

KRIVNJA I OSJEĆAJI KRIVNJE U ANALITIČKOM RADU

/ GUILT AND THE FEELING OF GUILT IN ANALYTICAL WORK

Pavel Fonda

psihoanalitičar, član IPA

/ psychoanalyst, IPA member

Priča o krivnji počinje s Adamom i Evom i prati čovjeka u svim vremenima i kulturama budući da je riječ o jednom od osnovnih mehanizama, kako individualnog tako i grupnog psihizma i temelj je društva, vjere i morala. Razgraničenje između dopuštenoga i nedopuštenoga prožima sve ljudske djelatnosti pa tako i psihoterapeutovu.

U povijesti kultura i religija nekako je i nagoviješteno to što danas nazivamo transgeneracijskim prijenosom krivnje, kad neprorađeni osjećaji krivnje prelaze iz jednog naraštaja u drugi.

Tema krivnje, dakle, prilično je opširna i moram ograničiti svoje objašnjavanje. Odabrao sam ne govoriti o osjećajima krivnje kod pacijenata, nego o pogreškama koje čine terapeuti, o našim krivnjama i osjećajima krivnje.

A – Najprije ću s teorijskog vidika usput spomenuti dva bitna prijelaza na kojima se temelji razvoj osjećaja krivnje.

B – Zatim ću navesti nekoliko misli o tome kako pogreške mogu prerasti u krivnju.

C – Zaustavit ću se na analitičkom *settingu* jer je to skup pravila koja svaki terapeut najviše njeguje kao preduvjet za uspješan analitički rad. Upravo u *settingu* najčešće se čine pogreške, a ponekad se događa i kršenje etičkog kodeksa. Zato ćemo promotriti bitne elemente *settinga* i s njim povezane moguće pogreške.

D – Na kraju ću još objasniti kako neki nesvjesni osjećaji krivnje terapeuta mogu utjecati na analitički rad.

Izraz „psihoterapija“ više upotrebljavam misleći na psihoanalitičku psihoterapiju nego na psihoanalizu. Također, pod izrazom „terapeut“ uglavnom mislim na psihoanalitičkog psihoterapeuta, a ne na psihoanalitičara.

A – OSJEĆAJI KRIVNJE U PSIHOANALITIČKOJ TEORIJI

Freud je u radu „Totem i tabu“ (1913.) (1) putem Edipova kompleksa krivnju povezao s dvama ključnim zločinima čovječanstva: ubojstvom i incestom. U radu „Ego i Id“ (1923.) (2) opisao je kako



se u djetinjstvu, oko pete godine, strukturira edipovski superego koji se temelji na razrješenju Edipova kompleksa kad dijete introjicira sliku voljenog oca i identificira se s njom i njegovim zabranama te potisne želju da ga ubije i time si prisvoji majku. Kasnije je u djelu „Civilizacija i njezino nezadovoljstvo“ (1930.) pisao o primarnoj mržnji među ljudima koja stalno ugrožava preživljavanje društva (3). Pojedinaac i društvo brane se od opasnosti destruktivnosti osjećajem krivnje. Krivnja tako postaje jamcem civilizacije.

Melanie Klein (1935.) postavila je u proučavanju ranih faza razvoja zametke superega čak u peti mjesec života. Superego počinje preusmjeravati dio agresivnosti na ego i tako ga zaustavlja u iskazivanju agresivnosti prema objektima. Usporedo s time, težište psihičkih događanja počinje se pomicati od narcističkog egocentrizma (koji označuje paranoidno-shizoidnu poziciju) prema depresivnoj poziciji u kojoj su ključni odnos i briga za objekt, to jest za nešto što je izvan sebe. Kad dijete napada objekt, nastaju prvi osjećaji krivnje (4). Tada počinju koegzistirati dvije verzije superega: rigidan i persecutorni superego paranoidno-shizoidne pozicije i uvijek jači reparativni superego depresivne pozicije. Razvijaju se u smjeru integracije u zreli superego koji će postupno uključiti i interioriziranu edipovsku figuru oca. Superego

će tako postati vodiljom u moralnom i društvenom životu.

Melanie Klein u biti je razjasnila rani, prededipovski superego i time nadopunila Freudov zreliji edipovski superego koji se temelji na introjkciji figure oca (zapravo i majke). To su dva ključna elementa u razvoju superega i osjećaja krivnje (1-4).

Freud je učinak nesvjesnih osjećaja krivnje povezivao prije svega sa samokažnjavanjem, mazohizmom, nesvjesnim traženjem neuspjeha, delikvencijom zbog traženja kazne itd. (1-3.)

Kad subjekt prijeđe granicu dopuštenoga i nedopuštenoga, superego – unutarnji sudac – kazni ga bolnim osjećajima krivnje jer mu prijeti da će postati nevrjednim ljubavi, dakle odbačenim i usamljenim. Idealni ego ona je unutarnja slika koja, ako joj se subjekt prilagodi, bogato nagrađuje narcističkim zadovoljstvom i ljubavlju objekata. Superego nam govori što ne smijemo, a ego što da činimo.

To se nekako podudara s tradicionalnim vjerskim učenjem da je glas savjesti pounutrenje figure „boga koji nagrađuje dobro, a kažnjava zlo“. Doprinos psihoanalize prije svega je u otkriću nesvjesne dimenzije takva psihičkog djelovanja.

Osjećaj krivnje izraz je sukoba između ega i superega. A sukob između ega i

idealnog ega budi osjećaje koji su bliži sramu. Sve su te strukture, uključujući osjećaje krivnje, dijelom svjesne, a dijelom nesvjesne.

U prvim desetljećima psihoanalitičari su pridavali veliku važnost razotkrivanju i interpretiranju edipovskog superega kako bi „omekšali“ i oslobodili čovjeka od pretjeranih nesvjesnih osjećaja krivnje. Danas se takav superego više ne smatra toliko zastrašujućim jer se mnogo toga promijenilo u društvenoj strukturi i često se spominje upravo suprotno: nedostatak odgovarajuće i zdrave funkcije edipovskog superega. Razdoblje očeva – patrijarha davno je prošlo. Analitičari se danas znatno više bave primitivnim prededipovskim superegom koji svojom krutošću i agresivnošću često stvara uvjete za teške depresije i poremećaje ponašanja.

Svakako postoji razlika između oslobađajućeg otkrića da su neke krivnje tek plod nesvjesnih fantazija pa se rasplinu kad postanu svjesnima i konkretnih realnih krivnji kod kojih treba pronaći najpodnošljiviji način suživota. Uloga psihoterapeuta u tim je dvama slučajevima vrlo različita.

