

ERWIN RINGEL

NERWICA
A SAMOZNISZCZENIE

WYDAWNICTWO NAUKOWE PWN
WARSZAWA 1992

Z oryginału niemieckiego
*Selbstschädigung durch Neurose. Psychotherapeutische Wege
zur Selbstverwirklichung*
Q Herder & Co., Wien 1984

Przetłumaczył

STANISŁAW LACHOWSKI

Projekt okładki i stron tytułowych

STEFAN NARGIEŁŁO

Redaktor

MALGORZATA KASPRZYSKA

Redaktor techniczny

ANNA GRZEGOROWSKA



Copyright © for the Polish edition
by Wydawnictwo Naukowe PWN Sp. z o.o.
Warszawa 1992

ISBN 83-01-10669-7

Słowo wstępne

Profesor doktor habilitowany medycyny Erwin Ringel jest dyrektorem Instytutu Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu w Wiedniu oraz kierownikiem Oddziału Psychosomatycznego w Uniwersyteckiej Klinice Psychiatrycznej. Jest założycielem i honorowym przewodniczącym Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom, założycielem i pierwszym prezydentem Austriackiego Towarzystwa Medycyny Psychosomatycznej, prezydentem Austriackiego Towarzystwa Psychologii Indywidualnej (Adlerystów). Jest on światowej sławy naukowcem, który w krajach anglojęzycznych zyskał sobie przydomek „Mr Suicide” oraz „Freud w dziedzinie samobójstw”. Jest członkiem wielu austriackich i zagranicznych stowarzyszeń naukowych, m.in. członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Urodził się w 1921 roku w Temesvar, lecz od pierwszego roku życia wychowywał się w Wiedniu, gdzie w 1939 roku uzyskał maturę. Studiował medycynę w Wiedniu w latach 1939–1945. Aresztowany przez gestapo, podejrzewające go o przynależność do ruchu oporu, został zwolniony z braku dowodów. Pod koniec wojny, gdy zmobilizowano ostatnie rezerwy do wojska, Ringel schronił się — jako pacjent — w szpitalu psychiatrycznym. Tam

tez, oczekując końca wojny, po raz pierwszy zetknął się z psychiatrią, którą potem wybrał jako swą specjalność w życiu zawodowym.

W 1946 roku otrzymał promocję na doktora medycyny. Bezpośrednio potem rozpoczął pracę w Klinice Psychiatryczno-Neurologicznej Uniwersytetu w Wiedniu, gdzie otrzymał tytuły specjalisty psychiatry i neurologa. Równocześnie ukończył systematyczne szkolenie psychoterapeutyczne. W 1948 roku zorganizował w Wiedniu pierwsze w Europie Centrum Zapobiegania Samobójstwom, a w roku 1954 pierwszy w Austrii Oddział Psychosomatyczny. W 1961 roku, za zasługi w dziedzinie zapobiegania samobójstwom w Wiedniu, otrzymał nagrodę miasta Wiednia. W 1962 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego z zakresu psychiatrii i neurologii, w roku 1968 tytuł profesora nadzwyczajnego w zakresie psychosomatyki, a w 1981 tytuł profesora zwyczajnego psychologii lekarskiej. Jest autorem ponad 210 prac naukowych oraz 9 książek. Wygłaszał wykłady prawie we wszystkich krajach europejskich, a ponadto w Kanadzie, Izraelu, Japonii, Meksyku, Południowej Afryce oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. W swej działalności pisarskiej zajmował się przede wszystkim tematami dotyczącymi zapobiegania samobójstwom, psychosomatyki, nerwic, psychologii społecznej, tematami z pogranicza psychologii i sztuki oraz psychologii i religii.

Niniejsza książka Erwina Ringela ma charakter popularnonaukowy. Omawia ona problem nerwic z punktu widzenia psychologii głębi, a zwłaszcza nerwicę samozniszczenia, wiodącą ku samobójstwom, której przeciwieństwem jest rozwój i samorealizacja człowieka. Autor w sposób bardzo przystępny, zrozumiały i ciekawy odsłania mechanizmy sterujące przeżywaniem i zachowaniem człowieka, tkwiące w głębszych pokładach psychiki. Wyjaśnia wiele zjawisk w sposób mało znany czytelnikowi polskiemu. Odsłania istotę i znaczenie psychosomatyki oraz wyjaśnia szereg przemian i mechanizmów, które sprawiają, że w przebiegu nerwicy człowiek poddaje się samodestrukcji „cząstkowej” lub całkowitej. Pokazuje też drogi samorealizacji, które mogą temu zapobiegać. Podkreśla problem wiedzy i wyboru między samourzeczywistnieniem się, to jest rozwojem i stawaniem się tym, kim można się stać, a samozniszczeniem i rozminięciem się człowieka z samym sobą.

Czytelnikowi nie obeznanemu z tajnikami myśli psychoanalitycznej książka umożliwia zapoznanie się (w sposób niezwykle przystępny i przekonujący) z pojęciami i interpretacjami psychoanalitycznymi. Jest to jak gdyby

spojrzenie zza kulis na koncepcję psychoanalizy, umożliwiające — nawet nieprzygotowanemu Czytelnikowi — zrozumienie, czasem trudnych do zrozumienia, spekulacji psychoanalitycznych. Niewątpliwy talent popularyzatorski Ringela sprawia, że już przy omawianiu pierwszego konkretnego przypadku Czytelnik nie tylko poznaje, lecz zaczyna rozumieć takie trudne pojęcia, jak nieświadomość, podświadomość, wyparcie, racjonalizacja, konwersja i wiele innych. Poprzez ilustrowanie swych wywodów opisem konkretnych przypadków i analizą powstawania i ujawniania się zaburzeń, Ringel ułatwia zrozumienie zawikłych przecież mechanizmów funkcjonowania psychiki człowieka. W literaturze polskiej niewiele jest książek, które w tak klarowny sposób przedstawiałyby istotę nerwicy w ujęciu psychoanalitycznym. Niewiele jest także książek tłumaczących rozwój człowieka oraz jego zaburzenia w ramach orientacji psychoanalitycznej.

Autor w bardzo przystępny sposób opisuje istotę, powstawanie i formy nerwic. Nerwicę definiuje on jako wewnętrzpsychiczny konflikt między tendencjami świadomymi a nieświadomymi, co zrozumiale tłumaczy fakt, że nie ma ona żadnego podłoża anatomiczno-fizjologicznego. W powstawaniu nerwicy duży nacisk kładzie na mechanizm wyparcia, który — jego zdaniem — w sposób zasadniczy wpływa na pojawianie się u człowieka symptomów. Autor zwraca przy tym uwagę na szczególne znaczenie dzieciństwa i pierwszych lat życia dla powstawania nerwic, bowiem wyparcie, jako swoisty mechanizm obronny, jest dla dziecka jedynym rozwiązaniem trudnej sytuacji życiowej wówczas, gdy pojawiają się elementy agresywne. W porównaniu z dzieckiem człowiek dorosły ma przynajmniej trzy możliwości radzenia sobie z uczuciem agresji (roziadowanie, przewyciężenie, wyparcie), podczas gdy dziecko może ją jedynie stłumić i wyprzeć do podświadomości. W związku z tym Ringel podkreśla znaczenie odpowiedzialności rodziców i wychowawców oraz konieczność odpowiedniego przygotowania ich do pełnienia funkcji wychowawczych i opiekunczych.

Zgodnie z koncepcją autora, samobójstwo jest wynikiem długotrwałego procesu gromadzenia się urazów, które wiodą do zrnian w osobowości człowieka. W tym sensie samobójstwo można uważać za szczytową fazę długotrwałego rozwoju nerwicowego, w którym dochodzi do stopniowej utraty sił ekspansywnych oraz osłabienia mechanizmów obronnych. Nerwicę taką Ringel nazywa nerwicą samozniszczenia (autodestrukcyjną). Sam akt samobójczy zostaje popełniony w wyniku ostrego zawężenia się sfery emocjonalnej oraz zwiększenia się agresji, która zostaje skierowana na własną osobę. Agresja konstruktywna, stanowiąca napęd do działania zamienia się w agresję

destrukcyjną pod wpływem frustracji. Właśnie ta agresja destrukcyjna w postaci autoagresji może być wymierzona przeciwko sobie w formie ostrej (samobójstwo), lub przewlekłej (choroby psychosomatyczne, nadmierne korzystanie z używek). W rozważaniach nad agresją Ringel wymienia także znaczenie ukazywania przemocy w środkach masowego przekazu. Poprzez identyfikację może ona sprzyjać odreagowaniu agresji, poprzez naśladowictwo może motywować do zachowań agresywnych.

Dwa końcowe rozdziały książki Ringel poświęca rozważaniom na temat związku między psychoterapią a religią. Jest on wierzącym i praktykującym katolikiem, nie jest jednak bezkrytyczny w stosunku do Kościoła. Widząc błędy potrafi je publicznie krytykować, np. fakt, że kręgi katolickie zaprzeczające istnieniu nieświadomości były przez długi czas wrogo ustosunkowane wobec psychoanalizy. Uważając religię za formę terapii, Ringel wyraźnie rozgranicza psychoterapię od duszpasterstwa — celem psychoterapii jest wyleczenie, podczas gdy celem oddziaływań duszpasterskich uświęcenie. Ponieważ cele są różne, zarówno psychoterapeuta, jak i duszpasterz powinni pozostać przy swoich dziedzinach, mimo że droga do uświęcenia może zawierać elementy uzdrawiające, a wyleczenie może sprzyjać dążeniu do uświęcenia.

Profesor Ringel jest zafascynowany psychoanalizą, którą chętnie widziałby jako uniwersalną metodę terapii. Stąd zapewne wywodzą się pewne ujęcia schematyczne i jednostronne, a nawet pewien bezkrytycyzm w odniesieniu do zakresu i wyników stosowania metod psychoanalitycznych oraz przecenianie ich walorów praktycznych. Stąd także pewne uproszczenia w analizie przyczyn i terapii zaburzeń zachowania. Ma to miejsce na przykład przy omawianiu zjawiska homoseksualizmu: opisuje on homoseksualistów jedynie w kategoriach objawów neurotycznych i zaburzenia osobowości. Takie uproszczone rozumienie zagadnienia pociąga za sobą odpowiednie implikacje praktyczne. Skoro bowiem homoseksualizm i inne zaburzenia mieszczą się w kategorii zaburzeń nerwicowych, to psychoterapia analityczna będzie skuteczną metodą likwidującą te zaburzenia. Doświadczenie kliniczne przeczy temu, wskazując na zawodność takiego sposobu myślenia. Kontrowersyjna jest też polemika autora na temat kompetencji zawodowych i merytorycznych osób prowadzących terapię analityczną. Ringel uważa, że psychoterapia analityczna zawsze winna być stosowana jedynie przez lekarza, natomiast psycholog kliniczny, nawet mający odpowiednie wykształcenie i doświadczenie w zakresie „psychologii głębi”, nie powinien jej stosować. Uzasadnia to przykładami licznymi somatyzacji objawów nerwicowych, wobec których psycholog będzie się czuł bezradny. Nie uwzględnia przy tym chociażby moż-

liwości konsultowania z lekarzem pacjentów prowadzonych przez psychologa. Te, i jeszcze inne, niedociągnięcia nie zmieniają faktu, że książka jest niezwykle wartościowa i zapewne cieszyć się będzie dużym zainteresowaniem Czytelników.

Prof. dr hab. med. *Kazimierz Imieliński*

Warszawa, sierpień 1990

Przedmowa

Poeta mówi: „Każdy ma przed sobą obraz tego, czym winien stać się” — i wskazuje tym samym najwainiejsze zadanie naszego istnienia. Człowiek — z jednej strony nicość, przez swoje nieprzeliczone, stale powtarzające się występowanie w trakcie tysiącleci pozornie zepchnięty do rangi całkowitej błahości; a jednak z drugiej strony ogrom przez swą jedyność, niepowtarzalność i zdolność do refleksji nad sobą samym i wiasnym rozwojem oraz do kształtowania siebie, zmuszony do przyjmowania za swe czyny owej odpowiedzialności, która Jest jednym z argumentów najsilniej przemawiających za tym, że jego wymiar wykracza poza ziemską ograniczoność. Stajemy przy tym zawsze wobec decydującego o losie wyboru pomiędzy samourzeczywistnieniem a rozminięciem się samym z sobą. W pewnych stadiach naszego stawania się obie te możliwości nie są od siebie odlegie, az potem stopniowo, krok za krokiem, zaczyna się zaznaczać linia pozwalająca rozpoznać kierunek i rodząca dodatkową wtórną dynamikę własną; sukcesy bowiem zachęcają do nowych wysiłków tak samo, jak rozczarowania grozą przedzierżnięciem się w pełne zniechęcenia poniechanie, a tym samym rozminięciem się z sobą. Edward Albee powiada: „Niektórzy ludzie bardzo późno stwierdzają, że przez całe życie nie żyli — jest to okropne stwierdzenie”.

Tym bardziej trzeba przeszkadzać takim przebiegom rozwoju albo przynajmniej zidentyfikować je w takim momencie, gdy nie jest jeszcze za późno.

Psychologii głębi, owej nauce wywodzącej się z odkrycia Freuda i jego uczniów, zawdzięczamy teraz decydujące nowe możliwości wglądu w ten proces.

Najpierw zrewolucjonizowała ona obraz człowieka przez zdemistyfikowanie pojęcia losu. Jak wielki nie byłby wpływ dziedziczności, środowiska i struktury społeczeństwa, dzięki psychologii głębi wiemy, że przez poszerzenie świadomości oraz systematyczny trening nowych sposobów zachowania człowiek ma do dyspozycji dosyć możliwości zmieniania siebie, wyłamywania się ze wzorca reagowania jedynie automatycznego; nie występuje tu bowiem żaden nieunikniony przymus. Wiemy już więc, że w razie rozminięcia się z sobą samym niemal nie można uznać siebie za ofiarę nieprzychylnego losu.

Oczywiście psychologia głębi ujawnia ponadto sfery nieświadomości, ukazała, że nieprawidłowy przebieg rozwoju zatrważająco często jest skutkiem nerwicy, w ramach której dojrzały na pozór, dorosły człowiek owładnięty jest nieprzewidywanymi konfliktami swojego dzieciństwa i popychany ku rozminięciu się z samym sobą, samoudręce, autodestrukcji i samounieszczeniu. Wykazano, że nie jest możliwe przeżycie tej niszczącej potęgi sfery nieświadomości za pomocą rozumu i woli. Jednocześnie jednak udowodniono możliwość sprowadzenia ponownie do świadomości tego, co zostało wyparte do sfery nieświadomości i w ten sposób położenia kresu jej tyraniskiemu niewolącemu wpływowi. Odtąd chodzi już tylko o to, by w porę odkryć oznaki neurotycznego rozróżniania się ze sobą samym i zniekształcenia życia. Wstrząsające jest nie tylko to, że na całym świecie jest tylu neurotyków, a liczba ich ciągle jeszcze rośnie, lecz także i to, że o fakcie istnienia i nazwie swej dolegliwości często nie mają oni pojęcia.

Książka niniejsza służy głównie temu, byśmy nauczyli się rozpoznawać różnorakie maski takiego wykołajenia rozwoju osobowości; dość jest już bowiem najwidoczniej nieuniknionego (w terminologii Freuda — „zwykłego”) nieszczęścia, by dopuszczać dodatkowo do absolutnie możliwego do uniknięcia nieszczęścia neurotycznego. Zadanie to wydaje się szczególnie palące, gdy pomyśleć, że przecież cierpi bezsensownie nie tylko neurotyk, lecz w sposób zagadkowy, a przez to jeszcze silniej odczuwany jako udręka, przysparza on cierpień wszystkim ze swego otoczenia. I wreszcie rzecz bardzo ważna — neurotyczne rozminięcie się z sobą samym może objąć wszystkie sfery, od najniższej po najwyższą, nie wyłączając światopoglądu i wiary.

Innymi słowy: istnieje również neurotyczne zniekształcenie wiary, którego nie wolno tutaj pominąć. Jeśli w dalszym ciągu przy omawianiu nerwic i psychoterapii będziemy wspominać również o oddziaływaniu jednej i drugiej na sferę religijną, to będzie to tym samym zgodne z owym podstawowym nastawieniem naukowym, które zobowiązuje do możliwie obszernego ujmowania rzeczywistości i jako „uniwersalistyczny sposób widzenia” właśnie w dziedzinie psychologii głębi znajduje coraz większe uznanie.

Odkrycie w porę neurotycznego rozminięcia się ze sobą samym ma sens dlatego, że przez stworzenie technik psychoterapeutycznych psychologia głębi wskazała drogi leczenia nerwicy. Tak więc książka ta będzie musiała umożliwić wgląd w świat jednej z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych ról, w jakiej można się dziś znaleźć: roli psychoterapeuty. Chodzi tu przecież o coś tak ważnego, jak próba takiego ustawienia zwrotnic, przy którym pociąg zmierzający ku przepaści uda się skierować na lepsze tory. Wszelki błąd może tu, rzecz zrozumiała, pociągnąć za sobą szczególnie złe skutki, ale za to sukces może być źródłem niezwyklej satysfakcji. Cóż bowiem może być piękniejszego nad umożliwienie człowiekowi, by — trawstując słowa J. Preverta — narysował na „tablicy dotychczasowego niepowodzenia twarz szczęścia”.

Rozdział pierwszy

Istota nerwicy

A wtedy nie będziemy mogli uniknąć położenia kresu temu świadomemu i nieświadomemu udawaniu, tej świadomej lub nieświadomej zabawie w teatr, tej całej pozorności.

(Manfred Hausmann: Trost im Trostlosen)

Wielokrotnie nazywano nasz wiek „neurotycznym” chcąc w ten sposób wyrazić fakt, że gwałtownie wzrosła liczba nerwic. Nawet jeśli uwzględnimy, że „odkrycie” tej choroby dokonało się w naszym stuleciu, a dzięki temu można teraz zaobserwować wiele przypadków nerwic, które dawniej pozostawałyby niezauważone, to jednak trzeba przyznać, że doszło do faktycznego, zauważalnego wzrostu liczby zachorowań neurotycznych; wzrost ten w każdym razie nie jest przypadkowy, a do jego przyczyn powrócimy jeszcze kilkakrotnie. Nerwica jest poważną dolegliwością o wielorakich skutkach; zarówno dla samego dotkniętego nią, jak dla jego otoczenia. Choroba ta przejawia się typowymi objawami i symptomami, dlatego też tylko tam, gdzie wykazano je z całą pewnością, można mówić o nerwicy. Z jasno zdefiniowanego pojęcia choroby zwanej „nerwicą” wynika kilka konsekwencji: po pierwsze absolutnie niedopuszczalne jest traktowanie jako dowodu na istnienie nerwicy wszelkiego napięcia psychicznego, na przykład, istnienia problemów i konfliktów, nieuniknionych w każdym istnieniu. Ponadto musimy wreszcie zaprzestać określenia — ba, nawet lienia — jako neurotyków ludzi, którzy są nam niesympatyczni, i których dlatego chcemy zdeprecjonować. A z drugiej strony, gdy ktoś rzeczywiście cierpi z powodu nerwicy, nie

godzi się bagatelizować tę chorobę tak, jakby jej wcale nie było. Jakże często można usłyszeć zdanie wypowiediane w całkowitej niewiedzy na temat różnicy między nerwicą a codziennymi trudnościami psychicznymi: „Ja też to wszystko przechodziłem, ale ze mną nie wyprawiano ceregieli”.

Chcąc ująć istotę nerwicy w krótkiej definicji, można by powiedzieć, że cechuje się ona wewnątrzpsychicznym konfliktem między świadomymi a nieświadomymi tendencjami istniejącymi w człowieku. Już ta wskazówka wystarczy do wyjaśnienia, że nerwica nie ma nic wspólnego z organiczną strukturą i stanem nerwów człowieka w sensie anatomicznym i fizjologicznym, jak niestety często jeszcze dziś się uważa (a trzeba przyznać, że nazwa „nerwica”, błędna z czysto językowego punktu widzenia, sprzyja tej pomyłce). Nerwica nie jest uwarunkowana jakimikolwiek patologicznymi zmianami mózgu czy nerwów, lecz raczej nieświadomymi tendencjami psychicznymi, nad którymi jednostka nie panuje.

Powiedzieliśmy, że chodzi o konflikt między tendencjami świadomymi i nieświadomymi. Trzeba więc najpierw wyjaśnić to, tak istotne, pojęcie sfery nieświadomości. Przyjrząwszy się tej części życia, którą mamy za sobą, natychmiast dostrzeżemy, że nikt nie jest w stanie zachować w pamięci wszystkiego, co go spotkało i dotknęło. Kompletna rekapitulacja przeżyć choćby jednego tygodnia jest wykluczona; ba, próba dokładnego zrekonstruowania przebiegu choćby jednego dnia nie powiedzie się; nawet przy najlepszych chęciach. Oznacza to więc, że bardzo wiele zapominamy. Jakaś sprzyjająca okoliczność, na przykład spotkanie ze starym przyjacielem, może pozwolić przywołać do pamięci taki ciąg zdarzeń. Te więc rzeczy, które wprawdzie przeżyliśmy, i które z pewnością wywarły na nas jakieś wrażenie, lecz których nie przypominamy sobie, a więc którymi, można powiedzieć, nie możemy natychmiast dysponować, stały się „nieświadome”. Dowodem istnienia w człowieku sfery nieświadomości są już same przytoczone przykłady i dziwić się trzeba, że w pewnych (np. katolickich) kręgach stale czynione są próby zaprzeczania istnieniu sfery nieświadomości. Taką postawę można w pewnej mierze wytłumaczyć tym, że wraz ze sferą nieświadomości wykazano istnienie w życiu ludzkim czynnika, który przynajmniej początkowo jest od człowieka niezależny, a całe kształtowanie życia, choćby właśnie z katolickiego punktu widzenia, przebiega pod kątem możliwości dysponowania sobą, swobodnego wyboru i znaczenia ludzkiej woli. Odkrycie sfery nieświadomości zdawało się stawiać to wszystko pod znakiem zapytania, ograniczać znaczenie odpowiedzialności człowieka, jeśli nie wręcz ją znosić. Dlatego znaleźli się skłonni do powątpiewania o tym nowym odkryciu właśnie z moralno-

tyczno-religijnych punktów widzenia. Z problemami nie można się jednak uporać przez zaprzeczanie naukowo dowiedzionym faktom; byłaby to wątpliwej wartości próba zbytniego utatwienia sobie życia. Właściwe rozwiązanie takich problemów, które rodzą się np. pomiędzy religią a nauką, można, tak jak wszędzie indziej, odnaleźć jedynie w poważnym zmaganiu rzeczywistością sięgającym sedna rzeczy. Zobaczmy później, że wyniki psychologii głębi nie zawierają niczego, co mogłoby zachwiać chrześcijańskim obrazem człowieka, jeżeli opiera się on na zasadach prachrześcijaństwa i nie odbiega od nich (patrz rozdział ostatni). W każdym razie sfera nieświadomości była choćby już św. Augustynowi nie tylko dobrze znana — dostrzegał on też jej wielkie znaczenie, co wynika z poniższego cytatu: „Wkraczam w szeroką sferę i do pałaców mej pamięci, gdzie skrywają się przeogromne skarby wszelkiego rodzaju. Tam drzemią poczynione refleksje, cały rozwój, całe wychowanie, wszystko, czegośmy się kiedykolwiek nauczyli. Nawet zapomnianie i to, co zapomniane, jest jeszcze jakoś w pamięci” (Wyznania 10,8).

Wróćmy teraz do sfery nieświadomości. Wiele spośród tego, czego już sobie nie uświadamiamy, zapomnieliśmy przypadkowo, po prostu dlatego, że nie możemy pamiętać wszystkiego. Niejedno wszakże zapomnieliśmy celowo, można powiedzieć w sposób zorientowany, gdyż jest to nie do pogodzenia z naszymi pojęciami i wyobrażeniami, z bezpieczeństwem naszego życia, a przede wszystkim z poszanowaniem samego siebie, gdyż nie moglibyśmy żyć spokojnie nie „zapomniawszy” o tym. Dla tego procesu zorientowanego zapomniania psychologia głębi ukula określenie wypierania. Ważne jest podkreślenie, że nerwica nigdy nie może powstać z rzeczy zapomnianych przypadkowo, lecz zawsze jedynie z tych, o których zapomniano celowo. Gdy zapytamy siebie, co z biegiem życia podlega wypieraniu, odpowiedź na podstawie tego, co powiedziano dotychczas, nie nastęrczy trudności: rzeczy nieprzyjemne i zakazane. Fakt, że łatwo bywa wypierane to, co nieprzyjemne, negatywne, kaidy może sprawdzić we własnym życiu. Pomyślmy o czasie minionym, a przypomnimy sobie raczej wiele rzeczy przyjemnych niż przykrych; mechanizm ten w dużej mierze w historii ludzkości wciąż na nowo prowadzi do powstawania bajki „o dawnych dobrych czasach”. Jeszcze silniej będą podlegały wypieraniu te tendencje, które zawierają zakazane, dla samego człowieka przykre i nieprzyjemne pragnienia popędowe. Już Nietzsche wyraził to następującymi słowami: „Uczyłem to, mówi moje sumienie, nie mogłem tego uczynić, mówi moja duma, i moja duma zwycięża”. W ten sposób wiele rzeczy, które rzucają na nas negatywne światło, zarówno czyny, jak i same tylko pragnienia, podlega prawdopodobnie wypieraniu. Trzeba tu

będzie postawić pytanie, czy skłonności te rzeczywiście mogą się stać nieświadome, czy też dana osoba wie o nich bardzo dobrze i tylko nie chce o nich wiedzieć? Naturalnie takie sytuacje również istnieją; jednak wtedy nie można mówić o wypieraniu. Wypieranie ma miejsce dopiero i tylko wtedy, gdy dana osoba rzeczywiście nie ma już pojęcia o istnieniu takich tendencji w samej sobie. Fakt, że fenomen ten jednak bardzo często występuje u człowieka i może decydująco wpływać na jego zachowanie, jest dziś na tyle wystarczająco udowodniony w niezliczonych analizach, że nie wolno już wen wątpić.

Omówimy teraz na przykładzie istotę takiego wypierania i wynikających z nich chorobliwych symptomów. Chcemy jednak od razu zauważyć, że ze względów dydaktycznych przedstawimy tu najpierw wypieranie w przypadku osobowości dorosłej. Jeżeli dorosły rozwiązuje konflikty przez wypieranie, to powstają u niego tak zwane reakcje neurotyczne (nazywane również nerwicami aktualnymi), podczas gdy nerwica „właściwa”, jak to pokazemy w rozdziale następnym, wywodzi się zawsze z aktów wypierania, które miały miejsce już w dzieciństwie. Nerwice i reakcje neurotyczne różnią się więc przede wszystkim momentem, w którym nastąpiło wypieranie; jednak pod względem podstawowych symptomów wynikających z wypierania wykazują pewne zbieżności, tak że w opisanej poniżej reakcji neurotycznej również możemy dostrzec niektóre prawidłowości zachowania neurotycznego.

Chodzi o 35-letnią kobietę, która już od 12 lat jest mężatką, jednak przez wszystkie te lata odmawia małżonkowi współżycia seksualnego. Gdy po ślubie miało po raz pierwszy dojść do zbliżenia, zareagowała silnym lękiem i odrzucała wszelkie próby zbliżenia. Nadzieja męża, że może to być tylko początkowa nieśmiałość, nie spełniła się; lęk trwał nadal. Pytana, czego się obawia, pacjentka początkowo nie potrafiła podać żadnego wyjaśnienia. Później uzasadniała swe zachowanie tym, że panicznie obawia się zejść w ciążę. Od młodości słyszała, że rodzenie jest zdarzeniem groźnym dla życia, pewna jej kuzynka zmarła przy urodzeniu swego pierwszego dziecka; wszystko to wywarło na niej tak silne wrażenie, że nie jest w stanie narazić się na niebezpieczeństwo zajścia w ciążę. Mąż długo był cierpliwy i miał nadzieję na zmianę tego zachowania. W ostatnim okresie jego żądania zaczęły być bardziej natarczywe, a im bardziej nalegał, tym bardziej ona stawała się niechętna, lecz także trwożliwa i niespokojna. Dopiero gdy doszło do niemal nieznośnych scysji, udała się do lekarza. Wywiad z pacjentką zmierzał przede wszystkim do określenia stosunków panujących w małżeństwie. Pacjentka zapewniała przy tym stale, że małżeństwo, pomijawszy przedstawioną trudność, jest bardzo dobre, że jest doskonale zgrana ze swym mężem i właściwie nie ma powodów do różnic. Została ona poddana psychoterapii, w trakcie której stopniowo powracała do świadomości agresja skierowana przeciw mężowi, wyparta do sfery nieświadomości. Byłoby błędem założenie, że pacjentka kłamała określając swoje małżeństwo jako dobre; powiedziała tylko to, co wiedziała, a więc to, co było dla niej świadome, i sądziła, że w ten sposób mówi całą prawdę. (Dlatego niektórzy autorzy zamiast „nieświadomy” używają wyrażenia „niewiedziały”.) Naturalnie bywają ludzie, którzy,

właścza w pierwszej rozmowie, celowo (jeszcze) się nie deklaruję, co nie jest wypieraniem, lecz świadomym zatajeniem. Tutaj natomiast mieliśmy do czynienia z wypieraniem, agresję ujawniły się dopiero po dłuższym czasie — a i wtedy następowało to stopniowo. Czego dotyczył one? Zaczęło się od tego, że rodzice pacjentki właściwie „wyszukali” jej męża; kierowali się w wyborze głównie tym, by znaleźć partnera, który później byłby w stanie poprowadzić przedsiębiorstwo będące ich własnością. A więc mężczyzna ten od początku poważnie rozczarował naszą pacjentkę, nie tylko swą aparycją, która nie odpowiadała jej od dawna pielęgowanym w wyobraźni pragnieniom, lecz jeszcze bardziej tym, że nigdy nie zajmował „męskiej” samodzielnej postawy, a raczej we wszystkich swych decyzjach okazywał się zależny od matki. Był więc cztowikiem, który nie wydawał się zdolny do dawania jej takiej ilości ciepła i miłości, jakiej oczekiwała. Wreszcie musiała nauczyć się coraz lepiej rozumieć, że wewnątrz był zajęty prawie wyłącznie swym zawodem, a ona sama zdawała się odgrywać w jego życiu jedynie małą, uboczną rolę. Wskutek tej sytuacji pacjentka popadła w konflikt pomiędzy sumieniem (chciała być dobrą córką i usłuchać usilnej rady rodziców, by wyszła za tego mężczyznę) a agresywną, popędową tendencją skierowaną zarówno przeciw mężowi, jak i przeciw rodzicom. Usiłowała rozwiązać konflikt przez wyparcie braku akceptacji i wydzwignięcie się do wyobrażenia, że kocha tego mężczyznę; w tym przekonaniu poślubiła go wreszcie. Interesujące, że pacjentka nigdy nie próbowała wyjawic mężowi swego niezadowolenia z tych spraw, nie powiedziała niczego również rodzicom, raczej „zdusiła” wszystko w sobie i wreszcie przeszła nad tym do porządku dziennego, jak gdyby nigdy „nic nie było”. Ale natychmiast po ślubie pojawiło się to dziwne zachowanie: rozwinął się lęk przed kontaktem małżeńskim, który uniemożliwiał go aż do chwili terapii.

Z przedstawionego tu pokrótce przypadku możemy się wiele nauczyć o mechanizmach neurotycznych.

1. Osobowość męża poważnie rozczarowała pacjentkę w jej wyobrażeniach o partnerstwie; wskutek tego rozczarowania narodziła się w niej agresja wobec męża, którą odczuwała jako coś niedozwolonego i zabronionego, jako niemożliwą do pogodzenia z sumieniem, i rozwiązała tak powstały konflikt przez jego wyparcie. Poszły w zapomnienie wszystkie zarzuty wobec niego i agresja, która rozwinęła się u niej na ich podstawie. Zamiast tego uwierzyła w istnienie bezproblemowej, jednolitej skłonności ku niemu. W rzeczywistości jednak była teraz owładnięta wewnętrznym rozdarciem: świadomej skłonności, do której wydzwignęła się przez nadkompensację (patrz rozdział 3.), sprzeciwiał się brak akceptacji wyparty do sfery nieświadomości — ten decydujący pierwotny skutek wypierania uczud negatywnych określamy jako ambiwalencję, zaś ambiwalencja jest podstawowym symptomem przebiegu wszelkich zaburzeń neurotycznych. Opisana nieświadoma dezaprobatą, jak gdyby wbrew świadomej woli pacjentki (bowiem stale oświadczała ona, że chętnie oddałaby się mężowi, gdyby tylko nie ten lęk, który jej to uniemożliwiała) zyskała wtedy swój zastępczy symboliczny wyraz w symptomie, jakim jest pojawiającego się lęku przed stosunkiem małżeńskim.



Umożliwia to dalsze zasadnicze stwierdzenie. Jeżeli człowiek pozostaje w konflikcie z jakąś tendencją, której zabrania mu jego sumienie, to ma on zasadniczo trzy możliwości: a) może popofolgować tej tendencji i uczynić to, co zakazane (w normalnych warunkach towarzyszy temu naturalne, w żadnym razie nie chorobliwe, poczucie winy); b) może z pomocą wszystkich swych sił pokonać niedozwolone pragnienie (przy czym pragnienie jako takie pozostaje stale świadome); c) może on wyprzedzić zakazaną tendencję, a więc odsunąć ją, zapomnieć o niej i wyprzeć się jej przed samym sobą. W tym kontekście nie sposób dostatecznie silnie podkreślić różnicy istniejącej pomiędzy przewyciężaniem a wypieraniem; szczególnie jasno muszą ją sobie uświadamiać wychowawcy, a także duszpasterze, którzy zbyt łatwo skłaniają się ku uznawaniu obu tych sposobów zachowania za jednakowo „korzystne” z ich punktu widzenia, bowiem w obu przypadkach nie dochodzi przecież do ustępstwa wobec zakazanej tendencji. U wszelkiego rodzaju przewodników duchowych często można stwierdzić nastawienie dające się sprowadzić do takiego mianownika: „Wszystko mi jedno, czy rzeczywiście przewyciężył, czy tylko wyparł, najważniejsze, że nic złego się nie dzieje”. Taki pogląd jest z medyczno-psychologicznego punktu widzenia absolutnie błędny. Z takich aktów wypierania wynikają bowiem neurotyczne sposoby zachowań, w decydujący sposób negatywnie wpływające na całość życia, również na jego aspekt religijny.

Rozpatrzmy z tego punktu widzenia jeszcze raz nasz przypadek. Żona wyparła agresję nie znalazłszy odwagi, by się z nią uporać. Niejaką rolę odgrywa w tym niekiedy pewien rodzaj wychowania, usiłujący nawet nie dopuścić do powstania myśli o czymś zabronionym (patrz rozdział czwarty). Gdy w kobiecie tej obudziła się agresja, była tym odkryciem tak dalece przestraszona, że w swym sumieniu nawet nie uznała za sensowne rozprawić się z nią. Tak więc droga do jej przewyciężenia była dla niej zamknięta i pozostawało jedynie szukać ucieczki w wypieraniu. Teraz jednak widzimy, co wyrasta z aktu wypierania: nie zrealizowana tendencja uzewnętrznia się wbrew woli pacjentki w chorobliwym symptomie neurotycznym, który bardzo dobrze, zastępczo i symbolicznie, wyraża brak akceptacji, a więc agresję wobec męża. Wypieranie ma więc wysoką cenę, gdyż teraz jest zagrożone całe życie rodzinne tej kobiety i nie potrzeba wyjątkowej fantazji, by sobie wyobrazić, że jej reakcja neurotyczna i wynikający z niej symptom (lęk przed pozyciem małżeńskim) mogą negatywnie wpływać na dalszy przebieg jej życia, być może nawet na jej życie religijne. Pierwszą nauką płynącą z opisanego przypadku można chyba podsumować stwierdzeniem, że akty wypie-

rania stanowią rozwiązanie jedynie pozorne, wywołujące poważne niebezpieczeństwo dręczącej symptomatyki neurotycznej. Freud przedstawił to za pomocą doskonałego porównania. Dobry nauczyciel tak długo będzie się ścierał z uczniem, który przeszkadza w klasie, aż upora się z nim w otwartym zmaganiu. Kiepski nauczyciel wystawi wicherzyciela za drzwi (to ostatnie działanie należałoby identyfikować z wypieraniem). Załóżmy, że nauczyciel zapomni o usunięciu dziecka (w przeciwnym razie nie miałoby miejsca wypieranie), a chłopiec zaczyna przeszkadzać klasie pukaniem i innymi sposobami: jak zaniepokojony będzie wówczas nauczyciel, skoro przecież nie wie, skąd się to bierze i co ma oznaczać (odczulby jednak zaraz ulgę, gdyby zrozumiał prawdziwe przyczyny zakłóceń). W ten sposób mamy do czynienia z taką samą sytuacją, jaka powstaje, gdy na miejsce wypartej tendencji pojawia się symptom neurotyczny, dla danej osoby całkowicie zagadkowy i niesamowity.

Wynika z tego jednocześnie, i e w celu zahamowania reakcji neurotycznych należy prawdziwie i poważnie zbadać sumienie oraz systematycznie ćwiczyć takie sposoby zachowania, które pozwolą uznać, jacy jesteśmy naprawdę. Niestety wciąż zdarza się, że przewodnicy duchowi usiłują przeszkodzić otwarciu rozprawianiu się z problemami w obawie, że mogłoby to być niekorzystne. W ten sposób dochodzi do niebezpiecznego wywoływania „aktów wypierania w wielkim stylu”, popieranych, a nawet uważanych za postępowe, mimo że w rzeczywistości stwarzają ogromne niebezpieczeństwa, jak to niezwykle celnie powiedział Rudin.

Tym samym nakreśliłmy zasadniczy problem zawsze występujący przy zajmowaniu się psychologią głębi. Chodzi w niej bowiem po pierwsze nie tyle o to, jak w szczegółach podchodzi się do odkrycia Freuda, Adlera, Junga (patrz rozdział 8.) i innych, ile o kwestię zasadniczą: czy należy przyjąć postawę, która otwarcie spojrzy w oczy wielorakim trudnościom człowieka i będzie gotowa zmagać się z nimi, do jakiego stopnia zdolna jest do tego słaba ludzka wola, czy posługując się sztucznym „nie-chcę-widzieć” oraz wypieraniem, popiera styl życia, który wprawdzie na zewnątrz sprawia wrażenie, że wszystko jest w zupełnym porządku, a w ludzkim wnętrzu powoduje najgorsze skutki? Gdzieś na tle tych dwu możliwości, oczywiście na zupełnie innej płaszczyźnie, znajduje się także para przeciwieństw: szczerłość–udawanie. W tym kontekście jednak również potrzebne wydaje się ostrożne przedniepohamowanie analizowaniem samego siebie, o którym poeta Morgenstern powiedział, że łatwo może się ono stać „wyższym nieróbstwem”. Taka nieopanowana „chęć zagłębienia do sedna rzeczy” (a również własnej osoby) jest

równie niebezpieczna z medyczno-psychologicznego, jak i z religijnego punktu widzenia. Wypaczenie „analitycznych punktów widzenia”, które stało się modne wśród określonych osób pragnących uchodzić za szczególnie postępowe (patrz np. na temat nadużywania psychoanalizy w Stanach Zjednoczonych), można bowiem z samego medycznego punktu widzenia oceniać jako chorobę. W przypadku takiego nadużycia (ale tylko w takim przypadku) może być częściowo uzasadnione powidzenie Karla Krausa: „Psychoanaliza jest tą chorobą, za której terapię się uważa”, a które poza tym należy całkowicie odrzucić. Na religijne niebezpieczeństwa niepoohamowanego analizowania i chęci poznawania samego siebie wskazał swego czasu Pius XII; do ostrzeżenia tego można się przyłączyć z medycznego punktu widzenia. Jak wielka nie byłaby potrzeba korzystania z danej jedynie człowiekowi możliwości autorefleksji (ileż nieszczęścia można by uniknąć w biegu historii przez krytyczne jej stosowanie!), to jednak przesada w tym względzie prowadziłaby do utraty tego spontanicznego niewymuszenia, z którego zrodziło się wiele ogromnych dokonań twórczych.

2. Na początku przebiegu wszelkich zaburzeń neurotycznych występuje konflikt między sferą popędów (określaną przez Freuda jako „id”) a sumieniem (w terminologii Freuda „super-ego”). Dana osobowość („ego”) nie jest zdolna rozwiązać tego konfliktu inaczej niż przez wyparcie pragnienia popędowego. W opisanym wyżej przypadku wygląda to tak: żona nie akceptuje męża, ponieważ nie odpowiada on jej z dawnym pragnieniom i wyobrazeniom; dlatego powstają w niej agresje przeciw mężowi, ale także przeciw rodzicom, którzy „wyszukali” jej tego męża i żądają od niej, by go poślubiła. Z drugiej strony jednak jej sumienie wymaga, by posłusznie spełniła życzenie rodziców. Widzieliśmy już, jak przez wyparcie agresji doszło u niej do pozornego rozwiązania konfliktu. Teraz jednak należy wykazać, że każdy symptom neurotyczny powstający w wyniku konfliktu „usuniętego” przez wypieranie, zmierza do zaspokojenia jednocześnie obu tendencji — wymogu popędu i sumienia. Stąd janusowe oblicze wszelkiej symptomatyki neurotycznej: z jednej strony jest ona zastępczym zaspokojeniem pragnienia popędowego — w naszym przypadku mającym miejsce w rzeczywistości odmowa pożycia seksualnego zastępczo wyraża uczuciowy brak akceptacji męża — z drugiej strony, każdy symptom neurotyczny zaspokaja również sumienie, gdyż jest on przeżywany w udręce, która jest podsuwana sumieniu jako pokuta. Okazuje się bowiem, że wszelki akt wypierania pociągają za sobą poczucie winy, a poczucie to dąży ku pokucie w formie kary: symptomatykę neurotyczną należy więc, przynajmniej częściowo, pojmować jako spełnienie

tego nieświadomego pragnienia kary, a mianowicie jako samoukaranie. W ten sposób, przez jednoczesne zaspokojenie, symptomatyka neurotyczna sprowadza do wspólnego mianownika oba te składniki „ego”, których sprzeczność dana osobowość nie była w stanie wytrzymać (i starała się rozwiązać ją przez wypieranie): popęd i sumienie. Można z tego wnosić, że wszelkie wypieranie jest związane z poczuciem winy, jakkolwiek przecież właściwie nie dzieje się nic niedozwolonego, gdyż nie folguje się pragnieniu popędowemu. Proces wypierania nie zawiera jednak prawdziwego odrzucenia czy przezwyciężenia określonych pragnień popędowych, a jedynie ich odsunięcie — unik, który najwidoczniej nieświadomie rodzi poczucie winy (jest tu pewna paralela z zachowaniem dziecka, które utożsamia myśli z czynkami).

By raz jeszcze powrócić do „janusowego charakteru” wszelkiego symptomu neurotycznego: osoba doświadczona często już z samego rodzaju symptomatyki, naturalnie z całą ostrożnością i powściągliwością, będzie mogła wyciągnąć wnioski co do rodzaju konfliktu leżącego u podstaw: w naszym przypadku symptomatyka opisywanej kobiety pozwala powziąć przypuszczenie (zanim jeszcze potwierdzi to analiza), że nieświadomie nie akceptuje ona męża; wyraża ten brak akceptacji zastępczo przez niedopuszczanie do pożycia, a jednocześnie karze siebie za ten brak akceptacji przez pełne udręki przeżywanie swych symptomów.

3. Trzeba z naciskiem podkreślić, że każdy akt wypierania odbywa się pod wpływem sumienia; podlegać wypieraniu mogą jedynie te tendencje, które popadają z nim w konflikt. W ten sposób strukturze sumienia przypada decydujące znaczenie w powstawaniu nerwicy: im węższe, surowsze sumienie, tym większa groźba neurotyzacji. Gdyby w naszym przypadku opisana kobieta miała sumienie, które powiedziałyby jej: „Oczywiście, czcij ojca i matkę, ale wybór partnera jest tylko twoją sprawą, tutaj rodzice nie mają żadnych praw”, to nie popadłaby w konflikt, o którym potem sądziła, że potrafi go rozwiązać tylko przez wypieranie. Rozumie się samo przez się, że nie propagujemy w ten sposób rozluźnienia struktury sumienia, lecz tylko usunięcie tych jego elementów, które treściowo są nie do utrzymania i okazują się stymulatorami chorobliwego rozwoju neurotyzacji. Wydaje się, że w ten sposób dotknęliśmy punktu ciężkości nauki o nerwicach, lecz także ogólnie pojętego zdrowia psychicznego, któremu trzeba będzie poświęcić później odrębny rozdział (rozdział 4.).

4. Nasz przypadek dobrze pokazuje, że symptom neurotyczny jest w gruncie rzeczy, by posłużyć się wyrażeniem fachowym, „irracjonalny”. Nagle żona odmawia sobie swemu mężowi; dlaczego tak czyni, albo powiedzmy

dokładniej: dlaczego musi tak czynić. początkowo dla niej samej jest zagadką. Świadczy to o tym, że zachowanie neurotyczne nie ma nic wspólnego z rozumem. Symptom zostanie pozbawiony swej zagadkowości dopiero wtedy, gdy kobieta pojmie, że jest to wyraz jej nieświadomych uczuć (agresji) w stosunku do męża. Skoro jednak (wskutek wypierania) nic nie wie o tych agresjach, przeżywa tę sytuację tak: „Kocham bardzo mojego męża, chciałabym się mu też całkiem oddać, ale z zagadkowych powodów nie mogę tego uczynić”. Zmieniła więc swój konflikt: „Chcę, ale i nie chcę” w konflikt: „Chcę przecież, ale nie mogę” — proces bardzo typowy przy nerwicy. Człowiek nie wytrzyma długo takiego „nieuzasadnionego” zachowania, musi znaleźć jakiś powód, a gdy nie może odkryć prawdziwego (jest to niemożliwe tak długo, jak długo agresje pozostają wyparte), będzie szukał innego i traktował go jako przyczynę swego zachowania; innymi słowy, będzie on rozumowo wyjaśniał swój irracjonalny symptom i „racjonalizował” go w ten sposób. Widzimy, jak uczyniła to nasza pacjentka: skoro prawdziwy powód (brak akceptacji męża) pozostaje dla niej ukryty, znajduje ona inny, mianowicie lęk przed porodem. Łatwo dostrzec wielkie niebezpieczeństwa, jakie niesie ze sobą taka racjonalizacja: prowadzi chorego, ale także jego najbliższe otoczenie, o ile nie jest ono obeznane z prawidłowościami zachowania neurotycznego, na fałszywy trop. Teraz kobieta ta zaczyna borykać się z problematyką rodzenia (mimo że problem jest zupełnie inny), a otoczenie usiłuje uwolnić ją od lęku przed porodem. W nadziei dopomożenia pacjentce przytacza się jej przykłady niezliczonych kobiet, które rodziły bez jakichkolwiek komplikacji. Któregoś dnia będzie musiała zrozumieć — tak uważają — i e jej zmartwienie jest nieuzasadnione i bezgranicznie przesadzone. Cały świat zajmuje się więc sprawą, która w gruncie rzeczy nie ma nic wspólnego z problemem pacjentki i prowadzi w ten sposób, jak niegdyś Don Kichot, bezskuteczną walkę z wiatrakami.

Takie racjonalizacje, często zwodnicze w swym logicznym charakterze, są jedną z najniebezpieczniejszych stron zachowania neurotycznego. Jeśli się ich nie przejrzy, można się wplątać w beznadziejną, nigdy nie kończącą się utarczkę. Praktyka uczy, że nawet ludzie bardzo doświadczeni mogą paść ofiarą takich racjonalizacji.

5. Przedstawiony przypadek dowodnie ukazuje, że neurotyczne sposoby zachowania całkowicie wy^{my}kają się; woli człowieka. Jak już zaznaczyliśmy na początku, w dużej mierze dlatego naukę o nenvicach przyjmowano w niektórych kręgach od samego początku z nieufnością i sceptycyzmem: fakty przemawiają jednak językiem, którego nie można nie rozumieć. Nasza pa-

cientka może się jeszcze bardziej starać i wysilać, ale nie pozwoli jej to prze-
móc tej absolutnej niezdolności do obcowania seksualnego z mężem, jak
przeżywa; przeciwnie, im bardziej będzie „się starać”, tym bardziej, rzecz
zrozumiała, będzie spięta. Wraz z aktywizacją Świadomego „chcienia”
wzmocnione jest bowiem również jego nieświadome przeciwierstwo (nie-
chcenie). Teoretycznie z pewnością doskonale brzmi, gdy stale powołujemy
się na wolną wolę człowieka we wszystkich sytuacjach życiowych (jakkol-
wiek teolodzy przy całym podkreślaniu stanowiska indeterministycznego po
wielokroć przestrzegali przed przeakcentowywaniem wolnej woli.) Z tym
teoretycznym stwierdzeniem w wielu rzeczywistych przypadkach niewiele
jednak można począć. Im więcej doświadczenia ma duszpasterz, tym lepiej
zna te trudności; wynika stąd większa otwartość wobec nauki o nenvicach,
sprawiająca, że takie zaimanie wyda się częściowo możliwe do wyjaśnienia
i — co bardzo istotne — również uleczalne.

Zbędne jest tutaj podkreślanie, że w żadnym razie nie każde zalamanie
woli ma charakter neurotyczny. Człowiek może również bez jakiegokolwiek
nenvicy ponieść klęskę w swych usiłowaniach, gdyż — jak to mówi łacińskie
przysłowie — „duch wprawdzie ochoczy, ale ciało mdłe”. W takich przypad-
kach trzeba będzie się starać poprawić wolę; tam jednakże, gdzie w grę wcho-
dzi zachowanie neurotyczne, apelowanie do woli będzie nie tylko bezsensowne,
lecz ponadto pograży daną osobę w rozpacz: zostanie ona bowiem poddana
wzmoionemu naciskowi, nie będąc z tego powodu w stanie uczynić tego,
czego się od niej wymaga.

6. Przypadek ten wskazuje wreszcie na problematykę psychoterapii. Jej
zadaniem jest zasadniczo, jak to później jeszcze wykazemy (patrz roz-
dział 8.), przywrócenie do świadomości tego, co nieświadome, i w ten sposób
usunięcie nenvicy. Tak więc w naszym przypadku kobieta musi uświadomić
sobie swe liczne agresje wobec męża (a także rodziców); wtedy będzie znała
prawdziwy powód powstrzymujący ją od życia z nim w pełnej wspólności
małżeńskiej. Bez wątpienia to ujawnienie spowoduje takie obciążenia. Ko-
bieta uświadomi sobie swoje agresje wobec matki, zacznie rozumieć, jak
bardzo został on jej narzucony, w jakim zakresie odbiega on od jej idealnego
wyobrażenia o partnerze i jak ją rozczarował. Innymi słowy: psychoterapia,
jeżeli powiedzie się ujawnienie czynników nieświadomych, doprowadzi do
decydującej, trudnej rozprawy z kwestią: „Czy mogę utrzymać to małżeń-
stwo, jeśli żywię takie uczucia wobec męża?” Przypomnijmy sobie, że wypie-
raniu podlegają tylko rzeczy nieprzyjemne, przykre: wszelkie ujawnienie te-
go, co zostało wyparte, musi więc być odczuwane jako niemiłe i przykre

(można nawet powiedzieć: jeżeli nie boli, to jest bezwartościowe, bo najwidoczniej nie odkryto niczego rzeczywiście znaczącego), a stawia teraz człowieka dodatkowo przed tym wyborem, którego pierwotnie chciał on uniknąć przez wypieranie. Innymi słowy: ujawniająca kuracja psychoterapeutyczna niesie ze sobą wielorakie uciążliwości dla pacjenta (patrz dalej również w rozdziałach 6. i 8.). Dlatego zrozumiałe jest samo przez się, że żadnemu poważnemu psychoterapeucie nie przyjdzie do głowy podjęcie analizy ujawniającej bez wazkich przyczyn medycznych, a więc bez istnienia wyraźnej symptomatyki neurotycznej (w tym kontekście nie sposób znowu nie przestrzec przed nierozważnym stawianiem pytań w analizie). Jednak z drugiej strony, z punktu widzenia medycyny, tam, gdzie wykazano istnienie nerwicy (lub reakcji nerwicowej), psychoterapia ujawniająca jest absolutnie wskazana i tym samym usprawiedliwiona; ha. stanowi ona wręcz jedyny środek do usunięcia nerwicy, która tak bardzo utrudnia drogę życiową i kształtowanie życia choremu, a tym samym przysparza cierpienie jego otoczeniu.

Powróćmy teraz do małżeństwa naszej pacjentki: skutek ujawnienia agresji żywionych wobec męża może ona definitywnie się załamać, ale może też dzięki temu wkroczyć na drogę nowego funkcjonowania, albo raczej dopiero zacząć funkcjonować (dotychczas była przecież tylko zewnętrzną atrapą); ta ostatnia możliwość w żadnym razie nie zaistnieje bez terapii. Nasza pacjentka odkryła więc agresję, jakie żywi wobec swego męża i musi teraz poszukać możliwych rozwiązań. Być może dojdzie do wniosku, że była w ocenianiu swego męża zbyt surowa albo zbyt wrażliwa; być może stwierdzi, że z mężem można jednak porozmawiać rozsądnie, że nie padło jeszcze ostatnie słowo, dotyczące jego osoby, że można go, jak każdego człowieka, zmienić przynajmniej w pewnych granicach: być może uzna też, że brak akceptacji dla jego osoby dotyczy wcale nie jego, lecz rodziców, którzy jej go narzucili, a więc w gruncie rzeczy uczucia te stanowią projekcję; być może uzna sytuację za beznadziejnie zabagnioną i wyciągnie konsekwencje w postaci decyzji o rozwodzie. Jakkolwiek by nie było, trzeba z naciskiem powiedzieć, że ostateczna decyzja co do przyszłego postępowania należy do pacjentki, że to ona musi wyciągnąć wnioski i podjąć działania, że obarcza ją tym samym odpowiedzialność, której nikt nie może z niej zdjąć, a już na pewno nie terapeuta. Ważne jest tylko, by była to rzeczywiście jej decyzja, by nie zapadła ona ani wskutek manipulacji, ani ponownego aktu wypierania; bowiem w obu tych przypadkach trzeba byłoby się liczyć z ponownym wystąpieniem symptomów neurotycznych.

7. Teraz więc opisywana kobieta przechodzi kurację psychoterapeutyczną.

Ale czy jest z tego powodu uzasadnione pogardzanie nią, jak to niestety ciągle tu i ówdzie ma jeszcze miejsce, gdy dowiadujemy się, że... Ta kobieta nie jest ani symulantką, usiłującą osiągać jakieś korzyści przez udawanie choroby, ani „biedną wariatką”, i nie należy oceniać jej jako człowieka niższej jakości. Dziś pójdzie do psychiatry w żadnym razie nie oznaczając, że cierpi się na chorobę umysłową. Od czasu odkrycia Freuda psychiatra zajmuje się również, ba, nawet przede wszystkim zaburzeniami „tylko” psychicznymi, przede wszystkim nerwicami. (Przy okazji: czy nie jest taką samą niesprawiedliwością deprecjonowanie i stygmatyzowanie rzeczywiście chorego umysłowo, a więc cierpiącego na psychozę? Czy każdego z nas, bez wyjątku, nie może osiągnąć podobny los? Jedną z najgorszych postaci ludzkiej pychy jest wyobrażenie sobie, że samemu jest się odpornym na to niebezpieczeństwo, że w żadnym razie nie może ono osiągnąć nas.)

Postrzegajmy więc tę kobietę realistycznie: jako człowieka, który nie zdołał rozwiązać swych konfliktów sam, który teraz swymi symptomami głośno woła o pomoc, który pomoc tę może, jak każdy chory, otrzymać u kompetentnego specjalisty, w tym przypadku u psychiatry. Jego starania terapeutyczne wspierajmy przez sprzyjanie możliwie korzystnemu, pełnemu zrozumieniu klimatowi psychicznemu zarówno w sprawach małych, jak i w wielkich,

Przedstawiony przypadek umożliwił nam gruntowny wgląd w istotę konfliktu neurotycznego i neurotycznego zachowania. Zaraz na wstępie podkreślono jednak, że chodziło tu jedynie o reakcję nerwicową na aktualną trudność (rozczarowanie mężem). Problematyka nerwicy jest o tyle bardziej skomplikowana, że wywodzi się już z dzieciństwa. Reakcja nerwicowa, jaką tu opisaliśmy, może się rozwinąć u każdego człowieka, jeśli próbuje on zapanować nad jakąś trudnością przez wypieranie. Nerwicy natomiast może się nabawić tylko ten, u którego konflikt neurotyczny rozwinął się już w dzieciństwie.

Powstawanie nerwicy

Dziecko nie staje się dopiero człowiekiem, ono nim już jest. W losach życia dzieciństwo jest górą, z której przed życia bierze swój początek, swój rozpęd i swój kierunek.

(Janusz Korczak, *Jak kochać dziecko*)¹

Kto uważnie przeczytał rozdział pierwszy, doszedł zapewne do wniosku, że reakcja nerwicowa stanowi w pewnym sensie również problem moralny. Pacjentka, którą pokazaliśmy jako przykład, nie jest chyba odpowiedzialna za fakt, że odmawia sobie swemu mężowi, gdyż jej zachowanie nie jest racjonalne i wymyka się woli. Ale można by przynajmniej częściowo obarczyć ją odpowiedzialnością za to, że wyparła te tendencje, z których wyniknął symptom (agresje przeciw mężowi i rodzicom), zamiast starać się uporać z nimi na płaszczyźnie świadomości. Dorosły, jak to wykazaliśmy, ma wprawdzie zawsze możliwość wypierania, ale nie musi wypierać. Teraz wykazaliśmy już, że prawdziwa nerwica — w przeciwieństwie do reakcji nerwicowej — powstaje już w najwcześniejszym dzieciństwie. Tutaj sytuacja jest zupełnie inna. Jeśli w dziecku obudzą się agresje przeciwko najbliższym członkom rodziny (ojciec, matka), to nigdy nie ma ono tych trzech możliwości, którymi dysponuje dorosły, a mianowicie rozładowanie, przewyciężenie i wypieranie. Dziecko nie ma możliwości sozjadowania agresji przeciw rodzicom, ba, choćby tylko myślowego obstawania przy niej; w całym swym ist-

¹ J. Korczak zginął 5 sierpnia 1942 r. w komorach gazowych Treblinki; w 1972 roku otrzymał pośmiertnie nagrodę pokojową niemieckiego handlu księgarskiego.

nieniu jest zależne od rodziców i zorientowane na nich, dlatego agresja przeciw nim byłaby nie do pogodzenia z egzystencją. Z drugiej strony dziecko jest istotą umysłowo jeszcze o wiele za mało zróżnicowaną, by móc przewyciężać agresje. Wynika stąd, że gdy budzą się w dziecku agresje, pozostaje tylko jedna możliwość, mianowicie wypieranie: a więc musi ono wypierać. Często akt wypierania odbywa się u dziecka w ten sposób, że pewne nieprzyjemne odczucia (np. agresje przeciwko rodzicom), jako niemożliwe do pogodzenia z egzystencją, a tym samym „niegodne świadomości”, wcale nie są nawet do niej dopuszczane; ma więc miejsce jakby precenzura — ponowne uświadomienie sobie takich wcześniej i szczególnie głęboko wypartych uczuć jest odpowiednio trudniejsze niż w przypadku stosunkowo niedawnych aktów wypierania u dorosłego (co chyba oznacza, że reakcje nerwicowe są znacznie łatwiejsze do wyleczenia niż wywodzące się z dzieciństwa nerwice). W każdym razie w przypadku „prawdziwych” nerwic, w związku z opisaną historią ich powstawania, nie można w żadnym razie mówić o problemie moralnym. Nie jest również możliwe szukanie wśród nich nerwic „pochodzenia noogenego”, jak to czyni Frankl. Okres powstawania nerwic, dzieciństwo, jest jeszcze bardzo daleki od problemów umysłowych i tym silniej działają w tym okresie uczucia. (Problemy umysłowe mogą później stwarzać sposobność do wypierania u dorosłego i tym samym prowadzić do wystąpienia reakcji nerwicowych — jednak nawet w takiej sytuacji dominują problemy emocjonalne.)

Z tego, co powiedzieliśmy, wynika po pierwsze ogromna doniosłość pierwszych lat życia z punktu widzenia psychohigieny. Okres ten, którego jeszcze dziś w tak karygodny sposób nie doceniarny — najwidoczniej sądząc, że małe dzieci nie mogą mieć wielkich problemów, albo dlatego, że w ogóle nie doceniarny świata uczuć i godzinę narodzin „właściwego życia” utożsamiamy z rozwojem umysłowym — przynosi pierwsze wielkie rozstrzygnięcie w sprawie psychicznego zdrowia lub choroby człowieka. W każdej dziedzinie, w której prowadzono w naszym stuleciu badania psychologiczne, stało się nowo potwierdzane fundamentalne odkrycie Freuda na temat znaczenia dzieciństwa. Musi tak być, ponieważ u dziecka sfera uczuć dominuje nad wszystkim innym, a tym samym jest ono nieodwołalnie od niej zależne, bez jakichkolwiek możliwości korekty czy kompensacji.

