

REGRESIJA I PROGRESIVNA DEZORGANIZACIJA – PUT PREMA PSIHOSOMATSKOJ BOLESTI

/ REGRESSION AND PROGRESSIVE DISORGANISATION – PATH TO A PSYCHOSOMATIC ILLNESS

Ljiljana Milivojević

SAŽETAK / SUMMARY

S. Freud rekao je da nagon smrti poništava stvari i razara ono što je nastalo vraćajući ga u slabije izdiferencirane i manje organizirane oblike, stalno unatrag, s ciljem povratka u anorgansko stanje, stanje potpunog i krajnjeg mirovanja (1).

Kod psihosomatskih pacijenata nadvladava nagon smrti i ne postoji trenutak zajedničkog djelovanja nagona života i nagona smrti jer je izostalo sučeljavanje nagona života i nagona smrti u kojem oni djeluju udruženo i usmjereni su prema istom cilju – da se održi ono što je stvoreno.

U ovom radu prikazujem kompleksan proces psihosomatske bolesti te analize pacijentice koja nije imala priliku da se u njezinim unutarnjim prostorima odigra tako važna, tako moćna igra između nagona života i smrti. U njoj je prevladao nagon smrti jer ono prvotno nije stvoreno na odgovarajućim temeljima. Pacijentica je zaglavila u krizi bez buke, zatrpana prazninom, ništavilom, bez mogućnosti da osjeti taj veličanstveni susret nagona života i smrti, da u izvanjskome doživi ponovno stvaranje onoga što u unutarnjem već postoji. Da se prepusti uzbuđenju, radosti, da ide sve dalje i dalje u stvaranju sve više zajedničkoga, sve življega, novijeg, inspirativnijeg.

S. Freud (1) said that death drive (Todestrieb) destroys things and tears down what was created, returning it to less differentiated and organised states, right back to the inorganic state; the state of ultimate rest.

With psychosomatic patients death drive is predominant and in such individuals there is never an instance when death drive and the drive to life function together because there has been no amalgamation of the drive to life and death drive in which they function together and towards the same goal of preserving that which has been created.

In this paper, I present complex processes of psychosomatic disease through a case study of a female patient who never had the opportunity, in her internal space, to play out this hugely important and very powerful dance between Eros and Thanatos. In her, the latter had triumphed, because the life instinct had not been constructed solidly enough. The patient remained forever trapped in silent crisis, full of emptiness, nothingness, unable to feel the majesty of meeting between the drives to life and to death, or to experience again creation in the external world of what already exists within; to accept the joyous excitement of going further and further in the creation of more, and the sharing of more, living, new and inspiring.

**KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:**

regresija / *regression*, rana trauma / *early trauma*, somatizacija / *somatisation*

Ljiljana Milivojević, neuropsihijatar, Trening grupni analitičar – Udruženje grupnih analitičara Vojvodine, punopravni član, Trening psihoanalitičar – Udruženje psihoanalitičara Srbije, punopravni član. e-mail: milivojevicljiljana@gmail.com / *neuropsychiatrist, training group analyst – Vojvodina Association of Group analysts, full member, training psychoanalyst – Serbian Psychoanalyst Association, full member. e-mail: milivojevicljiljana@gmail.com*

UVOD

Nadahnuće za ovaj rad pronašla sam u Ani, pacijentici koja boluje od sindroma iritabilnog crijeva, koja je na analizu došla na preporuku gastroenterologa. Njezina analiza podijeljena je u dvije faze. Prva je trajala godinu dana i napustila ju je oblivena suzama, a druga je nastavljena nakon pet mjeseci te još traje.

Ana je pozvonila na vrata mojega kabineta jednog proljetnog dana koji je odisao živahnošću buđenja prirode i radošću života. Na vratima se pojavila mlada žena, adolescentica, kao sa slike. Izraz lica bio joj je skamenjen, djelovala je udaljeno i nedostupno. Iznenada me preplavila tuga, za koju u prvi mah nisam imala objašnjenje, a onda sam shvatila da je to Anina tuga. U meni je u trenu nestao proljetni polet, osjećala sam se utišanom i prva misao koja mi se javila bila je „što ću sada, odakle da počnem, kako da počnem, a da ne povrijedim Anu“. Bila sam pod dojmom da je preda mnom stakleni pehar koji će se rasprsnuti u komadiće

ako bilo što pitam. Ipak sam odagnala te misli i zamolila Anu da mi kaže nešto o sebi.

Tada je počela priča iz koje sam shvatila da Ana nije imala tu divnu priliku da uživa u primarnoj majčinoj zaokupljenosti koju spominje D. Winnicott, kad je majka stalno prisutna i stalno na raspolaganju, kad god beba nešto očekuje, jer beba tada stvara ono što je tu da bi bilo pronađeno (2). Tu je odgođen susret s izvanjskim, najprije iluzijom, a zatim prijelaznim fenomenima i potencijalnim prostorom. Beba i mama imaju priliku da uživaju u onome što zajedno stvaraju. Ako su uživale u zajedničkom stvaranju, onda to može i dalje postojati putem halucinatorne reprodukcije zadovoljenja; S. Freud o tome govori kao o prvoj psihičkoj aktivnosti. Prema S. Freudu, to je ponovna kateksa slike sjećanja na opažaj koji je povezan sa zadovoljenjem potrebe i ponovno izazivanje tog opažaja. Ispunjenje želja i potpuna kateksa percepcije (3) stvaraju čudesan doživljaj da je sve tu, unutra, nekako ušuškano, a želje