Tonia Cancrini (2007.) piše da u ljudskoj psihi na području gdje je pohranjena neprorađena krivnja ostaje „tamna, zastrašujuća jezgra, nedokučiva i

uznemirujuća krivnja, izvan vremena i prostora, koja uništava emocionalno doživljavanje i razgrađuje um. Ako uspijemo, dovedemo je u vrijeme i prostor, možemo o njoj misliti, suočiti se s njom i možemo je podijeliti.“ Bitno je da se traumatičnost krivnje može podijeliti s nekim i kontejnirati kako bi se razvijala u smjeru opraštanja krivnje (5).

Na području objektivnog i konkretnog upotrebljavat ću izraz „pogreška“ koji se odnosi na postupanje koje nije u skladu s određenim ciljem ili pravilom, a izrazom „krivnja“ označit ću pogrešku koja prerasta u krivnju ako uzrokuje štetu zbog nemara, nečinjenja nekih postupaka, nepažljivosti, nedostatka znanja (koje bi činitelj trebao imati), nepoštovanja pravila etike, zakona i propisa.

Na području subjektivnoga postoji osjećaj krivnje koji može proizlaziti iz objektivne pogreške ili samo iz fantazije ili nesvjesne fantazije.

Svjesni osjećaji krivnje obično prate konkretnu, realnu krivnju. Nesvjesni osjećaji krivnje proizlaze iz nesvjesnih fantazija te mogu postojati i ako im ne pripada nikakva realna krivnja. Možemo naići i na odsutnost osjećaja krivnje tamo gdje bi se uz realnu krivnju trebali pojaviti. Tu je riječ o rascjepu ličnosti i negaciji djelovanja superega ili o njegovoj patologiji, na što ću



se osvrnuti u objašnjenju narcističke i perversne patologije.

Psihoterapija je vrlo osjetljiv i važan odnos u koji se pacijent duboko upleće i u kojem izlaže mnoge intimne dijelove svoje ličnosti te u koji ulaže mnogo truda i novca. U takvim su okolnostima terapeutove pogreške vrlo bolne, a pacijentu mogu nanijeti i štetu. Ipak, pogreške su i neizbježne jer terapeut ne može biti nepogrešiv. Kako se nositi s tim?

Kad je riječ o liječnicima, učiteljima, svećenicima, psihoterapeutima, analitičarima, dakle, onima kojima povjeravamo ono što nam je najdragocjenije i najintimnije, svi bismo voljeli da se u tim zvanjima ne čine pogreške. Pa ipak, svi mi u svojem radu neizbježno činimo pogreške. Psihoanalitičar sa svim svojim ljudskim slabostima i nedostacima te ograničenim sredstvima kojima raspolaže ne može biti nepogrešiv.

Postoje nedužne, „svakodnevne“ pogreške. U radu naše osnovno raspoloženje nije uvijek jednako, naša produktivnost ne može biti sasvim konstantna, ne shvaćamo uvijek jednako bistro i brzo što se događa na seansi iako se trudimo da bi to sve bilo tako. Postoji neka varijabilnost koja je u određenim granicama realna, nei-

zbježna i, dakle, prihvatljiva. Činjenica je također da ni približno ne znamo sve, nego tražimo, pokušavamo, pa i griješimo. Poput gorskog vodiča smo, koji prati pacijenta po nepoznatom bespuću i nerijetko odabere smjer koji se nakon nekoliko metara pokaže pogrešnim te se treba vratiti. To je područje normalnog terapeuta traženja puta u mraku pacijentova nesvjesnog. Postoji, dakle, područje svakodnevnog rada u kojem se neizbježno krećemo među pogreškama koje su dio dijalektike terapeutskeg rada, između poznatog i nepoznatog, razumljivog i nerazumljivog. Pokušaji su ponekad pogrešni, no na njima učimo, kao što piše Patrick Casament u svojoj knjizi „Learning from the Patient“ (6).

Pacijent na sve to može ponekad i emocionalno burno reagirati, no u dubini uglavnom ima razumijevanja (naravno, ako odnos između pogrešnih i točnih interpretacija nije odviše na štetu potonjih) i cijeni ako terapeut prizna svoje pogreške te ne ustraje na njima.

Robert Langs opisuje kako je pacijent izvrstan terapeutov supervizor jer, ako pravilno tumačimo njegove nesvjesne poruke, pronalazimo u njegovim riječima i reakcijama upozorenje na pogreške koje smo učinili na prethodnim seansama (7).

Primjer:

Na kraju seanse predlažem pacijentu promjenu termina jedne od seansi u tjednu i on to prihvaća. Tijekom sljedeće seanse govori o tome kako je njegov susjed „sasvim lud“ zato što zahtijeva da pacijent ne uključuje stroj za pranje rublja u vrijeme ručka jer mu to smeta, nego u neko drugo vrijeme.

Pacijent mi time nesvjesno poručuje kako je i mala promjena rasporeda, dakle jedne od temeljnih konstanti analize, stvorila u njemu gotovo psihotičnu anksioznost koju je morao odmah projicirati na susjeda – mene kako bi je se oslobodio. Na seansu je donosi zamaskiranu kako bih je ja kontejnirao, kako bi mi dao do znanja koliko je osjetljiv i da to nisam dovoljno uzeo u obzir kad sam predložio promjenu rasporeda.

Možemo parafrazirati Winnicotta i reći da kao što dijete ne treba savršenu majku, tako ni pacijentu nije potreban savršen i nepogrešiv terapeut, nego samo „dovoljno dobar“.

To znači da nema smisla u žarište pozornosti stavljati brigu za nemogućim „savršenstvom“ jer to skreće pozornost s mnogo važnije, iako nejasne, granice između prihvatljivih „svakodnevnih“ pogrešaka i neprihvatljivih prekršaja.

Roditelj ponekad pogriješi – kad ne razumije dijete, kad je zbog umora

razdražljiv ili slično. Zbog toga se ne treba osjećati krivim jer je to dio normalnog života i neće ostaviti posljedice na dijete. No to ne znači da smije dijete tući ili seksualno zlostavljati. Jednako vrijedi i za terapeuta: on nije i ne može biti nepogrešiv, ali mora ostati na razini „dovoljno dobroga“, „svakodnevnih“ pogreške prihvatljive su, ali teži prekršaji nisu. Postoje granice preko kojih nikako ne smijemo prijeći.

Primjer:

Terapeut promijeni termin seanse i misli da je o tome obavijestio pacijenta, no nije to učinio. To utječe izrazito negativno na njihov odnos i za terapeuta se banalna pogreška pretvara u pravu krivnju ako je ne prizna i ustraje pri nekom za njega ugodnom objašnjenju. Kod takve pogreške terapeut ima još jednu mogućnost „popravka“, i to ako u svojem kontratransferu uspije otkriti mogući uzrok pogreške i iz toga izvući (ali ne na silu) za terapiju koristan pacijentov sadržaj koji je pridonio nastanku pogreške putem projektivne identifikacije.

