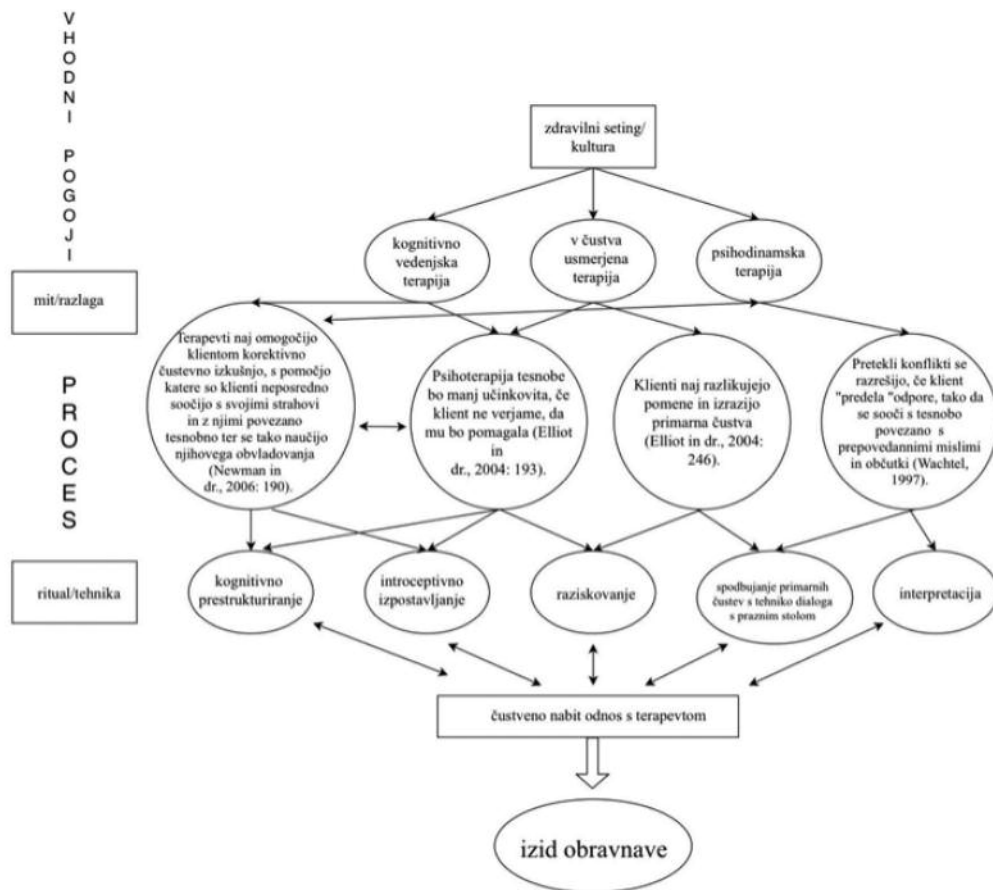
Če je Rosenzweig idejo skupnih dejavnikov samo kratko nakazal, pa je bil ameriški psihiater Jerome Frank prvi, ki se ji je popolnoma posvetil ter jo teoretično in empirično razširil, tako da je še posebej poudaril zdravilni učinek placeba. Prav on je tako leta 1961 objavil prvi eksplicitni model skupnih dejavnikov (Frank, 1961). Od takrat pa vse do devetdesetih let je iskal sorodnosti med tako različnimi dejavnostmi, kot so tradicionalna psihoterapija, skupinske in družinske terapije, stacionarno in farmakološko zdravljenje,

medicina, religijsko magično zdravljenje v neindustrializiranih družbah, kulti in oživljanje, ter razvijal svoj model (Frank, 1971; Frank in Frank, 1991), v katerega je zajel štiri dejavnike:

- a) čustveno nabit, zaupljiv odnos s pomagajočim, ki napaja klientovo zaupanje v terapijsko kompetentnost;
- b) zdravilni seting ali kultura, ki vključuje širok razpon dejavnikov, od prostorske ureditve terapijskih prostorov pa do tega, kar daje določeni obliki terapije ugled ali celo prestiž. Da bi bile terapijske intervencije učinkovite, morajo biti povezane z vrednotami in predpostavkami skupnosti, ki ji pripadata terapevt in klient;
- c) racionalno, konceptualno shemo ali mit, ki ponuja verjetno razlago za klientove simptome in predpisuje ritual ali postopek za njihovo razreševanje;
- d) ritual ali postopek, ki zahteva aktivno sodelovanje pacienta in terapevta ter zanj oba verjameta, da bo povrnil pacientovo zdravje (Frank v Duncan, 2002, str. 14-15).

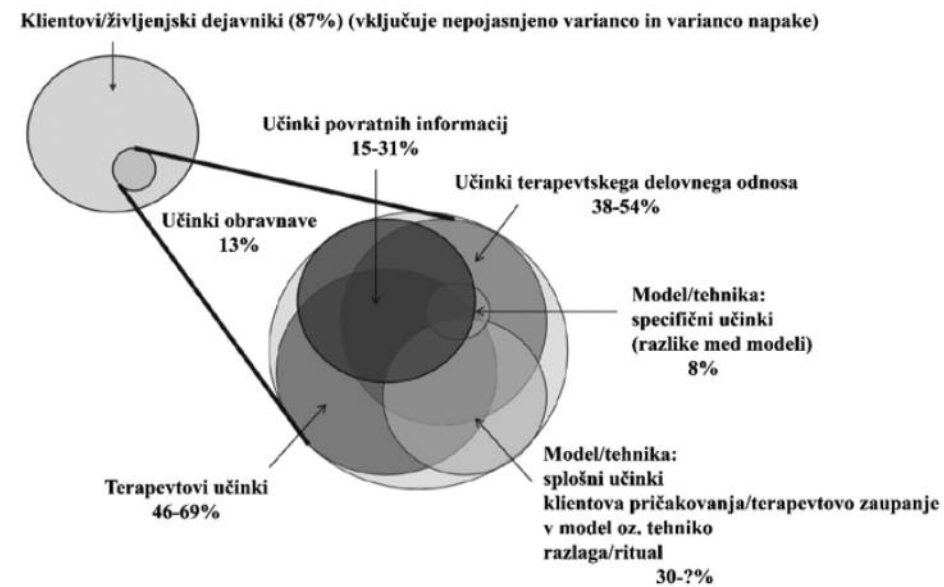
Na sliki 3 so prikazani primeri treh psihoterapevtskih pristopov (KVT, v čustva usmerjene in psihodinamske terapije) na tak način, da so umeščeni v Frankov kontekstualni model (Frank in Frank, 1991). Pravokotne oblike predstavljajo štiri dejavnike Frankovega modela, elipse pa tri različne pristope (to je mite in rituale), ki so na kontinuumu od visoke (naravnosti) do nizke (specifične tehnike) ravni abstrakcije. Načela zdravljenja (vmesne krožne oblike) povezujejo naravnosti in tehnike (Newman idr., 2006; Elliott idr., 2004; Wachtel, 1997).

Frankov kontekstualni model predstavlja transteoretično razlago psihoterapevtskega procesa, tako da upošteva vlogo terapijskega odnosa in tehnik. Pojem transteoretično pomeni višjo raven abstrakcije, s pomočjo katere je možno ugledati skupne lastnosti kljub pomembnim razlikam, ki obstajajo na bolj specifičnih ravneh. Tako npr. v specifičnih opisih psihodinamske in kognitivno vedenjske terapije naletimo na različna, večkrat celo nasprotujoča si teoretska načela in metode. Ko pa pogledamo s transteoretične perspektive, zagledamo skupne elemente. Hkrati lahko s pomočjo Frankovega modela prepoznamo, kaj povezuje zahodnjaške psihoterapije z načini zdravljenja v drugih kulturah, kot so npr. šamanizem in religiozno magični rituali (Fraser in Solovey, 2007, str. 75). Kontekstualni model tako ni le transteoretičen, temveč tudi transkulturalen. Ker je v zahodni kulturi visoko cenjena znanost, na nas običajno pozitivno vplivajo in nas prepričajo racionalne razlage in postopki, ki temeljijo na znanstveni podlagi. Seveda pa vse kulture ne dajejo takega poudarka znanosti, zato bodo v t. i. primitivnih kulturah ljudje dali prednost mitskim razlagam in magičnim ritualom. Ker dosegajo zdravitelji v teh kulturah podobne uspehe kot zahodnjaški terapevti, je Frank izrazil spoštovanje do različnih oblik psihološkega zdravljenja in njihove terminologije (prav tam, str. 93).



Slika 3: Frankov kontekstualni model na primeru kognitivno vedenjske, v čustva usmerjene in psihodinamske terapije (po Anderson in dr., 2010, str. 147)

Nadaljnje intenzivno raziskovanje skupnih dejavnikov je vse bolj razkrivalo njihovo soodvisnost, fluidnost, dinamičnost in odvisnost od tega, kdo so akterji, kakšne so njihove interakcije in kakšen je kontekst. Vse večji nabor študij je v zadnjih tridesetih letih omogočil tudi vse večje število metaanaliz. Tako je Duncan (2017) s pomočjo Vennovega diagrama prekrivajočih se krogov in senčenj prikazal pet dejavnikov (slika 4), ki so se na podlagi metaanaliz pokazali kot najpomembnejši za pozitivni izid psihoterapije - klient, terapevt, terapevtski delovni odnos, model/tehnika (splošni in specifični učinki) in povratno informiranje.



Slika 4: Skupni in specifični dejavniki, ki prispevajo k izidu psihoterapije (Duncan, 2014 in Duncan, 2017, str. xvi)

Duncan poudarja, da je teh pet dejavnikov med seboj soodvisnih in prekrivajočih (slika 4):

“Tehnika je terapevtski delovni odnos v akciji, saj vsebuje razlago za klientove probleme in njihovo rešitev ter terapevtovo prepričanje, da bo terapija lahko v pomoč, in upanje, da se bo podobno prepričanje utrdilo v klientu. Ni mogoče imeti odnosa brez obravnave, brez dogovora med klientom in terapevtom, kako bo terapija naslovila klientove cilje. Podobno ni mogoče imeti pozitivnega pričakovanja za spremembo brez razumevanja oziroma razlage, kako do nje lahko pride, ki bo sprejemljiva tako za klienta kot tudi za terapevta. In končno, edini način, da izvemo, ali skupni dejavniki delujejo, je, da v dejanskem času, ko se odvija terapija, dobimo od klienta povratno informacijo, ali mu obravnava ustreza in pomaga.” (Duncan, 2017, str. xv-xvi).

Motor in glavni akter terapevtske spremembe je klient sam, saj *klientovi dejavniki* prispevajo k učinku terapije kar 87 %⁴ (krog na levi strani slike 4). Klient je tisti, ki najbolje ve, kaj mu pomaga. Klientova ocena terapevta, terapevtskega odnosa in poteka terapije je veliko bolj povezana s pozitivnim izidom terapije kot pa terapevtova ocena (Duncan in Miller,

⁴ V teh 87 % sta vključeni tudi nepojasnjena varianca in varianca napake, torej vse tisto, kar je prispevalo k terapevtski spremembi, pa si še ne znamo pojasniti in pa tisto, kar si napačno razlagamo kot doprinos terapije (Asay in Lambert, 1999).

2000ab). Bolj kot klient verjame v psihoterapijo in je zanjo motiviran, odprt in angažiran, tako da je pripravljen vztrajati in sodelovati ter v terapevtski proces vlagati nek napor, boljši bodo rezultati. K pozitivnemu izidu pripomore tudi, če klient poglobi in razširi zavedanje svojega doživljanja in vedenja ter samoiniciativno in ustvarjalno vnaša spremembe v svoje vsakdanje življenje. Zelo pomembno je tudi, koliko se lahko opre na bližnje ter širši krog sorodnikov, prijateljev, znancev in sodelavcev. In nenazadnje igra pomembno vlogo, koliko uspe naključne in nepričakovane dogodke v svojem življenju, kot so na primer nova zaposlitev, selitev, ločitev, različne pozitivne ali negativne stresne obremenitve, izkoristiti za doseganje terapevtskih ciljev (Bohart, 2000; Bohart in Tallman, 1999, 2010; Tallman in Bohart, 1999).

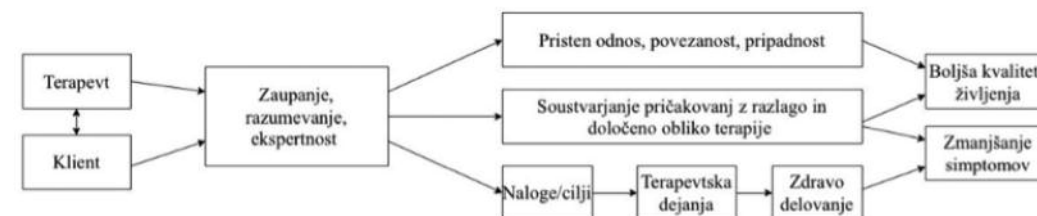
Če si preostalih 13 % učinka psihoterapevtske obravnave zamislimo kot nov krog (torej kot novih 100 %) (desni spodnji krog na sliki 4), potem prispevajo terapevtovi dejavniki od 46 % do 69 %, terapevtski delovni odnos od 38 % do 54 %, učinki povratnega informiranja od 15 % do 31 %, splošni vpliv modela oziroma tehnike okoli 30 % in specifični vpliv okoli 8 %.

Kako velik je pomen *terapevtovih dejavnikov*, je postalo jasno, ko so raziskave pokazale, da so razlike v izidih med različnimi psihoterapevtskimi pristopi zelo majhne in nepomembne – in to velja za katerokoli duševno motnjo ali težavo. Znotraj posameznih pristopov pa obstajajo bolj ali manj učinkoviti terapevti. Ključnega pomena torej ni, ali klient pride v psihoanalizo, geštalt terapijo, sistemsko terapijo ali v katerikoli drugi pristop, temveč h komu pride. Dober terapevt je na primer sposoben oblikovati sodelovalen odnos s široko paleto različnih klientov, se že od samega začetka terapije posveča klientovim virom, je medosebno občutljiv in se osredotoča na klienta, tako da na seansah prepozna njegova čustvena stanja in uravnava svoje čustveno izražanje. Poleg tega kot oseba izžareva toplino in prijaznost, je sprejemajoč in vztrajen ter besedno spreten, kar med drugim pomeni, da zna ustrezno razložiti tako teoretične kot tudi praktične osnove svojega načina dela (Wampold, 2011).

Prispevek *terapevtskega odnosa* je kar pet- do sedemkrat večji od prispevka specifičnega psihoterapevtskega modela ali tehnike. V sebi združuje tri med seboj krožno povezane in soodvisne dejavnike: čustveno vez med terapevtom in klientom, strinjanje glede terapevtskih ciljev in strinjanje glede nalog, ki omogočajo uresničevanje ciljev (Bordin, 1979, 1994). Želeni izid terapije je tisti, ki naj usmerja terapevtski proces. Ključno vprašanje ni, kaj deluje, temveč, ali to, kar skupaj počneta terapevt in klient, deluje za klienta.

Povratno informiranje je izjemno pomembno, saj povezuje vse ključne dejavnike v usklajeno celoto, ki deluje po meri klienta. Terapevt lahko s pomočjo stalnih povratnih informacij bolje prilagodi svoj način dela vsakemu klientu posebej. Hkrati ga tudi dejavno vključi, da skupaj sooblikujeta terapevtski proces.

Splošni učinek modela oziroma tehnike, ki je del učinka skupnih dejavnikov, je vezan na to, koliko terapevt s tem, kar počne, in z razlago tega, kar počne, nagovori klientova pričakovanja, torej koliko vzbudi njegovo zaupanje v določen terapevtski model ali tehniko. Bolj kot bo terapevt v razlagi in izvedbi tehnike prepričljiv, večja je verjetnost, da bo vzbudil klientovo zaupanje. *Specifični učinek*, to pomeni učinek tehnike same brez splošnega učinka, je tako skoraj zanemarljiv.



Slika 5: Kontekstualni model Wampolda in Imela (2015, str. 54), ki premošča dihotomijo med skupnimi in specifičnimi dejavniki.