Po drugie jednak z wywodów tych wynika, dlaczego w dzieciństwie będzie powstawała nerwica wskutek sytuacji wywołujących agresje dziecka wobec najbliższych mu osób. Agresje te muszą podlegać wypieraniu i w ten sposób w dziecięcej duszy powstaje już to pierwsze i decydujące rozdarcie neurotyczne pomiędzy świadomą skłonnością a nieświadomą niechęcią, które

określany jako ambiwalencję (patrz rozdział 1.). Takie agresje dziecka — nie można tego wystraszająco często podkreślać — są wywoływane nie przez jednorazowy uraz psychiczny, lecz zawsze przez długotrwałą sytuację traumatyzującą. W analizach osób dorosłych wprawdzie wcale nierzadko zdarza się, że w pamięci zachowywane jest jakiegoś szczególnie traumatyzujące zdarzenie z dzieciństwa. Takie przeżycie występuje wtedy jednak tylko zastępczo, można powiedzieć: jako koncentrat, „wspomnienie-przykrywka” dla dłuższego okresu, w którym dziecko doznawało urazów psychicznych. Wszystko to ukazuje tę niebywałą odpowiedzialność, którą rodzice i wychowawcy powinni ponosić za zdrowy rozwój psychiczny dziecka. Decyzyja o tym, czy dojdzie, czy nie dojdzie do zneurotyzowania młodszego pokolenia, spoczywa w głównej mierze w ich rękach. Ślad też najwyższa zasada profilaktyki neurotycznej mogłaby brzmieć: „Unikajcie wszyściego, co może spowodować w dziecku niepotrzebną agresję przeciwko wam!”. Zdania tego nie wolno zrozumieć błędnie, choćby w ten sposób, że powinno się ustępować dziecku we wszystkim (jak to nieśwety czas jakiś temu miało miejsce w Stanach Zjednoczonych wskutek błędnych interpretacji nauk Freuda)? Życie człowieka jest ułożone w ten sposób, że musi on coraz bardziej przechodzić od zasady przyjemności do zasady rzeczywistości. Dziecko przechodzi na świat ze skłonnością do zaspokajania swych wielorakich pragnień. Później musi krok po kroku uczyć się rezygnacji z ich zaspokajania; może to nastąpić jedynie pod wpływem zabraniającego i kierującego wychowania. Zakazy te stanowią konieczność, więc nie prowokują u dziecka decydujących agresji neurotyzujących. Jeśli nawet skutek tych zakazów dziecko musi z różnych rzeczy zrezygnować, to jako szczerą rekompensatę otrzymuje miłość rodziców. Nie fakt wypowiedziania zakazów prowokuje dziecięce agresje (w przeciwnym razie każde dziecko musiałoby być neurotyczne); są one wywoływane przez brak przychylności, dowodów miłości i przez napięcia wewnątrzrodzinne: a właśnie w tym względzie dziecko jest nieskończenie wrażliwe, o wiele trudniejsze do zmielenia niż na przykład my, próżni dorośli; dziecko natychmiast dostrzega, czy to, co „dużi” okazują, jest tylko udawane, czy wynika z prawdziwej miłości. Widzimy więc, że rozwój nerwicy nie stanowi już już podkreślaniny, problemu moralnego dla danej osoby, gdyż w tym wieku nie jest ona jeszcze odpowiedzialna, lecz jest jednak (tym bar-

² Porównaj stwierdzenie Freud'a w jego autobiografii z 1925 r.: „Psychoanaliza jest w Ameryce niebylewale popularna wśród laików, a przez wielu oficjalnych psychiatrów uznawana za ważny składnik kształcenia medycznego. Nieśwety doznała także wielu zmian. Niejedno nadzycie, nie mające z nią nic wspólnego, odkrywa się jej imieniem”.

dzieci) problemem moralnym dla tych, którzy go rozpełniają. W tym kontekście należy wyjaśnić dwie kwestie: trzeba podkreślić, że chyba w każdym dziecku, nawet bardzo odpowiednio traktowanym, powstają agresje, które podlegają wypieraniu. Pomysłmy choćby o falcie, że każde dziecko ma nieopisanie idealne wyobrażenie na temat rodziców, a więc wyobrażenie, co do którego rzeczywistość musi je rozczarowywać, co wywołuje agresje. Chodzi bowiem nie tyle o fakt wyparcia agresji (występuje ono u każdego dziecka), lecz o rozmiar i rodzaj wypieranych agresji. Należy również z naciskiem podkreślić, że trwanie takich traumatyzujących, prowokujących agresje sytuacji naraża wprawdzie dziecko na niebezpieczeństwo zachorowania na nerwicę, jednak o żadnej sytuacji z dziecięcego życia nie można twierdzić, że musi ona tę nerwicę powodować.

Możemy więc jedynie powiedzieć, że w faktach tych zawiera się niebezpieczeństwo neurotyzacji i że dlatego musimy w miarę możliwości unikać takich sytuacji. To, że w określonych przypadkach dochodzi do nerwicy a w innych nie, wydaje się zależeć od całościowej konstelacji, która za każdym razem jest inna. Być może współgrają tu czynniki, o których wiemy dziś niewiele: możliwe nawet, że istnieje pewna predyspozycja do nerwicy.

Jednak na pytanie, czy nerwica jest chorobą dziedziczną, możemy odpowiedzieć tylko zdecydowanie przecząco. Stało się już dla nas jasne, że w przypadku nerwicy chodzi o konflikt wewnątrzpsychiczny; jest całkowicie wykluczone, by mógł być on dziedziczny. Rozwija się on raczej, jak już powiedzieliśmy, często wskutek niewłaściwego zachowania rodziców. Można tu zacytować słynne powiedzenie Wagnera-Jaurega²: „Chory przodek szkodzi potomkowi w dwojaki sposób: raz przekazując mu kiepską masę genową, po drugie zaś w ten sposób, że zmusza go do życia ze sobą”. Coraz częściej matki przechodzą do nas i mówią: „Jestem nerwową kobietą, moje dziecko ma teraz dopiero kilka miesięcy, a też jest już tak samo nerwowe jak ja. Trudno uwierzyć jak szybko dziedziczy się takie właściwości”. No, z dziedziczeniem ma to z reguły mało wspólnego. Nie wolno nam przeoczyć sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko po urodzeniu. Są dorośli, ci wszechpotężni, którzy bez trudu mogą i potrafią, i jest dziecko, bezsilne i całkowicie na nich zdane. W tej sytuacji dziecko stosuje mechanizm pomocniczy, „identyfikację” (patrz rozdział 3.). Zaczyna więc naśladować rodziców, by stać się równie silne i bezpieczne jak oni. Jest teraz oczywiste, że przy tej identyfikacji wszystkie właściwości, jakie demonstrują rodzice (przy czym właśnie w pierwszych latach główny ciężar spoczywa na przykładzie ze strony matki), są przejmowane: nic dziwnego, że potem dziecko jest zupełnie takie „nerwowe”

jak matka. Nerwowa matka wywarza zawsze niepewną atmosferę; a właśnie poczucia bezpieczeństwa dziecko potrzebuje w pierwszych latach swego życia najbardziej. Na niepewność będzie ono więc reagowało lęklivością i dlatego wkrótce będzie tak niespokojne jak matka.

Zanim zajmniemy się sytuacjami mogącymi spowodować neurotyzację dziecka i omówimy te symptomy, którymi reaguje ono już w najwcześniejszych latach życia na neurotyzację, chyba dobrze będzie wskazać trzy czynniki, które na ogół wpływają na normalny rozwój dziecka. Są to:

1. *Dziedziczność.* Nawet w kręgach, które zasadniczo wyznają indeterminizm, zdecydowanie przecenia się dziedziczność. Na przykład pewna siostra zakonna nie została dopuszczona do wieczystych ślubów, gdy przypadkowo wyszło na jaw, że jej brat cierpiał na epilepsję, która wystąpiła na skutek zranienia w czasie wojny. Bez trudu można by przedstawić szereg takich przykładów. Dlatego stale trzeba podkreślać, że w przypadku właściwości odziedziczonych mamy do czynienia z możliwościami, a nie z czymś koniecznym. Człowiek, a więc odpowiedzialna osobowość, sam ostatecznie decyduje, co zrobi z otrzymaną spuścizną.

2. *Środowisko.* Z biegiem rozwoju historycznego, na przełomie ubiegłego i obecnego stulecia w miejsce dziedziczności zaczęto coraz bardziej akcentować wpływ środowiska. Postęp osiągnięty w ten sposób okazał się nieznaczny z tego względu, że miejsce jednego podejścia deterministycznego zdawało się zajmować inne. W rzeczywistości jednak środowisko jest czymś w równie małym stopniu nieuniknionym, jak dziedziczność. Środowisko kształtuje człowieka, ale z kolei człowiek może wpływać modyfikując na swoje środowisko. Niezliczone przypadki praktyczne dowodzą możliwości przemiany całej atmosfery środowiska. Przy ocenie tego czynnika mamy więc równie mało powodów do fatalizmu i rezygnacji, co przy ocenie dziedziczności.

3. *Utrwalenie.* Każdy człowiek może się przekonać o tym, że w pewnych sytuacjach pewne typowe sposoby zachowania stały się dlań do tego stopnia właściwe, że można by określić je jako składnik jego charakteru. Często są z nim tak zrośnięte, że wcale nie przychodzi mu na myśl, iż mógłby postępować również inaczej. Mówimy o „utrwalonych sposobach zachowania” i z wielu studiów wiemy dziś z pewnością, że wywodzą się one z wczesnego dzieciństwa. Struktura rodziny, sposób bycia i zachowanie rodziców odgrywają przy tym decydującą rolę. Skoro właśnie mechanizm utrwalenia ma pewien związek z nauką o nerwicy, wyjaśnimy takie częściowe utrwalenie na przykładzie.

Chodzi o 26-letnią pacjentkę, która już przed 5 laty trafiła do kliniki psychiatrycznej z powodu próby samobójczej. Podjęła wtedy tę próbę po rozpadnięciu się narzeczeństwa. Z

ówczesnej historii choroby wynika, że zasypywała swego narzeczonego prezentami (między innymi finansowała mu zakup samochodu) i że mężczyzna ten potem w najprawdziwszym sensie tego słowa „odjechał” na zawsze. Teraz znowu trafiła do kliniki z powodu stanu depresyjnego, a czytając historię choroby ma się wrażenie, że jej autor pomylił się: obecna historia pokrywa się bowiem niemal dokładnie z poprzednią. Znowu zaangażowała się w finansowanie kupna samochodu i znowu musiała patrzeć, jak mężczyzna obwoził tym samochodem inne kobiety, a w końcu definitywnie odsunął się od niej. W okresie między tymi dwoma zapisami nie powiodły się dwa kolejne związki, przy czym również tutaj poczyniła znaczne nakłady finansowe. Rozumiemy chyba, że pacjentka jest dotknięta i oburzona, a przedstawia ten stan rzeczy mniej więcej tak: „Za każdym razem byłam gotowa do największych ofiar i za każdym razem zawiódłam się haniebnie”. Nie dostrzega ona jednak, że właściwie nigdy nie ogarnęła istoty prawdziwego kontaktu międzyлюдzkiego, że zna tylko jeden sposób „miłości”, a mianowicie kupowanie sobie mężczyzny. Można tutaj rzeczywiście mówić o utrwalonym, stale powtarzającym się sposobie zachowania. Można teraz bez trudu ukazać, jak powstało to utrwalenie, które określiło i spacyzyło całą dotychczasową drogę życia pacjentki. Jest ona nieślubnym dzieckiem, które matka wcześniej sprzedała za znaczną kwotę bogatym przybranym rodzicom. Pozostawali oni bezdzietni i nie mieli głębszego pragnienia niż wychowanie dziecka. Dlatego też zasypywali naszą pacjentkę wszystkim, co tylko można pomyśleć, stosowali więc zasadę kupowania sobie jej miłości pieniędzmi. Jednocześnie od czasu do czasu prawdziwa matka pojawiała się u przybranych rodziców, by w drodze szantażu otrzymywać pieniądze za dalsze pozostawienie dziecka. Widzimy więc, jak u pacjentki od dzieciństwa wytworzył się związek pomiędzy miłością a pieniędzmi, jak tym samym utrwalili się w niej wtedy ów sposób zachowania, który później stosowała wobec mężczyzn.

Trzeba teraz z naciskiem podkreślić, że nawet tego utrwalenia nie wolno pojmować w sensie deterministycznym. Utrwalenia są niezmiennie u zwierzęcia, u człowieka natomiast mogą być w każdej chwili zmienione. Specjalna technika terapeutyczna „terapia zachowań”, pracuje od pewnego czasu nad „przewarunkowywaniem” takich „otruchów warunkowych”. Najpierw trzeba osiągnąć to, że niekomicznie musi się być takim, jakim się jest. Przy takich utrwaleniach mogą jednak odgrywać wielką rolę nie tylko czynniki świadome, lecz także nieświadome (stąd ściśle powiązania z nauką o nerwicy): wzór utrwalony w dzieciństwie może być więc neurotycznym wzorcem zachowania. W takim przypadku zmiana będzie możliwa dopiero po ujawnieniu nieświadomych składników wzoru, a w ten sposób znowu dotarliśmy do powstawania nerwicy w dzieciństwie.

Jeśli chcemy zrozumieć sytuacje mogące prowokować u dziecka szczególne agresje, a tym samym wywoływać konflikt neurotyczny przez ich nieuniknione wywieranie do nieświadomości, to musimy znać prawidłowości rozwoju wczesnodziecięcego, które po raz pierwszy ukazała psychoanaliza. Z tych prawidłowości wynikać bowiem, że w pewnych momentach rozwoju dziecka za każdym razem inne urazy wywołują jego neurotyzację i że później

dziecko w każdej fazie tego rozwoju reaguje na neurotyzację inaczej, w sposób specyficzny dla danej fazy.

Z tego punktu widzenia wyróżniamy następujące stadia rozwoju wczesnodziecięcego:

1. *Wczesne stadium oralne* (1. rok życia). Akt ssania znajduje się wówczas w centrum uwagi dziecka. Chodzi przy tym nie tylko o tak konieczne przyjmowanie pokarmu; jedzenie oznacza zarazem czerpanie miłości i poczucia bezpieczeństwa. Właśnie w tej fazie poczucie ciepła i bezpieczeństwa mają szczególne znaczenie. Są badacze, którzy mówią także o „stadium dermatalnym”, obejmującym pierwsze miesiące życia, bowiem właśnie w tym okresie także skóra zdaje się mieć szczególne znaczenie jako organ, za pomocą którego odczuwamy styczność z otoczeniem, przede wszystkim z matką, jak również wyodrębnienie własnego ciała.

2. *Późne stadium oralne* (koniec 1. roku życia). Nastaje ono wraz z rozwinięciem się narządów gryzienia i na pierwszy plan wysuwa tendencję do zapanowania nad żywieniem — później także nad innymi rzeczami — za pomocą ust (ewentualne nieszczeczenie, rozgryzanie). Do tego czasu dziecko musiało nauczyć się dopasowywać przyjmowanie pokarmu do swego otoczenia społecznego: dostaje ono pić tylko w pewnych porach, między którymi zaś spokojenie oralne nie jest zagwarantowane. W związku z tym występują teraz uczucia zazdrości o żywienie i rywalizacji, gdyż dziecko w tym okresie musi walczyć o swoje żywienie i zaspokajanie popędów.

3. *Wczesne stadium analne* (2. rok życia). Charakteryzuje się tym, że uwaga zostaje skierowana na wydalanie. Początkowo dziecko nastawione jest zupełnie pozytywnie do swoich ekskrementów. Uwaga dorosłych sprzyja tej tendencji; mycie i pielęgnacja związanych z tym narządów sprzyja wywyławianiu u dziecka uczucia przyjemności.

4. *Późne stadium analne* (3. rok życia). W tym okresie dziecko musi nauczyć się czystości. Powstrzymywanie stolca, a więc rezygnacja z czegoś, co chętnie by się zrobiło, staje się osiągnięciem, które jest nagradzane miłością. Powstrzymywanie popędów, by w ten sposób otrzymywać miłość, zostaje włączone w rozwój osobowości jako nowa zdobycz.

5. *Tak zwana faza edypalna* (4.-5. rok życia). Dziecko zaczyna od tej pory intensywnie zajmować się odmiernością obu płci, zwłaszcza sytuacją w rodzinie, a więc istnieniem dwojga rodziców reprezentujących te płci; odczuwa ono szczególną skłonność do tego rodzica, który reprezentuje płęć odmienną od jego własnej; przy tym chłopiec musi się nauczyć, że matka nie należy wyłącznie do niego, lecz że ojcu przysługuje pierwszeństwo roszczeń;

dla dziewczynki z kolei powstaje podobna problematyka dotycząca ojca. Początkowe studia psychoanalityczne interpretowały tę sytuację wyłącznie seksualnie i dlatego ze strony Kościoła spotkały się ze zdecydowaną oporą. Powinniśmy jednak wystrzec się wylewania dziecka z kąpielą. Matry tu do czynienia z ważnym, bezwarunkowo zastępującym na uwagę stadium i problemem ludzkiego rozwoju, który trzeba traktować poważnie i nie wolno przeoczyć go nawet, jeśli wskutek jednostronnej interpretacji seksualnej stał się „niesympatyczny”. Trzeba wyraźnie podkreślić, że ta „sytuacja Edypa lub Elektry” (nazwana tak przez analogię do znanych mitów greckich) nie ma u dziecka nic wspólnego z problematyką seksualną w węższym sensie, lecz raczej odpowiada ogólnoludzkiemu pragnieniu wyłącznego posiadania, przy czym oczywiście w tle pobrzmiewa również seksualny składnik w postaci jeszcze niespecyficznego seksualizmu dziecięcego: dziecko chce mieć jedno z rodziców wyłącznie dla siebie (który chłopiec np. nigdy nie oplół swej matki ramionami wołając: „Ty jesteś tylko moją”), ale w końcu doznaje rozczarowania w swym pragnieniu. Sytuacja ta jest całkowicie normalna, rozgrywa się w życiu każdego dziecka i w przeważającej większości przypadków zostaje przezwyciężona w ten sposób, że dziecko identyfikuje się z pożądanym konkurentem, a więc chłopiec z ojcem, a dziewczynka z matką. Tym samym zaczyna ono starać się podążać za wzorem wybranym do identyfikacji i w ten sposób stopniowo wrastać również psychologicznie w rolę płci, anatomicznie określonej od urodzenia.

Po fazie edypalnej następuje okres trwający do początku dojrzewania, służący rozwijaniu sprawności dorastającej osoby. Z reguły pozostaje on wolny od ważkich problemów psychicznych i dlatego nazywany jest okresem latencji. Dopiero w okresie dojrzewania, pod naciskiem wzrostu popędu uwarunkowanego organicznie oraz budzącego się pragnienia odłączenia się od rodziców, ponownie zaczynają się ważne problemy osobowości.

Na poszczególne etapy rozwoju możliwości zneurotyzowania dziecka są zupełnie różne.

W okresie oralnym niebezpieczeństwo będzie wynikało z niewłaściwego zachowania matki. Tutaj ona jest decydującym czynnikiem neurotyzującym, jednak ma on naturalnie także już w tym okresie wielkie znaczenie; sama bowiem jego obecność jest w stanie dać matce poczucie bezpieczeństwa w pełnieniu swej funkcji — najlepszy dowód stanowią matki, które nie posiadają partnera wskutek urodzenia niesłubnego dziecka, rozvodu lub przedwczesnej śmierci: wynikający stąd brak poczucia bezpieczeństwa matki bę-

dzie się udzielać również dziecku i w ten sposób neurotyzować je.) Trzeba widzieć, jak neurotyczne matki karmią swe dzieci (Spitz urwał to na zdjęciach filmowych): podczas aktu karmienia opanowują je ich własne problemy i myśli i, nawet dobrze tego nie zauważając, odstawiają dziecko od piersi. Dopiero po jakimś czasie odnajdują się znowu w rzeczywistości i dają oeszkowi możliwość kontynuowania jedzenia. Takie zdarzenie potrafi się powtórzyć kilkakrotnie w czasie jednego aktu karmienia. Przykład ten chyba wystarczająco ukazuje, jak bardzo neurotyczne zachowanie matki zdolne jest wyzwać lęk i poczucie braku bezpieczeństwa oraz agresję już u niemowlęcia, a tym samym zapoczątkować u niego rozwój konfliktu neurotycznego. Jest naturalnie bardzo wiele form zaburzeń w okazywaniu miłości ze strony matki, do których później jeszcze raz powrócimy. Ich rezultat będzie jednak zawsze ten sam: wywołuje się niebezpieczeństwo neurotyzacji dziecka.

W fazie oralnej centralny punkt całego dziecięcego świata stanowiła matka, natomiast w okresie analnym znaczenie zyskuje również ojciec. Bardzo ważne jest wówczas, by nagradzać miłością wymagane od dziecka osiągnięcia, a mianowicie najpierw wstrzymywanie, a potem oddawanie w określonym momencie moczu i kału, co w sumie składa się na trening czystości. Procesy te w języku niemieckim określane są z głębokim, ukrytym sensem jako „duży i mały interes”. Jeśli tak się to nie odbywa, to znowu wywoływane są poważne agresje. Równie ważne wydaje się nie przesadzanie z treningiem czystości (jak to często ma miejsce u rodziców szczególnie „dokładnych”, „gruntownych” i „sumiennych”), gdyż w ten sposób tworzy się podstawa pedanterii, przesadnie „wymuszonych” sumienności, a więc tym samym rysów charakteru, na które później ponownie się nakładamy, zwłaszcza przy nerwicy anankastycznej. Tutaj znowu uwidacznia się ważna zasada: główne niebezpieczeństwo neurotyzacji dziecka tkwi w tym, że rodzice sami są neurotykami. Kto np. nie podchodzi do okresu analnego bez skrepowania, lecz ocenia go jako „nieczysty” i odpowiednio do tego usiłuje zneutralizować go przez nienaturalne przeakcentowanie zasady czystości, ten podczas treningu toalety wskutek niewłaściwego zachowania bardzo łatwo przeniesie własne zaburzenie na dziecko. Znany dużą liczbę pacjentów, którzy przez całe swe życie wstydzą się wydalania swych ekskrementów i np. nie mogą skorzystać z toalety, jeśli wiedzą, że ktoś jest w pobliżu. Uporczywe milczenie na temat wysiłkowego co „analne”, a więc tabuizacja tej sfery, oraz jej przeciwnieństwo, stale rozkoszowanie się „świntuszeniem” na ten temat, są z punktu widzenia psychologii głębi tylko dwiema stronami tego samego medalu, wyrazem tej

samej neurotyzacji w okresie analnym, prowadzącym albo do wypierania, albo do nadkompensacji.

Wskazywalismy już na fakt, że sytuacja edypalna w życiu każdego dziecka stanowi coś zupełnie naturalnego, ba, nawet koniecznego. Normalnie kończy się ona identyfikacją z rodzicem tej samej płci i w ten sposób znajduje rozwiązanie zupełnie normalne i konieczne dla dalszego zdrowego rozwoju psychicznego dziecka. Dla osiągnięcia tego rozwiązania decydujące znaczenie ma właściwa równowaga w obrębie rodziny. Tam gdzie jej nie ma, może zabraknąć identyfikacji z rodzicem tej samej płci, a zamiast niej trwać szczególnie silna więź z rodzicem płci odmiennej, konstelacja, którą określamy jako kompleks Edypa. Jeśli matka wykazuje tendencję do zbytelnego wiązania ze sobą chłopca (co będzie miało miejsce przede wszystkim tam, gdzie matka nie jest szczególnie w swym związku z ojcem i w dziecku szuka uczuciowej namiastki męża), to wywoła to jego nienormalną zależność od matki, co może rzucić cień na całą późniejszą drogę życia, ba, nawet ją zniszczyć. Podobne niebezpieczeństwo istnieje, gdy ojciec zbyt silnie przywiązuje do siebie dziewczynkę, np. z „nadmiernej dumy ojcowskiej”. Z tego co powiedzieliśmy wynika, że również brak jednego rodzica, naturalnie zwłaszcza rodzica tej samej płci, może się szkodziwie odbić w fazie edypalnej. Może, jednak nie musi, jest bowiem zupełnie możliwe, że np. inna bliska dziecku osoba płci męskiej (np. dziadek) będzie mogła zająć miejsce ojca.

Jeśli spróbujemy teraz jeszcze raz w systematyczny sposób podsumować najważniejsze czynniki mogące doprowadzić do neurotyzacji dziecka, to należy wymienić co następuje:

1. *Neurotyczni rodzice.* W wystarczającej mierze wykazano już, jak wskutek zachowania rodziców, którzy sami cierpią na zaburzenia neurotyczne, nerwica może się przenieść z pokolenia na pokolenie, bez żadnego udziału dziedziczności. Należy tutaj wspomnieć o procesie identyfikacji prowadzącym do naśladowania, następnie o braku poczucia bezpieczeństwa promieniącym od neurotyków i naturalnie wywołującym u dziecka lęk, a wreszcie, rzecz bardzo ważną, o ambiwalencji. Ten zasadniczy, jak już widzieliśmy, symptom neurotyczny zazwyczaj dotyczy również dziecka, co znaczy, że żywi się wobec niego dwojakie uczucia. Zaś ambiwalencja musi powodować ambiwalencję. Wkrótce więc zobaczymy, że dziecko jest przepętnione taką samą ambiwalencją wobec rodziców, a tym samym już neurotyzowane.

Fakt, że neurotyk zagraża swemu potomstwu neurotyzowaniem, jest przede wszystkim tym, co daje usprawiedliwiony powód do obaw, że liczba neurotyków będzie wzrastać lawinowo na zasadzie śnieżnej kuli. Wynika stąd

również, że uleczenie neurotyka oznacza też wkład do psychicznego zdrowia następnego pokolenia.

W tych tragicznych przypadkach, w których nerwica przenosi się z jednego pokolenia na drugie, o moralnej winie rodziców prawie nie może być mowy: przecież oni sami w dzieciństwie stali się ofiarami neurotyzacji; tym wyrazistsze staje się moralne zobowiązanie każdego człowieka zamierzającego wziąć na siebie odpowiedzialność za wychowanie potomstwa, by w porę odkrył i wyleczył swoją nerwicę.

2. *Brak miłości rodziców.* Można mówić o nim tam, gdzie — czy to wskutek struktury osobowości rodziców (wzgl. jednego rodzica), czy to dlatego, że dziecko jest niepożądane — brak jest po prostu wystarczającego okazania miłości. Wobec niepożądanego dziecka należy na ogół liczyć się „w najlepszym razie” z ambivalentnymi uczuciami matki; będzie więc ona bardzo często neurotycznie reagować wobec dziecka, co jest równie szkodliwe, jak wyniesiona z domu matczyna nerwica. U dziecka mogą w takiej sytuacji powstać szczególnie poważne zaburzenia (np. niezdolność do miłości) dotycząca całej struktury osobowości. Zgodnie z prawami odkrytymi przez Pestalozziego pełna miłości przychylność ze strony rodziców jest niezbędna, by istniejące u dziecka zadaki na zdolność do miłości faktycznie doprowadzić do rozkwitu. Zasady planowanego i odpowiedzialnego rodzicielstwa stają się więc nakazem psychohigienicznym również dla dobra przyszyłych pokoleń.

3. *Miłość posesywna.* Tutaj kocha się dziecko nie dla niego samego, lecz jedynie jako kontynuację (lub część) własnego istnienia, jako środek do odciążenia własnych napięć, pragnień i potrzeb. To coraz częściej występujące zniekształcenie miłości zawsze prowadzi do przesadnego jej okazania, jako jak gdyby dawki miłością dziecko. Pod hasłem pragnienia „tylko najwięszego dobra dziecka” jest ono utrzymywane w całkowitej zależności i wszelkimi środkami przeszkadza się mu w usamodzielnieniu się i oddzieleniu. Trzeba wiedzieć, że na takie zbyt intensywne wiązanie przez jednego rodzica dziecko zawsze odpowiada agresjami — jego neurotyzacja wywołuje więc nieuniknioną. (Z punktu widzenia higieny psychicznej należy wyszczególnić się prowokowania zbyt silnych powiązań, gdyż niemal nieuchronnie przegradzają się one w agresję.) Poza tym dzieci takie nigdy nie uczą się ćwiczyć własnych sił dla pokonywania trudności, które zatuskami rodzice zawsze przecież usuwają im z drogi — dlatego pozostają one niesamodzielnymi, bezsilnymi wobec praktycznego życia, trwale skazane na wspieranie ze strony rodziców. Wskutek takiego niewłaściwego wiązania wszelki rewolucyjny zryw w celu położenia kresu zależności jest już od początku skazany na niepowo-

dzenie, a ostatecznie wynika stąd rozwój człowieka, który jest tylko pozornie dorosły, a w rzeczywistości pozostał dzieckiem, nie buduje własnej osobowości, świadomie przywykł do korzyści z bycia chronionym, a nieświadomie owaładnięty jest bezmierną agresywnością. Jest wtedy jedynie kwestią czasu, kiedy ten proces stałego oscylowania pomiędzy buntem a szukaniem oparcia doprowadzi również zewnętrznie do zahamowania się kształtowania życia.

4. *Zaburzenia w strukturze rodziny.* Richter szczególnie dobitnie wskazywał na to, że opisana uprzednio miłość posesywna jest zazwyczaj skutkiem zaburzeń w strukturze rodziny. Często dokonuje się projekcji rozczarowań w kształtowaniu własnej rodziny na dzieci — im „ma być lepiej”, mają osiągnąć to, „czego samemu się nie osiągnęło”; mają się stać kompensacją własnych nie spełnionych w rodzinie emocji, „namiastką męża” lub „namiastką żony”. Wszystkie te tendencje muszą prowadzić do wynaturzenia rozwoju osobowości dziecka, tak samo jak struktury rodzinne, w których matka zbytnio dominuje, a pozycja ojca jest odpowiednio do tego osłabiona. Coś podobnego występuje również w wypadku braku jednej z postaci rodzicielskich (dziś wobec niezliczonej liczby rozwodów wchodzi tu w rachubę przede wszystkim ojciec), ale również przy istnieniu nieznośnych napięć pomiędzy rodzicami. Mówiąc językiem psychohigieny — sprawnie funkcjonujące małżeństwo ma niebywałą wartość, a znany wymowny plakat ostrzegający, że dziecko nie można dzielić, zachowa swą wartość chyba po wsze czasy. Z drugiej strony błędem byłoby sądzić, że małżeństwo trzeba utrzymać za wszelką cenę dla zapobieżenia neurotyzacji dziecka. Nie wypowiadając się za rozwodami, trzeba jednak stwierdzić, że w niektórych małżeństwach wojna rozgrywana jest na barkach dziecka. W takich przypadkach neurotyzacja jest nieunikniona, a w związku z tym rozdzielenie walczących stron będzie dla dziecka raczej ulgą.

Należy jeszcze wspomnieć, że na strukturę rodziny składa się naturalnie również liczba i pozycja rodzeństwa. Niebezpieczeństwo neurotyzacji przez rodzeństwo nie jest *a priori* tak wielkie jak przez rodziców, gdyż przecież daleko do odczuwania wobec rodzeństwa takiego samego obowiązku miłości wolnej od agresji, jaki istnieje wobec rodziców, zmuszając do wypierania wrogich uczuć. Jednak z drugiej strony niemal nie istnieją konflikty pomiędzy rodzeństwem, które nie stają się także konfliktami z rodzicami. Tak więc z sytuacji rywalizacji między rodzeństwem mogą oczywiście wynikać nerwice. Dziecko „zdezonizowane” przez przyjsięcie na świat kolejnej latorośli jest również zagrożone, jak najmłodsze lub jedyne dziecko często zagrożone jest ujawnianą przez rodziców tendencją do szczególnego rozpieszczania go.

Wreszcie, struktura rodziny odgrywa jeszcze, niezależnie od właściwego rozwiązania sytuacji edypalnej, ważką rolę w kwestii, czy dziecko będzie mogło uzyskać psychologiczną zgodność z płcią fizjologicznie zdeteminowaną od urodzenia. Będzie to możliwe tylko wtedy, gdy rodzice będą afirmować płęć dziecka. Największe niebezpieczeństwo, że nie dojdzie do tej afirmacji, tkwi w utrwaleniu (podczas ciąży) określonych rodzicielskich wyobrażeń na temat płci i wyglądu dziecka. Moreno opracował specjalną metodkę psychologiczną dla likwidowania takiego jednostronnego nastawienia, zwłaszcza u matki, na jakąś określona postać „dziecka psychologicznego”. Ma się ona nauczyć akceptować również dziecko inne od pierwotnie upragnionego. Jeśli w ten sposób uda się uniknąć rozczarowania, gdy dziecko nie odpowiada pierwotnemu życzeniu, oznacza to zlikwidowanie niebezpieczeństwa jego neurotyzacji. Jeśli jednak rodzice są rozczarowani, że trafiła się „tylko” dziewczynka i chcą, świadomie czy nieświadomie, przekształcić ją w chłopczyka, może to spowodować neurotyczne zachowanie dziewczynki, które później charakteryzuje się odrzuceniem roli kobiety i staraniem się o męską strukturę psychiczną; Alfred Adler trafnie określił to jako „męski protest”. Tę neurotyczną tendencję do bycia równą mężczyźnie pod względem sposobu bycia trzeba naturalnie zdecydowanie odróżnić od zupełnie zrozumiałego i uzasadnionego celu emancypacji kobiet, jakim jest osiągnięcie równych praw z mężczyzną.

5. *Struktura społeczeństwa.* Dziś coraz częściej, a przede wszystkim głosić niej wysuwane jest twierdzenie, że tym co prowadzi do nerwicy nie jest osobiste niesprawdzenie się, lecz że zło bierze się z niewłaściwej, w sposób konieczny neurotyzującej struktury społeczeństwa i tylko tutaj można je wykorzenić. Nie będziemy zaprzeczać, że wadliwy ustroj społeczny również może wnieść swój wkład do neurotyzacji (np. „ciasne” stosunki społeczne, przerost wymagan w obec kobiety wskutek złej sytuacji materialnej, z czego w nieunikniony sposób wyniknie upośledzenie jej funkcji macierzyńskich). Trzeba jednak od razu stwierdzić, że przecież wszelkie wskazywanie na zaburzenia struktury społeczeństwa nie może znieść odpowiedzialności jednostki za powstawanie i leczenie nerwic oraz za zapobieganie im, czym zajmujemy się bliżej w rozdziale 8.

Fakt, że liczba neurotyków dziś ciągle jeszcze rośnie, a końca tego trendu nie da się przewidzieć, należy chyba postrzeżać w najściślejszym związku przyczynowym z postępującą dewaluacją pojęcia rodziny (które często zatraca swą centralną pozycję) i ze wzrostem liczby zaburzeń w jej strukturze. Dotychczas omawialiśmy przebieg normalnego rozwoju dziecka i zaznaczyliśmy, jakie sytuacje mogą sprzyjać powstawaniu konfliktu neurotyczne-

go. Musimy teraz postawić sobie pytanie, w jaki sposób będzie się przejawiała zaistniała neurotyzacja? Wiedza o tym ma olbrzymie znaczenie, ponieważ karygodne jest przeoczenie pierwszych symptomów nerwicy. Na szczęście choroba ta zdradza się tymi pierwszymi symptomami, a więc istnieje możliwość zahamowania jej dalszego postępu. Tak więc pierwsze symptomy neurotyczne mają praktycznie wartość systemu alarmowego.

Pierwszym symptomem każdej neurotyzacji będzie pojawienie się i trwanie niewytłumaczalnego i silnego uczucia lęku. Ten nieuchwytny i pozbawiony podstaw lęk trzeba naturalnie zdecydowanie odróżnić od wszelkiego lęku realnego. Gdy dziecko obawia się ciemnego, nie znanego mu pomieszczenia, to jest to zupełnie normalny, zrozumiały lęk realny; gdy jednak rozwija się u niego ogólna lęklivość, powodująca unikanie wszelkiego przebywania w samotności i każdego ciemnego pomieszczenia, to wskazuje to na symptomatykę neurotyczną. Jak widzieliśmy, momentem narodzin każdej nerwicy jest wyparcie agresji do nieświadomości; agresje te mają jednak tendencję do ponownego przenikania do świadomości: takie stałe parcie jest przez daną osobę odczuwane jako zagrożenie integralności, a odpowiedzią na nie jest silny lęk.

W przeciwieństwie do osoby dorosłej (patrz rozdział następny), w przypadku dziecka ten pojawiający się lęk natrafia na osobowość niedojrzałą, która jeszcze nie potrafi rozprawić się z nim w określony spójny sposób i w określonym, jednolitym kierunku. Dlatego z pierwotnego lęku neurotycznego będzie mogła powstać barwna paleta symptomów neurotycznych; ta mnogość jest ograniczona tylko tym, że dziecko w poszczególnych fazach swego rozwoju może reagować na neurotyzacje jedynie w sposób właściwy dla danej fazy.

Specyficzne dla fazy formy reakcji przedstawiają się następująco:

1. *Faza oralna.* Tutaj centrum uwagi stanowi pobieranie pokarmu: służące temu narzędzi, od ust po żołądek, są w tym pierwszym okresie, by posłużyć się wyrażeniem naukowym, silnie „zaangażowane” emocjonalnie. Zgodnie z tym ambiwalencja występująca wskutek neurotyzacji będzie wyrażana za pomocą tych narzędzi. (Na przykład: brak akceptacji matki wyraża się odrzucaniem pokarmu — zamiast jego przyjmowania następuje odzucenie poprzez wymiotowanie.) W tym okresie dla wyrażenia swych konfliktów neurotycznych dziecko będzie się posługiwało tą „mową narzędzi”, tym bardziej, że przecież nie dysponuje innym językiem (patrz również rozdział 5.).

Najważniejsze „oralne” symptomy neurotyczne to: torsje, odmowa przyjmowania pokarmu, łapczywe jedzenie, nienasycecie, przewlekłe odzwyczaj-

ianie się od smoczka, ssanie kciuka (jako zaspokojenie zastępcze), gryzanie paznokci (jako akt agresywny, przy czym jednak agresja jest odeagowywana na własnym ciele, co stanowi wymowny przykład tego, jak stłumiona agresja może w końcu zwrócić się przeciwko własnej osobie).

Również w przypadku wielu symptomów neurotycznych u osoby dorosłej nie można nie dostrzec ich „charakteru oralnego”, wskazują więc one na neurotyzację w fazie oralnej; należy tu wspomnieć przede wszystkim o pociągu do alkoholu i nadmiernym paleniu — w powstawaniu tych natógów nie miała rolę odgrywać potrzeba oralnego zaspokojenia zastępczego. Znacznie bardziej niewinną formę „utrwalenia oralnego” reprezentuje typ męczczyzny, do którego przez całe życie miłość, jak mówi przysłowie ludowe, „trafia przez zółdek”.

2. *Faza analna*. Także w tym okresie dominuje jeszcze język narządów; oczywiście centrum uwagi emocjonalnej stanowią teraz drogi wydalania. Na poważne rozczarowania ze strony rodziców, przede wszystkim na brak okazywanej miłości, niewłaściwy, przesadny trening toalety, pedanterię i temu podobne sytuacje odpowiednią będą więc symptomy neurotyczne „zabarwione analnie”.

Należy tutaj wymienić: opóźnioną naukę czystości, moczenie się, zanieczyszczanie, nienormalne wstrzymanywanie.

Należy zwrócić szczególną uwagę na moczenie nocne, będące prawie zawsze symptomem protestu dziecka przeciw doznawanemu brakowi prawdziwej przychylności. Jest to symptom ważny dlatego, że z jednej strony jest to szczególnie częsty symptom neurotyczny, a z drugiej strony także dlatego, że daje on sposobność do pewnego zasadniczego stwierdzenia. Trudno w to uwierzyć, a jednak niekiedy zdarza się jeszcze w zakładach, że dzieci cierpiące na neurotyczny symptom moczenia nocnego bywają karane kilkugodzinnym stanem z rozpostartym mokrym prześcieradłem w obecności innych dzieci. Oczywiście to nowe doznanie braku miłości ze strony otoczenia i poczucie bycia niezrozumianym będą musiały doprowadzić do wzmożonego moczenia nocnego wbrew naiwnym wyobrażeniom owych wychowawców, stosujących takie środki dla osiągnięcia „poprawy”. W tym zdarzeniu przejawia się zasadnicza tragedia neurotyka: poprzez swój symptom nieświadomie domaga się on pomocy i odmiany, przede wszystkim pragnie uzyskać więcej miłości, ale zazwyczaj powoduje to pogorszenie jego trudnej sytuacji.

Na tym jednak w żadnym razie nie kończy się problematyka analna. Okres ten przynosi także pierwsze przebudzenie dziecięcego seksualizmu: uwaga

analna musi automatycznie przynieść ze sobą także zwrot ku okolicom seksualnym, odczucia analne bywają często sprężone z pierwszymi odczuciami seksualnymi (np. powstrzymywanie stolca niekiedy wytwarza jedyne w swoim rodzaju, zabarwione seksualnie poczucie przyjemności).

W związku z tym będą istniały także symptomy „seksualne” jako skutek neurotyzacji w tym zakresie — przede wszystkim w postaci częstego zabawiania się narządami płciowymi lub wczesny onanizm. W tym kontekście trzeba z naciskiem podkreślić, że w zasadzie nic nie może istnieć w człowieku w sposób wyizolowany, a więc nic nie jest wyłącznie seksualne. Na seksualizm, w jakiegokolwiek formie by się on nie przejawiał, zawsze należy patrzeć w ramach całości osobowości. Jeżeli więc mamy do czynienia z zaburzeniem seksualnym, to oznacza to, że istnieje zaburzenie osobowości, zaś seksualizm służy do wyrażenia tego zaburzenia. Odnosi się to już do pierwszych symptomów analnych zabarwionych seksualnie, które nie są niczym innym, jak tylko wyrazem nieświadomego protestu lub prób odeagowania neurotycznego lęku i napięcia. Zgodnie z tym błędne jest podchodzenie do takich objawów tylko od strony seksualizmu, choćby polecanie, by ręce pozostawić na kółderze (w ten sposób uwaga jeszcze bardziej kieruje się na okolicę seksualne, natomiast problem osobowości, rzeczywiście leżący u podstaw zaburzeń, pozostaje nie uwzględniony). Podobnie jest z próbami zwalczania takich manifestacji neurotycznych przez ćwiczenie woli albo grożenie skutkami niebezpiecznymi dla zdrowia; kiedyś w wielu książkach, przeważnie o orientacji religijnej, można było przeczytać, że samogwałt prowadzi do „wyschnięcia rdzenia kręgowego”, chociaż od dawna było wiadomo, że onanizm jest dla zdrowia równie mało szkodliwy, jak normalne pożywanie seksualne. Jednak niemal wszyscy uprawiający samogwałt mają poczucie winy, w dużej mierze wskutek poczucia, że robią coś nienaturalnego. Poczucie to skłania ich jednak do wiary w karę — zapowiedź Okropnych skutków staje się wtedy „wodą na ich młyn”; zgodnie z tym zbyt łatwo w nią wierzą. Właściwą formą „uporania się” z takimi pierwszymi — a również z późniejszymi — seksualnymi symptomami nerwicy może być więc tylko odkrycie i usunięcie wyrażanego przez nie konfliktu istniejącego w osobowości. (Chyba zbyt czyste staje się podkreślanie, że nie każdy samogwałt jest symptomem neurotycznym; kiedyś każdy człowiek zawiera z nim znajomość. Na przykład Kauders twierdził, że kto odpowiada „nie” na pytanie, czy kiedykolwiek się onanizował, ten zostaje zdemaskowany jako zdecydowany kłanec. Normalnie jednak onanizm zostaje seksualizmu; dopiero utrwalenie tego „nawyku” przemawia za tym, że mamy

do czynienia z symptomem neurotycznym, częstokroć uformowanym już w dzieciństwie.)

Dla okresu analnego jest też charakterystyczne, że szczególnie łatwo dochodzi wówczas do tego, co Freud nazwał sprzężeniem popędów cząstkowych. Już w okresie oralnym poznaliśmy pierwszy tego przykład, gdy rozpływalimy związek pomiędzy popędem do jedzenia a agresją, która wówczas wystąpić (zarówno odmowa przyjmowania pokarmu, jak i żartoczność mogą być działaniami agresywnymi). Później, na etapie analnym, grozi neurotyczne sprzężenie bodźców agresywnych i seksualnych, wyrażające się symptomatycznie zwłaszcza w perwersji sadystycznej (agresja zewnętrzna) i masochistycznej (autoagresja). Słusznie podkreślał Mitscherlich, że większość współczesnej reklamy stale stara się podprogowo powiązać seksualizm i agresję również u dorosłych i że jest to groźniejsze od izolowanego propagowania „seksualizmu”; będzie to wywieralo wrażenie kierunkowo znaczące, zwłaszcza na ludziach, którzy w okresie analnym doznali pierwszego takiego „utrwalenia”.

Nie wolno wreszcie zapomnieć, że rozwój dziecka jest bardzo szybki właśnie w okresie analnym. Od dawna mowa o narządów nie jest jego jedyną możliwością wyrazu, coraz wyraźniej kształtują się zarysy jego osoby. Zgodnie z tym okres ten jest decydujący dla kształtowania sumienia, które z racji swego szczególnego znaczenia zostanie omówione osobno (rozdział 4.). Poza tym coraz wyraźniej kształtuje się charakter dziecka, w dużej mierze poprzez przenoszenie do sfery psychicznej organicznych sposobów zachowania; tak więc gotowość do oddawania stolca często bywa przetwarzana w ogólną szkodliwość, podczas gdy neurotyczne powstrzymywanie go może powodować sknerstwo. Przy takim ujęciu sprawy być może ma rację Peter Altenberg, gdy twierdzi, „że nie zna ani jednego skąpca, który nie cierpiaby na zatwardzenie”. W każdym razie trzeba wiedzieć, że neurotyzacja w okresie analnym może powodować również symptomy neurotycznego kształtowania sumienia i charakteru.

3. *Faza edypalna.* Wraz z nią następuje decydująca cezura: okres mowy narządów minął, neurotyczne konflikty są teraz wyrażane w zachowaniu, zwłaszcza za pomocą języka i kształtowania stosunków międzyludzkich.

3.1. Wśród zaburzeń zachowania należy wymienić: kłamstwa, trwały bunt, wybuchy gniewu, kradzież neurotyczną, wycofywanie się i zamykanie się w sobie, obniżenie wyników, zwłaszcza w szkole, nocny krzyk, lunatyzm, jakanie się, mechanizmy konwersyjne.

Patrząc na tę listę trzeba z naciskiem podkreślić, że sporadyczne wystę-

powanie jednego z opisanych tutaj sposobów zachowania jeszcze w żadnym razie nie dowodzi ismienia nerwicy. Ktoż jako dziecko nie bywał „nieposłusznym”, czasami „niedobry” i rozłószczonym, kto nigdy nie skłamał? Wyobrażania, że dzieci są czystymi aniołami, psychologicznie w żaden sposób nie da się utrzymać! Dopiero częste, spotęgowane i chroniczne występowanie tych symptomów wskazuje na neurotyzację dziecka.

Kilka spośród wymienianych tutaj symptomów wymaga jeszcze uwag wyjaśniających. Stale znajduje się np. potwierdzenie tego, że rodzice natychmiast stają się uważni i zaniepokojeni w przypadku tych symptomów, które przysparzają im cierpień, podczas gdy wydają się znacznie mniej wstrząśnięci i poruszeni innymi, które nie obciążają ich. Do tych ostatnich zalicza się „wycofywanie się”, „chowanie w siebie” dziecka. A jednak może tu chodzić o skrajnie niebezpieczny symptom neurotyczny, który później przejdzie w silne onieśmienie, kompleksy niższości, zahamowania; każda z tych cech może zniszczyć drogę życia lub spowodować rozgotowanie człowieka (patrz rozdział 6.).

Symptom kradzieży neurotycznej daje nam okazję do ponownego wglądu w całość problematyki neurotycznej. Kradzież taka w bardzo istotny sposób różni się od innych kradzieży. W przypadku kradzieży „zwykłej” dochodzi najpierw do sytuacji pokusy lub do myślowego planowania, następnie do czynu. Po czynie następuje poczucie winy i żalu. W przypadku kradzieży neurotycznej jest dokładnie odwrotnie. Podkreśliłbym już, że konflikt neurotyczny powstaje przez wyparcie agresji do nieświadomości; osoba dotknięta tym procesem w żadnym razie nie utożsamia agresji wypartych z przewyższonymi i dlatego z agresji wypartych zawsze wynika (oczywiście również nieświadome) poczucie winy. Z tego poczucia winy wyrasta teraz (to też już wiemy) nieświadoma potrzeba poniesienia kary. Z jednej strony może ją zaspokoić dręcząca symptomatyka neurotyczna, z drugiej zaś prowokowanie sytuacji, w których jest się karanym przez innych. Jeżeli przy zwykłej kradzieży obserwujemy najpierw czyn, a potem poczucie winy, to w przypadku kradzieży neurotycznej znajdujemy najpierw nieświadome poczucie winy, z którego potem rodzi się kradzież w celu zostania ukaranym. Zgodnie z tym kradzież neurotyczna już u dziecka charakteryzuje się tym, że nigdy nie jest dokonywana dla własnej korzyści, a zawsze w taki sposób, by sprawca musiał zostać schwytyany. Z tego co powiedzieliśmy wynika jednak coś jeszcze: jeżeli dziecko zostanie ukarane za taką kradzież, to jest to właśnie taka nagroda, do której nieświadomie dąży ono. Można więc być niemal pewnym, że odtąd będzie ono stale powtarzać sposób zachowania, który już raz okazał się sku-

teczny jako sposób na pomieszenie pożądaney kary. Wychowawca nie znający tej problematyki, ze zdziwieniem wypowie mniej więcej następujące słowa: „Ukaratem dziecko, by odstraszyć je od dalszych kradzieży, ale to dziecko musi być już zupełnie zatwardziałe, bo nastąpiło coś wręcz odwrotnego, ono kradnie teraz ciągle”. (By nie pozostawić w tym względzie żadnych wątpliwości, podkreślmy raz jeszcze, że naturalnie absolutnie nie każda kradzież jest kradzieżą neurotyczną; trzeba jednak wiedzieć, że może to być również symptom neurotyczny!)

Teraz o symptomie neurotycznego obniżenia osiągnięć. Dziecko zajęte swym konfliktem neurotycznym, wydaje się być uwikłane w niebezpieczną wojnę na dwa fronty. Z jednej strony musi ono okazać się zdolne sprostać wymogom codziennosci, z drugiej strony zużywa cenne siły na utrzymywanie stale potrzebnego wypierania i na zwalczanie lęku neurotycznego powstającego właśnie z tego wypierania. Wskutek tego jego koncentracja i uwaga zmaleją na tyle, że nieuniknione będzie również obniżenie poziomu osiągnięć; w przypadkach skrajnych może dojść do wrażeńa debilności, mimo że jest to tylko neurotyczny pseudodebilizm. Nie będzie można zmienić tego faktu ani groźbami, ani „ćwiczeniem woli”, lecz tylko przez odkrycie w porę nerwicy i jej usunięcie. Jeszcze raz widać tutaj, jak potrzebna jest nauczycielowi pewna wiedza o nerwicy i jak ważne jest, by czuł się on zobowiązany nie tylko przekazywać uczniom wiadomości, lecz również mieć wgląd w te problemy, które ich nurtują. Nie można chyba nie pomyśleć o tym, jaką szkodę można wyrządzić młodemu człowiekowi nie sprawdzającemu się z przyczyn neurotycznych, wyrzucając go z jego potencjalnej drogi, na przykład odsyłając do „szkoły specjalnej”. Rozwój takiej osoby doznaje wówczas wstrząsu; naprawienie takiego błędu będzie później niezmiernie trudne.

Początkowym symptomem jest również neurotyczne jąkanie się (istnieją naturalnie także inne powody jąkania, jednakże nie będzie zbyt śmiałym twierdzenie, że w przeważającej większości przypadków mamy do czynienia z symptomem neurotycznym), gdyż ambivalencja jest tutaj odzwierciedlona bezpośrednio w mowie. Istnieją więc agresje i istnieje pragnienie wyrażenia ich w mowie; z drugiej strony właśnie te agresje są zakazane, nie wolno więc ich rozładowywać — następstwem tych dwu przeciwstawnych tendencji jest posiekany i „rozkawalkowany” sposób mówienia. Parcie i powstrzymywanie zachodzą jednocześnie i zderzając się pozwalają jedynie na pełną zahamowań, jakby spływającą kroplami, wypowiedź. Zawsze można wykazać, że jąkanie pojawia się najwyraźniej w kontakcie z tą osobą, przeciwko której zwracają się pierwotne agresje. Skoro dana osoba jest (naturalnie) nieświadoma mecha-

nizmu prowadzącego do tego symptomu (chodzi przecież o agresję wypartą!), to wydaje się on jej zagadkowy i szczególnie dręczący. Obawa przed wyśmianiem z powodu tego zaburzenia dodatkowo pogarsza omawianą symptomatykę i sprzyja ugruntowaniu się wzorca zachowania polegającego na unikaniu za wszelką cenę wypowiedzi słownych.

Jeśli chodzi o mechanizmy konwersji, to zostaną one wnikliwie omówione w następnym rozdziale w ramach mechanizmów obronnych.

W końcowym podsumowaniu należy powiedzieć, że dla wszystkich opisanych zaburzeń zachowania, powstałych z neurotycznej edypalnej, wspólne jest dążenie do tego, by przez pewną teatralność i przesadę zwrócić uwagę na to, że nie jest się w stanie uporać ze swymi konfliktami w normalny sposób; na mechanizm ten bardzo wyraźnie wskazują także lunatyzm i krzyk nocny. Brak wiedzy i zdolności wczucia się otoczenia prowadzi jednak bardzo często do tego, że sygnały ostrzegawcze mogą przebrzmieć nieusłyszanym. Niestety większość ludzi mówi sobie, by użyć słów Kästnera, „Cóż zrobić?” i postanawia: „nie budzić się już nocą” — by przynajmniej nie musieć przymować do wiadomości tych nocnych symptomów alarmowych.

3.2. Musimy teraz zająć się jeszcze zaburzeniami w stosunkach międzyludzkich, wynikających z neurotycznej edypalnej. Zgodnie z problematyką edypalną dotyczą one przede wszystkim stosunków kobieta — mężczyzna. Z kompleksu Edypa wynikają następujące możliwości (ze znakiem ujemnym można je zawsze przenieść na kompleks Elektry):

3.2.1. *Unikanie bliższego kontaktu z płcią odmienną.* Wiele osób nie potrafi uwolnić się od tej nienaturalnej więzi z rodzicem odmienniej płci, która rozwinęła się już w dzieciństwie. Przez całe życie pozostają one niesamodzielne i zależne, z patologicznych (neurotycznych) przyczyn nie mogą żyć zgodnie z prawem — mającym swe korzenie w religii — opuszczenia ojca i matki dla założenia nowej rodziny. Nie dochodzi u nich do zawarcia małżeństwa, lata mijają, pozostają oni sami, a z wiekiem stają się coraz bardziej rozgorączczeni i dziwaczni. Samo przez się zrozumiałe jest, że nie każda bezżenność jest patologiczna, pomyślmy np. o ludziach, którzy pozostają sami ze względu na jakąś ideę. Jednak możliwe jest też, że człowiek, wskutek fiksjacji edypalnej w gruncie rzeczy niezdolny do nawiazania więzi z płcią odmienną, usiłuje usprawiedliwić to zachowanie przed samym sobą jako „służbę idei”.

3.2.2. *Unikanie ścisłego związku z partnerem płci odmienniej.* Nawiazuje się tu wprawdzie wiele „czułych więzów”, ale unikając ostatecznego związku, często z powoływaniem się na argumenty pozorne, stanowiąc jedynie racjo-

nalizację. Prawdziwy powód zachowania tego typu („Don Juan”) tkwi w części nieświadomej więzi z matką, nie dopuszczającej po prostu do innego trwałego związku. W tym kontekście słusznie powiada Adler, że łatwiej jest związać w ranną całą świat niż jednego jedynego człowieka. Zbędne staje się podkreślanie, że takie zaburzenie zachowania czyni głęboko nieszczęśliwymi nie tylko wszystkich, których ono dotyczyło, lecz na dłuższą metę również osoby zachowujące się w ten sposób.

3.2.3. *Niepowodzenie stosunku partnerskiego.* Trzeba przyjąć do wiadomości, a jest to fakt niestety jeszcze o wiele za mało znany, że bardzo wiele małżeństw ponosi klęskę z powodu kompleksu Edypa. Jeśli człowiek z fikcją na okresie edypalnym zawiąza małżeństwo, to często nie jest ono niczym więcej, niż powtórzeniem stosunku do matki. Jednak aby małżeństwo mogło funkcjonować, musi ono być czymś więcej. Wykazano już, że nienormalne przywiązanie do jednego z rodziców zawsze wywołuje wobec niego ambiwalentne uczucia dziecka. Świadomie jest ono szczególnie związane z tym „ukochanym ponad wszystko człowiekiem”, nieświadomie jednak nie akceptuje go, ponieważ stanowi on przecież przeszkodę na drodze rozwoju własnej samodzielności. Jeśli człowiek taki wchodzi później w więzy małżeńskie, to w stosunku do partnera w sposób automatycznie nieunikniony rozwinię się dokładnie to samo ambiwalentne uczucie, a wskutek tego związek ten zakłada się często już po krótkim czasie. (Chodzi tu o powtórzenie sytuacji patogenicznej, co szerzej opisujemy w następnym rozdziale.)

Często fakt, że w przypadku wyboru partnerki chodzi nieświadomie o postać matki, można rozpoznać już po tym, że wybrana zostaje kobieta podobna (z wyglądu lub sposobu bycia) do niej albo też starsza od mężczyzny. Małżeństwo takie ponosi klęskę często nie tylko wskutek ambiwalencji przynoszonej na żonę, lecz także wskutek deseksualizacji związku. Jeśli w przypadku partnerki chodzi rzeczywiście o drugą matkę, to występuje tendencja do widzenia w niej, podobnie jak w matce, „kobiety czystej”, której nie wolno „bezcześcić” przez seksualizm. Zgodnie z tym podejmowane stosunki seksualne są nacechowane zahamowaniem, powściągliwością i tylko nieznacznie akcentowaniem rozkoszy; często wpływ więzi z matką może prowadzić aż do impotencji psychogenicznej (niewystępowanie erekcji wskutek zahamowania psychicznego przy sprawności organicznej). Wcale nierzadko istniejące jednak pragnienie wolnego od zahamowań seksualizmu bywa wtedy zaspokajane poza małżeństwem z „łatwymi kobietami”, w stosunku do których zahamowanie edypalne nie występuje. W takich sytuacjach istnieje naturalnie dysonans między miłością a seksualizmem — raz mamy do czynienia z miłością

bez seksualizmu, drugi raz — z seksualizmem bez miłości. Zbyteczne staje się podkreślanie, że takie zaburzenia (którym dość często sprzyja niewłaściwe, antyseksualne wychowanie — patrz dalej) bezgranicznie nieszczęśliwiają dotkniętą nimi osobę.

Wobec szerzenia się nerwie w naszych czasach mamy tu do czynienia bez wątpienia z jedną z głównych przyczyn rozwoju wielu małżeństw. Jeżeli już wybór partnera jest podporządkowany prawom nerwicy i wobec tego później okazuje się, że ambiwalencja neurotyczna określa stosunek partnerski, to nic dziwnego, jeśli małżeństwo ulegnie katastrofie w swej substancji, a wreszcie także w swym wyglądzie zewnętrznym. (Często wybór neurotyka już *a priori* pada na neurotyka, gdyż ludzie tacy ze zrozumiałych względów wywierają na siebie wzajemnie niebywałą siłę przyciągania — ale nawet gdy partner pierwotnie nie jest neurotykiem, to z czasem będzie musiał reagować neurotycznie, bowiem ambiwalencja, jak podkreślaliśmy już wcześniej, wywołuje ambiwalencję.)

Naturalnie rodzi się pytanie — interesujące zwłaszcza dla sfer kościelnych — czy kiedykolwiek uzyskały ważność małżeństwa, w których nerwica działała podczas ich dojścia do skutku i kształtowania się. Praktycznie wszystko przemawia za tym, że w wypadku ciężkiej nerwicy zachodzi psychiczna niezdolność do zawarcia ważnego małżeństwa. Do powszechnego uznania takich faktów w praktyce kościelnych sądów małżeńskich może wprawdzie upłynąć jeszcze sporo czasu, jednak pewnego dnia cel zostanie z pewnością osiągnięty i będzie on odpowiadał stanowi faktycznemu. Zdecydowanie napawa nadzieją wypowiedź kardynała Wrigtha (Prefekt Kongregacji do spraw Kleryków w Rzymie): „Nowe wyniki badań w psychologii i psychiatrii mogłyby dopuszczać pewne rozszerzenie postawy Kościoła wobec rozwiązywania małżeństwa. Należy sprawdzić, czy niedojrzałość małżonków, ich brak swobody psychologicznej lub ich niezdolność do małżeństwa nie uniemożliwiają im związku od początku”. Rocznik papieski z roku 1970 wśród uzasadnień, które mogłyby skłonić „Rogę” do uznania małżeństwa za nieważne, wymienia w każdym razie m.in. również „chorobliwe przywiązanie do matki” i inne symptomy neurotyczne. Zarysowuje się więc tutaj znacząca przemiana...

3.2.4. *Homoseksualizm.* Jest on również pokazowym przykładem symptomatyki seksualnej, za którą w rzeczywistości kryje się zaburzenie osobowości. Przywiązanie do rodzica płci odmiennej, stanowiące istotę kompleksu Edypa, w dużej mierze przekształca identyfikacji z rodzicem tej samej płci; to z kolei, jak już pokazaliśmy wcześniej, jest warunkiem psychologicznej afirmacji roli płci anatomicznej przypadłej w udziale przez urodzenie. W przy-

padku braku tej identyfikacji będą dorastali ludzie, którzy wewnątrz, psychicznie są przeciwieństwem tego, czym zdają się być zewnętrznie. To właśnie takie osoby, wskutek swej patologicznej struktury neurotycznej, są podatne na homoseksualizm (przy czym naturalnie wiedzenie może odegrać dodatkową rolę utrwalającą). Kontakt homoseksualny jest bowiem tylko powierzone biorąc obcowaniem dwu ludzi tej samej płci, w rzeczywistości jeden z nich odgrywa rolę płci odmiennej.

Z tego co powiedzieliśmy wynika, że homoseksualizm nie ma nic wspólnego z dziedzicznością, predyspozycjami, wypaczeniem hormonalnym, jest on raczej symptomem neurotycznym wynikającym z chorobliwego rozwoju dziecka, który prowadzi do niernormalnej struktury osobowości w sferze uczuciowej. Skoro więc homoseksualizm jest bez wątpienia chorobą, jego sądowe ściganie jest nie do przyjęcia (oczywiście poza wypadkami uwiędzenia nielelnich i handlowania swym ciałem), jeżeli zostanie jasno powiedziane, że państwo pozostawia go bezkarnym np. nie dlatego, że stawia go na równi z seksualizmem normalnym, lecz dlatego, że uważa go za symptom choroby.

Zgodnie z tym co powiedzieliśmy, jedynym obowiązującym sposobem traktowania homoseksualizmu byłaby psychoterapia, a więc ujawnienie jego nieswiadomej przyczyny. Liczne przypadki z powodzeniem leczone dowodzą słuszności tego postulat; z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że właśnie ten symptom stawia przed psychologią szczególnie trudne zadania; szanse na sukces istnieją tylko wtedy, gdy kurację rozpocznie się wczesnie, zanim jeszcze wystąpi przyzwyczajenie do perwersji. Wreszcie, warunkiem powodzenia terapii jest to, że dana osoba cierpi z powodu tego symptomu i chciałaby się go pozbyć. Znaczna część homoseksualistów nauczyła się jednak akceptować swą odmienność seksualną.