Pitanje je, dakle, kako ocijeniti pogreške. Gabbard u proučavanju kršenja *settinga* razlikuje „prekoračenje granica“ (što je više od „svakodnevnih“ pogreške) i teže „rušenje granica“. Razlika nije samo u objektivnoj dimenziji prekršaja nego u posljedicama na pacijentov unutarnji svijet (8).



Koje su, dakle, pogreške dio normalne prakse, koje pogreške prelaze u krivnje zbog kojih se terapeut treba osjećati odgovornim i kad to prerasta u kršenje profesionalnog kodeksa etike ili čak državnih zakona?

Banalni primjer: pogreška je ako terapeut zakasni na seansu; krivnja je ako češće kasni; ako se to događa redovito, to je već etički prekršaj (jer poništava učinak terapije); ako pak naplati seansu na koju je većim dijelom zakasnio, to je već zakonski prekršaj jer je riječ o nezakonitom prisvajanju novca.

C – ANALITIČKI *SETTING* KAO POLAZNA TOČKA

Spomenut ću neke temeljne elemente *settinga* jer je na tom području terapeut najmanje izložen pogreškama, krivnjama ili čak kršenju etičkog kodeksa.

Kad govorimo o *settingu*, moramo biti svjesni toga da se bilo koji odnos između ljudskih bića uspostavlja samo na temelju nekog zajedničkog cilja koji je povezan sa zadovoljenjem određenih potreba. Odnos traje dok postoji zajednički cilj. Kad je cilj postignut ili ako se ispostavi da ga nije moguće postići, odnos se obično prekine.

Ono što nas zanima činjenica je da u svakom odnosu postavljamo određena pravila (*setting*) koja su najprimjereni-

ja da uz najveću vjerojatnost dvoje ljudi (ili grupa) postigne dogovoreni cilj i spriječi otklon prema drugim ciljevima koji nisu u skladu s osnovnim.

Grupna kultura nudi nam mnogo shema i pravila (*settinga*) koji prilično točno uređuju različite odnose (između prijatelja, bračnih partnera, roditelja i djece, učitelja i učenika, svećenika i vjernika, liječnika i bolesnika i, naravno, između psihoterapeuta i pacijenta). Ta pravila odražavaju ciljeve tih odnosa i u skladu su s njima.

Pacijent se susreće sa psihoterapeutom da bi uz njegovu stručnu pomoć poboljšao svoje stanje, odnosno premostio poteškoće zbog kojih ga je potražio. Ostvarenje tog cilja postaje zajedničkim programom analitičkog dvojca i za taj je cilj analitički *setting* najprimjereniji oblik odnosa. Nije, dakle, riječ o nekim ezoteričnim pravilima koja su izmislili analitičari, nego jednostavno o skupu uvjeta koji najbolje odgovaraju postizanju cilja.

Kad je Freud genijalno osmislio *setting*, stvorio je uvjet za istraživanje nesvjesnoga i istodobno instrument za analitičku terapiju. Analitičaru je *setting* bio otprilike ono što je kirurgu operacijska dvorana. Danas *settingu* pridajemo ulogu koja je znatno šira i dublja od one u Freudovo vrijeme. No svakako je to jedan od osnovnih instrumenata analitičareva rada. Zato je izrazito bitna

odgovornost za to da to sredstvo bude u najboljem stanju i učinkovito.

Tijekom svojeg rada terapeut postupno introjicira *setting* i postaje sve osjetljivijim za sve što narušava učinkovitost terapijske situacije. Iskusnom terapeutu narušavanje *settinga* ono je što je glazbeniku pogrešna nota na koncertu. Razbija se harmonija dijalektike između pojave nesvjesnih sadržaja, terapeutova empatičnog shvaćanja i interpretiranja. Odnos između pacijenta i terapijske okoline postaje mutnim i neharmoničnim.

Pogledajmo nekoliko sastavnica *settinga* kako bismo mogli bolje definirati neke s njima povezane pogreške.

Na početku svoje vrlo zanimljive knjige „Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis“ Glen Gabbard citira englesku pjesnikinju Dinah Mariju Craik koja je 1859. godine napisala otprilike sljedeće:

„O, utjeha, neopisiva utjeha kad se s nekim osjećaš sigurnom, ne važeš misli, ne paziš na riječi, nego samo dopuštaš da izlaze na površinu onakve kakve jesu, korov i zrnje zajedno; i vjeruješ da će ih sigurna ruka skupiti i prosijati, zadržati ono što valja zadržati i zatim ljubaznim dahom otpuhnuti ostatak.“ (8).

Mogli bismo reći da je to blizu same biti psihoanalitičkog odnosa. Pogreška

i krivnja terapeuta već su ako ne nudi to temeljno ozračje sigurnosti i povjerenja, ako ga odgovarajuće ne štiti ili ga čak narušava. Tako je ako terapeut nije dovoljno empatičan ili je čak nametljiv i ne poštuje pacijentovu autonomiju i individualnost. *Setting* štiti ozračje u kojem se može u optimalnim uvjetima razvijati ono što je pacijentu potrebno i što se nekako podudara sa psihoanalitičkim procesom.

Redovit slijed seansa u okviru *settinga* počinje u dubini pacijenta stvarati osjećaj kontinuiteta i stabilnosti. Sve više aspekata odnosa i *settinga* prelazi u „razumljivo samo po sebi i bez potrebe da se o tome misli“ što stvara pozadinu, temelj na kojem će se razvijati odnos. Taj temeljni odnos sličan je odnosu s „majkom – okolinom“, a na njemu se onda može razvijati odnos s „majkom – objektom“ (Winnicott) u kojem će biti moguće ponovo doživljavati primarne objektivne odnose (9).

Terapeut koji je neredovit, prečesto mijenja raspored ili čak kasni (da ne spominjemo ako se tijekom seanse javlja na telefon) ruši kontinuitet i stabilnost. Ruši ih i ako njegovo emocionalno stanje oscilira i nije dovoljno predvidljivo za pacijenta.

Duboko povjerenje koje je suštinsko za odnos temelji se na više pravila, možda i na svima. Neka su u analitičkom



odnosu implicitna i o njima se ne govori u početnom ugovoru jer se tiču terapeuta. To se odnosi na neutralnost koju danas shvaćamo više kao nena-metljivost, a nikako kao neosjetljivost. Suzdržanost je u tome da terapeut ne ulazi u agiranje. Anonimnost se odnosi na potrebu da terapeutov život ne ulazi u analitički odnos.