Tudi na podlagi sodelovanja z Duncanom sta leta 2015 Wampold in Imel (2015) predstavila novo integrirano različico kontekstualnega modela (slika 5). Ta predpostavlja, da na podlagi zaupanja in razumevanja med terapevtom in klientom ter terapevtove ekspertnosti (ključno pri tem je, da predvsem klient vse troje pozitivno oceni) terapija lahko nato deluje preko treh mehanizmov:

- 1) *Pristnega odnosa*, za katerega je značilen občutek pripadnosti in povezanosti. Ta del kontekstualnega modela vključuje vse, kar je raziskanega oz. znanega o terapevtski aliansi. Čeprav je v procesu terapije nujna, ni zadostna, torej »ni cilj, temveč samo sredstvo za doseg cilja« (Yalom, 2017, str. 225).
- 2) *(So)ustvarjanja pričakovanj* z razlago in določeno obliko terapije, kar ustreza Frankovi ideji o mitu/razlagi in ritualu/metodi, ki naj krepita klientovo upanje, da bo z njuno pomočjo dosegel izboljšanje. Klientova pričakovanja glede terapije močno vplivajo na odločitev za terapijo, na terapevtski odnos, proces in izid terapije (Greenberg idr., 2006; Joyce in Piper, 1998; Joyce idr., 2003; Kirsch idr., 2016; Snyder idr., 1999; Wampold, 2015). Klienti navadno prihajajo na terapijo z lastno razlago svoje stiske. Ta izhaja iz njihovih lastnih prepričanj, ki temeljijo na kulturni konceptualizaciji duševnih motenj. Ta prepričanja so običajno rigidna in ne omogočajo rešitev. Nasprotno pa naj bi terapevt ponudil prožnejše razlage klientovih težav in razne načine za njihovo premagovanje oziroma obvladovanje. Če klient verjame, da bo sodelovanje pri različnih tehnikah pomagalo pri spoprijemanju s težavami, to še poveča njegovo pozitivno pričakovanje glede izida. Za ustvarjanje pričakovanj so torej pomembne psihoterapevtove razlage klientovih težav kot tudi

iz interpretacije izpeljana terapevtska dejanja. Pozitivna pričakovanja se ustvarijo le takrat, ko klient sprejme terapevtove razlage, kar se bolj verjetno zgodi, če so skladne s klientovimi kulturnimi prepričanji.

- 3) *Specifičnih sestavin*, to je uporabe specifičnih metod in tehnik določene psihoterapevtske smeri, saj strinjanje glede ciljev terapije ni dovolj. Pomembno je tudi, da klient doživlja, da mu terapevt zastavljene cilje pomaga doseči. Nekateri pristopi, metode in tehnike se bolj osredotočajo na izboljšanje klientovega mišljenja in vedenja, drugi čustev ali odnosov⁵. Za vse te pristope pa je pomembno, da v skladu z Bordinovo teorijo terapevtskega delovnega odnosa (Bordin, 1979, 1994) dobro oblikujejo cilje in fazne naloge, ki vodijo do terapevtskih dejanj in bolj zdravega delovanja. Končni rezultat ni le zmanjšanje simptomov, temveč tudi boljša kakovost življenja, kar je v biomedicinskem modelu večinoma zanemarjeno.



Slika 6: Trije ključni mehanizmi Wampoldovega kontekstualnega modela.

Za razliko od biomedicinskega modela je temeljna predpostavka kontekstualnega modela, da specifične sestavine ne delujejo neposredno na določeno težavo ali motnjo, temveč posredno preko (so)ustvarjanja pozitivnih pričakovanj ter spodbujanja klienta, da aktivno razvija zdrave in funkcionalne vzorce mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov. Johnson in Wright (2002) ob tem dodajata, da se morajo terapevtske naloge skladati s klientovim načinom življenja, pogledom na svet in pričakovanji (slika 6). Na ta način kontekstualni model presega dihotomijo med terapevtskim odnosom in tehnikami. Po eni strani tehnike

⁵ Splošni učinki terapevtskih metod in tehnik so po Graweju (2005) v tem, da pomagajo strukturirati terapevtska srečanja, povečujejo preglednost, olajšujejo orientacijo, nadzor nad procesom ter odločanje in izbiri različnih možnosti, z vsem tem pa povečujejo občutek varnosti ne le pri klientu, temveč tudi pri terapevtu (še posebno začetniku).

ne delujejo ločeno od odnosa (od pričakovanj in razlag), po drugi strani pa se odnos razvija prek uporabe tehnik in veščin, kar zahteva stalno usposabljanje in nenehno izboljševanje (Pérez Álvarez, 2019).

Kratek pregled razvoja teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela v okviru biopsihosocialnega pristopa lahko sklenemo z ugotovitvijo, da je kljub prevladi biomedicinskega modela v zadnjih petdesetih letih ptič Dodo s svojim sporočilom vse bolj strokovno in znanstveno utemeljen. Njegovo sporočilo tudi ni več samo to, da lahko različni psihoterapevtski pristopi glede učinkovitosti skupaj stopijo na zmagovalni oder, temveč da teorija skupnih dejavnikov in kontekstualni model postajata “srce in duša” sodobne psihoterapije (Duncan idr., 2010), ki je podprta s “psihoterapevtsko znanostjo” (Gelo idr., 2015; Laubreuter, 2012, 2018; Možina, 2016a, 2020, 2021bc),

Trojni razcep med biomedicinskim in biopsihosocialnim pristopom

Na podlagi razlikovanja med biomedicinskim in biopsihosocialnim pristopom, v okviru katerega ima pomembno mesto teorija skupnih dejavnikov in kontekstualni model, se bomo zdaj vrnili dobrih sto let nazaj, v čas nastajanja psihoanalize. Predstavljena bo teza, da je bil Ferenczi in ne Freud tisti, ki je dejansko naredil ključne korake pri izstopanju iz okvirjev biomedicinskega modela. Če bi lahko zavrteli kolo zgodovine nazaj in bi začeli sodobno psihoterapijo razvijati na podlagi Ferenczijevih odkritij, danes področje psihoterapije ne bi bilo tako razcepljeno, kot je na podlagi Freudove na teorijo osredotočene psihoanalize. Ne gre namreč le za strokovno in politično polarizacijo med medicino in psihoterapijo, ki se vleče od Mesmerja preko Freuda do danes, temveč tudi za polarizacijo med biomedicinskim in biopsihosocialnim pojmovanjem znotraj področja medicine ter znotraj področja psihoterapije.

Gre torej za trojni razcep. Prvega, med prevladujočim biomedicinskim pristopom in psihoterapijo, ni težko ugledati, saj lahko, sicer seveda veliko preveč poenostavljeno, s prstom pokažemo na farmacevtsko industrijo kot glavnega krivca za medikalizacijo skrbi za duševno zdravje.

Drugi razcep se nam pokaže, v kolikor pogledamo v zgodovino t.i. “psihosomatske medicine” oz. “biopsihosocialne medicine”. Ta je med svojim razvojem od psihiatra Johanna Christiana Augusta Heinrotha (1773-1843), ki je pojem ‘psihosomatika’ uvedel, obravnavala številna vprašanja o zdravju in bolezni z biopsihosocialne perspektive veliko pred trenutno prevladujočo biomedicinsko usmeritvijo, tako da so discipline, kot so psihonevroendokrinologija (Wolkowitz in Rotschild, 2003), psihoimunologija (Müller, 1999), psihonevroimunologija (Yan, 2016), znanost o stresu (Contrada in Baum, 2010), posveto-

valno-povezovalna psihiatrija in na osebo osredotočen pristop (Grassi idr., 2019; Kores Plesničar, 2010), na osebo osredotočeno zdravstveno varstvo (Buetow, 2016; Sturmberg, 2015), vedenjska medicina (Ehlert, 2016), psihologija zdravja (Albery in Munafo, 2008) ter raziskave kakovosti življenja (Moller in Huschka, 2008) izhajajo iz psihosomatskega področja ali so z njim tesno povezane (Fava idr., 2002). V zadnjih treh desetletjih so novi dosežki na področju klinične in kognitivne nevroznosti (Cohen in Sweet, 2011; Grawe, 2005; LeDoux, 2015; Leuzinger-Bohleber idr., 2016) ter pojav medicine duha in telesa (Dreher, 2003; Lloyd in Rossi, 2008; Pert, 1997; Pert idr., 1998; Rossi, 1993; Rossi idr., 2006; Rotan in Ospina-Kammerer, 2007) sprožili nove izzive za povezovanje znotraj psihosomatske in vedenjske medicine. Čeprav lahko vsa ta področja trdijo, da so avtonomna, je njihovo povezovanje ključnega pomena za njihov uravnotežen razvoj. Kot je predlagal Wittkower (1974), bi morala biti psihosomatska medicina za dosego svojih ciljev v celoti vključena v medicinsko prakso in se tako stopiti z njo. Žal pa smo od tega, da bi biopsihosocialni pristop na področju varovanja duševnega zdravja prevladal, še vedno zelo daleč.

Tretji razcep pa je veliko bolj skrit in zato morda za razvoj psihoterapije najbolj škodljiv. Ker se psihoterapevti ne zmoremo ali nočemo odreči svojim lepim hevrističnim teorijam in upanju, da bomo enkrat le našli specifično diagnostiko in specifične pristope zdravljenja, ne moremo narediti odločilnega premika iz preparadigmatske faze. Sodobna znanost že najmanj tri desetletja razpolaga s konceptualnim okvirjem, ki psihoterapiji na stežaj odpira vrata v paradigmatsko fazo⁶. Ta okvir obsega več ravni: od epistemološke preko raziskovalno metodološke do klinično aplikativne (Možina, 2024b). Če bi stopili skozi vrata, bi tudi zaključili z veliko psihoterapevtsko razpravo znotraj psihoterapevtske skupnosti. Menim, da je Freud ta vrata še kako dobro videl in je po eni strani želel narediti odločilni korak stran od biomedicinskega pristopa, vendar žal tega koraka navsezadnje ni naredil. Ferenczi pa si je ta korak drznil narediti, vendar je zanj plačal visoko ceno. Žal jo še vedno plačujemo tudi njegovi potomci, ko se soočamo s prevlado biomedicinskega modela tako v konfrontacijah z medicino kot tudi znotraj psihoterapevtske skupnosti.

Vzemimo za primer mit o tem, da je psihoanaliza med vsemi psihoterapevtskimi pristopi edina, ki deluje globinsko in omogoča klientom tiste 'prave', osebne spremembe. Kljub Dodovi razsodbi se to prepričanje prenaša iz psihoterapevtskega roda v rod, kar opažam tudi pri vsaki novi generaciji študentov psihoterapije na naši fakulteti. Da ne omenjam učiteljev psihoanalitikov, ki na predstavitvah psihoterapevtskih šol ne morejo ne poudarjati superiornosti psihoanalize. Na drugi strani pa klinični psihologi v Sloveniji kot najboljšo razglašajo kognitivno vedenjsko terapijo. In tu so še ponudniki raznih novih

⁶ Tak okvir predstavlja znanost o kompleksnosti (angl. science of complexity), ki se je razvila na osnovi kibernetike in splošne teorije sistemov ter vključuje raziskovanje samoorganizacije in nelinearne dinamike neravnotežnih sistemov, teorijo kaosa, sinergetiko, kognitivne znanosti, sistemsko biologijo in ekologijo idr. (Snow, 1990; za podrobnejši prikaz v slovenščini glej Možina in Kordeš, 2005).

metod in tehnik, npr. EMDR, brainspottinga, na čustva umerjenih tehnik in raznih na telo orientiranih pristopov, ki poskušajo ustvariti vtis, da prav oni ponujajo specifično učinkovito tehniko. Prav neverjetno je, kako ob vseh izsledkih o pomenu skupnih dejavnikov ta trik promoviranja tehnik vedno znova ujame na limanice, celo za velike denarje, tudi psihoterapevte, ki imajo večletne praktične izkušnje.

Medicinski model in Freudovo pojmovanje psihoanalize

Wampold in Imel (2015) opozarjata, da je medicinski model poleg materialistične etiologije razvil tudi njeno najpomembnejšo posledico, to je *specifičnost*, ki se "nanaša na način, kako zdravljenje učinkuje. Zdravljenje je specifično takrat, ko sestavine zdravljenja odpravljajo bolezen, tako da spremenijo tista fizikalno-kemijska dogajanja v telesu, ki naj bi povzročila bolezen. Na splošno naj bi specifičnost v medicini temeljila na dokazanih spremembah fizikalno-kemijskih procesov, ki povzročajo bolezen, tako da pride do ozdravitve, ko je bolezen odpravljena, ali pa do izboljšanja, ki pa mora biti večje od tistega, ki bi ga lahko dosegli zgolj s psihološkimi vplivi preko aktivacije upanja, pričakanj in pogojevanja" (prav tam, 2015, str. 4). Specifičnost zdravljenja torej sledi predhodni specifični diagnozi. Brez te specifično zdravljenje ni možno.

Wampold je izpostavil pet ključnih predpostavk oziroma sestavin medicinskega modela, ki so tudi odločilno vplivale na glavni tok razvoja psihoterapije: bolezen ali motnja, biološka razlaga, biološki mehanizem spremembe, terapevtski postopki in specifičnost:

"Prvič, obstaja *pritožba*, težava ali motnja (npr. klient trpi zaradi vsiljivih misli, depresije idr.).

Drugič, za težave obstaja *razlaga*, a s to razliko, da je v medicini biološka (npr. bolečina v želodcu je posledica razjede, ki jo je povzročila bakterija), v psihoterapiji pa psihološka (npr. nespečnost je posledica travmatskih izkušenj).

Tretjič, obstajajo *mehanizmi spremembe*, ki se skladajo s teoretično razlago duševne motnje (npr. izbris strahu in tesnobe).

Četrtič, obstajajo *terapevtski postopki*, ki jih terapevt uporabi na osnovi razlage mehanizma spremembe (npr. s progresivnim izpostavljanjem objektom ali okoliščinam, ki vzbujajo strah ali tesnobo).

Petič, obstaja predpostavka, da so *koristni učinki* psihoterapije v glavnem posledica terapevtovih specifičnih intervencij (npr. zaradi izpostavljanja in ne zaradi drugih dejavnikov, kot so terapevtski odnos, klientove in terapevtove značilnosti idr.)" (Wampold, 2010a, str. 51).

Prav ta zadnja sestavina, specifičnost metod ali tehnik, je v medicinskem modelu najpomembnejša in daje prednost oz. primat specifičnim terapevtskim dejavnikom pred skupnimi, kontekstualnimi dejavniki.

Če upoštevamo, da je bila medicinska znanost v drugi polovici 19. stoletja izključno biološko-fiziološko usmerjena, tako da so se z razumevanjem človekovih duševnih stisk in trpljenja ukvarjali le duhovniki, filozofi in umetniki, lahko toliko bolj cenimo Freudov pogum, ko se je kot nevrolog osredotočil na proučevanje duševnih procesov in pogovorne oblike pomoči. Še bolj občudovanja vredno je, da je nasprotoval temu, da bi psihoanaliza prešla v roke zdravnikov, temveč jo je hotel predati v roke novemu poklicu. Za zdravnike, ki so hoteli prakticirati psihoanalizo, pa je postopno uvedel enake pogoje kot vse druge – znanje teorije, prakso pod supervizijo in lastno učno analizo (Freud, 1999). Hkrati pa si je nenehno prizadeval, da psihoanaliza s strani uradne medicine ne bi bila označena kot šarlatanstvo, temveč bi bila priznana kot znanstvena disciplina. Zato se je v prvi vrsti posvetil gradnji kompleksne teorije, za katero je bil vse bolj prepričan, da je znanstvena. Pri postavljanju teoretskih temeljev psihoanalize pa je žal ostal zvest medicinskemu modelu. Podobnost Freudovega prvotnega dela o histeriji z medicinskim modelom je očitna: motnja (histerija), razlaga motnje (potlačeni travmatstki dogodki), mehanizem spremembe (uvid v nezavedno) in specifični terapevtski postopek (prosto asociiranje) (Freud in Breuer, 2004). Freud je vztrajal, da je njegova teorija pravilna in da je psihoanalitično zdravljenje specifično ter podprto z znanstvenimi dokazi, čeprav je bila empirična podlaga šibka (Wampold in Imel, 2015, str. 18).

Da so tudi sadovi zrelega obdobja Freudovega razvijanja teorije psihoanalize ostajali v okviru medicinskega modela, priča tudi hitro širjenje psihoanalize v ZDA. V nekaj letih po Freudovem edinem obisku ZDA in predavanjih na univerzi Clark leta 1909 je psihoanaliza tam postala glavni psihoterapevtski pristop, ki so ga izvajali skoraj izključno zdravniki. Freud je bil zelo kritičen do ameriške izkušnje, tako da si ni želel niti ponovnega obiska niti sodelovanja. Avtor biografije o Freudu, Ernest Jones, poroča, da je celo izjavil, češ je Amerika “gigantska napaka” (Jones, 1975). Prav tako nikakor ni pričakoval, da bodo njegove ideje tam padle na tako plodna tla. Kako je potem mogoče, da so jo zdravniki sprejeli s tako široko odprtimi rokami?