i ispunjenje želja zaranjaju u njihove dubine bez jaza između doživljenoga i željenoga pa opet doživljenog. Nažalost, taj čudesan doživljaj ne opstaje, životno iskustvo tu primitivnu aktivnost mišljenja preoblikuje u svrshodniju, sekundarnu aktivnost. A što se onda događa? S. Freud kaže da punu regresiju treba zaustaviti prije nego što postane potpunom kako se ne bi nastavljala izvan slike sjećanja i kako bi mogla tražiti druge putove koji vode do uspostavljanja željenog identiteta opažanja iz smjera vanjskog svijeta. Prema klajnovskoj teoriji, odsutan objekt pretvara se u prisutan loš objekt (4). D. S. Winnicott smatra da dovoljno dobra majka ne dopušta da do toga dođe, ona presreće i zadovoljava potrebu prije nego što ona postane želja. A što ako ipak ostane samo želja? (5) Želja kojom se stremlji zadovoljenju potrebe, a zadovoljenja nema; objekt se povukao iz igre oceanske vječnosti, iz igre je izbačena halucinatorska dimenzija mišljenja, ostao je prostor prepun tame predstavljen kao nestanak libida, i narcističkog, i objektnog. Francuski autori P. Marty, C. Smadja, P. E. Sifneos i H. Krystal smatraju da je to trenutak kad na scenu stupa esencijalna depresija, jedna od glavnih kliničkih manifestacija prevlasti nagona smrti koji dominira psihosomatskim bolestima (6, 7, 8, 9).

NEŠTO O VEZI PSIHOSOMATIKE I KONCEPATA S. FREUDA

Razmatrajući stajališta istraživača koji se bave psihosomatskom medicinom, može se primijetiti da se ona temelje na referentnom okviru Freudovih koncepcija te da otkrića u psihosomatici nisu nova, nego ponovna otkrića, jer, prateći Freudove koncepcije, objekt ne predstavlja pronalazak, nego ponovni pronalazak u odnosu na trag halucinatorskog objekta (10). Prisjetimo se da je S. Freud govorio da u razdoblju kad su počeci seksualnog zadovoljenja povezani s uzimanjem hrane seksualni nagon ima seksualni objekt izvan bebina tijela, a to su majčine grudi. Seksualni nagon gubi taj objekt možda u trenucima kad je djetete u stanju stvoriti potpunu predodžbu o личности kojoj pripada organ koji mu pruža zadovoljenje. Seksualni nagon tada postaje autoerotski, a tek nakon razdoblja latencije opet se uspostavlja prvotan odnos. Tako je sisanje djeteta na majčinim grudima postalo uzorom za svaki ljubavni odnos (11). Pronalaženje objekta ustvari je njegovo ponovno pronalaženje. Dvadesetak godina kasnije S. Freud objasnio je ponovno pronalaženje objekta, govoreći da prvi cilj testa realnosti nije da subjekt u realnoj percepciji pronađe objekt koji odgovara objektu u njezinoj predodžbi, nego da ponovo pronađe takav objekt, da se uvjeri da je još tu (10).



S. Freud nikad nije izravno govorio o psihosomatskim problemima. Njegovo otkriće važnosti uloge seksualnosti u neurotskim smetnjama objašnjeno je u tri hipoteze do 1920. godine u kojima se spominju somatski simptomi povezani s izravnim učincima seksualnosti na organe i sustave organa, što bi značilo njihovo neporecivo libidinozno obilježje. Postavljanjem nove nagonske dvojnosti S. Freud povezo je značaj nagona života i nagona smrti, vrlo bitnih za razumijevanje psihosomatskih bolesti (11). Osim toga, na osnovi Freudovih razmišljanja može se rekonstruirati bavljenje pitanjima psihosomatskih bolesti. Prateći tu liniju, nailazimo na pitanje narcizma, o čemu S. Freud govori u djelu *Uvod u narcizam* iz 1914., u kojem u jednom dijelu govori o organskoj bolesti i hipohondriji. Vjeruje se da je to prvi put da je S. Freud (12) imao u vidu organsku bolest kao takvu, a promatrao ju je u njezinu odnosu s libidinoznom ekonomijom, jer je dotad pitanje somatskih simptoma bilo povezano s okvirima psihoseksualnosti u histeriji ili u okviru aktualnih neuroza. U svojim razmatranjima pokušava razumjeti dinamske i ekonomske posljedice na raspodjelu libida i na kretanje između objektnog libida i libida „ja“. Za njega je organska bolest jedan od načina putem kojih „ja“ ponovo preuzima vlasništvo nad libidom koji je prethodno investiralo u objekte. Bolest bi karakterizirala narcistička regresija, koja dolazi s odre-

đenim promjenama u „ja“ (12). To Freudovo razmišljanje o narcističkoj regresiji postalo je temeljem za istraživače psihosomatskih bolesti, koji ga povezuju s tekstom *Tuga i melankolija* u kojem Freud opisuje melankolični kompleks kao otvorenu ranu koja na sebe privlači ogromne kontrainvesticije koje mijenjaju i osiromašuju „ja“. Više puta služi se metaforom rane kad objašnjava gubitak libida, kao da libido ima određenu supstancijalnost koja bi mogla postati predmetom organskih poremećaja. (1)