Jeszcze raz trzeba podkreślić, że dostrzeżenie pierwszych symptomów neurotyzacji dziecięcej ma decydujące znaczenie. Naturalnie dzieci zneurotyzowane są dziećmi trudnymi i niemiato rodziców złości się z tego powodu zamiast pojąć, że dzieci sprawujące kłopoty mają kłopoty i że może młody zneurotyzowany człowiek potrzebuje najwięcej miłości właśnie wtedy, gdy wskutek swego zachowania wydaje się najmniej na nią zasługiwać.

W jaki sposób można pomóc, gdy dostrzeżemy opisane symptomy odkryto się u dziecka nerwicę? W dwojaki sposób: po pierwsze chore dziecko może zostać objęte kuracją psychiczną, która naturalnie zasadniczo różni się od psychoterapii osoby dorosłej. Będzie tu chodziło przede wszystkim o to, by w zabawie doprowadzić do przedstawienia, a następnie odreagowania wypar- tych agresji. Po drugie jednak, trzeba będzie zwrócić uwagę na te sytuacje,

których chroniczne oddziaływanie spowodowało zaburzenia. Dopiero gdy uda się zmienić te sytuacje (a więc zachowanie otoczenia, przede wszystkim rodziców), groźba ponownej neurotyzacji zostanie do pewnego stopnia zażegnana. Słusznie powiada Biemann: „Im młodsze jest dziecko, tym bardziej terapia przesuwana się w kierunku rodziców, zwłaszcza matki, w sensie terapii dziecka poprzez matkę”. Nawiasem mówiąc zasada, że do skutecznej terapii nerwicy zalicza się nie tylko terapia pacjenta, lecz również członków jego najbliższej rodziny (wśród których często znajdują się osoby jeszcze poważniej chore na nerwicę), zaczyna się obecnie coraz bardziej upowszechniać również w terapii dorosłych pod hasłem „terapii rodzinnej”. Jeszcze raz jednak przypomnijmy o tym, jak nieporównanie łatwiej i prościej jest zneutralizować nerwicę u dziecka, która znajduje się jeszcze jak gdyby *in statu nascendi*.

Chciałoby się rzec: groźne jest, iż stale zdarza się, że symptomatyka nerwiczna u dziecka zanika jak gdyby sama, bez żadnego leczenia; można wtedy żywić złudzenie, że tym samym nerwica została definitywnie usunięta. W rzeczywistości natomiast symptomatyka nerwiczna tylko na pewien czas ustępuje na dalszy plan, tam, gdzie nie usunięto konfliktu neurotycznego. Później, na przykład w okresie dojrzewania (którego roli w tym względzie również nie wolno nie docenić), a zwłaszcza u dorosłego, na skutek wyzwalającego urazu, wczesnodziecięcy konflikt neurotyczny zostaje na nowo zaktywizowany i w ten sposób następuje ponowne uruchomienie symptomatyki neurotycznej. Teraz nerwica dorosłego wybuchła z całą siłą. Do ponownego ożywienia konfliktu wczesnodziecięcego będą prowadzić (a więc staną się czynnikiem wyzwalającym) zwłaszcza takie przeżycia, które dotkną wrażliwego punktu osobowości, powstałego wskutek rozwoju wczesnodziecięcego (dlatego też mówimy, że czynnik wyzwalający musi pasować do minionego psychodynamicznego rozwoju u osobowości „jak klucz do zamka”). Wyjaśnimy to krótko na przykładzie:

Chodzi o 19-letnią dziewczynę, zatrudnioną jako pomoc domowa. Wbrew poleceniu pracodawcy, który wyszli, nie pilnowała ich chorego syna, lecz położyła się spać. Pracodawcy przychodzi do domu, stwierdzają wykrecozenie i następnego dnia gania pacjentkę w mocznych słowach, nie wypowiadając jej jednak pracy. Jeszcze tego samego dnia pojawia się u pacjentki symptomatyka nerwiczna w postaci ciepłota z powodu niewyjaśnionych stanów lekowych powtarzających się w krótkich odstępach czasu. Tej najwidoczniej irracjonalnej symptomatyki nie mogą usunąć nawet wszelkie zapewnienia pracodawców, że już dawno jej wybaczyli i poza tym są z niej zadowoleni. Przy powierzchownej obserwacji można by sądzić, że chodzi o stosunkowo nieznaczny uraz psychiczny i dlatego niemal nie można zrozumieć tak silnej reakcji pacjentki. Stanie się to możliwe dopiero wtedy, gdy będzie wiadomo, że w dzieciństwie znalazła się ona w sytuacji neurotyzującej wskutek urodzenia się młodszego brata, który według jej

Rozdział trzeci

Formy nerwicy

odczuć był na wszelkie sposoby faworyzowany przez rodziców. Rozwinięły się w niej silne agresje przeciwko młodszemu rywalowi, który zgodnie z jej wyobrażeniem zabrat jej miłość rodziców. Agresje te zostały wyparte do podświadomości, zewnętrzne zachowanie pacjenta wobec brata było „najzupełniej w porządku”. Rozumiemy teraz, że niedozwolone zamiechanie syna pracodawców i wynikająca stąd nagana dotknęły czulego punktu osobowości, gdyż w pewnym sensie to o wiele lat młodszego dziecko stało się dla niej postacią brata. Wykroczenie w stosunku do niego na nowo przypomina nieświadome agresje, które żywiła swego czasu wobec brata, i z powodu których istnieje u niej silne nieświadome poczucie winy. Uraz może więc spowodować ponowne odżycie wczesnodziecięcego konfliktu i w ten sposób sprawić, że zamknięte się nerwica, która przez wiele lat pozostawała utajona.

Jeśli neurotyzacja dziecka nie zostanie usunięta terapeutycznie, to tym samym pozostaje jedynie kwestią czasu, by „pasujący” czynnik wyzwalający ponownie zaktywizował konflikt wczesnodziecięcy i tym samym uruchomił nerwicę u osoby dorosłej, czym będziemy się zajmować w następnym rozdziale.

*Jest teraz faktem,
ze wśród nas żyją tysiące
tysięcy ludzi, którzy w najbardziej
dziwny sposób albo sami cierpią,
albo ludzicom w swoim otoczeniu przysparzają cierpienia.
Żyją wśród śmiertelnych leków,
albo posiradali wszelką zdolność nadziei,
albo uwikłani są w tajemniczej nienawiści.
Zajęci są niszczeniem tego,
co przyniosłoby im szczęście,
nie są w stanie ufać innym
albo owładnięci są czynnem,
co najlepiej można nazwać nienasyconym żalem.
Tworzą olbrzymią armię cierpienia,
niezadowolonia, rozczarowania i
niepohamowania.*

(Carl Stern: Die dritte Revolution)

Nauczyliśmy się już rozumieć, że odżywanie konfliktu neurotycznego powstaje we wczesnym dzieciństwie stanowi podstawę nerwicy u osoby dorosłej. Jednak podczas gdy dziecko reaguje na nerwicę w różnoraki sposób, wskutek czego powstaje opisana, barwna i urozmaicona symptomatyka nerwicy dziecięcej, to osoba dorosła broni się przed odżywianiem konfliktu dziecięcego w ściśle określony sposób, mianowicie przez zastosowanie tak zwanych mechanizmów obronnych. Dlatego z walki dorosłej osobowości z wczesnodziecięcym konfliktem — w zależności od tego, którym mechanizmem się ona posłuży — wynika określona forma symptomatyki neurotycznej, której dana osoba będzie się trzymała przez wiele lat, ba, często przez całe życie. „Wybór” mechanizmu obronnego jest z kolei do pewnego stopnia zależny od okresu, w którym wystąpiła dziecięca neurotyzacja (tak np. konwersja bywa stosowana przeważnie do obrony przed konfliktami edykalnymi — patrz dalej). Po symptomatycznie nerwicy dorosłego można w ten sposób szybko rozpoznać, z jakiego okresu dzieciństwa wywodzi się jego neurotyzacja. Podamy teraz zestawienie mechanizmów obronnych osobowości, na-

zwyanych także mechanizmami ego-defensywnymi, w których definiowaniu szczególnie zasługi położyla Anna Freud, córka Zygmunta Freuda:

- wypieranie (represja),
- regresja,
- konwersja,
- substytucja,
- nadkompensacja,
- racjonalizacja,
- projekcja na zewnątrz,
- odwrócenie agresji,
- identyfikacja,
- sublimacja.

Zanim zajmniemy się bliżej poszczególnymi mechanizmami obronnymi, trzeba zwrócić uwagę na to, że również człowiek zdrowy psychicznie w pewnych sytuacjach może się nimi posłużyć. Wskazaliśmy już na to (rozdział 1.), że nieneurotyk w razie trudności osobistych również może posłużyć się wypieraniem, by w ten sposób pozornie rozwiązać krytyczną sytuację (i widzieliśmy, jak z tego pozornego rozwiązania wyrasta reakcja neurotyczna). Zasadniczą różnicą między stosowaniem mechanizmów obronnych w przypadku neurotyka i osoby zdrowej jest po pierwsze to, że neurotyk stosuje je w walce z wczesnodziecięcym konfliktem, a nie jedynie przeciw aktualnej sytuacji; po drugie natomiast, co automatycznie wynika z pierwszego, neurotyk utrwała mechanizmy obronne w swym zachowaniu, tzn. pozostaje teraz stale uwiązany do nich, gdyż stale ich potrzebuje.

1. *Wypieranie*. Ponieważ chodzi o mechanizm obrony, którego niemal nieuniknione stosowanie przez dziecko staje się istotną przyczyną nerwicy, omówiliśmy go już tak gruntownie, że nie ma już nic specjalnego do dodania. Naturalnie także dorosły w walce z obudzonym na nowo konfliktem wczesnodziecięcym może ponownie posłużyć się wypieraniem. Zniesienie wypierania jest głównym zadaniem psychoterapii zorientowanej analitycznie: ponieważ dotyczy ona zawsze materiału przykrego (w przeciwnym razie nie miałaby on być wypierany), to podczas terapii będzie wytwarzany niebawym opór przeciw jego ponownemu odkryciu i będzie on występował tym silniej, im bardziej będziemy zbliżać się do wypartego problemu zasadniczego.

2. *Regresja*. Jest ona powrotem do dziecięcych sposobów zachowania. Żona, która dowiedziała się o „skoku w bok” swego męża, pozostaje potem całym dniami w łóżku, pozwala otaczać się wszelką opieką, nie podejmuje jakiegokolwiek własnej działalności i posługuje się zdecydowanie dziecięcym

językiem, przy czym stale występują słowa „tatusi” i „mamusia” oraz liczne inne formy zdrobniałe; mamy tu do czynienia z typowym przypadkiem regresji. Bez trudu można przekonać się o tym, że również u nieneurotyka ten mechanizm obrony występuje wcale nie tak rzadko. Gdy np. leżymy chorzy w łóżku, bliska staje się pokusa popadania w dzieciinne zachowanie. Gdy po doznaniu przykrości dłuższy czas nie rozmawiamy z człowiekiem, który nas obraził, to również jest to wyraz regresji: tak przecież robią dzieci. Jednocześnie można dostrzec, że regresja niwewa jeszcze inny cel: zarzuca się wszelką aktywność, nie dba się już, lecz pozwala się dbać o siebie; nie ponosi się tym samym już żadnej odpowiedzialności, lecz zrzuca się ją na innych. Podczas gdy osoba zdrowa uzna swą własną regresję za niemożliwą na dłuższą metę i dlatego poniecha jej, neurotyk będzie przy niej trwał. W ten sposób powstaje obraz człowieka infantrynego, występujący często przy tej formie nerwicy, którą nazywamy histerią (patrz dalej). Zachowanie takie zamiast zostać właściwie ocenione jako fenomen patologiczny, wcale nie tak rzadko wywiera wrażenie na otoczeniu i zwróci je z racji pozornie miłego sposobu bycia danej osoby. Ten mechanizm obrony ma także, jak wszystkie inne, wielkie znaczenie dla życia religijnego, w którym może występować — jak to wykazaliśmy na kilku przykładach we wcześniejszych publikacjach¹ — zdecydowanie dzieciinne zachowanie wynikające z regresji. Dominują tutaj dzieciinne, prymitywne wyobrażenia religijne, które swemu twórcy naturalnie częstokroć przynoszą pewne korzyści osobiste, w rzeczywistości jednak przeszkadzają w rozwinięciu prawdziwego życia religijnego. Dlatego trzeba wyraźnie odróżniać „dzieciącą” pobożność od dzieciinnej regresji w sferze życia religijnego.

3. *Konwersja*. Ten mechanizm obrony — którego początki wywodzą się z okresu edypalnego i który zgodnie z tym znajduje zastosowanie przede wszystkim w przypadku hysterii (patrz dalej) — sprawia, że człowiek w pewnym momencie odczuwa dany konflikt wewnątrzpsychiczny już nie psychicznie, lecz cielesnie. Konflikt ten, zgodnie z opisaną już ogólną tendencją fazy edypalnej, jest wyrażany w sposób teatralny, tym razem za pomocą ciała. W przypadku konwersji (jak również tzw. chorób psychosomatycznych — o różnicy między konwersją a chorobami psychosomatycznymi będzie mowa dalej), której istnienie ponownie dowodzi wpływ psychiki na ciało, chodzi o przetworzenie (stąd też nazwa) odczucia psychicznego w fizyczne, przy czym ciało w punktu widzenia organicznego pozostaje nieknięte. Klasyczny

¹ Van Lun, E. Ringel *Die Tiefenpsychologie hilft dem Seelsorger*, Herder 1953.

przykład konwersji, przemiana cierpienia mitosnych w bóle serca, pokazuje poza tym, że w przypadku konwersji konflikt psychiczny zawsze przedstawiany jest symbolicznie (bo serce w naszym świecie wyobrażeń stało się już symbolem uczucia, zwłaszcza miłości, do tego stopnia, że nawet dały się szyć obawy, czy przy transplantacji serca nie nastąpi również zmiana światła uczuć danej osoby). Jakże znaczenie ma w naszych czasach ten mechanizm obrony, można dostrzec już choćby na podstawie następujących danych: według ostrożnych szacunków około 60% ludzi odwiedzających lekarza cierpi nie na choroby organiczne, lecz na dolegliwości, które zaimitowały skutki konwersji, tym samym więc w gruncie rzeczy wywodzą się one z kłopotów psychicznych. (Naturalnie nie wolno każdego bólu *a priori* oceniać jako symptomu konwersji: staranne badanie musi najpierw wykluczyć przyuczynę organyczną.) Dla uniknięcia nieporozumień, które w tej dziedzinie zdarzają się, niestety bardzo łatwo, stwierdzamy wyraźnie, że ten, kto dokonał konwersji, zamiast psychicznego, odczuwa teraz ból fizyczny, jednakże nie mający żadnej przyuczyny organicznej. Nie zachodzi więc symulacja, ból konwersyjny bywa często odczuwany nawet dotkliwiej niż „prawdziwy ból organiczny”. Tragedia takich osób często polega na tym, że wędrują od lekarza do lekarza, by wreszcie znaleźć jakieś medyczno-somatyczne wytłumaczenie dla swych dolegliwości. Znowu widzimy tu, jak bardzo symptomatyka neurotyczna zdolna jest zwiędzieć na fałszywy trop: odczuwając symptomy fizyczne szuka się ich przyuczyn, rzecz zrozumiała, w ciele; w rzeczywistości jednak tkwią one w sferze psychiki. Będem byłoby, gdyby lekarz zadowolili się wtedy stwierdzeniem: „Nic panu nie jest” (nie zadowoliliby to pacjenta, gdyż w ten sposób nie wytłumaczono przecież jego symptomów); właściwa diagnoza musi brzmieć raczej tak: organicznie jest pan zdrowy, a pańskie dolegliwości są wyrazem konfliktu psychicznego — miną one dopiero po jego usunięciu. Nie tylko lekarz, również duszpasterz musi wiedzieć coś o konwersji, gdyż może ona występować także w związku z problemami, które zaliczają się do sfery religijnej.

Widzieliśmy pewnego razu młodą siostrę zakonną, która co pewien czas miewała napady „miłości” związane z dziwnym zmęceniem, a potem zawsze wykazywała tendencję do „opadania w stan choroby”. Wszystkie wyniki organiczne były normalne. Cenny czas miał (Kilakrotnie próbowano udzielenia specjalnego urlopu — błąd, który przy leczeniu takich konwersji niestety bywa popełniany przez niedoświadczonych: jak gdyby przez zmianę miejsca i „wyłączenie się” można było usunąć konflikt psychiczny), aż wreszcie przypadek został wyjaśniony dzięki pojęciu kuracji psychoterapeutycznej. Siostra ta miała potrzebę rzucenia się w oczy w szczególnie pozytywnym sensie i bycia stosownie do tego chwalebna. Zawsze wtedy, gdy czuła się w tym względzie rozczarowana, dochodziło do opisanej konwersji. Dzięki terapii

te nieświadome mechanizmy stały się dla siostry świadome, a symptomy symbolizujące rozczarowanie przestały występować.

A oto inny przykład konwersji, która wystąpiła w związku z problemami religijnymi.

Pewna 32-letnia kobieta od pewnego dnia każdego miesiąca odczuwała nieznośne bóle i zawroty głowy i lekko chciała wyjść z ławki w celu przyjęcia komunii świętej, co uniemożliwiało jej przyjęcie sakramentu. Dopiero analiza pozwoliła zrozumieć, jak doszło do tego symptomu. Osoba ta była protestantką; pod wpływem pewnego znanego duszpasterza odnalazła drogę do Kościoła katolickiego, a przy tym zakochała się w tym duchownym. Zawsze dochodziło do ciężkiego konfliktu wewnątrzpsychicznego pomiędzy jej skłonnością, a rezygnacją uznawaną rozumowo za obojętną. Zwyciężała chodzić zawsze na tę mszę, którą odprowadzał „jej” duszpasterz.

Rozumiemy teraz, jak skutek mechanizmu konwersji jej konflikt psychiczny był przekształcany w dolegliwości fizyczne, zawsze w „decydującym momencie”. Przykład ten znowu pokazuje, że w przypadku konwersji na siedisko dolegliwości bywa wybierany właśnie ten organ, który najlepiej nadaje się do symbolicznego przedstawienia konfliktu psychicznego: zawrót głowy przy wychodzeniu z kościelnej ławy bardzo widocznie wyraża wewnątrzpsychiczne wahanie pacjentki między skłonnością a obojętnością. Doświadczony terapeuta może więc często już na podstawie rodzaju wybranej konwersji wyciągnąć ostrożny wniosek co do rodzaju konfliktu psychicznego. Oczywiście właśnie dla stwierdzenia, czy konwersja ma miejsce czy nie, wspomniane już gruntowne badanie organiczne przez odpowiedzialnego lekarza jest równie potrzebne, jak współpraca z doświadczonym psychiatrą lub psychoterapeutą.

4. *Substytucja.* Jest ona zastąpieniem jednej osoby znaczącej przez inną. Z reguły chodzi o zastępczy obiekt agresji. Typowym przykładem byłoby tu zachowanie dziecka, które ukarane przez rodziców łaniem przekazuje je dalej swojej lalce. W ten sposób z jednej strony znalazło ofiarę, która stoi jeszcze niżej od niego w „kolejności dziobania” przejętej ze świata zwierząt, z drugiej strony odreagowuje na obiekcie zastępczym agresję powstałe wskutek rodzicielskiej kary.

Bez wątpienia każdy człowiek ma skłonność do posługiwania się tym mechanizmem obronnym, szukania „chłopca do bicia”, znajdowania kozłów ofiarnych — dość często sami stajemy się ofiarą takich dążeń. Neurotyk jednakże stale poszukuje obiektów zastępczych, gdyż przecież permanentnie czuje się popychany do tego, by odreagowywać na zastępcach nieświadome, chroniczne agresje wobec rodziców; im bliższa jest dana osoba, tym silniejsza

będzie ta tendencja. Dlatego też również psychoterapeuta staje się substytutem rodziców, wskutek czego powstaje owa „sytuacja przeniesienia”, będąca podstawą psychoterapii zorientowanej analitycznie (patrz rozdział 8.). Także wszyscy inni przedstawiciele tzw. zawodów czuwających (nauczyciele, opiekunowie, duszpasterze, adwokaci itd.), których działalność wymaga szczególnie intensywnych kontaktów międzyludzkich, powinni znać ten mechanizm; jest bardzo korzystne jeśli się go przejrzy i — zamiast być osobliście urażonym i stosownie do tego reagować — podejmuje się poszukiwanie właściwych obiektów agresji.

5. *Nadkompensacja.* Również ten mechanizm jest nam dobrze znany z życia codziennego. Wszyscy np. znamy uderzająco małego mężczyznę, który chodzi nadmiernie wyprostowany i ma wyraźną potrzebę odczuwania swego znaczenia. Znamy ową komiczną postać (która występuje nawet w pismach humorystycznych) męża, który w domu siedzi pod pantoflem swej żony, ale za to w biurze staje się sięjącym na wszystkie strony postrach tyranem. Nadkompensacja oznacza więc, że człowiek przesadnym zachowaniem usiłuje skompensować swój faktyczny lub odczuwany defekt. Nie można zaprzeczyć, że z takiej nadkompensacji zrodziły się ogromne dokonania: pomyślny np. o pierwotnie upośledzonym w mowie Demostenesie. Jednak z drugiej strony nadkompensacja neurotyczna może mieć groźne następstwa. Tak np. z głębokiego kompleksu niższości rodzi się wskutek nadkompensacji patologiczne dążenie do władzy i znaczenia, które może wystąpić zarówno u jednostki, jak i u całych społeczności, historia naszego stulecia przyniosła — w niebagatelnej mierze wskutek tego zjawiska — wiele tragedii. Pomyślny dalej o przesadnej miłości, która stara się nadkompensować nieświadomy brak akceptacji, choćby w stosunku do dziecka pierwotnie niepożądanego albo chronicznie chorego (np. epilepsja, niedorozwój umysłowy, ułomność). Dla tych, których udziałem się staje, a zwłaszcza dla dziecka, zawsze będzie ona darem Dejany. (Należy tu oczekiwać tych samych groźnych skutków, jakie opisano już w rozdziale 2. jako rezultat miłości posesywnej.) W każdym razie dla psychologa głębi wszelkie nienaturalne okazywanie miłości pozostanie nie bez powodu podejrzane. Z drugiej strony, okazywanie miłości agresywności może być nadkompensacyjnym środkiem obronnym przed nieświadomą skłonnością. Mechanizmy takie również wywarły wpływ na historię, jak to ukazuje następujący przykład: marszałek Ney, jeden z najdzielniejszych towarzyszy broni Napoleona, „najwierniejszy z wiernych”, po pierwszej abdykacji Napoleona i jego wygnaniu na Elbę przeniósł się na służbę do jego przeciwnika, króla z dynastii Bourbonów, Ludwika XVIII. Gdy rozeszła się

wieść, że Napoleon opuścił Elbę, wyładował we Francji i próbuje maszerować na Paryż, akurat Neyowi wraz z oddziałami królewskimi zlecono udaremnić nie tego zamiaru. Na rozkaz ten odpowiedział on następującymi słowami: „Napoleon nie zasługuje na nic lepszego niż na poimanie i sprowadzenie do Paryża w żelaznej klatce”. Najpóźniej w tym momencie król powinien powierzyć komu innemu tę trudną samą przez się misję; przesadna gorliwość wyziewająca z wypowiedzi Neya zdradziłaby świadomemu rzeczy, że w nieświadomości ciągle jeszcze istniało ogromne przywiązanie marszałka do cesarza, co w decydującym momencie mogło wpłynąć na zmianę kierunku jego zachowania — i tak też się potem faktycznie stało.

Należałoby postulić się innym mechanizmem obronnym, mianowicie wypieraniem, aby nie zauważyć, że również w sferze religijnej może istnieć kompensacja. Z niej biorą się przesadni gorliwcy i fanatycy, pragnący być „bardziej papieskimi od papieża”, a swą nietolerancją w niewłaściwym miejscu i swym mało zachęcającym przykładem sprawię Kościoła częstokroć oddający bardzo złą przysługę. I odwrotnie: w postawie szczególnie wrogiej wobec Kościoła może się kryć nieświadoma tęsknota za Bogiem i Kościołem, czego również dowodzą pewne przykłady z życia.

6. *Racjonalizacja.* Ten mechanizm poznaliśmy na przykładzie omówionym obszernie w rozdziale 1. Trzeba ponownie podkreślić, że chodzi tu o jeden z najgroźniejszych mechanizmów obronnych, gdyż prowadzi on na zupełnie fałszywy trop. Właściwe przyczyny jakiegoś zachowania czy symptomu są nieświadome, a trzeba znaleźć jakiś powód, tak więc bywa w tym celu stosowana jakakolwiek przyczyna, która rozumowi nasuwa się jako prawdopodobna. Zaburzenie emocjonalne zamaskowało się „racjonalistycznie” i dzięki temu maskowaniu może mieć tym groźniejsze oddziaływanie. Odnosi się to do racjonalizacji u jednostki w równej mierze, jak do racjonalizacji, których dokonuje zbiorowość, gdy racjonalnie usiłuje jakimkolwiek hasłem uzasadnić prymitywne odruchy popędowe i usprawiedliwić je. We wszystkich ruchach masowych można stale odnajdywać te racjonalistyczne hasła, których echa z nieszczęsnego, zaledwie minionego okresu brzmiały jeszcze w naszych uszach.

Z pewnością nie tylko neurotyk, lecz także człowiek zdrowy będzie się niekiedy posługiwał taką racjonalizacją. Wygląda to bowiem lepiej, gdy wiemy, że kierujemy się rozumem, a nie zagadkowymi uczuciami. Lecz nic nie jest bardziej niebezpieczne dla istoty obdarzonej rozumem, jaką jest człowiek, niż poddawanie się takim pozornym argumentom. U niejednego człowieka budowanie światopoglądu, pod którym się on podpisuje, pozostaje nacecho-

wane pragnieniem racjonalizacji: wybiera on sobie to, co wydaje mu się najbardziej przydatne, by na drodze rozumowej chociaż do pewnego stopnia przezwyciężyć zatrwające go uczucia. Chodzi więc już nie o poszukiwanie prawdy ostatecznej, lecz jedynie i wyłącznie o uspokojenie tej osoby w jej dążeniu do bezpieczeństwa wobec niesamowitej zawartości sfery emocjonalnej.

A więc nawet w przypadku człowieka zdrowego trzeba czujnego oka i stałej kontroli, jeżeli chce on ustrzec się racjonalizacji, łatwo narzucających się jako pomoc, a potem przez zablokowanie rozwoju umysłowego wyświadczać takich tak kiepską przysługę. Neurotyk jednakże, stale gnany i dęczonej przez irracjonalne uczucia (lub symptomy), będzie musiał posługiwać się nią na bieżąco. Naturalnie także religii można nadużywać jako takiej „racjonalizacji” („czyżby to tylko z powodów religijnych”).

W jeszcze innym sensie racjonalizacja odgrywa jednak znaczną rolę w sferze religijnej. Bytendijk w nadzwyczaj bystrym spostrzeżeniu wskazał na to, że w rozwoju religijnym człowieka występuje kryzys właśnie w tym okresie, gdy ma miejsce przejście od uczuciowej religii wieku dziecięcego do ujmowanej i akceptowanej rozumowo religii wieku dojrzalego (a więc w okresie dojrzewania i w latach następnych). Wyraził się on ostrożnie, że być może przejście to w dzisiejszej pedagogice religijnej jest forsowane zbyt szybko. W tym kontekście pomyślny o tym, że nauczanie i egzaminowanie z religii odbywa się w szkole zupełnie tak samo jak z jakiegoś innego przedmiotu (choćby matematyki), a więc innymi słowy, czysto rozumowo. Czy może nie tym tłumaczy się fakt, że młody człowiek nabiera do religii niekiedy również negatywnego nastawienia jak do matematyki, o której wiemy, że dość często bywa odczuwana jako niemity ciężar? O ile może być dość obojętne, jakie jest wewnętrzne nastawienie człowieka do matematyki, o tyle o religii w żadnym razie nie można tego powiedzieć. I dlatego poważnym błędem wydaje się poprzestawanie na głównie rozumowym przekazywaniu materiału nauczania z zakresu religii. (W ogóle wydaje się niezrozumiałe, że utratę wiary, dotyczącą tak wielu ludzi w drodze od dzieciństwa ku dorosłości, Kościół przyjmuje z taką beztróską i bez podejmowania adekwatnych zabiegów o nową formę nauczania religii właśnie w tym krytycznym okresie.) Nie wolno nam zapominać, że nie tylko dziecko, lecz także dorosły ma zawsze uczuciowy stosunek do spraw religijnych. To, że tak często przeocza się ten fakt, że nie stara się lub niewystarczająco się stara wspierać ten stosunek uczuciowy, przyniosło skutki więcej niż groźne. Wpływ sfery emocjonalnej na wiarę i niewiarę oraz na zachowania religijne w ogóle jest znaczny — fakt

ten jednak jest stale wypieryany przez zainteresowanych; z tego względu takimi powiazaniami zajmujemy się bliżej jeszcze raz w rozdziale 9.

7. *Projekcja na zewnątrz*. Przez projekcję zewnętrzną rozumujemy zachowanie zmierzające do przypisywania innym ludziom — względnie do „winterpretowania w nich” — uczuć, wrażeń, poglądów itd., które w gruncie rzeczy istnieją w nas samych. Człowiek będący w złym humorze nagle uważa, że inni również robią zagniewane miny. Uczeń, który zawrócił na egzaminie, mówi, że „nauczyciel miał zły dzień”. Z tych przykładów widzimy, że nawet w codzienności ludzi psychicznie zdrowych stale istnieje niebezpieczeństwo projekcji zewnętrznej. Gdy np. jednostka lub społeczność dokonuje projekcji zewnętrznej własnych (wyparnych) agresji na innych, to uwiadcza się podwójna korzyść, którą przynosi ten mechanizm obronny: już nie ja jestem tym złym, agresywnym, lecz ten drugi, który chce mnie zaatakować; poza tym, jestem jednak teraz — naturalnie wbrew moim pierwotnym życzeniom! — uprawniony do kontragresji, gdyż nie oznacza ona przecież niczego innego, niż konieczną dla życia obronę przed agresją tego drugiego, zgodnie z powiedzeniem, że: „Najpobojniejszy nie może żyć w spokoju, jeśli to nie podoba się złemu sąsiadowi!”

Neurotyk ze swymi chronicznie wypieryanymi agresjami, swym stałym lękiem i niepewnością, zawsze będzie się skłaniał do winterpretowywania w drugiego człowieka uczuć i tendencji, których tamten sam wcale nie posiada. Sądzi on np., że jest przezeń nieakceptowany, chociaż wcale tak nie jest. Trudno jest przekonać neurotyka, że taki pogląd jest tylko wynikiem mechanizmu obronnego: to on spowodował między ludźmi barierę niezrozumienia, którą nie tak łatwo jest pokonać. Wcale nie tak rzadko występuje również projekcja zewnętrzna na Boga. Własne uczucia i właściwości bywają przypisywane Bogu (np. „Bóg jest zarazem dobry i zły”) i na tej drodze dochodzi się na przykład do przekonania, że woła bożą jest to, czego w gruncie rzeczy chce się samemu. Znacznie piękniej i wznioślej jest powiedzieć: „Niech się dzieje wola nieba” niż wyznać: „Tego chcę ja sam”. Nawet nieneurotyk potrzebuje stałego intensywnego samobadania i kontroli, by nie stać się ofiarą tej najgroźniejszej ze wszystkich projekcji zewnętrznych. Zupełnie niedawno pewien duszpasterz powiedział do kobiety zwlekającej z poślubieniem męża, który, którego on polecił jej na małżonka: „Jestem zupełnie pewien, że Bóg chce tego małżeństwa”. Jest się zdumionym, wstrząśniętym i zarazem zaniepokojonym, słysząc, że ten duszpasterz tak dokładnie wie, co jest wola bożą. Odnosi się raczej wrażenie, że chodzi o jego własną wolę, którą w drodze projekcji zewnętrznej przemienił w „wolę boską”.

8. *Autoagresja*. Potrzebne jest tutaj najpierw krótkie, podstawowe wprowadzenie w problematykę agresji; przy kwestiach dotyczących tego, jak powstaje agresja i jak można ją unieszkodliwić, chodzi przecież o problemy losu ludzkiego. Dzisiaj, w dobie stale intensyfikującej się techniki, która w każdej chwili może zostać użyta do całkowitej zagłady, decydujące znaczenie ma to, czy uda się przynajmniej kontrolować agresję. Wiele osób w ogóle zaprzecza istnieniu takiej możliwości i uważa pokój za iluzję, a badania pokójowe usiłujące studiować warunki mogące zapobiec wojnie i zniszczeniu, są pozbawione sensu.

Psychologia głębi na pewno może wnieść znaczący wkład do tego problemu. Wiele przemawia za tym, że musimy uznać agresywność za cechę gatunkową człowieka. Trzeba będzie przy tym rozróżnić agresję konstruktywną od destruktywnej. Pierwsza jest prawdopodobnie podstawową siłą życia (*aggressive* — podchodzić do czegoś), bez której nie byłoby możliwe ludzkie działanie, ścieranie się, konkurencja, postęp; ta „pragresja”, jak wszystko co ludzkie, wydaje się jednak bardzo podatna na przemiany i łatwo może się przekształcić w tendencję destruktywną. Jeśli w ostrożny sposób przenieść na człowieka wyniki, które uzyskał Konrad Lorenz badając zachowanie zwierząt (*Tak zwane zło*), to można stąd wyprowadzić podbudowę dla tezy psychologii głębi mówiącej, że tym co powoduje przedzierzgnięcie się konstruktywnej agresji w siłę destruktywną, są przede wszystkim frustracje przysparzane przez środowisko. Dopiero niedawno badania Amerykanina Davida Mantella, który porównał psychikę 25 ochotników z Wietnamu i tej samej liczby odmawiających służby wojskowej, dobitnie ukazały, jak szersza jest ta teza i jaką rolę w powstawaniu agresji destruktywnych odgrywają zwłaszcza frustracje dziecięce. Dzieciństwo późniejszych ochotników z Wietnamu Mantell przedstawia w podsumowaniu w ten sposób: „Rodzice są surowi, zimni i obiektywni wobec siebie wzajemnie i wobec swych dzieci. Częste kary w postaci gróźb, restrykcji i bicia, jak też inne formy zastraszania są na ogół stosowane dla zapewnienia posłuszeństwa dzieci. Mało jest miejsca na własne uczucia i opinie. Przeważnie funkcjonuje tylko jedno zdanie, zdanie dominującego rodzica: jest ono wypowiadane nie jako opinia, lecz jako absolutne prawo. Jednocześnie rodzice zastrzegają sobie przywileje niemożliwe do pogodzenia z głoszoną przez nich zasadą samoopanowania”. Zupełnie inaczej przebiegało dzieciństwo tych, którzy później odmawiali służby wojskowej: „szczególnymi właściwościami ich życia rodzinnego były brak presji, racjonalność, tolerancja, elastyczność, zdolność dopasowywania się, wzajemne współczucie, ciepło i nieautorytarne zachowanie. Okres młodości

odmawiających służby wojskowej jest nacechowany nasilającym się usiłowaniami doprowadzenia do zgodności swych zasad wiary z czynami. Indywidualne akty sumienia, samokrytyka, intensywne pobudzenie intelektualne i emocjonalne były częścią tego procesu, który później osiągnął swój szczyt w decyzji odmowy służby wojskowej”.

W każdym razie nieświadoma agresywność neurotyczna będzie wynikała z frustracji: skłania się ona tym samym ku destruktywnej deformacji. Psychologia głębi zdolna wykaże, że szczególnie pod wpływem zawiedzionej dziecięcej tęsknoty do miłości wzrasta nacisk agresji, pracy w destruktywnym kierunku. Dlatego zawsze jednym z najważniejszych zadań psychohigienicznych pozostanie profilaktyczne unikanie takiego rozwoju w kierunku niszczącej agresji lub odkrywanie w porę jego powstawania, gdyż osoby będące jego ofiarami są ogromnym zagrożeniem zarówno dla siebie samych, jak i dla społeczeństwa. Kilkakrotnie już wskazywałem na to, że właśnie w dzieciństwie agresje muszą być wypierane. W nieświadomości jednak nadal wiodą swój własny żywot i stamtąd usiłują podporządkować sobie funkcjonowanie osobowości.

Jeżeli człowiek coraz bardziej podlega wpływowi potencjałów agresji, to tylko kwestią czasu jest ich destruktywny wybuch. W ten sposób, u jednostek i całych społeczności występują „zaskakujące”, niesamowite orgie niszczy-cielskie. Zgodnie z tym prawem przebiega nie tylko życie jednostkowe, lecz także polityczne; Trocki słusznie powiedział, że dyktatorzy stanowią indywidualną podaż na kolektywny popyt: jeśli znajdzie się dostatecznie wielu ludzi o nagromadzonych potencjach agresji, to wybiorą sobie przywódcę, na którego będą mogli dokonywać projekcji swych agresywnych pragnień, a potem wypowie on to czarodziejskie słowo „wojna” (lub „prześladowanie”), które wreszcie pozwoli im wyżyć się przez wyładowanie swych agresywnych tendencji. Poeta Reck-Malleczewen pisze o tym procesie w przejmujący sposób: „Cóż wiemy o owych podziemnych pieczarach i komnatach, które gubią się w nieznanem pod domem życia wielkiego narodu — o tych katakumbach, w których wszystkie nasze ponure życzenia, nasze straszne sny i dręczące zmo-ty, nasze przywary, zapomniane i nieodpokutowane grzechy śmiertelne porzebane są od pokoleń? W zdrowych czasach snują się sylficzna zmorą przez nasze sny, artyście jawią się jako sataniczne wizje — potem na naszych katedrach gotyckie rzygacze wypinają w powietrze obsceniczne zadki, a po świętych tablicach Grünewalda ciągną z dziobatymi pyskami, na pazurzastych stopach symptomny wszelkich przywar i ci biczownicy bijący Zbawiciela, by wypełnił się Zakon, i patrzcie, oglądającemu żal ich prawie w automatycznie

wypełniania tego Zakonu [...] Ale co będzie, gdy teraz wszystko to, co kiedyś indziej jest trzymane w ukryciu w naszych lochach, w oczyszczającej krew funkcji furunktu będzie parło na zewnątrz, jeśli ten podziemny świat od czasu do czasu zrodzi szatana, który skruszy pokrywę jego grobowca — i wypuści złe duchy z puszki Pandory? Wtedy w niewyobrażalnym rozmiarze pomieszą się pojęcia prawa i bezprawia, mego i twego, tego co proste i nieproste, cnoty i przywary”.

W związku z mechanizmami obronnymi musimy jednak wiedzieć, że człowiek ma jeszcze jedną możliwość uwolnienia się od nacisku nagromadzonych wypartych agresji: ostatnim rozwiązaniem awaryjnym może być skierowanie ich przeciwko własnej osobie. Wielokrotnie już wspomnianą nieświadomą tendencją neurotyka do samoukarania się, jako skutek nieświadomego poczucia winy, sprzyja temu skierowaniu destruktywnej agresji przeciw własnemu „ja”. Naturalnie istnieje tu jednak wielkie różnice ilościowe: wprawdzie każdy neurotyk jest w tym znaczeniu wrogiem siebie samego i szkodzi sobie, ale na szczęście nie każdy wybiera ciężkie formy samozniszczenia, jak na przykład choroby psychosomatyczne i nadużywanie używek, albo wręcz tę najcięższą, samobójstwo (patrz rozdział następny).

Jeszcze raz zwróćmy uwagę na decydujące z psychologicznego punktu widzenia zadanie opanowywania agresji. Skoro nie można przeszkodzić występowaniu u ludzi „naśladowania agresją”, to przynajmniej trzeba zrobić wszystko, by w porę te agresje „skanalizować”, a więc odreagować je w formie przynoszącej ulgę i możliwej do zniesienia. Oczywiście takie rozwiązania również często mają dwójakie skutki. Zaczyna się to już przy kwestii zabawek wojennych dla dzieci: wczwanie, by nie kupować takich zabawek, wydaje się całkowicie uprawnione z humanistycznego punktu widzenia; z drugiej strony: czy właśnie taka zabawa nie może nieszkodliwie rozładować agresji, czy z dzieci bawiących się w wojnę muszą wyrastać żołnierze? (Goe the poprosił swą matkę, by dla jego syna kupiła we Frankfurcie bardzo wtedy popularną zabawkę, gilotynę, bo nigdzie nie mógł jej dostać: matka z oburzeniem odrzuciła to żądanie.) Na przykład sport może (i powinien) działać w kierunku uwalniania agresji, jednocześnie jednak może stać się okazją do agresji destruktywnych (np. wojna, która jakiś czas temu została wywołana w Środkowej Ameryce przez mecz futbolowy; przeszła ona do historii jako „wojna futbolowa”). Podobne problemy dotyczą przedstawiania licznych aktów przemocy w telewizji, radiu, prasie itd. Chciałoby się wierzyć, że te massmedia nadają takie audycje tylko po to, by dać ludziom możliwość odreagowania swych agresji przez identyfikację. Jednak zawsze może się zdarzyć,

że ta identyfikacja będzie zbyt silna i poprowadzi później aż do naśladowania destruktywnego przykładu.

Jedno jest w każdym razie pewne: destruktywna agresja jest jednakowo groźna, czy zwraca się przeciw otoczeniu (wrogość, prześladowania, wojna), czy też przeciw własnemu „ja”. Wąską granicą pomiędzy dwoma rodzajami niebezpieczeństw posuwa się terapeutyczna próba skanalizowania agresji w formach nie zagrażających społeczeństwu. Już teraz wskażemy na to, że jest to jednym z podstawowych celów psychoterapii (patrz rozdziały następne) — Freud od samego początku był świadom jej losowego znaczenia również w tym względzie.

9. *Identyfikacja*. Wspomnieliśmy już o niej przy omawianiu rozwoju dziecka, a zatem wiemy, że chodzi tu o proces początkowo zupełnie normalny i zdrowy, ba, nawet o pewną konieczność (bez obiektów identyfikacji nie następuje rozwój osobowości). Jednak również ona może być nadużywana jako neurotyczny mechanizm obronny, jeśli stanie się sztywnym naśladowaniem tej osobowości, z którą się ktoś identyfikuje. Niemożliwy jest wtedy jakkolwiek rozwój własny, nic nowego nie może powstać. Tym, co prowadzi do takiej patologicznej identyfikacji, prawie zawsze jest zniechęcenie, strach przed zadaniami świata, ale i strach przed własną odpowiedzialnością. Nieśwety są także ludzie usiłujący narzucić się młodemu pokoleniu jako obiekty takiej identyfikacji, spotęgowanej aż do nienaturalności. Mamy tu na myśli wszystkich rodziców starających się jak najdokładniej upodobnić drogę życia dzieci do swojej, gdyż nie dostzegają oni w dzieciach „nowych ludzi”, lecz jedynie kontynuację (albo powtórzenie) własnego istnienia.

Patologiczna identyfikacja rzuca także niebezpieczny cień na sferę religijną. Może się np. zdarzyć, że ktoś przejmie w sztywny sposób świat wyobrażeń religijnych obiektu identyfikacji, nie wnosząc doń nawet najmniejszego wkładu osobistego. Naturalnie w ten sposób całe życie religijne musi zamrzeć w bezruchu, a wcale nie tak rzadko widzimy, że zachowania religijne takich osób pozostają stale uzależnione od zachowań religijnych obiektu identyfikacji, względnie od nastawienia do niego. Istotne jest przy tym, że człowiek również w sprawach religijnych nigdy nie staje się sobą samym, lecz sfera ta jest zawsze postuzegana przez pryzmat stosunku do obiektu identyfikacji.

Na przykład kiedyś obserwowaliśmy pacjentkę, która — odebrawszy od ojca surowe wychowanie religijne i pedantycznie naśladując go w zachowaniach religijnych — po jego śmierci nagle stała się zdeklarowanym „wrogiem religii”. Nie tylko sama wystała z Kościoła, lecz nie spoczęła, zanim nie nakłoniła wszystkich swych krewnych (w sumie cztery osoby) do pójścia za swoim przykładem. Zmiane postawy usiłowała sama przed sobą „wyjaśnić” (zracjonalizo-

wał) tym, że stwierdziła „niesprawdzenie się” niektórych kapłanów. Zająwszy się jednak tą problematyką nieco bliżej można było stwierdzić, że rzeczywiste powody jej zwrotu były jej całkowicie niezane. Dopiero analiza dokonana po latach ujawniła niesławidome przyuczony i doprowadziła do skorogowania jej brzemienia w skutki zachowania. Okazało się bowiem, że niewolnicza identyfikacja z ojcem doprowadziła, jak często w takich przypadkach, do zdecydowanej ambiwalencji wobec niego. Po jego śmierci, jakby uwolniona od ciężkiej na niej presji, w swych zachowaniach całkowicie wpadła w nurt niesławidomych agresji przeciwko ojcu, chciała w rewolucyjny sposób udowodnić swą „samostojność”, co wreszcie wyraziło się także w zmienionej, irracjonalnej postawie wobec religii. Wystąpieniem z Kościoła (własnym i swej rodziny) chciała jak gdyby ugodzić ojcu jeszcze w grobie.

Istotą sprawy jest dla nas to, że jej zdecydowanie pozytywne nastawienie, jak również później negatywna postawa wobec spraw religijnych, nie były warunkowane rzeczywistym uporaniem się z tą kwestią, lecz pozostały zależne tylko i wyłącznie od emocjonalnego stosunku do ojca.

10. *Sublimacja*. Rozumiemy przez nią proces, w którym siły popędowe, pierwotnie skierowane na cele prymitywne, człowiek oddaje w służbę zadań dzieciństwa musi być zorientowane wszelkie przewodnictwo duchowe człowieka. Jeżeli człowiek pozostaje świadomy tego, co sublimuje, to nie może być mowy o procesie neurotycznym: sublimacja taka nie prowadzi do samoblockady, lecz przeciwnie, stanowi ważny szczebel w rozwoju osobowości. Natomiast „sublimację neurotyczną” należy wyobrażać sobie tak: człowiek wypiera do nieświadomości pierwiastek popędowy, z którym sobie nie radzi (zamiast uczciwie się z nim rozprawić) i zaczyna teraz w szczególny sposób oddawać się temu, co „duchowe”. Odtąd wszystkie problemy widzi w ten sposób i jakby buja w wyższych sferach — jest to stan występujący niestety właśnie u niektórych „głęboko wierzących”, który — co podwójnie ubolewnia, nie godne — zamiast zostać przejrany, bywa niekiedy jeszcze wspierany, mimo że jest bardzo niebezpieczny dla prawdziwego życia religijnego. Taka sublimacja neurotyczna, nie będąca w gruncie rzeczy niczym innym niż wypieraniem i nadkompensacją, prowadzi przecież z jednej strony do wyniosłej pogardy („Dzięki Ci, że nie jestem taki jak ten oto”) wobec ludzi nie tak „dobrze” rozwiniętych, z drugiej strony własne popędy, których wyparto się w ten sposób, mogą manifestować się w nagłych wyładowaniach erupcyjnych („Czysty duch często staje się czystym zwierzęciem” — Pascal).

Przedstawiony przez Freuda opis sublimacji dał asumpt do szczególnego oporu przedstawicieli religii wobec psychoanalizy. Nieznoszą dla nich była przecież myśl, że religia nie oznaczałaby być może nic innego niż wysublimowany seksualizm — właśnie tak można interpretować wywody Freuda.

Dzisiaj wolno być może stwierdzić, iż fakt, że do jakiejś sprawy można przybliżyć się również przez sublimację wielu dziedzin popędowych (wcale nie tylko seksualnej) nie oznacza, że jest ona osiągalna jedynie i wyłącznie poprzez ten mechanizm obronny lub że powstała za jego sprawą.

Wskazywaliśmy na fakt, że określone formy nerwicy dorosłego powstają w zależności od tego, który z opisanych mechanizmów obronnych jest stosowany — co z kolei zależy od momentu neurotyzacji w dzieciństwie i od rodzaju konfliktu neurotycznego. Zanim szczegółowo opiszemy te formy, jeszcze raz zestawimy elementy, jakimi charakteryzuje się nerwica u dorosłego.

1. Chora jest tylko część osobowości, a część zdrowa broni się przed chora. Po wszystkim, co powiedzieliśmy, bliższe wyjaśnianie tego punktu wydaje się zbędne. W zdrowej osobowości dorosłego czynnik wyzwalający na nowo obudził wczesnodziecięcy konflikt neurotyczny. Osobowość walczy z nim właśnie za pomocą mechanizmów obronnych.

2. Reguły istnieją odczucie choroby, tzn. pacjenci w większości dostrzegają brak sensu, nonsensowność swoich symptomów; jednak to dostrzeganie nie pomaga im; dolegliwości pozostają te same i tak samo dręczące, dopóki nie jest znana ich przyczyna. Naturalnie może się zdarzyć, że człowiek nie ma pojęcia o swojej nerwicy. Wszelkiego rodzaju racjonalizacje mogą posuwać się tak daleko, że stan faktyczny (nerwica) zostanie całkowicie przeoczony. Ludzie ci często muszą się znaleźć na skrajnie przepełnionym, by w jakiś sposób pojąć, „że coś z nimi jest nie w porządku”.

3. Symptomny każdej nerwicy są irracjonalne. Ten stan rzeczy również został już dogłębnie opisany; wynika on stąd, że dla powstania nerwicy miarodajne są niesławidome emocje wymykające się rozumowi. Z tego wynika — by raz jeszcze rzecz postawić jasno! — że nerwicy nie można zlikwidować za pomocą pierwiastka czysto rozumowego.

4. W każdej nerwicy znajdujemy oznaki regresji. Widzieliśmy przecież, że warunkuje ją odżywianie konfliktu wczesnodziecięcego. Oznacza to, że przynajmniej jakaś część osobowości utknęła we wczesnodziecięcych sposobach zachowania.

5. Przebieg każdej nerwicy charakteryzuje się tym, że neurotyk w swym późniejszym życiu nieustannie stara się powtarzać tę sytuację, na skutek której zachorował w dzieciństwie. Tak np. dorosły, który w dzieciństwie rozwinął wobec matki ambiwalentny stosunek neurotyczny, będzie przenosił tę ambiwalencję na inne kobiety, jak już pokazano w rozdziale 2. Wkrótce jego stosunki z kobietami nie będą niczym innym niż powtórzeniem stosunku do

matki — albo dlatego, że wybrana partnerka ma właściwości podobne do matki, albo dlatego, że następuje po prostu ich projekcja na nią, albo też dlatego, że kobieta z czasem bywa „skutecznie” prowokowana do zachowania się jak matka. Ta tendencja do powtarzania sytuacji patogenicnej jest jedną z najgorszych cech specyficznych nerwicy: ona to bowiem prowadzi do tego, co określamy jako powtórzenie przeżycia, tzn. ludzie nią dotknięci przeżywają stale to samo, w ich życiu nie pojawia się żadna nowa tendencja, zdarzenia przebiegają często zupełnie jednostajnie, podobne do siebie niemal z „fotograficzną wiernością”. Zrozumiałe jest, że to powtarzanie się przeżyć można usunąć dopiero wtedy, gdy neurotyczny wzorzec zachowania (przede wszystkim jego nieświadomy składnik) zostanie przełamany. Fakt tego powtarzania się przeżyć odgrywa, nawiasem mówiąc, dużą rolę w terapii nerwic. Naturalnie bowiem również w stosunku do terapeuty będzie dochodziło do takiego powtarzania, a tym samym do rekonstrukcji pierwotnej sytuacji patogenicnej, która, jak już wspomniiano, określamy jako „przeniesienie”. Tylko że tym razem odbywa się to wobec obeznanego z tą problematyką terapeuty, który analizie tego przeniesienia wykorzysta do zanalizowania sytuacji pierwotnie patogenicnej (patrz rozdział 8.).

6. W każdej nerwicy powstają tak zwane konflikty wtórne. Jak już mówiliśmy, neurotyk jest uwikłany w wojnę na dwu frontach, zużywa znaczną część swych sił psychicznych, by jako tako uporać się ze swą nerwicą (a więc jakby w „wojnie domowej”). Skutkiem takiej sytuacji będzie to, że na walkę o byt, a więc na praktyczne zadania życiowe, będzie miał do dyspozycji mniej, niekiedy zbyt mało sił. Stąd wynika, że neurotyk musi przegrywać w konkurowanej walce ze zdrowym. Skutkami tego będą depresja, zły humor, rozgoryczenie, poczucie niższości i temu podobne. Te objawy następcze (nerwicy) nazywamy konfliktami wtórnymi, ponieważ powstają one wtórnie z nerwicy. Wcale nie tak rzadko konflikty wtórne bywają przez dotkniętego nimi uważane za właściwą przyczynę nerwicy, a osoba niedostatecznie wyszkolona w tych kwestiach zbyt łatwo będzie gotowa dać wiarę takim argumentom. Można np. usłyszeć: „Jestem rozgoryczony, zdeprimowany, bo skrzywdzono mnie w urzędzie, w którym pracuję. Komuś innemu, chociaż młodszemu stażem, dano pierwszeństwo przede mną”. Taka reakcja wyda się nam logiczną, reagowałbyśmy dokładnie tak samo, gdyby nam się to przytrafiło. Ale często jest to ocena myląca, gdyż przy bliższym przyjrzeniu się widać, że „skrzywdzenie” zawodowe było spowodowane wcześniejszym zachowaniem neurotycznym i niesprawdzeniem się danej osoby. Na temat skutków nerwicy odczuwanych w najróżniejszych dziedzinach można by, oczywiście w prze-

nośnym sensie, zacytować powiedzenie: „Przekleństwem złego czynu jest jednak to, że stale musi rodzić zło”. Na nie się więc zda dodawanie ducha człowiekowi, który zawiodł z przyczyn neurotycznych i który z racji tego niesprawdzenia się teraz czuje się niepełnowartościowy. Najpierw, przez zmianę jego neurotycznego zachowania, trzeba dać mu możliwość odnoszenia rzeczywistych sukcesów.

A teraz o najważniejszych formach nerwicy; różniamy:

- nerwicę lekową
- fobie
- nerwicę natręctw
- histerię
- neurastenię
- choroby psychosomatyczne
- neurotyczne nadużywanie alkoholu i narkotyków
- nerwicę samounicestwienia.

1. *Nerwica lekowa*. Charakteryzuje się pojawianiem się leku przyprawiającego człowieka o najwyższy niepokój, przy czym nie wie on, skąd się ten lek bierze i czego dotyczy. Nerwica lekowa często poprzedza wszelką inną symptomatykę neurotyczną dorosłego. Powiedzieliśmy już przecież, że fenomenem neurozy jest lek, właśnie lek neurotyczny, który od wszelkiego innego strachu różni się tym, że pochodzi z nieświadomości. By powtórzyć raz jeszcze przebieg jego powstawania: niecałkowicie przewyciężony konflikt pomiędzy sumieniem a sferą popędową doprowadził do wyparcia agresji; agresje te mają teraz tendencję do wdzierania się z nieświadomości na powrót do świadomości, co dana osobowość przeżywa jako zagrożenie i dlatego odpowiada na to intensywnym lekiem. Stadium nerwicy lekowej zazwyczaj nie trwa długo: człowiek nie wytrzymuje długo bezpodstawnego leku, jego potrzeba wyjaśnienia prowadzi do tego, że szuka przyczyn tego leku, a więc racjonalizuje go. Poprzez racjonalizację z nerwicy lekowej powstaje fobia.

2. *Fobie*. Teraz neurotyk wie, czego się obawia, albo ujmując to trafniej, sądzi, że znalazł powód powód swego leku. My oczywiście rozumiemy, że odkrył tylko powód pozorny, że racjonalizacja skierowała go na zupełnie błędne tory. I tak, teraz obawia się on bakterii (bakteriofobia), raka (cancerofobia), zankniętych pomieszczeń (Klaustrofobia), wolnych przestrzeni (agorafobia), ostrych przedmiotów (akrofobia), śmierci (tanatofobia), itd.

Z tego, która fobia szczególnie często bywa wybierana w jakimś okresie przez neurotyków, można wywnioskować, co w tym okresie jest przedmiotem szczególnych obaw. Neurotyk będzie bowiem racjonalizował swój lek z naj-

większym prawdopodobieństwem w tym kierunku, który w danym okresie jest słusznym powodem do obaw. W naszych czasach jest to w szczególności rak, a więc spotykamy szczególnie wiele przypadków raka. Pojawiają się już nowe formy, jak choćby strach przed atomami, a równie pochopni co niedoświadczeni „badacze” sądzą, że odkryli nową chorobę. W rzeczywistości jest to ciągle ta sama śpiewka, tylko opatrzona nowym tekstem. Każdy nowo pojawiający się strach daje neurotykowi sposobność poszerzenia repertuaru możliwych racjonalizacji.

3. *Nerwica nartyczna*. Przez ten rodzaj nerwicy rozumiemy stan, w którym człowiek czuje się zmuszony robić lub myśleć określone rzeczy, mimo iż dobrze wie, że jest to właściwie nonsens i że „w gruncie rzeczy” nie ma on z tym nic wspólnego. Jeśli taki neurotyk z największym samozaparciem będzie usiłował oprzeć się temu przymusowi, to jego miejsce zajmie bezmienny lęk, który wkrótce stanie się tak wielki, że ponowne podjęcie działań przymusowych będzie stanowiło jedyną możliwość odczucia ulgi. Z tego mechanizmu logicznie wynika, że przymus nie jest niczym innym, niż próbą przetworzenia pierwotnego lęku neurotycznego. Podstawą wszystkich symptomów nerwicy nartycznej jest przymusowy charakter, który opiera się na patologicznym rozwoju sumienia. Z uwagi na ogromne znaczenie problemu kształtowania sumienia poświęcimy mu osobny rozdział (rozdział 4.) i tam również zajmemy się bliżej poszczególnymi symptomami nerwicy nartycznej.

4. *Histeria*. Podstawą manifestacji histerycznych jest histeryczny charakter. Cechuje się on:

— wzmozżonymi, szybko zmieniającymi się uczuciami (przejście od przesadnie akcentowanej przychylności do takiejż bezpodstawnej nienawiści, która często nie cofa się przed niczym),

— skłonnością do silnej teatralności,

— infantyлизmem (zalicza się do niego również infantyлизм w dziedzinie seksualnej, którego wyrazem u kobiety często bywa oziębłość).

Histeria jest przede wszystkim chorobą płci pięknej, jednak jest również wielu mężczyzn historyków (znamienny dla bezkrytycznego oporu pewnych lekarzy był fakt, że Freud został wyśmiany, gdy pewnego razu w wiedeńskim Towarzystwie Lekarskim przedstawił klasycznego historyka mężczyznę; uważano wtedy, że choroba ta nie może występować u mężczyzn). Wywodzi się ona z fazy edypalnej; powstaje, jeśli u dziewczynki doszło z jednej strony do wytworzenia szczególnej więzi z ojcem, z drugiej jednak, również do zdecydowanego rozczarowania nim, a tym samym do silnej ambivalencji wobec niego (chłopca dotyczy to samo w związku z ambivalentną więzią z

matką). Ambivalencję tę możemy potem bez trudu rozpoznawać w cechach charakteru historycznego. Mówiliśmy już wprawdzie, że ambivalencja jest podstawowym symptomem przebiegu wszelkiej nerwicy, można jednak powiedzieć, że histeria stanowi chyba tę jej formę, w której wytworzona bywa najsilniejsza ambivalencja, tzn. ambivalencja o największym wychyleniu amplitudy; nie wolno nam zapomnieć, że rozwija się przy tym najpierw przesadna, tzn. nienaturalnie silna miłość, która potem w razie rozczarowania przekształca się w tak samo intensywną nienawiść. Postawa historyka wobec ludzi i problemów jest zawsze rozdwójona: to rozdarcie będzie się jednak odbijać przede wszystkim na osobach, które w jakiś sposób przedstawiają postać ojca. Dlatego właśnie lekarz, ale także duszpasterz (który reprezentuje ojca w równej mierze z racji celibatu, jak i swej misji zawodowej) bywa tutaj szczególnie zagrożony. Stają się oni łatwo, jak niegdyś ojciec, obiektem szczególnej skłonności, która w momencie nieuniknionego w końcu rozczarowania może się obrócić w brak akceptacji, nienawiść, ba, zdecydowaną żądzę zemsty.

Na gruncie historycznego charakteru wyrastają pozostałe symptomy historyczne, a mianowicie:

Napady hysterii. Są to stany trwające wiele godzin, w których pacjenci biją wszystko wokół siebie, krzyczą i płaczą, nie przyjmując odczucia do wiadomości; z tego powodu przez laików bywają, oczywiście błędnie, uważani za pozabawionych świadomości (ataki epileptyczne mają symptomatykę we wszystkich szczegółach odmienną, wynikają przecież z patologicznych procesów organicznych w mózgu).

Histeryczne stany zamroczenia, deliria historyczne. Są to fantazje oparte na pragnieniach, które stają się u chorych tak potężne, że są przez nich uważane za faktyczne przeżycia. Granica między fantazją a rzeczywistością wyduje się nie istnieć lub w każdym razie jest zatarta. We wcześniejszej publikacji (*Die Tiefenpsychologie hilft dem Seelsorger*) wnikliwie zanalizowano problematykę takiego historycznego stanu zamroczenia.