Po eni strani zato, ker je bil znanstveni razvoj na področju psihiatrije še v povojih in posledično zdravniki niso imeli prepričljivih dokazov o organskih vzrokih duševnih bolezni, ki bi jim verjela širša javnost. Tako jim je prišla še kako prav psihoanalitična teorija, ki jo je bilo možno umestiti v medicinski model, saj je nepojasnjeno organsko vzročnost nadomestila psihološka vzročnost. In čeprav takšna etiologija ni bila znanstveno potrjena, je delovala dovolj obetavno in hkrati prepričljivo tako za paciente kot tudi laično javnost. Zdravniki so s psihoanalizo postali bolj konkurenčni različnim oblikam pogovornih oblik pomoči, ki jih niso izvajali zdravniki (npr. psihologi in duhovni zdravitelji). Ob koncu 19.

stoletja in v začetku 20. stoletja je namreč v ZDA (podobno se je dogajalo tudi v Evropi) “moralno zdravljenje” psihiatriji predstavljalo močno konkurenco (Cockerham, 2017). Kljub temu da je bila psihoanaliza bolj mit kot znanost, so zdravniki Freudovo kompleksno teorijo do petdesetih let 20. stoletja lahko uspešno predstavljali kot bolj strokovno oz. celo znanstveno od raznih verskih oblik pomoči pri duševnih težavah (npr. v okviru gibanj, kot sta bila Christian Science in New Thought Movement) ter vzpostavili nov modni trend za klientelo iz višjih slojev.

Poleg tega je bil sprejem v programe usposabljanja psihoanalitičnih inštitutov in izvajanje psihoanalize v veliki meri omejen na zdravnike, kar je še dodatno prispevalo k opredelitvi psihoterapije kot medicinske prakse⁷. Do sredine dvajsetega stoletja so bile vloge jasne: “Delitev dela po disciplinah je bila nesporna: Psihologi so opravljali testiranje inteligentnosti in ocenjevanje osebnosti, običajno z Rorschachovim testom, socialni delavci so opravljali razgovore, psihiatri pa terapijo” (Frank, 1992, str. 392). Šele konec petdesetih let prejšnjega stoletja so se ‘ekskluzivne pravice’ zdravnikov do psihoterapije začele zmanjševati in pri izvajanju psihoterapevtskih storitev so do konca stoletja vse bolj prevladovali (klinični) psihologi⁸. Vseeno pa je tudi v drugi polovici 20. stoletja ostajal vtis (in ponekod ostaja še do danes, zgovoren primer je Slovenija), da morajo psihoterapijo izvajati predvsem psihiatri ali samo tisti, ki pod njihovim nadzorom delajo v zdravstvu.

Zanimivo je, kako so v istem času medicinskemu modelu sledili tudi behavioristi, čeprav so vse bolj kritizirali psihoanalizo in ponudili nove terapevtske tehnike (npr. sistematično desenzibilizacijo (Wolpe, 1958)), ki so temeljile na eksperimentalni teoriji učenja in empirični psihologiji (Eysenck, 1959, 1961, 1966). Kljub poudarjanju, da se njihov pristop razlikuje od medicinskega modela (trdili so na primer, da so duševne motnje posledica učenja na podlagi interakcij z okoljem in ne biologije), sta mu npr. razlaga in uporaba sistematične desenzibilizacije sledila: “Uporabljala se je za zdravljenje motnje (fobične tesnobe), temeljila na razlagi motnje (klasično pogojevanje), v katero je bil vgrajen mehanizem spremembe (desenzibilizacija), ki je določal terapevtski postopek, potreben za spremembo (sistematična desenzibilizacija). Čeprav je torej psihoanalitična paradigma

⁷ Freud je usposabljal tudi psihoanalitike, ki niso bili zdravniki, na primer Theodorja Reika, ki je potem postal pionir laične analize v ZDA. Leta 1925 je bil na Dunaju obtožen kazniviga dejanja opravljanja zdravniškega poklica brez licence. Čeprav ga je Freud vzel bran in je bil oproščen, je bil po Freudovi smrti dostop do psihoanalitičnih inštitutov za tiste, ki niso bili zdravniki, še dodatno omejen (VandenBos idr., 1992).

⁸ Bentall (2009) rojstvo klinične psihologije povezuje s pomanjkanjem zdravnikov, ki so bili pripravljeni delati v povojnem sistemu psihiatričnih bolnic. Prvi formalni študij klinične psihologije v Angliji je tako leta 1948 uvedel britanski profesor psihiatrije Aubrey Lewis, ki je kot glavno funkcijo kliničnih psihologov videl predvsem v tem, da bodo za psihiatre izvajali klinično psihološko diagnostiko. Bentall ta pričakovanja psihiatrije primerja z odnosom med zdravniki drugih specializacij in laboratorijskimi tehnikami, ki zdravnikom zagotavljajo rezultate biokemičnih laboratorijskih testov. Ščasnoma so takratne klinične psihologe takšna pričakovanja pričela frustrirati, zato so pričeli razvijati nove oblike psiholoških terapij. 1950-ta in 1960-ta leta so čas razvoja vedenjske terapije, predhodnice kognitivno-vedenjske terapije, hkrati pa tudi čas, ko se v psihologiji rodi alternativa vedenjskemu inženiringu. Gre za humanistični pristop psihologa Carla Rogersa (1942ab, 1951ab, 1957, 1961), ki je v psihologijo in druge pomagajoče poklice prinesel zavedanje o pomenu terapevtskega odnosa. Bentall meni, da se je v tem obdobju tudi rodil ambivalenten odnos med psihiatrijo in klinično psihologijo, o katerem se po njegovem, vse do danes, ne sme govoriti na glas.

nasičena z mentalističnimi konstrukti, medtem ko se jim vedenjska paradigma na splošno izogiba, oba sistema razlagata neprilagojeno vedenje in ponujata terapevtske protokole za zmanjšanje stiske in spodbujanje bolj prilagojenega delovanja” (Wampold in Imel, 2015, str. 20).

Tako behavioristi kot psihoanalitiki so izhajali iz psihopatologije:

1. Diagnozo pacienta so postavili v skladu s psihopatologijo.
2. V skladu s tem je sledilo zdravljenje, da bi prišlo do izboljšanja ali ozdravitve psihopatologija.
3. Teorija psihoterapije je izhajala iz psihopatologije.
4. Psihopatologijo so odkrivali in je zanje dejansko obstajala, tako da so teorijo razvijali na njeni podlagi” (Barnes, 2002b, str. 12).

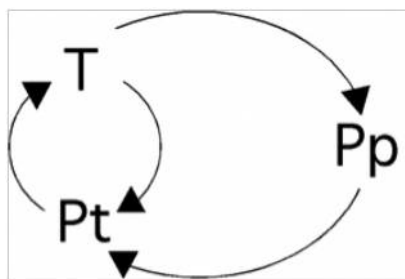
Na osnovi Toulminove (1990) opredelitve “na teorijo osredotočene filozofije” je Barnes takšen pristop poimenoval “na teorijo osredotočena psihoterapija”:

“Na teorijo osredotočeni psihoterapevtski pristopi opisujejo probleme in rešitve v brezčasnih, univerzalnih konceptih, pri čemer konkretno zamenjujejo z abstraktnim in sedanjost zamegljujejo z rekonstruirano preteklostjo. S svojimi konstruiranimi realnostmi preteklosti in sedanjosti zmanjšuje upanje. Lokalni tukaj nadomešča z oddaljenim tam...” (Barnes, 2002b, str. 21).

Wampoldovim petim sestavinam medicinskega modela lahko torej dodamo še šesto: osredotočenost na teorijo. Vsak psihoterapevtski pristop, ki je, podobno kot medicinski pristop, osredotočen na teorijo, predlaga psihopatologijo in jo nato pripisuje klientom.

Težava pa je, da

“psihopatologije ne najdemo (tj. ni vnaprej dana), temveč jo sami ustvarjamo v kontekstu psihoterapije z uporabo teorije. Odnos med psihopatologijo in psihoterapevtsko teorijo je krožen, kar je v izrecnem nasprotju s prevladujočim pogledom, ki pravi, da je linearno enosmeren. Tako teorija (T) ustvarja psihoterapijo (Pt) v enaki meri, kot psihoterapija ustvarja teorijo; in teorija psihoterapije (Pt - T) ustvarja psihopatologijo (Pp) v enaki meri, kot psihopatologija ustvarja teorijo psihoterapije (Pt - T)” (prav tam, str. 13) (slika 7).



Slika 7: Krožni odnos med teorijo, psihoterapijo in psihopatologijo (Barnes, 2002b, str. 13).

Psihoterapija torej predlaga psihopatologijo in jo uporablja, kot je definirana v logiki teorije. Vsaka psihopatologija je logična posledica teorije in hkrati predstavlja razlago logike te teorije. Teorija spreminja teoretike in psihoterapevte kot tudi kliente. Ko psihopatologijo umestimo v kliente oziroma jim psihopatologijo pripišemo, jih teorija spremeni v svoje subjekte.

Pragmatična vrednost oziroma uporabnost teorije je v tem, da ustvarja vzorce in s tem prispeva k poenostavljanju, k zmanjševanju kompleksnosti, s katero se stalno srečujemo pri terapevtskem delu pa tudi v življenju nasploh. Brez redukcije kompleksnosti bi se velikokrat težko orientirali in odločali ter sklepali pragmatične kompromise za učinkovito ravnanje v skladu z našimi nameni. Ko pa pri terapevtskem delu za orientacijo in pomoč pri odločanju o tem, kako postopati, uporabljamo psihopatološke kategorije, ne bi smeli pozabiti, da temeljijo na teoriji, ki nikoli ne more v celoti zajeti bogate raznolikosti doživljanja in ravnanja naših klientov. Ena od posledic tega, da so teorije vedno podobne Prokrustovi postelji, je, da stalno vznika potreba po širjenju obstoječih teorij, to je po dodajanju kompleksnosti, zaradi česar lahko teorija (in posledično tudi psihopatologija) postane vse manj privlačna, saj je njen osnovni namen poenostavljanje. Prav to se je v zadnjih desetletjih zgodilo tudi z ameriško psihiatrično klasifikacijo, v kateri je v zadnjih desetletjih prišlo do skokovitega naraščanja števila duševnih motenj: v drugi izdaji DSM jih je bilo 180, 292 v tretji, 365 v četrti in kar okoli 500 v zadnji, DSM-V različici (Verhaeghe, 2008, 2016).

Freud je psihoanalizo utemeljil kot na teorijo osredotočen pristop. Njegova teorija je predhodnica vseh na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopov. Svojo psihoterapevtsko kariero je začel na področju hipnoze, kjer je zdravljenje potekalo izključno s komunikacijo, ne da bi se opiral na veliko teorijo (Gauld, 1992; Ellenberger, 1970; Erickson, 1980). Na podlagi ugotovitev, do katerih je prišel v svoji klinični praksi s histeričnimi pacientkami in kasneje z opustitvijo hipnoze, je lahko oblikoval teorijo potlačitve in odpora, ki je postala temelj psihoanalize. Trdil je, da ta teorija predstavlja ‘odkritje’ in ne ‘predpostavko’ psihoanalize. V *Predavanjih za uvod v psihoanalizo* (Freud, 1977) je zapisal, da je psihoanaliza nastala kot “naporna in zahtevna” metoda zdravljenja, ki “zdravnika prevzame v celoti ali pa sploh ne” in da je “kot metoda zdravljenja ena izmed mnogih, čeprav zagotovo *prva med enakimi (primus inter pares)*”. V 24. predavanju je tudi zapisal, da je “teorija nevroz psihoanaliza sama”, v 1. predavanju pa je pojasnil, kako na teorijo osredotočena psihoterapija vodi psihoterapevta: “Pacient govori, pripoveduje o svojih preteklih izkušnjah in sedanjih vtisih, se pritožuje, izraža svoje želje in čustvene impulze. Zdravnik posluša, poskuša usmerjati pacientove miselne procese, nagovarja, usmerja njegovo pozornost v določene smeri, razlaga in opazuje odzive razumevanja ali zavračanja, ki jih na ta način izzove v njem”. Osnova za vse terapevtske usmeritve, razlage in opažanja je Freudova teorija: “Freud je vztrajal, da sta teorija in terapija pravzaprav eno in isto” (Rieff, 1961, str. 113).

Barnes (2002b) je k temu dodal: “Zdi se, da sta Freudu (kot kažejo njegova pisma Arnoldu Zweigu) poslanstvo psihoanalitika in življenje teoretika pomenilo eno in isto. Na to, kako je govoril o pacientih (in ljudeh na splošno), je vse bolj vplivala njegova teorija. Na njeni podlagi je tudi razumel odklonilen odnos sodobnikov do njega samega in do njegove teorije. Vse to je namreč videl ‘kot nujno posledico temeljnih analitičnih predpostavk’, kot je komentiral v eseju o zgodovini psihoanalitičnega gibanja. Navsezadnje se je zdelo, da je o tem, kar je počel, in o tem, kar so počeli drugi, govoril le z vidika lastne teorije” (str. 6).

Tudi Freudov ožji krog privržencev je teorijo in psihoterapijo še naprej enačil ter svoje metafore in analogije črpal iz mehanizmov znanosti poznega 19. stoletja. Sledili so jim neofreudovci, pozneje pa tudi drugi psihoterapevti, ki se večinoma niso spraševali o predpostavkah, na katerih je temeljilo njihovo razmišljanje, čustvovanje in delovanje. Ti na teorijo osredotočeni psihoterapevtski pristopi in njihova privlačnost za popularno kulturo so v ZDA dosegli svoj višek sredi dvajsetega stoletja (Hale, 1995). Prevladujoča navada na teorijo osredotočenih psihoterapevtov (in znanstvenikov na splošno) je poenostavljanje problemov, tako da zanemarjajo vpliv širšega konteksta na ožjega. Večina jih misli, da uporabljajo teorije, vendar se ne zavedajo učinkov, ki jih te teorije imajo na njih same. Ne upoštevajo, da ne mislimo mi teorij, temveč teorije mislijo nas (Bateson, 2019). Prav tako ne raziskujejo dovolj širšega konteksta, zgodovinskega in družbenopolitičnega ozadja, iz katerega so vzniknile teorije, ki jih uporabljajo za reševanje (ali žal tudi poglobljanje) določenih družbenih in ekoloških problemov (Barnes in Možina, 2020).

Ferenczi kot predhodnik teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela

Ferenczi se je s Freudom prvič srečal leta 1908, ki je šest let kasneje v eseju *O zgodovini psihoanalitičnega gibanja* zapisal: “Madžarska, geografsko tako blizu Avstriji, a znanstveno tako drugačna, je dala psihoanalizi le enega sodelavca, Sándorja Ferenczija, toda takšen sodelavec je vreden celega združenja.” (Freud v Bohak, 2022, str. 394). Freud je pogosto hvalil Ferenczija ter njegove teoretične in klinične prispevke k psihoanalizi označil za “čisto zlato”. Ko je bil 25. aprila 1919 na novoustanovljenem oddelku za psihoanalizo na Medicinski fakulteti v Budimpešti habilitiran za prvega rednega profesorja psihoanalize na svetu, je Freud Ferenczijev dosežek označil za “uspeh, o katerem nismo niti sanjali” (Freud v Pap, 2020, str. 142).

Freud se ga je spominjal kot “mojstra analize”, vse analitike pa je označil za “njegove učence”. V njunem prijateljstvu je bil Freud manj čustveno vpleten, čeprav ga je imel med



vsemi svojimi kolegi in sledilci za najbližjega. Očetovsko se je zanimal za njegovo zasebno življenje in težave ter ga imenoval “moj dragi sin”. Med letoma 1908 in 1933 sta si Freud in Ferenczi izmenjala več kot 1200 pisem, ki so bila pozneje objavljena v treh knjigah, ki dodatno osvetljujejo eno najpomembnejših prijateljstev v zgodovini psihoanalize (Bohak, 2022) (slika 8).

Slika 8: Ferenczi in Freud med prvo svetovno vojno. Čeprav sta imela precej manj osebnih stikov, je bilo to obdobje njunega najtesnejšega prijateljstva. V številnih pismih sta drug drugemu nudila veliko psihološke podpore.

Ferenczi je s svojim nenehnim iskanjem novosti, katerih večino je uvedel med letoma 1920 in 1933, močno izzval Freudov na teorijo osredotočen pristop. Zato ga je Freudov zvesti krog somišljenikov poimenoval ‘enfant terrible psihoanalize’ (Ferenczi, 2020; Pap, 2020). Z današnje perspektive je jasno, da so številne Ferenczijeve ideje in inovacije pri kliničnem delu tlakovale pot za vključitev načel in elementov, ki so danes sestavni del empirično podprte teorije skupnih dejavnikov in so osnova kontekstualnega modela. Freud ni bil pripravljen spremeniti svojega pristopa, čeprav je bil Ferenczijev prispevek k razvoju psihoanalize v njenem zgodnjem obdobju ključen. Podobno kot je za vero zdravnikov v medicinski model nevarno spoznanje, da so zdravila bolj ali manj učinkovita tudi zaradi placeba, saj bi s tem priznali učinek skupnih dejavnikov, je razumljivo, da se je tudi Freud upiral novostim, ki so opozarjale na njihov pomen, saj bi se celotna zgradba njegove teorije zrušila. S perspektive velike psihoterapevtske razprave zato tudi lažje razumemo tragični razplet sodelovanja med Freudom in Ferenczijem. Temeljne razlike v tem, kako sta razumela ključne predpostavke psihoterapije, prvi v okviru biomedicinskega pristopa in drugi v okviru biopsihosocialnega/kontekstualnega pristopa, so bile prevelike (tabela 2).