Za Freuda su trauma i bol tijesno povezani, a bol je zamišljena kao specifična reakcija na aktualan gubitak objekta bez mogućnosti oslonca na njegovu obradu. Taj gubitak bez psihičkog oslonca čini ustvari traumatsku situaciju. U slučajevima kad postoji psihičko oslanjanje, prisutna je anksioznost, a ne bol. S. Freud dalje kaže da psihička bol podrazumijeva investiciju objekta izgubljenog u čežnji, a fizički bol pripisuje se narcističkoj investiciji. Može se dakle reći da je to važan element u stvaranju psihosomatske bolesti, jer sve njezine manifestacije imaju za cilj poricanje bolne percepcije nedostatka koji pogađa njezin narcizam. Taj narcistički gubitak čini traumatski sklop psihosomatske bolesti (1).

Istraživači psihosomatskih poremećaja (C. Smadja, P. Mart, P. E. Sifneos, H. Krystal, R. Weinrib) shvaćali su tu pro-

mjenu „ja“ kao promjenu nagona „ja“ ili, još preciznije, promjenu narcizma (6, 7, 8, 9, 12). S. Freud u svojem djelu *Tri eseja o teoriji seksualnosti* rekao je također da erogenost smatra općim obilježjem svih organa, što može govoriti o njezini smanjenju ili povećanju i o tome da svakoj promjeni u erogenosti odgovara paralelna promjena u investiranju libida u „ja“. Ta njegova razmišljanja preuzeli su psihosomatičari govoreći da organska bolest potječe iz libida „ja“. No budući da se psihosomatska medicina oslanja na Freudovu teoriju, sljedeće je važno pitanje kako je traumatska neuroza povezana sa psihosomatskom bolešću (13). S. Freud u svojem radu *Inhibicija, simptom i anksioznost* spominjao je dvije karakteristike anksioznosti – automatsku anksioznost i anksioznost kao signal za opasnost, povezujući to s razmišljanjima da će traumatska neuroza imati zajedničko obilježje s aktualnom neurozom. Što je Freuda dovelo do tog razmišljanja i približavanja tih stanja? Može se reći da je to bespomoćnost „ja“, jer se u aktualnoj neurozi uspostavlja jednako stanje bespomoćnosti „ja“ suočenog s napetošću pretjerane potrebe koje je bilo uspostavljeno kad se pojavila potreba za rođenjem, tj. stanje koje je na isti način dovelo do razvoja anksioznosti. Teorije nagona proturječne su u pogledu statusa nagona aktualne neuroze, jer jedan postulira njezine odnose s libidom objekta, a dru-

gi s libidom „ja“ (traumatska neuroza). Da bi se prevladala ta proturječnost, odgovor na to pitanje traži se iz kuta nove teorije nagona u čijem je okviru ideja da su nagoni očuvanja pojedinca ustvari libidinozni nagoni. Pojam libida „ja“, pod uvjetom da se on zamisli u njegovu negativnom aspektu, povezan s učincima nagonskog razdvajanja i unutarnje destruktivnosti, pruža nov teorijski okvir psihosomatskim bolestima. Tako nova linija podjele prolazi između erotskih investicija i destruktivnosti, a zbog toga funkcionalna vrijednost objekta dobiva važno mjesto u nagonskoj ekonomiji (14).

A. Green pridružio se tim razmatranjima tumačeći da je objekt potencijalno sadržan u nagonu i otkriva ga, no on je istodobno i osnovni agent spajanja i onaj putem kojega se „ja“ mora braniti protiv sila razdvajanja nagona i uništenja. Zbog toga je pojam negativnog narcizma koji je temelj problematike psihosomatskih bolesti ekonomski povezan s promjenom funkcionalne vrijednosti objekta (14).

VEZE IZMEĐU ISTRAŽIVANJA PSIHOSOMATSKIH POREMEĆAJA I PSIHOANALIZE

Francuski istraživači u psihosomatskoj medicini, P. Marty i C. Smadja, smatraju da su određene frustrirajuće situacije



mogle već od djetinjstva ostaviti otiske koji se u zreloj dobi mogu reaktivirati raznim događajima. Pojam otiska upućuje na pojam rane traume, koji je detaljno razrađen u radovima psihosomatske medicine (15, 16).

U tom procesu, prema francuskim autorima koji su svoje učenje temeljili na Freudovu konceptu libida (C. Smadja), izrasta esencijalna depresija (P. Marty). Marty je za esencijalnu depresiju rekao da odražava najširu dezorganizaciju životnih principa mentalnog aparata i zbog toga psihosomatski pacijent podsjeća na živog mrtvaca, sugerirajući da tako odvojen od neizrecivog temelja svoje ličnosti takav pacijent više preživljava nego što živi. Kod esencijalne depresije dolazi do deficita primarne narcističke organizacije, što odgovara narcističkom gubitku „ja“. U tom kontekstu postavlja se pitanje što se događa u odnosima „ja“ i „nad ja“. Kod esencijalne depresije nema osjećaja krivnje. Taj osjećaj svjedok je napetosti koju „ja“ osjeća u svojim odnosima s „nad ja“. Tako esencijalna depresija pruža sliku „krize bez buke“, koja pretihodi kroničnoj depresiji karakterističnoj za psihosomatskog pacijenta. Taj proces naziva se dezobjektivizacijom, a osnovni mu je učinak povećanje sloboodne destruktivnosti unutar „ja“ (17).