Jeśli zauważymy, że u każdego historyka istnieją szczególnie intensywne, wyparte pragnienia seksualne (ściśle powiązanie pierwotnych pragnień seksualnych z rodzicem płci odmiennej prowadzi do szczególnie silnego zakazu dotyczącego seksualizmu: zgodnie z tym następuje jego intensywne wypieranie; to wypieranie wzmagają naturalnie tęsknotę i w ten sposób pomiędzy tęsknotą a zakazem dochodzi do stałego procesu wzbudzania), to nie będzie my się dziwić, że w historycznych stanach zamroczenia i deliriach następuje spełnienie przeważnie pragnień seksualnych.

jest choremu nieznaną, a więc za którą nie może on zostać pociągnięty do odpowiedzialności na płaszczyźnie świadomej. Także symptom historyczny jest spełnieniem pragnienia, a zrazem samoukaramiem, jak każda inna manifestacja neurotyczna. Adler zwykł pytać pacjentki, które cierpiały na jakiś symptom neurotyczny, np. na konwersyjno-historyczne bóle głowy: „Co zrobiłaby pani, gdyby nie miała pani bólów głowy?” Jeśli padła odpowiedź: „Wtedy studiowałabym”, to było dla niego jasne, że ból głowy powstał tutaj w dużej mierze również w celu posiadania (nieświadomego) alibi dla uniknięcia studiów, którym dana osoba nie czuła się w stanie poddać wskutek swego poczucia niższości. Najbardziej istotne w takim *arrangement* (termin ten pochodzi od Adlera) pozostanie jednak to, że do korzyści z choroby dąży się nieświadomie, podczas gdy na płaszczyźnie świadomej przeżywany jest tylko ciężar cierpienia (np. ciągły ból głowy). Wynika stąd jasno, że wyrzut, nagana, upomnienie lub kara niczego tu nie zmienia, mogą najwyżej jeszcze wzmocnić ciężar cierpienia. Jedynie rozwiązanie będzie można znaleźć w psychoterapii „ujawniającej”, która umożliwi choremu wgląd w jego *arrangement*.

5. *Neurastenia*. Termin „neurastenia” jest szczególnie zwodniczy, gdyż nie chodzi tu w żadnym razie o jakąś dolegliwość nerwową w sensie organicznym. Rozumnie się przez nią raczej pewien zespół symptomów, który znamionuje gamę „dolegliwości nerwowych”. Często przez neurastenię bywa, by tak rzec, zaatakowane ciało, pacjenci wcale nie tak rzadko przychodzą na wizytę do lekarza z kartką, na której zanotowali wszystkie swoje dolegliwości w obawie, że w przeciwnym razie mogliby o czymś zapomnieć. Podawane bywają: zmęczenie, bezsenność, uczucie lęku, jak również najrozmaitsze sensacje cielesne, sięgające od stóp do głów (pewnego razu pacjent cierpiący na neurastenię przyszedł z kartką, na której było zanotowanych 96 dolegliwości; sformułowaniu ostatniego punktu: „koniec końców boli mnie także odbytnica” w jego dwuznaczności nie zabrakło mimowolnej domieszki tragicomicznej). Nie chodzi przy tym o nic innego, jak o fizyczny wyraz psychicznego odczucia niechęci. Cierpiąca osoba czuje się jakby „nie w sobie” i doznaje tego w bezliku swych dolegliwości. W terapii często można prześledzić, jak likwidowanie tej sytuacji i nastawień, które warunkują odczucia niechęci, przebiega równoległe z uszeregowaniem dolegliwości neurastenicznych. Oczywiście właśnie przy neurastenii trzeba być szczególnie ostrożnym: wiele poważnych zaburzeń umysłowych (np. schizofrenia, mózgowy procesy degradacji) może się zaczynać od krótkotrwałego wstępnego stadium neurastenicznego (gdymż zaczyna się przy tym zmiąana osobowości wywo-

tuje uczucia niechęci, które są neurastenicznie przetwarzane; przy nagłym pojawieniu się obrazu neurastenicznego trzeba więc pomyśleć także i o tej możliwości). Jeśli natomiast już od dawna mamy do czynienia z neurastenią, to chyba nie będzie wątpliwości, że chodzi o neurastenię nerwicową. Wydaje się całkiem zrozumiałe, że symptomy neurasteniczne zazwyczaj bywają sprzężone z postawą hipochondryczną: gama dolegliwości neurastenicznych prawie nieuchronnie doprowadza do strachu, że jest się ciężko chorym fizycznie.

6. *Choroby psychosomatyczne*. Fakt, że istnieją choroby psychosomatyczne, które powstają wyraźnie pod wpływem zaburzeń w życiu psychicznym, musi stać się powszechnie wiadomy. Te tak zwane choroby psychosomatyczne stanowią jeszcze silniejszy dowód władzy duszy nad ciałem, niż wspomniana już konwersja (różnica między konwersją a chorobą psychosomatyczną polega na tym, że konwersja jest fizycznym odczuwaniem konfliktu psychicznego, przy czym ciało faktycznie nie jest chore; choroba psychosomatyczna to choroba fizyczna powstała pod wpływem psychiki). Ponieważ liczba tych chorób gwałtownie dziś wzrasta, a ponadto mogą one prowadzić do poważnego zagrożenia życia, poświęćmy im odrębny rozdział (rozdział 5.).

7. *Neurotyczne nadużywanie alkoholu i narkotyków*. Tutaj w celu rozwiązania konfliktu neurotycznego używa się napojów alkoholowych, względnie narkotyków. Raz jeszcze trzeba wskazać na nagłą i pilną u neurotyka potrzebę zaspokajania jednocześnie pragnienia popędowego i pragnienia sumienia, tzn. „upiecznia dwu pieczeni na jednym różnie”. Alkohol i inne używki doskonale się do tego nadają, ponieważ z jednej strony neutralizują tendencje popędowe (usuwiają lęk, zahamowania, niepewność, napięcie, depresję, wyzwalają agresję), z drugiej strony mogą stać się skuteczne jako środki samokarania dla zaspokojenia nieświadomego poczucia winy (wskutek zmian fizycznych i psychicznych, które wynikają z dłuższego nadużywania). Można by się wyrazić również w ten sposób: neurotyk, który nadużywa alkoholu lub narkotyków, za jedynie krótkotrwałą ulgę (od presji swych symptomów neurotycznych) płaci chroniczną zmianą osobowości; skoro jednak właśnie wskutek swej nerwicy dąży do jednego i drugiego, to jeśli raz powstał związek pomiędzy strukturą osobowości a alkoholem (lub narkotykami), to powstaje szczególnie intensywne, tylko z trudem możliwe do usunięcia powiązanie między jednym a drugim, które musimy określić jako uzależnienie.

Używki charakteryzują się trzema właściwościami:

- a) są w stanie wywołać euforie,
- b) dla osiągnięcia działania przynoszącego „ulgę” trzeba stale zwiększać ich dawkę,

c) przy ich odstawieniu występują skrajnie dręczące objawy głodu, które praktycznie niemal zmuszają uzależnionego do ponownego sięgnięcia po używkę (dłatego kuracje odwykowe mogą być przeprowadzane tylko stacjonarnie, w specjalnych instytucjach, a nigdy ambulatoryjnie).

Wybór środka stosowanego w uzależnieniu zależy z jednej strony od struktury osobowości neurotyka (poszczególne używki mają rozmaite działania psychiczne, a chory oczywiście będzie dążył do znalezienia tej, która doraznie najskuteczniej usunie jego symptomy neurotyczne, a więc, można powiedzieć, że najlepiej doń „pasuje”), jednak z drugiej strony naturalnie od dostępności i rozpowszechnienia określonego środka. Pod naszymi szerokościami geograficznymi jest to jeszcze ciągle alkohol: żyjemy przecież do pewnego stopnia w „alkoholowym klimacie”, w którym alkohol jest nie tylko tolerowany, lecz także propagowany. Mimo, że w ten sposób można się przyczynić do nadużywania alkoholu, to jednak trzeba podkreślić, właśnie z medycznego punktu widzenia, że alkohol można traktować nie tylko jako „zło”, lecz naturalnie także jako przyjemność; każdy może sam na sobie sprawdzić, czy od czasu do czasu „ze smakiem” wypija sobie „dobrą kropelkę”, czy też potrzebuje alkoholu jak gdyby jako „lekarstwa” dla przeciwyciążenia chorobliwych odczuć psychicznych (patrz wcześniej); w tym ostatnim przypadku zachodzi alarmujący stan rzeczy, wywołujący niebezpieczeństwo stałego uzależnienia alkoholowego.

Jeśli chodzi o neurotyczne nadużywanie alkoholu (nadużywanie alkoholu jest praktycznie zawsze symptomem choroby psychicznej leżącej u podstaw — naturalnie obok nerwicy istnieją jeszcze inne przyczyny psychiczne, ale w chwili obecnej wydaje się ona być tu dominującym czynnikiem przyczynowym), to można wskazać na fakt, że wybór właśnie tego środka jest w wielu przypadkach, by wyrazić to słowami Freuda, naddeterminowany. Nie tylko może on rozwiązać konflikt neurotyczny w opisany sposób, ale daje zarazem możliwość zastępczego zaspokojenia oralnego (a wielu alkoholików, tak samo jak wielu palaczy, faktycznie doznało traumatyzacji psychicznej w fazie oralnej). Poza tym, przy wyborze symptomu w postaci picia alkoholu, często pewną rolę odgrywa identyfikacja ze słabym, pijącym ojcem — z tej identyfikacji wynika zazwyczaj niepewność co do własnej męskości, którą można z kolei doraznie nadkompensować w akcie picia. Nie można też przeoczyć wyswobodzenia przez alkoholową „towaryskowość” tendencji homoseksualnych — wspomniane już neurotyczne odrzucanie kobiecej roli często popycha kobiety do tego, by „piła jak prawdziwy mężczyzna”; wzrost nadużywania alkoholu przez kobiety (patrz dalej) należy w sporej mierze wiązać

z tą wzbierającą maskulinizacją neurotyczną. W każdym razie widać, że istnieje wiele czynników popychających neurotyka w kierunku alkoholu; zgodnie z tym powstanie silne wiązanie, które nielatwo będzie rozluźnić.

Tym ważniejsze wydaje się wcześnie wykrywanie i leczenie uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Specjalista tej miary co Kryspin-Exner na temat problemu uzależnień w Europie twierdzi, że wykrywalizowują się trzy główne tendencje:

a) wśród uzależnionych spotyka się coraz częściej ludzi młodych,

b) zjawisko uzależnienia w ostatnich latach w rosnącej mierze obejmuje również pięć piękną,

c) wzrasta tendencja do mieszania używek, do uzależnienia mieszanego (politoksykomania).

Tym stwierdzeniem silnie podkreśla się społeczne znaczenie podejmowanych w porę przeciwdziałań. Wskazano już na to, że wszelkie nadmierne korzystanie z używek powoduje zmiany fizyczne i psychiczne (które naturalnie w swej specyfice są w pewnej mierze różne przy różnych środkach); prócz ogólnej destrukcji fizycznej szczególnie znaczenie ma przy tym również degradacja psychiczna, spowodowana intoksykacją mózgu i przyzwyczajaniem. Jeśli w zaawansowanym stadium stała się ona niemożliwa do naprawienia (nieodwracalna), to nie można już liczyć na współdziałanie ze strony zmiennej osobowości. Tym samym podstawa niezbędna dla powodzenia terapii zniknęła na zawsze — jeszcze jeden zdecydowany powód do wczesnego podejmowania terapii.

Jeśli chodzi o terapię wszelkich neurotycznych form uzależnienia, to stanowi ona już dziś — zarówno naukowo, jak i instytucjonalnie — skomplikowany problem specjalny, daleko wykraczający poza cele niniejszej publikacji (dla szczególnie zainteresowanych bliższe informacje zawiera bibliografia). Przypomnijmy tutaj jedynie, że kuracja odwykowa, jak już wspomniano, musi być przeprowadzana w specjalnych zakładach, gdzie ma miejsce, wględnie zostaje zapoczątkowana, opieka specyficznie lekarska (odtruć, zwalczanie objawów głodu, farmakologiczne wspieranie woli wyleczenia, np. za pomocą antabusu), psychoterapeutyczna (tworzenie grup w rodzaju anonimowych alkoholików) i opiekuńcza (do której należy również włączenie rodziny oraz miejsca pracy). Wyniki takiej koncentrycznej pracy zespołowej dają nadzieję, że szansa wyleczenia osoby neurotycznie uzależnionej wcale nie jest taka mała, jak pierwotnie zakładano, naturalnie pod warunkiem, że terapia zostanie podjęta w porę.

Meninger sklasyfikował uzależnienie jako formę „chronicznego samo-

bojstwa”, a tym samym jeszcze raz zwrócił uwagę na ogromną siłę autodestrukcji, która realizuje się w tej formie nerwicy. Właśnie jednak w przypadku neurotycznego alkoholika i chronicznej autodestrukcji fizycznej i społecznej — którą zawsze jest nadużywanie alkoholu — może wynikać najcięższa forma autodestrukcji: samobójstwo. Pijackie ekscyzy jako takie wzmagają, już istniejące poczucie winy, z którego wyrasta silne pragnienie samoukarańia, popychające z kolei ku samobójstwu. (Opisany mechanizm jest szczególnie widoczny tam, gdzie pod wpływem alkoholu popełniane są akty agresji.) Pogorszenie zewnętrznej sytuacji życiowej, następujące wskutek alkoholizmu, dostarcza dodatkowego racjonalnego motywu do tego czynu. Przypadki te stanowią tym samym tragiczne przejście do ostatniej z wymienionych form nerwicy.

8. *Nerwica samozażądła*: Trzeba wiedzieć, że w określonych przebiegach neurotycznych dąży się nieświadomie nie tylko do autodestrukcji, deformacji życia oraz chronicznej degradacji fizycznej i psychicznej, lecz również do najgorszej formy samoukarańia, do samobójstwa. Ale również ta forma nerwicy, kończąca się z niesamowitą konsekwencją samobójstwem, ma specyficzną symptomatykę, po której można ją w porę rozpoznać. Znajomość tej symptomatyki staje się w ten sposób punktem kluczowym zapobiegania samobójstwu — dlatego nią również pragniemy zająć się osobno (rozdział 6.).

Rozdział czwarty

Od nadjażni do sumienia jednostkowego

Moralność, która była wystarczająco dobra dla naszych ojców, nie jest wystarczająco dobra dla naszych dzieci.

(Maria von Ebner-Eschenbach *Aphorismen*)

„Cóż za człowiek bez sumienia”, mówimy niekiedy tonem pełnym wyrzutu — nie zastanawiając się nad tym, że ten „brak sumienia” też może być chorobliwy (ale, na miłość boską, nie musi być!).

Przyjrzyjmy się dziecku, które w pierwszych latach życia przechodziło bez miłości z jednego rąk w drugie, z domu do domu — w takim przypadku występuje tak zwane wczesnodziecięce zaniedbanie; prawa naszego społeczeństwa zostały przekazane chyba również i temu dziecku, ale działa się to bez miłości, w sposób jak gdyby rzeczowo-bezosobowy, bez wystarczającej staranności, a poza tym przez stale zmieniające się osoby. W efekcie widzimy dziecko, które nie odbywa wspólnie ze wszystkimi najtrudniejszej drogi ludzkości i każdej poszczególnej jednostki — od zasady chęci do zasady rzeczywistości — a żyje tylko dla zaspokajania własnych chęci. Nie czując się zobowiązane wobec praw społecznych, nie potrafi kochać, bo nie było kochane, a działa według zasady: słuszne jest to, co służy mnie. Nietrudno dostrzec, że dziecko to ma wadliwie ukształtowane sumienie (taki wadliwy rozwój mogą spowodować również rodzice, którzy sami są aspołeczni, a więc dają negatywny przykład — i to nawet wtedy, gdy próbują przekazywać dziecku nakazy społeczne czysto formalnie; dzieci wkrótce dojrzą rozbieżność pomię-

dzy słowami a dostrzegamy czynami rodziców i wcześniej zaprotestują swą apopleznością. Wielu spośród tych nieszcześliwych ludzi spotykamy później na sali sądowej i jesteśmy oburzeni tym, że z powodu swych czynów nie okazują „zupełnie żadnej skruchy”, zamiast pomyśleć, że wskutek daleko idącego niedorozwoju sumienia w ogóle nie są zdolni do takiego uczucia. Dziwnie jest to urządzone: w sali przyjęć kliniki psychiatrycznej traktujemy takie osoby jako ciężko chore, przed sądem są one jednak w pełni odpowiedzialne, praktycznie zrównane z człowiekiem psychicznie zdrowym (dla uniknięcia nieporozumień: oczywiście społeczeństwo musi być chronione przed takimi „apoplezycznymi”, co jednak powinno się odbywać nie przez karanie, lecz przez izolację z jednoczesnym zastosowaniem terapeutycznego wychowania uzupełniającego).

Przykład niech umożliwi dostrzeżenie dwu faktów:

Po pierwsze sumienie powstaje w dzieciństwie wskutek wychowania. Rodzice i inne osoby znaczące przekazują dziecku nakazy i zakazy, które później są przez nie przyjmowane. Powoli, w drodze skomplikowanego procesu następuje introjeksja, czyli przyjęcie do wnętrza własnej osoby głosu, który początkowo rozbrzmiewa z zewnątrz. Warunkiem tej introjeksji jest to — nie sposób podkreślać tego dostatecznie często — aby wobec tych, którzy wypowiadają te nakazy, istniał pozytywny stosunek emocjonalny (wielu dorosłych wierzy niestety, iż to, że „są duzi”, ich pozycja „na katedrze” lub „na ambonie”, wystarcza do zagwarantowania akceptacji i przejęcia wypowiedzianych przez nich nakazów — nie dostrzegają, że potrzebne jest do tego także bycie kochanym).

Przekonywający dowód tego, że sumienie dziecka jest produktem wychowania, można dostrzec również w tym, że treści sumienia w istotny sposób różnią się w różnych kręgach kulturowych. Od żadnego dziecka nie należy oczekiwać, że uzna za swoje własne inne treści sumienia niż te, które mu podawano.

Po drugie istnieją chorobliwe struktury sumienia, tzn. każdy człowiek może mieć „chore” sumienie: należy tu wymienić zarówno sumienie niedostatecznie rozwinięte, jak i sumienie zbyt surowe (i naturalnie niezliczone odmiany mieszczące się między tymi dwiema skrajnościami). Nasze nastawienie wobec tych obu zjawisk jest często błędne: chorych o niedorozwiniętym sumieniu potępiamy jako przestępców, wykształcenie sumienia nadmier- tym surowego uważamy za pożądane („sumienie wcale nie może być dostatecznie surowe”!), mimo że właśnie takie sumienie stanowi, jak już widzieliśmy, podstawę neurotycznej struktury osobowości.

By nie dopuścić do powstania zamętu pojęciowego i trzymając się terminologii freudowskiej, sumienie powstające w dzieciństwie poprzez wychowanie będziemy określać w dalszym ciągu jako „nadjazń”. Wskutek nadmiernie surowego przekazywania nakazów może ona mieć następujące właściwości, z których każda jest już wyrazem neurotyzacji dziecka:

1. *Nadjazń zbyt surowa*. Człowiek jest jakby osaczony zakazami i czuje później, że w ich następstwie jest zawsze upośledzony (podobnie jak Pantera Rilkego: „Czuje się tak, jakby było tysiąc pretłów, a za tysiącem pretłów nie było świata”). Stale nie dostrzega się, jak pełne udręki istnienie wynika z takiej choroby sumienia. Usprawiedliwieniem tak wadliwego wychowania nie może być motyw, który świadomie lub nieświadomie tym wychowaniem kieruje: „Chcę ukształtować człowieka, który nie grzeszy, ba, w miarę możliwości takiego, który wręcz nie może zgrzeszyć”, gdyż istotnym kryterium ludzkiego istnienia jest stawanie zawsze i wszędzie wobec wyboru między dobrem a złem — chęć praktycznego zlikwidowania tego wyboru przez uniemożliwienie popełnienia grzechu oznacza zatem „rzecz nieludzka” w najgłębszym sensie tego słowa!

Kto uważnie przestudiował trzy początkowe rozdziały, będzie teraz dobrze rozumiał, jak ze zbyt surowego sumienia rodzi się niebezpieczeństwo coraz dalej postępującej neurotyzacji: rozwój nerwicy polega przecież na zerzaniu się wymogów popędowych i wymogów sumienia, przy czym te pierwsze są wypierane. Im surowsza jest struktura sumienia, tym więcej pragnień popędowych jest zakazanych (widzieliśmy to w rozdziale 1. na przykładzie naszej pacjentki z irracjonalnym lękiem przed małżeńskim pożyciem seksualnym — występowało u niej od dzieciństwa nadmierne surowe sumienie dotyczące obowiązku posłuszeństwa wobec rodziców; w tym więc sensie pacjentka ta również już w pierwszych latach życia została zneurotyzowana. To, co na pierwszy rzut oka wygląda jak czysta reakcja neurotyczna, przy dokładniejszym spojrzeniu często okazuje się prawdziwą nerwicą), tym częściej występują tym samym konflikty, przy których wielka jest pokusa rozwiązania ich przez wypieranie. Nie można się dziwić, że w efekcie takiej sytuacji występuje bezpośrednia korelacja pomiędzy rozmiarem surowości sumienia a rozmiarem wypierania. Zgubny wymóg takiego nadmiernie surowego sumienia neurotycznego w ramach wychowania zorientowanego religijnie stanowi fatalny zakaz „grzeszenia myślą”. Jeśli nawet w najmniejszym stopniu nie jest dozwolone myślowe zajmowanie się tendencją popędową zakazaną przez sumienie, to jest to nie tylko zapowiedź, ale wręcz prowokowanie do rozwiązania konfliktu przez wypieranie.

2. *Nadjażni zbyt wąska.* Następuje tu przesunięcie rangi poszczególnych nakazów w tym sensie, że określone wymogi sumienia zyskują nienaturalne, nie przysługujące im znaczenie, wysuwają się na pozycje kluczowe, jak gdyby usuwając w cień wszystkie inne. To zaburzenie nadjażni, które, jak też wszystkie inne, jest bardzo blisko powiązane z neurotyzującym wychowaniem w fazie analnej (patrz rozdział 2.), odbija się szczególnie na sferze seksualnej. Od początku występuje tu pewna diabolizacja seksualizmu, sprawiąca, że głównym zadaniem staje się przykre i bezlitosne panowanie nad wszelkimi pragnieniami seksualnymi, wobec czego wszystkie inne wymogi (np. miłość Boga i bliźniego) tracą na znaczeniu. Tacy ludzie, dla których szóstą przykazanie często staje się pierwszym i jedynym, równoległe do tego przesunięcia w hierarchii wartości, jako jego logiczną konsekwencją cechują się pewnym wynaturzeniem, zamianą ich żywych możliwości kształtowania w formalistyczną pedanterię (miejsce ducha zajmuje litera prawa). Zbyt wąska nadjażń wskazuje na pewne niebezpieczeństwo przenoszenia chorego sumienia z jednego pokolenia na drugie: każdy człowiek ma bowiem autonomiczną tendencję do wbudowywania w wychowanie dzieci swoich własnych nienaturalnych uprzedzeń w stosunku do określonej dziedziny¹. Ogromna odpowiedzialność ciąży tu jednak nie tylko na jednostce (wychowanie zdrowego pokolenia wymaga samopoznania), lecz także na wszystkich instytucjach uprawianych do wypracowywania i ustanawiania maksymy edukacyjnej (bliżej na ten temat patrz w rozdziałach 9. i 10.).

3. *Nadjażń sztywna.* Normalny, zdrowy rozwój osobowości charakteryzuje się tym, że miejsce nadjażni ukształtowanej w dzieciństwie zajmuje to, co można określić za Carusem jako „sumienie jednostkowe”. Powstaje ono w ten sposób, że człowiek zaczyna się rozprawić ze wszystkimi treściami sumienia, które przekazano mu w dzieciństwie. Trzeba przy tym sprawdzić punkt po punkcie, jakby zgodnie z dewizą jednego z dramatów Pirandella: „To jest tak — czy to jest tak?”. W ramach tego procesu nie można oszczędzić żadnego „przesądu”, żadnej „tresury” (bezkrytycznie przejęty produkt wychowania w rozumieniu Kunkela), gdyż dalsze ich istnienie umożliwia „ogłupienie” (Mitscherlich) i zwiększoną podatność na manipulację. Podstawowym warunkiem dojścia do sumienia jednostkowego jest więc zmaganie się ze światem wartości reprezentowanym przez rodziców i społeczeństwo. Powiedzmy to całkiem wyraźnie: z psychologicznego punktu widzenia można

¹ Gdy pewien pacjent powiedział kiedyś: „Moje złe sumienie odziedziczyłem po mojej matce”, nie wiedział, że ma rację w podwójnym sensie słowa „złe” — powinien tylko powiedzieć „przejąłem” zamiast „odziedziczyłem”.

określić jako zdrowego tylko tego, kto znalazł drogę do sumienia jednostkowego, albo innymi słowy: sumienie jednostkowe jest podstawowym warunkiem zdrowia psychicznego!

By nie dopuścić do nieporozumień: wymogi sumienia jednostkowego mogą być nie tylko słabsze, „łagodniejsze”; w poszczególnych dziedzinach mogą one być oczywiście również silniejsze, poważniejsze niż wymogi nadjażni z dzieciństwa. Wynika stąd, że sumienie jednostkowe i etyka sytuacyjna w żadnym razie nie są identyczne, jak twierdzą ci, którzy z racji reakcyjnego nastawienia chcieliby za wszelką cenę przeszkodzić powstawaniu sumienia jednostkowego. Tutaj powiemy tylko tyle: zdrowe sumienie nie jest sztywne, jest elastyczne — poddaje się przemianom, ale nie w sensie taniego ustępowania sytuacyjnego, lecz w sensie istnienia możliwości sprawdzania, rozprawiania się, braku konieczności reagowania w sposób automatycznie-przymusowy — a tym samym już wyjaśniliśmy, że tylko tam, gdzie istnieje sumienie jednostkowe, istnieje wolny wybór i wynikająca stąd odpowiedzialność osobista.

Dla człowieka wierzącego możliwość rozwoju od nadjażni do sumienia jednostkowego być może stanie się nawet bardzo silnym dowodem tego, że w sumieniu stale od nowa manifestuje się głos Boga (którego nie można odnaleźć w nadjażni, stanowiącej produkt ludzkiego wychowania). Pojawienie się sumienia jednostkowego dość często oznacza bowiem — zgodnie z tym, co powiedzieliśmy uprzednio — przebicie się wglądu w rzeczy nowe, głębsze, których nośnikiem jest etycznie większa odpowiedzialność: jest to sumienie daleko wykraczające poza ukształtowane w trakcie wychowania wymogi. Z religijnego punktu widzenia możliwe jest przypuszczenie, że w pogłębionym wglądzie poszczególnych ludzi (np. św. Franciszka), który później zyskuje charakter wyzwania również dla ogółu, staje się widoczny wpływ Boga w sensie startu ku nowym wyżynom.

Jakkolwiek by było, z punktu widzenia psychologii zawsze interesująca będzie stały, dalszy rozwój sumienia jednostkowego każdego człowieka, a także wspólnot; dopasowanie do rzeczywistości istniejącej tu i teraz można zalecać kierując się motywem przydatności, jednakże nie wolno tego doposażania czynić decydującym kryterium zdrowia psychicznego, co robiono początkowo w psychoanalizie. W odmiennym rozumieniu tej kwestii przez Adlera można być przeto dostarczycielem ogromny postęp (patrz także rozdział 8.) — można się cieszyć, że szkoła freudowska, przynajmniej w osobach poszczególnych swych przedstawicieli, myśli dzisiaj podobnie (patrz np. postulat F. Hackera dotyczący „zasady rzeczywistości w przyszłości”, która od jed-

noski wymaga zdolności odkrywania możliwości dotychczas nie dostrzeganych i zgodnego z nimi zmieniania otoczenia).

Jedno jest w każdym razie pewne: już początki wychowania sumienia w specyficzny sposób wpływają na to, czy późniejszy samodzielny rozwój sumienia będzie możliwy, czy też nie. Niemal nie ma większego grzechu przeciw duchowi zdrowego rozwoju psychicznego człowieka niż usiłowanie wykształcenia w nim nadjaźni, która okazuje się już niezdolna do rozwoju, lecz trwając niezmiennie w bezruchu, jak wójt pańszczyźniany („obce ciało” — Matussek) dyktuje zachowanie danej osoby i wymusza stałe okazywanie szacunku wobec siebie.

Odnajdujemy jeszcze raz ogromną zależność dziecka od rodziców. Początkowo ich nakazy przyjmowane są przez dzieci w dużej mierze dlatego, że boją się one stracić miłość rodziców w razie nieposłuszeństwa. Wychowanie, które operuje tym strachem — i w ten sposób go wzmacnia — będzie zobowiązowało do ślepego wypełniania nakazów w celu uniemożliwienia powstania nieznosnych potencjałów strachu. Często u takich ludzi już nigdy wójt sumienia nie będzie kwestią lepszego wglądu, lecz będzie dokonywany pod przymusowym wpływem pragnienia, by uniknąć pojawiania się uczucia strachu. Ten tragiczny konflikt występuje u wielu pacjentów neurotycznych: rozumowo doszli już oni do nowych stwierdzeń, które odpowiadają sumieniu jednostkowemu, lecz wskutek infantylnej zależności, owładnięci irracjonalnymi lękami, czują się niezdolni do działania zgodnie z tymi stwierdzeniami. Taka sztywna nadjaźń, której nie można się pozbyć, będzie powodowała przede wszystkim dwa katastrofalne skutki:

a. *Tendencja do infantylnej zależności*. Szywna nadjaźń nie odważy się na żadną samodzielną decyzję, na zawsze pozostanie zorientowana na obiekty identyfikacji, będzie potrzebowała ich stałego prowadzenia, doradztwa, często skarcenia przez nie lub przez ich substytutu. Niektórzy wychowawcy (wszelkiego rodzaju) lubią, gdy ludzie całe życie przybiegają do nich i pytają: „Mistrzu, czy wolno mi teraz uczynić to, co chce uczynić”, albo — „co mam zrobić zamiast tego?”. Powinni sobie jednak zdawać sprawę, że ludzie ci są „chorzy psychicznie”, niezdolni do podjęcia osobistej odpowiedzialności, w każdej chwili gotowi pozwać innym myśleć za siebie. Poniższy przykład pewnej bardzo religijnie wychowanej pacjentki może być tutaj pouczający. W trakcie psychoterapii opowiada ona, że jej mąż i troje dzieci muszą mieszkać razem z jej własną matką tylko dlatego, że ta wymaga tego bez jakiegokolwiek nieodzownej potrzeby — z tego wspólnego przebywania wynikają nieznosne problemy. Po tym wstępie zaczyna ona sesję od następującego

zdania: „Uważam to za wykrócenie przeciwko czwartemu przykazaniu, że ostatnim razem skrytykowałam tutaj moją matkę”. Na wezwanie psychoterapeuty: „Niech pani zastanowi się nad sensem i treścią czwartego przykazania”, odpowiada błyskawicznie stwierdzeniem: „Na to nigdy się nie wazyłam, dokąd byśmy doszli, gdybyśmy zaczęli zastanawiać się nad sensem przykazań?!” Tutaj przebiega linia styku, na której pragnienie zależności przechodzi w gotowość do posłuszeństwa.

b. *Tendencja do ślepego posłuszeństwa*. Ludzie mający taką tendencję stają się rozkazobiorcami, bezwarunkowymi potakiwaczami, autorytet jest dla nich, tak samo jak niegdyś rodzice, nieomylny (porównaj song z *Barabasza*, czyli 50. urodziny Weigla: „Matka ma zawsze rację”), już samo zastanawianie się nad jego poleceniami staje się świętokradztwem, kwestionowanie ich nie wchodzi w rachubę. Właśnie nasz wiek — w formie dotąd chyba najbardziej wstrząsającej — pokazał, dokąd może zaprowadzić takie ślepe posłuszeństwo wykluczające jakiegokolwiek własne stanowisko; tragiczny pozostaje fakt, że tak wielu rozkazobiorców okresu narodowosocjalistycznego mogło usprawiedliwiać się tym, że byli jedynie posłuszni zwierzchności ustanowionej przez Boga, czego w dużej mierze nauczyli się na lekcjach religii, oraz że dochowywali przysięgi, którą złożyli w imię Boga (mało który powiedział: zostali zmuszeni do jej złożenia — gdyż takie sformułowanie oznaczałoby, że nie miała ona charakteru prawdziwego zobowiązania, którym można by się usprawiedliwiać). Na tym przykładzie widać obosieczność wszelkich wezwań do posłuszeństwa w sensie kształtowania sztywnej nadjaźni. Robi się to, by wychować ludzi ślepo posłusznych własnej idei — ale potem nie można się dziwić, jeśli ta gotowość do posłuszeństwa jest przez takich ludzi przenoszona także na rezim całkiem innego rodzaju.

W mistrzowskiej rozprawie *Przeciw niechrześcijańskiemu posłuszeństwu chrześcijańskiemu* Gisela Uellenberg pisze: „Język zachowuje pierwotny preracjonalny sens słów: *usłuchać* pochodzi od *stuchać*, *stuchać kogoś* to znaczy czuć się zagadniętym, zgadzać się z mówiącym i dlatego podążać za nim. *Stuchaj mego głosu* jest czymś innym niż: *Rozkazuję ci*. Ten, którego słucham, nie potrzebuje mi rozkazywać. Przekonał mnie o tym, co czyni i mówi. Coś we mnie potwierdza mnie i jemu, że on ma rację; dlatego chcę tego, czego on chce. Kto mówi do drugiego: *Stuchaj mego głosu!*, pozostawia mu swobodę słuchania lub nie; traktuje go jak dorosłego partnera, którego zgoda jest dlań ważna, nie jak niewolnika, którego posłuszeństwo musi go nudzić. Również boskie *Stuchaj mnie!* szuka zgodności ze stworzeniem, które do partnerstwa ze Stwórcą jest zdolne tylko jako stworzenie

wolne. Autorytet, boski czy ludzki, wymaga tego, który słucha, nie tego, który słucha”.

Całkowicie zgodny z tym jest choćby następujący cytat z listu pewnej postępowej grupy kapłanów katolickich, wcale nie będący przypadkiem odsohnionym (samo opublikowanie takich dokumentów dowodzi zwiększonych możliwości dyskusji również w ramach Kościoła): „Kto w działaniu swym powoduje się jedynie rozkazem, choćby od najwyższego autorytetu, działa niezgodnie z godnością ludzką i sprzeciwia się słowu Pisma Świętego, które głosi, że wszystko, co dzieje się nie z przekonania, jest grzechem”. (Por. także brzmiającą nowocześnie — „wichrzyelijsko” — ale pochodzącą z roku 1884 [1] definicję Brockhaus: „Każdy nakaz wręcz bezwarunkowego posłuszeństwa wobec woli jakiegokolwiek osoby jest niemoralny, gdyż sprowadza posłusznego do roli maszyny i obraża godność ludzką w jego osobie”). Niemniej groźne bywa, gdy bezwarunkowe podporządkowanie przeradza się nagle we własne przeciwnieństwo, w szalające na oślep niszczenie autorytetu i jego pojęcia — dziś również istnieją wymowne tego przykłady dowodzące, że do rewolucji młodego pokolenia dochodzi tylko tam, gdzie pokolenie rodziców zawiodło (i dlatego nie może cieszyć się autorytetem), albo nadużyło swej pozycji jako autorytetu przez tłumienie i uniemożliwianie ewolucji młodzieży. Z tego, co powiedzieliśmy, wynika — niejmy nadzieję — jednoznacznie, że potępia się tutaj nie pojęcie autorytetu jako takiego (który zawsze będzie stanowił konieczność rozwoju ludzkości), lecz tylko jego nadużywanie i użycie przez elementy niegodne.

Obie opisane, wzajemnie wzmacniające się, tendencje do infantylnej zależności i do ślepego posłuszeństwa usprawiedliwiają później w tragiczny sposób postępowanie autorytetu, który wychował sztywną nadjaźń. Pewne osoby przyzwyczajają się bowiem do bycia prowadzonymi i manipulowanymi do tego stopnia, że na wezwanie do zjęcia samodzielnego stanowiska i dokonania wyboru reagują silnym strachem. Na przykład na Sobór Watykański Drugi i jego wezwanie do dialogu i kształtowania własnej opinii wielu ludzi odpowiadała panika płynąca z poczucia, jak to często — również wobec psychiatry — wyrażali, jakby w ciągu nocy ziemia usunęła się im spod nóg, bo przecież „teraz już nic nie wiadomo, co jest właściwe, a co nie”. Takie reakcje są oczywiście wodą na młyn wszelkich przeciwników postępu i pozwalają im tryumfalnie wykrzykiwać: „Patrzcie, przecież oni po prostu jeszcze nie dojrżeli do dojrzałości”. Tym, co przy tym przemilczają, jest fakt, że ta niedojrzałość stanowi pożądaną rezultat okresionej, stosowanej rozmyslnie w tym celu, niewłaściwej metody wychowawczej. Późniejsze nadużywanie

takiego smutnego wyniku jako usprawiedliwienia dla konieczności kontynuacji właśnie tych metod oznacza uleganie niebezpiecznemu krótkiemu spięciu stale stosowanemu we wszystkich stronach i obozach świata.

Jeszcze raz można tutaj podkreślić jedną możliwość niedopuszczenia do powstawania i utrwalania sztywnej nadjaźni, która jest przyczyną istnienia niezliczonej rzeszy ludzi niewymownie cierpiących, o „okaleczonym” sumieniu. Nowy system wychowania początkowo stosowany przez rodziców, a kontynuowany później przez szkołę, musi polegać na: komunikowaniu się, kwestionowaniu, dyskutowaniu, popieraniu samodzielnego myślenia (czasem „własne błędy” lepsze są od „cudzych racji”) i zachęcaniu do samodzielnego odpowiedzialności — wszystkie te procesy naturalnie powinny przebiegać z ogromną ciepłowością, odpowiednio do danej grupy wiekowej. Szczegółów tego z pewnością delikatnego kompleksu spraw nie można oczywiście omówić w ramach niniejszej pracy, ale byłoby ogromnym sukcesem, gdyby każdy czytelnik poczuł się pobudzony do własnych przemyśleń na temat tego, jak można osiągnąć drogocenny cel, polegający na tym, by u dorastającego człowieka w ciągłym ścieraniu się przeszłości (obejmującej także doświadczenia rodziców) z wewnętrzną, osobistą odpowiedzią rozwijały się samodzielnne maksymy.

Nie będziemy zaprzeczać, że przebieg takiego procesu łączy się z dużym ryzykiem; jest ono jednak jeszcze ciągle mniejsze niż w przypadku braku tego rozwoju — przy stwierdzeniu tego faktu umyśly dziela się na dwie zasadnicze postawy, różne aż w najdrobniejszych szczegółach. Można wykażać to szczególnie wyraźnie na przykładzie „sprawy Jägerstättera”, która dopiero ostatnio dzięki filmowi telewizyjnemu H. Andicisa w reżyserii Axela Cortisa uzyskała w Austrii znaczenie należne jej od dawna, odkąd ukazała się książka Gordona Zahna: teraz stała się ona często dyskutowanym „gorącym żelazem”, nad którym „dziela” się umyśly.

Franz Jägerstätter odmawiał służby wojskowej w wojsku Hitlera w jakiegokolwiek formie i dlatego w dniu 09.08.1943, jako 36-letni chłop i ojciec trojga dzieci, został ścięty w Berlinie. U źródła przekonania sumienia Jägerstättera, że nie wolno iść na wojnę za narodowy socjalizm, legła głęboka przemiana w jego osobowości, która nastąpiła w okresie przedmatrzeńskim i sprawiła, że z cieszącego się życiem zawadiaki i kobieciarza stał się on człowiekiem głęboko religijnym. U podstaw wyboru jego sumienia przeciwko Hitlerowi znajduje się pewien sen, znaczący właśnie z punktu widzenia psychologii głębi (patrz rozdział 8.): śnił o pociągu, który jedzie wokół góry, a wszyscy dorośli, ba, nawet dzieci, tłumnie do niego nadciągają. „Jak niewiele było dorosłych,

który nie jechali razem w tym samym otoczeniu, najchętniej bym nie mówił, ani nie pisał. Potem nagle we śnie usłyszałem głos: «ten pociąg jedzie do piekła». Później Jägerstätter „tłumaczył” ten sen jak następuje: „Początkowo ten jadący pociąg był dla mnie dość zagadkowy, ale im więcej czasu upływało od całej sprawy, tym przejrzyściej wydawał mi się również ten jadący pociąg. I dziś wydaje mi się, że obraz ten przedstawiał nie co innego niż zacierającą się wtedy, czy zakradający się, narodowy socjalizm [...] krótko mówiąc, całą narodowosocjalistyczną wspólnotę narodu, wszystkich, którzy za nią ponoszą ofiary i walczą”. Przedstawiliśmy tu klasyczną formę powstawania osobistego wglądu, który najpierw we śnie pojawia się z nieświadomości, a potem przez świadomość zostaje rozpoznany i zaakceptowany. Następnie na tej bazie Jägerstätter formuje swe sumienie jednostkowe, które nie pozwala mu w jakiejś wobec zwierczności, która wzywa go do broni, ani wobec biskupa diecezjalnego, który, powołując się na często cytowane i stale nadużywane: „Oddajcie Bogu co boskie, a cesarzowi co cesarskie!”, również chce przedstawić stanęcie w szeregach jako obowiązek (tutaj szczególnie wyraźna staje się problematyka Kościoła, który stara się zgadzać z państwem, nawet jeśli reprezentuje ono niemoralne zasady — o czym mówili sami papieże). Jägerstätter w każdym razie nie zgadzał się, a generałom sądu wojennego, którzy chcieli go uratować i dlatego zaklinając nakłaniali do cofnięcia odmowy, odpowiedział: „Nie mogę. Jeśli to uczynię, to popełnię jeszcze jeden grzech więcej, grzech kłamliwości, grzech kłamstwa. Bóg dał mi taskę poznania prawdy, że to nie-sprawiedliwa, zła wojna: nie chcę być współwinnym przestępstw, które zostały popełnione”.

Sprawa Jägerstättera wyraźnie ukazuje więc drogę od nadjaźni ukształconej przez wychowanie (a reprezentowanej przez autoritet kościelny) do sumienia jednostkowego. W związku z intencją tej książki chodzi jednak nie tak bardzo o to, czy wybór sumienia Jägerstättera był słuszny (dla autora jest pewne, że wszyscy musielibyśmy tak postąpić), lecz o to, że rozwój sumienia jednostkowego jest popierany, a jego wybór respektowany przez wszelkie instancje (naturalnie także kościelne). Kompetentny biskup diecezjalny długo odmawiał publikacji na temat sprawy Jägerstättera, ponieważ chodziło o przyświecającą, która nadawał się jakby bardziej do podziwiania niż do naśladowania. Można by jednak nie dopuścić do tragicznego końca Jägerstättera, gdyby wielu ludzi zostało zachęconych do rozwinięcia sumienia jednostkowego, a także znalazłoby odwagę do zgodnego z nim działania; wtedy bowiem Jäger-

stätter nie byłby osamotniony. Być może w takich kontekstach można wyzuczyć znaczenie nakazu psychologicznego: „Kształtuj swoje sumienie jednostkowe!” dla jednostki i wspólnoty. Fakt, że również coraz więcej ważkich głosów kościelnych opowiada się za zasadą rozwoju osobowości i pewnej swobody sumienia w ramach wychowania religijnego, pozostaje jednym spośród kilku innych pocieszających „srebrnych pasemek na horyzoncie”. Tutaj zacytujemy tylko stanowisko teologa moralności Richarda Egentera: „Teologia moralna, pragnąca nie tylko zaoferować pewien system norm moralnych, lecz i świadoma swej odpowiedzialności za spełnienie chrześcijańskiego bytu i życia, a więc za to, by głoszone normy moralne były urzeczywistniane w konkretnym życiu, dostrzega dla siebie dwa główne zadania: z jednej strony chce doprowadzić nie tylko do teoretycznego poznania, lecz i do jednostkowego przeżywania świata wartości moralnie znaczących oraz usiłuje pokazać, że wszelkie prawa wywodzą się z tych wartości; z drugiej zaś strony zabiega o to, by z przeżywania świata rozwinięła się zdolność sumienia, a więc żeby od nadjaźni Freuda nastąpiło przejście do samodzielnego dysponowania przez jednostkę swym etosem w sensie sumienia jednostkowego, prawdziwego. Zgrzeszyliśmy przeciw nowotestamentowemu przesłaniu o wolności dzieci bożych nie zabiegając o osiągnięcie dojrzałości przez chrześcijanina. Być może dzisiaj, będąc zdanyymi na sprawdzanie się chrześcijanina w społeczeństwie pluralistycznym, widzimy to jaśniej aniżeli wówczas, kiedy napór niebezpiecznych prądów czasu zmuszał przede wszystkim do zachowania spuścizny, do duszpasterskiej ochrony ludu bożego. Eros obłąkanego miasta nie pozostawiał wiele miejsca na rozwinięcie własnej inicjatywy. Nigdy jednak nie było łatwo wychowywać dla dojrzałości, względnie pozwalać człowiekowi dojrzałości na kierowanie biegiem spraw. Właśnie duszpasterzowi świadomemu odpowiedzialności, być może nieco trwożliwemu ze względu na tak wiele tragedii ludzkich, grozi traktowanie swych podopiecznych jak niedojrzałych, by lepiej móc ich chronić. Legenda Dostojewskiego w niedośćgiły sposób zakłęta to niebezpieczeństwo w poezję”. Takie słowa rodzą nadzieję, że w przyszłości zasada respektowanego wyboru jednostkowego sumienia nie będzie degradowana do rangi jedynie teorii przez zobowiązanie do ograniczonego i jednostronnego kształtowania i formowania sumienia.

Zobaczyliśmy, że utrwalaona infantylna nadjaźń będzie w miarodajny sposób wpływała na dalszą drogę życia swego „właściciela” i na wszystkie jego wybory — tutaj wynikają często przeszkody nie powodujące spektakularnej sensacji, ba, sama osoba, której one dotyczą, często nawet nie ogarnia ich tragicznego znaczenia. Sytuacja ta zmienia się raptownie, gdy utrwalenie do-

tyczy szczególnie surowej nadjazni: powstaje wtedy obraz nerwicy anankastycznej, i każdy może dostrzec, że chodzi tu o ciężką chorobę.

Już w poprzednim rozdziale krótko zdefiniowaliśmy nerwicę anankastyczną i wskazaliśmy na to, że wszystkie jej symptomy powstają na gruncie „przymusowego charakteru” (a więc nadjazni utrwalonej w sztywnej, nadmiernie surowej i zbyt ciasnej postaci). Wyróżniamy tu następujące symptomy:

- a) działania przymusowe (np. typowy przymus mycia lub liczenia),
- b) natrętna myśl (ta forma nerwicy anankastycznej jest szczególnie dobre znana duszpasterzom, gdyż cierpią na nią przede wszystkim skrupulanci),
- c) impulsy przymusowe, których klasycznym przykładem jest u kobiet impuls zabicia własnego dziecka, przeżywany jako przymusowy. Neurotyk nigdy nie pójdzie za tym impulsem, który rozumowo, jak to ma miejsce właśnie w każdej nerwicy, rozpoznaje jako nonsensowny. Lecz impuls wyśtarcza, by przyprawić taką matkę o ogromny lęk i zaprawić gorącą żyzycie, przede wszystkim wspólne przebywanie z dzieckiem. Trwożliwie zrozpaczone, kobiety takie skarżą się lekarzowi, że odczuwają taki impuls przeciwko najdroższemu co posiadają. Często te biedne kobiety unikają potem wszelkiego przebywania sam na sam z dzieckiem, pedantycznie pilnują, by zawsze była obecna jakaś osoba trzecia, przez co swoboda poruszania się pacjenta, a też całej jego rodziny, jest ograniczona do minimum: mówimy o „ceremoniale przymusu”, który występuje także w przypadku obu pozostałych form nerwicy anankastycznej. (Jest zrozumiałe, że chorey próbuje bronić się przed przymusem, jakby „zabezpieczyć się” przed nim — tragiczne, że potem także ten środek obrony musi przerodzić się w przymus; innymi słowy — przymus rozrasta się w ceremoniał przymusu.)

Przymusowy impuls zabicia własnego dziecka daje okazję do wskazania, że naturalnie również ta symptomatyka ma ów janusowy charakter, który wcześniej opisaliśmy jako specyficzny dla każdego symptomu neurotycznego. Jego podstawę stanowi następujący proces: fakt bycia w ciąży został przez dane kobiety przyjęty z mieszanymi uczuciami. Obok naturalnego pozytywnego uczucia macierzyńskiego istniały także tendencje do odrzucenia dziecka, które wyrażają się niekiedy tylko w sporadycznych myślach, że byłoby lepiej, gdyby dziecko nie przyszło na świat, a niekiedy prowadzą aż do zyczenia, by poddać się zabiegowi usunięcia ciąży. Powstający w ten sposób konflikt sumienia zostaje jednak „rozwiązany” nie przez przewyciężenie, lecz jedynie przez wyparcie tendencji nie aprobujących dziecka. Często już wkrótce po porodzie (ale niekiedy dopiero znacznie później) zaczyna się opisana symptomatyka neurotyczna, która znowu w symboliczny sposób przedstawia nie-

rozwiązany konflikt i zdradza zarówno wypartą agresję wobec dziecka, jak też samoukaranie za tę agresję.

W przypadku występowania przymusowego impulsu zabicia dziecka symptom dotyczy więc, jak widzieliśmy, faktycznego przedmiotu konfliktu, co nie zdarza się w innych rodzajach nerwicy anankastycznej, gdzie występuje raczej przesunięcie od właściwego ogniska konfliktu w inną dziedzinę, w której przymus wyładowuje się wtedy zastępczo. Gdy ktoś boi się, że zostawił otwarte drzwi mieszkania, to wydaje się całkiem zrozumiałe, że czuje się on zmuszony wrócić, by usunąć źródło swego strachu. Jeśli jednak po tym akcie upewnienia się ponownie poczuje się zmuszony sprawdzić drzwi, to od razu staje się jasne, że jego lęk wcale nie dotyczy pozostawienia otwartego mieszkania, lecz w rzeczywistości innego, nieznanego mu problemu. Freud mówił w związku z tym o pozornym „mezaliansie między treścią wyobrażenia a afektem”, co oznaczało, że lęk wydaje się o wiele za duży jak na przedmiot, który obiera sobie w symptomie przymusowym. W rzeczywistości jednak istnieje w tym względzie absolutna równowaga, ponieważ lęk faktycznie odnosi się przecież do innego punktu konfliktowego, do którego w pewnym sensie jest całkiem adekwatny.

Ten właściwy konflikt należy odkryć w terapii przez ponowne jego uświadomienie. Nie wolno tu jednak przemilczeć, że właśnie nerwica anankastyczna nastręcza szczególnie trudnych problemów terapeutycznych i rzadko udaje się całkowicie jej wyleczenie. Dzieje się tak z kilku powodów:

1. Przesadnie surowe sumienie, jak podkreślaliśmy już wcześniej, daje okazję do coraz nowych i potężnych aktów wypierania. Neurotyk cierpiący na nerwicę anankastyczną wykazuje przeto chyba najwyższy potencjał wypierania, a co za tym idzie, najwyższe kwantum leku neurotycznego spośród wszystkich form nerwicy. Ten potężny lęk jest potem przetwarzany w przymus i wypierany, wskutek czego powstaje olbrzymia skłonność do przymusu, szczególnie bycie skazanym nań, co trudno jest usunąć.

2. Wspomniana już tendencja przymusu do rozrastania się w ceremoniał przymusu ukazuje, że chore coraz bardziej rozprzeszczerza się w zdrowym; w przypadkach skrajnych może przy tym dojść praktycznie do inwalidzwa społecznego. Możliwości kształtowania takiego pacjenta są w każdym razie coraz bardziej zawężane. Stosownie powiedział pewien psychiatra: „Jeśli spytają mnie, co właśnie w tym momencie robi pan Müller, który jest zdrowy, to nie będę w stanie tego powiedzieć; jeśli jednak zapytają mnie, co robi teraz pan Maier, który cierpi na przymus mycia, to będę wiedział: on się teraz myje albo się nie myje”. Nie można lepiej opisać zubożenia egzystencji neurotyka

Choroby psychosomatyczne

cierpiącego na nerwicę anankastyczną; naturalnie wynika z tego kolejne szczególne uтрудnienie terapii.

3. Właśnie w przypadku przymusu dodatkowo następuje szybkie, trudne do przerwania przyzwyczajenie, niemal w postaci odruchu warunkowego. Przyzwyczajenie takie staje się wkrótce nawykiem.

Niektórzy tacy neurotycy dzięki zawodom wymagającym pedanterii, a więc umożliwiający rozładowanie przymusu, do których wykazują wielką skłonność, potrafią co prawda przez długi okres utrzymywać swą nerwicę w stadium kompensacji, tzn. zachowują swe dostosowanie społeczne. Wszędzie na świecie stwierdzono na przykład, że służba wojskowa doprowadza do zniknięcia symptomatyki przymusowo-neurotycznej; wydaje się to całkiem zrozumiałe, gdy pomyśleć, że dtyl wojskowy zajmuje miejsce ceremoniału przymusu i zaleźnie od swego rodzaju okazuje się nawet przydatny do zaspokajania pragnień zarówno agresji, jak i samoukarania. Po zwolnieniu ze służby we wszystkich takich przypadkach ponowne wystąpienie całej tej symptomatyki wykazuje jednak, że nie nastąpiła rzeczywista zmiana chorobliwej struktury neurotycznej, czego zresztą należało oczekiwać.

Ze wszystkich tych powodów wczesne wykrycie przymusowej symptomatyki nerwicy wydaje się szczególnie ważne. Niedawno u autora zjawiała się 32-letnia pacjentka z wyraźną symptomatyką nerwicy anankastycznej: opowiedziała, że już w dzieciństwie zabawa lalkami obrzydła jej i była udręką, gdyż stale od nowa musiała sprawdzać, czy bielizna lalek nie jest brudna... po tym symptomie nie można było nie rozpoznać choroby, która u dzieci często przejawia się także w lękach sumienia występujących przymusowo i nie dających się uspokoić za pomocą perswazji.

Innymi słowy: już pierwsze symptomy neurotyzacji dziecięcej są tu charakterystycznie zabarwione (właśnie przymusem) i w ten sposób wskazują na specyficzne niebezpieczeństwo: tym samym istnienie pewna parałela z chorobami psychosomatycznymi, którymi zajmujemy się w rozdziale następnym — niestety cechy wspólne dotyczą również tego, że w obu przypadkach zbył chętnie i zbyt łatwo przeocza się tę specyficzną symptomatykę pierwotną.

Likwidowanie symptomów choroby zamiast darcia do prawdziwego dotęgliwości jest manewrem tchórzliwym. Strusia polityka: nic już nie widać z choroby — wycofała się w głąb i czyha na sposobność zemsty! Choroba często bywa wolą niem duszy (natury), doznającej cierpienia, o pomoc — nie zamykaj jej ust, skoro już jest tak taskawa, że krzyczy i błaga cię o pomoc!

(Peter Altenberg: *Fechtwang*)

Nowoczesny kierunek badań psychosomatycznych, by wyrazić to za Mitscherlichem, stara się wyjaśnić: „jak procesy psychiczne wpływają chorobotwórczo na procesy fizyczne”. Chorobami psychosomatycznymi są zgodnie z tym takie choroby, przy których powstawaniu czynniki psychiczne w sposób możliwy do wykazania odgrywają znaczną lub decydującą rolę. Właściwie już z tej definicji wynika, że w powstawaniu takiej choroby nie wolno rozpatrywać czynnika psychogennego w izolacji, lecz jedynie we współgraniu z innymi, dodatkowymi czynnikami: jego ranga w całym układzie będzie w jednym przypadku wyższa, a w innym niższa — jednak choroby wynikające tylko z wpływów psychicznych będą występować raczej rzadko.

Przy diagnozowaniu choroby psychosomatycznej trzeba zatem stwierdzić, że spełnione są dwa warunki:

a) musi zaistnieć (w przeciwieństwie do pseudoorganicznych symptomów histerii konwersyjnej) możliwa do wykazania zmiana fizyczna,

b) musi istnieć psychiczna sytuacja konfliktowa, którą można powiązać przyczynowo z zaburzeniem somatycznym.

Jeśli nawet dziś jeszcze w żadnym razie nie wydają się wyjaśnione wszel-

kie kwestie związane z patogenetą psychogenną, to jednak niektóre elementy mogą uchodzić za gwarantowaną wiedzę medyczną — gwarantowaną dlatego, że zostały udowodnione zarówno licznymi eksperymentami, jak i staranną analizą niezliczonych, tak zwanych psychosomatycznych, przypadków chorobowych. Trzeba z naciskiem zaprzeczać opinię, dość powszechnej jeszcze dzisiaj, że w przypadku też medycyny psychosomatyecznej chodzi o nieudowodnione twierdzenia i interpretacje: podczas eksperymentów ze zwierzętami można wytworzyć wiele zaburzeń psychosomatycznych (np. wysokie ciśnienie krwi u psa, któremu stale pokazuje się kota przed kłatką uniemożliwiającą odciążenie agresji powstających na jego widok); u człowieka udało się wielokrotnie zdecydowanie zmniejszyć różne ważne funkcje narządów przez oddziaływanie psychiczne (zwłaszcza pod hipnozą — patrz dalej); na podstawie tych doświadczeń można wyprzewidzieć poniższe stwierdzenia.

a. Emocje są tym, co poprzez psychikę może wpływać chorobotwórczo na ciało. Znanie powiedzenie wiedeńskiego internisty Maxa Herza: „To, co uraża, czyni chorym” trafiła w dziesiątkę — podkreśla znaczenie zdrowego życia uczuciowego również dla zdrowia fizycznego.

b. Decydującym miejscem styku pomiędzy duszą a ciałem jest wegetatywny, czyli autonomiczny układ nerwowy, a więc ten, który zawiaduje wszystkimi funkcjami nie podlegającymi naszej woli. Każde uczucie człowieka jest sprzężone z typowymi reakcjami wegetatywnymi (np. strach z biciem serca, przyspieszonym oddechem, wystąpieniem potu, blednięciem skóry na twarzy), tzn. emocje te mają szczególny wpływ na układ wegetatywny (Schneider i Genefart wykazali, że konsekwencje występujące w zawiadywanych narządach można ująć w trzy pary przeciwieństw: nadeżytność – niedoczuyność, wzmożone lub zmniejszone wydzielanie, rozszerzenie lub zwężenie naczyń; funkcje te w obrębie wegetatywnego układu nerwowego są reprezentowane przez przeciwne sobie układy: sympatyczny i parasympatyczny). Łatwo zatem zrozumieć, że przy dłuższym okresie trwania negatywnego uczucia może dojść do zaburzenia fizycznego: będziemy przy tym musieli rozróżnić pierwsze stadium, w którym występują tylko zaburzenia funkcji narządów (np. *tachycardia* — napadowe bicie serca), od późniejszego, w którym istnieją już choroby ze zmianami uchwytynymi patologiczno-anatomicznie (np. *ulcus ventriculi* — owrzodzenie żołądka; patrz tabela w dalszej części tego rozdziału).

c. Z dwóch poprzednich punktów logicznie wynika, że choroby psychosomatyczne będą się manifestowały przede wszystkim w tych narządach, które podlegają wegetatywnemu (mimowolnemu) układowi nerwowemu, a więc:

w układzie krwionośnym i sercu, oddechowym, trawiennym, moczopłciowym i endokrynnym (gruczoły wydzielania wewnętrznego) oraz w rejonie skóry (która również, co jest jeszcze o wiele za mało znane, wydaje się być objęta reakcjami wegetatywnymi).

Powracając do emocji: mogą być one ostre i przewlekłe, świadome i nieświadome (patrz pierwsze rozdziały książki), a w tym kontekście interesuje nas oczywiście pytanie, czy są one równoważne pod względem swego działania chorobotwórczego.

Pokazaliśmy już, że wszelka emocja ostra jest sprzężona ze zmianami wegetatywnymi (np. wzrost ciśnienia krwi przy zdenerwowaniu); również jasne jest jednak to, że takie zmiany przemijają w tym samym momencie, w którym ustają emocje. Wynika stąd, że nagłe, krótkotrwałe uczucia na ogół nie będą wpływać chorobotwórczo na ciało — może to mieć miejsce tylko w dwóch sytuacjach:

a) gdy natrafią na organizm już wcześniej uszkodzony (np. człowiek o wysokim ciśnieniu krwi doznaje zdenerwowania, które prowadzi do dalszego podwyższenia ciśnienia, co kończy się atakiem apoplektycznym),

b) gdy chodzi o szczególnie ciężkie urazy psychiczne (np. nagłe powieszenie włośów przy zasypaniu w schronie przeciwlotniczym, wytrzeszcz oczu po przeżyciu silnej paniki).

Z całkowicie odmienną sytuacją będziemy jednak mieli do czynienia tam, gdzie istnieje przewlekłe pobudzenie emocjonalne wpływające na układ wegetatywny stale w jednym kierunku: groźba zainstowania choroby psychosomatyecznej jest wówczas bardzo duża. Trzeba tu jednak od razu omówić jeszcze inną różnicę dotyczącą konsekwencji patogenicznej emocji, a mianowicie różnicę między emocjami świadomymi i nieświadomymi: emocje nieświadome są pod względem patogenetycznym znacznie bardziej niebezpieczne od świadomych. Dowodzą tego przede wszystkim następujące fakty:

a) w hipnozie udaje się uzyskać szczególnie intensywny wpływ na wszystkie funkcje wegetatywne. W latach dwudziestych m.in. Hoff i Heilig pokazali, jak bardzo emocje zasugerowane w hipnozie zmieniają wszystkie funkcje ciała podporządkowane wegetatywnemu układowi nerwowemu. Te wyniki (potwierdzone później) zyskują szczególne znaczenie, gdy pomyśleć, że w hipnozie, w stanie zamroczenia lub snu hipnotycznego — jak podkreślali Kauders i Schilder — świadoma reprezentacja osobowości (kora mózgowa) jest w dużej mierze wyłączona, a zamiast niej dominuje „wegetatywna osoba głębi” (miejdzymóżgowie jako centrala wegetatywnego układu nerwowego). Niezwykle intensywny wpływ hipnozy na układ wegetatywny oznacza więc,

że emocje nieświadome mają bardziej niż emocje świadome bezpośrednie powiązanie z układem neurovegetatywnym. Stwierdzenie to, zgodne również z danymi neurofizjologii i anatomii (którymi tutaj nie będziemy mogli zająć się bliżej), potwierdza jeszcze inna okoliczność, którą każdy może sprawdzić na sobie samym:

b) gdy człowiek znajduje się w konflikcie między tendencjami świadomymi i nieświadomymi, to układ vegetatywny nigdy nie będzie posłuszny tendencjom świadomym, lecz zawsze nieświadomym. To, co nieświadome ma więc zawsze jakoby „pierwszy głos” na temat reagowania vegetatywnego i wszystkimi naszymi świadomymi usiłowaniami nie jesteśmy w stanie wpływać na to, niemal odruchowo funkcjonujące, powiązanie. Tak powstają liczne przypadki tak zwanych paradoksalnych innerwacji, przy czym reakcja vegetatywna zdradza prawdziwe nastawienie danego człowieka, mówiąc dokładniej — jego nieświadomą postawę wobec swych świadomych pragnień: np. vegetatywne oznaki lęku (choćby w postaci biegunki) w sytuacji, w której świadomie chce się być dzielnym. Słuszne jest powiedzenie ludowe: „On robi w portki”. Innym wymownym przykładem są przypadki impotencji psychogennej, w których mimo normalnych warunków anatomicznych i neurologicznych nie następuje erekcja członka: analiza wykazuje, że świadomemu pragnieniu zawsze wrodo sprzeciwia się nieświadomy brak akceptacji, który naturalnie może mieć rozmaite przyczyny (jedną z nich, mianowicie zbyt silną więź z matką, została już wspomniana w rozdziale 2.). W walce dwóch przeciwnych tendencji zwycięża potem ta nieświadoma, poprzez vegetatywny układ nerwowy uniemożliwiająca to nastawienie parasympatyczne, które jest warunkiem wystąpienia erekcji. Tragiczne jest, że tacy mężczyźni reagują często zdeprimowaniem, lękiem, nawet rozpaczą, uważają się za nieuleczalnie chorych organicznie zamiast zrozumieć, że tutaj raz jeszcze przy użyciu połączenia vegetatywnego „Chcę — ale też i nie chcę” zostało zamienione w „Chcę — ale nie mogę”.