Tabela 2: Razlike med Freudovim in Ferenczijevim pristopom k psihoterapiji.

FREUD	FERENCZI
biomedicinski pristop	biopsihosocialni/kontekstualni pristop
na teorijo osredotočena psihoterapija	na (eksperimentalno) prakso osredotočena psihoterapija
objektivistična epistemologija	krožna epistemologija
linearni model: duševne motnje imajo svoj izvor v duševnosti	krožni model: izvor duševnih motenj in telesnih bolezni je v krožnem odnosu med somo in psiho (psihosomatika)
teorija ima prednost pred prakso	praksa ima prednost pred teorijo, teorija se mora revidirati glede na klinično prakso
klinična praksa mora potrjevati teorijo	terapevt mora metode in tehnike prilagoditi pacientovim potrebam
psihologija enega, enostranska analiza	psihologija dveh, vzajemni proces namesto enostranske analize
izključenost opazovalca iz polja opazovanja; poudarek na vsebini	opazovanje z udeležbo; poudarek na procesu
terapevt je objektivni opazovalec klientovega psihičnega dogajanja, na katerega ne sme vplivati terapevtova subjektivnost (pravilo o abstinenci)	terapevt poskuša ustvariti pogoje, da bi klient dobil izkušnjo 'dovolj dobre' mame; pomemben je odnos tu in zdaj (abstinenca je nemogoča)
objektivizem: terapevt lahko na podlagi lastne teorije reflektira in interpretira pacienta	relativizem: terapevtova samorefleksivnost – terapevt spremlja vplive lastnih teoretičnih predpostavk in tehnik na klientovo doživljanje in terapevtski proces, tako da upošteva klientove povratne informacije
terapevt je tisti, ki analizira in na podlagi psihoanalitične teorije ve, kaj je pacientov problem in kaj rešitev	klientova subjektivnost je enakovredna terapevtovi subjektivnosti; kot lahko terapevt analizira klienta, tako lahko klient analizira terapevta (vzajemna analiza)
transfer je prenos preteklih potlačenih vsebin v nove odnose; kontratransfer je terapevtov odziv na klientove otroške vsebine, je moteč dejavnik, ki ga mora terapevt nadzorovati	transfer je udejanjanje objektnih odnosov v odnosu s terapevtom; kontratransfer je neizogiben del terapevtskega procesa in terapevt ga lahko uporabi v terapevtske namene
specifičnost: na podlagi specifične diagnoze, ki izhaja iz teorije nevroz, sledi specifični terapevtski postopek (prosto asociiranje)	kontekstualnost: učinek tehnik je odvisen od terapevtskega konteksta, ki ga na podlagi terapevtske alianse soustvarita terapevt in pacient
cilj raziskovanja je klientov izolirani psihični aparat	cilj raziskovanja so stare in nove (korektivne) odnosne izkušnje

Szecsödy (2007, str. 39) je dobro povzel glavne značilnosti Ferenczijevega inovativnega prispevka, ki jih danes lahko umestimo v razvojno linijo teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega/biopsihosocialnega pristopa:

- ustvarjanje intenzivnega čustvenega vzdušja je pomembno za podoživljanje travm iz otroštva;
- analiza kontratransferja je za terapevtski proces osrednjega pomena;
- vzajemno sodelovanje terapevta in pacienta je bistvenega pomena za pristnost interakcije;
- empatija je temeljnega pomena za ohranjanje subjektivnega doživljanja pacientov;
- klinično eksperimentiranje je pomembnejše od ohranjanja doktrinarnega znanja;
- glavni cilj psihoterapije je zdravljenje s pomočjo toplega in odzivnega terapevta;
- terapevt mora iti skozi lastno učno terapijo in
- terapevt mora skrbeti za stalno samorefleksijo in supervizijo v krogu kolegov.

Medtem ko je bilo za Freuda v okviru njegove objektivistične epistemologije pomembno vprašanje, kaj je v terapevtskem odnosu resnično in kaj je fantazijsko, je s Ferenczijeve relacijske, krožne epistemologije pomembnejše dogovarjanje o (ne)strinjanju ali raziskovanje različnih perspektiv klienta in terapevta, vključno s tem, kaj je za koga resnično in kaj fantazijsko in po kakšnih kriterijih. Resnično in fantazijsko postaneta le dva možna načina poudarjanja, s katerima terapevt in klient drugega bolj ali manj prepričata.

Freud je na podlagi velike zgradbe psihoanalitične teorije skušal prepričati sebe in druge, da je tisti, ki ve (bolje od klienta) in da lahko na njeni podlagi nadzoruje klienta. Ferenczi pa je kot začetnik psihologije dveh upošteval svojo in klientovo avtonomijo ter avtonomijo diade terapevt – klient. Terapevt, ki naj bi po Freudu nepristransko in objektivno razlagal terapevtski proces, je za Ferenczija le del vzajemnega procesa terapevtske diade in njenih vsebin. Bolj kot opisovanje in raziskovanje zavestnih in nezavednih vsebin pri klientu in terapevtu je za Ferenczija pomembno raziskovanje terapevtskega procesa. Ferenczi je bil prvi, ki je poudarjal, da je potrebno psihoanalizo razumeti kot proces. Terapevt in klient sodelujeta v vzajemnem terapevtskem procesu kot sopotnika v nepredvidljivi avanturi.

Namesto grajenja terapevtove superiornosti na podlagi teorije je Ferenczi postavil v ospredje radovedno iskanje v klinični praksi, vključno z neizogibnostjo napak, ki pa jih je nujno reflektirati in na njihovi podlagi stalno popravljati prakso. Ferenczi je tudi nastavljal smer razvoja, ki je postopno pripeljala do opustitve razprav o terapevtovi abstinenci in vpletenosti, tako da je terapevtova 'abstinenca' postala zgolj eden od načinov soustvarjanja odnosa in je lahko učinkovita samo v določenih okoliščinah, lahko pa je tudi škodljiva (npr. pri delu s težjo patologijo).

Ferenczi je s svojimi idejami prispeval tudi k razvoju psihosomatske medicine (in s tem k razvoju biopsihosocialnega pristopa) tako na teoretičnem kot kliničnem področju. V predavanjih po zdravniških društvih je zdravnike seznanjal s prispevkom psihoanalize pri

preventivi nevroz in ozaveščanju o psihogenezi nekaterih telesnih boleznih. Predlagal je tudi, da bi moral biti v sanatorijskih timih, ki skrbijo za bolnike s pljučnimi boleznimi, vedno prisoten psihoanalitik, kar je bil leta 1923 revolucionaren predlog (Oppenheim-Gluckman, 2015, str. 17). V besedilu, ki ga je objavil tik pred smrtjo, je poudaril prispevek psihoanalize k medicini v smislu omogočanja upoštevanja nezavednih psihičnih dejavnikov pri boleznih. Zdravljenje naj torej ne bi bilo usmerjeno samo na bolezen (specifičnost), temveč tudi na bolnika (kontekstualnost) (Ferenczi, 2002).

V članku z naslovom *Kratka predstavitev psihoanalize*, objavljenem po njegovi smrti (Ferenczi, 1982), se je vrnil k temi "psihoanaliza v službi splošnega zdravnika". Poudaril je, da je sestavni del vsake medicinske obravnave način, kako zdravnik "predpisuje samega sebe". In dodal, "vendar nam v času medicinskega študija niso povedali niti kako odmerjati to zdravilo niti kakšni so njegovi načini delovanja", medtem ko psihoanaliza v zvezi s tem vprašanjem zagotavlja natančno znanje in dobro opredeljene metode. Te ideje so bile podlaga za Balintovo knjigo *Zdravnik, njegov pacient in bolezen* (*The Doctor, His Patient and the Illness*) (Balint, 1957/2000) in njegovo delo v Balintovih skupinah (Balint in Norell, 1973). Balint je zdravila in to, "kako zdravnik predpisuje samega sebe", povezal s primitivnim objektnim odnosom in s področjem "osnovne napake" (Balint, 1969/1992). S tem je položil temelje za teorijo navezanosti, ki jo je kasneje razvil John Bowlby (1998).

Razlike med Freudom in Ferenczijem v odnosu do teorije

Ferenczi je bil sprva navdušen nad Freudovo genialnostjo in je njegovi teoriji skušal v osnovi ostajati zvest. Tako je v številnih tekstih poskušal omiliti svoja stališča z opombami, kot je npr.: "To, kar želim povedati, se bo morda marsikomu zdelo novo in radikalno, vendar gre le za staro freudovsko idejo, ki jo tu le analiziram." (Ferenczi v Kulenovi, 1989) Podobne opombe so sčasoma postajale vse pogostejše, saj se je tudi sam začel vse bolj zavedati razlike med svojimi in Freudovimi idejami in se nikoli ni mogel odpovedati pravici do samostojnega razmišljanja (Korpar, 2013). Nenehno je iskal in s svojimi teoretičnimi teksti nikoli ni želel oblikovati velike teorije, kot je to storil Freud.

Tudi Judit Mészáros (2014) je izpostavila razliko med Freudom in Ferenczijem glede njunega odnosa do teorije: "Ferenczijev glavni cilj je bil zdraviti bolnike. Zlahka se je oddaljil od teorije, če se je v procesu obravnave pokazala kot neuspešna, medtem ko je Freud pri zdravljenju bolnikov na prvo mesto vedno postavljал teoretične premisleke. Zdravljenje samo ga ni zanimalo; izvajanje psihoanalize mu je zagotavljalo zaslužek za življenjske stroške in predstavljalo neomejen vir za razvoj teorije" (str. 18). Ferenczija pa je bolj zanimala sama obravnava in nikoli izdelava urejenega sistema (Balint, 1967). Njegovo delo ni sodilo v noben vnaprej določen okvir:

"Vedno se je imel za pripadnika mlajše generacije raziskovalcev; upravičeno, saj je njegovo celotno raziskovalno delo en sam neprekinjen zagon brez slehernega

sledu o zastoju vsled starosti. Njegov dejavni um je bil vedno pripravljen pozabiti vsak še tako spoštovanja vreden sklep in na novo, naivno, začudeno opazovati tisočkrat videne pojave. Ni prenesel praznih formul in napihnjene, domišljave učenosti; nasprotno, cenil je predvsem konkretna klinična opažanja in temeljit pregled bolnikovega stanja. Akademiki naše znanosti ga niso marali, bali so se njegovega *elana* in ga imeli za *enfant terrible*. Ferenczi je ta vzdevek vzel na znanje z grenkim nasmeškom; bolelo ga je, a hkrati ga je navdajal s ponosom." (Balint, 1957, str. 241)

Tudi Pap (2020) opozarja, kako je Ferenczi v svoji kritični naravnosti do na teorijo osredotočene psihoterapije poudarjal, da "mora psihoanaliza temeljiti na podoživetju potlačenih vsebin v odnosu med bolnikom in analitikom, ne pa na teoretičnih pojasnjevanjih bolnikovih težav, in da je potrebno metapsihologijo psihoanalize stalno posodablјati v skladu z novi spoznanji iz prakse, ne pa razumevanja bolnikovih težav prilagajati predhodno ustvarjenim teorijam" (str. 144). V isto smer si danes prizadeva sodobno na praksi temelječe raziskovanje na podlagi kontekstualnega modela (angl. practice-based evidence research) (Margison idr., 2000; Barkham in Margison, 2007; Green in Latchford, 2012).

Na Ferenczijev odnos do teorije je pomembno vplival Otto Rank (1884-1939), s katerim je bil v prijateljskih odnosih. Čeprav je bil tudi Rank Freudov zvesti sodelavec in prijatelj, je bil podobno neodvisen mislec kot Ferenczi (Bohak, 2022). Leta 1924 sta Ferenczi in Rank izdala knjigo *Razvojni cilji psihoanalize* (nem. *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*) (Ferenczi in Rank, 1924). Oba sta vztrajala, da mora teorija vedno temeljiti na klinični praksi in ne obratno. Opozarjala sta na dve nevarnosti: (i) da bi paciente poskušali umestiti v škatle psihoanalitične teorije, namesto da bi jim prisluhnili, in (ii) da bi jim pripisovali težave ali neuspehe, za katere je odgovoren psihoanalitik (Dupont, 2023). Kritizirala sta "interpretativni fanatizem" psihoanalitikov, ki izhaja iz pristopa, osredotočenega na teorijo, in poudarjala pomen pacientovega podoživljanja in razreševanja nezavednih konfliktov preko transferja. Z drugimi besedami, večji pomen sta dajala terapevtskemu odnosu kot skupnemu dejavniku in ne terapevtovim interpretacijam, ki izhajajo iz psihoanalitične teorije.

Poudarila sta tudi, da je naloga psihoanalitika, da patogeni konflikt korak za korakom preoblikuje v sprejemljivega in dopustnega. Pri tem psihoanaliza ni preprosta intelektualizacija, temveč edinstvena, korektivna čustvena izkušnja, ki pacientu pomaga do globokih sprememb. Knjiga je v psihoanalitični skupnosti naletela na slab odziv. Ernest Jones jo je celo ocenil kot katastrofalno. Avtorjema so očitali, da se pred objavo nista posvetovala s tajnim psihoanalitičnim odborom. Tudi Freud ni bil zadovoljen z vsebino knjige, saj se je bal, da bo razvodenela psihoanalitično teorijo (Bohak, 2022).

Pap (2020) vidi kot glavno značilnost Ferenczijske eksperimentalne prakse v letih od 1920 do 1933 "posodobitev psihoanalitične tehnike" (str. 143). Tudi Bohak (2022) v skladu z Benedekom (1993) poudarja, da je bil predvsem "priznan mojster psihoanalitične tehnike"

(str. 404). Vendar Ferenczi sam v *Kliničnem dnevniku* opisuje, kako je pristni osebni odnos z bolnikom postavil daleč pred tehniko, ki jo je bil celo pripravljen opustiti na račun empatije:

“Tako se na koncu lahko vprašamo, ali ne bi bilo bolj naravno in smotrno, da smo preprosto eno čuteče – občasno sočutno, občasno odkrito jezno – in iskreno človeško bitje? To pomeni, da opustimo vsakršno ‘tehniko’ in smo tudi sami prav toliko iskreni, kolikor pričakujemo od svojih bolnikov.” (Ferenczi, 1988, str. 94)

Zato menim, da je poudarjanje Ferenczija kot raziskovalca in mojstra tehnike zavajajoče in lahko zamegli bistvo njegovega opusa. Čeprav tako Pap kot Bohak postrežeta s številnimi opisi Ferenczijevega premika težišča od tehnike k skupnim dejavnikom, omenjanje Ferenczija kot mojstra tehnike implicira nasprotno, saj je ključna značilnost biomedicinskega pristopa prav poudarjanje tehnike oz. njenih specifičnih učinkov ob zanemarjanju skupnih dejavnikov (Možina, 2021b). Zato bomo v nadaljevanju Ferenczijeve inovativni prispevek umestili v matrico teorije skupnih dejavnikov, ki, kot smo že videli, vključuje: klientove in terapevtove dejavnike, terapevtsko alianso, povratno informiranje in učinke tehnik.

Klientovi dejavniki

Kot je bilo prikazano zgoraj, rezultati metaanaliz o skupnih dejavnikih kažejo, da je za uspešnost in učinkovitost terapije ključni akter klient. To je velik udarec narcizmu terapevtov, celo antidot, saj se je skozi zgodovino psihoterapije dolgo časa vzdrževal mit o ključni vlogi terapevta. Takšno pretirano pripisovanje pomembnosti je v veliki meri temeljilo prav na psihoterapevtskih teorijah. Kot smo videli, je značilnost na teorijo osredotočenih psihoterapevtskih pristopov prepričanje, da je vodenje terapevtov, ki izhaja iz teorije več vredno kot vodenje klientov. Empirično podprta teorija skupnih dejavnikov pa takšno prepričanje obrača na glavo in jasno sporoča, da je terapija uspešna le v primeru, če terapevt sestopi iz nadrejenega položaja tistega, ki ve, in se odreče iluziji, da lahko na podlagi teorije nadzoruje klienta in terapevtski proces.