Nekoliko primjera:

- Terapeut pita pacijenta za savjet na području kojim se pacijent profesionalno bavi. Ili terapeut pacijentu nudi informacije o tome kako se nekamo putuje. Sve to pacijenti doživljavaju ambivalentno: s jedne strane može ih razveseliti, no dublje im jako smeta jer i oni imaju dobar sluh i čuju da je odigrana pogrešna nota i koncert – seansa (koju plaćaju) je pokvaren.
- Terapeut savjetuje svojoj pacijentici da sa suprugom ide na savjetovanje za parove. Problem je u tome što je terapeutkinja koju preporučuje njegova supruga. Pacijentici to jako smeta jer ima osjećaj da joj terapeut nameće susret sa svojom suprugom i ne vodi računa o pacijentičnoj osjetljivosti i potrebi da njegova supruga za nju ostane bijeli ekran na koji može neometano projicirati svoje fantazije.
- Prekršaj je *settinga* i ako na terapiji primimo nekoga tko je blizak na-

šem krugu poznanika. Podjednako je ometajuće i nekorektno na terapiju uz pacijenta primiti nekoga iz njegova kruga, npr. prijatelja, bližeg kolegu ili čak člana obitelji (težak prekršaj).

- Problem trening-analiza u kojima se kandidati na analizi kod istog analitičara međusobno poznaju nikad nije zadovoljavajuće riješen. Isto tako, ponekad se kandidati susreću sa svojim analitičarima na nekim seminarima ili kongresima, unatoč težnji da se to ograniči. To smeta kao da upalimo svjetlo u kinodvorani: projicirane transferne slike blijede i kasnije ih teško razlučimo. Takvim složenim situacijamaiskusni trening-analitičari trebali bi bolje vladati, no nije uvijek tako. Poznato nam je kako su u povijesti psihoanalize nezadovoljavajuće razriješeni transferi utjecali na sastav suprotnih teorijskih grupa ili čak grupa na vlasti.

Od temeljne je važnosti u odnosu terapeutovo osnovno ljudsko i profesionalno etično držanje koje nema nikakve veze s nekim štetnim moralizmom. Riječ je o prirodnoj privrženosti istini (i otklanjanju laganja), dubokom poštovanju pacijenta kao osobe (i otklanjanju bilo kakve manipulacije). U to uključujemo i rezerviranost i poštovanje profesionalne tajne, iskrenu brigu za pacijentovu dobrobit, poštovanje tera-

peutskog ugovora i izbjegavanje svega što bi moglo štetiti terapiji.

Setting uključuje i dogovor o cijeni i plaćanju seansa. To je osjetljivo područje o kojem se premalo govori, a mnogo šuška. Čini se da u nekim slučajevima prevladava nekakva divlja tržišna ekonomija bez pravih zakonitosti i bez odgovarajuće zaštite pacijenata. Ako se terapeut u tome pokaže nedosljednim, nekorektnim ili čak grabežljivim, može sasvim prokockati pacijentovo povjerenje. Znatno i neutemeljeno povećanje cijene seansa kad je pacijent već dulje na terapiji i razvio je određenu ovisnost iznimno je težak prekršaj. Ako pacijent nakon takvih i sličnih nekorektnosti ne prekine terapiju, slijedi odnos u kojem se pacijent trudi i uvjerava se da jednostavno treba iskoristiti terapiju iako terapeutu ne vjeruje i ne smatra ga sasvim poštenim, a to nikamo ne vodi.

Nakon novca o ljubavi! Slijed nije slučajan. U kojoj je mjeri psihoterapijski odnos umjetan odnos u kojem tek tehnički upravljamo određenim fenomenima, a u kojoj je mjeri to živ, topao ljudski odnos?

Terapeut treba održavati iskren i ljudski interes za pacijenta kao osobu. Ako to prema nekom pacijentu ne može osjećati, bolje je da ga ne uzima na psihoterapiju. Ako pak to ne osjeća

prema većem broju pacijenata, bolje je da ponovo započne analizirati sebe. Kako bi pacijent uopće mogao imati povjerenja u neljudski hladnog terapeuta kad su svi ljudski odnosi emocionalno obojeni?

Pitanje je, dakle, što terapeut mora osjećati prema pacijentu, što smije i što neizbježno osjeća. Kako su osjećaji terapeuta usklađeni sa *settingom* i kako da njima upravlja? O toj složenoj temi izrazit ću tek nekoliko osnovnih misli.

Prije svega treba naglasiti da nema prostora za neautentičnost. Terapeut koji glumi ili se pretvara tek je karikatura i ne može biti uspješan. Terapeut neizbježno osjeća bilo ljubav, bilo mržnju (10). Moramo računati s tim da, čak i kad terapeut ne izražava svoje osjećaje, pacijent kontratransferno, svjesno ili nesvjesno, ipak mnogo toga shvati. Iznimno, terapeut u određenoj mjeri izražava neki svoj osjećaj što je vrlo osjetljiv problem (Jogan je 2014. o tome objavio članak na web-stranici Talijanskog psihoanalitičkog društva) (11).

Jasno je da terapeut u odnos s pacijentom ne smije unositi osjećaje koji proizlaze iz situacija izvan terapijskog odnosa. A za osjećaje koji nastaju na seansama terapeutu najprije treba biti jasno odakle izvire, ne smije ih agirati, mora ih primjereno usklađivati na



„blizu-daleko“ i diskretno ih izražavati samo kad to može koristiti pacijentu i analitičkom procesu. Obično je riječ o izražavanju kontratransfera za koji smatramo da proizlazi iz pacijentovih projektivnih identifikacija.

Primjer:

T (*nakon duge pacijentičine šutnje*): „Što osjećate?“

P: „Ništa, mirna sam, sve je u redu.“

T: „A ja u sebi sad osjećam neku nemoć i ljutnju. Možda bismo mogli zajedno pokušati razumjeti nije li to barem dijelom i vaša ljutnja koju nesvjesno prelijevate u mene kako biste se mogli osjećati mirnom i u redu? Možda ćemo onda lakše razumjeti odakle dolazi ta vaša ljutnja?“

Da se terapeut toga istoga dana naljutio na kćer koja mu je odgovarala upornom šutnjom što je njega razbjesnilo, bilo bi bolje da pacijentici ništa ne kaže jer bi teško razlučio ljutnju koja se u njega prelijeva od pacijentice od one kojom ga je napunila kći.

Ako je terapeut hladan i emocionalno nepristupačan, pacijent će stalno napeto tražiti neke znakove, dodirne emocionalne točke za uspostavljanje odnosa. U takvom stanju riskiramo rascjep između praznog verbalno-racionalnog govorenja s jedne strane i „ni-

jeme simbioze“ s druge. Takav terapeut u biti nameće svoj narcistički transfer.