Badając patogenезę choroby psychosomatycznej trzeba więc poszukiwać emocji chronicznych i nieświadomych, przy czym zaraz stanie się jasny szczególnie w związku obu tych jakości. Podczas gdy człowiek ma możliwość odregulowania w jakiejś formie świadomych emocji i tym samym niedopuszczenia do tego, aby stały się one chroniczne, uczucie nieświadome, którego istnienie wcale przeciecz nie jest dla danej osoby wiadome, z konieczności musi stać się chroniczne.

Również uczucia długotrwałe mogą wywierać na organizm wpływ choro-robotwórczy. Takiego ich działania nie można jednak porównać z działaniem

nieświadomych emocji, nie tylko dlatego, że o wiele łatwiej nie dopuścić do przejścia uczuć świadomych w stan chroniczny (jak to przed chwilą podkreślaliśmy), lecz także dlatego, że nadarzają się różne możliwości ich odregulowania, przynoszące odciążenie układu vegetatywnego. Zgodnie z neurofizjologicznymi właściwościami naszego mózgu, emocje uświadomione można rozładowywać na kilka sposobów: w słowach, w motoryce (ruch) i w reakcjach vegetatywnych (np. gniew może znaleźć wyraz w starczytach przekleństwach, żywej gestykulacji i wystąpieniu rumieńca gniewu). Mowa i ruch będą więc w tych przypadkach odciążały układ vegetatywny. Nawet postępująca cywilizacja, która coraz bardziej utrudnia nam wezbraną i motoryczną kanalizację agresji i wszędzie narzuca nam „oponowanie”, nie może przeszkodzić temu, by świadome agresje były wyrażane przynajmniej jakimś drobnym ruchem mimicznym i gestykulacyjnym. Demonstrowania rozczarowania i rozgoryczenia w ten sposób, że — jak się to mówi po wiedeńsku — „robi się twarz”, nikomu nie można zabronić i nawet to skromne ujawnienie agresji będzie odciążeniem dla układu vegetatywnego. To, co tu powiedziano, dotyczy również tych świadomych emocji, które powstają wskutek długotrwałego przeciążenia zawodowego, na ogół określanego hasłem „stres”. To, że stres może działać chorobotwórczo, zostało udowodnione, tak samo pewne jest jednak to, że w świadomej walce z warunkami stresowymi człowiek ma wiele możliwości zmian i kształtowania ich, a zdrowy vegetatywny system nerwowy reaguje na przeciążenie kontrmechanizmami regulacyjnymi (określanymi przez Selye’go jako syndrom adaptacyjny), które na dłuższą metę z reguły nie dopuszczają do choroby psychosomatycznej.

Stres oznacza obciążenie z zewnątrz, ale wewnątrz człowieka może przy tym pozostawać całkowicie sprawne. Konflikty wewnątrzpsychiczne implikują natomiast wewnętrzne „rozdarcie” i jeśli chodzi o konflikty neurotyczne, to mamy do czynienia z nieświadomymi emocjami, na które nie można świadomie wpływać i dlatego trwają one przewlekle. Poza tym niemożliwe jest tu również odregulowanie za pomocą mowy i motoryki. Pozostaje otwarta tylko jedna, jedyna droga skanalizowania tych emocji, wydalenie ich przez vegetatywny układ nerwowy, którego przeciążenie konsekwentnie prowadzi do do jednostronnego ukierunkowania, a tym samym, wskutek utraty równowagi, do zaburzeń psychosomatycznych. Jeśli zatem z neurofizjologicznego i psychologicznego punktu widzenia zostało udowodnione i wyjaśnione, że (i dlatego) właśnie uczucia chroniczne, nieświadome, mogą tak intensywnie działać chorobotwórczo w kierunku zaburzeń psychosomatycznych, to tym samym wykazano centralne znaczenie nauki o nerwicach dla psychosomatyki,

gdyż chroniczne, nieświadome emocje są właśnie charakterystyczną oznaką nerwicy. Tutaj znaczenia nabierają słowa Weizsäckera, zgodnie z którymi medycyna psychosomatyczna, by móc istnieć, koniecznie musi być zorientowana na psychologię głębi. Ze względu na to, że większość chorób psychosomatycznych powstaje na gruncie konfliktu neurotycznego, wydaje się też uzasadnione, a nawet konieczne, określanie chorób psychosomatycznych jako szczególnej formy nerwicy — jedynej, przy której faktycznie dochodzi do uszkodzenia organicznego (właśnie poprzez wegetatywny układ nerwowy).

Prowadzi nas to ku nowemu zagadnieniu: konflikt pomiędzy tendencjami świadomymi i nieświadomymi znajdujemy, jak widzieliśmy, w każdej nerwicy; mimo to jednak nie każda z nich powoduje manifestacje psychosomatyczne. W badaniach trzeba więc szukać tych warunków, które są odpowiedzialne za to, że w określonych przypadkach konflikt neurotyczny bywa wyrażany w chorobie psychosomatycznej albo, jak brzmi inne sformułowanie, powoduje on „somatyzację nerwicy”. Najbardziej pogładowe będzie przedstawienie tego na przykładzie przypadku, jaki został rozwiłkany w oddziale psychosomatycznym wiedeńskiej kliniki psychiatrycznej.

Chodzi o 40-letniego mężczyznę, który od ośmiu lat cierpi na wrzód i kilkakrotnie był poddawany terapii internistycznej. Pomimo zastosowania różnych środków zawsze następowała tylko przejściowa poprawa, tak że poważnie myśli się o zabiegu chirurgicznym. Chory jest młodszy z dwu synów, pochodzi z dobrej mieszczańskiej rodziny. Matka, osobowość zdecydowanie miękka i rzeczywiście „nacierzyńska”, właśnie w okresie jego urodzenia była uwikłana w wielkie problemy osobiste. Sam pacjent nie potrafi, co zrozumieliśmy, podać żadnych bliższych danych na ten temat, ale matka w wywiadzie lekarskim podaje potrzebne uzupełnienia. Zgodnie z nimi rodzice od lat żyli osobno, ojciec miał kogoś innego, kilkakrotnie dochodziło do utarczek i scen: matka po porodzie, który w dwójnasób uświadomił jej krytyczne położenie, znajdowała się w stanie skrajnego przygnębienia. Mimo, że zewnętrznie dokładała największych starań, to jednak (mówiąc jej własnymi słowami: „Chyba dlatego, że byłam zbyt zajęta moimi własnymi problemami”) doszło do zaniedbania naszego pacjenta, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia. Starła się co prawda odpowiednio załatwiać sprawę karmienia, wykonywała to jednak mechanicznie, często bywała wewnętrznie nieobecna, zapomniała też niekiedy o właściwej porze posiłku. Znamienny jest jej spontaniczny komentarz: „Mojemu starszemu synowi było znacznie lepiej”. Zapytana o rzeczy uderzające w zachowaniu naszego pacjenta w okresie karierny podała, że coraz bardziej rozwijał się u niego pewien rodzaj szczególnie zachłannego picia, czasem domagał się uderzająco wiele pokarmu i prawie nie można go było nasycić. Już w pierwszych latach niekiedy całym dniami wymiotował bez jakiegokolwiek widocznej przyczyny — później zdolano osiągnąć przejściową poprawę w matczyńskim rodzicielstwie. Gdy jednak nasz pacjent miał sześć lat, ojciec definitywnie opuścił matkę (rozwód) i od tej pory, pomimo swego świadczenia finansowego, już prawie nie interesował się żoną i dziećmi. Z późniejszego dzieciństwa nie dowiadujemy się niczego szczególnego ponad to, że: „zawsze zachłannie jadł, często był zdecydowanie nienasycony, a potem ta skłonność do wymiotów — to mu pozostało”. Poza

tym miał on dziwny, „konkurencyjny” stosunek wobec brata, któremu zazdrościł każdej drobności, mimo że później matka, jak sama powiedziała, właściwie uprzywilejowywała naszego pacjenta dla wyróżnienia początkowych zaniedbań. W szkole wykazywał on uderzającą ambicję, uczył się w gimnazjum i na uniwersytecie, został wreszcie doktorem prawa. W służbie administracyjnej szybko robi karierę i względnie wczesnie osiąga kierownicze stanowisko. W kontaktach prywatnych wydaje się zdecydowanie potrzebować oparcia, jest raczej pasywny, kolejno dwukrotnie związuje się ze starszymi od siebie kobietami, które mają nad nim wyraźną przewagę. Pod wpływem matki, która ostro się temu przeciwstawia, zawsze dość szybko rezygnuje jednak z tych związków. Po drugim zerwaniu następuje silny kryzys somatyczny, objawiający się dziwnym nienasyceciem, uczuciem ucisku w żołądku, mdłościami, wreszcie powtarzającymi się wymiotami i wyraźnym chudnięciem. Zostaje stwierdzona nadkwasota i nieżyły żołądek, co przemija, mimo starannego leczenia, dopiero po kilku miesiącach. Jako 30-letni mężczyzna poślubia kobietę młodszą o dwa lata, która jest prawdziwą „domową mamuszką”, a w kręgu znajomych znana jest jako „arysyka-kucharka”. Już w pierwszych miesiącach po zawarciu małżeństwa musi on jednak stwierdzić, że nie może ona dać mu tego, czego on tak bardzo potrzebuje: zawsze, gdy szuka u niej schronienia przed rozmaitymi trudnościami swej meczacej pracy zawodowej, chce omówić z nią problemy i zacerpnąć „nowego ducha”, ona go rozczarowuje. Ani pod względem wiedzy, ani charakteru nie jest ona tą silną osobowością, u której mógłby znaleźć poczucie bezpieczeństwa i oparcie konieczne mu do pokonania uciążonych napięć lekowych, którym ulega. Ba, dzieje się jeszcze gorzej: ponieważ nie sprostała jego potrzebie oparcia, czuje się zagrożona i obwinia go — by to odeprzeć — o „babskie, niemęskie zachowanie”, czym on jest bardzo dotknięty. Wkrótce potem matka wychodzi po raz drugi za mąż, ulegając namowom długoleniego wielbiciela, mimo że nasz pacjent wielokrotnie prosił, a nawet, jak sam powiada, „zaklinał”, by tego nie czyniła. Stosunki domowe stają się coraz bardziej napięte i interesujące jest, że coraz bardziej odbijają się w dziedzinie żywienia. Zaczyna on znowu przejawiać nienasycony głód, ale wkrótce twierdzi, że jego żona nie potrafi odpowiednio gotować i za mało uwzględnia jego życzenia. Żąda on przeważnie, bez umotywowania, najóżniejszego rodzaju diet i wreszcie rozchorowuje się z niemal tymi samymi symptomami co poprzednio (nadkwasota, nieżyły). Początkowo odmawia pójścia do lekarza; gdy wreszcie jednak to uczynił, zostaje stwierdzony *ulcus ventriculi*. Jak już powiedzieliśmy, żadne terapie nie dają trwałego rezultatu, nie zmienia się również jego sytuacja zewnętrzna, a przede wszystkim wewnątrzpsychiczna. Interesujące, że wkrótce po przyjęciu na oddział psychosomatyczny kliniki psychiatrycznej i po osiągnięciu pierwszej poprawy wyników organicznych następuje szybka zmiana jego przyzwyczajęń żywieniowych: zjada teraz wszystko, zatroskanie o właściwą dietę, które cechowało jego zachowanie w domu, zniknęło całkowicie, mimo że w ramach kuchni szpitalnej indywidualne życzenia można uwzględniać tylko w ograniczonej mierze. Uderzający jest ponadto fakt, że na początku terapii z trudem może znieść obecność drugiego chorego na żołądek w tym samym pokoju. Zawistnym okiem śledzi i kontroluje jego przybieranie na wadze i zawsze stara się dyskredytować go w oczach lekarzy. Gdy musi zrozumieć, że nie uda mu się pozbyć „konkurenta”, reaguje trwającymi dwa dni skurczami żołądka, mdłościami i wymiotami. Dopiero po kilku tygodniowej intensywnej psychoterapii udaje się przewyciężyć to zachowanie, najwidoczniej wywodzące się z braterskiego konfliktu w dzieciństwie.

Jakie czynniki w omawianym przypadku spowodowały somatyzację nerwicy?

zasugerować sobie samym i innym (racjonalizacja), lecz raczej odpowiada wewnętrznej konieczności psychicznej, tzn. stanowi część neurotycznego wzorca zachowania. Nie pozycja menażera jako taka jest więc tym, co przyprawia o chorobę (jak już wykazały wcześniejsze wywody na temat stresu; porównaj też klasyczną wypowiedź człowieka, który jak Churchill, zajmował szczególną pozycję menażera: „Nigdy nie stałem, gdy mogłem siedzieć, nigdy nie siedziałem, gdy mogłem leżeć”), lecz neurotyczna struktura tego, kto zajmuje pozycję menażera. To, czy czyjś styl życia jest narzucony przez okoliczności zewnętrzne, czy też odpowiada potrzebie (neurotycznej) wewnętrznej, można łatwo stwierdzić: w pierwszym przypadku mimo wszelkich trudności będzie się on poddawał modyfikacji, w drugim poprzez rady w rodzaju: „Nie pracuj tyle”, „Zrób przerwę”, „Odlóż wszystko”, „Weź urlop” żąda się od danej osoby właśnie tego, czego z powodu swej nerwicy nie może ona spełnić. Także przy wielu innych chorobach psychosomatycznych chorobliwy styl życia spowodowany nerwicą ma dodatkowe decydujące znaczenie dla patogenyzy choroby; por. np. zachłanne jedzenie w przedstawionym wyżej przypadku.

W poniższej tabeli pragnęlibyśmy jeszcze raz zestawić te czynniki, które w decydujący sposób przyczyniają się do powstawania chorób psychosomatycznych.

Tabela 1: Powstawanie chorób psychosomatycznych

1.	Konflikt neurotyczny w najwcześniejszym dzieciństwie (faza oralna i analna)
2.	Wyrażanie emocji w języku narządów (pierwszy psychosomatyczny wzorzec reakcji)
3.	Sprzycanie narządów: <ul style="list-style-type: none"> a) strukturalna niepełna wartość narządów b) przesadne zwracanie uwagi na jakiś narząd wskutek identyfikacji z tradycją rodzinną c) wzmożone zużywanie wskutek niernormalnie obciążającego stylu życia uwarunkowanego psychodynamicznie
4.	Traumatyzujące sytuacje wyzwalające

Na podstawie tabeli ponownie widzimy, że każda choroba psychosomatyczna powstaje przez współgranie kilku czynników, decydujących o tym, który narząd zostanie przez tę chorobę zaatakowany. (Problemem „wyboru narządu” wykracza poza cele niniejszej publikacji. Blizsze informacje na ten temat przedstawione są w specjalistycznych opracowaniach zawartych w bibliografii.)

Dotychczas zajmowaliśmy się chorobami psychosomatycznymi — teraz następuje decydujące pytanie: Co dzieje się z osobą chorą psychosomatycznie? Najpierw trzeba wiedzieć, przy których manifestacjach istnieje podejrzenie genyzy psychosomatycznej. Poniższe tabele informują o tym, przy czym, zgodnie z naszymi wcześniejszymi wywodami, odróżnia się zaburzenia funkcji narządów od chorób właściwych.

Wszystkie wymienione tutaj zaburzenia, względnie choroby, mogą, ale nie muszą być natury psychosomatycznej. W związku z tym nie sposób dostatecznie silnie podkreślić, że nie można każdego przypadku choroby, która na ogół uchodzi za spowodowaną psychosomatycznie, automatycznie oceniać jako rzeczywiście psychosomatyczną (np. nie każde owrzodzenie musi być psychosomatyczne). Takie powiązanie trzeba najpierw sprawdzić przez wnikliwe badanie; można przyjąć je jako prawdopodobne, jeżeli uda się przy tym stwierdzić wyraźną korelację między odlegającymi od normy czynnikami psychicznymi a odpowiednimi skutkami somatycznymi. Trzeba ponadto odróżniać choroby psychosomatyczne od psychosomatycznych reakcji. To ostatnie pojęcie, które Hoff ukuł wspólnie z autorem, jest paralelne wobec reakcji neurotycznych (nerwice aktualne), które omówiliśmy już w rozdziałach 1. i 2. Naturalnie można znaleźć również zaburzenia psychosomatyczne, które — tak jak nerwice aktualne — wynikają tylko z ostrego konfliktu psychicznego, a nie mają chronicznej, sięgającej dzieciństwa prehistorii psychicznej. Doświadczenie uczy jednak, że przy diagnozie samej tylko reakcji psychosomatycznej trzeba być ostrożnym, podobnie jest z nerwicami aktualnymi. Przy intensywnym badaniu coś, co uważano jedynie za aktualne trudności, okazuje się niesłaby dość często prawdziwą chorobą psychosomatyczną, tzn. chorobą wywodzącą się z chronicznego przebiegu neurotycznego, co naturalnie również w istotnej mierze utrudnia terapię.

W każdym konkretnym przypadku trzeba ponadto sprawdzić, czy możliwe jest w miarę szybkie wdrożenie wystarczającej terapii. W tym celu konieczne jest, by pacjent okazał pewne zrozumienie dla konieczności specyficznej terapii psychosomatycznej, której zasadami zaraz się zajmujemy. Nie wolno również zapominać, że przy chorobach psychosomatycznych obowiązuje ta sama zasada, co przy wszelkich innych nerwicach: im bardziej zaszarżała wydaje się choroba, tym trudniej będzie wykonać skuteczną pracę terapeutyczną.

Również tutaj trzeba więc możliwie wcześnie rozpoznać chorobę psychosomatyczną w jej właściwej istocie i stosownie do tego leczyć ją.

Jeśli chodzi o tę terapię, trzeba tu wyraźnie oświadczyć, że przy chorobie

Tabela 2: Psychosomatyczne zaburzenia funkcji narządów

Przewód żołądkowo-jelitowy	Narządy układu krążenia	Narządy oddechowe	Układ moczopłciowy	System nerwowy
Skurcze przy przełykaniu. Aerofagia (łykanie powietrza). Skurcze żołądka. Wymioty czynnościowe. Chroniczne zaparcie psychogenne. Biegunka emocjonalna. Skurcze przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego.	<i>Tachycardia</i> czynnościowa. Określone formy arytmii (nieregularna czynność serca). Stany zapaści. Ataki podobne do <i>angina pectoris</i> na tle nerwowym.	Psychogenne zmiany częstotliwości oddychania i głębokości oddechu. Tężyczka hiperwentylacyjna. Bronchospazm.	Psychogenne zmiany diurezy (poliuria, oliguria, częste oddawanie moczu). Zaburzenia menstruacji (<i>amenorrhoe</i> , <i>dysmenorrhoe</i> , zaburzenia cyklu). Waginizm (skurcz pochwy). Impotencja psychogenna.	Nerwica wegetatywna. Migrena.

Tabela 3: Choroby psychosomatyczne

Przewód żołądkowo-jelitowy	Narządy układu krążenia	Narządy oddechowe
<i>Gastritis</i> (zapalenie żołądka). <i>Ulcus ventriculi</i> <i>Ulcus duodeni</i> <i>Colitis mucosa</i> <i>Colitis spastica</i> <i>Colitis ulcerosa</i>	owrzodzenie żołądka i dwunastnicy zapalenie jelita grubego	Hipertonia (wysokie ciśnienie krwi). Hipotonia (niskie ciśnienie krwi). Choroba menażerska (miażdżycza naczyń wieńcowych).
Układ endokrynnny	Układ moczopłciowy	Skóra
<i>Hyperthyreoz</i> a (nadczynność tarczycy). <i>Anorexia nervosa</i> (skłonność do głodzenia się i chudnięcia). Skłonność do tycia. <i>Hyperemesis grav.</i> (wymioty ciążowe).	<i>Adnexitis</i> (zapalenie jajników). <i>Fluor vaginalis</i> (określone formy wydzieliny). <i>Prostatitis</i> .	Określone zapalenia skóry i egzemy.

psychosomatycznej konieczne są zarówno organiczne, jak i psychiczne działania terapeutyczne: pacjent jest przecież chory zarówno psychicznie, jak i fizycznie, co wynika z definicji „choroby psychosomatycznej”. Przy tym każda z tych metod terapii ma inne cele: terapia organiczna wydaje się niezbędna dlatego, że za jej pomocą można usunąć zaistniałe uszkodzenie somatyczne (np. *ulcus*); terapia psychiczna ma natomiast za zadanie niedopuszczenie do nawrotu choroby. Doświadczenie uczy, że choroby psychosomatyczne są typowymi chorobami z nawrotami i właśnie z punktu widzenia psychologii głębi można dobrze rozumieć dlaczego: jeśli nieświadome, wadliwe postawy psychiczne poprzez jednostronne zorientowanie wegetatywnego układu nerwowego stanowią decydujące korzenie patologii, to niebezpieczeństwo odżywiania choroby będzie istniało dopóty, dopóki nie zostaną usunięte korzenie patologii. Klucza do ich usunięcia trzeba będzie szukać w terapii zorientowanej analitycznie (patrz rozdział 8.), która stara się uświadomić to, co nieświadome i w ten sposób uwolnić *vegetativum* od ciężącego na nim nacisku emocji patologicznych. Nie wolno nie uwzględniać innych środków psychoterapeutycznych, jak terapia grupowa, terapia rodzinna, trening autogeny w rozumieniu J. H. Schultza (patrz również w rozdziale 8.); w stosunku do terapii ujawniającej mają one jednak rangę technik dodatkowych.

Poniższa tabela jeszcze raz podaje najważniejsze zasady nowoczesnej i wystarczającej terapii chorób psychosomatycznych.

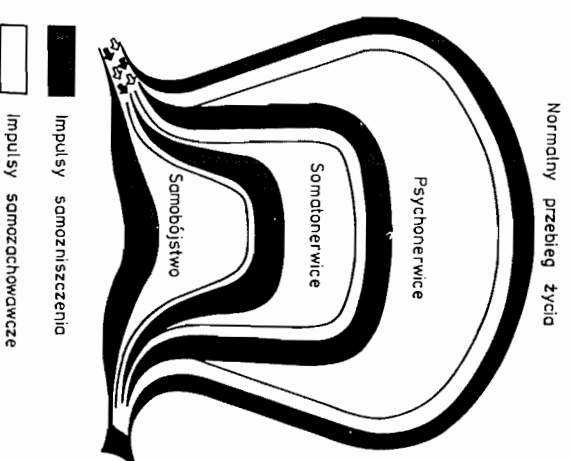
Tabela 4: Terapia chorób psychosomatycznych

1.	Organiczno-farmakologiczne środki usuwania zaistniałych zmian patologiczno-anatomicznych.
2.	Leczenie psychogenego składnika patologii (odciążenie <i>vegetativum</i>): a) psychoterapia ujawniająca. b) terapia grupowa i rodzinna. c) środki odprężające (trening autogeny, leki psychotropowe, gimnastyka, muzykoterapia itp.).

Trzeba teraz dobitnie podkreślić, że terapia chorób psychosomatycznych musi się liczyć ze szczególnie niesprzyjającymi warunkami. Sukces utrudniają przede wszystkim trzy następujące czynniki:

1. Wskazywalismy już na fakt, że w przypadku chorób psychosomatycznych na ogół mamy do czynienia z „nerwicami matczynymi”. Będzie to oznaczało po pierwsze, że trzeba się liczyć z trwałym wzrostem już dziś szybko rosnącej liczby manifestacji psychosomatycznych, gdyż coraz częściej dzieci bývają dziś neurotyzowane przez matki, podczas gdy neurotyzacje przez oj-

ców (a tym samym wynikające z nich nerwice anankastyczne i histerie) wydalają się być redukowane. To przesunięcie czynników neurotyzujących, którego przyczyn należy szukać przede wszystkim w przemianach struktury rodziny, ma znaczenie nie tylko akademickie, lecz również w najwyższym stopniu praktyczne. Neurotyzacja przez matkę jako skutek niewystarczającego, obciążonego zaburzeniami stosunku matka-dziecko, ale również przedłużającej się symbiozy matki i dziecka (w której jakby brakuje „odcienia pępowiny”, albo jakby zbyt długo je odwlekano — Biernann podkreśla, że symbioza matki i dziecka wykraczająca poza pierwszy rok życia jest najbardziej trwałym patologicznym zaburzeniem miłości), jest neurotyzacja szczególnie wczesną i tym samym sięga w pewnej mierze „korzeni życia”. Zgodnie z tym będzie z niej wynikać szczególna tendencja do samozniszczenia, która znajduje swój pierwszy wyraz już w somatyce nerwicy. Znany jest chyba fakt, że w logicznej kontynuacji tego przebiegu wiele chorób psychosomatycznych może później prowadzić bezpośrednio do śmierci, przy czym choroba menażerska z jej skłonnością do zawałów i hipertoni odgrywa dziś coraz większą, ba, wręcz alarmującą rolę (tego, że manifestacje psychosomatyczne również u dziecka i młodocianego mogą mieć przebieg śmiertelny, dowodzą między innymi „hospitalizm” i „nerwowa skłonność do głodzenia się i chudnięcia”). Modyfikując schemat Menningera przedstawimy tę wzmożoną tendencję nerwic somatyzujących (somatonerwic) do samozniszczenia na poniższym rysunku.



Rysunek 1. z jednej strony ukazuje, że być może żaden przebieg ludzkiego życia nie jest całkowicie wolny od pewnego kwantum samoznisczenia; czy określi się je jako entelechetyczną tęsknotę za punktem spoczynku („Niespokojne jest nasze serce, aż spocznie w Tobie”), czy za Freudem jako popęd śmierci, to w normalnych okolicznościach zawsze dominują nad nim przeważające siły samozachowawcze i dlatego jego oddziaływanie pozostaje ostatecznie. Widzimy jednak również, jak zmienia się sytuacja przy powstawaniu nerwicy: znowu istnieje tu decydująca różnica jakościowa między psychosomatycznymi (chorobami psychosomatycznymi) — te ostatnie ze swą coraz bardziej dominującą tendencją do samoznisczenia prowadzą już do (nie narysowanej tutaj) postaci uzależnienia i do samobójstwa.

Rozumie się teraz samo przez się, że wzmożona intensywność samoznisczenia fizycznego pogarsza szanse powodzenia terapii chorób psychosomatycznych. W żadnym razie nie ma to wywoływać wrażenia, że ta forma nerwicy jest nieuleczalna. Pokazemy raczej, że ciężar zaburzenia można znowu noważyć tylko przez oddziaływanie intensywne, do których zaliczają się przede wszystkim:

- a) wczesna, albo przynajmniej w porę podjęta terapia,
- b) terapia dthgotrwała,
- c) terapia skoncentrowana i intensywna (kombinacja terapii organicznej i psychicznej).

2. Wienny, że chory psychosomatyycznie jest chory zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Jednak z punktu widzenia pacjenta to „zarówno... jak i” wydaje się niemal niemożliwe do zniesienia. Dla uniknięcia obciążenia podwójną chorobą ma on tendencję do tego, by czuć się chorym tylko w jednej sferze, staje więc przed wyborem, czy uznać się za chorego fizycznie, czy psychicznie. Jest tu bardzo interesujące, że chorzy psychosomatycznie prawie bez wyjątku wolą uważać się za chorych fizycznie, starając się jednocześnie zaprzeczać istnienia „choroby psychicznej”. Podamy typowy przykład: pewien lekarz, właściwie dobrze obeznany z problematyką psychosomatyczną, zaczyna cierpieć na ataki *tachycardii*. Pewien psychiatra zwraca mu uwagę, że prawdopodobnie chodzi o zaburzenie psychosomacyjne. Niedługo potem ten sam lekarz dostaje *ulcus ventriculi* (a więc klasyczna choroba psychosomatyczna) i zostaje umieszczony w szpitalu. Gdy psychiatra odwiedza go tam, przyjmuje go — prawie tryumfując — słowami: „Czy jeszcze ciągle twierdzi pan, że moja choroba jest psychiczna? Mam teraz wrzód!” Wypieranie komponentu psychicznego posuwa się często tak daleko, że pacjenci są gotowi (co jest również wyrazem neurotycznej tendencji do karanania) raczej poddać

się kilkakrotnej operacji, aniżeli uznać psychogenezę swojej choroby. Badając przychylny takiego zachowania będziemy musieli uwzględnić trzy poniższe aspekty:

a. Nastawienie otoczenia: Jeszcze do dziś chory psychicznie jest albo dyskryminowany, albo nie uznawany za prawdziwie chorego — z tego przywiłaję korzysta tylko chory fizycznie. Zupełnie niedawno pewna pacjentka z *asthma bronchiale* po pierwszym ataku, który miała na oddziaływanie, powiedziała nam, że teraz można usłyszeć jej dolegliwości, a tym samym ona może również udowodnić swą chorobę. Jest jasne, że takie nastawienie otoczenia będzie skłaniało chorego psychosomatycznie do deklarowania jedynie swej fizycznej choroby.

b. Nie można obciążać człowieka odpowiedzialnością za chorobę fizyczną — jest ona, używając określenia Weizsäckera, „odległa od jaźni”. Jeżeli natomiast choroba ma korzenie psychogenne, problem odpowiedzialności za nią jest przesuwany w „poblizę jaźni” i staje się faktem skrajnie przykrym i obciążającym. Jest przy tym interesujące, że mimo wszelkich prób wypierania, wewnętrzne poczucie pacjenta na różne sposoby stale przypomina o tym, że w pewnym sensie jest on współodpowiedzialny za swą patogeną, błędną regulację wegetatywną.

c. Chory fizycznie może przyjąć całkowicie bierną postawę wobec terapii lekarskiej. Nie żąda się odeń niczego poza tym, by cierpliwie znosił poczynania lekarza. Jeśli jednak w chorobie mają swój udział także korzenie psychogenne, to pacjent musi wykaazać postawę aktywną, współdziałać, badać siebie samego i, co jeszcze trudniejsze, zmieniać się w swym zachowaniu. Zrozumiałe staje się więc, że wszelkimi środkami dąży on do uniknięcia takiego obowiązku aktywnego współdziałania.

Ta tendencja pacjentów chorych psychosomatycznie do uważania się za chorych jedynie fizycznie i do wypierania psychogenezy stanowi znaczne utrudnienie wyjściowej sytuacji terapeutycznej. Powołując się na swą dolegliwość fizyczną chory będzie przecież stawiał opór wszelkiej psychoterapii, a później, gdy dzięki koniecznej terapii organicznej nastąpi poprawa, będzie tryumfującą wskazywał na to, że przecież, jak widać, poprawa nastąpiła bez psychoterapii” (grożące bez psychoterapii niebezpieczeństwo nawrotu jest przy tym całkowicie wypierane). Ten spotęgowany opór przeciwko jakże ważnej psychoterapii można przezwyćżyć tylko wspólnym staraniem wszystkich zainteresowanych sprawą lekarzy (a więc przede wszystkim także internistów, lekarzy domowych itd.).

3. Jeśli dotychczas omówione czynniki terapii chorób psychosomaty-

nych tkwily w pacjencie, względnie w rodzaju jego choroby, to ten trzeci wiąże się z brakiem poczucia odpowiedzialności i niewystarczającymi wysiłkami społeczeństwa. Zaniedbuje ono bowiem po dziś dzień tworzenie instytucji niezbędnych choremu psychosomatycznie. Brak ambulatoriów psychosomatycznych (które mogłyby przeprowadzać odpowiednie badania), oddziałów szpitalnych (wiele chorób psychosomatycznych wymaga leczenia stacjonarnego — w Wiedniu jest jedyny oddział psychosomatyczny, kierowany przez autora oddział przy klinice psychiatrycznej na 10 — 1 — kózek, i dlatego jeden z pacjentów powiedział, że o leczonych tam „uprzywilejowanych” należy mówić jako o „górnej dziesiątce”), brak jednak także wszechnic i instytucji psychosomatycznych, które mogłyby się zatroszczyć o lepsze wyszkolenie kształcących się studentów i lekarzy po studiach w tym kierunku. W tej sytuacji na nic się zdaje, że Mitscherlich stale podkreśla, iż leczenie człowieka bez uwzględniania jego uczuć zrównuje pacjenta ze zwierzęciem — wiemy dziś wprawdzie, że chory psychosomatycznie potrzebuje opisanej koncentrycznej terapii zespołowej, jak chory na chorobę bakteryjną antybiotyków, ale ciągle jej jeszcze nie otrzymuje. Niejedno przemawia za tym, że teraz sytuacja będzie się poprawiała: studiująca młodzież wszędzie zachwyca się ideą psychosomatyki, w poszczególnych programach partyjnych jest już wyraźnie zawarte żądanie tworzenia instytucji psychosomatycznych. Także medycy przystępują do wniesienia decydującego wkładu w poprawę terapii psychosomatycznej przez intensyfikację interdyscyplinarnej wymiany doświadczeń i współpracy między poszczególnymi specjalnościami. Terapia psychosomatyczna oznacza zdecydowanie więcej niż sama psychoterapia, buduje ona most pomiędzy psychologią głębi a medycyną i stanowi punkt węzłowy współpracy pediatrów, ginekologów, chirurgów, dermatologów, ale przede wszystkim internistów i lekarzy domowych. Wszyscy oni muszą stworzyć porozumiewania się między sobą oraz z psychoterapeutą, muszą stworzyć wspólny język, który stanie się podstawą psychosomatycznej pracy zespołowej. Lekarz, który przyswaja sobie psychosomatyczną koncepcję myślenia, walczy tym samym z postępującym rozszczepianiem medycyny na dalsze dziedziny specjalistyczne, staje w służbie siły dośrodkowej, mianowicie medycyny całościowej, uwzględniającej ciało i ducha, i pomaga odnaleźć ów środek, który medycyna już straciła albo przynajmniej grozi jej utracenie go.

Rozdział szósty

Nerwica samoznisczenia a problem samobójstwa

*Gdy ktoś głośno woła o pomoc
poza sobą,
jest dla mnie zbyt cichy
(Georg Kreisler: Heute Abend: Lola Blau)*

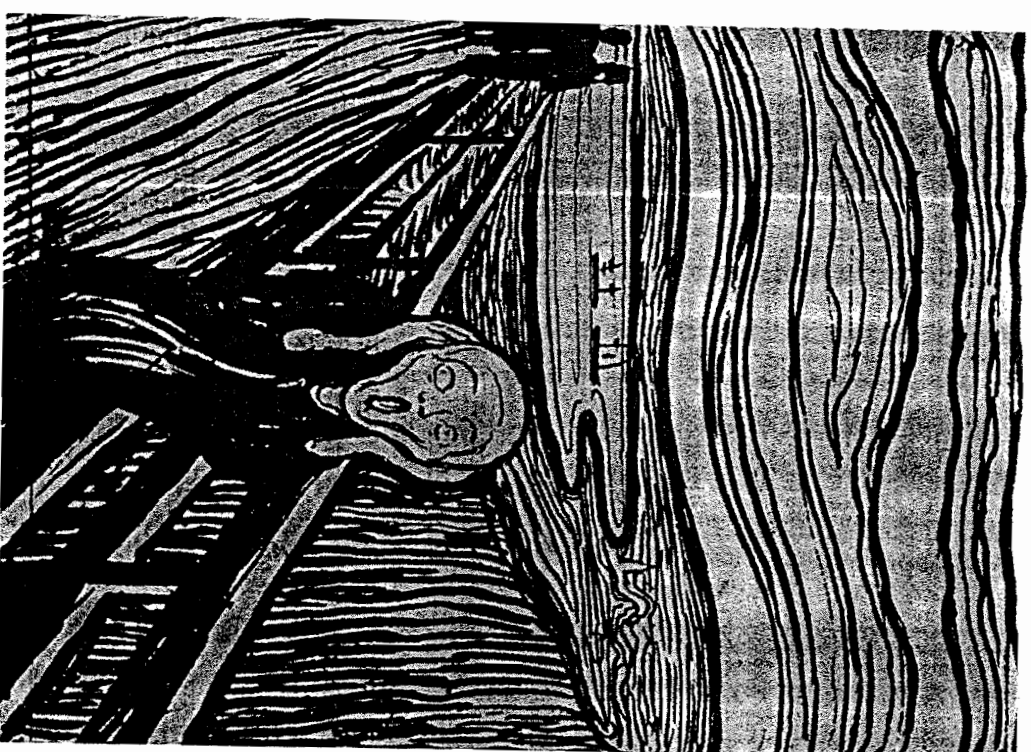
Ciągle od nowa trzeba powtarzać, że istnieje przebieg neurotyczny, który ma specyficzną tendencję do samobójstwa i jeśli nie zostanie w porę przerwany, kończy się nim, a więc nerwicą ku samobójstwu. Kryteriami tej nerwicy są:

1. *Ciężka neurotyzacja w dzieciństwie.* Sytuacja rodzinna nie stwarza w takich przypadkach warunków, w których jednostka normalna może rozwijać się w osobowość witalnie dynamiczną, afirmującą życie. Nie jest przy tym możliwe, nawet na podstawie licznych badań, określenie typowej sytuacji w dzieciństwie prowadzącej do nerwicy ku samobójstwu; istnieje tu wiele możliwości, ich typowość polega raczej na intensywności traumatyzacji i jej długotrwałym oddziaływaniu. Erikson, chyba najznamienszy wśród współczesnych psychoanalityków, zdołał wykazać, że w fazie oralnej dokonuje się wybór między praufnością (w przypadku rozwoju pozytywnego) a pranieufnością (w przypadku rozwoju negatywnego), w fazie analnej wybór między autonomią a wstydem i zwątpieniem, i wreszcie w fazie edypalnej wybór między inicjatywą a zahamowaniem wskutek poczucia winy. Ponieważ w nerwicy ku samobójstwu zawsze znajdują się wszystkie trzy opisane tutaj negatywne formy zachowania, bliska jest myśli, jeśli podążać za koncepcją Eriksona, że

cierpiący na nią ludzie zostali intensywnie strumatywowani i tym samym zneurotyzowani we wszystkich trzech fazach. Rozmawiając z takimi pacjentami odnosi się wrażenie, że los jakby nie pozwalał im w kolejnej fazie otrząsnąć się po razach fazy poprzedniej (co przecież jest do pewnego stopnia zasadniczo możliwe). Przeciwnie: nowe traumatyżacje wzmacniają już zainicjowane negatywne skutki. Typowy jest także fakt, że pierwsze symptomy neurotyżacji dziecięcej konsekwentnie tworzą w takich przypadkach obraz dziecka z zahamowaniami i zniechęconego, o zachowaniu niepewno-trwożnym, często także nieśmiałego, z zaburzeniami w kontaktach. Tutaj więc zostaje położony jakby fundament przyszłej negacji życia i nie ma lepszego określenia na to stadium niż to, które ukuł Zwingmann, mówiąc o „duszeniu się chęci do życia”. Zgodnie z wynikami badań psychologii głębi, niepewność jaźni zawsze idzie w parze ze wzmożonym egocentryzmem — samopotwierdzenie staje się tutaj, rzecz zrozumiała, absolutną koniecznością, warunkiem poprawy samopoczucia. Tym samym jednak, każdy kontakt międzyлюдzki wydaje się być ogołocony z naturalności, gdyż przecież druga osoba jest w nienaturalnym wymiarze wykorzystywana jako środek do celu (samopotwierdzenia) — w efekcie już od początku takich kontaktów istnieje groźba ich załamania się i, co za tym idzie, izolacji.

2. *Opisany rozwój jest konsekwentnie kontynuowany po zakończeniu okresu dzieciństwa.* Jest przy tym istotne, że bezwocne jest szukanie w nim tych symptomów, które normalnie kształtują klasyczny obraz nerwicy. Brak więc mechanizmów historycznych, fobicznych, anankastycznych, neurastenicznych czy psychosomatycznych. Jeśli wystąpią one, to tendencja samobójcza wydaje się osłabiona, a nawet więcej: obraz zmienia się do tego stopnia, że nie można już mówić o nerwicy ku samobójstwu, przy której nie występują zwykle neurotyczne mechanizmy obronne, a tym samym zwykle symptomy neurotyczne.

3. *Zamiast klasycznych (nie występujących tutaj) symptomów neurotycznych, we wszystkich omawianych przypadkach dominuje zdecydowanie neurotyczne kształtowanie życia.* Opiera się ono na trzech następujących czynnikach neurotycznych: pełnym zniechęcenia, neurotycznym nastawieniu do życia, określonych, stale stosowanych wzorach zachowań, neurotycznych przeniesieniach uczuć. Ich współdziałanie prowadzi do nagromadzenia ciągu podobnych, jeśli nawet nie jednakowych, przeżyć i wynikających stąd sytuacji (zgodnie z tendencją neurotyka do ponownego przedstawiania pierwotnie patologicznej sytuacji w dalszym przebiegu życia — patrz rozdział 3.). Przez konsekwentne stosowanie tych mechanizmów neurotycznych powstaje łań-



IASP

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION
MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

Zaden człowiek nie jest wyspa, tylko sam dla siebie. Każdy jest skrawkiem kontynentu, częścią całości. Śmierć każdego innego dotyczy również mnie, bo jestem wiązany w łańcuch. Dlatego nigdy nie pytaj, komu bije godzina, ona bije dla Ciebie.

(John Donne, *Devotions*)

cuch rozczarowań i niepowodzeń, tak że można mówić nawet o neurotycznej lub nerwicowej deformacji życia.

Teraz już zobaczyliśmy — a wyrażenie na to wskazuje tytuł niniejszej książki — że każda nerwica niesie w sobie tendencję do autodestrukcji i deformacji życia. Podobnie jak nerwica anankastyczna jest nerwicą o największym potencjale lęku, histeria nerwicą o najsilniejszej ambiwalencji, a neurastenia o najbardziej intensywnym odczuciu niechęci, nerwicę ku samobójstwu można by określić jako nerwicę o najpotężniejszych konfliktach wtórnych. Z jednej strony brak tu mechanizmów obronnych, z wyjątkiem odwrócenia agresji (patrz rozdział 3.), z drugiej strony na skutek zniechęcenia i ciągłego stosowania niezmiennych wzorców zachowań następuje stałe pogarszanie się sytuacji życiowej — takie zdarzenia będą doprowadzały najpierw do neurotycznej depresji (każda depresja oznacza zahamowaną i skierowaną przeciw własnemu „ja” agresję), a w razie dalszego trwania — tzn. przy nierozwiązaniu konfliktów leżących u podstaw choroby — do samobójstwa. Mamy tu więc do czynienia ze szczególnie intensywną deformacją życia, która może sprawić, że uprawnione będzie podkreślenie również w nazwie takiej nerwicy deformacji jako jej zasadniczego elementu.

Dalszy rozwój omawianej nerwicy przebiega w trzech stadiach:

a. *Ubytek i utrata sił ekspansywnych*. Utrata prawności prowadzi do niepewności i zniechęcenia. Postawa taka powoduje, że nie dąży się do wielu rzeczy, lecz jakby odklada się je na bok, tworzone się ich unika, a w ten sposób wiele możliwości zostaje *a priori* wyeliminowanych. Na przykład osoby, o których mowa, często nie uczą się ani pływać, ani tańczyć; jest to prawie zawsze symptomem zniechęcenia, na który należałoby zwrócić uwagę, nawet jeśli samego w sobie, oczywiście, w żadnym razie nie wolno jeszcze traktować jako wstępnego stadium rozwoju ku samobójstwu. Smutnym następstwem jest wreszcie to, że dla danej osoby wiele dziedzin życia wręcz nie istnieje — przebieg ten kończy się wynikającym z niego w nieunikniony sposób zawężeniem przestrzeni życiowej.

b. *Stagnacja*. Utrwalenie sztywnych, niezmiennych wzorców zachowania każe człowiekowi jakby chodzić w kółko, ciągle wracać do tego samego miejsca: brak jest zdolności do przemyśleń, a tym samym do ewolucji. Dana osoba doznaje bezgranicznie dręczącego wrażenia, że nic się jej nie udaje, że jest pasierbem życia i szczęścia, że nie może przeżyć niczego nowego, bo przecież wciąż zdarza się to samo i ciągle są to rzeczy negatywne. Czyż można się dziwić, że taki przebieg jeszcze bardziej potęguje pierwotną niepewność i zniechęcenie? W naszych najprostszych dręczących snach nie tu-

szamy z miejsca, chodzimy w kółko, powracamy stale do tego samego punktu; takie powtarzanie przeżyć na jawie łatwo doprowadza do poczucia braku wyjścia, a tym samym w pobliże samobójstwa. Nie jest przypadkiem to, że pieśni w rodzaju tej o „smutnej niedzieli” okazały się szczególnie niebezpieczne jako wyzwalające samobójstwo; obok smutnej treści i odpowiedniej do niej sentymentalnej melodii, decydującą, zawężającą rolę odgrywa tu powtarzająca się jednostajność, ciągle powracanie określonych zestawów dźwiękowych i rytmów. Ofiary takich negatywnych doświadczeń nie są przy tym w stanie nauczyć się czegoś z doznanej szkody, i — co jest być może najgorsze — same z siebie nie potrafią dokonać takiej zmiany wzorców zachowania, która pozwoliłaby im w przyszłości odnosić więcej sukcesów. W ten sposób to właśnie ich dotyczy powiedzenie poety: „Ci, którzy nie rozumieją swej przeszłości, są skazani na jej przeżywanie ciągle na nowo w przyszłości”. W sytuacji tej daleko idącej rezygnacji z własnych możliwości staje się dostęgalny kolejny komponent rozwoju ku samobójstwu.

c. *Regresja*. Miejsce utraconej aktywności coraz bardziej zajmuje passywność, występuje regresja. Podobni do dziecka, ludzie tacy oczekują wtedy wszystkiego od innych; już nie kochają, lecz pragną być kochani (chcieliby „pozwałać się kochać”); nie wnoszą wkładu w kształtowanie życia wspólnoty, lecz pragną być utrzymywani w nurcie życia i przy życiu przez innych. Powstaje u nich wzmożona zależność od otoczenia, ale wraz z nią także szczególna wrażliwość i podatność na zranienie, a stąd bardzo łatwo wynika poczucie bycia niezrozumianym, ba, nawet pozostawionym samemu sobie, a więc rozgorczenie i wewnętrzne zaskorupienie się. Pewien pacjent opisał to w ten sposób: „Czekam, by wychodzono mi naprzeciw z miłością; gdy to jednak nastąpi, chciałbym być tym, który aktywnie dokonuje wyboru i dlatego odycham wszelkie zbliżenie. Aktywnym jednak nie staję się, ponieważ boję się niepowodzenia”. Nie można bardziej wstrząsająco przedstawić wahanania pomiędzy tęsknotą a niezdolnością do realizowania wyśklekionych celów. Każdy rozumie, że takie zachowanie musi się kończyć coraz bardziej narastającą izolacją i rozpaczą.

Jeśli przyjrzyć się temu neurotycznemu rozwojowi ku samobójstwu, który tutaj zdołaliśmy przedstawić tylko pokrótce, to nie może być wątpliwości co do tego, że zapowiada się on i zdradza charakterystycznymi i sprawiającymi silne wrażenie symptomami. Dlatego we wszystkich podobnych przypadkach prawie nie można później twierdzić, „że niczego się nie zauważyło”. Ma tutaj zastosowanie powiedzenie Memmingera: „Samobójcą jest się na długo przed popelnieniem samobójstwa” — można to uzupełnić twierdzeniem, że właśnie

w przypadku neurotycznego rozwoju ku samobójstwu współczesne wyniki badań umożliwiają odkrycie w porę takiego „dojrzewającego samobójstwa”. W ubiegłym stuleciu pewien samobójca zamiast listu pożegnania pozostał wiersz napisany bezpośrednio przed śmiercią, a opublikowany po raz pierwszy przez Pelmanna (cytowany przez Dibitschera):

„Myśl ma stale się zawęzła,
coraz mniej ogarnia wzrok,
co dzień bardziej się dopłinia,
mój przerażający los,
Bez sił, bez radości życia
przez mój żywot włokę się,
nie masz, kto by bezmiar moich
nieszczęść znał i wierzył w nie,
Lecz mój zgon dowodem będzie
dla was, że przez całe dnie,
lata, szedłem skrajem grobu
aż pochłonął nagle mnie”.

Strofy te nie tylko we wstrząsającej, skoncentrowanej, „zgeszczonej” formie oddają sytuację cierpiącego na nerwicę ku samobójstwu; przedstawiają także klasyczną postać owego stanu psychicznego, który autor po raz pierwszy odkrył w 1949 roku u ludzi zagrożonych samobójstwem i zgodnie z tym nazwał go syndromem presuicydalnym. Syndromem tym zajmujemy się w dalszym ciągu, gdyż na podstawie jego pojawienia się można wnioskować o istnieniu niebezpieczeństwa samobójstwa. Na syndrom ten składają się:

- zawężenie,
- zahamowane i skierowane przeciw własnej osobie agresje,
- rojenia samobójcze.

1. *Zawężenie*. a. *Zawężenie możliwości osobistych (zawężenie sytuacyjne)*. Normalnie egzystencja ludzka cechuje się pełnią istniejących możliwości kształtowania i rozwoju. W stanie presuicydalnym poczucie posiadania takich możliwości jest całkowicie zatrzymane. Zamiast niego panuje odczucie, jakoby było się ze wszech stron skrzepowanym i osaczonym, popychanym i włączanym w coraz ciaśniejsze ramy. Zawężenie sytuacyjne, w zależności od jego przyczyn, można różnicować w następujący sposób:

- jako skutek ciosów zadawanych przez los (np. przy poważnych dolegliwościach fizycznych),
- jako skutek własnych sposobów zachowania (typowy przykład naszego stulecia: ostatnie dni Hitlera w schronie Kancelarii Rzeszy),

— jako jedynie osobiste urojenie (subiektywne poczucie zawężenia, mimo że obiektywnie żadne zawężenie nie istnieje).

To rozróżnienie jest bardzo istotne: samo zawężenie z zewnątrz nie może bowiem doprowadzić do samobójstwa — dopiero odpowiedź danej osoby przynosi decyzję; innymi słowy niebezpieczeństwo rośnie proporcjonalnie do występującego u niej zaburzenia psychicznego. Jeśli zawężenie sytuacyjne wywodzi się z własnego zachowania albo wręcz z urojenia, to przemawia to za tym, że istnieje psychiczne zaburzenie osobowości. Rośnie tym samym prawdopodobieństwo, że zawężenie sytuacyjne sprzeczne się z zawężeniem dynamicznym, które następuje jako skutek zaburzenia psychicznego i stanowi jądro syndromu presuicydalnego.

b. *Zawężenie dynamiczne*. Jest to chorobliwe zjawisko polegające na tym, że dynamika osobowości rozwija się w jednym, jedynym kierunku, podczas gdy inne kierunki zanikają. Wskutek tego powstaje uczucie uporczywego przymusu w jednym kierunku, w końcu właśnie w kierunku samobójstwa. Zawężenia dynamicznego nie wolno w żadnym razie pomylić z utratą dynamiki. Tam, gdzie ona wystąpi (np. zazwyczaj w końcowym stadium chorób nowotworowych), samobójstwo nawet nie jest możliwe, gdyż bez wątpienia istnienie dynamiki jest warunkiem jego popełnienia.

W ramach zawężenia dynamicznego możemy zaobserwować następujące zjawiska szczegółowe:

— Szywny przebieg apercepcji i skojarzeń; chore osobowości zachowują się tak, jak gdyby miały okulary, przez które odbierają wszystkie zdarzenia tendencyjnie, tzn. jako zniekształcone. W ten sposób osobowością rządzą w końcu niezmiennie, stale powtarzane ciągi i treści myślowe.

— Utrwalone sposoby zachowań; w tym aspekcie zawężenia dynamicznego dochodzi do ograniczenia reakcji osobowości, która utraciła normalnie istniejące liczne odcienie zachowań. Szywny wzory zachowań — przebiegające często tak automatycznie, że odnosi się wrażenie obserwowania odruchów warunkowych — określają obraz zjawiska.

— Zawężenie uczuciowe; oznacza ono, że jeden wzór uczuciowy wśród wielu innych możliwych coraz bardziej wysuwa się w zachowaniu na pierwszy plan, a wreszcie oddziałuje dominująco: trzeba tu pomyśleć przede wszystkim (ale w żadnym razie nie wyłącznie) o strukturze depresyjnej lub lękowej.

— Zawężenie mechanizmów obronnych; w stanie presuicydalnym dochodzi do uderzającej redukcji mechanizmów egodefensywnych, jakie posiadamy już przy „nerwicy ku samobójstwu”. Sytuacja staje się poważna wówczas, gdy coraz bardziej wysuwa się na pierwszy plan mechanizm obronny

„zwrócenia agresji przeciwko własnej osobie”. Najwyższy stopień alarmowy zostaje osiągnięty, gdy mechanizm ten zawładnie całym polem, a wszystkie inne mechanizmy defensywne wygasną. Istnienie innych mechanizmów obronnych zmniejsza niebezpieczeństwo samobójstwa, względnie pozwala mieć nadzieję na osłabienie tendencji samobójczej (porównaj np. potężne mechanizmy obronne przy hysterii — przy tej chorobie dochodzi konsekwentnie raczej do usiłowań samobójstwa, niż do samobójstw).

Podsumowując można powiedzieć, że w ramach zawężenia dynamicznego następuje jednostronne zorientowanie osobowości, aż do sytuacji, w której poczuje się ona przez tę jedyną, nadmiernie silną, tendencję popychana i zmuszona do samobójstwa, wobec czego słowo *Freitod*, w niemieckim używane często jako synonim samobójstwa, jest tu nie na miejscu; zawężenie dynamiczne, szczególnie uczuciowe, osiąga w chwili samobójstwa kulminację. W wieku podroży kosmicznych można sobie pozwolić na porównanie: potrzeba niesamowitej siły napędowej (podobnej do tej, która jest w stanie pokonać siłę przyciągania ziemskiego) dla wyłączenia popędu samozachowawczego. Wyzwolić ją może tylko zawężenie dynamiczne wysokiego stopnia, ale nigdy sam racjonalny „nauyś”. Pewien pacjent na pytanie badającego go lekarza, czy chce się zabić, odpowiedział trafnie: „A któż tego chce? To robi się przecież wbrew własnej woli!”

c. *Zawężenie stosunków międzyludzkich*. Może się ono przejawiać w różnych formach:

— *Dewaluacja istniejących stosunków* przez utratę prawdziwego przywiązania i brak zdolności do kształtowania i formowania ich (jedno i drugie jako wynik zawężenia dynamicznego). Jest to dokładnie ten stan rzeczy, który Wildgans opisuje w swym wierszu *Tiefer Blick*:

„Przyjaćiel, żonę, dziecko możesz mieć,
a jak na wietrze krzak samotnym być,
co drżąc na bezimiennym łące stoi;
i z przyjaciółmiś zaznał rzeczy noc
i sypiasz z tą kobietą w każdą noc
a dziecko to jest światłem duszy twojej”.

— *Mościowa redukcja stosunków* międzyludzkich, aż po uceptwienie się jednej osoby, od której jest się całkowicie zależnym.

— *Totalna izolacja*. Najbardziej tragicznym jej przykładem są starzy ludzie, których śmierć całymi dniami pozostaje niezauważona. Są zupełnie sami, nikomu ich nie brakuje, nikt nie odczuwa ich nieobecności.

d. *Zawężenie świata wartości*. Dla presyicydalnego przeżywania wartości znamienne są:

— ograniczenie stosunku do wartości, dewaluacja wielu dziedzin życia,
— przeważnie subiektywne, niezgodne z powszechną opinią oceny wartości (stąd odczucie izolacji),
— niewystarczające praktyczne urzeczywistnianie wartości.

W tym kontekście trzeba powiedzieć nieco na temat roli systemów religijnych i filozoficznych w ramach rozwoju presyicydalnego.

Gdy na człowieka spada jakiś cios losowy, to decydujące o sposobie, w jaki się z nim upora, w ogromnej mierze może być jego nastawienie religijne i filozoficzne. Teraz jednak widzieliśmy już, że samo zawężenie sytuacyjne praktycznie nie może doprowadzić do samobójstwa; dzieje się tak dopiero wtedy, gdy jest ono połączone z innymi opisywanymi tutaj formami zawężenia, spowodowanymi przez zaburzenie osobowościowe. Tylko zatem wówczas, gdy uszczerbku doznała również struktura osobowości, istnieje poważne niebezpieczeństwo samobójstwa; jeśli jednak struktura osobowości doznała uszczerbku, to może to spowodować z kolei dewaluację świata wartości w sensie oceny subiektywnej i niedostatecznie aktywnego urzeczywistniania wartości. Praktycznie będzie to oznaczało, że w ramach rozwoju presyicydalnego budowane są idee — albo religijne, albo filozoficzne — pozostające w zgodzie z istniejącym pesymizmem i skłonnością do samoznizczenia, lub przynajmniej nie przeciwnym im; bądź też, jeżeli filozoficzne i religijne systemy odniesienia odrzucające samobójstwo nadal wydają się być akceptowane przez osobowość, to może dojść do ich wewnętrznej dewaluacji i podważenia tak, że w decydującym momencie okażą się zbyt słabe, by przeciwstawić się impulsowi samobójczemu. Tragiczne jest, że światopoglądy, które same w sobie zgoda nadają się do zapobieżenia samobójstwu, zawadzają właśnie w tym momencie, w którym są najbardziej potrzebne. Dzieje się tak dlatego, że presyicydalne zawężenie osobowości może infekować również świat wartości, a tym samym także religię.

2. *Zahamowana agresja destruktywna skierowana przeciw własnej osobie*. To, że do samobójstwa dochodzi wskutek zwrócenia się impulsów agresywnych przeciwko własnej osobie, było jednym z wielu genialnych odkryć Freuda. Powstawanie niezwykle intensywnych potencjałów agresji i potężne hamowanie ich rozładowywania wobec otoczenia stanowią zatem pierwsze decydujące kroki ku syndromowi presyicydalnemu. Hamowanie agresji może wynikać głównie z następujących faktów:

a. Ze specyficznej psychicznej struktury osobowości, nacechowanej

szczególnie surową i sztwną nadzieją, z jaką mamy do czynienia przede wszystkim przy nerwicy.

b. Z chorób psychicznych, z punktu widzenia psychopatologii prowadzących do zahamowania w sferze fizycznej (przede wszystkim motoryki) i psychicznej; naturalnie zahamowanie to dotyczy wtedy także zewnętrznego rozładowywania agresji. Klasyycznym przykładem takiego stanu rzeczy jest depresja endogenna (patrz dalej).

c. Z braku stosunków międzyludzkich. Horney dobitnie podkreśla, że takie stosunki w nienajmniejszej mierze służą również wzajemnemu odreagowaniu na sobie agresji.

Zahamowanie agresji jest decydującym warunkiem zwrotu agresji przeciwko własnej osobie. Proces ten w istotnej mierze podlega prawu fizycznemu o zachowaniu energii: nagromadzona siła musi znaleźć sobie jakiś cel; jedynym, jaki ostatecznie ma ona wtedy do swej dyspozycji, jest własne „ja”. Temu odwróceniu agresji szczególnie sprzyja istnienie świadomych i nieświadomych uczuć winy i wynikające stąd pragnienie samoukaranania.

3. *Rojenia o samobójstwie*. Trzeba tutaj rozróżnić pomiędzy rojeniami aktywnymi, tzn. zamierzonymi, a pasywnymi, które narzucają się bez intencji, wręcz wbrew woli, często w postaci natręczywych myśli, i stają się coraz bardziej dominujące.

Istnieją przebiegi, w których rojenia presuicydalne zaczynają się z pozoru niewinnie, choćby wyobrażeniem, że „można by to przecież uczynić”, gdyby się komuś to czy owo nie powiodło. To, co na początku wygląda niemal jak mechanizm odciążający, później może się jednak stać poważnym zagrożeniem dla życia: wtedy, gdy następuje przedzierzgnięcie się takich celowo podjętych rojeń w wyobrażenia samobójstwa występujące w sposób pasywno-przymusowy. Z punktu widzenia treści w rojeniach samobójczych można wyróżnić trzy stadia: pierwszy, jeszcze stosunkowo niegroźnym, jest fantazjowanie na temat „bycia martwym”. Wyobrażanie sobie aktu samobójczego wydaje się już groźniejsze. Najwyższy stopień alarmowy występuje wówczas, gdy wyobrażenia zajmuje się już sposobem dokonania samobójstwa i koncentruje się na określonej metodzie ze wszystkim jej detalami.

Trzeba jeszcze wskazać na zgubne współgranie trzech składników syndromu presuicydalnego, wskutek czego może dojść do jego stałego wzmacniania w rodzaju *circulus vitiosus*. I tak, by wspomnieć jedynie kilka przykładów, izolacja będzie zarówno zmniejszała możliwość rozładowania agresji, jak i potęgowała lęk; zawężenie aperepcji i kojarzenia będzie sprzyjało rojeniom samobójczym; potęgowanie się rojeń samobójczych będzie z kolei

wyzwalało uczucia lęku, a istniejące zawężenie dynamiczne będzie mogło dawać poczucie, że istnieje także zawężenie sytuacyjne.