Z vidika skupnih dejavnikov je zato *Klinični dnevnik* možno brati kot Ferenczijevo vizionarsko ponižanje terapevta in povzdignjenje pacienta. Pri tem mislim na njegovo ponižanje samega sebe v dobrem smislu, torej kot primer konstruktivnega striženja peruti terapevtovi narcisoidnosti, ki je žal tako pogosta med psihoterapevti, ko sebi pripisujemo prevelik pomen in zasluge v primeru uspešnih obravnav in ko neuspehe radi pripišemo klientom oz. njihovi ‘(pre)težki’ patologiji, ki smo jo poleg vsega še sami izumili. In glede povzdignjenja mislim na Ferenczijevo neomajno spoštovanje do pacientov ne glede na njihovo simptomatiko ali predpostavljeno duševno motnjo. Še do danes je redko kateremu psihiatru ali psihoterapevtu uspelo, da bi napisal kaj podobno odkritega in kritičnega na svoj račun, kot si je to drznil Ferenczi v *Kliničnem dnevniku*. Hkrati pa se je po samokritičnih

refleksijah in superviziji vedno znova z (za)upanjem in vero vračal k pacientom in jim pomagal odkrivati njihove sposobnosti in vire. Tudi ko so potonili v najgloblja brezna regresije je verjel, da se lahko dvignejo, in poskušal narediti vse, kot je najboljši znal in zmogel, da bi jim pomagal razviti celovitejši občutek samega sebe:

“Bolniku je potrebno dati priložnost, da je celoviti-‘jaz’, še preden se njegov ‘jaz’ ponovno izgradi na podlagi lastnega uvida (korekcija in nadomestitev vzgoje, samovzgoja preko izkušenj). Analiza mora bolniku omogočiti največjo možno mero regresije brez sramu! Bolnik se bo le takrat znašel v položaju, da se prilagodi dejstvu, celo da prenese (dobrota) trpljenje drugih na materinski način (brez pričakovanja protiusluge), ko bo lahko nekaj časa brez slabe vesti užival v taking everything for nothing.” (Ferenczi, 1998, str. 116)

Večina strokovnjakov, ki se ukvarjajo z odnosom med Freudom in Ferenczijem, meni, da sta bila jedro spora Ferenczijevo radikalno klinično eksperimentiranje s psihoanalitičnimi tehnikami in njegovo spodbujanje globoke regresije v upanju, da bo ta pacientu omogočila “nov začetek” (Balint, 1969/1992). Ferenczi je podrobno opisal probleme, povezane z regresijo, ki jih ni želel izključiti ali omejiti. Ni bil zadovoljen s pravili klasične tehnike, ki so narekovala, da je treba pacienta čim prej spraviti iz regresije, da bi mu omogočili dialog v jeziku odraslih, ali ga celo poskušali prepričati, naj preneha z analizo in poišče drugo obliko terapije. Ferenczi je bil prepričan, da to lahko pripelje le do delno uspešne terapije, ki se ni dotaknila klientovih globljih težav. Menil je, da je treba klientu dovoliti regresijo in mu pri tem celo pomagati. Prepričan je bil, da mu regresivno stanje omogoča dostop do dela njegove osebnosti, s katerim prej ni bil v stiku. Vendar je včasih to stališče vodilo v zastoje, skupaj z razočaranjem, obupom, izgubo zaupanja v terapevtski odnos in predčasnimi zaključki analize.

Tako je tudi Ferenczi spoznal, da so potrebni tudi elementi klasične tehnike abstinence in frustracije, vendar sam v številnih primerih ni uspel najti dobrega ravnovesja med gratifikacijo in abstinenco, ki bi pripeljalo do pozitivnega izida. To je bolje uspevalo Balintu (prav tam), ki je izpopolnil koncept regresije svojega učitelja in uvedel razlikovanje med dvema vrstama regresije, ki se lahko pojavita med analizo: “benigna” regresija je blažja, začasna in reverzibilna, medtem ko je “maligna” regresija hujša, resnejša, daljša, včasih celo trajna ali nepovratna. Prva zagotavlja ugoden terapevtski učinek s premikom iz regresije, ki ga je Balint poimenoval “nov začetek”, medtem ko druga vodi le v neskončno spiralo bolnikovih zahtev. Tudi njihova izpolnitev ne prinese rešitve, saj ne more preprečiti vse večje zagrenjenosti in razočaranja, tako da se vse stopnjuje do nepremostljivih težav za bolnika in terapijo.

Freud je Ferenczijevo eksperimentiranje z regresom dojemal kot tvegano. Menil je, da poskuša ozdraviti svoje paciente z ljubeznijo, po kateri je sam tako zelo hrepenel. Tako je do neprijetnega zapleta prišlo konec decembra 1931, ko je Ferenczijeva pacientka Clara

Thompson Freudu zaupala, da ji je 'Papa Ferenczi' dovolil, da ga med psihoanalizo poljubi, kadarkoli je hotela. Freud je nato Ferencziju napisal očitajoče pismo o nevarnih posledicah 'tehnik poljubljanja', kar ga je globoko prizadelo in je odgovoril, da se je naučil s pacientko ustvariti vzdušje osvobodeno strasti. Freudove obtožbe so ga prizadele in 7. januarja 1932, dober teden po prejemu Freudovega pisma je začel pisati *Klinični dnevnik* (Bohak, 2022).

Terapevtovi dejavniki

Bohak (2022) ugotavlja, da je bil Ferenczi prvi, ki se je začel proučevati terapevtove dejavnike:

“Ferenczi je prvi poudarjal pomen psihoanalitike osebnosti, še posebej v povezavi z zastoji v obravnavi. Razmišljal je o možnosti, da so bolnikovi odpori pravzaprav odziv na psihoanalitikov kontratransfer. Eksperimentalno je z podelitvijo kontratransfernih izkustev s svojimi bolniki in se nanje obračal po supervizijsko pomoč. Ti eksperimenti so prispevali k osvetlitvi vloge psihoanalitike subjektivnosti in pomenu ter tveganju psihoanalitikevega samorazkrivanja” (str. 399).

Ferenczi nikoli ni bil čustveno distanciran terapevt, ki bi v okviru Freudovega pravila abstinence skušal biti prazno platno za pacientove projekcije. Ko pa se je leta 1921 spoprijateljil z nemškim zdravnikom Georgom Groddeckom, ki je dajal velik pomen govoricam telesa, čustvom in terapevtskemu odnosu, je pod njegovim vplivom postal do bolnikov še bolj odprt, ljubezniv, sočuten in dobrohoten (Pap, 2020). Empatijo je postavil na prvo mesto med terapevtskimi dejavniki. Zato ne preseneča, da se ga je Paul Roazen, znani raziskovalec zgodovine psihoanalize, spominjal kot najtoplejšega, najbolj humanega in najbolj občutljivega med zgodnjimi psihoanalitiki, Max Eitington - prav tako pripadnik prve generacije psihoanalitikov - pa ga je imel za “romantika psihoanalize” (Bohak, 2022). V Ferenczijevi človeški odprtosti v terapevtskih odnosih s pacienti lahko danes najdemo tudi veliko vzporednic z Yalomovim konceptom “sopotništva” (Yalom, 2017, str. 29), ko se terapevt in pacient glede soočanja s temeljnimi eksistencialnimi vprašanji lahko zagledata v istem čolnu.

Da bi lahko terapevt razvil pristno empatijo, pa je po Ferenczijevem mnenju nujna osebna izkušnja, ki jo naj bodoči psihoterapevt opravi pred pričetkom dela s svojimi klienti: “Psihoanalitike je pozival, naj si dopustijo, da bolnikove asociacije čustveno vplivajo nanje in da naj v analizah opazujejo lastno doživljanje ter to uporabijo za boljše razumevanje bolnikovih vsebin. Tako je Ferencziju pripadla tudi zasluga za odkritje uporabne vrednosti kontratransferja.” (Pap, 2020, str. 146).

Zaradi Ferenczijeve izrazite usmerjenosti k empatiji do pacientov pa so njegovi odnosi z drugimi psihoanalitiki postajali vse bolj napeti. To se je najbolj jasno pokazalo na sedmem

mednarodnem psihoanalitičnem kongresu v Berlinu, kjer sta se oblikovala dva tabora; na eni strani Sándor Ferenczi in Otto Rank s svojimi ustvarjalnimi pristopi, na drugi pa Ernest Jones in Karl Abraham z izrazito konkretnim znanstvenim razmišljanjem (Pap, 2020, str. 144).

Po mnenju Judith Dupont (2023) je Ferenczi psihoanalitika - začel s samim seboj - postavil v paradoksalen položaj. Želel je, da bi bil vsak terapevt, tudi on sam, popoln, hkrati pa se je zavedal, da popolnost ne obstaja. Zato se mora terapevt zavedati svojih pomanjkljivosti, zanje prevzeti odgovornost in se nikoli nehati izpopolnjevati. Psihoanalitik mora priznati, da ne more rešiti vsega, vendar se mora še vedno obnašati, kot da je vse težave mogoče rešiti, če le izumi ustrezen pristop za njihovo reševanje.

Njegov osebni odnos do bolnikov nikakor ni bil posledica paranoidnih blodenj, kot je trdil Jones, temveč je služil razvijanju terapevtske alianse, ki je presegala takratne splošno sprejete meje. Ferenczi je ta presežek skušal nadomestiti z iskrenostjo, ki naj bi bila prav tako brezmejna. Pripravljen je bil priznati negativna čustva, ki jih je pacient prebudil v njem, zlasti na spolni ravni. Vse to je bil pripravljen storiti zato, da nobena od strani ne bi izgubila občutka za resničnost. Svoje poskuse je vedno stopnjeval “do absurda”, kot se je izrazil, tudi če je to pomenilo, da je moral o tem premisliti in natančneje določiti, kje naj se ustavi (prav tam).

Po fazi eksperimentiranja z “aktivno terapijo” in “relaksacijo”, kot ju je poimenoval, je Ferenczi prišel do spoznanja, “da je v psihoanalizi potrebna prilagodljivost, prožnost v kombiniranju in iskanju pravega ravnovesja med frustracijo in gratifikacijo, tenzijo in relaksacijo. Kot del eksperimentiranja z relaksacijo je bolnikom priznaval svoje napake in določene kontratransferne občutke, kot sta jeza in dolgočasje” (Bohak, 2022, str. 401). Terapevt naj bi se na bolnika odzival kot “elastični trak” (prav tam, str. 403), ki metode in tehnike prilagaja pacientovim potrebam in ne obratno, kar je danes osrednje načelo teorije skupnih dejavnikov in kontekstualnega modela. Menil je, da naloga psihoanalitika ni izbirati paciente, ki bi lahko imeli koristi od njegovih tehnik, temveč mora psihoanalitik (iz)najti individualiziran pristop. Za vsakega klienta je potrebno iznajti nekaj novega, torej upoštevati njegovo idiosinkratičnost.

Ferenczi je kot nujno značilnost dobrega terapevta poudarjal tudi skromnost. Ta naj ne bi bila naučena, temveč naj bi odražala terapevtovo zavedanje o mejah lastnega vedenja. Prav skromnost je videl kot prelomno točko, kjer lahko pride do “revolucionarne preobrazbe” temeljne kvalitete odnosa med zdravnikom in bolnikom, za prehod iz biomedicinskega pristopa, za katerega je značilna zdravnikova drža vsevednosti in vsemogočnosti (včasih celo nadutost), v biopsihosocialni pristop, ki naj bi ga krasila skromnost:

“Med analizo ni nič bolj škodljivo, kot na ugledu zdravnika ali učitelja temelječ nastop. Vsako našo interpretacijo podajmo raje kot predlog, ne pa kot zanesljivo trditev; ne le zaradi tega, da s tem ne dražimo bolnika, temveč zato, ker se

dejansko lahko tudi zmotimo. V skladu s starodavno trgovsko tradicijo bi lahko na vsak vzajemni obračun obešen znak S. E. (salvo errore oz. s pridržkom zmote) prišel v poštov tudi pri vsaki analitični interpretaciji. Toda tudi zaupanje v našo teorijo je lahko le pogojno, saj je v danem primeru lahko govora o t. i. izjemi ali nujni spremembi v naši dosednji teoriji. Doživel sem že, da je neizobražen in navidezno popolnoma naiven bolnik ugovarjal mojim interpretacijam, kar sem bil pripravljen avtomatično negirati, a sem ob globljem razmisleku ugotovil, da je imel bolnik prav ter mi s svojim ugovarjanjem na splošno celo pripomogel k dosti bolj poglobljenemu razumevanju tematike. Analitikova skromnost naj ne bo naučena drža, temveč odraz, da uvidevamo meje našega znanja. Kot postransko pripombo bi dodal, da je morda to tista točka, kjer s pomočjo psihoanalitične spodbude nastopi revolucionarna preobrazba dosedanje naravnosti odnosa med zdravnikom in bolnikom. Le primerjajmo naše pravilo empatije z nadutostjo, s katero je doslej vsevedni in vsemogočni zdravnik stal pred svojim bolnikom.” (Ferenczi, 2020, str. 64-65)

Če razumemo Ferenczijevo poudarjanje empatije, potem nas ne preseneti, da je opozoril tudi na omejitve Freudovega koncepta “prostolebdeče pozornosti” (Laplanche in Pontalis, 1988, str. 43-44). Menil je, da je ta lahko koristna v običajni psihoanalizi, ko pacient o sebi in svojem doživljanju govori z vidika opazovalca. Ko pa pacient pride v neposreden stik z bolečino in trpljenjem, še posebno ko podoživlja travmo, je ta vrsta pozornosti neprimerna. Terapevta v stanju prostolebdeče pozornosti lahko namreč pacient v trenutku podoživljanja travmatskega spomina doživi kot nezainteresiranega, distanciranega, hladnega, skratka neempatičnega. Zato je Ferenczi opozarjal, da klasična zadržana in hladna psihoanalitična drža lahko pacienta celo retravmatizira.

Terapevtska aliansa

Leta 1919 objavljen prispevek *Tehnika psihoanalize* (Ferenczi, 2020b) dokazuje, da je Ferenczi zaslužen za odkritje uporabne vrednosti kontratransferja. Bil je predhodnik sodobnega razumevanja kontratransferja, kot ga je uvedla in kasneje potrdila Paula Heimann, ko kontratransfer ni več razumljen kot psihoanalitikova slepa pega, temveč kot dragocena izkušnja, ki lahko predstavlja most do razumevanja pacientovega nezavednega (Bohak, 2022).

Ferenczi je pomembno vplival tudi na ameriško interpersonalno teorijo, zlasti zaradi svojega vpliva na Claro Thompson, ki je bila pri njemu v analizi. Razvoj interpersonalne teorije Harryja Stacka Sullivana in poznejše nadgradnje te teorije v medosebno psihoanalizo Clare Thompson, Ericha Fromma in Fride Fromm-Reichmann je bil najzgodnejši poskus oblikovanja teorije dveh oseb ali teorije polja kot podlage za psihoanalizo (Aron, 1990, str. 477).

Poskus z vzajemno analizo je podrobneje opisal v Kliničnem dnevniku (Ferenczi, 1988). Kmalu je spoznal vse pomanjkljivosti in celo neizvedljivost te zamisli ter bolečo situacijo, v katero je pri tem poskusu zdrsnil. Tako je o njej razmišljal do konca svoje kariere. Da se je zavedal njenih težav in izzivov, je razvidno iz njegovega Kliničnega dnevnika, zapisa 1401 z dne 3. junija 1932: “Vzajemna analiza: le zasilna rešitev!” (Ferenczi, 1988, str. 115). Tudi v zadnjem dnevniškem zapisu z dne 2. oktobra 1932 razmišlja o vzajemni analizi, o možnosti, da bi vsaka analiza, vsak primer vključeval vsaj nekaj vzajemne analize: “Če enkrat nekje izkusimo vzajemnost, potem enostranskost več ni možna – ne obrodi sadov. Vprašanje je naslednje: ali mora biti vsak primer vzajemen – in v kolikšni meri?” (prav tam, str. 260). Tako njegovega poskusa z vzajemno analizo ne smemo razumeti le kot napako, temveč kot poskus iskanja raznolikih ustvarjalnih odgovorov na raznolikost in idiosinkratičnost pacientov (Dupont, 2019, 2023). Hkrati je Ferenczi v terapevtskih odnosih s pacienti ohranjal človeško odprtost v smislu eksistencialnega “sopotništva”, kar je veliko kasneje Yalom poudaril kot eno ključnih kvalitiet dobre terapevtske alianse (2017, str. 29). Poleg tega je psihoanaliza zaradi Ferenczija počasi postala “psihologija dveh teles” ali “psihologija dveh oseb” (Aron, 1990; Rachman, 2016). Prav *Klinični dnevnik*, kot poudarja Judith Dupont (2016, 2019, 2023), predstavlja fenomenološki načrt terapevtskega postopnega potovanja v svet pomešanih subjektivitet in začetkov demokratičnega terapevtskega srečevanja dveh oseb. Ferenczi je opisal svoje občutke, ki jih je imel v vlogi psihoanalitika in kako ti občutki vplivajo njegovo delo s pacienti. Imel je pogum, da je poleg uspehov pokazal tudi svoje neuspehe in napake. S svojim prispevkom k psihologiji dveh je odigral pomembno vlogo pri razvoju britanske teorije objektivnih odnosov in intersubjektivizma (Szecsödy, 2007), kar poudarja tudi Pap (2020):

“... kot prvi psihoanalitik se je znašel na področju intersubjektivnosti. Začel se je spraševati, ali je razlog zastoja oz. neuspeha analitičnega zdravljenja resnično vselej samo v bolnikovih odporih, ali pa morda k temu svoj delež prispeva tudi psihoanalitik s svojimi neozaveščenimi vsebinami. O transferjih svojih bolnikov je začel razmišljati kot o skupaj ustvarjeni dejanskosti, kot o lastni sokreaciji, svoje bolnike pa prepoznal kot pomemben vir informacij o lastnih kontratransfernih težavah.” (str. 146)

Leta 1939 je Balint, ki se je intersubjektivni liniji klinične prakse in raziskovanja pridružil še za časa Ferenczijevega življenja, skupaj z Alice Balint psihoanalitično situacijo opisal kot vzajemen proces, s čimer sta za skoraj pol stoletja prehitela sodobne teorije intersubjektivnosti (Balint in Balint, 1939). Podobno kot Ferenczi sta tudi zakonca Balint opisala veliko raznolikost načinov dela analitikov, kar potrjuje eno ključnih predpostavk teorije skupnih dejavnikov o tem, da tehnike ni možno izvajati na enak način, ker je odvisna od konteksta. Analitiki so si lahko mislili, da uporabljajo tehniko na enak način, vendar kljub prizadevanjem za upoštevanje Freudovih priporočil to ni mogoče. Poudarila sta tudi, da je treba biti

pozornejši na spremenljivost analitične diade, saj je “analitična situacija rezultat medsebojnega delovanja pacientovega transferja in analitikovega kontratransferja, ki se dodatno zapleta zaradi odzivov, ki ga transfer vsakega sproža pri drugem” (str. 227).