Neki teorijski smjerovi naglašavaju prvorazrednu važnost traume i ranih

antitraumatskih sustava u operantnom funkcioniranju koje je karakteristično za psihosomatske bolesnike, a nosi u sebi operantno mišljenje koje nije povezano s nekom bitnom fantazmatskom aktivnošću tako što udvaja i ilustrira djelovanje, ponekad mu pretihodi, a ponekad slijedi nakon njega u ograničenom vremenskom polju. Ono postaje originalnim oblikom objektnog odnosa, a jedno od ključnih Martyjevih stajališta glasi: „Nesvjesno prima, ali ne emitira“. Time se nastavljaju teorijske hipoteze o operantnom mišljenju C. Smadje kod kojih je naglasak na naglom umrtvljavanju primarnih procesa zbog emotivnog šoka i na prekidu između nesvjesnoga i predsvjesnoga. Uspostavljanje ranih antitraumatskih sustava (preuranjena zrelost „ja“ i samosmirivanje) pridonosi očvršćivanju cenzure između nesvjesnoga i predsvjesnoga, što pridonosi stvaranju nepropusnih granica, pri čemu se predsvjesno svodi na beživotno tijelo (7).

Slično govori R. Weinryb o aleksitimiji kao procesu koji nastaje u odnosu između rane traume i objektnih relacija te objašnjava taj odnos (18).

Rane traume određuju zone fiksacije i obrambene organizacije samo zahvaljujući početnoj kvaliteti libida koji im se suprotstavlja. Tako libido organizira primarne obrane (psihosomatske ili psihičke) ovisno o vremenu nastanka

traumatskih situacija. Rane traume koje su determinirale fiksacije nisu same po sebi uspostavile jamstva protiv krhkosti strukture i eventualne progresivne dezorganizacije.

Progresivna dezorganizacija P. Martyja najčešće se događa kod pojedinca čija je opća organizacija loše strukturirana zbog libidinozne nedovoljnosti zbog koje prije ili kasnije nisu uspostavljene solidne obrane, jer skup obrambenih platformi čini njegovu strukturu i svjedoči o njegovoj libidinoznoj snazi. Čini se da su prvi sustavi na udaru najranija investicija i opća organizacija mentalnog sustava. Dezorganizacija na mentalnoj razini zapravo se najčešće izražava iznimno negativnom simptomatologijom nalik onoj koja je opisana kao esencijalna depresija. Prema tome, operantni život trajan je. Iako pokazuje određene aspekte organizacije zapravo je krhak i može se srušiti na najmanju narcističku prijetnju. Može se reći da se progresivna dezorganizacija sastoji od opće i progresivne destrukcije u kojoj se raskidanje i komadanje mentalnih funkcija pojavljuje rano i ostaje za stalno. Uloga majke neprocjenjiva je u libidinoznom razvoju djeteta, a time i u realizaciji mentalnog funkcioniranja (17).

Zbog toga su kod psihosomatskih pacijenata odnosi prema sebi i drugima te prema društvenoj stvarnosti takvi

da opravdavaju naziv „privatnog ludila“ kako je rekao A. Green. Kod tih pacijenata želja se mijenja u negativu, subjekt je lišen svoje subjektivnosti u korist podređivanja kolektivnoj psihologiji, a granice njegove psihe poremećene su u korist narasle moći dviju stranih zemalja koje ga okružuju: vanjske stvarnosti i some (19).

Osvrćući se na to, F. Aleksander kaže da je specifičan konflikt u ranom odnosu majka-dijete povezan s preciznom organskom smetnjom. Specifičnost emotivne smetnje, tvrdi Aleksander, rađa specifičnost funkcionalne organske smetnje, čak i lezije (20).

IZ MOJE KLINIČKE PRAKSE

Ana je mlada žena koja ima obitelj s dvoje djece. Završila je fakultet, kratko je radila, a zatim odustala od posla zbog gubitka energije.

Obratila mi se zbog vrlo lošeg raspoloženja, potpune adinamije, odsutnosti misli te razvijenog sindroma iritabilnog crijeva zbog kojeg je već nekoliko godina na terapiji kod gastroenterologa. Povremeno mora biti hospitalizirana zbog ozbiljne životne ugroženosti. Prve smetnje pojavile su se na početku studija i od tada se liječi kod gastroenterologa, a prvu psihoterapiju imala je prije dvije godine kad je odlazila tera-



peutu godinu i pol i odustala smatrajući da joj nema pomoći. Sad o tome misli gotovo isto, nije sigurna da će joj analiza na koju se sad odlučila na nagovor svojega gastroenterologa pomoći.

Ona nema misli, nema osjećaja, u svemu je neaktivna. Njezina je jedina sposobnost da svaki dan odlazi u trgovine i kupuje si gomilu stvari. Žali se na napadaje anksioznosti difuznog karaktera koji postaju posebno jaki kad se treba baviti djecom.