Po tych dygresjach na temat syndromu presuicydalnego wróćmy do nerwicy ku samobójstwu. Jeśli choroba zostanie odkryta w porę, to całkiem możliwe jest spowodowanie przez jej leczenie korzystnego zwrotu w kształtowanie życia. Niestety jednak właśnie przy tej formie nerwicy jej odkrycie sprawia samej osobie cierpiącej szczególne trudności. Jeśli ktoś cierpi na lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami, na przymus mycia albo na przykład na histeryczne bóle konwersyjne — to stosunkowo łatwo stwierdza, że jest chory i potrzebuje lekarza. Ale przy nerwicy odzwierciedlającej się tylko w kształtowaniu życia, łatwo jest traktować siebie jako ofiarę przypadków, nieszczęśliwych okoliczności, złościwości losu, itd. Któż spośród tych chorych przejrzy swój własny *arrangement* neurotyczny, polegający na tym, że nieświadomie „szuka okazji do bycia policzkowanym”, by wyrazić to za Alfredem Adlerem? Dlatego we wszystkich tych przypadkach otoczenie musi być podwójnie czujne i uczynić wszystko, by w porę rozpoczęło leczenie psychoterapeutyczne (przecież często, by wyrazić to przesadnie jaskrawo, trudniej bywa nakłonić pacjenta do terapii, niż ją samą przeprowadzić). Jeśli człowiek ma tylko niepowodzenia (jego nieszczęście staje się zatem jego osobistą właściwością, by strawestować powiedzenie Napoleona), albo jeśli doznaje on ciągle tego samego, powinniśmy to być zdecydowane sygnały alarmowe. Sytuację niech zilustruje kilka wypowiedzi pacjentów: „Szczęście jest dla mnie wyrazem obcy”, „jestem totalnym niewypałem”, „los wrzucił mnie do kosza na odpadki życia”, „moje życie jest nastawione na płomień oszczędny”, „insecyzuję wszystko wspaniale, ale inscenizuję to tak, że nic nie może się udać”, „spełniły się wszystkie moje rozczarowania”.

Dwa ostatnie cytaty wskazują już na osiągnięcie zrozumienia faktu, że we wszystkich tych przypadkach owego tajemnego sternika trzeba szukać i znaleźć we własnej osobie, tym samym wskazują być może na pewną gotowość poddania się terapii. Umożliwienie zrozumienia, że „Ty jesteś tym, który to wszystko zrobił”, jest też pierwszym celem takiej terapii, a już zrozumienie tego może przynieść ulgę, gdy zostanie zeń wyprowadzona logiczna konsekwencja, że nie jest się na zawsze bezbroniem wydanym szalejącemu na osieć losowi, lecz od zaraz można zacząć lepiej kształtować życie. Omówienie psychoterapii jest właściwie przewidziane w rozdziałach 8. i 9.; skoro jednak właśnie terapia „nerwicy ku samobójstwu” wykazuje kilka cech szczególnych, niech będzie nam wolno wybiec w tej sprawie nieco do przodu. Przy leczeniu psychoterapeutycznym osoby zagrożonej samobójstwem w centrum

szczególnej uwagi winno znaleźć się pięć poniższych punktów, ważnych w ramach każdej psychoterapii:

1. *Znaczenie więzi z terapeutą.* Jeszcze bardziej niż w każdym innym rodzaju psychoterapii chodzi tu o intensywny i rzeczywiste nośny stosunek lekarz-pacjent. Doświadczenie uczy, że pacjenta zagrożonego samobójstwem, chorego psychogenicznie, a więc nie psychotycznie, zdobywa się już w momencie, w którym zostanie zbudowany taki stosunek. Stanowi on przecież pierwszy krok ku usunięciu decydującego zawężenia stosunków międzyludzkich i tym samym czyni pierwotny wyłom w otaczającym pacjenta kręgu zawężenia presyicydalnego. Naturalnie więź taka będzie podlegała prawom przeniesienia i dlatego trzeba zakładać, że po stronie pacjenta jest ona nacechowana ambivalencją. Szansa terapeuty polega jednak na tym, by zrozumiał i przeanalizował z pacjentem tę sytuację przeniesienia — sposób postępowania dający mu także możliwość uniknięcia bezbronności wobec tego skrajnie trudnego stosunku lekarz-pacjent (otwarcie wypowiedziane zainteresowanie lekarza utrzymaniem pacjenta przy życiu z jednej strony jest pozytywne, gdyż wyprowadza to pacjenta z izolacji; z drugiej jednak strony niesie pewne niebezpieczeństwo, gdyż może skusić pacjenta do wykorzystania tego zainteresowania i zgodnie z tym do niernormalnego obciążenia lekarza tą więzią).

2. *Odręgowanie agresji.* Przy omawianiu syndromu presyicydalnego wskazaliśmy na złowrobną rolę zahamowania agresji i zwrócenia jej przeciwko własnej osobie. Wynika stąd, że groźba samobójstwa małeje w tej samej mierze, w jakiej na sesjach udaje się doprowadzić pacjenta do werbalizacji, a tym samym do rozładowania jego nagromadzonych agresji. Doświadczenie uczy, że każde z tych odegowań prowadzi, przynajmniej chwilowo, do decydującego zmniejszenia tendencji samobójczej. Naturalnie na dłuższą metę chodzi o to, by ujawnić i stopniowo zredukować przyczynny napór agresji. Poza tym rosnąca aktywność (patrz punkt następny) niesie ze sobą zazwyczaj pośrednie rozładowanie agresji na zewnątrz. O ile w przypadku odwrócenia agresji znaczenie ma również nieświadome pragnienie samoukarania, o tyle uświadomienie nieświadomych uczuć winy jest bardzo ważne dla umożliwienia tak niezbędnego, realnego rozprawienia się z nimi.

3. *Zachęcanie do doznawania sukcesów.* Chodzi tu o zainicjowanie tańcucha rozwoju pozytywnego; nie tylko zniechęcanie, również zachęta może wywołać pewną dynamikę własną w tym sensie, że jedno przeczucie staje się podstawą i warunkiem następnego, prowadzącego już o krok dalej do przodu. Wszelkie początki są oczywiście trudne, dlatego dewiza musi tu brzmieć: na

początek polityka małych kroków. Celem terapii jest stawianie przed pacjentem zadań wykonalnych i wspomaganie go w uporaniu się z nimi przez mądrą aranżację. Przeciążenia należy unikać w każdej sytuacji, przy czym trzeba przełamać złowieszczą zasadę: „wszystko albo nic”, często *a priori* owtładającą pacjentami neurotycznymi; oznacza to, że mają oni przesadnie wygórowane pragnienia, których realizacja jest w związku z tym niemożliwa, i że z tego powodu już w ogóle do niczego nie dążą i zaprzestają wszelkich usiłowań. Trzeba więc nauczyć się pewnej skromności, by powoli zbudować drażniącą doznawania sukcesu. Można by podsumować to następująco: opierając się na zaufaniu do terapeuty trzeba wprowadzić do terapii zasadę aktywnego działania, która posłuży przełamaniu pasywności (jako wyrazu regresji). Moga się przy tym stopniowo coraz częściej pojawiać następujące rezultaty: poszerzenie przestrzeni życiowej, polepszenie istniejących i udostępnienie nowych stosunków międzyludzkich oraz nowych dziedzin wartości, rosnąca otwartość, usunięcie „nastroju zawężenia”, atmosfera ufności. Oczywiście nawroty są nieuniknione, ale osiągnięto już wiele, gdy dręczące poczucie powtarzania się — „dzieje się ciągle to samo” — zostało przezwyciężone przez pojawienie się nowych tendencji i sposobów zachowań. Słowo „nowe” musi się zatem stać gwiazdą przewodnią terapii, trzeba przezwyciężyć dawną jednostajność przeżyć i wynikające z niej odczucie bycia popychanym w negatywnym kierunku. Wszystkie te sukcesy będą możliwe naturalnie tylko przy wkliwej analizie przyczyn dotychczasowego wadliwego zachowania (tutaj terapeuta musi zacząć na doznanie zrozumienia, na przeżycie „Aha!” u pacjenta — patrz rozdział 8.) z jednoczesnym aktywnym treningiem nowych wzorów zachowania pod nadzorem terapeuty.

4. *Pobudzanie wyobraźni w pozytywnym kierunku.* Myśli samobójcze jako wyraz zaburzenia psychicznego jedynie z trudem można pokonać bezpośrednio, w sposób wolicjonalno-racjonalny (dlatego wartość zorientowanych światopoglądowo prób przekonywania pozostaje problematyczna — w każdym razie z psychoterapią lekarską nie mają one niemal nic wspólnego); jest to możliwe właściwie tylko pośrednio, przez wyobrażenia powstające w ramach poprawy stanu psychicznego, dotyczące przyszłych pozytywnych możliwości. Zazwyczaj przecież próżnia w sferze atrakcyjnych planów na przyszłość jest tym, co rojeniom samobójczym pozwala rozprzeszczerzać się, a wreszcie całkowicie zapanować nad człowiekiem. Doświadczenie uczy, że zawsze bardzo uspokajający jest moment, gdy pacjent zagrożony samobójstwem sam z siebie zaczyna opowiadać, co zamierza podjąć w najbliższej lub bliższej przyszłości. W tym sensie z terapeutycznego punktu widzenia decy-

dujące wydaje się pobudzanie fantazji, intensywne zajmowanie się możliwościami wieloma szczegółami dalszego kształtowania życia.

5. *Cel terapii*. Celem terapii po analizie i po treningu nowych sposobów zachowań w kierunku doznawania sukcesów będzie pozytywne kształtowanie życia. Przykładem jest tu wypowiedź pewnego pacjenta do terapeuty: „Niech mi pan pomoże stać się tym człowiekiem, który może w pełni urzeczywistnić swój indywidualny rozwój w wielorakich możliwościach teraz leżących odległym”. Dlatego można chyba doradzać podtrzymywanie możliwości ponownego tego kontaktu z pacjentem, a szczególnie danie mu możliwości ponownego zwrócenia się w każdej chwili do terapeuty w razie powstających na nowo trudności. Jako ogniwo pomocnicze w tych sprawach bardzo dobrze sprawdza się także późniejsza opieka, czego dowodzi w szczególności przykład Centrum Zapobiegania Samobójstwom istniejącego w Wiedniu.

Wskazywaliśmy już na konieczność dokonania analizy owych nieświadczeń mechanizmów, które doprowadziły do dotychczasowego niesprawdzenia się. Już w rozdziale 1. widzieliśmy jednak, że wszelka analiza, skoro wydobyla na światło dzienne rzeczy bolesne i nieprzyjemne, jest dla pacjenta bardzo uciążliwa — Freud był tym, który na tę uciążliwość jako pierwszy zwrócił uwagę: „Któż zdoła wytrzymać widok swego własnego «ja» w lustrze?” Wynika stąd, że analizy w przypadku człowieka już *a priori* zagrożonego samobójstwem trzeba dokonywać szczególnie ostrożnie. Autor uważa, że do takiej specyficznie antyświadczonej terapii, która musi połączyć aspekty analityczne z pewną przychylną aktywnością terapeuty, szczególnie nadaje się psychologia indywidualna Adlera (patrz rozdział 8.), co w najmniejszej mierze nie oznacza rozszerzeń dotyczących monopolistycznej pozycji tej szkoły w leczeniu neurotycznego zagrożenia samobójstwem.

Niestety „nerwica ku samobójstwu”, nerwica deformacji życia, nie jest jedyną drogą do samobójstwa; wiele innych dróg prowadzi do tego samego tragicznego celu i dlatego nie możemy się dziwić, że samobójstwo stanowi dziś tak częste zjawisko. Codziennie na świecie ponad 1000 ludzi umiera wskutek samobójstwa. Liczba uśmiałych samobójstwa jest przynajmniej trzykrotnie, a prawdopodobnie sześćo-ósmiokrotnie wyższa. Nie ma kraju, którego ten problem by nie dotyczył, nie ma człowieka, który nie musiałby się z nim rozprawić, chodzi więc rzeczywiście o powszechnie występujący problem o światowym zasięgu.

Przedstawione fakty są dostatecznie alarmujące, by wstrząsnąć nawet światem skłaniającym się ku zadowoleniu z siebie. Jeśli problem samobójstwa mimo to nie cieszy się uwagą, na jaką zasługuje, to dlatego, że u więk-

szości ludzi jest on związany z lękiem, przy czym lęk ten ma wiele masek, z których tutaj wspomniamy tylko o najważniejszych.

a. *Postawa tabuizująca*. Wsrydzimy się, że samobójstwo może „zdarzyć się”, być może wręcz zdarzyło się w naszej rodzinie, nie chcemy przyznać, że takie napaady mogłyby dotyczyć również naszej własnej osoby, udajemy odpornych, wypieramy i milczymy.

b. *Nastawienie obojętne*. Samobójstwo jest tu traktowane jako sprawa prywatna, która nie nie obchodzi innych i w którą nie wolno się mieszać. Postawa ta jest z jednej strony wyrazem intensywnego indywidualizmu naszych czasów, których najważniejszą zasadą jest traktowanie wszystkiego jako „sprawy prywatnej”, z drugiej jednak strony chyba także wyrazem zaburzenia w stosunkach międzyludzkich. To, co traktujemy jako przychylność wobec ludzi („respektowanie sfery intymnej”), w rzeczywistości niejednokrotnie bywa brakiem miłości bliźniego.

c. *Nastawienie sprzyjające samobójstwu*. Wywodzi się ono z drugiej tradycji filozoficznej, wychwalającej, choćby w stoicyzmie, akt samobójczy. Dziś również istnieją określone kierunki filozoficzne, które gloryfikują samobójstwo jako „ostatnią swobodę, jaka pozostała człowiekowi w czasach zniewolenia” (zwodniczością tego poglądu już się zajmowaliśmy), jako ideał dzielności i odwagi. Wspomnieć trzeba tu również o pośrednim sprzyjaniu samobójstwu przez nieodpowiedzialnie żądne sensacji relacje dziennikarskie lub przez nierozważny dobór słów w sytuacjach trudnych (werbalne zachęty do samobójstwa).

d. *Potępienie samobójstwa*. Tutaj również mamy za sobą długotrwałą tradycję obłożenia karami kościelnymi i świeckimi samobójstwa jako grzechu, ba, nawet jako przestępstwa. Dziś na szczęście przeżywamy koniec tego, również nacechowanego strachem, podejścia.

Pierwszym, który zwrócił tu uwagę na konieczność rozróżnienia pomiędzy teorią a praktyką był Niedermeyer. W zasadzie, z teologicznego punktu widzenia, samobójstwo jest oczywiście grzechem, bowiem samobójca rości sobie prawo przysługujące jedynie Bogu, mianowicie prawo decydowania o życiu i śmierci. Jeśli jednak spojrzeć na poszczególne sprawców, to w ostatnich dziesięcioleciach psychiatra niezłomie i bez wątpliwości wykazała, że akt samobójstwa następuje w przeważającej większości przypadków „na dnie” chorób psychicznych, jako efekt patologicznej tendencji do samoukarańca i zniszczenia. Z chorób tych, czy są one natury psychicznej (przede wszystkim nerwice), czy umysłowej (psychozy — patrz dalej), w jednakowej mierze wyphywa uczuciowy przymus popychający ku samobójstwu. Istnieją-

ca swego czasu praktyka uniewinniania tylko samobójców chorych umysłowo, w świetle nowszych badań wydaje się więc przestarzała (tylko około 33% wszystkich samobójstw wywodzi się z chorób umysłowych, pozostate — z zaburzeń psychicznych). Drżyciel wieny, że odmowa kościelnego pochówku dla samobójcy była podwójnie błędna: z przyczyn rzeczowych, ponieważ ginął on z powodu choroby psychicznej, która znosi lub przynajmniej istotnie ogranicza odpowiedzialność osobistą, oraz z teologicznych, gdyż był to akt nieludzki, a tym samym niechrześcijański. Dlatego z zadowoleniem czyta się najnowsze zalecenie najwyższej komisji prawa kościelnego, zgodnie z którym „żadnemu katolikowi nie można odmówić kościelnego pochówku”. Oczywiście długo jeszcze potrwa, zanim zostaną usunięte wszystkie skutki tej wielowiekowej błędnej postawy — zwłaszcza w okolicach wiejskich członkowie rodziny, w której popełniono samobójstwo, nadal uchodzą za obciążonych skazą.

Wracając raz jeszcze do psychopatologii samobójstwa trzeba tu rozróżnić (za Gauppem) przyczynę od powodu (motywu). Za ostateczną przyczynę samobójstwa zawsze trzeba będzie uważać psychiczną strukturę sprawy. Oczywiście bywają przypadki, w których sytuacja „niepocieszenia” jest rozstrzygająca ze względu na swą rangę, i które z tego względu bywają klasyfikowane przez laików jako „pozwalające wczuć się, naturalne i zrozumiałe same przez się”. Pominąwszy jednak to, że stanowią one jedynie zanikającą mniejszość wszystkich samobójstw, nie wolno zapominać, że zdolność do tolerancji u człowieka psychicznie zdrowego jest nieskończenie duża. Zaburzenia psychiczne — tym samym dotarliśmy do sedna — obniżają jednak tę zdolność w mniejszej lub większej mierze tak, że traumatyzujące czynniki zewnętrzne mogą się stać motywnym działaniem samobójczego, przy czym obowiązuje prawo, że im intensywniejszy i silniejszy jest niewłaściwy rozwój lub niewłaściwa postawa człowieka, tym mniej ważne zdarzenia mogą się stać powodem samobójstwa. Zawsze trzeba więc myśleć o psychopatologicznie uwarunkowanym braku odporności na obciążenie u określonych osobowości, jak też o wynikającej również z zaburzeń psychicznych tendencji do postzegania określonych sytuacji w sposób całkowicie zniekształcony i oceniania ich o wiele bardziej negatywnie, niż jest to w rzeczywistości. Menninger mówił w tym kontekście o „pomyłce predeterminowanej” (psychopatologicznie), a jako jej klasyczny model podawał samobójstwo Romea, który zabija się, ponieważ sądzi (mylnie), że Julia nie żyje.

Przytoczone fakty pozwolą przeciwstawić opisanym czterem błędnym postawom wobec problemu samobójstwa właściwą postawę, oceniającą sa-

mobójstwo w przeważającej większości przypadków jako symptom choroby (jeden z rzadkich wyjątków od tej reguły stanowią tak zwane samobójstwa z poświęcenia, gdzie do samobójstwa dochodzi wyłącznie ze względu na jakąś ideę lub dla ratowania innych ludzi; brak tu czynników psychopatologicznych, ale trzeba powiedzieć, że można tu zaklasyfikować rzeczywiście tylko odosobnione przypadki; często w takich sytuacjach okazuje się, że są to mniej lub bardziej zreżymowane „ideowo” lub „altruistycznie” — zracjonalizowane — działania samobójcze osób z zaburzeniami psychicznymi).

Zawsze w takich sytuacjach dominują następujące choroby:

- depresja starcza,
- nerwica (ku samobójstwu),
- reakcja neurotyczna,
- alkoholizm i inne formy uzależnienia.

Na temat nerwicy ku samobójstwu i uzależnień mówiliśmy już obszernie, pozostaje formy zaburzeń wymagają jeszcze wyjaśnienia:

1. *Depresja endogenna*. Jako prawdziwa choroba umysłu zaliczana jest do chorób umysłowych i jest czynnikiem samobójstw psychotycznych. Książka ta nie jest podręcznikiem psychiatrii i dlatego autor nie może w tym kontekście wchodzić w szczegóły; należy jednak wiedzieć, że depresja endogenna zasadniczo różni się swą specyficzną symptomatyką od wszelkiej innej depresji (zwycięży smutek, depresja neurotyczna). Wszystkie te symptomy, jak pierwotnie wewnętrzny smutek, niewyjaśniony lęk, pogrążanie się w zamyślenie, absolutny pesymizm, zarzuty stawiane samemu sobie, pomyśły hipochondryczne, a wreszcie dręczące dolegliwości fizyczne (zaburzenia snu polegające na wczesnym budzeniu się, brak apetytu, chudnięcie, zatrzymanie miesiąc, suchość w ustach) doprowadzają do rozpaczcy i w ten sposób kierują ku samobójstwu. Psychiatrizy wiedzą, że diagnozowanie melancholii jest równoznaczne z koniecznością leczenia się z bardzo dużym ryzykiem samobójstwa. Samobójstwo melancholika należy dziś oceniać jako szczególnie tragiczne, ponieważ dzięki odkryciu środków antydepresyjnych chorobie stosunkowo łatwo można zlikwidować.

2. *Depresja starcza*. Trzeba przyjąć do wiadomości, że ponad jedna trzecia osób, które popełniają dziś samobójstwa, ma ponad 60 lat, przy czym, co znamienne, przeważająca większość działań samobójczych ludzi starych kończy się śmiertelnie. Współdziałają tutaj: narastająca izolacja zewnętrzna (osamotnienie) i wewnętrzna (poczucie bycia niezrozumianym przez „nowy, młoddy świat”), strach przed przewlekłymi cierpieniami i przed utratą zdolności

umysłowych i fizycznych, odczuwane zawężenie możliwości życiowych, utrata sensu bytu, i naturalnie także zanik elastyczności psychicznej, a wraz z nim obniżona zdolność dostosowywania się — wszystko to jako wyraz nieudanej adaptacji starczej wywarza starcze depresje, w których pomocnicze poniechanie siebie prowadzi do samobójstwa. Jak bardzo pomocnicze mogłoby tu oddziaływać nastawienie otoczenia, niech wykaże fakt, że tam, gdzie ludzie starzy zajmują szanowaną pozycję i nie są skazani jedynie na wegetację z dnia na dzień, samobójstwo starcze stanowi absolutną rzadkość.

3. *Reakcje neurotyczne.* Chodzi tu o osobowości, które wskutek chwilowych trudności stosunkowo łatwo doznają poczucia, że znalazły się w sytuacji bez wyjścia. W przeciwnieństwie do „prawdziwych nerwic” nie zostały one, jak pokazałszy w dwu pierwszych rozdziałach, zneurotyzowane w dzieciństwie, natomiast spotyka się u nich kombinację dwu właściwości: tendencję do niewłaściwej oceny danych sytuacji i do niepohamowanej impulsywności. Ludzie tacy nie potrafią oczekiwać, nie sprawdzają, jak się rzeczy potoczą. Od razu coś się musi stać, do tego jeszcze w momencie, gdy rzeczy widziane są błędnie, tzn. w zniekształceniu i dlatego tylko jedno „rozwiązanie” uważają oni za możliwe: ucieczkę w śmierć. Oczywiście brak przygotowania tej, akcji przeciwko własnej osobie”, przy której zaledwie istnieją pewne wyobrażenia o tym, „do czego się właściwie dąży”, dość często pozwała na ratunek: charakterystyczne, że potem określają oni swoje postępowanie jako „niewyjaśnione oszołomienie”, gdyż po wygaśnięciu kryzysu znowu widzą wiele pozytywnych możliwości rozwiązania. Tym tragiczniejsze są przypadki osób, które padają ofiarą takiego przejściowego stanu psychiki: gdyby dopomóżono im minąć wąskie gardło, nie pozostawiono samych w ich „trudnej godzinie”, to pozostałyby przy życiu, a potem byłoby za to bardzo wdzięczne. Dlatego wydaje się zrozumiałe, że w ostatnich latach w USA, a również gdzie indziej, coraz większą wagę przywiązuje się do lekarskiej, ale także ogólnoludzkiej „interwencji w kryzysie” (patrz również dalej).

W ten sposób dotarliśmy do decydującego punktu: wszelkie choroby prowadzące do samobójstwa, a więc te, których symptomem jest samobójstwo (zdołaliśmy tutaj przytoczyć tylko najważniejsze z nich), poddają się dziś skutecznej terapii medyczno-psychiatrycznej, można je wyleczyć lub przynajmniej osiągnąć istotną poprawę (jak już pokazaliśmy na przykładzie „nerwicy ku samobójstwu”). Samobójstwa można by więc we wszystkich tych przypadkach zgoda uniknąć, gdyby w porę rozpoznano i fachowo przeprowadzono odpowiednią terapię.

Przed przejściem do zakończenia niniejszego rozdziału zajmijmy się

kwestią: Co może uczynić jednostka dla bardziej skutecznego kształtowania starań o zapobieganie samobójstwom?

Przytoczmy tylko trzy najważniejsze punkty:

1. *Przeżywanie się do wykrywania w porę ludzi zagrożonych samobójstwem.* Szczególnie zagrożone są następujące grupy osób:

a. Osoby, które usiłowaniami popełnienia samobójstwa zwracają uwagę na istniejące niebezpieczeństwo. W przypadku takich usiłowań trzeba rozróżnić kilka kategorii osób ze względu na pragnienie śmierci: osoby, u których śmierć jest ich bezwzględny zamiarem, a nie następuje dzięki szczęśliwemu przypadkowi lub dzięki udoskonalonym działaniom terapeutycznym (zabiegi odtruwające); osoby, u których siły samoznisczenia i samozachowawcze utrzymują się w mniejszej lub większej równowadze, a stąd wynika osłabione działanie samobójcze w różnych odcieniach: usiłowania samobójstwa jako „wyrok Boży o życiu i śmierci”, jako „wołanie o pomoc”, jako „demonstracja historyczna”, albo jako jedynie „przedłużony sen” (trafnie określony przez Feuerlina jako „przerwa parasympatyczna”). Nadal jednak pozostaje faktem, że prawie we wszystkich przypadkach usiłowania samobójstwa, nawet jeżeli jakościowo różnych, wyraża się alarmująca tendencja do samoznisczenia. Można to udowodnić w dwojaki sposób: jeśli prześledzić prehistorię przypadków tych, którzy w końcu jednak popełniają samobójstwo, to widać, że zaskakująco często już przedtem podejmowali próby samobójcze, często z pozorów „niegroźne”. Z drugiej strony stale obserwuje się, że pacjenci odratowani po próbie popełnienia samobójstwa wykazują później silną tendencję do ponowienia takiej próby, jeśli nie zostaną objęci terapią i późniejszą opieką. W ciągu dwu do trzech lat (ten okres jest najniebezpieczniejszy) należy się liczyć ze wskazanikiem nawrotów od 10 do 20%, z tego około 6% są to samobójstwa dokonane, reszta — usiłowania samobójcze. Badania przeprowadzone po fakcie w Los Angeles wykazały, że ponadto dalsze 40% odratowanych samobójców znowu trafia w pobliże „stanu suicydalnego” (nastój depresyjny, zamiary samobójcze).

Ze wszystkiego co zostało powiedziane wynika, że skuteczną profilaktyka samobójstw konieczne musi intensywnie zajmować się wszystkimi osobami, które podejmują próby samobójcze. Mamy tu pierwszą istotną wskazówkę co do zagrożonej grupy osób, a także możliwość nawiązania kontaktu z tą grupą, założywszy oczywiście, że usiłowanie samobójstwa nie zostanie zatajone. Niestety właśnie w przypadku prób samobójczych w całym świecie istnieje wysoka liczba przypadków niewiadomych. Ci, którzy za „obowiązek honoru” uważają „zatuszowanie” zaistniałego usiłowania samobójstwa, dość często

wyświadczać daną osobie „nieświadziła przysługę”, gdyż poprzez brak wy-
starczających działań opiekuńczych dopiero wtedy naprawdę daje się jej moż-
liwość powłóczenia działania samobójczego, tym razem z „lepszym” skut-
kiem. Z pewnością prawdą jest, że większość pacjentów po próbie popełnie-
nia samobójstwa, wdzięcznych za to, że zostali przy życiu, wykazuje za-
wyczaj nową energię do pokonywania swych dalszych zadań życiowych.
Równie prawdziwe jest to, że krewni tak silnie ulegają wrażeniu działania
samobójczego, że chwilowo będą ulegli wobec wszelkich życzeń samobójcy.
Pewien pacjent powiedział całkiem niedawno: „To szczególnie, jakiego zna-
czenia nabratem nagle w rodzinie przez moją próbę samobójczą. Dawniej nie
troszczyli się o mnie, puszczali wszystko mimo uszu, teraz przesadnie się
troszczą i starają”. Często jednak odmiana nie trwa długo ani u krewnych, ani
u pacjenta i już po zaskakująco krótkim czasie powstają nowe kryzysy, które
z kolei popychają ku występującej już wcześniej postawie samounicestwienia,
co jednoznacznie wynika ze wspomnianych już stosunkowo wysokich liczb
nawrotów. Z tego, co powiedzieliśmy wynika, że odpowiednia terapia i opie-
ka pod hasłem: „Każda próba samobójstwa, jakkolwiek by była niegroźna,
jest częścią zachowania suicydalnego wskazującego, że dana osoba skłania
się ku takowemu”, wydaje się konieczna i że musi zawierać następujące sta-
dia: usunięcie ewentualnych skutków intoksykacji, dokładne postawienie dia-
gnozy psychicznej, wynikająca z tej diagnozy skuteczna terapia, intensywna
późniejsza opieka.

b. Ludzie, którzy mówią o planowanym samobójstwie, a więc dokonują
zapowiedzi samobójstwa lub wypowiedzi na jego temat, trzeba wiedzieć, że
takie zapowiedzi są o wiele częstsze, niż się na ogół sądzi. W przypadku
60-70% wszystkich samobójstw zapowiedzi takie występują w formie czę-
ściowo bezpośredniej, częściowo pośredniej, ale wyraźnie rozpoznawalnej. W
każdym razie w przypadku przeważającej większości samobójstw nie można
twierdzić, że nastąpiły one bez zapowiedzi czy żadnej wzmianki, a więc cał-
kiem nieoczekiwane, jakby spadły nagle z jasnego nieba. Naturalnie niektó-
rzy ludzie mówią o samobójstwie, ale nie popielniają go zaraz z tego powodu.
Jednak ogólnie korelacja pomiędzy zapowiedzią samobójstwa a następnie
faktycznie popeinionym samobójstwem jest wyższa niż się zakłada. Świer-
dzenia te sprawiają, że absolutnie nie do utrzymania wydają się dwa szeroko
rozpowszechnione poglądy: „Kto jest zdecydowany na samobójstwo, ten się
nie zdradza i nikomu nie daje sposobności do pomocnej interwencji”, oraz:
„Kto mówi o samobójstwie, nigdy tego nie czyni”.

Głównym powodem tych, na pierwszy rzut oka tak zaskakująco częstych,

zapowiedzi samobójstwa jest pragnienie, by jednak dzięki pomocy z zewnątrz
zostać jeszcze uratowanym przed samobójstwem. Jeśli pomyślimy, że „nikt
nie jest stuprocentowo zdecydowany”, jak mawiają Amerykanie, ponieważ
zawsze przecież w jakiejś formie pozostaje skuteczne działanie popędu samo-
zachowawczego, ta częstotliwość zapowiedzi samobójstwa wydaje się już
całkiem zrozumiała. Niezrozumiałe pozostaje jednak to, że tak często prze-
brzmiewają one praktycznie nieusłyszone. Często wypowiedzi na temat samo-
bójstwa są utożsamiane z groźbieniem samobójstwem, któremu nie wolno się
dać „szantażować”; również często bywają one poczytywane za „nie mówiące
serio”. W tym kontekście trzeba podkreślić, że laik w żadnym razie nie ma
prawa wydawać sądu o „powadze” wypowiedzi na temat samobójstwa. Jeśli
już używa się w tym kontekście problematycznego słowa „serio”, to o tym,
czy wypowiedzi na temat samobójstwa należy rozumieć serio, nie może decy-
dować laik, musi on raczej we wszelkich okolicznościach brać je na serio.
Decyzja o „rzeczywiście” ismiejącym niebezpieczeństwie samobójstwa zaw-
sze winna spoczywać w rękach lekarza, chociaż i jemu dziś jeszcze bywa
trudno ją podjąć mimo posiadania w tym celu nowych pomocy (np. lista
ryzyka Pöldingera).

Ogólnie można powiedzieć, że nie traktowanie serio wypowiedzi na temat
samobójstwa jest symptomem poważnych zaburzeń stosunków międzyludz-
kich. Wszędzie tam, gdzie bliscy krewni okazują, że wypowiedzi na temat
samobójstwa ich nie dotyczą, okazuje się, że wobec wygłaszającego te zapo-
wiedzi nastąpiło tak daleko idące wyobcowanie, iż nie można już mówić o
prawdziwej więzi. W wyniku badań epidemiologicznych szczególnie zagro-
żone samobójstwem stale okazywały się następujące grupy (po części wska-
zywano na te problemy już w innym miejscu niniejszej książki; do pew-
nego stopnia wspólny mianownik również tutaj wydaje się polegać na ze-
wnętrznej i wewnętrznnej izolacji tych osób):

- c. Ludzie starzy, zwłaszcza gdy są osamotnieni.
- d. Uzależnieni.
- e. Prześladowani z przyczyn rasowych, religijnych, lub politycznych.
- f. Uciekinierzy.
- g. Kryminaliści.
- h. Przewlekłe, nieuleczalnie chorzy.
- i. Ludzie przeżywający kryzysy małżeńskie.
- j. Ludzie w trudnej sytuacji społecznej, zwłaszcza po nagłym zamamaniu się
finansów.
- k. Zbiegowie ze swego kraju.

1. Krewni samobójców (samobójstwo jako fenomen udzielający się może przechodzić z człowieka na człowieka).

m. Ludzie po wypadku samochoadowym (nawet jeśli powstała tylko szkoda rzeczowa): rzecz alarmująca, a zarzecen symptomatyczna dla naszych czasów, że ludzie, jak to coraz częściej można przeczytać w gazetach, mówią: „Jeśli moje auto przepadło, czy choćby tylko jest uszkodzone, to i ze mną koniec” i przypieczętują tę identyfikację samobójstwem. Jako przykład wystarczający za wiele innych zacytuujemy typowe doniesienie: „Po niegroźnym wypadku 34-letni kierowca postracił nerwy i popelnił w lesie samobójstwo. Świadkowie zaobserwowali, jak kierowca ciężarówki pewnej fabryki papieru, mimo że nikt nie ponosił szwanku, bezpośrednio po wypadku uciekł do lasu. Cztery miesiace później ktoś zbierający jagody odkrył szkielet nieboszczyka. Obok niego leżały puste pudełka po 60 tabletkach nasennych”.

W przyszłości mogą się ukształtować nowe grupy. Będziemy musieli zachować czujność, by w porę odkryć ich konstituowanie się. Oczywiście nie każdy należący do zagrożonych samobójstwem grup wymienionych w punktach c.–m. musi z tego powodu być nim zagrożony osobiście.

2. *Szerzenie wiedzy o instytucjach służących zapobieganiu samobójstwom.* Należą tu następujące instytucje i osoby:

a. *Suicide prevention Centres* (Centra Zapobiegania Samobójstwom), pozostające wyłącznie w służbie zapobiegania samobójstwom, gdzie psychiatrzy, psychoterapeuci, psychologowie, opiekunowie, duszpasterze i adwokaci współpracują w jednym zespole (np. „Lebenserhaltungsforsorge” Caritasu w Wiedniu, „Die Arche” w Monachium, centrum zapobiegania samobójstwom „I.H. Schuftzinstiut” w Berlinie; służba zapobiegania samobójstwom, którą zorganizowały kliniki psychiatryczne w Bazylei i Grazu).

b. Kliniki i szpitale psychiatryczne.

c. Lekarze wszelkich specjalności, a zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu i psychiatrzy.

d. Poradnie telefoniczne (telefon zaufania). Dzięki nieprzerwanemu 24-godzinnemu dyżurowi takich instytucji wielu ludzi ma okazję zwrócić się w decydującej minucie do kogoś i, jak wskazuje doświadczenie, często z niej korzysta; jako centrum „wychwytywania” ludzi zagrożonych samobójstwem mają więc one szczególne znaczenie. Dziś na całym świecie istnieje sieć takich służb telefonicznych, które połączyły się w międzynarodowym przeszeniu z siedzibą w Genewie (jego obecny przewodniczący jest teraz również wiceprzewodniczącym Międzynarodowego Zrzeszenia d/s Profiliaktyki Samobójstw).

e. Inne poradnie.

f. Policja i służby ratownicze.

g. *Crisis-Intervention-Clinics*. Ta instytucja, już dobrze znana w Ameryce, nie istnieje jeszcze w Europie, ale również tutaj konieczne należałoby ją zbudować (szczególnym zadowaniem napawa autora fakt, że podczas skądania niniejszej książki do druku może on w ramach pierwszego w świecie Państwowego Instytutu Zapobiegania Samobójstwom zaplanować pierwszą europejską *Crisis-Intervention-Clinic* w Wiedniu). Celem takiego małego oddziału jest pomaganie ludziom w przetrwaniu krótkotrwałego kryzysu (diagnostycznie rzecz biorąc chodzi tu zazwyczaj o reakcje neurotyczne) za pomocą środków medycznych, psychicznych i społecznych.

3. *Wkład w tworzenie klimatu antysuicydalnego.* Już na przykładzie ludzi starych widzieliśmy, że nastawienie jednostki i wspólnoty może się decydująco przyczynić do sprzyjania samobójstwom lub zapobiegania im. „Zasady opieki”, które są dziś stosowane wobec tego pokolenia na rozległych obszarach świata, budzą w każdym razie uzasadnione wątpliwości co do tego, czy ogół rzeczywiście życzy sobie życia starych ludzi. Ponadto podczas swych podróży po świecie w służbie zapobiegania samobójstwom autor mógł się przekonać, że wszędzie oczekuje się popelnienia samobójstwa w określonych okolicznościach. W niektórych częściach Afryki odnośna dewiza brzmi: „kobieta w nieślubnej ciąży powinna popelnić samobójstwo”. Czy narody o wysokiej cywilizacji mają prawo traktować takie „przepisy” jako „symptom niedorozwoju”? Czyż u nas ludzie nie marszczą wciąż jeszcze nosa dowiadując się, że kapitan odmówił zatonięcia wraz ze swym statkiem? Czyż nie rodzą się coraz nowe przesady prowokujące do samobójstwa, w określonych sytuacjach wywierające na ofiarę ogromny nacisk?

Być może najważniejszym zadaniem pozostaje jednak współdziałanie na rzecz lepszej integracji społecznej jednostki. Podkreśliłbym, że osoba zagrożona samobójstwem jest człowiekiem izolowanym wewnątrznie, a często także zewnętrznie. Dla udoskonalenia zapobiegania samobójstwom trzeba więc zwalczać nie tylko niewiedzę, lecz również ludzką obojętność. Zapobieganie samobójstwom oznacza więc rewaloryzację humanizmu, wartości każdej jednostki, gdyż w jego obliczu wszyscy są jednakowo cenni. Dopiero poczucie odpowiedzialności za drugiego sprawia, że „seria” ludzi żyjących bezmyślnie, bez powiązania obok siebie, staje się grupą, jak stuszenie podkreśla Simone de Beauvoir. Czyż zaszło się już tak daleko, że — jak w odniesieniu do Wiednia wykazali Farberow i Simon — o człowieku, który zginął śmiercią samobójczą, ludzie nie potrafią już powiedzieć niczego innego niż: „Teraz

mu dobrze”? Czy rzeczywiście mamy prawo ostro protestować, gdy na przykład Kreisler wykonuje swą pieśń: „Śmierć — to musi być wiedienka”?

Tu, i gdzie indziej, pozostaje jeszcze wiele do zrobienia w tej sprawie. Paul Valery słusznie powiedział, że dla samobójcy ktokolwiek inny oznacza tylko nieobecność. Wynika stąd nasze decydujące zadanie: musimy być obecni. Jakże mogłoby to odbywać się lepiej, aniżeli w duchu miłości bliźniego? Bo też właśnie miłość pozostanie po wsze czasy najważniejszym chrześcijańskim wkładem w zapobieganie samobójstwom.

Rozdział siódmy

Człowiek jako wróg samego siebie — na przykładzie „nerwicy egzaminacyjnej”

Po części chcieć, a po części nie chcieć nie jest niepojętym stanem rzeczy, lecz chorobą duszy... Istnieją wtedy dwie wole, a żadna nie jest cała, lecz jedna posiada to, czego brakuje drugiej. Niezwykle chciałem ani niezwykle nie chciałem. Dlatego pozostawałem w sporze ze sobą i byłem w sobie rozdarty. Także to rozdarcie działało się wbrew mej woli, ale nie dowodziło istnienia obcego ducha we mnie... Jedna i ta sama dusza jest tym, co potową woli chce jednego, a potową woli — drugiego.

(Św. Augustyn, *Wyznania*, Księga 8.)

Egzaminy (szczeólnie na gruncie akademickim) zawsze zawierają pewne ryzyko i dlatego sporadyczne niepowodzenie nie jest hańbą, tragedią, a już na pewno nie jest symptomem „nerwicy egzaminacyjnej”. Nawet jeśli wskutek urazu spowodowanego niepowodzeniem ogarnia kogoś wzmożony strach przed najbliższym egzaminem i być może właśnie dlatego znowu spotyka go katastrofa, nie można jeszcze mówić o nerwicy egzaminacyjnej (lecz raczej o stanie rzeczy pilnie wymagającym zaradzenia, gdyż może się tu wytworzyć „diabelski krąg”, który doprowadzi do ciągu klęsk i wynikających z nich zniechęceń).

„Nerwica egzaminacyjna” istnieje tylko tam, gdzie świadomej woli zdania egzaminu przeciwstawia się równie silna wola nieświadoma, która jest zdecydowana nie dopuścić do sukcesu. Uprawione jest tutaj porównanie z samochodem, którego kierowca jednocześnie naciska pedały gazu oraz hamulca: mimo wytworzenia niebywałej siły i hatasu (tzn. mimo usilnych starań i dobrej inteligencji) faktyczny rezultat takich wysiłków będzie, co logiczne, równy zeru, nie będzie jazdy wprzód ani do tyłu, utknie się w miejscu. Te „nerwice egzaminacyjne” pojawiają się głównie w trzech postaciach:

1. „Nerwica egzaminacyjna” może utrudniać już przygotowania do egzaminu. To, że w przypadku każdej nerwicy wskutek „wojny na dwa fronty” grozi zwiększona podatność na odwracanie uwagi, słaba koncentracja i „roztargnienie”, a tym samym pogorszenie wyników, podkreślano już kilkakrotnie. W przypadku „nerwicy egzaminacyjnej” zaburzenie w nauce odpowiada jednak ponadto celowi, do którego nieświadomie się dąży, by w żadnym razie nie zdać egzaminu: zostały tutaj zawczasu, już jakby „na przedpolu”, podjęte środki obronne przeciwko możliwości zdania — dlatego przypadki te są najtrudniejsze do prognozowania. Świadoma wola zobowiązuje do uczenia się, lecz zazwyczaj nie wynika z tego wiele ponad samo „siedzenie nad książką” — nieświadomy opór wkrótce zadba o to, by „myśli były zupełnie gdzie indziej”. Pewien pacjent, który dzięki analizie potrafił już przejrzeć swój dotychczas nieświadomy opór, na wiadomość, że jego egzamin został przesunięty o tydzień, zareagował myślał: „Na miłość boską, teraz mam przecież tydzień czasu więcej, teraz w końcu może jeszcze zdam” — dosadniej chyba nie można wyrazić tego, w jakim stopniu tacy neurotycy stają się wrogami samych siebie.

2. „Nerwica egzaminacyjna” może się wyrażać również tym, że ktoś zapisuje się na egzamin i wypisuje się, albo też tym, że w decydującym momencie nie ma odwagi przystąpić do zdawania mimo dobrego przygotowania. Kandydaci są przy tym często owładnięci absolutnym pesymizmem, nie będącym naszym innym, aniżeli racjonalizacją nieświadomego pragnienia by nie zdać. Nawet gdy poddadzą się wstępnemu egzaminowi u asystenta, a ich wiedza zostanie przez niego uznana za wystarczającą, nie porzucają swojej „postawy ociągania się”. Istnieją więc studenci, którzy np. nie mniej niż dwanaście razy (!) nie przystąpili do egzaminów. Autor pewnego razu zaobserwował, jak taki neurotyk egzaminacyjny był prowadzony przez oboje rodziców za rękę (!) do sali egzaminacyjnej. Krótko przed dotarciem do niej wyrwał się i uciekł. Inny, zamiast stawić się na egzamin, w stanie histerycznego zamroczenia poleciał do Berlina (!) i przez dwa dni uchodził za zaginionego, aż dał o sobie znać usprawiedliwiającym listem.

3. Trzecia możliwość polega na niesprawdzeniu się na samym egzaminie. Dochodzi przy tym do wystąpienia panicznego lęku (który różni się w istotny sposób od normalnego strachu przed egzaminem, istniejącego chyba u każdego człowieka — ten istnieje zazwyczaj przed egzaminem, ale wraz z przystąpieniem do niego raptownie zanika), do uczucia zahamowania, „nie-możliwości mówienia”, „blokady”, „niemożności kojarzenia”, „niewiedzy co dalej”, często połączonych z wegetatywnymi symptomami strachu, a więc z

reakcją psychosomatyczną. A oto przykład jak daleko może się posunąć zdecydowanie, by przeskodzić sukcesowi na egzaminie: pewien student długo praktykował w swej dziedzinie, profesor był więc poinformowany o wysokim stanie jego wiedzy, wiedział poza tym, że cierpi on na lęk egzaminacyjny (nie miał jednakże pojęcia, że ten lęk wynika z „nerwicy egzaminacyjnej”) i sądził, że zdoła go uspokoić na początku następującymi słowami: „Znam pana, jest pan przecież doskonale przygotowany, niech się pan uspokoi, zupełnie nie może się panu przytrafić”. W odpowiedzi na to kandydat oświadczył, że rezygnuje i oddał się prawie uciekając ... Jego nieświadoma sfera już nie widziała żadnej szansy storpedowania powodzenia na egzaminie. Potwierdza się tutaj wypowiedź innego pacjenta: „Można każdego profesora doprowadzić do tego, że będzie musiał wyrzucić człowieka”. Często pragnienie niezdania można prześledzić aż po sferę snów: jeden z naszych pacjentów śnił o egzaminie z farmakologii (egzaminatorem tego przedmiotu był wtedy profesor Brütcke): dwa razy z rzędu musiał przejść przez most (niem.: *Brücke* — tłum.), który zahamywał się pod nim właśnie wtedy, gdy docierał do jego połowy, przy czym jednak „spadanie” przeżywał ze zdecydowaniem przyjemnym odczuciem. W zgodzie z tym pozostaje fakt, że opisywane osoby później, co paradoksalnie, prawie zawsze odczuwają pewną ulgę (zamiast zwykłego przygnębienia) — postawa, którą można by najtrafniej określić słowami: „Najważniejsze, że teraz wszystko minęło”. Brak również w takich przypadkach częstej skądinąd próby przypisywania winy egzaminatorowi; rodzicom także osoby opowiadają o klęsce często z osobliwym odcieniem zadowolenia — chyba wskazówka, że musi istnieć wobec nich pewien nieuświadomiony komponent agresji.

Stwierdzenie to prowadzi do konfliktów stojących za „nerwicą egzaminacyjną”. Są tu zasadniczo dwie możliwości — może chodzić o:

— reakcję neurotyczną na aktualną sytuację obciążającą lub

— „prawdziwe nerwice”, które wywodzą się z traumy zacji powstałej już w dzieciństwie.

1. *Reakcje neurotyczne.* Najbardziej charakterystyczne w tym przypadku jest to, że pomiędzy kandydatem a egzaminem pojawia się jakby ostra, obciążająca problematyka uniemożliwiająca zdanie egzaminu. Normalnie egzamin jest starciem pomiędzy egzaminatorem a zdającym na temat określonej partii materiału. Przy reakcjach neurotycznych włączają się w tę sferę czynniki dodatkowe, na które normalnie nie ma tam miejsca. Kilka przykładów: jeśli przedmiot jest niepożądany, a nie ma się odwagi by świadomie przyznać to przed sobą (i innymi) i wyciągnąć stąd konsekwencje, to wyparta do nieświa-

domości dezaprobatą będzie się realizować na drodze nieudanych egzaminów (takie przykłady są częste). W pewnym przypadku wieloletnia narzeczona nastawała na zawarcie małżeństwa, wreszcie student obiecał, że ożeni się z nią po ukończeniu studiów; od tej pory on, który dotychczas wszystkie egzaminy zdawał z wyróżnieniem, zaczął stale oblewać (zaburzenie to zostało usunąć dopiero przez zlikwidowanie powiązania między ukończeniem studiów a obietnicą małżeństwa). Jeden z naszych pacjentów (student politechniki) w dniu egzaminu z mechaniki przypadkiem także obchodził rocznicę swego ślubu (sytuacja żonatego studenta jest przecież sama w sobie trudna, zwłaszcza gdy już są dzieci). Dzień wcześniej teściowa powiedziała mu: „Obyś jutro na egzaminie miał tyle szczęścia co swego czasu przy wyborze małżonki”. Pierwszym skojarzeniem studenta było: „W takim razie właściwie musiałbym oblać” i tak też się stało, za co jednoznacznie odpowiedzialne było zachowanie neurotyczne — wbrew swej wiedzy wybrał błędną odpowiedź. Przy takich egzaminacyjnych reakcjach neurotycznych trzeba uwzględnić również materiał omawiany na egzaminie. I tak widzieliśmy studenta, który świetnie zdawał wszelkie egzaminy, ale z jednego przedmiotu nie zdał co najmniej trzy razy. Pewien jego bliski krewny był uznanym specjalistą w tej dziedzinie, a student od początku siedział na egzamin z największym skrepowaniem, oświadczył nyszą, że nie wolno mu przynieść wstydu „swemu nazwisku”. Pewna jeszcze niezamężna koleżanka w krótkim czasie oblała dwukrotnie egzamin z ginekologii, za każdym razem przy prowadzeniu do porodu, na tak zwanym fantomie. Jej niepewność w tym względzie uderzyła nawet laboranta, który zapytał ją: „Czy pani może boi się dzieci?” Późniejsze badania wykazało, że na krótko przed egzaminami na skutek dłuższego braku menstruacji bardzo się przestraszyła, że jest w ciąży.

Przy okazji: do obciążających problemów zdolnych wedrzeć się jako utrudnienie pomiędzy egzamin a zdającego, można zaliczyć oczywiście także elementy seksualne. Jeden z naszych pacjentów, który nie miał jeszcze żadnych doświadczeń w tej dziedzinie i dlatego czuł się w gorszej sytuacji w porównaniu ze wszystkimi innymi, ku własnemu zaskoczeniu zauważył, że podczas nauki stale coś odwraca jego uwagę i łapał się na zabazgrzywanie kartki słowami tęsknoty za kobietą, przy czym zwroty te często się powtarzały. Na pierwszą rozmowę psychoterapeutyczną przyniósł niezliczone ilości takich kartek jako dowód swej sytuacji bez wyjścia. Poczucie niższości i niepowodzenia seksualne we wszystkich tych przypadkach pozostają w ścisłej współzależności, warunkują i wzmacniają się wzajemnie, i nie wolno się dziwić, gdy człowiek zniechęcony seksualnie ma wreszcie poczucie, że jest

niewypałem we wszystkich dziedzinach, a więc także na studiach podczas egzaminów. Inny z naszych pacjentów odkrył podczas terapii, że można przeprowadzić bezpośrednio paralele pomiędzy jego zachowaniem na egzaminach a jego postawą seksualną: „W obydwu dziedzinach podejmuję niesamowite wysiłki by dotrzeć do celu, ale gdy już do tego dochodzi, albo mogłoby dojść, cofam się w ostatnim momencie, nie odważam się”. Trzeba przeżyć poczucie osamotnienia i rozpaczy (które często może doprowadzić aż do zawężenia zdecydowanie presuicydalnego) wynikające z takich zaburzeń, by wreszcie pojąć, do jakich katastrofalnych skutków może doprowadzić wychowanie represyjne, ustanawiające fałszywe miary, wrogie seksualności; oczywiście właśnie takie zaburzenia często bywają również wynikiem neurotycznej dziecięcej (utrwalenie edypalnej) i tym samym prowadzą do kolejnego punktu.

2. *Nerwice.* Zawsze możemy tutaj stwierdzić neurotyczną wywodzącą się z dzieciństwa; odpowiednio do tego, już na długo przed symptomatyką egzaminacyjno-neurotyczną pojawiają się inne manifestacje neurotyczne. Chodzi przy tym, z punktu widzenia psychologii głębi, o typowe „nerwice ojcowskie”. Dochodzi do starć z silnie dominującą, patriarchalną postacią ojca, która przejawia zachowanie autorytarno-dyktatorskie, samowładcze, a obok własnej nie toleruje żadnej samodzielnej woli. Wobec takich ojców bywa rozwijana silna ambiwalencja, jednoczesny podziw i agresja, która powoduje wahanie pomiędzy pragnieniem bezpieczeństwa a tendencjami do buntu, można by też powiedzieć: rewolucyjne parcie ku samodzielności. Klasyczna problematyka okresu dojrzewania z jego tęsknotą za niezależnością i samodzielnością wydaje się być w tych przypadkach spotęgowana, ale także prolongedowana, do czego powodu dostarczają właśnie studia wyższe, ponieważ przecież niezwykle wydłużają one psychiczną i materialną zależność od rodziców (przeto nie spotyka się praktycznie symptomatyki „nerwicy egzaminacyjnej” u uczniów szkół podstawowych, zaczyna się ona u gimnazjalistów, a osiąga kulminację u uczniów szkół wyższych). Egzamin przybiera wtedy charakter agresywny, co polega na pragnieniu, by pokonać ojca (egzaminator staje się przy tym postacią ojca); naturalnie to agresywne pragnienie pokonania mobilizuje poczucie winy, aż wreszcie na egzaminie dochodzi do niepowodzenia będącego wyrazem wynikającej z poczucia winy nieświadomej tendencji do samoukarania (wiele znowu neurotyk piecze dwie pieczenie na jednym ogniu: karze on ojca i samego siebie). Złowrożliwe konflikty wtronne powstają teraz z nieudanych egzaminów: studia przeciagają się, rośnie niecierpliwość rodziców, zwłaszcza ojca, wzmagają się naciski — a właśnie wraz z tym wzrostem nacisku rośnie także opór, tzn. wzmagają się symptoma-

tyka „nerwicy egzaminacyjnej”. Jeden z naszych pacjentów, po uzyskaniu wglądu w swój *arrangement* dzięki analizie, wyraził to tak: „Przystępuję do egzaminu dla mego ojca, oblewam wbrew niemu i dla siebie” (to ostatnie jednak niezupełnie jest prawdą, ponieważ jednocześnie ma przecież miejsce autodestrukcja). W ten sposób może nastąpić wieloletnia stagnacja. Być może najbardziej dramatyczny ze wszystkich naszych przypadków wiązał się z następującą problematyką: pacjent miał starszego brata, którego ojciec przeznaczył do objęcia jego kancelarii — czuł się wobec niego w gorszej sytuacji nie tylko pod tym, lecz również pod innymi względami. Gdy brat zupełnie nieoczekiwanie zginął w wypadku samochodowym, ojciec kazał naszemu pacjentowi przysiąc (jeszcze przy katafalku), że pójdzie w ślady brata i przejmie później kancelarię. W ten sposób powstał u niego konflikt nie do rozwiązania: z jednej strony czuł się zobowiązany do wypełnienia swej obietnicy (znowu widoczna staje się tutaj emocjonalna problematyka struktury nadjażni), z drugiej strony rosy w nim teraz istniejące już od dzieciństwa agresje wobec zbył autorytarnego i egocentrycznego ojca: miał poczucie, że jest używany przez ojca tylko jako „zapchajdziura”, sądził, że ojciec żałuje, iż zmarł „lepszy” syn, a mniej wartościowy pozostał przy życiu; zgodnie z tym śniło mu się pewnego razu, że ojciec gonił go z nożem i chciał z jego krwi upiec ciasto! Wyrazem tego konfliktu było to, że przez wiele lat posusznie studiował pożądaną dyscyplinę, ale nigdy nie zdał żadnego egzaminu — bezsenność przeszkadzała mu, jak mówił i uważał, w dostatecznym przygotowaniu się do egzaminu. My przejrzelśmy jednak jego *arrangement*: w ten sposób dostrzymywał swojej obietnicy, jednakże nie musząc, nie mogąc jej kiedykolwiek spełnić.

Reakcje egzaminacyjno-neurotyczne oraz „nerwice egzaminacyjne” mają dobre rokowanie, jeśli zostaną w porę odkryte i leczone. Również postawa większości profesorów wobec tej problematyki jest zgoła pełna zrozumienia. Początkowe obawy niektórych nauczycieli szkół wyższych, że pojęcie „nerwicy egzaminacyjnej” jest „koniec trojańskim”, za pomocą którego studenci niezdolni i leniwi wreszcie mieliby zostać doprowadzeni do dyplomu, okazały się niezasadnione. Tym bardziej tragiczne i niezrozumiałe jest to, że jeszcze dziś wielu studentów prosi o radę dopiero wtedy, gdy jest za późno, kontynuacja studiów stała się ustawowo niemożliwa, upłynęło zbyt wiele czasu, krótko mówiąc deformacja życia jest nieodwracalna, przynajmniej w tej dziedzinie.

Głosy skrajnie domagają się jednak rozwiązania również tego problemu w inny sposób. Głoszą, że egzamin jako taki jest niemoralny, gdyż władza jest

na nim niesprawiedliwie podzielona („cała władza w ręku egzaminatorów”), powołują się choćby na Heinricha von Kleista, który powiedział: „To postępowanie na egzaminie jest nieprzyzwoite, człowiek znacznie mniej wstydziłby się zażądać od kogoś, by wyrzucił przed nim swoją portmonetkę niż swoją duszę”, i żądają radykalnego zniesienia wszystkich egzaminów. Tutaj jednak nie dostrzegają oni czegoś archetypowego w sytuacji pomiędzy starymi a młodymi: jesteśmy przecież biegonkami sztafetowymi, przekazujemy płomień naszej (pomnożonej) wiedzy z pokolenia na pokolenie; przy tym na starszym pokoleniu ciąży zobowiązanie, by przekonać się, że młodzi odpowiednio przygotowali się do tego przejścia. Mimo całej sympatii po stronie młodzieży, nie będzie więc można obejść się bez egzaminów. Oczywiście jednak trzeba wnieść swój wkład w to, by wynikająca stąd „władza” nie była nadużywana.

Psychotherapia dzisiejsza

*Śmierć i życie są we władaniu języka.
(Aforizm Salomona, Rozdział 18., wiersz 21.)*

Już Platon napisał, że „duszę można uleczyć za pomocą pewnych rozmów” (powinni więc wziąć to sobie do serca w szczególny sposób wszyscy ci, którzy są rozczarowani tym, że w psychotherapii „tylko się mówi”).

Jeśli więc rozmowa była możliwością terapeutyczną znaną już dawno, to udziałem Freuda i jego uczniów stało się stworzenie z tego naukowo zdefiniowanego i empirycznie wypróbowanego systemu — właśnie psychotherapii jako nowej dziedziny terapii medycznej. Jeśli spróbuje się wprowadzić jakąś zasadę porządkującą do mnogości współczesnych praktyk psychotherapeutycznych, to można wyróżnić (Ferdinand Birnbaum) cztery podstawowe metody psychotherapeutyczne: metody substytucyjne, metody katarsyczne, metody analityczne i metody anagogeniczne.

1. *Metody substytucyjne.* Ich cechy istotnej należy upatrywać w tym, że terapeuta aktywnie przejmując, przynajmniej na pewien czas, sterowanie pacjentem. Warunkiem skutecznego stosowania tej metody jest to, by pacjent miał do prowadzącego terapię nieograniczone zaufanie; można by też powiedzieć, że prowadzący terapię musi stanowić dla pacjenta pewien autorytet, któremu ten z uległością się poddaje. Chociaż Stransky był zdania, że wszelka psychotherapia opiera się na tak zwanej relacji autorytetu i subordynacji, to

trzeba powiedzieć, że na tej podstawie bazuje wcale nie cała psychotherapia, ale jedynie metody substytucyjne. Terapeuta przekonuje pacjenta, przenosi nań swą siłę, dodaje mu ducha, doradza mu i prowadzi go: dlatego ta forma terapii bywa słusznie określana również jako sugestywna. Substytucja ta może odbywać się w różnorodnej formie. Jej najwymowniejszym przykładem jest chyba stosowanie przez psychotherapeutę hipnozy, której m.in. Kauders i Schilder poświęcili odrębny podręcznik. Szczególną formę hipnozy, mianowicie pewien rodzaj autohipnozy, stanowi „trening autogenny” J. H. Schultza wspomniany już w rozdziale 5. Wydaje się on przydatny do osiągnięcia wyższego stopnia samokontroli psychicznej, a poprzez dowolne wpływanie na wegetatywny system nerwowy, również fizycznej (na bazie autosugestii) — w rezultacie można oczekiwać wyrównania i odprężenia w obu sferach. Tym samym jednak stają się już widoczne granice tej metody — której, jak zawsze podkreślał sam jej twórca, wolno się uczyć jedynie pod kontrolą lekarską. Z reguły nie można dotrzeć za jej pomocą do nieświadomości, zgodnie z czym będzie się ona nadawała szczególnie i przede wszystkim dla ludzi psychicznie zdrowych, wystawionych na silne obciążenia, by mogli lepiej uporać się z nimi i uniknąć reakcji neurotycznych, względnie jako środek uzupełniający inne formy psychotherapii. Wspomnianą już „terapię zachowań” trzeba będzie również zaliczyć do tych środków substytucyjnych, nawet jeśli jej przedstawiciele często starają się powiązać modyfikację zachowań z poszukiwaniem przyczyn zaburzenia „zorientowanym analitycznie”.

2. *Metody katarsyczne.* Najważniejszą zasadą tej metody psychotherapeutycznej stanowi wypowiedź. Wszyscy wiemy, jak cenne jest, gdy „możemy wyrzucić coś z duszy”. Potem wprawdzie praktycznie prawie nic się nie zmienia, ale czujemy się naraz o wiele lżejsi, zwłaszcza wtedy, gdy znaleźliśmy słuchacza pełnego zrozumienia, otwartego. Jedną z tragedii naszych czasów jest to, że ludzie już nie są gotowi słuchać. Większość jest zajęta wyłącznie własnymi problemami albo, jak mówi to okropne powiedzenie, „nie ma czasu”. I tak rzeczy nie wypowiedziane, nie przetworzone gromadzą się w ludzkiej duszy, powodując w ten sposób przygnębienie, ba, niekiedy nawet ją przytłaczając. Metody katarsyczne usiłują przez gruntowne wypowiedzenie się osiągnąć pewną ulgę, być może nawet uwolnienie. Wypowiedzi te nie są przy tym w istotnej mierze kierowane przez terapeuta, tzn. pacjent mówi o tym, co leży mu na sercu, o czym plinie potrzebuje mówić. Rozumie się samo przez się, że jedynie opowiadając będzie można zaprezentować na ogół tylko rzeczy świadome, a prawie żadnych nieświadomych: i na tym polega ograniczość również tej metody.