U suprotnom slučaju, kad u terapeutu nastaju intenzivni osjećaji i previše odgovara na pacijentova emocionalna očekivanja, može doći do prevelike blizine – nediferenciranosti. U takvim slučajevima pacijent se ponekad sigurno izmakne i prekine terapiju ili terapeutski dvojac riskira agiranje. Čovjekova sposobnost za nadgradnju konkretnog mišljenja simboličnim nije, naime, nikada trajno postignuta nego stalno oscilira. Intenzivne emocije otežavaju ili onemogućuju simboličnu razinu i uzrokuju regresiju na konkretno mišljenje i agiranje. To se češće događa u pacijentu, no ni terapeut nije na to imun pa granice koje postavlja *setting* štite i njega.

Zato za vrijeme analize postoji opasnost da se izbriše udaljenost između razine transfera i razine realnog odnosa. Normalno je da se ta opasnost pojavljuje, no uloga je terapeuta da je toga svjestan i da održava ili ponovo uspostavi svoju analitičku poziciju ako se na trenutak poljuljala. To znači da pacijentu ne može biti otac, majka ili ljubavnik, nego da samo u pacijentovim fantazijama (Winnicott bi rekao „u igri“) može preuzeti ulogu „kao da je“ nekad jedno, nekad drugo i nekad treće (9).

Pogreška je, dakle, terapeuta ako se pod utjecajem svojih nesvjesnih po-

treba preda pacijentovu zahtjevu da mu „za stvarno“ bude, primjerice, otac (i to bolji od onoga kakvog je imao) i time konkretno zadovolji pacijentova očekivanja koja su cijeli njegov život bila neispunjena. Analitički prostor zatvara se, terapeut sklizne u konkretnost, agira ulogu dobrog oca i o tome više ne misli. Preko privremenog zadovoljstva to vodi tek u neizbježno razočaranje. U takvom slučaju terapeut je zajedno s pacijentom pomiješao transferne fantazije i realnost. Napustili su razinu simboličnoga, jedinu na kojoj mogu zajedno proraditi traume i misliti o nedostacima prošlosti kako bi se ukazala moguća rješenja. Dakle ne: „Ja sam bolji od tvojeg oca i dajem ti što ti on nije davao“, nego: „Mene doživljavaš kao da sam on. Pritom spoznajmo što si ustvari doista trebao, koliko je bilo bolno što to nisi dobio, što od toga danas možeš negdje potražiti i što treba odžalovati jer je zauvijek izgubljeno.“ Jedan je analitičar pravilno upozorio: „Misliti da pacijentu možeš biti roditelj podjednako je pogubno kao i misliti da sinovima možeš biti analitičar.“

Pacijenti često pitaju što analitičar osjeća prema njima, voli li ih doista ili se tek pretvara, igra ulogu koju mu određuje psihoterapijska tehnika. Takva su pitanja česta kad je pacijent u primitivnoj regresivnoj dimenziji svemogućeg „sve ili ništa“: sve što nije ne-

izmerna ljubav za njega je ništa. Takve se primitivne sheme mogu utisnuti u terapeutov kontratransfer i stvarati osjećaj neadekvatnosti i krivnje jer mu se čini da na emocionalnoj razini doista nije u stanju ponuditi ništa od onoga što je pacijentu nužno. Nameću mu se sumnje o njegovim sposobnostima ili o primjerenosti analitičkog pristupa i *settinga* za pacijentove potrebe. To tjera terapeuta, u skladu s pacijentovim regresivnim osjećanjem, na prekoračenje granica *settinga* i nuđenje nekih „dokaza“ o svojoj predanosti. Ako *setting* izdrži, pacijent će – iako tek mnogo kasnije – otkriti da mu ustvari terapeutova bezuvjetna ljubav i nije bila potrebna i da su bile dragocjene i dostatne već njegova ljubazna prisutnost i briga.

Terapeutova ljubav prema pacijentu, dakle, potrebna je, no ne u mjeri da ispunji sve ono što pacijent misli da nije dobio tijekom svojeg života. Dovoljno je toliko da se osiguraju povjerenje, emocionalna usuglašenost, iskrenost iznošenja i postojanje zajedničkog mentalnog prostora u kojem se razvija analitički rad.

Terapeut mora prije svega kontrolirati prededipovske komponente ljubavi koje bi ga vodile prema pretjeranoj povezanosti, posesivnosti ili želji za ekskluzivnošću što bi kočilo razvoj pacijenta. Mnogo je primjerenije ako



je terapeut „podešen“ na ključ roditeljskog odnosa koji u svojoj biti nije ekskluzivan i podrazumijeva prisutnost drugih emocionalnih odnosa, predviđa razvoj samostalnosti i kraj odnosa, no ne predviđa spolne odnose. Neprimjereni su osjećaji koji su karakteristični za odnos u paru: zaljubljenost ne podnosi druge emocionalne veze, ne predviđa kraj odnosa i tjera prema spolnim odnosima.

Analitička situacija nesumnjivo je i frustrirajuća, prije svega za pacijenta, no često i za terapeuta. Pravila *settinga* u odnos donosi terapeut, no i sam je prisiljen pridržavati ih se. Na to ga ne tjeraju samo profesionalna etika i pravila analitičkog društva nego realnost kao takva: ako se neće pridržavati *settinga*, neće postići cilj koji si je postavio s pacijentom i neće uspjeti pomoći pacijentu.

Setting, dakle, predstavlja i realnost koja je izvan odnosa i izvan područja fantastičnog svemogućeg dvojca djetemajka, odnosno pacijent-analitičar. *Setting* predstavlja „zakon trećega – oca“ koji prisiljava duo pacijent-analitičar, kad je u regresiji, da odustane od iluzije svemogućeg veze i podvrgne se zakonima koje su drugi postavili. Realnost onemogućuje analitičaru da potpuno zadovoljava pacijentove želje. Zbog toga se analitičareve intervencije

u velikoj mjeri ne podudaraju s očekivanjima pacijenta koji se mora suočiti s nezadovoljstvom, s frustracijom. To učvršćuje osjećaj odvojenosti, što dopušta uspostavljanje „potencijalnog prostora“ (9, 12) u kojem pacijent može misliti i stvarati slike – simbole svojih potreba. To je pak jedino moguće ako je frustracija optimalna i nije traumatična i ako u odnosu postoji dovoljno povjerenja. Paradoksalno, *setting* je istodobno izvor frustracija i povjerenja (jer osigurava, među ostalim, kontinuitet i sigurnost). Jedino se u takvim uvjetima može razvijati simbolična razina mišljenja.

U sto godina psihoanalize uloga analitičara promijenila se i, mogli bismo reći, postala složenijom. U početku je *setting* bio nekakav aseptičan okvir u kojem je analitičar izvana proučavao što se događa u pacijentovu nesvjesnom da bi mu to zatim objasnio putem interpretacija. Postupno je analitičar sve više ulazio u tu arenu. Najprije ga je u nju uvukao razvoj koncepta kontratransfera, osobito kad je uz negativnu konotaciju dobio i pozitivnu kao sredstvo za spoznaju pacijentovih projektivnih identifikacija i putem njih važnih nesvjesnih sadržaja. Dakle, u analizu ne spada samo ono što osjeća pacijent nego i dio onoga što analitičar osjeća tijekom seanse.