Takšno razumevanje je v madžarski šoli psihoanalize botrovalo razvoju “budimpeškega modela supervizije” (Bacal, 2016). Glavna predpostavka je bila, da je za edukantovo klinično usposabljanje najbolje, če učno analizo in supervizijo izvaja ista oseba, to je edukantov analitik, vsaj v času, ko edukant obravnava svoj prvi primer. Kasneje je Britanski psihoanalitični inštitut Balintu dovolil uporabo budimpeškega modela, če je bilo sodelovanje edukanta prostovoljno in je potekala supervizija drugega primera na tradicionalen način.

Povratno informiranje

S pomočjo teorije skupnih dejavnikov lahko v ideji vzajemnosti lažje prepoznamo, kako ključnega pomena so bile za Ferenczija pacientove povratne informacije. Če se je Freud zatekal k lastni teoriji kot ključnemu viru informacij, ki naj bi ga vodile v smeri terapevtskega uspeha, je bil za Ferenczija glavni vir informacij pacient. Njegovi oceni in razlagi je vedno dajal prednost pred lastno diagnostiko in interpretacijami, pa naj so se mu zdele še tako briljantne. Prav v poskusu vzajemne analize je šel do skrajne točke, ko je pacientki podelil vlogo terapevtke, ki je analizirala njegove asociacije, sovražna čustva in šibkosti. Izvedel je torej izmenjavo profesionalne vloge in tako “z bolnišnice strani pridobil pomembne povratne informacije o kontratransfernih težavah v njunem odnosu, da je bolnico obvaroval pred neuglašenostjo in posledično retravmatizacijo” (Pap, 2020, str. 148).

Prav sodobni izsledki o ključnem pomenu povratnega informiranja vržejo popolnoma novo luč na Ferenczijeve eksperimente z vzajemno analizo. Pomagajo nam lahko, da v njem ne vidimo Ferenczijeve norosti, temveč samo do skrajne točke izvedeno načelo povratnega informiranja. Tudi Irvin Yalom je med tistimi psihoterapevti, ki to razumejo, tako da je idejo vzajemne terapije mojstrsko uporabil v literarne namene. V romanu *Ko je Nietzsche jokal* (*When Nietzsche wept*) (Yalom, 1993) se na podlagi zgodovinskih dejstev poigra tako, da opiše vzajemno terapijo Breuerja in Nietzscheja. V knjigi *Z vsakim dnem vse bližje* (*Every Day Gets a Little Closer*) (Yalom in Elkin, 1974) pa je povabil svojo pacientko, da je vzporedno z njim vodila svoje zapiske o njunih seansah, tako da sta jih potem skupaj objavila v knjigi.

Učinek tehnik

V sodobni psihoterapevtski literaturi obstaja razlika med terapevtovo *pripadnostjo/zvestobo* določeni metodi ali tehniki (angl. *adherence*) (Tschuschke idr., 2015; Webb idr., 2010) in njegovo *naklonjenostjo/prepričanjem/zaupanjem* v model ali tehniko (angl. *allegiance*) (Hollon, 1999; Shaw, 1999; McLeod, 2009). Rezultati raziskav kažejo, da z visoko učinkovitostjo

terapije korelira terapevtova nizka zvestoba in visoko zaupanje tehniki (angl. »low adherence, high allegiance«). Veliko večja verjetnost je, da bo pacient razvil zaupanje v tehnike, ki jih uporablja terapevt, v kolikor jih bo ta kadarkoli pripravljen prilagoditi pacientovim potrebam in v kolikor bo terapevt tako verbalno kot neverbalno izražal zaupanje v izbrano tehniko. Klientovo zaupanje in vera pa sta ključna za placebo učinek.

Če pogledamo Ferenczijeve obsežne spise o tehniki, lahko razberemo prav to kombinacijo: da ni bil zvest nobeni tehniki, saj jih je stalno razvijal in prilagajal potrebam pacientov, kadarkoli pa je kakšno uporabljal, je to počel z visoko stopnjo zaupanja pa tudi upanja, da bo pacientom v pomoč. Prav v tej sicer danes splošno zaželeni kombinaciji se skriva velik del odgovora, zakaj je bil kot terapevt tako učinkovit, da so k njemu drli pacienti od vsepovsod. Ni bila torej pomembna tehnika sama po sebi oz. njen specifični učinek, temveč splošni učinek, ki ga je dosegal z *načinom* uporabe tehnik in svojim odnosom do njih.

Predstavljajmo si, da smo k njemu prišli na prvi pogovor za morebitno vključitev v terapijo, še neodločni in polni dvomov, ali smo prišli na pravi naslov. V članku z naslovom *Prožnost psihoanalitične tehnike* iz leta 1928 je jasno razvidno, kako pazljivo in tankočutno se je posvečal vprašanju, kako pacientu predstaviti, kaj lahko pričakuje od psihoterapije in kako pomembno je, da bo izgradil vero in zaupanje vanjo:

“Analizo je dosti bolj smotrno dojeti kot pred našimi očmi odvijajoč se razvojni proces, ne pa kot naravnost gradbenega mojstra, ki uresničuje vnaprej izoblikovan načrt. Torej nihče naj se ne pusti v nobenih okoliščinah pregovoriti, da bi bolniku obljubil več kot le to, da bo mnogo bolje poznal sebe, če se podvrže analitičnemu procesu in da bo v mnogo večji meri ter s pravilnejšo razporeditvijo energije sposoben prilagoditi se neizogibnim težavnostim življenja, če bo vztrajal do konca. Vsekakor mu lahko povemo tudi to, da ne poznamo nobenega boljšega in nedvomno tudi nobenega bolj poglobljenega zdravljenja psihonevroz ter značajskih motenj. Sploh ne skrivajmo pred njim, da obstajajo tudi druge metode, ki obljublajo mnogo hitrejše in zanesljivejše upanje na ozdravitev ter da smo pravzaprav veseli, če bolniki po vsem tem povedo, da so jih že več let zdravili s pomočjo sugestije, delovne terapije ali z metodami krepitve volje; v nasprotnem primeru pa bolniku prepustimo odločitev, ali bo preizkusil eno izmed teh metod zdravljenja, ki mnogo vsega obljublajo, preden začne pri nas. Ne dovolimo pa bolnikom uveljaviti njihovega običajnega izgovora, da ne verjamejo v našo metodo ali teorijo. Že na samem začetku pojasnimo, da naša tehnika sploh ne potrebuje takšnega nezasluženega darila vnaprejšnjega zaupanja; bolnik naj nam verjame le, če so ga o tem prepričale izkušnje zdravljenja.” (Ferenczi, 2020, str. 62-63)

Ob tem naj spomnimo, kar je poudaril Frank (1971), avtor prvega kontekstualnega modela, da je spodbujanje klientovega upanja in pozitivnih pričakovanj ključni dejavnik učinkovitosti v psihoterapiji in drugih oblikah zdravljenja. Tako metode in tehnike v

večjem delu (30 %) učinkujejo preko aktivacije placeba, upanja in klientovih pričakovanj v kombinaciji s terapevtovim zaupanjem v metodo ali tehniko. Dokler je obravnava za klienta smiselna in spodbuja njegovo aktivno sodelovanje, takšna ali drugačna metoda ali tehnika ne igra bistvene vloge. Z drugimi besedami, terapevtske tehnike so sredstva za posredovanje placeba (Kirsch, 2005, 2010; Kirsch idr., 2009, 2016).

Za razliko od biomedicinskega pristopa, kjer je placebo nezaželen, je v biopsihosocialnem pristopu obratno (Wampold idr., 2016). 'Placebologija' je cenjeno področje raziskovanja, da smo psihoterapevti placebologi, v kolikor se ga naučimo izkoriščati v dobro pacientov, pa kompliment. In za Ferenczija lahko z gotovostjo trdimo, da je bil mojster placebolog. Seveda ta veda v njegovem času še ni obstajala (in še danes ni dovolj razvita), kar pa ne pomeni, da k njej ni pomembno prispeval. Njegova predanost terapevtskemu in raziskovalnemu delu, njegov eros, terapevtski optimizem in entuziazem so obdajali kot 'placebo oblaček' vse 'tehnike', ki jih je izvajal. Tako je ustvaril krog: njegov način uporabe tehnik je pripomogel k razvijanju zdravilnega konteksta in zdravilni kontekst, ki ga je soustvarjal s pacienti, je pripomogel k večji učinkovitosti tehnik. Hkrati pa moramo upoštevati tudi njegov zagnani in neumorni odnos do raziskovanja klinične prakse, ki je gotovo še dodatno prispeval k njegovi terapevtski uspešnosti. Uspešno je premoščal zev med raziskovanjem in prakso, ki predstavlja enega največjih izzivov v razvoju psihoterapije od njenih začetkov do danes.

Sklep

Če torej po Lichtenbergu (2016) še enkrat povzamemo prispevek Ferenczija k razvoju kontekstualnega/biopsihosocialnega pristopa, lahko navedemo naslednje:

- "koncept polja interakcij med terapevtom in pacientom, ki temelji na odprtosti in iskrenosti;
- premik od izključnega osredotočanja na ojdipski trikotnik k vključitvi diade matičnojenček;
- prepoznavanje spolnih zlorab in travm v otroštvu;
- osredotočenost na kontratransfer, to je na terapevtova čustva, namere, odzive in doživljanje,
- vstopanje v perspektivo pacienta, zlasti kako ta doživlja terapevta,
- poglobljeno raziskovanje regresivnih stanj,
- (morda najpomembnejše) usmerjenost v eksperimentiranje v terapevtskem pristopu in superviziji" (str. 2).

Naj zaključimo s prispodobo, ki se navezuje na to, kar je Lichtenberg omenil kot morda najpomembnejši prispevek Ferenczija in budimpeške psihoanalitične šole - usmerjenost v eksperimentiranje v terapevtskem pristopu in superviziji. Uporabil jo je Matjaž Lunaček (2014) na začetku in v naslovu svoje knjige kratkih esejev ***Telovadci nad prepadom***. Navdih za to metaforo je dobil iz poglobljenega ukvarjanja z biografijo in opusom Arthurja Rimbauda, v katerem je prepoznal telovadca nad prepadom. Prav tako je to kvaliteto uzrl v nekaterih drugih njemu ljubih umetnikih: v renesančnem slikarju Massacciu, dramatikumu von Kleistu, slikarju van Goghu, risarki Bulovčevi in tragedu Mraku. Lunaček kot osnovno značilnost vseh telovadcev nad prepadom vidi to, da so vseživljenjsko tvegali. Vsi so uresničevali drzne zamisli, ki niso bile še nikdar videne ne slišane. Ob takšni opredelitvi ni težko na Lunačkov seznam dodati tudi Ferenczija.

Obstaja pa še nekaj, kar Ferenczija povezuje z Lunačkovimi izbranci. Če si zamislimo akrobata na trapezu, "mu do popolnosti izurjeno telo omogoča vratolomnosti, na katere nevajeni ne sme niti pomisliti. A vendar se tudi telovadcu na trapeze zgodi, da omahne v globino. Za tveganje je nagrajen z bučnim aplavzom in notranjim občutkom svobode" (Lunaček, 2014, str. 8) Za razliko od telovadca na trapezu, pa je tako pri Lunačkovih telovadcih kot tudi pri Ferencziju izostal aplavz, kar pomeni, "da se njihovi sodobniki niso zavedali tveganj, katerim so se ti izbranci izpostavljali" (prav tam).

Danes se lahko zavedamo razsežnosti tveganj, ki se jim je izpostavljala Ferenczi, ko je uzrl problematiko kontratransferja. Ta se je pred njim odprla kot kakšen prepad. Kljub temu, da je večkrat zgrmel vanj, se je vračal na trapez. A je pogrešal aplavz. Ta je prišel šele veliko let po njegovi smrti. Vsem s podobno usodo je lahko v tolažbo Rimbaudova misel, da je pomembna ustvarjalna dejavnost sama in ne aplavz. Ta je namreč dvorezen meč, saj je lahko odraz zaslepljenega enoumja. Zato je lahko najboljša nagrada prav tišina ob izostanku aplavza. V njenem zavetju si delajo družbo največji.

Viri

Albery, I. P. in Munafo, M. (2008). *Key Concepts in Health Psychology*. SAGE.

Anderson, T., Lunnan, K. M. in Ogles, B. M. (2010). Putting models and techniques in context. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 143-166). APA.

Aron, L. (1990). One Person and Two Person Psychologies and the Method of Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 7(4), 475-485.

Aron, L. in Harris, A. (1993). *The Legacy of Sándor Ferenczi: from ghost to ancestor*. Routledge.

Asay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 23-55). APA.

Bacal, H. (2016). *The Budapest School's concept of supervision: Michael Balint legacy to the development of psychoanalytic specificity theory*. V A. Wm. Rachman (ur.), *The Budapest School of Psychoanalysis. The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective* (str. 140-163). Routledge.

Balint, E. in Norell, J. S. (1973). *Six Minutes for the Patient: Interactions in general practice consultation*. Tavistock Publications.

Balint, M. (1957). *Problems of Human Pleasure and Behaviour*. Maresfield library.

Balint, M. (1967). Sandor Ferenczi's technical experiments. V B. B. Wolman (ur.), *Psychoanalytic Technique* (str. 147-167). Basic Books.

Balint, M. (1969/1992). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Northwestern University Press.

Balint, M. (1957/2000). *The Doctor, His Patient and the Illness*. Churchill Livingstone.

Barnes, G. (2020a). Hipnoza kot okoliščina za psihoterapijo. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3–4), 317–341.

Barnes, G. (2002b). *Psychopathology of psychotherapy: A cybernetic study of theory*. PhD thesis. School of Social Science and Planning, RMIT University.

Barnes, G. in Možina, M. (2020). Metalogue: How to understand Bateson? In memoriam Graham Barnes (1936- 2020). *Constructivist Foundations*, 16(1), 101-107.

Bateson, G. (2019). *Ekologija idej*. Beletrina in SFU Ljubljana.

Benedek, L. (1993). What Can We Learn from Ferenczi Today? V L. Aron in A. Harris (ur.), *The Legacy of Sándor Ferenczi: from ghost to ancestor* (str. 267-277).

Bentall, R. (2009). *Doctoring the Mind: Why psychiatric treatments fail*. Penguin.

Blazer, D. G. (2005). *The Age of Melancholy: "Major Depression" and its Social Origin*. Routledge.

Bohak, J. (2022). Razumevanje zgodovinskega konteksta življenja in dela Sandorja Ferenczija. V S. Ferenczi, *Psihoanalitične študije* (str. 379-412). Studia humanitatis.

Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 127-149.

Bohart, A. C. in Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active selfhealing*. APA.

Bohart, A. C. in Tallman, K. (2010). *Clients: The neglected common factor in psychotherapy*. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 83–111). APA.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. V A. O. Horvath in L. S. Greenberg (ur.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (str. 13–37). John Wiley & Sons.

Bowlby, J. (1998). *Separation, anger and anxiety. Attachment and Loss*. (Volume 2). Pimlico.

Buetow, S. (2016). *Person-centred Health Care*. Routledge.

Byford, S., Barrett, B., Roberts, C., Wilkinson, P., Dubicka, B., Kelvin, R. G., White, L., Ford, C., Breen, S. in Goodyer, I. (2007). Cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors and routine specialist care with and without cognitive behavioural therapy in adolescents with major depression. *British Journal of Psychiatry*, 191, 521–527.

Carroll, L. (2022). *Alica v čudežni deželi*. Beletrina.