Ana je lijepa žena, adolescentica. Mirna je, gotovo povučena, ponekad mi se činila tihom, sporo je govorila i vrlo jednostavno davala informacije o sebi, koje su bile lišene afektivnog aspekta. Tek na moje insistiranje govori o svojem djetinjstvu, koje je provela kod bake i djeda, majčinih roditelja. Sjeća se da joj je baka pričala kako ju je ona oduvijek čuvala jer je mama morala raditi. Otkad se rodila mama je i bila tu i nije bila tu. Baka je s ponosom pričala o njezinim prvim danima života u kući, nakon što su ona i mama došle iz bolnice nakon Anina rođenja. Kada je Ana imala šest mjeseci, potpuno se odvojila od mame, otišavši s bakom u njezino selo, a mama i tata dolazili su da je vide, ne bas svaki vikend, a kad su otišli u inozemstvo, viđala ih je jednom na godinu. Imala je oko pet godina kad su otišli. Povremeno bi se vraćali, ali ona

nikad nije živjela s njima. Kad je krenula u srednju školu, kupili su joj stan te se preselila u veći grad na školovanje. Živjela je sama, sama se brinula o sebi. U jednom razdoblju mama i tata vratili su se kući i doselili se k njoj u stan. Bili su manje od godine dana s njom kad je došlo do velikog sukoba između nje i tate jer joj je tata zabranjivao izlaske, što je nju šokiralo, ali nije se tome suprotstavljala, samo je jedva čekala da odu. Tijekom razgovora govori sasvim racionalno, objektivno.

Nakon prvog razgovora stekla sam dojam da se iza te mirne površine u kojoj dominiraju racionalnost, objektivnost, nalazi narcistička krhkost koja se lako može prosuti, kao kantica pijeska.

Tijekom sljedećeg razdoblja Ana mi detaljno priča o svojim aktivnostima povezanim s kupnjom i svaki moj pokušaj da je uključim u analizu onoga što se događa među nama kao da ostaje lebdjeti negdje u zraku, tako da moja interpretativna aktivnost ostaje latentnom. Nastavak tretmana nesumnjivo govori o psihosomatskom pacijentu. Nema nikakvoga govora o prošlosti, nikakvih snova, nikakvog transfernog afekta, riječ je o „bijelom odnosu“, ali ipak ne sasvim lišenom zadovoljstva, s obje strane. Kako je analiza odmicala, sve se više primjećivala dimenzija depresivnosti. Stalno se osjećala umornom, neprekidno tražila neki polet koji

nije nalazila, sve joj je bilo obično, bila je bez nade i perspektive. Nije bilo čak ni misaone aktivnosti. Sva aktivnost bila je usmjerena na kupnju i ni na što drugo. Osjećala se kao da vuče vlastito tijelo. Ana nema nikakvu aktivnost mašte. U analizi se tijekom vremena pokazalo da su životni potencijali bili prisutni, ali nedostupni zbog procesnih okolnosti. To se moglo uvidjeti uspostavljanjem transfera – ta situacija dugo je trajala. Trebalo mi je neobično mnogo strpljenja da osjetim da se uspostavi transfer, prilično paučinstvo, ali ipak prisutan. Stalno sam bila pod dojmom da između nas postoji zid koji će se srušiti i to je odredilo moj kontratransfer koji je bio zasićen strahom od Anina raspada.

Ana se osjećala kao da vuče svoje tijelo u stalnoj potrazi za poletom koji ne nalazi. Prepuštena je aktivnosti povezanoj s kupnjom. Sva aktivnost usmjerena je na to, tako da je njezina misaona aktivnost obilježena konkretnošću jer se uvijek događa prema konkretnom praktičnom modusu. Ona misli samo na to kako da kupi stvari, uopće nije važno trebaju li joj ili ne, sviđaju joj li se ili ne, važno je odgovoriti na konkretan zahtjev – kupiti. Gotovo je pod prisilom da to čini svaki dan i čini to bez kontrole.

Tijekom analize Ana je povremeno imala napadaje anksioznosti s povre-

menim napadajima kolitisa. Nije pokazivala nikakve emocije prema tome, osim u jednom trenutku kad je rekla da sve to doživljava kao kaznu. Kad sam je pitala kako to može objasniti, dugo je šutjela, rasplakala se i rekla da je često imala loše misli prema roditeljima, a sad se osjeća krajnje nesposobnom majkom jer se ne zna baviti djecom. Grize je savjest, boji se kako će njezina djeca živjeti s njom takvom.

To je bilo prvi put nakon godine dana da je Ana pokazala istinsku asocijaciju, kao kod neurotičnih pacijenata. Time je prekinula linearni kontinuitet i promijenila smjer u sadržaju misli. Došavši na jednu seansu rekla je: „Dok sam dolazila, gledala sam prema nebu i primijetila sam da su prozori Vašeg kabineta najčišći u ulici“. Zatim je dugo šutjela, a onda je rekla: „Pa to mi daje nadu, jer su prozori zrcalo Vaše duše, a ako je Vaša duša čista, onda je i Vaša briga za mene iskrena.“ Malo pomalo uspjela je progovoriti o svojim strahovima povezanim s njezinim mislima, koje su se odnosile na roditelje i vršnjake, jer je i jedne i druge prezirala. Roditelje jer su je ostavili, a vršnjake jer su joj zavidjeli na tome što je ona imala stan i slobodu, a oni nisu. Voljela ih je činiti zavidnima izmišljajući cijele priče, pravila je mrežu oko njih, a onda uživala u tome kako se muče. Tako primjećujemo da iz sjećanja koje priziva izvire surovo nasilje nasuprot konfor-



mizmu koji je samo površina njezina života.