Kasnije je američki intersubjektivizam još više uključio analitičara, ponekad možda i previše. Antonino Ferro i drugi u Europi razvili su argentinski koncept „analitičkog polja“ (13) i dali mu posebno značenje. S njim je analitičar još više upleten u odnos analitičkog dvojca. Ako je u početku stajao na obali i lovio ribe u pacijentovu nesvjesnom, sad mora plivati s pacijentom.

Razvoj u tom smjeru ima mnoge implikacije, među ostalim i veću odgovornost analitičara jer nije svejedno kako se ponaša, što misli, i to čak i nesvjesno, dok je u odnosu s pacijentom. To naglašava koliko je važno da je terapeut upoznat sa svojim nesvjesnim sadržajima i obranama, i to ne samo putem vlastite dubinske analize nego i tako da je njegova autoanaliza kontinuirano aktivna ili da na kraće razdoblje obnovi svoju analizu. Freud je naglašavao potrebu da analitičari svakih pet godina prođu kraću analizu. To nikad nije postalo pravilo, no mnogi analitičari posežu za terapijskom pomoći kolega kad se ukaže potreba za time.

Možemo, dakle, zamisliti krivnju terapeuta koji u svojem radu osjeti ometajuću prisutnost vlastitih neprorađenih nesvjesnih sadržaja i konflikata, ali ne primijeni autoanalizu, ne potraži superviziju ili osobnu pomoć kako bi si

razjasnio i premostio poteškoće u koje je zašao u odnosu s pacijentom.

U psihoanalitičkom tretmanu, za razliku od psihoterapije, učestalost seansi, dulje trajanje i usmjerenost pozornosti i emocionalnog doživljavanja na odnos intenziviraju pacijentov transfer i analitičarev kontratransfer. To je, naravno, željeno i korisno jer ti fenomeni postaju očitijima i rad na njima je produktivniji. Ujedno je to i veći teret za analitičara jer je intenzivnije uključen u odnos, potreban mu je veći napor za održavanje objektivnog mišljenja i razlikovanja razine transfera i razine realnog odnosa, onoga što je njegovo i onoga što je pacijentovo.

Sve se više naglašava kako je opasno za analitičara, ali i za psihoterapeuta, ako radi u izolaciji, ne surađuje s kolegama i s njima ne provjerava svoj način rada – svoj pristup pacijentima. Jedino suradnja s kvalificiranom grupom kolega omogućuje postupnu interiorizaciju „zajednice kolega“ koji mu na kraju pomažu kao unutarnji objekti. Riječ je o nekakvom zajedničkom stručnom superegu – idealnom egu koji ga opominje i podsjeća na to kako bi drugi kolege postupali u tom ili drugom slučaju. Slično je kod glazbenika – ako sviraju i razvijaju se u vrhunskim orkestrima, mogu tamo upiti u nesvjesno više pravila, tehnika i hvatova koje onda automatski i harmonično



primjenjuju u sviranju. Analitičar, kao i glazbenik, gubi svoju stručnost ako kontinuirano ne vježba u profesionalno dovoljno bogatoj i poticajnoj okolini.

Problem je i u tome što je do prije pedeset godina možda još bilo moguće pročitati svu psihoanalitičku literaturu i biti u tijeku. Danas je broj objavljenih tekstova i važnih tekstova iz povezanih znanosti toliko opsežan da je to nemoguće. Nužno je, dakle, uključivanje u grupni rad kvalificiranih analitičkih zajednica. Izolacija analitičara ili psihoterapeuta pogreška jest, dakle, ona koja prerasta u krivnju kad se stručnost zbog nje prestane razvijati i osiromaši se.

Nedavno je Stefano Bolognini (14), predsjednik IPA-e, objavio tekst pod naslovom „Prema kvadripartitnom modelu?“. U njemu piše da je nužno „tripartitnom modelu“ analitičke edukacije, koja se tradicionalno sastoji od tri elementa: osobne analize, teoretskog dijela i supervizije, dodati i četvrti element: trajnu edukaciju analitičara u krugu kvalificiranih kolega.

4 – JOŠ O OSJEĆAJIMA KRIVNJE I PREKRŠAJIMA ANALITIČARA I TERAPEUTA

Nikad nisam bio član neke komisije za etiku i zato nemam izravnih iskustava s prekršajima. Poznate su mi neke si-

tuacije u različitim društvima u kojima su se aktivirale komisije za etiku. Bila je riječ o različitim prekršajima, od nepoštovanja profesionalne tajne do rušenja granica *settinga* kad je, primjerice, netko primio na analizu istodobno članove iste obitelji ili je imao poslovne odnose s osobama iz pacijentove okoline ili je čak od bogatog pacijenta posudio novac ili razvio sentimentalno-spolni odnos s pacijentom.

Čini se da je uglavnom riječ, kao što pišu oni koji se tom problematikom bave sustavno (8), o neurotskim jezgrama ili narcističkim dijelovima ličnosti koji se aktiviraju u posebnim okolnostima i koje terapeuti uspiju prevladati. Rjeđe je riječ o psihotičnoj problematici terapeuta. Iskustvo nas uči da smo, idealizirajući zanimanje, u opasnosti da se ne znamo suočiti s tim tamnim stranama pa ih zbog neugode čak i toleriramo umjesto da poduzmemo ono što je potrebno i zaštitimo pacijente te takvim kolegama jasno postavimo granice i uvedemo sankcije, ali i da im pomognemo u teškoćama u kojima su se našli. Pomoć svakako nije u tome da se prikrivaju prekršaji.

Egzistencijalna usamljenost opasna je za terapeuta jer sa svojim pacijentima često doživljava i lijepe intimne trenutke pa se pojavljuje napast da počne govoriti o sebi, dijeliti i tražiti razumijevanje, dakle rješavati svoje, a ne pa-

cijentove probleme. Druga je opasnost u takvoj situaciji da terapeut voajerski crpi vitalnost za svoj siromašan emocionalan život iz uzavrelog života pacijenta koji je možda tek u hipomanijskoj obrambenoj poziciji. Terapeut to može nesvjesno podupirati umjesto da učinkovito interpretira pacijentovo stanje, pomogne mu da neposredno doživi depresiju i zatim se iz nje izvuče. Sve to može biti loš rezultat terapeutove osobne analize ili tek trenutačna teška životna faza. Ako potraži pomoć od kolege, pomoći će sebi i istodobno zaštititi pacijenta i svoju profesionalnu sliku.