Cockerham, W. C. (2017). *Sociology of Mental Disorder* (3. izd.). Routledge.

Cohen, R. A. in Sweet, L. H. (2011). *Brain Imaging in Behavioral Medicine and Clinical Neuroscience*. Springer.

Contrada, R. J. in Baum, A. (2010). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*. Springer.

Černigoj, M. (2003). Epistemološka identiteta psihologije. *Psihološka obzorja*, 12(3), 93-102.

Černigoj, M. (2007). *Jaz in mi*. IPSA.

Domino, M. E., Foster, E. M., Vitiello, B., Kratochvil, C. J., Burns, B. J., Silva, S. G., Reinecke, M. A. in March, J. S. (2009). Relative cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: 36-week results from the TADS randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 711–720.

Dreher, H. (2003). *A New Vision fo Mind-Body Science and Medicine*. The Johns Hopkins University Press.

Duncan, B. L. (2002). The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 10-31.

Duncan, B. L. (2010). Prologue: Saul Rosenzweig: the founder of the common factors. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, (2. izd., str. 3-22). APA.

Duncan, B. L. (2014). *On Becoming a Better Therapist: Evidence-Based Practice One Client at a Time* (2. izd.). American Psychological Association.

Duncan, B. L. (2017). Foreword. V L. Isebaert, *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model* (str. ix-xlii). Routledge.

Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000a). The client's theory of change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 169–187.

Duncan, B. L. in Miller, S. D. (2000b). *The heroic client: Doing client-directed, outcome informed therapy*. Jossey Bass.

Duncan, B. L., Miller, S. D. in Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (2. izd.). Jossey-Bass.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2. izd.). APA.

Dupont, J. (2016). A multifaceted legacy: Sándor Ferenczi's Clinical Diary. V A. Wm. Rachman (ur.), *The Budapest School of Psychoanalysis. The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective* (str. 15-25). Routledge.

Dupont, J. (2019). *As Time Goes By: An Analytic Journey*. International Psychoanalytic Books.

Dupont, J. (2023). *Ko čas mineva: Psihoanalitično popotovanje*. UMco.

Ehlert, U. (2016). *Verhaltens-medicin*. Springer.

Ellenberger, E. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books.

Elliott, R., Watson, J. C, Goldman, R. N. in Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. APA.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Erickson, M. H. (1980). Hypnosis: Its renaissance as a treatment modality. V E. Rossi (ur.), *Innovative Hypnotherapy. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. IV, str. 52-75). Irvington Publishers.

Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behavior therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 105, 61-75.

Eysenck, H. J. (1961). The effects of psychotherapy. V H. J. Eysenck (ur.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 697-725). Basic Books.

Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy*. International Science Press.

Fava, G. A., Fabbri, S., Belaise, C. in Tossani, E. (2002). Psychosomatic medicine: alive and well in the new century. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(2), 63-94.

Ferenczi, S. (1982). Présentation abrégée de la psychanalyse. *Psychanalyse*, 4, 148–94.

Ferenczi, S. (1988). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Harvard University Press.

Ferenczi, S. (2002). Freud's Influence on Medicine (1933). V S. Ferenczi in M. Balint (ur.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychos-Analyses* (str. 143-155). Karnac.

Ferenczi, S. (2020a). *Enfant terrible psihoanalize*. Sigmund Freud University Press.

Ferenczi, S. (2020b). Tehnika psihoanalize. V S. Ferenczi, *Enfant terrible psihoanalize* (str. 8-15). Sigmund Freud University Press.

Ferenczi, S. (2020c). Prožnost psihoanalitične tehnike. V S. Ferenczi, *Enfant terrible psihoanalize* (str. 60-68). Sigmund Freud University Press.

Ferenczi, S. (2022). *Psihoanalitične študije*. Studia humanitatis.

Ferenczi, S. in Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

https://ia802307.us.archive.org/34/items/EntwicklungszieleDerPsychoanalyse.ZurWechselwirkungVonTheorieUndPraxis/Ferenczi_Rank_1924_Entwicklungsziele.pdf

Fiegl, J. (2016b). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije*. Sigmund Freud University Press.

Flaker, V. (2023). Trdim, da psihiatrija ni samo katastrofa, temveč zločin. *Sensa*, 29. avgust 2023.

<https://sensa.metropolitan.si/osebna-rast/dr-vito-flaker-trdim-da-psihiatrija-ni-samo-katastrofa-temvec-zlocin/>

Flückiger, C., Willutzki, U., Holtforth, G. M. in Wampold, B. E. (2024). Psychotherapy Works – An Inclusive and Affirming View to a Modern Mental Health Treatment. *Clinical Psychology in Europe*, 6, 1-12.

Foucault, M. (2009). *Rojstvo klinike*. Beletrina.

Foucault, M. (2010). *Zgodovina seksualnosti*. Založba ŠKUC.

Foucault, M. (2018). *Zgodovina norosti*. Založba J*cf.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 350–361.

Frank, J. D. (1992). Historical developments in research centers: The Johns Hopkins Psychotherapy Research Project. V D. K. Freedheim (ur.), *History of psychotherapy: A century of change* (str. 392–396). American Psychological Association.

Frank, J. D. in Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3. izd.). Johns Hopkins University Press.

Fraser, J. S. in Solovey, A. D. (2007). *Second-Order Change in Psychotherapy: The Golden Thread That Unifies Effective Treatments*. APA.

Freitas, F. in de Azevedo, L. J. C. (2022). Medicalizing children and adolescents. *Estudos de Sociologia*, 27(2), e022022. <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/16590/14811>

Freud, S. (1977). *Predavanja za uvod v psihoanalizo*. Državna založba Slovenije.

Freud, S. (1999). Vprašanje laične analize. *Problemi*, 37(3-4), 201-244.

Freud, S. in Breuer, J. (2004). *Studies in Hysteria*. Penguin.

Galimberti, U. (2009). *Grožljivi gost: Nihilizem in mladi*. Modrijan.

Galimberti, U. (2019). *Besedo imajo mladi: Dialog z generacijo dejavnega nihilizma*. Modrijan.

Gauld, A. (1992). *A history of hypnotism*. Cambridge University Press.

Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (2016). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Springer Verlag GmbH.

Gøtzsche, P. C. (2015). *Deadly psychiatry and organised denial*. People's Press.

Grassi, L., Riba, M. B. in Wise, T. (2019). *Person Centered Approach to Recovery in Medicine Insights from Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer.

Grawe, K. (2005). *Neuropsychotherapy. How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. Psychology Press Taylor & Francis Group.

Greenberg, R. P., Constantino, M. J. in Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657– 678.

Guilfoile, P. in Alcamo, I. E. (2006). *Antibiotic Resistant Bacteria*. Chelsea House.

Hale, N. G. (1995). *The rise and crisis of psychoanalysis in the United States: Freud and the Americans, 1917 – 1985*. Oxford University Press.

Haynal, A. (2011). On psychoanalysis in Budapest. V P. Loewenberg in N. L. Thompson (ur.), *100 Years of the IPA. The Centenary History of the International Psychoanalytical Association 1910-2010. Evolution and Change* (str. 95-106). Karnac.

Heisenberg, W. (1971). *Physics and Beyond: Encounters and Conversations*. Harper & Row, Publishers.

Hollon, S. D. (1999). Allegiance effects in treatment research: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 107–112.

Johnson, L. N. in Wright, D. W. (2002). Revisiting Bordin's theory on the therapeutic alliance: Implications for family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 257–269.

Jones, E. (1975). *Life and Work of Sigmund Freud*. Basic Books.

Joyce, A. S., Ogradniczuk, J. S., Piper, W. E. in McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 672.

Joyce, A. S. in Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 236.

Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 791– 803.

Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. Basic Books.

Kirsch, I., Jacobson, E. E. in Kaptchuk, T. J. (2009). Patient and practitioner influences on the placebo effect in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 71, 789–797.

Kirsch, I., Wampold, B. in Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills?. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121-131.

Kordeš, U. (2004). *Od resnice k zaupanju*. Studia humanitatis.

Kores Plesničar, B. (2010). Pomen in vloga posvetovalno-povezovalne psihiatrije (P-P-psihiatrija). *Zdravstveni vestnik*, 79, 554-558.

Korpar, B. (2013). Sándor Ferenczi: iskrenost in svoboda v psihoanalizi. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 7(3-4), 99-115.

Kravitz, R. L., Epstein, R. M., Feldman, M. D., Franz, C. E., Azari, R., Wilkes, M. S., Hinton, L. in Franks, P. (2005). Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(16), 1995–2002.

Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo strup*. Lumi.

Lang, H. (1990). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Springer.

Lange, K. W. (2021). Rudolf Virchow, poverty and global health: from “politics as medicine on a grand scale” to “health in all policies”. *Global Health Journal*, 5, 149-154.

- Laplanche, J. in Pontalis, J.-B. (1988). *The Language of Psychoanalysis*. Karnac Books.
- Laska, K. M. (2012). *The cost of determining the marginal efficacy of empirically supported treatments (Doctoral dissertation)*. University of Wisconsin-Madison, Madison, WI.
- Laubreuter, H. (2012). About psychotherapy science. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 6(1-2), 13-19.
- Laubreuter, H. (2018). Profession and discipline of psychotherapy. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 41-52.
- Lebowitz, M. S. in Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 555-577.
- LeDoux, (2015). *Anxious: The Modern Mind in the Age of Anxiety*. Oneworld Publications.
- Leuzinger-Bohleber, M., Arnold, S. in Solms, M. (2016). *The Unconscious: A bridge between psychoanalysis and cognitive neuroscience*. Routledge.
- Lichtenberg, J. (2016). Introduction. V A. Wm. Rachman (ur.), *The Budapest School of Psychoanalysis. The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective* (str. 1-3). Routledge.
- Lloyd, D., & Rossi, E. L. (2008). *Ultradian Rhythms from Molecules to Mind: A New Vision of Life*. Springer.
- Lunaček, M. (2014). *Telovadci nad prepadom: Kratki eseji*. Cankarjeva založba
- Makovec, T. (2019). *Medicina je padla na glavo*. Buča.
- Martin, M. J. (1978). Psychosomatic medicine: A brief history. *Psychosomatics*, 19(11), 697-700.
- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. in Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1038-1044.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. in Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*, 74, 595-602.
- McLeod, B. D. (2009). Understanding Why Therapy Allegiance Is Linked to Clinical Outcomes. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(1), 69-72.
- Meldrum, M. L. (2000). A brief history of the randomized controlled trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard. *Hematol Oncol Clin North Am*, 14(4), 745-60.
- Mészáros, J. (2010). Sándor Ferenczi and the Budapest school of psychoanalysis. *Psychoanalytic Perspectives*, 7(1), 69-89.
- Mészáros, J. (2014). *Ferenczi and beyond: Exile of the Budapest School and solidarity in the psychoanalytic Movement During the Nazi Years*. Routledge.
- Miklowitz, D. J. in Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar disorders*, 11 Suppl 2, 110-122.
- Miškulin, I. (2016). Epistemologija vrline u psihoterapiji. (Doktorska disertacija). Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet.
- Miškulin, I. (2017). Psihoterapevtova epistemološka odgovornost. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 11(1-2), 55-75.
- Moller, V. in Huschka, D. (2008). *Quality of Life and the Millennium Challenge: Advances in Quality-of-Life Studies, Theory and Research*. Springer.
- Moynihan, R. in Cassels, A. (2010). *Krošnjari z boleznijo: Kako farmacevtske velikanke delajo iz nas bolnike*. V. B. Z.
- Možina, M. (2010). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: kaj se dogaja po Evropi. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(3-4), 63-104.
- Možina, M. (2010). O strahu in tesnobi iz psihoterapevtskega in psihiatričnega vidika. V L. Erić (ur.), *Psihodi-namična psihiatrija. Del 2, Teorije strahu in stanja strahu* (str. 9-136). Hermes IPAL.
- Možina, M. (2016a). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V J. Fiegl, *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije* (str. 165-190). Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2016b). Uvodnik o melanholiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3-4), 5-30.
- Možina, M. (2017). Uvodnik o depresiji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2): 5-51.
- Možina, M. (2019a). Gregory Bateson: Glasnik nove paradigme v znanosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(1-2), 211-237.
- Možina, M. (2019b). Epistemologija halucinacij in slišanja glasov: prispevek konstruktivizma in nevrofenom-enologije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 27-71.
- Možina, M. (2019c). Uvodnik o milini, estetski občutljivosti in Gregoryju Batesonu. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(1-2), 7-23.
- Možina, M. (2019d). Uvodnik o slišanju glasov. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4): 9-25.
- Možina, M. (2020). Zgodnja leta ptiča Dodo: Razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), 15-81.
- Možina, M. (2021a). From deficit to difference in the discourse on autism and mental health. *Constructivist Foundations*. 17(1), 49-52.
- Možina, M. (2021b). Uvodnik o skupnih dejavnikih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), 9-55.
- Možina, M. (2021c). Mladostniška in odrasla leta ptiča Dodo: razvoj teorije skupnih dejavnikov od prvih metaanaliz do Schiepkovega sinergetičnega nelinearnega dinamičnega modela. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), 57-149.
- Možina, M. (2024a). Odpri dialog: je laponski čudež na področju varovanja duševnega zdravja primeren tudi za Slovenijo? V J. Seikkula in T. E. Arnkil, T. E. (ur.), *Odpri dialogi: Inovativen dialoško-mrežni pristop k duševnim stiskam* (str. 211-231). Chiara.
- Možina, M. (2024b). I have a dream: Integrative systemic transdiagnostic and transtheoretical approach in psychotherapy and mental health treatments. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 18(1-2), 25-71.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3-4), 119-142.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša U. in Rakovec P. (2018). Čas za zakon je do-zorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M. in Kobal, L. (2005). Razvijanje stališča udeleženosti v psihoterapiji. *Časopis za kritiko znanosti*, 33(221), 195-205.
- Možina, M. in Kordeš, U. (2005). Obiranje sadov z drevesa spoznanja: spremna beseda. V H. R. Maturana in F. J. Varela, *Drevo spoznanja* (2. izd.) (str. 219-248). Studia Humanitatis.
- Müller, N. (1999). *Psychiatry, Psychoimmunology, and Viruses*. Springer.
- Newman, M. G., Stiles, W. B., Janeck, A. in Woody, S. R. (2006). Integration of therapeutic factors in anxiety disorders. V L. G. Castonguay in L. E. Beutler (ur.), *Principles of therapeutic change that work* (str. 187-200). Oxford University Press.
- Olfson, M. in Marcus, S. C. (2010). National Trends in Outpatient Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2015). *Reading Michael Balint: A Pragmatic Clinician*. Routledge.
- Pap, Z. (2020). Kdo je bil enfant terrible?. V S. Ferenczi, *Enfant terrible psihoanalize* (str.133-151). Sigmund Freud University Press.

Pérez Álvarez, M. (2019). Psychotherapy as a human science, more than a technological one. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14.

Pert, C. (1997). *Molecules of Emotion: Why You Feel the Way You Feel*. Scribner.

Pert, C. B., Dreher, H. E. in Ruff, M. R. (1998). The psychosomatic network: foundations of mind-body medicine. *Alternative therapies in health and medicine*, 4(4), 30-41.

Pritz, A. (2011). The struggle for legal recognition of the education of psychotherapy and an autonomous psychotherapy profession in Europe. *Eur Psychother*, 10, 5-20.

Rachman, A. Wm. (2016). *The Budapest School of Psychoanalysis. The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective*. Routledge.

Rieff, P. (1961). *Freud: The mind of the moralist*. Doubleday & Co.

Rogers, C. (1942a). *Counseling and psychotherapy*. Hought.

Rogers, C. (1942b). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *Am J Orthopsychiatry*, 12, 429-434.

Rogers, C. R. (1951a). Client-centered therapy. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951b). A research program in client-centered therapy. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disorders*, 31, 106-113.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality changes. *Journals of Consulting and Clinical Psychology*, 21(2), 95-103.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Constable.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.

Rossi, E. L. (1993). *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. Norton.

Rossi, E. L., Iannotti, S. in Rossi, K. L. (2006). The New Neuroscience School of Therapeutic Hypnosis, Psychotherapy, and Rehabilitation. *HypnosNytt*, 2, 3-14.

Rotan, L. W. in Ospina-Kammerer, V. (2007). *MindBody Medicine: Foundations and Practical Applications*. Routledge.

Runswick-Cole, K., Mallett, R. in Timimi, S. (2016). *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*. Jessica Kingsley Publishers.

Seikkula, J. in Arnkil, T. E. (2024). *Odpri dialogi: Inovativen dialoško-mrežni pristop k duševnim stiskam*.

Shaw, B. F. (1999). How to use allegiance effects to maximize competence and therapeutic outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 131-132.

Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. Jossey-Bass.

Singer, M. (2015). *The Anthropology of Infectious Disease*. Left Coast Press, Inc.

Slatnar, B. (2012). Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 31-46.