Tijekom jedne seanse rekla mi je kako joj se teško brinuti o djeci. Radije bi to prepustila mužu, tada je u procjepu između onoga što želi i onoga što osjeća. Često je ignorantski raspoložena prema djeci i gleda svaku priliku da ode. Tek kad ode osjeća olakšanje. Rekla sam joj da se na taj način vraća ponašanju svojih roditelja. Rasplakala se, dugo je jecala. Kad je odlazila sa seanse, na vratima se okrenula, pogledala me najbolnijim pogledom, zatvorila vrata i otišla. Na sljedeću seansu nije došla i nije se javila. Javila se dan poslije i rekla mi da joj je vrlo neugodno što nije došla, a nije se ni javila, ali da nije bila u stanju doći. Osjećala je svu težinu ovog svijeta. Rekla mi je da bi za sada odgodila svoje dolaske na nekoliko dana. Nije se javila sljedeća dva mjeseca, a zatim se javila rekavši da ide na more i da bi došla najesen.

U prvi mah bila sam tužna, zatim sam pokušala shvatiti zašto je Ana napustila terapiju, no to mi nikako nije polazilo za rukom. Priželjkivala sam da se vrati, ali sam i sumnjala u tu mogućnost. Na Anu bih pomislila gad god bih pogledala u prozore svojeg kabineta dok bih mu se približavala. U jednom trenutku pomislila sam kako na isti način promatram prozore kad se približavam kabinetu. Mislim da je Ana napustila

terapiju jer je stigla do kraja svojih mogućnosti da misli o sebi i drugima.

Srela sam Anu na klinici na koju odlazi zbog svoje bolesti. Bila je neraspoložena, tiha, jedva čujna. Pogled joj je bio nekako blijed i činilo mi se da odražava silovitu borbu života i smrti, koji se u njezinu unutarnjem svijetu stalno prepliće, ali nikada ne raspliće. Imala sam dojam da juri unatrag.

Razmišljala sam o Aninu napuštanju terapije. Tada mi je postalo blisko razmišljanje francuskih psihosomatičara koji kažu da će terapeut tijekom terapije možda morati otvoriti put mentalnim reprezentacijama, ma kakve bile. To je odnos koji treba otvoriti, ali i granica koju ne treba prijeći. Možda sam ja prešla tu granicu, ne dopustivši Ani da se zadrži u okvirima svojih mogućnosti, nego sam iskoristila trenutak kad je pokazala prvu istinsku asocijaciju i natjerala je da prekine linearni kontinuitet i promijeni smjer misli. Za nju je to bio prevelik napor kojem se nije mogla prepustiti.

Prošlo je ljeto, ali i jesen, i nakon novogodišnjih praznika Ana me nazvala onim istim glasom punim tuge da me pita hoću li je primiti ponovo na terapiju. Odgovorila sam joj potvrdno.

Na prvu seansu nakon stanke došla je potpuno ista, bez trunke promjene. Veselje koje sam osjećala kad je po-

zvonila prije nego što je ušla rasulo se. Ušla je žurno, zauzela mjesto na kauču i počela govoriti tonom koji je zvučao zastrašujuće. Govorila je o mužu i potrebi da ga napusti jer nije u stanju s njim imati bilo kakav odnos. On je ljut, a ona bespomoćna. Ne vrijedi mu objašnjavati, on to ne razumije. „On je zdrav, a ja sam bolesna“, rekla je Ana. Problemi sa crijevima uvijek su isti; ni bolje ni gore, na svu sreću. Govorila je to jednoličnim tonom, a ja sam polako tonula, odsutnih misli. Osjećala sam kako gubim nit, kako je nisam u stanju pratiti. U jednom trenutku Ana je rekla da bi bilo bolje da je nema. Osjećala se grozno jer je na mahove puna srdžbe, koju iskaljuje na djeci, ali i na drugima. Ne postoji nitko prema kome ima samilosti i kada o tome razmišlja, osjeća se opasnom i želi da je nema jer bi samo tako mogla razriješiti nepodnošljivu situaciju u kojoj vladaju bijes i mržnja.

U novom početku s Anom vodila sam mnogo računa o tome da započnem proces odnosa čiji razvoj s vremenom može rezultirati pojavljivanjem novih kliničkih elemenata. Sad mi je bilo lakše shvatiti vlastitu nemogućnost identifikacije te vrlo veliku narcističku krhkost. U ozračju kao da je stvoren zid koji će pasti prije nego što će puknuti, a ja sam tu da ga podupirem. To je kvarilo moju sliku terapeuta spremnog da poruši zidove i izgradi nove.