Zaustavimo se na primjeru koji nije tako rijedak. Među analitičare i psihoterapeute različitih škola uspiju se ponekad ugurati neke osobe koje, uz moguće briljantne intelektualne sposobnosti, imaju neke izražene narcističke crte i uz to ponekad i perverzne dijelove psihe koji su mehanizmom rascjepa i negacije inkapsulirani. Zbog toga ih teško prepoznamo na selekcijskim intervjuima, a ti dijelovi mogu ostati skriveni čak i tijekom trening-analize ako analizand nema motivacije proraditi ih. Nešto slično možemo pronaći u policajcima sadistima, svećenicima i odgajateljima pedofilima itd.

Njihova je glavna karakteristika da u skrivenom narcističkom dijelu svoje ličnosti drugog čovjeka ne doživljava-

ju kao živu, samostalnu osobu vrijednu poštovanja i ljubavi, nego samo kao sredstvo za zadovoljenje potreba jedinog ljudskog bića koje postoji za njih: njih samih. Složenost slike u tome je što oni u svojem zdravom dijelu rascijepljene ličnosti mogu biti i iznimno dobri, empatični i emocionalno dovoljno bogati. Ta dva dijela ne mogu utjecati jedan na drugoga nego se mogu tek naizmjenično pojavljivati. Postoji bezbroj varijanti, od najlakših do najtežih. Rascijepljeni dio može i zauvijek ostati inkapsuliran, neizražen. Možda bismo mogli reći da je takav neaktivni rascijepljeni dio moguće pronaći u svakom čovjeku.

Ali ako u terapeutu takav dio ima određenu konzistenciju, postoji opasnost da se pojavi na sceni analitičke terapije upravo u vrijeme pacijentove regresije koja izaziva i budi i analitičareve regresivne dijelove.

Narcisoidni terapeuti loše podnose rad s kolegama na istoj razini i više im odgovaraju situacije u kojima imaju nekakvu ulogu gurua ovisnim odnosno podređenim kolegama – učenicima i terapeutima. To ih još više dovodi u opasnost kršenja *settinga* jer u takvoj okolini nema „policajaca“ (tj. kolega i institucija) i zato su inkapsulirani dijelovi bez kontrole. Superego zdravog dijela pak postaje korumpiran: „To su pravila za početnike, ja znam kako



upravljati neobičnim i izvanrednim situacijama.“ U psihoanalizi postoji određen broj takvih primjera. Tako je Masud Khan, briljantan teoretičar, godinama zadavao nevolje britanskom psihoanalitičkom društvu. Talijansko društvo prije trideset godina burno se suočavalo sa sličnim primjerom. Ono što nas zanima i što je karakteristično za takve slučajeve postojanje je konkretnih prekršaja i krivnji te odsutnost osjećaja krivnje (ili njihova minimalizacija). Superego i perverzni ego na suprotnim su obalama rascjepa i „ne vide se“ što im omogućuje, barem na površini, donekle miran život. Odnosno, vide se izdaleka, kao da gledamo kroz obrnuti dalekozor kad sve izgleda malo i udaljeno, dakle, nevrjedno veće zabrinutosti. U nekim takvim slučajevima dolazi do sve težih prekršaja, kao da počinitelj nesvjesno traži da ga otokriju, ne samo da bi ga kaznili nego i da ga zaustave jer sam to nije sposoban učiniti. Kad vanjske okolnosti pred prijestupnika postave njegovu nerascijepljenu sliku, obično nastane teška depresija.



Sve što je traumatično i neprorađeno u terapeutovu nesvjesnom može utjecati na analitički odnos; može biti uzrok „slijepih pjega“ zbog kojih terapeut ne vidi određene sadržaje ili oni dobiju značenje koje je krivotvoreno u službi njegovih obrana.

Zadatak je svake trening-analize da se s tim uhvati u koštac, da se pokuša proraditi ono što se može kako bi se njome terapeut što bolje osposobio za rad s pacijentima.

Jedno je od prvih pitanja koje se postavlja u trening-analizi zašto je netko izabrao to zanimanje. Motivacija može biti povezana i s osjećajima krivnje: terapeut želi popraviti majku, oca ili nekoga drugoga koga je u dječjoj fantaziji ošteti ili ga nije uspio „izliječiti“ onako kako je želio u svojim onipotentnim fantazijama. „Izliječiti“ roditelja krije potrebu da roditelj napokon bude u stanju pobrinuti se za njega – dijete, dakle da izliječi frustracije koje je doživio kao dijete i koje su u nesvjesnome prouzročile gomilanje boli, ali i agresivnosti (što pojačava osjećaje krivnje). Potrebno je mnogo vremena da se u analizi raščisti takva problematika. Ako to ne uspije u dovoljnoj mjeri, kasnije se u radu s pacijentima pojavljuju komplikacije.

Prevelika doza potisnute agresivnosti u terapeutu može održavati nesvjesne osjećaje krivnje od kojih se može braniti reaktivnom formacijom u vidu pretjerane dobronamjernosti i strpljivosti. To mu ponekad ne dopušta potrebnu odlučnost u obrani *settinga* ili za ustrajanje u pravilnim interpretacijama. Može prijeći u štetnu permissivnost kod koje terapeut razumije

i opravdava svaki pacijentov prekršaj *settinga* i ne interpretira ga odgovarajuće, a s pretjeranom lakoćom prihvaća pacijentovo odbijanje neke interpretacije. Boji se, naime, da bi se u sukobu mogla aktivirati njegova potisnuta agresivnost. Osjećaji krivnje zato ga tjeraju da pristane na pacijentove neutemeljene zahtjeve i da mu dopušta da njime manipulira. To skreće analizu na pogrešan kolosijek i u središtu pozornosti više nije analiza pacijentovih sadržaja, nego nesvjesno i neanalizirano zadovoljstvo pacijenta kad kontrolira roditelja – terapeuta i njime manipulira. Osjećaji krivnje onemogućuju terapeutu da razumije i interpretira o čemu je riječ, ali i da primijeni potrebnu sublimiranu agresivnost za održavanje analitičke situacije. Postaje jahačem koji se ne usuđuje čvrsto držati uzde te ga konj nosi kamo želi.

Situacija se komplicira ako neprorađeni osjećaji krivnje nesvjesno tjeraju terapeuta u nekakvu moralnu mazonističku poziciju. Tada se, primjerice, može samokažnjavati tako da prima teške pacijente, pacijente za koje ne postoji prava indikacija ili one za koje nema odgovarajuću pripremu ili uvjete za terapiju. Time se može izražavati njegova želja da trpi, bude kažnjen, dakle, neki osnovni erogeni mazohizam. Kako to često biva, postoje dvije strane medalje. S jedne je strane nesvjesna želja za onipotencijom,

za time da uspije u nečemu u čemu drugi nisu uspjeli. S druge je strane krivnja i traženje kazne jer taj uspjeh ne može (ili ne smije) postići. Primjer za to može biti i primanje pacijenata s visokim suicidalnim rizikom na terapiju.