Snow, B. A. (1990). Education in the Systems Sciences An Annotated Guide to Education and Research Opportunities in the Sciences of Complexity. American Society of Cybernetics. <https://philpapers.org/archive/SNOEIT.pdf>

Snyder, C. R., Michael, S. T. in Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 179-200). APA.

Stumm, G., Pritz, A., Voracek, M. in Gumhalter, P. (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Springer.

Sturmberg, J. P. (2015). Health - illness - disease. A person-centered perspective. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 182-186.

Szecsödy, I. (2007). Sándor Ferenczi—the first intersubjectivist. *The Scandinavian Psycho-analytic Review*, 30(1), 31-41.

Šugman Bohinc, L. (2010). Od objektivizma h konstruktivizmu in socialnemu konstrukcionizmu v sistemski psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1/2), 51-66.

Tallman, K. in Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. V M. A. Hubble, B. L. Duncan in S. D. Miller (ur.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 91-131). APA.

The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. London School of Economics and Political Science.

Timimi, S. in Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. Palgrave MacMillan.

Tschuschke, V., Cramer, A., Köhler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A. in Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Journal of Psychotherapy Research*, 25(4), 420-34.

Tschuschke, V. in Czogalik, D. (1990). *Psychotherapie - Welche Effekte veraendern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Springer.

Ule, M. (2009). *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Aristej.

Ule, M. (2012). Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51(1-3), 5-14.

VandenBos, G. R., Cummings, N. A. in DeLeon, P. H. (1992). A century of psychotherapy: Economic and environmental influences. V D. K. Freedheim (ur.), *History of psychotherapy: A century of change* (str. 65-102). American Psychological Association.

Verhaeghe, P. (2008). *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics*. Karnac.

Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta v času neoliberalizma, izgubljenih vrednot in anonimne avtoritete*. Ciceron.

von Foerster, H. (1991). *Understanding understanding: Essays on Cybernetics and Cognition*. Springer.

Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. APA.

Wampold, B. E. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10(2), 69-86.

Wampold, B. E. (2001b). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B. E. (2010a). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. V B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold in M. A. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (str. 49-81). APA.

Wampold, B. E. (2010b). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. APA.

Wampold, B. E. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. DVD video. APA. https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf

Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445-449.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.

Wampold, B. E., Frost, D. N. in Yulish, N. E. (2016). Placebo Effects in Psychotherapy: A Flawed Concept and a Contorted History. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108-120.

Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.

Watzlawick, P. (1994). *Da bi lažje bili nesrečni*. Mohorjeva družba.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B. in Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.

- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. in Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200–211.
- Whitaker, R. (2004). The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good. *Medical Hypotheses*, 62, 5–13.
- Whitaker, R. (2010). Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. Crown.
- Whitaker, R. (2023). *Pogubnost kemopsihiatrije: Epidemija farmakoloških čudežnih napojev, šarlatanskih psihiatričnih drog in osupljivi vzpon duševnih bolezni v zahodnem svetu*. UMco.
- White, K. (2002). *An introduction to the sociology of health and illness*. Sage Publications.
- WHO (World Health Organisation). (1946). *Preamble to the constitution of the World Health Organization*. WHO.
- WHO (World Health Organisation). (2022). *Mental health*. 17 June 2022.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wittkower, E. D. (1974). Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 309–319.
- Wolkowitz, O. M. in Rotschild, A. J. (2003). *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- Yalom, I. (1993). *When Nietzsche wept*. HarperPerennial.
- Yalom, I. (2017). *Darilo terapije: odprto pismo novi generaciji terapevtov in njihovim klientom*. UMco.
- Yalom, I. in Elkin, G. (1974). *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*. Basic Books.
- Yan, Q. (2016). *Psychoneuroimmunology Systems Biology Approaches to Mind-Body Medicine*. Springer.

Izr. prof. Katarina Kompan Erzar

Recenzija slovenskega prevoda knjige

SÁNDOR FERENCZI:

KLINIČNI DNEVNIK

Sándor Ferenczi je eden najpomembnejših psihoanalitičnih pionirjev madžarskega rodu, ki je v večjem delu svoje psihoanalitične kariere bil prepoznaven kot najaktivnejši zagovornik in promotor klasične Freudove psihoanalize. V zadnjih letih njegovega življenja so se njegova strokovna stališča začela preobražati v smer, ki je bila za večino psihoanalitikov takratnega časa – še posebej za njegovega dolgoletnega prijatelja in mentorja Sigmunda Freuda – nesprejemljiva, kar je predstavljalo povod za začetek pisanja *Kliničnega dnevnika*, s pisanjem katerega je začel približno poldrugo leto pred svojo smrtjo.

Za obstoj *Kliničnega dnevnika* so vedeli le redki v krogu Ferenczijevih sodelavcev in prijateljev. Posebnost *Kliničnega dnevnika* je nedvomno v avtorjevi neobičajni iskrenosti, samokritičnosti in pripravljenosti na soočenje z lastnimi napakami ter porazi, kar bralcu omogoča vpogled v proces, preko katerega je avtor dosegel do svojih ugotovitev; v *Kliničnem dnevniku* so namreč zapisani prenekateri klinični primeri Ferenczijevih klientov, ki jih je obravnaval v zadnjem obdobju svojega življenja. *Dnevnik* torej nedvomno priča o avtorjevi izjemni odprtosti do učenja iz lastnih napak. Delo obenem predstavlja tudi čtivo, ki od bralca zahteva nemalo pozornosti in koncentracije, saj je zapisano v manj strukturirani dnevniški obliki, obenem pa so v njem zajete vsebine, ki so nemalokrat bile produkt zgolj avtorjeve intuicije, vsekakor pa zanje v takratnem času še ni bilo izoblikovanega strokovnega izrazoslovja.

Ferenczi v svojih dnevniških zapisih razkriva predvsem svoje izrazito interpersonalno in intersubjektivno naravnost do psihoterapevtskega procesa s svojimi klienti, kar se kaže v njegovem sodobnem dojemanju duševne travme, kontratransferja in kontroverznem eksperimentu vzajemne analize, ki ga je izvedel z nekaterimi svojimi takratnimi klienti. Pomemben del dnevniških zapisov je posvečenih tudi kritiki v takratnem času vsesplošno uveljavljene klasične psihoanalitične drže terapevtov, na osnovi česar je oblikoval na korektivnem medosebnem odnosu utemeljeno psihoanalitično obravnavo, kar danes predstavlja osnovo sodobne psihoterapevtske obravnave. Navedena posodobitev se močno navezuje na njegov osebni odnos z njegovim mentorjem Sigmundom Freudom, ki so ga v zadnjih letih Ferenczijevega življenja prežemala številna nesoglasja in ambivalentnosti. Poleg navedenega so v *Dnevniku* zapisane tudi številne druge tematike iz psihoanalitične teorije in

prakse, med katerimi velja izpostaviti predvsem avtorjevo zagovarjanje pomembnosti terapevtske osebnosti (učne) analize pred pričetkom dela s klienti, kar danes prav tako predstavlja pomemben in neizogiben steber psihoterapevtskega izobraževanja v vseh pristopih. Vse navedene vsebine *Dnevnika* so zapisane v izrazito osebni slogu, zaradi česar lahko Ferenczijev *Klinični dnevnik* upravičeno štejemo za posebnost na področju psihoanalitične in nasploh psihoterapevtske literature.

Ferenczi v svojem *Kliničnem dnevniku* razpravlja o številnih posodobitvah in eksperimentih v zvezi s psihoanalitično teorijo in metodiko, s čimer je postavil temelje za razvoj sodobne in na korektivnem medosebnem odnosu utemeljene ter težjim psihopatologijam prilagojene psihoterapije, s čimer se je v zgodovino psihoanalize vpisal kot pomemben avtor in inovator. *Klinični dnevnik* torej po eni strani predstavlja vmesni člen med klasično gonsko teorijo Sigmunda Freuda in poznejšimi psihoanalitičnimi teorijami, ki so se začele razvijati po drugi svetovni vojni, po drugi strani pa je tudi izhodišče prispevkov bolj ali manj vseh poznejših generacij psihoanalitikov, ki so se v zgodovino psihoanalize vpisali kot snovalci teorije objektnih odnosov, self psihologije, relacijske paradigme in intersubjektivnosti. Ob tem je potrebno poudariti, da četudi prispevki mnogih psihoanalitikov poznejših generacij koreninijo v Ferenczijevih idejah, so se le redki sklicevali nanj, zaradi česar Ferenczi danes velja za najbolj spregledanega psihoanalitika, kar slovenskemu prevodu *Kliničnega dnevnika* daje še toliko večjo vrednost in edinstvenost. Zaradi prezgodnje in nenadne smrti Sándorja Ferenczija je *Klinični dnevnik* sicer ostal nedokončano delo, ki pa kljub vsemu nudi koherentno sporočilo o avtorjevih inovacijah ter tudi vseh njegovih zmotah, napakah in spodrslih, ki so v življenju inovatorjev tako rekoč neizogibni.

Slovenski prevod *Kliničnega dnevnika* nedvomno predstavlja pomemben doprinos psihoterapevtski literaturi v slovenščini, saj bralcu kljub svoji izrazito neučbeniški obliki nudi razumevanje nastanka sodobnih psihoterapevtskih teorij, zaradi česar predstavlja pomembno literaturo pri študiju različnih psihoterapevtskih pristopov. Vsekakor pa je lahko *Klinični dnevnik* koristno branje tudi za študente in strokovnjake s področja psihologije, psihiatrije in drugih poklicev pomoči na področju duševnega zdravja, zagotovo pa bo potešil vedoželjnost ter radovednost tudi tistih bralcev, ki jih preprosto zanima zakulisje vsakdana in intimno osebno doživljanje psihoanalitika iz prve polovice prejšnjega stoletja.

Nenazadnje je potrebno poudariti, da prevod *Kliničnega dnevnika* smiselno zaokroža izvirni prevajalski projekt psihoterapevta Zoltana Papa, ki je naši strokovni in laični javnosti prvi omogočil slovenke prevode Ferenczijevih originalnih izbranih člankov iz madžarščine v slovenščino v knjigah *Sándor Ferenczi: Enfant terrible psihoanalize* (izšla pri Sigmund Freud University Press Ljubljana leta 2020) in *Psihoanalitične študije* (izšlo pri Studia Humanitatis leta 2022). Tudi njegov prevod *Kliničnega dnevnika* je nastal na podlagi originala v madžarščini, kar predstavlja dodano vrednost.

Doc. dr. Emil Benedik

Recenzija slovenskega prevoda knjige SÁNDOR FERENCZI: KLINIČNI DNEVNIK

Sándor Ferenczi (1873-1933), eden najpomembnejših začetnikov psihoanalize, je bil veliko let pozabljen in napačno razumljen. Danes so Ferenczijevi teksti prevedeni v vse jezike in njegovim idejam so posvečene konference, seminarji ter študijske skupine. Za to je v veliki meri zaslužen njegov učenec, sodelavec in prijatelj Michael Balint, ki je »dešifiral« Ferenczijeve zapise, t.i. *Klinični dnevnik* in njegovo korespondenco s Freudom.

Klinični dnevnik, zaporedje kratkih zgoščenih zapisov, kritičnih avtobiografskih refleksij, samoanaliz in izkušenj iz psihoanalitične prakse, ki jih je Ferenczi napisal leta 1932, vsebuje mnogo novih zamisli, ki so se mu porodile tekom kliničnega dela in ti še danes netijo razprave med psihoterapevti, kakšen naj bi bil psihoterapevtski odnos. S svojo odkritostjo, necenzuriranostjo in pogumnim eksperimentiranjem je Ferenczi pogosto tudi zašel s poti, vendar je vseeno vztrajal v prepričanju, da je popolna iskrenost do sebe in klientov prava drža psihoanalitikov oz. psihoterapevtov nasploh. Po njegovem je napaka, ki jo stori psihoanalitik, manj škodljiva kot neiskrenost, če jo je seveda zmožen priznati. Neiskrenost in hipokrizija namreč pripeljeta do ponovitve travme.

Ferenczi se je veliko ukvarjal s psihoanalizo travme, pri čemer ima veliko konstruktivnih, pa tudi neizvedljivih zamisli. Med drugim poudarja, da je potrebno bolj kot teoriji slediti klientu, ki mu moramo prilagoditi psihoanalitični pristop, čemur sledi tudi sodobna psihoanaliza in psihoterapija nasploh. Nadalje je travmatiziranemu klientu potrebno priznati trpljenje, mu izraziti razumevanje, čemu sledi žalovanje, ki predstavlja izhod iz tega trpljenja.

Vsakemu klientu je potrebno dati nekaj novega, kot je npr. v *Dnevniku* opisal tehniko vzajemne analize, za katero je potem spoznal, da jo je nemogoče izvajati. Zaradi takšnih idej ga v takratni uradni psihoanalitični skupnosti niso najbolje sprejemali, proglasili so ga celo za psihično motenega, vendar ne moremo spregledati njegovega velikega vpliva, ki ga je imel na razvoj moderne psihoanalize, njenih tehnik, posebej pri obravnavi težjih psihičnih motenj. S svojim raziskovanjem in eksperimentiranjem je utemeljil premik iz klasičnega psihoanalitičnega eno-osebnega vidika na psihoterapijo dveh subjektov v odnosu in interakciji.

Medtem ko se je Ferenczi ob pisanju *Dnevnika* izogibal kakršnikoli cenzuri, pa nasledniki, ki jim je zaupal svojo dediščino, niso sledili njegovemu zgledu. Pregled dogodkov, ki so vodili od pisanja do objave *Dnevnika*, jasno kaže na to, kako težko je psihoanalitična skupnost sledila Ferenczijevim stopinjam. Michael Balint je med dediči njegove zapuščine najzvesteje sledil njegovemu zgledu. Želel je objaviti *Dnevnik*, a se je jasno zavedal eksplozije, ki jo bo objava povzročila v psihoanalitični skupnosti. Balint ni doživel objave *Dnevnika*, saj ga je leta 1970 prehitela smrt. Za njim je prevzela nalogo objave *Dnevnika* ob koncu leta 1970 Judith Dupont.

Zaradi svoje neposrednosti in iskrenosti ostaja Ferenczijev *Dnevnik* moderno čtivo, ki ni zanimivo le za strokovnjake, ki se srečujejo z zahtevnimi pacienti oz. klienti. temveč za vse, ki jih zanimajo labirinti človeške psihe in medosebnih odnosov. Ferenczi je bil pripravljen priznati tudi negativna čustva, ki jih je pacient v njem prebudil; zlasti na seksualnem nivoju. Vse to je bil pripravljen storiti z namenom, da nihče od njiju ne bi izgubil občutka za resničnost. Svoje eksperimente je vedno vodil »do absurda«, kot je sam izjavil; tudi če je to pomenilo, da jih je pozneje moral ponovno pretuhtati in o njih razmisliti ter bolj natančno določiti, kje se mora ustaviti. A čeprav ta način dela ni niti priporočen niti primeren za vse, nas vseeno uči nekaj pomembnega: da se ne bojimo ničesar, če smo lahko upravičeno prepričani, da bo to, kar počnemo, pripomoglo k zdravljenju. Nobeno pravilo s strani priznane in spoštovane ustanove nam ne sme preprečiti, da razmišljamo s svojo glavo in prevzamemo polno odgovornost za to, kar počnemo. *Klinični dnevnik* nam prav tako ponuja dragocen nasvet: nikdar nikogar posnemati, niti Ferenczija! Takšna neodvisnost pa psihoanalitika oz. psihoterapevta pusti brez zaledja, brez kakršnekoli zunanje zaščite. Ni naključje, da Ferenczi ni ustanovil šole, ki bi prenašala njegove ideje ali metode. Njegovi mlajši kolegi so morali od vsega, kar je ponudil, izbrati tisto, kar je zanje koristno.

Sodobno sporočilo Ferenczija je, da je najboljši način za zaščito pacientov še vedno spodbujanje bodočih psihoterapevtov, da razmišljajo s svojo glavo na osnovi svojih vrednot in prepričanj in da prevzamejo polno odgovornost za posledice svojih dejanj; tudi če so navdušeni nad nekaterimi teoretičnimi sklepi ali modrostjo določenega kolega. Popolna skladnost s pogledi nekoga drugega v primeru, da psihoterapevt tega vzornika ni kritično ocenil, ga postavi v vlogo posnemovalca in ne samostojnega posameznika. Vsak nepredviden dogodek bo tega analitika prisilil iskati odgovore v delu nekoga drugega, namesto da bi jih iskal v svojem notranjem svetu. Ferenczi, ki je bil navdušen nad Freudovo genialnostjo, ni nikdar opustil svoje pravice do neodvisnega mišljenja. Glede neodvisnosti in poguma ni veliko psihoterapevtov, ki bi lahko šli tako daleč kot Ferenczi. Odkrivanje lastnih meja in njihovo prepoznavanje pa je del izobraževanja vsakega psihoterapevta. Vse to je del dragocene Ferenczijeve dediščine, ki jo najdemo še posebej v *Kliničnem dnevniku*.