Ana je redovno dolazila na terapiju, uvijek tiha, sa zagonetnim osmjehom koji je u meni budio misao da će ipak u jednom trenutku njezina prazna depresija postati depresijom obojenom krivnjom koju nikad nije osjećala. Često sam se osjećala kao da klizim niz stijenu pokušavajući pružiti ruku nekome da me spasi, ali tog nekoga nema. Zamišljala sam Anu kako je još kao maleno dijete pružala ruku prema mami koje nije bilo i kako je s vremenom skliznula u provaliju u kojoj nema ničega, samo nevjerojatno velik prazan prostor. Shvatila sam da se kontratransferno uplicem u Anina doživljavanja i tada osjećam prazninu i nemoć. Dugo mi je trebalo da prihvatim da Ana daje to što ima i da ja time moram biti zadovoljna te raditi na tome, ma kako to bilo prazno, neuhvatljivo, bezizražajno. To me dovodilo do stanja u kojem sam se pitala što ja ovdje radim, mogu li izaći na kraj s tom prazninom i potpunom bezizražajnošću? Tijekom vremena moj se doživljaj stabilizirao, a naš odnos postao je živahnijim. Vjerujem da je na to utjecalo moje saznanje da je kod Ane prisutna nesposobnost mišljenja i da s tim moram raditi na terapiji. Odzvanjalo mi je često „strpljenje, strpljenje“. Da, analitičar se mora naoružati posebnim strpljenjem, koje je sasvim drugačije od strpljenja u radu s neurotičnim pacijentima, u kojem je strpljenje aktivno, životno, a



u radu sa psihosomatskim pacijentom obavijeno je težinom samo negativnih osjećaja, više mrtvim nego živim, a to stvara nevjerojatnu težinu u vlastitim mislima. Dok sam se na početku ponovne terapije osjećala izmučenom, sad se osjećam prilično živahnom i presretna sam kad na seansi dobijem djelić života, to mi daje nadu da nije sve izgubljeno, da će Ana putem terapije sigurno dobiti prostor u kojem će moći vidjeti da život postoji, ali znam da ga neće uzeti, on će uvijek ostati kao slika koja ne postaje stvarnost. Kako su se tijekom terapije prorijedili njezini napadaji kolitisa, vjerujem da je Ana dostigla razinu s koje može vidjeti da život postoji, iako je dalek. Važno je da zna da on postoji jer će putem tog mehanizma prihvaćanja stvarnosti i djelomičnog odustajanja od svoje praznine Ana opstati u svojoj novoj stvarnosti koju zajedno gradimo. Gotovo je nemoguće da ljudsko biće bude toliko ravnodušno i osiromašeno kao što to njegov način života sugerira. Zato se držim otočića koji sugeriraju da ipak nije sve tako beživotno kako se čini, trudim se pronaći zrake svjetlosti koje će Anu možda dovesti do kvalitetnijeg života. Činim to tako da iskorištavan svaku priliku da uključim Anu u analizu onoga što se događa između nas, da uspostavim identifikacijski proces koji će možda dovesti do tog željenog kretanja prema životu. Povremeno imam

dojam da za nju predstavljam dobro investirani objekt. To me uvijek ohrabruje da idem s njom naprijed.

U posljednje vrijeme dogodio se znatan pomak jer je Ana počela iznositi sjećanja na svoju prošlost koja nisu puko prepričavanje konkretnih događaja, nego su obojena njezinim asocijacijama koje su na mahove vrlo živahne. Recimo, sjeća se da se kad je kao dijete živjela kod bake voljela igrati sama ispod jednog drveta. Često bi joj se u toj igri pridružio djed, kojeg je jako voljela jer je bio duhovit i volio ju je nasmijavati. Njoj je to činilo zadovoljstvo, ali odmah se vratila u stvarnost te rekla da ona nije kao njezin djed te da svojoj deci nema što darovati, nema smijeha, nema humora, nema ništa. Bježi od njih jer se suočava s praznim odnosom i svaki put kad joj se približe, ona pobjesni jer ne zna što će s tim. Dok o tome govori osjeća se strašno, oči su joj pune suza, tijelom pokazuje kako joj je teško. Stavila je ruke na grudi, skupila se na kauču i jecala. Nakon takvih izljeva emocija dolazi tužnija i započinje priču tamo gdje je stala zadnji put. Osim živahnih asocijacija na prošlost, prepričava snove kojih se sjeća. Oni su uvijek povezani sa sjećanjima iz prošlosti. Sanjala je baku koja je hrani; na taj san asocijala su je sjećanja povezana s hranom. Kao maleno dijete često bi odbijala hranu, baku je to ljutilo, ali ona je bila uporna u tome. Kad je pora-

sla, uvijek se mrštila kad bi joj se donijela hrana, koju je i htjela i nije htjela, često bi demonstrativno otišla od stola. Baka bi je jurila i nju je to zabavljalo; najviše bi je zabavljala činjenica da je baka očajna i da je očajnički pokušava namoliti da jede. Taj persekutorni aspekt stalno je prisutan i vrlo izražen u njezinim odnosima s drugima. Teško ga podnosi, posebno kad je usmjeren prema djeci, ali kod nje stvarnost uvijek ima jedno lice, nema krivudanja, oklijevanja, istraživanja. Kad se suoči s time, postaje očajnom, ali bez unutarnje investicije želje za promjenom. Ustvari ona nema stvarnu želju. Objektivnost i racionalnost ono su što joj je poznato, ili nešto jest ili nešto nije.

Na kraju, kad razmišljam o Ani, neprestano mi se nameću misli postoji li mogućnost transformacije nagonске energije osim pada u somatsko polje. Zasad sam bez odgovora, ili mi je teško prihvatiti da je nemoguće učiniti taj skok neurotičnog pacijenta u zdravlje.