3. *Metody analityczne*. Chodzi tu o specyficzną technikę służącą uświadomieniu rzeczy dotąd nieświadomych. W tym celu stosuje się odrębną technikę, która w swych istotnych zarysach wywodzi się od Freuda. Technika ta jest tym bardziej konieczna, że w przypadku materiału wypartego, jak już wielokrotnie widzieliśmy, chodzi przecież o rzeczy skrajnie nieprzyjemne i bolesne: musiec oglądać samego siebie, jakim jest się „rzeczywiście”, to w większości przypadków widok dręczący, którego, rzecz zrozumiała, chciałoby się uniknąć. Stosownie do tego, przeciwko ponownemu odkrywaniu rzeczy wypartych neurotyk rozwinię potężny opór, który może nosić wiele масек. Jedni będą twierdzić, że nie mają nerwicy (a określone formy nerwicy będą im, jak widzieliśmy, ułatwiać ten „akt wypierania”), inni sądzą, że mogą wyleczyć się sami, a nawet najbardziej zaawansowani, którzy zyczą sobie terapii i przyjmują ją, pozostaną wobec niej ambivalentni: z jednej strony pragną uwolnienia od ciężaru cierpień, co stymuluje terapię, z drugiej strony boją się ponownego uświadomienia, co stanowi element hamujący terapię. W tej sytuacji tym bardziej istotne jest „przechytrzenie” tego oporu, czemu w dużej mierze służy technika Freuda. Cechuje się ona:

a) *swobodą wypowiedzi*; pacjenta prosi się o wypowiedzianie wszystkiego, co mu przychodzi na myśl — obojętnie, czy ocenia to jako ważne czy nie-ważne, mądre czy głupie, rozumne czy nierozumne itd., a więc o pokonanie tej cenzury, która normalnie działa i tylko z trudem można ją wyłączyć.

b) *swobodnym kojarzeniem*; do określonych treści przeżyć należy dołączyć łatwych skojarzeń, które mimowolnie prowadzą dalej i wydają się przyczyniać do ujawnienia wypartych przeżyć traumatyzujących z przeszłości, zwłaszcza z dzieciństwa.

c) *interpretacją snów*; jednym z najważniejszych odkryć Freuda było to, że wskutek wyłączenia świadomości podczas snu osłabiony jest również opór przeciwko wyłanianiu się rzeczy wypartych i dlatego we śnie nieświadomość może się łatwiej manifestować. Nieświadomość posługuje się przy tym we śnie językiem symboli, który zgodnie z tym musi być interpretowany w analizie; może to być cennym źródłem informacji. Freud słusznie określił interpretację snów jako *via regia*, „drogę królewską” do nieświadomości. Tego, że opór wkracza do akcji natychmiast po przebudzeniu, efektownie dowodzi szybkie „zapominanie” lub „zmiana” treści snu — doświadcza się tego (z przykrością) w każdej terapii analitycznej.

d) *pomykami*; w swej książce *Psychopatologia życia codziennego* Freud wykazał, że określone formy przejeżdżania się, „zapominania o czymś” itp., odpowiadają nieświadomemu zamiarowi, a tym samym zdradzają nieświadome

me tendencje: zgodnie z tym są interpretowane analitycznie. Istnienie takich pomyłek stało się dziś powszechnie wiadome; w języku angielskim są one nazywane na cześć swego odkrywcy *Freudian slips*. Niezliczone efektowne przykłady stale uzupełniają zbiór sporządzony swego czasu przez Freuda i potwierdzają jego tezę. Tuaj podamy tylko jeden z wielu możliwych: pewna bardzo wymancygowana pani, podkreślająca swą samodzielność, dokonawszy znacznego osiągnięcia intelektualnego, chce powiedzieć do swego przyjaciela: „Czyż nie jestem ci równą?”, przejeżdżając się jednak i zamiast „równą” mówi „ślubną”; zdradza w ten sposób, że nieświadomie bardzo życzy sobie zawarcia małżeństwa.

e) *analizą sytuacji przeniesienia*; jak już wspomnieliśmy, w spotkaniach z terapeutą pacjent — wskutek swej neurotycznej tendencji do powtarzania — będzie przenosił nań uczucia, które w dzieciństwie żywił wobec osób o decydującym znaczeniu (zjawisko to zostało przeto słusznie określone jako „nerwica przeniesienia”). Jeśli teraz uda się zanalizować charakterystyczne cechy stosunku, jaki pacjent ma do terapeuty, to zaistnieje możliwość analizy jego decydujących i chorobotwórczych stosunków z dzieciństwa. Ta ostatnia metoda wydaje się tym ważniejsza dla praktyki, że przecież skrajnie trudne pozostaje rzeczywiste przypomnienie sobie decydujących przeżyć psychotraumatycznych pierwszych lat życia.

Jak powszechnie wiadomo, dwaj z najznamienitszych uczniów Freuda nie mogli na dłuższą metę identyfikować się ze wszystkimi jego tezami i dlatego utworzyli własne szkoły (patrz dalej). Dlatego dziś już nie można utożsamiać psychoterapii analitycznej z psychoanalizą stworzoną przez Freuda, należy raczej zaliczyć do niej jeszcze psychologię indywidualną Adlera i psychologię kompleksową C. G. Junga. Zanim zajmiemy się tym bliżej, raz jeszcze trzeba wyjaśnić nasze nastawienie do Freuda, określić swe stanowisko wobec jego pionierskiej pracy: znaczna część jego genialnych dokonań jest po dzień dzisiejszy niezbędny fundamentem myślenia i działania w dziedzinie psychologii głębi — i pozostanie nim chyba po wsze czasy. Bez Freuda byłoby z nowoczesnej psychologii głębi równie niewiele, co z nowoczesnej psychiatrii. Freud odkrył nieświadomość, wyjaśnił powstawanie symptomów neurotycznych, wskazał drogi ich leczenia, które okazują się skuteczne. W tych niewielu słowach zawiera się gigantyczne dokonanie, które wpłynęło rewolucjonizująco na nasz świat i którego pozytywnych skutków jeszcze nie można przewidywać. Wobec tych faktów, dla prób deprecjonowania dzieła Freuda, podejmowanych stale także jeszcze dzisiaj, mogą istnieć tylko dwa motywy: niedostateczne samopoznanie, albo zbyt wielka ambicja własna. Przez pod-

kreślenie niebezpieczeństw procesu wypierania Freud stał się kamieniem probierczym ludzkiej szczerości. Niestety ciągle jeszcze istnieją psychologowie głębi bardzo dalecy od osiągnięcia samopoznania, a zbyt chętnie ulegający dążeniu do władzy i uznania: im silniejsze pragnienie przedarcia się na pierwszy plan, tym oczywiście silniejsze dążenie do umniejszania znaczenia Freuda: jest to jakby dochodzenie do własnej wielkości jego kosztem. Do odwołania (z pewnością jeszcze długo) będzie zatem aktualne zadanie: „Powiedz mi, co sądzisz o Freudzie, a powiem ci kim jesteś”. (Omówienie zarzutów, które były i są wytarczane przeciwko Freudowi z religijnego punktu widzenia, pozostawimy do rozdziału następnego.)

Jeśli więc wydaje się konieczne trzymanie się w pewnym sensie wyników poznawczych Freuda, to z drugiej strony, spoglądając dziś wstecz, nie może być wątpliwości co do tego, że pewna modyfikacja i dalsze rozwijanie myśli freudowskiej były konieczne. Przyznaję to pośrednio także sama szkoła psychoanalityczna założona przez Freuda, gdy rozróżnia „ortodoksyjnych freudystów” od „neoanalityków”. Pozostanie po wsze czasy historyczną zasługą Alfreda Adlera doszczerzenie konieczności takiego uzupełnienia, a w pewnym sensie także modyfikacji freudowskiej nauki o nerwicach. Dlatego można rok 1911, w którym Adler zadeklarował swe odejście od Freuda, uważać za godzi-
ne narodzin dalszego rozwoju psychologii głębi.

W dalszym ciągu podejmimy próbę wykazania tego rozwoju psychologii głębi aż po ów stan, który kształtuje jej dzisiejsze oblicze. Można ująć go w trzech poniższych punktach (czwarty — powstanie „psychoterapii uniwersalistycznej” — omówimy dopiero w rozdziale następnym).

1. *Nowy sposób widzenia osobowości człowieka*. Poprzez rozróżnienie trzech instancji: *super-ego*, *ego* i *id*, Freud z pewnością zaprojektował genialny model ludzkiej osobowości. Słusznie stałe podkreślał, że *ego* przypada zadanie sprowadzania do wspólnego mianownika przeciwstawnych sobie pragnień *super-ego* (sumienia) i *id* (stery popędowej): trafił ukuł klasyczne zdanie o sensie zgola moralnym: „Gdzie było *id*, ma powstać *ego*” — mimo to jednak nie można się oprzeć wrażeniu, że to *ego* w koncepcji Freuda bywa wielokrotnie spychane do roli „głupiego Jasia”, traci swą jednolitość, rozpada się na części składowe. Teraz nie może, jak już podkreślano, być wątpliwości co do tego, że trzeci nieświadome wymykają się wiedzy, a tym samym woli. Z drugiej jednak strony dla *ego* również wobec nieświadomości pozostaje otwarte pewne pole manewru: na przykład w gotowości uznania chorobliwego charakteru własnych sposobów zachowania, w zgodzie na podjęcie psychoterapii, która jako jedyna może przynieść wyleczenie. Zasluga Adlera było

wprowadzenie do psychologii głębi koncepcji zorientowanej na cel, w miejsce dotychczasowego myślenia przyczynowego. Zachowanie człowieka było odgad uwarunkowane nie tylko motywami tkwiącymi w jego przeszłości, lecz także celami stojącymi przed nim („kierunek” był w tym kontekście jednym z najlubiejszych słów Adlera). Sposoby zachowania człowieka były rozumiane na podstawie celów, które człowiek sobie stawiał. Naturalnie istniały przy tym zarówno cele świadome, jak i nieświadome, a dla tych ostatnich Adler ukuł pojęcie *arrangement* (patrz już w rozdziale 3., przy historii konwersyjnej, pod: „korzyść z choroby”). Popchnilibyśmy niebezpieczną pomysłkę sądząc, że w odniesieniu do różnicy między przyczynowym a celowym sposobem widzenia zachowania chodziło o czysto teoretyczny spór akademicki. Pomimo różnorakich powiązań pomiędzy przyczynowością a celowością, przez zaakcentowanie tej ostatniej zostaje przyznane *ego* większe znaczenie, jednolitość („linia przewodnia”, by tak rzec „promień przewodni”, jako wspólny mianownik wszystkich *arrangements*), wolność, a także odpowiedzialność. Jego odpowiedzialność dotyczy przy tym nie tylko rozpoznania i ujawnienia, lecz również usuwania neurotycznych sposobów zachowań. Ten wywodzący się od Adlera nowy sposób widzenia osobowości ludzkiej, który można określić jako początek psychologii *ego*, jest najwyraźniejszy, gdy wskazuje się na ów decydujący moment, w którym w ramach psychoterapii dla pacjenta świadome stają się dotychczas nieświadome tendencje uczuciowe. Przez samo to uświadomienie nerwica nie jest jeszcze bowiem w żadnym razie uleczona, można dzięki niemu co najwyżej usunąć poszczególne dramatyczne symptomy (np. histeryczną ślepotę, paraliż, czy amnezję); prawdziwe wyleczenie wydaje się jednak zależne od nowego zorientowania osobowości, które w istotnej mierze zostaje powierzone *ego* (patrz również dalej).

W tym kontekście można zacytować słowa poety: „Analitycy mogą podać motywy, dla których ktoś zmierza ku czynowi, ale samego czynu, który przezwycięża, zachowuje, uwewnętrznia przemiłujące motywy, czynu, który nadaje sens temu, co nas spytka, analitycy w ten sposób nie wyjaśnili, musieliby tu jednak na nowo wprowadzić pojęcie podmiotu” (J. P. Sartre). Właśnie to wprowadzenie podmiotu było dziełem Adlera, a cała współczesna psychologia głębi podąża dziś w teorii i praktyce za takimi aspektami — w dużej mierze dotyczy to także szkoły psychoanalitycznej, jak tego dowodzą dzieła Amy Freud, Hartmanna, Fromma, Horney, a w ostatnich czasach zwłaszcza cytowanego już Eriksona (nauka o „tożsamości”).

2. *Ujmowanie jednostki jako istoty społecznej*. Podczas gdy Freud interesował się przede wszystkim losami jednostki, Adler postzegał człowieka już

w polu sił pomiędzy jego pragnieniami a wymogami, które stawia przed nim społeczność. Miało to ważne skutki dla praktyki psychoanalitycznej: na przykład dziś wielokrotnie (zwłaszcza w przypadku dzieci), jak już wspomniano, przeprowadza się terapie, do których w jakiejś formie włączani są również członkowie rodziny pacjenta. Wpłynęło to też na zainicjowanie i dalszy rozwój terapii grupowej (która w żadnym razie nie stanowi rozwiązania awaryjnego w czasach jaskrawej dysproporcji pomiędzy liczbą neurotyków wymagających terapii a liczbą będących do dyspozycji psychoanalityków). Jakkolwiek w pierwszym momencie może to brzmieć paradoksalnie, skutki teoretyczne tego adlerowskiego sposobu widzenia są być może jeszcze bardziej znaczące. Bardzo prędko bowiem Adler postawił sobie pytanie o to, o jakiej społeczności jest tu właściwie mowa i w odpowiedzi na nie rozróżnił realną społeczność występującą w określonym kręgu kulturowym od „społeczności idealnej”, którą określił jako wspólnotę *sub specie aeternitatis*. W ten sposób wskazał drogę ku nowemu rozumieniu pojęcia grzechu (patrz rozdział 4.).

Wraz z nowym sposobem widzenia pojęcia społeczności (dla którego dalszego rozwoju szczególne zasługi położył nauczyciel psychologii indywidualnej autora, Oscar Spiel) poddany pod dyskusję został zarazem problem wartościowania. Po raz pierwszy wartości, które obowiązywały w jakiejś społeczności, nie były tym samym z punktu widzenia psychologii głębi autometrycznie uznawane za właściwą maksymę ludzkiego zachowania, lecz raczej poddawano je sprawdzeniu. Od tej chwili traktowano postulat „psychoterapii wolnej od wartości” jako fikcyjną iluzję. Praktyka psychoterapii dowiodła, że już wraz z pierwszą sesją w sposób nieunikniony poruszony zostaje problem wartościowania i że nikt przed nim nie umknie; dotyczy to zarówno pacjenta, jak i terapeuty (patrz także rozdział 9.).

3. *Nowe kształtowanie stosunku lekarz – pacjent w psychoterapii.* Adler całkowicie zgadzał się z Freudem co do tego, że każda nerwica powstaje wskutek nieudanych kontaktów dziecka z rodzicami w najwcześniejszym dzieciństwie. Wyprowadził stąd wniosek, że można ją wyleczyć tylko dzięki innym, lepiej ukształtowanym kontaktom, tym razem z terapeutą. To „lepiej” wydawało mu się możliwe tylko przy zachowaniu i zaakcentowaniu naturalności tego spotkania. Forma, jaką Freud nadał stosunkowi lekarz – pacjent w terapii psychoanalitycznej (pacjent leżący na sławnej kozetce, lekarz siedzący za nim, zobowiązany do największej powściągliwości werbalnej), dla Adlera pozostawała w gruncie rzeczy nienaturalna, a tym samym mało sprzyjająca leczeniu pacjenta. Zgodnie z tym starał się on o nową formę stosunku lekarz –

– pacjent. Terapię nie było już wolno stanowić „szarej ściany”, terapia nie była dlań już tylko sprawą wyuczonyj techniki; jakkolwiek ważne pozostało sprawne władanie tą techniką, ważniejsza stała się osobowość terapeuty. Od tamtej pory słuszność tego poglądu po tysiącokrotnie się potwierdziła; w żadnym razie nie jest obojętne, kim jest terapeuta, jaki on jest — od tego również zależy prognoza wszelkiego leczenia nerwicy. Oczywiście byłoby prościej, gdyby przez samo stosowanie techniki można było się stać uzdrawiającym psychoanalitykiem: z pewnością bowiem łatwiej jest wyuczyć się techniki, aniżeli zrealizować w sobie rozwój ku osobowości, która, jak powiada Goethe, „jest najwyższym szczęściem dzieci Ziemi”. Niestety lub może na szczęście, bez takiej osobowości nie można się obejść, jeśli chce się uprawiać psychoterapię odpowiednio i skutecznie. Od psychoterapii trzeba więc dziś wymagać władania techniką analityczną, bycia wolnym od struktur neurotycznych (jeśli sam terapeuta jest „utrwalony” neurotycznie, nie może on pomóc), ale jeszcze trzeźwej, decydującej rzeczy (której w przeciwnieństwie do obu pierwszych nie można, jak się zdaje, automatycznie przekazać drogą analizy uczącej — patrz dalej): rozwoju ku osobowości, która czyni go zdolnym do skutecznego stosowania najlepszego narzędzia terapeutycznego, rodzaju „zaraźliwego zdrowia”, jak nazwał je kiedyś pewien fachowiec.

Nowy sposób oceny psychoterapii przez Adlera doprowadził także do dowartościowania pozycji pacjenta. Jean-Paul Sartre opublikował jakiś czas temu pewną krótką historijkę pod tytułem *Na lewo od Freuda, czyli psychoanaliza poddana psychoanalizie*. Pewien pacjent przychodzi tam do terapeuty i chce zamienić sytuację lekarz – pacjent w jej przeciwnieństwo; prosi terapeutę o opowiedzenie o swych przeżyciach psychicznych od dzieciństwa i informuje go, że wszystkie jego wypowiedzi zostały utrwalone na magnetofonie. Okazuje się, że terapeuta nie dorasta do tego odwrócenia ról i wreszcie nie widzi żadnej innej rady, niż zawiadomienie policji, z prośbą o odtransportowanie tego „niebezpiecznego wariata”. W tym kontekście Sartre wskazuje na to, że dwukrotnie nie udaje się tutaj nawiązanie pewnego stosunku między ludzkiego, gdyż w obydwu przypadkach (w terapii i jej odwróceniu przez pacjenta) nie dochodzi do prawdziwej relacji pomiędzy dwoma podmiotami, lecz za każdym razem jeden próbuje zepchnąć drugiego do roli obiektu. Sartre dodaje do tego następujący komentarz: „Leczenie chorego musi się zaczynać od spojrzenia sobie wzajemnie w twarz, może ono nastąpić tylko w trakcie długiej przygody we dwójkę, w intymności wzajemnych ludzkich stosunków, nie anonimowo, bezosobowo, przy pomocy słów jak z kamienia. Podmiot wymaga zrozumienia go jako zranionego, źle pokierowanego podmiotu, który

ma odnaleźć drogę do społeczeństwa i zdrowia”. Być może historia ta szczególnie nadaje się do pokazania, dlaczego nowe kształtowanie przez Adlera stosunku lekarz – pacjent od strony lekarza podniosło także wartość osobowości pacjenta. Pacjent nie pozostaje już teraz pozostawiony sobie samemu celem wyłączenie autorefleksji; po samopoznaniu pacjenta musi raczej nastąpić jego akcja i musi ona, na co wskazywano już wcześniej, mieć praktyczne skutki jeżeli ma nastąpić rzeczywiste wyleczenie. Pacjent powinien nauczyć się korygować swoje dotychczasowe niewłaściwe sposoby zachowania, zainicjować ponowną integrację swej osobowości — ujawnienie nieświadomych przyczyn jego niewłaściwego zachowania czyni go przecież zdolnym do tego. Wszystko to wymaga od pacjenta aktywności i nie przypadkiem takie wyrażenia, jak „ruch”, „aktywność” i „akcja” były ulubionymi słowami Adlera, podobnie jak, z drugiej strony, „postawę wahania”, „samoblokadę”, „unik” i „zweźwienie frontu marszu” opisał on jako klasyczne sposoby zachowania psychoneurotycznego.

W tej nowej adlerowskiej koncepcji postępowania psychoterapeutycznego zawiera się być może jedna z najostrejszych różnic w porównaniu z Freudem: dla Freuda terapia kończyła się ujawnieniem tego co nieświadome, ponownym uświadomieniem tego. Jego słynna wypowiedź, że trzeba zadwoić się uczynieniem zwykłego (świadomego) nieszczęścia z nieszczęścia neurotycznego (nieświadomego), jednoznacznie dowodzi, że widział on tutaj granicę postępowania lekarskiego. Postawa ta wynikała nie ze zbyt małego poczucia lekarskiej odpowiedzialności, lecz przeciwnie: Freud sądził, że nie może odpowiadać za wzięcie udziału w fazie treningu pacjenta, gdyż obawiał się, że taki udział w sposób nieunikniony skłoniłby terapeutę do zbyt aktywnego działania. Myślał tu zawsze o niebezpieczeństwie nowej neurotyzacji pacjenta przez pewien rodzaj manipulacji (patrz również dalej): był po prostu nieskończenie sceptycznie-pesymistyczny wobec osobowości ludzkiej, również wobec osobowości terapeuty — i dlatego po zakończeniu analizy pozostawiał pacjenta jego własnemu losowi.

Inaczej postępował zdeklarowany optymistą Adler, który wszędzie uczył wiary, ufności, śmiałości: wierzył w to, że prowokowanie ośmielenia w żądnym razie nie musi kończyć się postępowaniem doradczo-sugestywnym, a tym samym deprecjonowaniem wszelkiej techniki analitycznej. Operując się na tym optymizmie Adler stworzył i przeformował nowy wzór metodyki psychoterapeutycznej, polegający na tym, że po fazie analitycznej następuje „faza syntezy” (Caruso). Technika ta dzisiaj jest już stosowana w dużej mierze we wszystkich szkołach, a określa się ją jako anagogiczną (patrz podział na końcu

rozdziału). Jakis czas temu Alcala podkreślił w ostrych, ale zgoła uprawnionych słowach, konieczność syntezy mówiąc, że bez niej psychoterapia byłaby oszustwem wobec pacjenta.

Skoro wspomniane zostały metody anagogiczne, to słowo na temat logoterapii Frankla, która już kilkakrotnie została i jeszcze zostanie, wspomniana (patrz rozdział 9.); niektórzy twierdzą, że jest ona prototypem postępowania anagogicznego. Jako psychoterapię anagogiczną można zgodzić z tym sformułować tylko taką technikę, która po przeprowadzeniu analizy próbuje do pomocy pacjentom w wykorzystaniu jej ustaleń. Jeśli jednak zbadać logoterapię frankłowską poszukując analizy tego co nieświadome, to poszukiwanie to w istotnej mierze pozostanie bez wyników — zamiast tego dominują stałe apele do pacjenta, które legitymują tę technikę jako perswazję („przekonywającą”) i sprawiają, że zamiast do terapii analitycznej czy anagogicznej, zdaje się ona przynależeć do terapii substytucyjno-sugestywnych, jak przekonująco wykazał to Becker.

Po tych częściowo teoretycznych wywodach wróćmy do praktyki psychoterapii; będzie ona przebiegała w trzech głównych fazach:

1. Pacjent musi stwierdzić, że jego symptomy są wytworami własnymi („tajemny sternik w nas samych”); patrz rozdział 6.). Naturalnie będzie on przy tym stale wykazywał tendencje do mówienia o symptomach zamiast o ich uwarunkowaniach. Tutaj odpowiedź może według autora brzmieć tak: „Nie skarżyć się (na dolegliwości), lecz pytać (czym są wywołane)”.

2. Pacjent musi odkryć nieświadome przyczyny swego zachowania i swoich symptomów. W tym kontekście trzeba z naciskiem podkreślić, że w psychoterapii chodzi nie o poznanie rozumowe (zwłaszcza inteligencji wśród pacjentów chętnie uczyniłby z terapii igraszki myślowe, całkowicie „bezwartościowe” z terapeutycznego punktu widzenia), lecz właśnie o wyswobodzenie się pewnych wypartych uczuć i odczuć. Bardzo ładnie wyraził to Snoeck pisząc: „Okazuje się, że najważniejszą stroną terapii psychoanalitycznej jest konfrontacja *ego* z wypartymi odruchami uczuciowymi, realizowana w ramach pewnej sytuacji przeniesienia. W tej sytuacji wychwytywane są zmiany uczuć. Pacjent otrzymuje przy tym pomoc w odważnym przeciwstawianiu się swym własnym myślącym przeżyciom — z jednej strony przez wgląd, który zyskuje się nie tylko czysto rozumowo, a z drugiej strony w ten sposób, że uczucia podlegają przetworzeniu w całości osobowości”. To ostatnie stwierdzenie prowadzi do punktu następnego.

3. Pacjent musi nauczyć się wintegrowywania wyników poznawczych analizy w swą osobowość (faza syntezy, treningu). Jednym z najbardziej roz-

powszerechnionych i najbardziej złowróżbnych, błędnych przypuszczeń na temat terapii analitycznej jest opinia, że ponowne uświadomienie i natychmiastowe uleczenie są tożsame (podkreślano już, że odnosi się to tylko do niektórych dramaturgicznych symptomów, jak np. historycznych symptomów konwersyjnych, których dotyczyły pierwsze badania Freuda — tym historycznym przebiegiem można też wytłumaczyć przypuszczenie, że wszelkie manifestacje muszą być automatycznie możliwe do usunięcia przez uświadomienie ich przyczyn). Być może ktoś postawi tutaj następujący zarzut: w takim razie cały gmach nauki psychologii głębi zakłamuje się, gdyż w jej rozumieniu symptomny powstają przecież z wypierania i zgodnie z tym po jego likwidacji powinny automatycznie zniknąć nie mając już racji bytu. Taki pogląd nie uwzględnia po pierwsze zaimitowanego przyzwyczajenia, powodującego utrwalenie symptomu, które dopiero stopniowo można zlikwidować; bardziej decydujące znaczenie ma jednak fakt, że za większością symptomów neurotycznych stoi przecież nie tylko określone wyparte przeżycie, lecz długotrwała sytuacja neurotyzująca (patrz rozdział 2.), która doprowadziła do pewnego nieświadomego nastawienia uczuciowego i postawy, których wraz z wynikającymi z nich symptomami nie da się przez uświadomienie od razu usunąć. Z pozycji pacjenta wygląda to w każdym razie tak: „A więc teraz wiem, że nienawidzę ojca — ale to mnie tylko jeszcze bardziej obciąża, a poza tym nadal mam moje symptomy”. Trzeba odpowiedzieć: „Uświadomienie daje tę wielką korzyść, że teraz walczy Pan ze znanym przeciwnikiem. Walka ta jest konieczna, a definitywne uzdrowienie nastąpi dopiero wtedy, gdy nauczy się Pan, co może Pan poczuć z tą nienawiścią, jak może ją Pan przetworzyć i rozwiązać”. W trzeciej fazie istnieje jeszcze jedno doniosłe zadanie: pacjent musi usamodzielić się krok po kroku, sytuacja przeniesienia musi stopniowo rozwiązać się, w przeciwnym razie nie będzie można mówić o wyleczeniu. Właśnie w związku z przenoszeniem wielokrotnie wypowiadano poważne wątpliwości pod adresem psychoterapii analitycznej. Nie można zaprzeczyć, że sytuacji tej każda ze stron (może przecież istnieć również pewien rodzaj „kontrprzeniesienia” ze strony terapeuty na pacjenta) może nadużyć do zbytniego związania ze sobą, w tej czy innej formie, pacjenta lub terapeuty. Trzeba jednak z naciskiem podkreślić, że mamy wtedy do czynienia z nadużyciem psychoterapii: niech nam ktoś pokaze taką instytucję i taką technikę, której — choćby same w sobie były nieskończenie dobre — człowiek nie mógłby nadużyć. W praktyce takie nadużycie jednak prawie się nie zdarza u psychoterapeuty, który rzeczywiście zastępuje na tę nazwę — ma tu zastosowanie w poszerzonym sensie twierdzenie Brillrotha, że „tylko dobry i zahartowany

człowiek może być dobrym lekarzem”. Odosobnione przypadki, w których dochodzi do deformacji sytuacji przeniesienia, wywodzą się zazwyczaj z niezręczności i braku doświadczenia terapeuty. Zarzut, że wskutek przeniesienia pacjent zostaje po wsze czasy przykuty do terapeuty, a tym samym pozbawiony swej samodzielności, jest nieuprawniony. Jak widzieliśmy, zdolność do podejmowania samodzielnych decyzji, za które jest się gotowym wziąć na siebie odpowiedzialność (przezwyłączenie infantylnej regresji), pozostaje decydującym kryterium wyleczenia.

Przedmiotem dyskusji będzie teraz ponownie postawa terapeuty podczas terapii. Freud był, jak już pokazano, zwolennikiem daleko idącej powściągliwości terapeuty (przynajmniej w swych pismach — pewnemu dawnemu pacjentowi Freuda autor zawdzięcza zapewnienie, że w swej praktyce wcale nie był on pasywny, lecz stale okazywał głębokie zaangażowanie osobiste), a niektórzy psychoanalizy w sposób przejaśkrawiony twierdzą, że podczas całej terapii terapeucie wystarczą trzy słowa: „Dlaczego?” i „Już znów?”. Dziś jednak ta „zasada abstynencji”, jak określił ją Freud (wykluczała ona np. wszelki, choćby najmniejszy wgląd pacjenta w prywatne stosunki terapeuty, tak samo jak kontakt terapeuty z członkami rodziny pacjenta), została w dużej mierze złagodzona, co związane jest np. z tym, że wybitni analitycy (np. wspomniany już H. R. Richer) stają się pionierami terapii rodzinnej. Adler miał powody — jak usiłowałem pokazać — by od początku reprezentować postawę bardziej aktywnej; nie wolno jej jednak niewłaściwie rozumieć: interpretacja treści nieświadomych pozostaje w każdym razie zadaniem pacjenta. W psychoterapii ujawniającej tylko to jest coś warte, co pacjent odkrywa sam z siebie: używając wyrażenia Charlotte Bühler mówimy o koniecznym „przeżyciu: aha!”, co znaczy, że pod hasłem: „Aha, to jest tak” pacjent musi przeżyć powiązania samodzielnie, bez „dawania do zrozumienia”, „narzucania” mu czy wręcz „uczenia” go. Künkel sformułował to po mistrzowsku, mówiąc że piekło neurotyczne jest zamknięte od wewnątrz i dlatego tylko pacjent może je otworzyć. Wszystko, co może zrobić terapeuta, to uczyć pacjenta zdolnym do właściwego posłużenia się kluczem; do tego potrzebuje on przede wszystkim cierpliwości: im dłużej pracuje się jako psychoterapeuta, tym bardziej uczy się cenić czynnik czasu. Niejedną terapią, której chciano już poniechać jako beznadziejnej, rozwija się pozytywnie dopiero po długim okresie trwania, prowadząc za to później do zdecydowanych, wymownych sukcesów. Gdy spojrzeć głębiej, nie wydaje się to dziwne: wadliwa postawa neurotyczna, która wytworzyła się przez wiele lat, wymaga wiele czasu, by się zmienić. Szczególnie młodzi koleldzy popelniają tu zasadnicze

błędy w wyniku niecierpliwości: po niedługim czasie sądzą, że przejeździ aranzacje pacjenta, nie mogą zrozumieć, że on ich jeszcze nie przejeździ; wyrzucają mu domniemaną lub faktyczną „prawdę” na głowę, i w ten sposób oczywiście burzą terapię: bowiem to, co przychodzi z zewnątrz, w gruncie rzeczy nie obchodzi pacjenta — jego wypierania to przecież nie likwiduje.

Podkreślił raz jeszcze, że synteza też jest sprawą pacjenta — „aktywność” terapeuty również w tej fazie ma wąskie granice: ogranicza się do stymulacji przetwarzania, zachęcania do treningu nowych sposobów zachowania (przy którym zawsze będą nawroły w koleiny wzorców neurotycznych) oraz bycia obecnym w tym krytycznym okresie, aby jeszcze nie pozostawić pacjenta samego. Bez wąpienia zwłaszcza na tym etapie terapii nie jest łatwo odnaleźć wąską drogę wiodącą między obiema przepaściami, które pod znakiem zapytania stawiają powodzenie terapii. Z jednej strony mogą się szczyć zniechęcenie i rezygnacja, „bo wszystko było na próżno” (gdy pacjenta zbyt wcześnie pozostawia się samemu sobie), z drugiej — może zabraknąć samodzielniania się pacjenta, jego gotowości do wzięcia odpowiedzialności za siebie, a terapeuta może niepostrzeżenie być coraz bardziej popychany ku roli „kierującego” — zwłaszcza w tym przypadku cała analiza stałaby się bezsensowna (wspomniana już obawa Freuda przed wszelkim „wpływaniem” na pacjenta). Prawdopodobnie jest to sytuacja, która najbardziej wymaga „osobowości terapeuty”, a nie tylko terapeuty. Zwłaszcza tutaj musi on znaleźć pomiędzy aktywnością a pasywnością ową „delikatną równowagę”, która jest istotnym kryterium prawdziwego rozwoju osobowości; musi on swym specyficznym, osobistym spojrzeniem „życiowie przypatrywać się” zmaganiom pacjenta, wspierać je nie wpływając na nie — by straszewować tu słowa Petera Altenberga.

Teraz na temat wspomnianych szkół analitycznych, „wielkiej trójki”. Wspomnieliśmy już, że ich wspólną cechą jest próba analizy tego, co nieświadome, oraz technika analityczna. Różnica pomiędzy poszczególnymi kierunkami analitycznymi polega na odmiennej interpretacji treści nieświadomych, co z kolei wiąże się z tym, że każdy z nich widzi inne główne aspekty życia ludzkiego, do czego jeszcze powrócimy.

Celowo przyłączamy tu z nazwy jedynie trzy wspomniane szkoły. Dziś styśszy się wprawdzie wszędzie o „nowych szkołach zorientowanych analitycznie” tak, że można by niemal mówić o inflacji w tym względzie. Pominiawszy fakt, że wielość tych nowych nazw i związanych z nimi różnorodnych poglądów może służyć jedynie wytworzeniu nieuleczalnego zamętu, wszystkie te tak zwane nowości dają się bez trudu sprowadzić do Freuda, Adlera i

Junga, a nie oznaczają ani rzeczywistego postępu, ani dalszego rozwoju (w następnym rozdziale wykażemy, że można znaleźć go tylko w stopniowym zbliżeniu trzech wielkich szkół i tam też, co pocieszające, coraz częściej się go szuka).

Najpietw jednak ważne pytanie: kiedy wskazane są praktyki substytucyjne, katartyczne, kiedy natomiast analityczne? Przed odpowiedzią na nie — wskazówka: psychoterapia zawsze winna spoczywać w ręku lekarza, chodzi przecież o technikę leczenia, tym samym o zadanie lekarza. Wokół tak zwanej analizy laickiej, a więc psychoterapii przeprowadzonej przez nie-lekarską, toczyły się zajadłe spory; praktycznie chodzi tu w szczególności o to, czy psychologowie, którzy otrzymali odpowiednie wykształcenie w zakresie psychologii głębi, są „uprawnieni do przeprowadzania psychoterapii. Krótka wzmianka powinna wystarczyć do wykazania niebezpieczeństw przeprowadzania psychoterapii przez nie-lekarską: pomyślny np. o możliwości konwersji, a więc o przemianie konfliktów psychicznych w dolegliwości odczuwane fizycznie; z drugiej strony pomyślny o tak ważnym rozgraniczeniu symptomatyki neurotycznej od psychoz (chorób umysłowych). Oba te problemy wyraźnie ukazują, że ten, kto uprawia psychoterapię, musi posiadać ogólne wykształcenie lekarskie. Mimo to można opowiadać się za tym, by psycholog wyszkolony w zakresie psychologii głębi pracował jako psychoterapeuta, pod warunkiem ścisłej współpracy z doświadczonym lekarzem.

Jest jeszcze jeden powód, dla którego tak silnie podkreślaliśmy, że psychoterapia winna spoczywać w ręku lekarza. Przy opisie podstawowych metod psychoterapeutycznych zapewne rzuciło się czytelnikowi w oczy, że zwłaszcza elementy substytucji i *katharsis* odgrywają pewną rolę także poza właściwą psychoterapią: np. wszyscy pracujący w pedagogice, jak również duszpasterze, stale będą musieli je wykorzystywać; czyż nauczyciel nie jest osobą posiadającą autorytet, która właśnie tym autorytetem posługuje się w stałym doradztwie i prowadzeniu? Czyż coś podobnego nie odnosi się również do duszpasterza? A czyż nie ten ostatni jest właśnie powołany również do wspierania *katharsis* u wielu udręczonych ludzi, którzy już nie wiedzą, co dalej począć? Czyż np. spowiedź, jeśli tylko właściwie się nią posługiwać, obok swego efektu ponadnaturalnego nie posiada również efektu bardzo naturalnego, właśnie katartycznego? Z powodu tych podobieństw nie można jednak popełniać błędów mówiąc w takich przypadkach o działalności psychoterapeutycznej. O takiej może bowiem być mowa jedynie wtedy, gdy dąży się bezpośrednio do wyleczenia duszy, podczas gdy działalność pedagoga pierwotnie nie ma na celu efektów terapeutycznych, lecz występują one jedy-

nie pośrednio, są jak gdyby jej działaniem ubocznym. W naszym przekonaniu nie jest zatem rzeczą szczęśliwą mówienie choćby o „małej psychoterapii” duszpasterza. Mimo przytoczonych tutaj podobieństw słowo „psychoterapia” powinno po prostu pozostać zarezerwowane dla dziedziny czysto lekarskiej. Elementy metod substytucyjnej i katarycznej spotyka się także poza dzialalnością czysto lekarską, natomiast o metodzie analitycznej czegoś podobnego stwierdzić niemal nie można. Na pierwszy rzut oka można ją rozpoznać jako domową zdecydowanie lekarską, ba musimy nawet powiedzieć, że przysługuje ona tylko lekarzowi specjalście z wykształceniem psychoterapeutycznym (w przeciwnieństwie do terapii sugestywnej i katarycznej, którą w pewnych granicach będzie stosował każdy lekarz — pomyślmy w tym kontekście choćby o lekarzu domowym w najlepszym sensie tego słowa, który nigdy nie zaniedbywał bycia przyjacielem i doradcą swych pacjentów również w dziedzinie psychiki).

Nie sposób zbyt często podkreślać, że przeprowadzenie analizy jest przedsięwzięciem skrajnie poważnym, przy którym można wyrządzić szkodę nie możliwą do naprawienia („Cóż datoby człowiekowi, gdyby zyskał cały świat, ale poniosł szkodę na swej duszy”). Dlatego terapia taka winna spoczywać jedynie w ręku psychoterapeuty, który zdobył gruntowne wykształcenie w technice analitycznej w jednej z wymienionych szkół. Niedermeyer słusznie porównał przeprowadzenie takiej gruntownej analizy ze zsiąpieniem do piekła w *Boskiej Komedii* Dantego; wiedzie ona przecież w otchłanie duszy ludzi, do chaotycznego królestwa nieświadomości, wywołując w ten sposób problemy, których wydobycie wydaje się niesprawiedliwie jedynie wniosystem celem, jakim jest możliwość wyleczenia w ten sposób nerwicy. Zgodnie z tym psychoterapeuta na tę podróż musi być pod każdym względem przygotowany i uzbrojony. Do tego uzbrojenia w sposób konieczny należy również to, by samemu poddać się analizie. Ta „analiza szkoleniowa” (czy też „analiza treningowa”) jest dzisiaj zgodnie z tym statym składnikiem programu kształcenia wszelkich szkół zorientowanych analitycznie.

Wróćmy teraz jednak do kwestii postawionej na początku: tam, gdzie chodzi o zapanowanie nad trudnymi sytuacjami życiowymi, delikatnymi decyzjami i okresami kryzysowymi, które nie mają nic wspólnego z nerwicą, ale o własnych siłach nie mogą zostać rozwiązane, metody substytucyjne i kataryczne będą całkiem na miejscu. Tam jednak, gdzie mamy do czynienia z nerwicą lub z reakcją neurotyczną (niektóre lekkie reakcje neurotyczne okażą się odwracalne nawet bez terapii analitycznej), tylko terapia analityczna będzie je w stanie zlikwidować. Bez ponownego uświadomienia tego, co

wyparte, nie ma wyleczenia. O ujawnienie tych nieświadomych rzeczy zabiega systematycznie tylko metoda analityczna; zatem techniki substytucyjne i kataryczne nigdy nie mogą osiągnąć tego samego efektu, stanowią w takich przypadkach jedynie rozwiązanie awaryjne, które w najlepszym razie przynosi przejściową poprawę. Terapia sugestywna będzie np. w stanie stale przekazywać neurotykowi poczucie, że jego dolegliwości zeszły, albo przynajmniej są łatwiejsze do zniesienia, nigdy jednak nie pochwyty ona nerwicy u korzeni, tzn. nie będzie mogła ujawnić jej przyczyny, co jest warunkiem rzeczywistego wyleczenia. I tak często widzimy, że przy sugestywnym dodaniu otuchy neurotyk czuje się lepiej, potem jednak szybko przychodzi nawrót albo, że (ku wielkiej radości niedoświadczonego terapeuty) rezygnuje z jednego symptomu, by za to wkrótce rozwinąć inny. Podobnie ma się rzecz z wartością postępowania czysto katarycznego: również ono nie może osiągnąć efektu systematycznej techniki analitycznej. Ze wszystkiego tego wynika, że techniki substytucyjne i kataryczne wolno stosować przy nerwicach tylko w tych przypadkach, w których analiza nie wchodzi w rachubę. Ma to miejsce wówczas, gdy pacjent nie posiada inteligencji potrzebnej do przeprowadzenia analizy, jeśli z różnych względów technicznych nie jest ona możliwa do przeprowadzenia (choćby w przypadku pacjentów na wsi, gdzie nie ma w ogólnym pobliżu psychoterapeuty o orientacji analitycznej), albo jeśli nerwica ismienie już od tak dawna, że trzeba określić ją jako utrwaloną i już nieodwracalną (widać tu jak decydujące jest wcześnie odkrycie neurotyka). Jeśli chodzi o wiek pacjenta, to ismieniej rozbieżne punkty widzenia. Freud był przekonany, że po dokonaniu najważniejszych wyborów życiowych (małżeństwo, zawód), wskutek odpowiednich nieodwracalnych utrażeń psychoterapia już nie może być skuteczna, a tym samym nie jest wskazana. Późniejsze doświadczenia wykazały, że neurotykowi można niekiedy pomóc nawet jeszcze w zaawansowanym wieku. Jeśli jednak analiza jest możliwa, a mimo to stosuje się tylko terapie sugestywne i kataryczne, to trzeba traktować to jako poważny błąd w sztuce, który w pewnych okolicznościach odbiera człowiekowi wszelką szansę pozbycia się nerwicy. Wskazówki te mają wyrazić to, że jedyną drogą do uleczenia nerwicy jest psychoterapia, która dokonuje analizy. Nie chcemy przez to w żadnym razie określić psychoterapii analitycznej jako niezawodnego panaceum na wszelkie zaburzenia nerwicowe. Trzeba wystrzegać się przeceniania tej terapii, ale nie popelniając błędów odrzucenia jej z góry i zaniechania z tego powodu. Również w przypadkach, które dzięki względnej kotrywalności i dobrej inteligencji stwarzają korzystne warunki dla analizy, może ona nie dać pożądaných efektów. Są one uzależnione od wielu poszcze-

gólnych czynników, często niemożliwych do bliższego opisania, które w swym całokształcie stwarzają korzystną konstelację dla udanej analizy. Na podstawie wielu publikacji statystycznych, pochodzących z różnych szkół terapeutycznych o orientacji analitycznej, można przyjąć, że nawet przy najszerszym wyborze materiału nadającego się do analizy wyleczona zostaje tylko jedna trzecia pacjentów, którzy z powodu silnej nerwicy poddawani są terapii analitycznej. W przypadku dalszej trzeciej części zostaje osiągnięta istota poprawa, której jednak nie można utożsamiać z całkowitym wyleczeniem. Rezultaty wskazują na to, że musimy wystrzegać się zarówno niedoocenia, jak i przeceniania. Prognoza terapii jest naturalnie uzależniona także od formy nerwicy, z jaką ma się do czynienia. Pominąwszy reakcje nerotyczne, na których stosunkowo korzystną prognozę już wskazywałem, zwłaszcza manifestacje histeryczne, fobiczne i neurasteniczne obrazu symptomów są tymi, które stwarzają naprawdę dobre widoki. Bardzo moźolnie przebiega natomiast terapia chorób psychosomatycznych: najtrudniejszy problem, jak już wspomnieliśmy, stanowi nerwica anankasyjna. Czynnikiem współdecydującym o prognozie jest oczywiście i to, czy pacjent przychodzi do tego terapeuty, który w pewnym sensie „pasuje do niego”. Będzie to zależało w dużej mierze od szkoły, w której terapeuta został wykształcony.

Nie wydaje się tu możliwe rozważanie w szczegółach poglądów szkół freudowskiej, adlerowskiej i jungowskiej. W dalszym ciągu zwrócimy tylko uwagę na zasadnicze różnice w orientacji.

Psychoanaliza tropi przede wszystkim wyparte siły popędowe; bada przyczyny każdego (poszczególne) zachowania ludzkiego. Dlatego ktoś przeżywał właśnie to, co przeżywał, a czegoś innego nie? Na czym polega ten filtr, który sprawił, że właśnie te, a nie inne elementy stały się przeżyciem? Te siły popędowe nie są w żadnym razie tylko natury seksualnej, również w rozumieniu psychoanalizy — oczywiście jej zdaniem przynajmniej wywołują się z seksualizmem. W ten sposób życie jest wydobywane przeważnie od strony przeżyć. Ujawnienie wypartych sił popędowych w żadnym razie nie odbywa się po to, by sprzyjać niepohamowanemu „wyżywaniu się”, jak sądzi wielu przeciwników psychoanalizy, którzy zbyt powierzchownie wniknęli w gmach nauki freudowskiej. Odbywa się ono raczej w celu umożliwienia w przyszłości bardziej świadomego i lepszego dopasowania do realiów życia. Jak uprawnione, ba konieczne było w tym sensie wydobywanie przez psychoanalizę problematyki seksualnej, dowodzą na nowo nasze czasy; dziś nie ma prawa być mowy o powszechnym wypieraniu seksualizmu — które istniało jeszcze

na przełomie wieków — każdy może uzyskać informacje o problematyce seksualnej i w sposób całkowicie publiczny dyskutować o związanych z nią problemach; a mimo to większość ludzi nadal nie nauczyła się sensownego wintegrowania tej niesamowitej siły w osobowość.

Psychologia indywidualna poszukuje nie tyle poszczególnych nieświadomych sił popędowych, ile raczej, jak już wspomniano, ukrytej w nieświadomości „linii przewodniej”, zgodnie z którą człowiek cierpiący z powodu nerwicy kształtuje swe życie. Wszystkie poszczególne sposoby zachowań dają się jakoś sprowadzić do wspólnego mianownika, gdyż wszystkie służą temu samemu celowi. Tym samym, miejsce przychylnego zajmuje celowy sposób widzenia — trzeba ujawnić cel, któremu człowiek nieświadomie służy. W zasadzie zakłada się przy tym istnienie dwóch celów: zorientowanie na „ja” („Ichhaftigkeit”) i na „my” („Wirhaftigkeit”). Zgodnie z tym rozróżnia się pomiędzy działaniami, które służą tylko własnej osobie, a takimi, które rzeczywiście służą dobru wspólnemu. Człowiek onieśmielany we wczesnym dzieciństwie jest pełen odczuć własnej niższości. Próbuje on nadkompensować je wzmożonym dążeniem do władzy i znaczenia, jednak zarówno w jednym, jak i w drugim stanie pozostaje uwiązany do własnej osoby („ichhaft”) i nie jest zdolny wyrosnąć ponad samego siebie. Dopiero przeżyczenie tych sposobów zachowań po ich uświadomieniu sobie umożliwia pacjentowi wniesienie rzeczywego wkładu w życie społeczności, bycie jej pełnowartościowym członkiem. Dlatego też stosunki między ludzkie stają się decydującym miernikiem ludzkiego zachowania.

Wolno powiedzieć, że w ten sposób dokonano tu również ważkiego wkładu w ucywienie płodnym materiału uzyskanego w analizie. Do oglądu życia od jego strony prywatnej, jaką ukazał Freud, dołączają się teraz aspekty społeczne. Same one jednak również nie mogą oddać pełnego obrazu człowieka, którego wielowarstwowość wykracza przecież daleko poza to co społeczne, a więc dzieło Alfreda Adlera (jak i dzieło Freuda) można nazwać wspaniałym, ale jednostronnym, wymagającym uzupełnienia.

Psychologia „kompleksowa” Junga postawiła sobie od początku szczególny cel. Zajmuje się ona przede wszystkim ludźmi w drugiej połowie życia lub — by to wyrazić za samym Jungiem — „w południe życia”. U podłoża wszystkich zaburzeń neurotycznych w tym okresie znajduje się (w nieświadomości) pytanie o spełnienie sensu życia i pod tym kątem jungowska analiza próbowała uświadomić i zmobilizować wszystkie te (metafizyczne) siły, które mogą służyć wypełnieniu sensu życia. Jung starał się pokazać, że także w przypadku niemożności uporania się z przełomem życia, istotną rolę odgrywa

często jakaś neurotyczna sytuacja dzieciństwa. Uważamy jednak, że problematyka tych pacjentów, których Jung leczy w drugiej połowie życia, jest w istotny sposób różna od problematyki „prawdziwych nerwic”. W przeważającej większości chodzi tutaj najwidoczniej o reakcje neurotyczne na niemity fakt starzenia się i konieczności umierania.

Z tego co powiedzieliśmy, wynika jednak, że każda z trzech szkół analitycznych będzie miała swą specjalną domene; tym samym teoretycznie byłoby pożądaną, by nastąpiło odpowiednie zróżnicowanie na grupy specjalistów¹. W praktyce nie można oczywiście przeoczyć faktu, że psychoterapia analityczna stanowi także problem społeczny, że do jej przeprowadzenia potrzeba z reguły kilku „posiedzeń” w tygodniu (czas trwania jednego — około 3/4 godziny) i że terapia musi rozciągać się przynajmniej na miesiące (w niektórych przypadkach zajmuje ona lata). Z reguły nie można oczekiwać od terapeuty, że będzie przeprowadzał tę terapię bezpłatnie. Z drugiej strony jednak prawo do tej terapii musi być zapewnione również osobom nie posiadającym na nią środków. Wprawdzie kasy chorych w Austrii sporadycznie zezwalają na psychoterapię na ich rachunek, jednak w większości przypadków właśnie przy terapii zorientowanej analitycznie potrzebna jest większa liczba posiedzeń, niż przyznaje się ich w ramach kasy chorych (w RFN oraz w Szwajcarii uczyniono w tej sprawie więcej: można tam praktycznie przejść kompletną psychoterapię będąc pacjentem kasy chorych, do tego jeszcze z wolnym wyborem psychoterapeuty — innymi słowy psychoterapia jest tam w dużej mierze zrównana ze wszystkimi innymi rodzajami terapii, co wszędzie powinno stać się rzeczą oczywistą).

Wiedeńska rejonowa kasa chorych podjęła próbę rozwiązania tego problemu przez utworzenie „ambulatoriów psychoterapii”, w których przeprowadza się również terapię zorientowaną analitycznie: przejawiająca się w tym dobra wola zasługuje na szczególne podkreślenie. W praktyce okazało się jednak, że przedsięwzięcia te są tylko kroplą w morzu, ambulatoria są stale przeciążone i zazwyczaj na dłuższy czas zablokowane przez zapisy. Wyraża dysproporcja pomiędzy wielką liczbą neurotyków potrzebujących terapii, a stosunkowo nieznaczoną liczbą psychoterapeutów z wykształceniem analitycz-

¹ Domenę szkoły jungowskiej właśnie ukazyliśmy. Terapia adlerowska będzie szczególnie wskazana wszędzie tam, gdzie chodzi o szybkie zaktywizowanie pacjenta w konfrontacji z terapeutą (patrz również rozdział 6.). Z punktu widzenia psychologii indywidualnej trzeba jednak pamiętać, że w szkole freudowskiej osiągnięto najwyższy poziom autorrefleksji: jeśli zatem ona będzie szczególnie ważna, na przykład przy wczesnych (seksualnych) utrwaleńkach dziecięcych, jako formę terapii będzie należało wybrać psychoanalizę.

nym ujawnia się także w inny sposób — istnieją rozległe obszary, na których nie ma do dyspozycji ani jednego psychoterapeuty. Nowo utworzony Instytut Psychologii Głębi i Psychoterapii Uniwersytetu Wiedeńskiego postawił sobie zatem, co zrozumiałe, za najważniejszy cel kształcenie psychoterapeutów. W podsumowaniu trzeba w każdym razie powiedzieć, że w czasach, które zabiegają o zrównanie społeczne i są dumne z sukcesów osiągniętych w tej dziedzinie, warstwy materialnie słabsze właśnie w dziedzinie psychoterapii są wyraźnie w gorszej sytuacji: definitywna zmiana tego stanu rzeczy pozostaje jedynym z najbardziej obowiązkujących zadań przyszłości. Za satysfakcjonujący można będzie uznać dopiero taki stan rzeczy, gdy każdy człowiek, również pacjent z kasy chorych, będzie miał zagwarantowaną dobrą, wystarczającą psychoterapię — czy to prowadzoną ambulatoryjnie, ze swobodnym wyborem psychoterapeuty, czy stacjonarną, w odrębnych oddziałach leczenia nerwic. Znamiennie dla niezadowolającej w tym względzie sytuacji w Austrii jest np. to, że oba szpitale, które Rothschild pod wrażeniem badań Freuda ufundował dla stacjonarnej terapii nerwic, służą dzisiaj innym celom.

Na zakończenie niniejszego rozdziału wskażemy na fakt, że psychologia głębi i jej praktyczne zastosowanie, psychoterapia, w wielu, ba, niemal we wszystkich dziedzinach życia spowodowała i ciągle jeszcze powoduje odpowiednie skutki, których tutaj nie możemy omawiać. Trzeba jednak, rzecz zrozumiała, zaszanować się nad medycyną, która psychologii głębi zawdzięcza całkowicie nowe nastawienie do człowieka. Pedro Lain-Entralgo przytacza w tym kontekście następujący wkład psychoanalizy do medycyny współczesnej: 1. Ujawnienie ścisłej konieczności dialogu między chorym a lekarzem, dotyczącego zarówno diagnostyki, jak i terapii jego dolegliwości. Porozumiewając od Freuda patologia nie jest jedynie sprawą zmysłu wzroku i dotyku, jest ona teraz jednocześnie sprawą słuchu. 2. Docenienie komponentu instynktownego w życiu ludzkim zarówno w sensie diagnostycznym, jak i terapeutycznym. 3. Ujawnienie istnienia oraz sensu, jaki w życiu ludzkim przysługuje najniższemu postaciom świadomości psychologicznej (a więc również nieświadomości). 4. Poznanie wpływu wywieranego przez życie emocjonalne na ciało. 5. Dążenie do włączenia faktu choroby do biografii chorego w sposób nacechowany gotowością zrozumienia. Poprzez powstanie „psychologii medycznej” wszystko to wywarło rewolucyjny wpływ na funkcjonowanie lekarzy, nawet jeśli odpowiednio szkolenie medyczne jest jeszcze w powojakach.

Niekiedy krytycznie zauważa się, że psychologia głębi sama się pozbawiła

jakiękolwiek szansy na większe ogólne możliwości oddziaływania, nie podejmując próby przekształcenia struktury społeczeństwa. Z pozycji skrajnych stale bywa wygłaszana (wspomniana już) teza, że nerwice nie są skutkiem osobistego niesprawdzenia się, lecz właśnie neurotyzującej struktury społeczeństwa; są zatem, by tak rzec, „immanentne wobec systemu”. Psychoterapeutom zarzuca się w tym kontekście, że starają się jako tako dopasować poszczególne neurotyzowane ofiary do systemu, uczynić je zdolnymi do zawarcia „znośnego, ale z tego powodu nie mniej zgniewnego pokoju” z istniejącymi okolicznościami, zamiast schwyćić zło u korzeni i w radykalnie rewolucyjny sposób dążyć do obalenia istniejących stosunków. Wobec takiego postępowania trzeba psychoterapię obok religii i innych „środków usmierzających i pocieszających” określić jako kolejne współczesne „opium dla ludu”. Pominąwszy jednak to, że ludzkości do dziś nie udało się stworzyć systemu społecznego, który nie dopuszczałby do powstawania nerwic (szermierze wspomnianych idei nie są w każdym razie zdolni powiedzieć, jak można by to zrobić — ich wskazywanie na ustroj społeczny państw bloku wschodniego pozostaje niezadawalające, ponieważ bez wątpienia również tam istnieje wielu ludzi chorych na nerwicę), teza ta w całości nie może z naukowego punktu widzenia znaleźć wystarczającego potwierdzenia. Stusznie powiada Strotzka:

„W tych kręgach element socjologiczny w patogenezie bywa często przece-niany w porównaniu z biologicznym i z momentem indywidualno-psychologicznym, nie zawsze zależnym od formy społeczeństwa”. Innymi słowy: przy całym obowiązku poszukiwania w określonym społeczeństwie czynników neurotyzujących kolektywnie (można je znaleźć, jak już powiedziano, w każdym), nie będzie wolno używać ich do zacierania swej osobistej, niezaprzeczalnej odpowiedzialności za psychiczne zdrowie lub chorobę w bezosobowym postawieniu problemu struktury społeczeństwa.

Psychologii głębi czyniono jeszcze jeden zarzut: wprawdzie od czasów Freuda teoretycznie wskazuje ona drogi nie tylko ku wyleczeniu ludzi chorych psychicznie, lecz także ku poprawie stosunków międzyludzkich — porzynając od spoleczności najmniejszych, rodzin, do największych, państw — ale praktycznie zawodzi w tym względzie, podobnie jak wcześniejsze od niej chrześcijaństwo i socjalizm nie są w stanie zapobiec wojnom i powszechnej wrogości (dlatego M. Speber mówi o „nędzy psychologii”). Trzeba natomiast przypomnieć o tym, że bezpośrednim celem psychologii głębi jest wyleczenie konkretnego pacjenta: że jest ona pierwotnie techniką medyczno-terapeutyczną — wszystko inne, choćby zasadniczo było jeszcze bardziej ważne i pożądane, pozostanie pośrednim działaniem ubocznym, zależnym od gotowości

szerokich kręgów do przyjęcia i urzeczywistnienia, które właśnie w przypadku postulatów samopoznania i przewyciężenia agresji wysuwanych przez psychologię głębi będzie można osiągnąć na ogół tylko z wielkim trudem. W końcu, zadaniem psychologii głębi jest uczynienie pacjenta zdolnym do szczególniejszego (w najlepszym sensie tego słowa) kształtowania swego życia. Nie jest ona, gdy zabiega o psychiczne odnajdywanie prawdy, żądną „amoralną” instytucją, ale też żadną nowoczesną nauką o zbaawieniu.

Problemy występujące pomiędzy psychoterapią a religią

*Wciąż jeszcze wznoszą kamienne symbole
w niebo od dawna wyzute z Boga!*

(Ze spuścizny Antona Wiltiganssa)

Od niemal 2000 lat duszpasterz chrześcijański zabiega o to, by jako dobry pasterz prowadzić, strzec i ratować dusze powierzonych mu ludzi. W ciągu całego tego czasu nigdy nie wyrosła dlań poważna konkurencja ze strony medycyny. Co najwyżej musiał rozprawić się z różnymi systemami filozoficznymi, które zresztą z zasady miały krótki żywot i szybko same się znosiły. Po raz pierwszy na przełomie minionego i naszego stulecia, wskutek odkrycia psychologii głębi, pod wpływem której dusza jak „utracona córka” została przywrócona medycynie, między religią a medycyną powstały poważne problemy dotyczące przewodnictwa duchowego.

Start był dość kiepski; nowa nauka starała się ukazać granice ludzkiej woli, jednostronnie podkreślała potęgę, ba, władzę seksualizmu, uznawała religię za iluzję potrzebną tylko neurotykom jako kule do chodzenia, zalecała sobie jako drogę do ludzkiego „szczęścia”, znajdowała przy tym sformułowania sprawujące, że wydawała się dobrą nowiną, substytutem religii — pochopne głosy mówiły już o powszechnym odchodzeniu od duszpasterza na wizytę u terapeuty.

W każdym razie może być do pewnego stopnia zrozumiałe, że w takich okolicznościach z punktu widzenia religii pojmowano psychologię głębi jako

naukę błędną, jako niedopuszczalne „przedsięwzięcie konkurencyjne”, które trzeba było zwalczać w mniej lub bardziej ostrej formie. Zgodnie z tym różne autorytety kościelne wypowiadały pod jej adresem liczne ostrzeżenia i potępiały ją aż po sformułowanie mówiące, że „katolikowi pod groźbą grzechu śmiertelnego zabrania się poddawania się psychoanalizie”. To, że pierwszymi szermierzami wyników poznawczych psychologii głębi byli „Zydzi”, dodatkowo przyczytniło się do pogłębienia dzielącej obie strony przepaści nieufności i uczuciowej dezaprobaty — silne uczucia antysemityczne odgrywały bowiem, przynajmniej w kręgach chrześcijańskich, a zwłaszcza katolickich, niestety znaczną rolę (patrz również rozdział ostatni).

Od tamtej pory upłynęło kilka dziesięcioleci; w tym czasie samoistny rozwój psychologii głębi wiele skorygował w stosunku do nauki Freuda, inne rzeczy okazały się niemożliwymi do utrzymania błędnymi interpretacjami nauk psychologii głębi, jedynie przesądem wobec nich. Najpierw stało się jasne, że można spojrzeć na wyniki poznawcze psychoanalizy w odwołaniu od materialistyczno-pozytywistycznego światopoglądu stojącego za tą nauką — w ten sposób nie tylko uniknięto wylania dziecka z kąpielą (odrzućcenia nauki w wyniku niezaakceptowania światopoglądu), lecz także umożliwiono skorygowanie jej jednostronnie zniekształconego stanowiska; Freuda spotkał przecież typowy los wszystkich wielkich odkrywców: w zaścynowaniu pa-trzyły tylko tam, gdzie znajdował nowe wyniki poznawcze i dlatego postzegali te aspekty w nienaturalnym powiększeniu kosztem pozostałego kontekstu. Co do tego, że dominowało wtedy wypieranie seksualne, nie może być jednak wątpliwości (przeżyłajmy choćby dosadny opis takiej sytuacji, który Stefan Zweig zawarł w *Welt von gestern*).