U slučaju samoubojstva pacijenta možemo dalje razmišljati. Teško depresivnom pacijentu možemo pomoći i spriječiti najgore, no ponekad i ne možemo. Samoubojstvo pacijenta teško pogađa psihoterapeuta, analitičara ili psihijatra koji si postavlja bolno pitanje: „Jesam li u nečemu pogriješio kad to nisam spriječio? Jesam li nekom pogreškom tome i pridonio?“ Osjećaj krivnje pritom može postati nepodnošljivim.

Pitanje je koliko tragičnoj sudbini pacijenta može pridonijeti moguća pogreška terapeuta, a koliko je to rezultat pacijentove unutarne dinamike koja od samog početka ima neku svoju nezaustavljivu silu koja daleko premašuje sposobnosti bilo kojeg terapeuta. Otvara se pitanje koliko je terapeut nesvjesno primio i podijelio pacijentove projekcije onipotencije i koliko je nesvjesno kultivirao svoje fantazije svemoći. Za terapeuta može narcistički biti vrlo primamljivo kad mu pacijent nudi: „Vi možete spasiti moj život!“ Oba mogu biti zadovoljna što je uspostavljen odnos na temelju očekivane sve-



moći. Nažalost, velika svemoć prije ili kasnije rasprsnje se na tvrdoj realnosti. Pacijent može nesvjesno tražiti upravo nekoga tko će prihvatiti nemoguću transfernu ulogu kako bi ga kasnije kaznio tako što će uništiti sebe. Terapeut je sigurniji i može mnogo više pomoći pacijentu ako je odmah svjestan da su njegova sredstva ograničena i da je rezultat nesiguran.

Na onkološkom odjelu mogu biti sretni što je godišnja smrtnost bila 30 % jer je to u usporedbi s prethodnom godinom za 5 % manje. Psihoterapeuti i pacijenti teže prihvaćaju da je određen postotak terapija neuspješan ili ponekad čak i tragičan. Čini se da je na psihološkom području teže prihvatiti nemoć, i pacijentima i terapeutima. Teško je prihvatiti da je patologija nekih pacijenata toliko teška da za njih možemo malo toga učiniti.

Primjer:

Prije više godina došao mi je muškarac i rekao da su mu dijagnosticirali karcinom i dali mu još samo šest mjeseci života. Pokazao mi je neki članak s interneta u kojem različiti autori tvrde da je rak psihogen i da ga se može izliječiti psihoanalizom. Na kraju razgovora iskreno sam mu rekao da takvi članci nisu znanstveno utemeljeni i da ja ne mogu liječiti rak, no da ga mogu, ako želi, razgovorima pratiti u vrlo teškoj

situaciji koju proživljava. Do njegove smrti, koja je doista nastupila nakon šest mjeseci, susretali smo se jednom tjedno i svijest o bliskoj smrti omogućila mu je da prilično lako putem obrambenih mehanizama razmotri glavne čvorove svojih unutarnjih objektnih odnosa. Umro je mnogo mirniji, pomiren sa svojim davno umrlim roditeljima, bez starih predbacivanja, mržnji i posljedičnih osjećaja krivnje koji su mu toliko zagorčavali život. Osjećao sam tugu, ali ne krivnju koja bi me morila da sam prihvatio nemoguć zadatak da izliječim rak. Paradoksalno, smatram to jednom od svojih najuspješnijih terapija.

A što je s krivnjom zbog terapija koje ne uspiju? Mislim da terapeut koji je dovoljno zreo i zdrav teško može učiniti neposrednu štetu kakvu mogu uzrokovati terapeuti koji u svojoj ličnosti imaju nekontrolirane perverzne elemente. Svi smo suočeni s činjenicom da neki pacijenti psihoterapijom ili psihoanalizom postižu dobre rezultate kojima su zadovoljni, a drugi su tek djelomično zadovoljni ili ponekad čak razočarani jer su očekivali više. Slični su i osjećaji terapeuta koji se kasnije dugo pita gdje je zapelo, zašto rezultat nije bolji. Čak i ako se oslobodiš nezrelih onipotentnih očekivanja, nije se s tim lako suočiti znajući koliko je pacijent emocionalno i materijalno uložio u terapiju, ali i koliko si se sam trudio. S druge strane,

nije realno uvijek očekivati stopostotno dobar rezultat. Činimo ono što možemo i ako smo se pošteno trudili, ne trebamo se osjećati previše krivima.

Ponekad pomislim da na području psihe svi, analitičari, psihoterapeuti, psihijatri i psiholozi, prilično nalikuju liječnicima od prije nekoliko stotina godina koji su pacijentima pomagali kako su znali i umjeli, a mnogi je toga

još bilo neotkriveno. Još smo daleko od toga da o psihi mnogo znamo i da mnogo možemo.

Završit ću s tom možda pomalo gorakom mišlju, no prati je velika nada u napredak i bolju budućnost.

Kolovoz 2014.

Sa slovenskoga prevela Nina Mayer, psihijatar, psihoterapeut, član IGA

LITERATURA

1. Freud S: Totem and Taboo (1912). The Standard Edition. London: Hogarth Press. 1974. Vol. VII, 7–162.
2. Freud S: The Ego and the Id (1923). The Standard Edition. London: Hogarth Press. 1974. Vol. XIX, 1–66.
3. Freud S: Civilization and its Discontent (1930). The Standard Edition. London: Hogarth Press. 1974. Vol. XXI, 57–146.
4. Klein M: A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. *Int J Psycho-Anal*, 1935;16: 145–174.
5. Cancrini T: Colpa e senso di colpa. *Storia di un problema. Riv Psicoanal*, 2007; 53: 1103–1119.
6. Casement P: *Learning from the Patient*. Guilford Press, New York. 1993
7. Langs R: *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, Volume 1*. Jason Aronson, New York. 1973.
8. Gabbard G: *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. Basic Books, New York. 1995.
9. Winnicott DW: *Playing and Reality*. Tavistock Publications, London. 1971.
10. Winnicott DW: Hate in Counter-Transference. *Int J Psycho-Anal*, 1949; 30:69–74.
11. Jogan E: Self Disclosure. *Piccola enciclopedia aperta*. SPI Website. 2014.
12. Ogden TH: On Potential Space. *Int J Psycho-Anal*, 1985; 66:129–141.
13. Baranger M, Baranger W: The Analytic Situation as a Dynamic Field. *Int J Psycho-Anal*, 2008; 89: 795–826.
14. Bolognini S: Towards a Quadripartite model? The IPA Website. 2014.