ZAKLJUČAK

Ana je dugo bolovala od sindroma iritabilnog crijeva i godinama se liječila kod gastroenterologa. Oskudica imaginativnog života bila je tako jasna i toliko prisutna u svakom trenutku da je u meni budila s jedne strane strepnju, a s druge želju da joj pomognem

popuniti taj prostor. Bilo mi ju je teško promatrati onako kako istraživači psihosomatskih poremećaja promatraju psihosomatskog pacijenta, govoreći da je njihov libido posve istrošen te da su oni više mrtvi nego živi. U radu s Anom otkrila sam da on ipak postoji, negdje duboko između nagona života i smrti, jer se tijekom vremena putem analize uspostavio kakav-takav odnos koji svakako ima libidinozan karakter, ali to je možda i točka u koju se analitičar može zapetljati vjerujući da je moguće stvoriti isti odnos kao s neurotičnim pacijentima, ali svaki put kad to pokuša, osvijesti u sebi poražavajuću činjenicu da to nije moguće. To ipak pokazuje da su životni potencijali bili prisutni, ali nedostupni zbog procesnih okolnosti. Također, oni nisu sasvim odsječeni od nespješnoga, nego se samo na distanci od onoga što je ostalo sterilno i nepokretno čine slijepima za nespješno.

Zaglavljena u aktualnosti, pri pokušaju da se vrati u prošlost i projicira je na budućnost, transformirala se u djeliće sadašnjosti koja predstavlja usku granicu njezine mogućnosti širenja i priopćavanja. To nam potvrđuje činjenicu da je Ana bila spremna samo za površne identifikacije, a da njezino „nad ja“ koje je tijekom razvoja ostalo neintegrirano ne može preuzeti ulogu reparacije. Lišena libidinozne vrijednosti, bez dopuštenja za pokazivanje



agresivnosti, više je trpjela stvarnost nego što ju je doživljavala. Može se reći da se tijekom analize dogodila sekundarna libidinozna reinvesticija koja se ogledala u vrlo površnom prihvaćanju ovisnosti o majčinskoj brizi. Ana je redovito dolazila na terapiju i uspostavila sa mnom određen „bijeli odnos“ za koji su postojale šanse da će biti zamijenjen aktivnijim odnosom. Ta promjena uzrokovala je prorjeđivanje napadaja kolitisa i smanjenje njihova intenziteta. No prvi simptomi pojavili su se prije više od deset godina, a snažne težnje za primanjem i zadržavanjem zamijenjene su prazninom u kojoj dinamika želje primanja i zadržavanja ustupa mjesto samo vanjskim interesima – kupnji stvari, kao jedinoj mogućoj za-

mjeni za izostalu težnju. Ana nije bila u stanju uspostaviti aktivniji odnos s analitičarem iako su za to postojali nagovještaji zbog toga što su oporavci njezina libida trajali kratko, a libido je u velikoj mjeri bio uronjen u vrijeme i gotovo progutan.

Nakon stanke i sad na terapiji Ana dolazi do svojih granica preko kojih ne može. Granice su ispisane sve rjeđim hospitalizacijama, a kupnju stvari svela je na minimum. Odnos prema mužu i djeci kvalitetniji je. Pokušava uspostaviti kakav-takav odnos s njima, trudi se da bude prisutna te da sudjeluje u komunikaciji, što se pozitivno odrazilo na rast i razvoj djece, a i muž je odustao od toga da se od nje razvede.

LITERATURA

1. Freud S. Mourning and Melancholia. SE XIV; 1915.
2. Winnicott D. Further Thoughts on Babies as Persons. 1947. U: *The Child, the family and the Outside World*. London: Penguin; 1964.
3. Freud S. Formulation on Two Principles of Mental Functioning, SE XII; 1911.
4. Klein M. Notes on Some Shizoid Mechanisms. *The Writings of M. Klein, Vol. III*. 1946. London: Hogarth Press; 1975.
5. Winnicott D. *Playing and Reality*. London: Tavistock; 1975.
6. Marty P. A Major Process of Somatization: The Progressive Desorganization. U: *Int. J. Psychoanalysis*. 1968;49:246-249.
7. Smadja C. *The psychosomatic paradox: Psychoanalytical studies*. London: Free Association Books; 2005.
8. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. U: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1973;22:255-62.
9. Krystal H. Integration And Self Healing: Affect-Trauma-Alexithymia. U: *Psychoanalytic Review*. 1995;82:644-647.
10. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. SE XVII; 1920.

11. Freud S. Tree Essays on the Theory of Sexuality. SE VII; 1905.
12. Freud S. On Narcissism. SE XIV; 1914.
13. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. SE XX; 1926.
14. Green A. Attachment and Psychopathology, ur. Atkinson L i Zucker VJ. New York: The Guilford Press. 1997.
15. Marty P, Servadio E. Discussion at The Therapeutic Process and its Analysis. A Recent Line of Thought and its Current implication. U: Int. J. Psychoanalysis. 1970;51:195-209.
16. Aisenstein M, Smadja C. Conceptual framework the Paris Psychosomatic School: A Clinical psychoanalytic approach to oncology. U: Int. J. of Psych. 2010;91:621-640.
17. Marty P. The psychosomatic order: Individual life and death motions, vol. 2. Disorganization and regressions. Paris: Payot; 1980.
18. Weinryb R. Alexithymia: Old Wine in New Bottles? U: Psychoanalysis and Contemporary Thought. 1995;18:159-195.
19. Green A. The work of the negative. London: Free Association Books; 1999.
20. Aleksandar F. Psychosomatic medicine: its Principles and Applications. New York: Norton; 1950