Potem jednak Adler i Jung utworzyli swoje własne szkoły — wkrótce stało się wyraźnie widoczne, że wyszli od innych światopoglądów niż Freud (Adler od socjalistycznego, Jung od metafizycznego o raczej wschodniej orientacji religijnej) i w dużej mierze z tego powodu doszli w swych badaniach do różnych rezultatów. W konsekwencji Adler odkrył w nieświadomości (jak już pisaliśmy w rozdziale poprzednim) sferę społeczną, Jung religijną (komu nie przyjdzie tutaj na myśl wiersz: „Gdyby oko nie było słoneczne, słońca nie mogłoby dojrzeć”). Postulat psychologii głębi i psychoterapii woli-nych od wartości okazał się iluzją: zawsze dochodzi tu do spotkania dwu ludzi, na którego przebieg w istotnej mierze wpływa sposób, w jaki obaj, przede wszystkim jednak naturalnie terapeuta, „widzą świat” (dlatego żądanie psychoterapii oczyszczonej ze światopoglądu byłoby „czyrnyś mieludzkim”, oznaczałoby bowiem, że terapeuta powinien zaprzeczyć się istotnego składnika

swego człowieczeństwa — ci, którzy domagają się takiej psychoterapii „rzeszowej”, czynią to, jak powiedział van Lun, przecież tylko pod wpływem swego materialistycznego światopoglądu).

Podsumowując raz jeszcze ten znaczący rozwój psychologii głębi i psychoterapii od czasów Freuda: krok za krokiem odkrywano również w nieświadomości (jako wiernym odbiciu płaszczyzny świadomej) *catego człowieka* ze wszystkimi jego „warstwami”, od najniższej do najwyższej. Dzięki temu udostępnieniu różnych płaszczyzn otworzyły się nowe możliwości interpretacji w duchu psychologii głębi. Stale mówiono o „dyktaturze interpretacyjnej” psychologów głębi mając przy tym na myśli to, że każda szkła usiłuje narzucić pacjentowi swój jednostronny sposób widzenia nieświadomości. W tym kontekście niech wolno będzie jeszcze raz przypomnieć, że interpretacja treści nieświadomych w psychoterapii jest pierwotnie zadaniem nie terapeuty, lecz pacjenta. Osoba psychoterapeuty może również tutaj, nawet bez najmniejszego zamiaru, wywierać pewien wpływ. Tym jaśniejsz jednak wynika stąd kierunek, który w przyszłości powinny obrać poszczególne szkoły psychologii głębi: powinny one przestać zadowalać się interpretacjami na płaszczyźnie, którą pierwotnie wypracowały, i którą dlatego chętnie preferują. W decydującej rozprawie z pacjentem powinny one raczej poddawać pod dyskusję również te punkty widzenia, które zostały wskazane przez inne szkoły. Tylko w ten sposób będzie można, przynajmniej asymptotycznie, zbliżyć się do owego wyřeźkionego i tak niebędącego celu, który Birnbaum określił jako „konwergencję dogmatów psychologii głębi”. Tylko w ten sposób również w nieświadomości rzeczywiście cały człowiek będzie mógł być potraktowany sprawiedliwie: wszelkie jednostronne zniekształcenie, przekierowanie płaszczyzny seksualnej, tak samo jak i umysłowej (o której w ostatnich czasach wiele się mówi przede wszystkim za sprawą Frankla — patrz dalej w niniejszym rozdziale), prowadziłoby do zafałszowania psychicznej rzeczywistości człowieka, a tym samym nigdy nie wskazywałoby drogi do psychicznego wyzdrowienia, lecz znowu do kolejnej konwulsji, a tym samym do choroby.

Wynika stąd „psychoterapia uniwersalistyczna” (pojęcie to zostało ukute przez Niedermeyera) jako cel idealny współczesnej psychologii głębi. Wariantem jej skutecznego stosowania jest możliwie najbardziej uniwersalistyczny obraz świata, również psychoterapeuty: tylko ten, kto jest otwarty wobec wszystkich własnych „warstw”, będzie mógł właściwie nastawić się na pacjenta jako na „całego człowieka” (porównaj pracę autora p.: *Individualpsychologie und universalistische Psychotherapie*). Dalsze istnienie trzech wiel-

kich szkół psychologii głębi nie stoi na przeszkodzie temu celowi. Jako strzegące określonego kierunku widzenia, jako solidne instytucje kształtujące, mają one uzasadnienie swego istnienia również na dalszą metę: oczywiście żywią się je do zdecydowanego wprowadzenia w życie psychoterapii uniwersalistycznej, do większej tolerancji, większego zrozumienia dla opinii innych i do odrzucenia taniego eklektycyzmu.

Pozostaje więc jeszcze wiele do zrobienia dla osiągnięcia tego celu, ale pierwsze kroki bez wątpienia już poczyniono i jesteśmy na dobrej drodze — psychoterapia zmienia oblicze, ważne jest także i to, że jej nastawienie do religii stało się inne: pełne respektu i zrozumienia (niech będzie wolno autorowi z dumą wskazać na to, że Adler był tym, który zapoczątkował ten rozwój swą pracą *Religion und Individualpsychologie* jeszcze przed Jungiem — patrz również dalej). Wcześniejsze wypowiedzi w rodzaju następującej: „Mój pacjent jest teraz wolny od wszelkiej nerwicy, tylko jednego symptomu nie zdołałem usunąć — on jeszcze ciągle jest religijny”, chyba w ramach żadnej z trzech szkół nie są już możliwe — należą do tych szkół osobistości wyznające chrześcijaństwo i praktykujące, często piastujące nawet wysokie stanowiska...; należałoby przeto zakładać, że również Kościół przyjął do wiadomości tę przemianę i zgodnie z tym stara się o nowe nastawienie do psychologii głębi. Niestety występuje to dopiero w postaci pewnych prób: o prawdziwym spotkaniu Kościoła i psychologii głębi w każdym razie jeszcze prawie nie może być mowy. Próby współpracy zapoczątkowane przez śmiałych pionierów ze strony psychologii głębi i outsiderów Kościoła (wskutek braku oficjalnego poparcia) obracają się na płaszczyźnie rozważań, dyskusji i pojedynczych inicjatyw. Znaczenia tej konfrontacji po prostu nie poznano jeszcze dostatecznie. Daremnie do dziś czeka się na to, by utworowało sobie drogę zrozumienia, że otwartość na wyniki poznawcze psychologii głębi mogłaby oddziaływać w sposób nieskończone pozytywnie zapładniający na nastawienia i praktyczne postępowanie Kościoła. Zamiast tego często trwa się sztywno przy dawnym dezaprobującym stanowisku, co przypomina utrwalenie neurotyczne. Prawdopodobnie należy wyjaśnić to w ten sposób, że Kościół oficjalny jest nierazko zneurotyzowany i dlatego jako instytucja — tak jak i każda osoba chora na nerwice — wytwarza trwałe opór przeciwko naukom psychologii głębi. Przedstawimy tutaj główne kryteria utrwalonego zachowania neurotycznego Kościoła:

a. Kościół sprzyja aktom wypierania, gdyż obawia się otwartego stawienia czoła pewnym „bolesnym” problemom. Zalicza się do nich przede wszystkim seksualizm. W ramach Kościoła nawet dziś jeszcze w dużej mierze brak wol-

nego od uprzedzeń, normalnego nastawienia wobec tego problemu. Grzech i pożądanie seksualne są nierządkiem tożsame. Przecenia się wykreoczenia seksualne, wobec których na plan dalszy ustępują wykroczenia przeciw znacznie istotniejszemu przykazaniu miłości bliźniego. Dopiero od Soboru Watykańskiego Drugiego oficjalnie twierdzi się, że przynajmniej w obcowaniu małżeńskim dozwolone jest przeżywanie pożądania. Jednak do dziś nie stało się to powszechnym przekonaniem katolików, gdyż wpływ wrogiego seksualizmowi wychowania, któremu „podlegają” latami, nie da się w krótkim czasie zlikwidować w jego złowieszczym oddziaływaniu hamująco-neurotyzującym.

b. Klasyczna teza wypierania brzmi: „Katolik nie może być neurotykiem”. Kto uważnie przestudiował tę książkę, natychmiast dostrzeże niemożliwość jej utrzymania. Pokazaliśmy przecież, że nerwica powstaje w najwcześniejszej fazie dzieciństwa, a więc w okresie, kiedy religia w żadnym razie nie może przeskodzić powstawaniu aktów wypierania (później mogłaby, ale na podstawie wszystkich przytoczonych już faktów trzeba co najmniej powątpiewać, czy działa tak w rzeczywistości). Także pogląd, że katolik, jeśli już „wbrew wszelkiemu prawdopodobieństwu” jednak został zneurotyzowany, to nie potrzebuje psychoterapii, ponieważ sama jego wiara może go uleczyć, jest symptomem neurotycznym i trzeba go zdecydowanie odrzucić. Głęboka wiara z pewnością może wspomóc neurotykowi w cierpliwym znoszeniu swej choroby, ale wyleczenie będzie osiągał tylko przez uświadomienie sobie tendencji wypartych do nieświadomości.

c. Wskutek ścisłego powiązania wytworzonego między teologią (moralną) a sformułowaniami jurystycznymi, powstała ciasna, neurotyczna i neurotyzująca budowla, przy czym po części starano się nadać grzechowi rangę przestępstwa ściganego przez państwo. Taki sposób postępowania musi konsekwentnie prowadzić do zdecydowanej alergii na psychologię głębi. Ta ostatnia bardzo wiele działań inkryminowanych w ten sposób uznana — za pomocą jak najlepszych argumentów — za niewątpliwie objawy choroby i tym samym wyjęta spod kary zarówno kościelnej, jak i państwowej, uzasadnionej choćby tylko w pewnej mierze (przypomniany tu czytelnikowi tylko m.in. wiele nieudanych małżeństw, problem homoseksualizmu i samobójstwa).

Podkreślmy z naciskiem, że krytyka ta jest dokonywana w najlepszym zamiarze — właśnie będąc człowiekiem wierzącym trzeba mieć nadzieję i wierzyć, że zostaną przezwyciężone te tendencje neurotyczne, które z instytucji Kościoła łatwo mogą się przenieść na jego członków; poszczególne bada-

cze, jak na przykład Schätzing, mówią już o „nerwicach eklezjogennych” (a więc „wytwarzanych” przez Kościół). Przyznamyśmy również o tym, że intencją psychologii głębi nie jest „zrozumienie, a tym samym wybaczenie „wyszykłego” — psychologia głębi właściwie pojęta oznacza raczej, jak już podkreślaliśmy, samopoznanie, szczerość, pokorę, bratnią więź ludzką, a tym samym szczególną odpowiedzialność (patrz też w ostatnim rozdziale). Z największym wzruszeniem i czcią przypominamy w tym kontekście, że za Jana XXIII rozpoczął się proces samopoznania i samorozumienia Kościoła, bolesna a zarazem niezmiernie uszczęśliwiająca likwidacja rzeczy dotychczas wypieranych, która można traktować na równi z analitycznym procesem psychoanalitycznym w najlepszym sensie tego słowa.

Potrzeba będzie największej czujności, by nie stracić tego, co już w ten sposób osiągnięto. Nie tylko psychologia głębi musi kontynuować zarysowany wcześniej proces przemian — także w ramach Kościoła istnieją usiłowania zmierzające do wyparcia wyników drugiego Watykańum (jest w tym znów podobieństwo do procesu psychoanalitycznego, w którym przecież opór również stara się nie dopuścić do ujawnienia, względnie, jeśli nie jest to możliwe, pracuje nad ponownym „odsunięciem” pewnych rzeczy). Z punktu widzenia psychologii głębi wielka szansa obecnego okresu rozwoju Kościoła polega nie na sporze pomiędzy „konserwatystami” i „postępowymi”, lecz na możliwości, że zrozumienie zaimpatnego procesu stanie się *powszechne*; wtedy nie będzie już odległy moment, w którym odpowiedzią na dalszy rozwój psychologii głębi będzie zmieniona postawa Kościoła, gotowa do szerokiej współpracy.

Warunki po temu wydają się być spełnione w dwojaki sposób: dziś granice między psychoterapią a duszpasterstwem są dookładnie wytyczone, tak że poczucie konkurencji nie może się już pojawić; z drugiej strony nawet skromne doświadczenie kooperacji w przeszłości dowiodło w sposób przekonujący, że obie strony mogą oczekiwać od tej współpracy cennego wzbogacenia. Tymi dwoma aspektami zajmemy się w dalszym ciągu.

1. *Rozgraniczenie psychoterapii i duszpasterstwa*. Ma ono miejsce dzięki dwóm faktom, których nie można przeoczyć:

a. Duszpasterz pracuje dla dobra wiekuiściego nieśmiertelnej duszy. Cała jego uwaga jest skierowana na to, by nie pomioła ona żadnej szkody i by wypełniła owo przeznaczenie, które zostało ustanowione przez Boga. Psychoterapeuta zwalcza natomiast pewną chorobę duszy, przeważnie nerwicę; zabiega on o dobro ziemskie, mianowicie o wyleczenie. W precyzyjny sposób tę różnicę między działalnością psychoanalityczną a duszpasterską wyłożył

w swej pracy Miller, który za cel działalności psychoterapeutycznej uważa uleczenie, zaś duszpasterskiej — uświęcenie. Bez wątplenia wyleczenie części może być również drogą do uświęcenia, tak samo jak droga do uświęcenia, którą wskazuje duszpastierz. często może zawierać także elementy uzdrawiające. Fakt ten jednak nie może zmienić tego, że cel za każdym razem jest inny i że zarówno psychoterapeuta, jak i duszpastierz winni pozostawać przy swojej dziedzinie.

b. Podczas gdy duszpastierz zwraca się do tego co w człowieku świadome apelując do jego woli, siły, zrozumienia i sumienia, by doprowadzić go do sprostaną przykazaniom boskim, na ile pozwalała mu na to jego upadła natura ludzka, zadanie psychoterapeuty polega przeważnie na tym, by to co nieświadome uczynić świadomym, tzn. przeprowadzić analizę. Pacjent winien potem, po wyjaśnieniu faktycznego stanu rzeczy istniejącego we wnętrzu jego duszy, móc swobodnie podejmować swoje decyzje. Za rodzaj tych decyzji psychologia głębi nie jest odpowiedzialna, co oznacza, że musi ona sferę świadomą każdego człowieka w istotnej mierze pozostawić jego decyzji. Psycholog głębi natomiast ma do szukania, co duszpastierz w sferze nieświadomości.

Za pomocą niniejszych wywodów w zasadzie wykazaliśmy podstawową różnicę (i przeciwieństwo) zarówno co do metodyki, jak i celów psychoterapii i duszpastersstwa. Przy tych obu skromnie wyglądających punktach rozchodzą się światy, które jednak mają też swe liczne punkty styczności, wywołujące bezlik problemów, z których część będzie pobrzmiewać w dalszym ciągu.

2. *Współpraca między psychoterapią a duszpastersstwem.* Czego duszpastierz może nauczyć się w kontaktach z psychoterapią?

a. Wiedza z zakresu psychologii głębi będzie mogła posłużyć mu do lepszego uchwycenia osobowości jednostki. Przed wieloma laty Kauders skierował do lekarzy żądanie, by prawidłowo „odbierali” swych pacjentów. Termin ten tłumaczył przy tym w trojaki sposób: po pierwsze w tym sensie, by lekarz faktycznie przyjmował do wiadomości swego pacjenta. Po drugie, by zajął się nim z miłością, i po trzecie, by go „brał prawdziwie”, tzn. widział takim, jakim jest on faktycznie. Duszpastierz również musi odbierać wiernych w tym potójnym sensie. Co do dwu pierwszych punktów chyba jest tak rzeczywiście. Duszpastierz z reguły stara się być dobrym pasterczem, podążać nawet za zbląkaną owieczką i z miłością prowadzić ją w osobistej styczności. Jeżeli w praktyce często wygląda to inaczej, to chyba przeważnie z powodu wielkiego braku duszpasterszy, który występuje dziś prawie we wszystkich krajach i stwarza podobną sytuację, jaką zna każdy psychoterapeuta, gdy jest oblegany przez poszukujących pomocy. Nie tak korzystnie przedstawiają się

jednak okoliczności w przypadku trzeciego aspektu „odbierania”, a więc w przypadku zobowiązania duszpastersza do tego, by widział powierzzonego sobie takim, jakim jest on faktycznie, względnie pojmował, dlaczego jest takim, jakim jest. Do tego potrzeba znajomości człowieka i otwartości wobec świata, które duszpastierz nie zawsze dziś posiada w potrzebnej mierze. Może się do tego przyczyniać zarówno wychowanie, jak i to, że przedmioty psychologiczne nawet teraz są jeszcze zbyt słabo reprezentowane w planie studiów teologicznych. Pewną rolę odgrywa w tym fakt, że — jak stwierdził człowiek tej miary, co Fulton Sheen — piśmiennictwo religijne pozostaje niekiedy opóźnione o dziesięciolecia (w ostatnim okresie i to zaczyna się poprawiać). Właśnie wyniki poznawcze psychologii głębi są tu teraz niezbędne duszpastarzowi, jeśli chce on nadrobić to opóźnienie i sprawić, by ucichł zarzut, który dziś jeszcze stale jest podnoszony, że duszpastierz jest wyobcowany z życia. Również jeśli chodzi o obchodzenie się z ludźmi, krótko mówiąc o praktyczną metodykę duszpastersstwa, od której w dużej mierze zależy powodzenie pracy duszpasterskiej, kapłan mógłby niejednego nauczyć się od psychologii głębi, wykryła ona bowiem pewne prawa kontaktu międzyludzkiego, które dotyczą nie tylko obchodzenia się z neurotykami, lecz należy stosować je powszechnie. Pojęcie „duszpasterswa osobistego” (Goldbrunner) powinno stać się dzisiaj powszechną wytyczną. Duszpasterswo potrzebuje takiego typu kapłana, który rozumie problemy dzisiejszego człowieka — ich rodzaj i genzę — który potrafi obchodzić się z tym człowiekiem, krótko mówiąc, jest bliski swym czasem, a nie takiego, który przynajmniej nieświadomie działa zgodnie z zasadą: „Jak utrzymać tych ludzi z dala ode mnie?”! Jeśli wybitni przedstawiciele teologii, jak na przykład Guardini, Rahner Schöllgen, Jud, Rudin, Rehl i Böckle, stale podkreślają niezbędność posiadania przez duszpastersza wiedzy z zakresu psychologii głębi i uważają, że w jej braku tkwi jeden z powodów niesprawdzania się duszpasterswa w naszych czasach, to może to jedynie popierać postawione tutaj żądanie poszerzonej wiedzy duszpastersza z zakresu psychologii głębi.

Oczywiście trzeba tu dodać, że duszpastierz może zacerpnąć tej wiedzy tylko z prawdziwych źródeł psychologii głębi. Wielu duszpasterszy ma „ambivalentne” nastawienie do tej psychologii — z jednej strony chcieliby być postępowo-nowocześni i zgodnie z tym mieć pewne wyobrażenie na temat psychologii głębi, z drugiej jednak lekają się, że psychologia ta nie utwierdza ich w dotychczasowych wyobrażeniach i skłoni do rewizji ich postępowania. Konflikt ten powoduje, że szukają jakiejś „psychologii głębi”, która nie zmusza ich do zlikwidowania utartych, tradycyjalistycznych aktów wypierania,

a znajdując ją we wspomnianej kilkakrotnie logoterapii Frankla; w ten sposób powstaje silne uwiązanie do tej nauki, która w swym ciągłym podkreślaniu roli wolności, odpowiedzialności i umysłu jest całkowicie zgodna z wyobrażeniami konserwatywnej teologii, a tym samym daje określonym duszpasterzom możliwość podawania się za „postępowych szermierzy myśli psychologii głębi” bez konieczności zapoczątkowania, choćby w najmniejszej mierze, lkwidacji dotychczasowych aktów wypierania i błędów. Kierując się tą motywacją zbyt chętnie przeocząją fakt, że frankłowska logoterapia nie jest prawdziwą psychologią głębi, ponieważ oferuje wprawdzie doskonały opis normalnych stosunków psychologicznych człowieka i dąży, co chwałobne, do etycznego zorientowania osobowości na bazie sugestywno-perswazyjnej, jednak wskutek niedostatecznego uwzględniania nieświadomości nie może, jak już wielokrotnie pokazywałem (patrz rozdział 8.), sprostać faktom psychicznym w przypadku nerwicy. Pod adresem Kościoła należałoby więc skierować prośbę o niewybijeranie w obrębie psychologii głębi w tendencyjny sposób poglądów „mitych” teologii, lecz o posłużenie się, również we własnym interesie, wynikami poznawczymi prawdziwej psychologii głębi.

b. Pomoc, którą duszpasterz może otrzymać ze strony psychologii głębi, wykracza jednak daleko poza udoskonalanie jego własnej metodyki duszpasterskiej. Wszelka nerwica zagraża również życiu religijnemu; twierdzenie, że nerwica koniecznie musi zaburzyć lub zburzyć życie religijne, byłoby błędne — ale głupota byłoby niedostrzeżenie, że takie niebezpieczeństwo jest bardzo duże.

Gratia supponit naturam, „kaska opiera się na naturze”, brzmi znana maksyma. Chciałoby się dodać: nie na naturze poświęconej w ofierze (jak twierdzi Soukup), lecz na rozwijanej (jak sformułował to van Lun wspólnie z autorem). Rozwój ten jest jednak, jak widzieliśmy, zakłócony w przypadku nerwicy, a za szczególnie narazoną na te zakłócenia uznaliśmy sferę emocjonalną. Wiara i jej kształtowanie też są zdarzeniami emocjonalnymi, a więc pod wpływem zaburzeń neurotycznych łatwo będzie mogło dochodzić do irracjonalnych zmian i zniekształceń, ale także do całkowitej utraty wiary (w żadnym razie nie zamierzamy twierdzić tym samym, że brak wiary jest symptomem neurotycznym). Widzieliśmy już, jak na przykład mechanizmy obronne nadkompensacji i identyfikacji mogą wywierać irracjonalny wpływ na życie religijne, widzieliśmy wpływ ambivalencji historycznej i regresji również na religię, duszenie się prawdziwej wiary w formalistycznej pedanterii w przypadku nerwicy anankastycznej i uznaliśmy, że przy „nerwicy ku samobójstwu” sfera religijna bywa często dotknięta w takim rozmiarze, że potem

w decydującym momencie okazuje się ona zbyt słaba, by zapobiec samobójstwu. Wszystkie to są wstrząsające przykłady, które dowodzą, że nerwica może prowadzić również do deformacji wiary — fakt, o którym w książce ustępującej wykazała związku między nerwicą a deformacją życia naprawde nie wolno zapomnieć. Do wcześniejszych opisów rozwoju neurotycznych i zniekształcenia wiary (*Die Tiefenpsychologie hilft dem Seelsorger*) w wyniku długoletniego doświadczenia zdolano dodać kolejne, niezliczone, wstrząsające przykłady — ale w miarę możliwości należy unikać powtórzeń.

Tutaj wymienimy więc jedynie najważniejsze ich konsekwencje: gdy nerwica zniekształca życie religijne, to duszpasterz jest ogromnie zainteresowany tym, by przez psychoterapię w sferze natury na nowo stworzyć zdrowy stan rzeczy, eubiotykę w rozumieniu Feuchterslebena, a tym samym usunąć zahamowania w rozwoju wiary — współpraca z terapeutą staje się więc dlań koniecznością i musi on uczynić wszystko dla przygotowania pacjenta do przyjęcia psychoterapii, która w takim przypadku ma znaczenie również dla życia nadnaturalnego.

Zadaniem psychoterapeuty będzie wtedy uświadomić i w analizie wyjaśnić przyczyny rozładowywania nerwicy w sferze religijnej (co zazwyczaj prowadzi do przesunięć, zniekształceń, formalizmów, ale także do typowego, stale powtarzającego się niesprawdzania się w określonych dziedzinach — to z kolei często kończy się zdystansowaniem się, ba, odejściem od wiary). Do treści określonej religii psychoterapeucie nie wolno się ustosunkowywać (w przeciwnym razie przekroczyłby swoje kompetencje — patrz dalej), jednak może on, a nawet musi ujawnić, dlaczego właśnie określone przykazanie staje się problemem dla jego pacjenta. Adler sformułował ten sposób postępowania w słowach, które dziś należą już do klasyki: „Jeśli pytasz mnie, dlaczego musisz być tym, który strzeże twego brata, nie mogę dać ci na to żadnej odpowiedzi. Mogę ci jednak wyjaśnić, dlaczego stawiasz mi to pytanie”. Następnie trzeba sprawić, by w psychoterapii pacjent przejrzał swe neurotyczne *arrangements* religijne, a więc racjonalizujące nadużywanie religii dla dążeń czysto neurotycznych. Jako klasyczny przykład wielu takich mechanizmów wymienimy pacjenta, który w dzieciństwie wskutek zbyt silnego przywiązania do matki został tak onieśmielony, że właściwie prawie nie ważył się zbliżyć do kobiet. W efekcie zawsze wtedy, kiedy miał wejść w bliższy kontakt z jakąś partnerką, odczuwał szczególnie zahamowania. Przed kobietami i — co szczególnie ważne — przed sobą samym tłumaczył tę powściągliwość tym, że ze względu na religijnych w żadnym razie nie może popełnić „takiego grzechu”. Takie mechanizmy trzeba naturalnie w bez-

względny sposób ujawnić: w ten sposób oddaje się przysługę pacjentowi — który wreszcie nauczy się docierać do prawdziwych przyczyn swego zachowania — a być może również i jego rozwojowi religijnemu. Wreszcie, w psychoterapii często konieczne jest zanalizowanie czynników, które doprowadziły do wytworzenia określonego światopoglądu, do afirmacji lub odrzucenia określonego wyznania.

Klasyczny przykład z ostatniego okresu: pewien bardzo sympatyczny i szczerzy kolega powiada w rozmowie: „Nie, nie wierzę, nie mogę uwierzyć, jestem do głębi nieufny, nie ma żadnego objawienia, nie mogę zaakceptować jego istnienia”. Nieco później zaczyna mówić o swym rozwoju. „Wie pan, ta nieufna postawa była dla mnie koniecznością życiową. Mając dwa lata straciłem matkę, a wraz z nią straciłem wszystko. Odrądk nie było oparcia, bezpieczeństwa, obrony, schronienia; musiałem nauczyć się nikomu nie ufać, nie wierzyć w zupełnie nic, tylko sobie samemu”. Takie wypowiedzi nie wymagają komentarza.

Jeszcze raz dobitnie podkreślmy, że duszpasterzowi w żadnym wypadku nie wolno stawiać się psychoterapeutą, a więc w żadnym razie nie wolno mu przeprowadzać analizy „we własnym układowie”, lecz musi pozostawić ją fachowcowi. Oczywiście powstaje przy tym pytanie, z jakimi psychoterapeutami powinien, względnie wolno mu współpracować. Można powiedzieć, że duszpasterz powinien stawiać psychoterapeucie dwa żądania, a mianowicie:

1. Musi to być terapeuta dobry w sensie naszych wywołów w rozdziale ósmym.

2. Psychoterapeuta musi posiadać możliwie uniwersalistyczny sposób wiązania, to znaczy, starać się w dużej mierze również w nieświadomości uchwycić całą ludzką osobowość ze wszystkimi jej warstwami. Psychoterapia specyficznie katolicka (czy chrześcijańska), na przykład w specyficznych celach (religijnych), nie ma prawa istnieć, jednak można będzie mówić o psychoterapeutach katolickich (lub chrześcijańskich), którzy posiadają właśnie uniwersalistyczny obraz człowieka i, co stałoby wynikiem, przeprowadzają psychoterapię uniwersalistyczną.

Czego psychoterapeuta może się nauczyć w kontaktach z duszpasterzem?

- a. Psychoterapeuta przede wszystkim zawsze musi wiedzieć, że nie jest duszpasterzem. Nie jest głosiicielem dobrej nowiny, nie jest kaznodzieją, nikt nie udzielił mu niepojętej, podniosłej władzy odpuszczania grzechów ani mocy zbawiania. Niestety w ostatnich latach do faktów danyh tak jasno wdarł się znaczący zamęt, przede wszystkim wskutek określenia „duszpasterstwo lekarskie” (niem. *ärztliche Seelsorge*), które zostało ukute przez V. E. Fran-

kla, jak chętnie się uważa, w zupełnie dobrym zamiarze. W ten sposób pokropnym zamęcie czasu wojny i wynikającym zeń zaniedbaniu psychiki chciał on zdopingować lekarzy do tego, by wreszcie znów „zatroszczyli się o duszę”. *De facto* jednakże ukuł tym sposobem pojęcie czysto werbalne, które należy bezwzględnie odrzucić. Wyraz „duszpasterstwo” musi w każdym razie pozostać zastrzeżony dla sfery religijnej, a tym samym dla działalności kapłana. Niedermayer usiłował rozwiązać powstały zamęt za pomocą określenia „lekarzka pomoc duszpasterska” (niem.: *ärztliche Seelsorgehilfe*); podkreślano już, że takiej pomocy może udzielić przynajmniej psychoterapeuta, opisano również jej zadania — ale podkreślmy raz jeszcze, że mamy tu do czynienia z działaniem ubocznym, do którego nigdy nie dąży się bezpośrednio.

Psychoterapeuta musi unikać wszystkiego, co mogłoby sprawić, że jego psychoterapia stanie się przewodnictwem duchowym. Tam bowiem, gdzie się nim staje, istnieje wielkie niebezpieczeństwo, że przetrodzi się ona w substytut religii, ba, nawet w magię. Psychoterapeuta nie może i nie wolno mu udzielać odpowiedzi na pytania światopoglądowe, po prostu dlatego, że w ten sposób wykracza poza swoje kompetencje. Nie będziemy zaprzeczać, że psychoterapeuta, który przyjmuje taką postawę, często popada w kłopoty; jeśli rozmowa schodzi na tematy religijne, a on sam oświadcza, że nie jest kompetentny i radzi zwrócić się z tym do duszpasterza jako jedynie kompetentnego, wcale nie tak rzadko napotyka na niesamowity opór (duszpasterzowi też przecież nie jest łatwo zaprowadzić pacjenta do psychoterapeuty — związane z tym uprzedzenie jest zbyt wielkie i rozpowszechnione). Wielu utraciło wiarę w to, że duszpasterz może zrozumieć ich problemy, są przekonani, że kapłan stawia „zasadę ponad człowieka”. Naturalnie wielką jest wredy pokusa by „zając miejsce” odrzuconego duszpasterza — mimo to należy jak najusiłniej przestrzegać przed dyskursami religijnymi w psychoterapii. Nie wolno zapominać, że pacjentowi może także chodzić o kwestie pozorne w sensie mechanizmu obronnego; zajmowanie się nimi oznaczałoby wspieranie oporu pacjenta. W trakcie dobrze przeprowadzanej terapii analitycznej kwestie te wyjaśniają się same. W każdym razie wydaje się niemożliwe leczenie zaburzeń neurotycznych za pomocą jakichkolwiek sformułowań światopoglądowych — czy to zorientowanych pozytywnie, czy negatywnie. Światopogląd (jakiegokolwiek rodzaju) nie jest terapią nerwicy (szczególnie groźne byłoby, gdyby z religii uczyniono środek terapeutyczny i dawano do zrozumienia pacjentowi, by „wybrał” sobie tę religię, która w jego przypadku przynosi największy efekt terapeutyczny — takie postępowanie należy zdecydowanie odrzucić zarówno z medycznego, jak i z teologicznego punktu

widzenia). Wskutek „filozoficznych odpowiedzi na kwestie psychologiczne” (Birnbäum) w psychoterapii może powstać tylko paskudna „nerwica we dwóch”. Pomyślmy tu o powiedzeniu Schulza-Henkego: „Im lepszy psychoterapeuta, tym lepsza jego technika psychologii głębi i jego wyniki poznawcze w zakresie psychologii głębi. Im gorszy terapeuta, tym bardziej miejsce wyników poznawczych i dobrej techniki zajmują u niego stwierdzenia i sformułowania światopoglądowe”.

b. Psychoterapeuta musi w psychoterapii uznać istnienie prawdziwych problemów moralnych. Przede wszystkim trzeba rozróżnić pomiędzy neurotycznym poczuciem winy a winą realną. To pierwsze, wywodzące się, jak już widzieliśmy, z wypartych dziecięcych uczuć i pragnień, należy wyłącznie do domeny psychoterapii — przez uświadomienie należy usunąć jego patogene oddziaływanie, wynikającą zeń chorobliwą, nieświadomą potrzebę ukarania się. Dorosły może jednak wyprzeć również winę realną: wskutek tego powstaje, jak wiemy, reakcja neurotyczna, która w swej symptomatyce nie musi się niczym różnić od nerwicy; czyż np. przymus mycia u Lady Macbeth nie odpowiada obrazowi nerwicy anankastycznej, mimo że nie można go tłumaczyć dziecięcą neurotyzacją ani przymusowym charakterem, gdyż stanowi symboliczną próbę „zmycia” faktycznej winy (rozlewu krwi), a jednocześnie wyraża potrzebę złożenia wyznania? Lady słusznie mówi, że „bardziej potrzebuje spowiednika niż lekarza” — gdy bowiem winę poznano i wyznano, to w żadnym razie nie lekarz może wypowiedzieć *ego te absolvo*, to wyzwalające odpuszczenie winy, gdyż przekracza to granice jego kompetencji. Inny przykład, tym razem z życia:

Psychoterapeuta zostaje wezwany do pewnego mężczyzny na prowincji. Niech przyjdzie, niech to kosztuje ile chce, pacjent nie może już znieść swych dolegliwości. Jakiego rodzaju te dolegliwości? Zawsze w godzinach popołudniowych i wieczornych pacjenta ogarnia nieopisany lęk, serce zaczyna osoblwiwie bić, ma on uczucie, że musi umrzeć. Lęk doprowadza go do tego, że nie odważa się opuścić domu, rodzina musi stać przy jego pobliżu, a on musi być pewien, że jakkolwiek lekarz w pobliżu jest przynajmniej osiągalny. Z tego powodu często posyła służącą, by się upewnić, że jakiś lekarz faktycznie jest na swoim posterunku. Ten sam mężczyzna, który popołudniami i wieczorami doznaje tak wielkiej udręki, że nie może opuścić domu, rano spokojnie, jakby nigdy nie, idzie do swego biura. Dopiero w momencie, gdy po pobudniu wraca z pracy, pojawiają się symptomy. Już pierwsze badanie wyjaśnia tę tak zagadkową, irracjonalną symptomatykę neurotyczną (stwierdziliśmy, że chodzi o nerwicę lękową). Zapytany o życie małżeńskie, pacjent oświadcza, że nie jest szczęśliwy ze swą żoną, ponieważ jest zimna i dlatego przyzwyczaił się do stałych skoków w bok. Po pracy chodził do tych kobiet, ale właśnie teraz już nie może tego robić.

Teraz rozumiemy sens całej tej historii. Sumienie pacjenta początkowo nieświadomie, określną drogą za pomocą pojawiającego się nieznosnego lęku,

uniemożliwia kontynuację jego niewierności, gdyż on sam nie jest dostatecznie silny, by jej poniechać. Któż zechciałby zaprzeczyć, że w tej neurotycznej reakcji pacjenta przejawia się problem prawdziwie moralny? Jak daleko posuwa się ta tendencja do zabezpieczenia się, widać z ponizszego: gdy psychoterapeuta prosi pacjenta o przyjazd do Wiednia, by tam poddał się stacjonarnemu leczeniu psychoterapeutycznemu, ten odpowiada: „Chętnie, ale tylko pod warunkiem, że moja żona zostanie zakwaterowana w tym samym pokoju i będzie mogła stać przy mnie”. Czy zbyt śmiała będzie interpretacja mówiąca w takich przypadkach, że jest to nawoływanie nieświadomości do opamiętania się?

Wreszcie, problem wylaniający się w fazie syntezy jest do pewnego stopnia natury moralnej. Przypomnijmy sobie nasz przypadek z rozdziału pierwszego, albo wykrzyknik pewnego pacjenta cytowany w rozdziale ósmym: „Teraz wiem, że nienawidzę mego ojca”; przypomnijmy sobie również, że „dla rzeczywistego wyzdrowienia, musi on przetworzyć, rozwiązać tę nienawiść”, jak się tam wyraził. Wylania się teraz przed nim wiele pytań: czy ma darować, czy potrafi wybaczyć prawdziwie (bez neurotycznego wypierania), czy będzie w stanie żyć dalej ze swoją nienawiścią nie produkując z tego powodu dalszych symptomów neurotycznych? Któż zechciałby zaprzeczyć, że pacjent staje w ten sposób wobec decyzji bezwzględnie prowadzących w sferę moralności? W ramach psychoterapii odpowiedzialnym za nie pozostanie oczywiście on sam. Dlatego duszpasterz nie powinien czynić terapeutyczne żądanych zarzutów, jeśli terapia przyniesie rezultat odmienny od tego, którego „zyczył” sobie kapłan — w tym tkwi nieuniknione ryzyko wszelkiej psychoterapii. Każda choćby najmniejsza manipulacja byłaby końcem terapii analitycznej, nawet „podprogowe” zyczenia terapeuty mogą tu oddziaływać zakłócająco. Pacjent ponosi odpowiedzialność pierwotnie przed swym własnym sumieniem, a nie przed terapeutą — ten może co najwyżej swoją osobą reprezentować społeczność i w ten sposób wyzwać przemyslenia wtórne, gdyż problemy sumienia częściowo zawierają w sobie również starcie się ze społecznością. Z lekarskiego punktu widzenia decydującym kryterium tego przebiegu — jakkolwiek twarado zabrzmiaby to dla duszpasterza — pozostanie to, czy pacjent jest teraz w stanie żyć bez chorobliwych symptomów psychicznych.

c. Wreszcie, psychoterapeuta musi wiedzieć, że nawet w przypadku pacjenta niereligijnego mogą istnieć w nieświadomości problemy religijne. Przede wszystkim Jung był tym, który wskazał na znaczenie wypartej religijności i na podstawie długotrwałego doświadczenia psychoterapeutycznego

Kryteria psychicznie zdrowej wiary

*Chocbym mówił językami ludzi albo aniołów a nie miał miłoś-
ci, byłbym dźwięczącym sprzętem albo brzęczącym dzwonkiem.
(Św. Paweł I, list do Korynćjan, rozdział 13., w. 1.)*

*Trzeba rozróżnić między życiem i posłannictwem historyczne-
go Jezusa a teologami, którzy narychmiasz zawładnęli nim za
pomocą interpretacji. Złowrotne skutki tej interpretacji, jak
moralność wrogości wobec ciała, zarzucanie naturalności,
deprecjonowanie ziemskości na korzyść pozaziemskości, pier-
wszeństwo „wiary” przed praktyką, były przeczuwane w
ostaniach czasach, poruszyły one teologów, w żadnym razie
jednak nie przeniknęły do powszechnej świadomości chrześ-
cijańskiej.*

(Gisela Uellenberg, *Die Geburt des Milieids
aus dem Geiste des Christentums*)

określił człowieka również w jego składowej nieświadomości jako „homo reli-
giosus”. Cechą specyficzną naszych czasów może być to, że religijność od-
krywa się w szczególnym rozmiarze w nieświadomości. Wyjaśnieniem tego
może być fakt, że człowiek coraz bardziej zajmuje się wypieraniem ze swia-
domości rzeczy nieprzyjemnych i obciążających. Kwestia religijna dość częs-
to okazuje się teraz tożsama z niewygodnymi wymogami, dlatego chętnie
bywa wyłączana poza nawias świadomego zmagania się (Wildgans o ucze-
niach Chrystusa: „Rozpoznawali mistrza po tym, że to, czego wymagał
zawsze było zbyt wielkie”). Bez wątpienia (podkreśliłbym to kilkakrotnie)
człowiek może postugiwać się religią jako „neurotycznymi kulami” do cho-
dzenia; powiedzmy to lepiej: nadużywać jej, ale żeby, jak to uważał Freud,
z istoty swej była ona takimi kulami, nie można powiedzieć. Pogląd ten słusz-
nie został skorygowany przez dalszy rozwój psychologii głębi, gdyż faktem
jest raczej coś przeciwnego — prawdziwa religijność obarcza człowieka
szczególną odpowiedzialnością i poddaje go naciśkowi wysokich wymagań,
a więc w pewnym sensie raczej utrudnia życie niż je ułatwia — jej wyparcie
do nieświadomości wydaje się więc całkiem zrozumiałe. Na podstawie pow-
szechnej praktyki psychoterapeutycznej można w każdym razie stwierdzić,
jak wielka jest tęsknota za Bogiem, jak głębokie jest wypieranie tej tęsknoty
do nieświadomości i jak wstrząsające bywają skutki ponownego uświadomie-
nia sobie tej tęsknoty w trakcie leczenia psychoterapeutycznego.

Miejmy nadzieję, że za pomocą tych wzmiarek, do których musieliśmy
się ostatnio ograniczyć, udało się jednak pokazać, jak fascynujące i zapła-
niające dla obu stron może być spotkanie religii i psychoterapii. W każdym
razie za jego pomocą uruchomiono pewien rozwój, którego końca ani wyni-
ków nie można jeszcze przewidzieć, a który wart jest, by zabiegali o niego
najlepsi.

Autor nie jest teologiem i nawet w najmniejszej mierze nie chce rościć
sobie pretensji do roli takowego. Medyk nie może (w ramach swej funkcji)
wypowiadać się na temat prawd wiary. Psychiatra, psycholog głębi i psycho-
higienista mogą jednak sprawdzić przebieg życia religijnego jednostki pod
względem kryteriów zdrowia i choroby. Takie aspekty występowały już prze-
cież kilkakrotnie w ramach dotychczasowych rozdziałów. Wobec znaczenia
tej kwestii autor nie chciałby jednak zakończyć książki raz jeszcze nie przed-
stawiając podsumowania tej sprawy — dokonamy go raczej w formie wzmia-
nek skłaniających do dalszych przemyśleń, niż szczegółowych wywodów.

Każdy musi być świadomy tego, że w sprawach swego życia religijnego
i swych religijnych zachowań ponosi pewną odpowiedzialność również za
innych, nie tylko za własną osobę. Teoretycznie rozwój wiary jest wprawdzie
procesem wewnątrzpsychicznym, praktycznie jednak jedną z decydujących
ról odgrywają w nim również okoliczności zewnętrzne, przede wszystkim
przykład innych ludzi. Osobowości tak silnych, że zachowanie otoczenia nie
mogłoby wpływać na nie pozytywnie, a przede wszystkim negatywnie, rów-

niez pod względem życia religijnego, nie jest zbyt wiele. Kilkakrotnie skazywałem na znaczenie sfer emocjonalnej również dla rozwoju wiary, a więc może być zrozumiałe, że stale słyszysz się: „Nauka jest może i słusza, ale gdy widzę postępowanie N.V. który uchodzi za reprezentanta chrześcijaństwa, to tracę dla niej wszelki zachwyt”. Ilustruje to ogromną odpowiedzialność każdej jednostki za kształtowanie swej religijności, również wobec otoczenia. Słusznie powiadają facimley: „Przykłady są tym, co porywa”. Przedstawimy teraz takie oddziaływania na dwu przypadkach, które wychodzą od niemal tej samej sytuacji podstawowej, a jednak wskutek różnego zachowania doprowadziły do różnego ukształtowania zwrócić rozstrzygniętego o czymś losie.

W VII klasie gimnazjum prowadzonego przez pewien zakon jeden z uczniów uporeczywie rozmawia podczas lekcji religii. Nauczyciel traci cierpliwość i gani mąciela spokoju. Ten odpowiada: „Ale ja gadam tylko tutaj, na religii, a to przecież nie jest taki ważny przedmiot”. Profesor czuje się zobowiązany zameldować dyrektorowi o tak „poważnym zdarzeniu”, a ten z kolei zwołuje konferencję, która większością głosów (ale jednak przy kilku głosach przeciwnych — powiedzmy to, gdyż jest to fakt ratujący honor tej szkoły) postanawia wykluczyć ucznia: „Bo można wybaczyć wszystko, ale nie obrazę religii, już choćby ze względu na niebezpieczny wpływ na innych uczniów powierzonych zakonowi przez rodziców”. Teraz niesformy uczeń, na krótko przed maturą, musi zmienić szkołę, ale nagle odmawia uczęszczania tam na lekcje. „Moje miejsce jest w mojej dawnej klasie, ona jest społecznością, do której czuję się przynależny, muszę przyjąć mnie z powrotem”, powiedział — ale apel natrafił na niesłyszane uszy. Psychoterapeucie udaje się w końcu położyć kres reakcji neurotycznej chłopca, umożliwić mu kontynuację nauki w nowej szkole i ukończenie jej ze świadectwem dojrzałości — tylko jednego nie udało się zmienić do dziś: dezaprobujecej postawy młodego pacjenta wobec religii. Zbadanie prehistorii przypadku, pokazuje, że uczeń miał zgoła otwarte nastawienie do religii, jego uwaga wygłoszona na lekcji religii wynikała raczej ze swawolnego nastroju chwili: „anieli wyrażała jego rzeczywistość pogląd; ale teraz nie wolno nawet wspomnieć przy nim o Kościele i wierze: „Oni postąpili nieludzko, a to jest najgorsze co można uczynić”. Długo jeszcze potrwają zanim będzie można w tym przypadku naprawić — jeśli w ogóle się to uda — to, „co inni popsuł!”.

Znowu jesteśmy w VII klasie pewnego gimnazjum zakonnego, znowu na lekcji religii. Pewien uczeń wstaje i pyta nauczyciela wobec całej klasy: „Panie profesorze, co jest bardziej płynne od wody?” i zaraz sam odpowiada: „Religia — bo jest zbieżna!” (Gra słów niemi.: *flüssig* — płynny; *über* — nad,

ponad; *überflüssig* — zbędny; — tłum.) Wśród salwy śmiechu nauczyciel zachowuje spokój, później woła złochońce do siebie na dyskusję w cztery oczy i uprzytamnia mu, że postąpił niewłaściwie. Jest to jedyna konsekwencja tego zdarzenia, innej nie ma. Ów niegdyś uczeń jest dziś poważanym kapłanem o błogosławionym działaniu...

Odnosząc się ponownie w krótkim zestawieniu kilka kryteriów zdrowej wiary raz jeszcze zastanówmy się nad ich znaczeniem dla nas samych i dla innych.

1. Warunkiem zdrowej wiary jest *samopoznanie*. Złożenie, że „gorące zwrócenie się ku górze” czyni zbytecznym spoglądanie do własnego wnętrza i nasłuchiwanie go, jest mylne, prowadzi do niemożliwego do utrzymania i supranaturalizmu. Z tego względu, jak też nieradko z innych, musimy powrócić do wiary prachrześcjan, którzy byli nieustannie świadomi swej nieodporności, ba słabości: wspomaganie we właściwej samoocenie jest być może najcenniejszym wkładem psychologii głębi do zdrowego życia religijnego.

2. Zdrowa wiara służy i nie dąży do władzy (odnosi się to również do zdrowego Kościoła). Z prawdziwego samopoznania wynika *pokora*. Podczas komunii mówimy: „O Panie, nie jestem godzien, abys wszedł pod dach mój” — ale nieradko przetrada się to w pustą frazę, a nawet współwystępuje z przekonaniami o własnej „godności”. Chrześcijaństwo od początku stawiało człowiekowi bardzo wysokie wymagania, które, jak już podkreślano, niemal przerasały jego możliwości. Wielka była pokusa rozwiązania powstającego, skrajnie obciążającego i dręczącego konfliktu przez wstawianie sobie, że i tak zbliżono się do obrazu idealnego na ile było to możliwe. W ten sposób w długim marszu od prachrześcijaństwa po dzień dzisiejszy *image* chrześcijanina zmienił się w kierunku „wybranego”, „doskonalego”, tego, który jest bez „skazy i zmayı”. Pokorny chrześcijanin, który był świadom swego niesprawdzenia się, swej niegodziwości — pewien pacjent będący zarazem uzdolnionym poetą wyraził to kiedyś tak: „Zdradzonym często, ale też często zdrąjącą” — stał się pewnym i zadowolonym z siebie wyniosłym człowiekiem, który czuje się uprawniony do spoglądania na innych z góry („Mój Boże, dzięki Ci, że nie jestem taki jak ów tam”), oceniania, obmowy i potępiania ich. Takie „typy” zdają się nie obawiać powiedzenia: „Nie sądzić, abyście nie byli sądzeni”. Holenderski kardynał Alfrink powiedział, że: „wreszcie musimy zacząć widzieć człowieka takim, jakim jest, a nie jakim ma być” — w tej sprawie każdy powinien zacząć od siebie i niszczyć wszelkie auto-iluzje: „Panie, ja wierzę, dopomóż mej niewierze”.

3. Zdrowa wiara *nie szuka ziemskiej korzyści*, jest zorientowana na dobro

nieśmiertelnej duszy. „Kto jest nęgradzany tutaj, ten już został nagrodzony” czytamy o tym w *Pismissie Świewym* („Zaprawdę, powiadam wam, oni mają już swą zapłatę” — Mateusz 6, 3). Odkład za Konstantyna Wielkiego chrześcijaństwo stało się, niestety, po raz pierwszy religią państwową — a później stawało się nią ciągle od nowa — istnieją liczne możliwości zdobywania sobie korzyści świeckich dzięki „zakcentowanej pobożności”. Widząc ilu ludzi posługuje się swymi „chrześcijańskimi przekonaniem” w celu przylaszczania sobie władzy w najrozmaitszej postaci, trzeba będzie spytać, czy zawsze chodzi tam jedynie o nieświadome *arrangements* w postaci nadkompensacji uczuć niższości dążeniem do znaczenia maskowanym religią — czy obok niej nie odgrywa wielkiej roli często również bardzo świadomy utylitaryzm. Jakkolwiek by było, należałoby czynić wszystko dla unikania konstatacji zawierających pokusę takiego nadużywania religii. W Austrii na przykład był okres, kiedy pozdrowienie „Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus” otwierało szanse na wpływy i korzyści: nie był on dobrą propagandą wiary. Dlatego ordynariusz ds katolickiego prawa kościelnego na Uniwersytecie Münster, Horst Herrmann, w swym wykładzie inauguracyjnym również z tego punktu widzenia słusznie domagał się „Kościoła możliwie ubogiego we władzę”.

4. Zdrowa wiara jest *ustępliwą, tolerancyjną, nie wojującą*. Wszyscy jesteśmy agresywni, być może przynajmniej częściowo, również w sensie negatywnym, a więc destrukcyjnym. Trzeba zdawać sobie z tego sprawę, pracować nad skanalizowaniem tej agresji w dozwolonych ramach, nad sublimacją, iść drogą ku pokojowi wewnętrznemu, a tym samym wnosić wkład do pokoju zewnętrznego, powszechnego. Wypieranie i niechęć przyznania się do takich tendencji prowadzi, jak widzieliśmy, do potężnych projekcji na zewnątrz, przez co inni stają się groźnymi agresorami, przed którymi trzeba się bronić. Któż zechciałby zaprzeczyć, że na historii religii chrześcijańskiej w istotnej mierze wpływały i kształtowały ją także mechanizmy obronne? Teraz pora dokonać zmiany również tutaj, wspierać dialog i budowanie mostów, mówiąc krótko: być tolerancyjnym. Autor ma swemu — już dawno zmarłemu — nauczycielowi religii wiele do zawdzięczenia. Gdy jednak pewnego razu powiedział on: „Kto wie, że posiada prawdziwą wiarę, nie może być tolerancyjny, wie przecież, że inni błędzą: dlatego musi zwalczać ten błąd wszelkimi środkami”, to oszukiwał siebie samego. Trzeba tu wspomnieć zwłaszcza także o stosunku chrześcijaństwa do religii żydowskiej i narodu żydowskiego. Opierając się na tendencyjnej wykładni historii męki Chrystusa (jakby ta nie mogła zdarzyć się, ba, nie zdarzała się w każdym innym narodzie), chrześcijaństwo oficjalnie, ale też i podprogowo, stale żywiło uczucia

antysemickie, które są współwinnym nieskończonych udręk, na jakie naród ów był wystawiony w historii nowożytnej. Jest to dla nas wszystkich skrajnie bolesne, gdy Heer w swej książce *Der Glaube des Adolf Hitler* wykazuje, że narodowosocjalistyczny Führer prawie wszystkie swe idee „zaczepnął” z katolicyzmu — ale z tego powodu nie staje się to mniej prawdziwe. Również tutaj, tak jak i we wszystkich innych dziedzinach, Jan XXIII wskazał nam drogę powrotną do zdrowej, ludzkiej wiary zarządzając skreślenie sformułowania mówiącego o „perfidnych Żydach”.

5. Zdrowa wiara jest *wiarą dorostego*, a nie dziecka; charakteryzuje się *myśleniem i działaniem samodzielnym*, a nie zależnym (patrz także rozdział 4.). Właśnie za naszych dni byliśmy świadkami śmiałej próby nie tylko przyjęcia do wiadomości tej „dorostości” wiernych (co już stanowi wiele), lecz nawet sprzyjania jej: biskupi niderlandzcy po intensywnych pracach wstępnych w okresie od 1962 do 1965 r. opublikowali w r. 1966 wykład zasad wiary, który się wkrótce szeroko rozpowszechnił pod nazwą „katechizmu holenderskiego”. Nie przypadkiem w przekładzie niemieckim nosi on tytuł: *Zwiasutowanie wiary dla dorosłych* (1968). Mamy tu do czynienia z książką, która nie wahała już tajemnie wiary w formułki w autorytatywnej grze pytań i odpowiedzi, jak było to przyjęte dawniej. Język jest prosty i prawie bez wyjątku zrozumiały dla wszystkich czytelników laickich. Autorzy ani nie usiłują udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania, ani nie omijają trudnych problemów. „Dojrzały chrześcijanin” ma zostać skonfrontowany ze wszystkimi trudnościami wiary i zaproszony do wspólnego myślenia. Albert Wucher słusznie uważa, że nowość tego zwiasutowania wiary polega właśnie na tym, i że dlatego jest ono dla chrześcijan, a zwłaszcza dla katolików, „tak rewolucyjne, jak tylko można sobie wyobrazić”.

Nie jest zamiarem autora pełne identyfikowanie się z poszczególnymi tezami katechizmu holenderskiego. Dyskusję nad nimi trzeba pozostawić teologom, a prymas kościoła holenderskiego, sam kardynał Aldrink podkreślił, że autorzy od niczego nie byli dalsi aniżeli od, by tak rzec, stworzenia „katechizmu światowego”: na to sytuacja w poszczególnych krajach jest zbyt różna. Kilka miejsc zastępuje jednak na wzmiankę, szczególnie w niniejszej książce, pokazują one bowiem, jak bardzo poszczególne punkty, które są tu wymienione jako kryterium psychicznie zdrowej wiary, są ze sobą zgodne i dają w rezultacie spójną budowlę. A więc: w przekonaniu autora nie przypadkiem w zwiasutowaniu wiary dla dorosłych spotyka się takie jak przytoczona niżej interpretacje, skoro przecież dorostłość stanowi „element krytyczny” psychicznie zdrowej wiary.

Relacja między naturą a tym, co ponadnaturalne: „W tym czasie faktycznie odkryto zważszcza tę prawdę, że psychika, środowisko i kultura odgrywają szczególną rolę w kształtowaniu przez człowieka wyobrażenia o Bogu”.

Relacja między chrześcijaństwem, humanizmem a marksizmem: „Nauka ta powstała w okresie, gdy wiara (tylko w części pojmowana) powstrzymała wielu ludzi od opowiedzenia się za urzeczywistnieniem sprawiedliwego podziału żywności, odzieży, mieszkań. Dla chrześcijan stała kwestią sumienia jest to, co uczynią z posiadaniem Chrystusa”.

Relacja między wiarą a pokornym samopoznaniem: „Nasz umysł stale pozostaje niezdołny do pojęcia początku zła. Wiąże się z tym nasza egoistyczna niezdolność do kochania się nawzajem; także nasze poniechanie zmianiania naszego życia i naszego myślenia; my również wyrządzamy szkody ludziom; przykładamy rękę do wielkiego zła tego świata; mamy brudne ręce [...] nie chodzi głównie o to, że człowiek zgryzeszył i jest teraz zepsuty; on grzeszy i jest psuty [...] Ta wspólnota w winie jest czymś, czego człowiek całkowicie przejrzeć nie może. Dawniej też nie sądzono, że się to w pełni rozumie. Szukano wtedy w kierunku „natury ludzkiej”, która jest rozmażana przez cielesne pochodzenie od grzesznego Adama. Ta wykładnia wspólnoty grzechu jako taka nie należy jednak do objawienia bożego... Grzech, który zaraża innych, nie został popełniony przez jakiegoś Adama w początkach ludzkości, lecz przez Adama, człowieka, każdego człowieka... Musimy mieć przed oczami to, że ów grzech pochodzenia nie jest grzechem w zwykłym sensie tego słowa. Można wyrazić to tak: zyskuje on kształt dopiero w naszych grzechach osobistych. Przecież żaden człowiek nie zostanie potępiony jedynie z powodu grzechu dziedzicznego, lecz z powodu osobistych decyzji, którymi, by tak rzec, afirmuje grzech dziedziczny, staje za nim”.

Relacja między wiarą a przezwyciężeniem agresji: „Chrystus nie zniósł wyraźnie ani wojny, ani kary śmierci [...] Chrystus w ogóle nie głosił żadnej zmiany, do której społeczeństwo nie było dojrzałe ani moralnie, ani umysłowo, ani organizacyjnie. Ale dał jednak chyba ducha, z którego mogłyby wyrastać takie zmiany... Kościół być może często podporządkowywał się narzuconemu porządkowi państwowemu tak bardzo, że brakło mu rozmachu do ucztowieczenia wojny i ustawodawstwa karnego w takim stopniu, w jakim być może było to możliwe. I tak w krajach chrześcijańskich czas jest więcej niż najwyższy, by w większym stopniu przemysleć prawo karne z punktu widzenia chrześcijaństwa, co mogłoby oznaczać na przykład zepchnięcie na dalszy plan pierwiastka odwetu. Także szczerze oburzenie tych, których oczy otwały się na szaleństwo wojny, i którzy teraz łączą się w organizacje dla

zapobiegania wojnie, jest nieodzowne, by stale wstrząsać naszym sumieniem. W ogóle: zasada obrony koniecznej czy słusznej samoobrony nie może być ostatnim słowem w tej sprawie. Nasze myślenie musi być owładnięte przez pokój. Myśl chrześcijańska będzie musiała szukać bez wytechnienia coraz surowszych niar tego, czy wojna jest dozwolona”.

Relacja między wiarą a miłością: „Gdy ludzkość w pełnej liczbie zbudzi się, wszystko wyjdzie na jaw [...] gdy Bóg wkroczy na plan, każdy będzie takim, jakim jest. To jest sąd [...] Okazuje się, że każdy człowiek nie zawaradziały wobec łaski jest podobny Chrystusowi [...] A więc to jest ten sąd: *jedność* z Chrystusem, nawet jeśli być może jeszcze nigdy nie słyszało się jego imienia, albo odwrócenie się od niego, nawet jeśli być może imię jego miało się nieustannie na ustach; *jedność* z jego duchem, jego nastawieniem dobroci, zaufania i służenia albo odwrócenie się od niego”.

6. Zdrowa wiara charakteryzuje się wreszcie — i to jest chyba najważniejszym kryterium — promieniowaniem prawdziwą miłością bliźniego. Nie dławi się ona w formalizmach, nie gustuje i nie wycierpuje się w dyskusjach wokół rzeczy zewnętrznych (jak można to obserwować w naszych czasach w ramach większości synodów, w przypadku których często mamy do czynienia z nową formą neurotyzacji kościelnej), lecz stara się realizować przykazanie „Miłuj bliźniego swego jak siebie samego”, centralne przykazanie chrześcijaństwa. To, że Chrystus, Syn Boży, przyszedł dla zbawienia ludzi, pozostanie po wsze czasy podstawową tezą naszej wiary. Bóg stał się człowiekiem, by ludzie już tu, na Ziemi, zaczęli zbliżać się do boskości — drogą do niej jest miłość bliźniego, jakże inaczej można by rozumieć słowa: „Co uczyniliście najmniejszemu z mych braci, mnie uczyniliście”?

Kamieniem probierczym miłości bliźniego stają się przede wszystkim sła- bi. Nasz świat jest ich pełen: ubogich, skrzywdzonych, uciskanych, prześladowanych, wyklętych, odepchniętych, chorych, życiem pogrzbanych. Nie wystarczy chronić tych słabych i niechciany tylko dopóty, dopóki w tonie matki walczą o utrzymanie swego istnienia. Całkowicie „tak” za tym utrzymaniem życia — ale to „tak” musi pozostać skutecznym również po urodzeniu... pozostać skutecznym także wobec dziecka niesłubnego, upośledzonego i wszystkich innych form ludzkiego cierpienia. Wcale nie tak dawno mieszkający pewnej miejscowości w Republice Federalnej Niemiec wspólnie podpalili dom, który był przeznaczony na schronienie dla dzieci umysłowo upośledzonych; chcieli uszczec wieś przed tą „hańbą”, nie zgadzali się na zagrożenie dochodowego ruchu turystycznego ze strony takiej „instytucji szkodliwej dla opinii”, a kierował nimi ich proboszcz! Ktoś zaoponuje: „Jednorazo-

Bibliografia

we niesprawdzenie się, jakie może się zdarzyć w każdym zawodzie, które jeszcze nie uprawnia do ogólnego dyskredytowania tego zawodu". Być może — lecz nie wydaję się to takim przypadkiem, gdy przejrzeć wielowiekowy alians Kościoła z moznymi i silnymi, który w sposób nieunikniony istotnie ograniczał swobodę ruchu wobec wszelkiego rodzaju pokrzywdzonych. Gdy encyklika „*Rerum novarum*” pojawiła się (o wiele za późno), chodzilo już o stare, a nie o „nowe rzeczy”; stan robotniczy był już dla Kościoła stracony i takim z niewielkimi wyjątkami, pozostał do dnia dzisiejszego.

Być może ktoś zaproponuje, że wśród chrześcijan zawsze byli i będą „tacy” i „tacy”. Z pewnością jest to prawda — decydujące pozostanie jednak to, który z tych dwu „typów” Kościół oficjalny postawi jakby za przykład, by tak rzec, jako „image dobrego chrześcijanina”. Pomijając zupełnie to, że chyba najlepiej obszedłoby się bez takiej oceny, „wyróżnienie” to zazwyczaj nie dotyczy tych, którzy odpowiadają wspomnianym kryteriom psychicznie zdrowej wiary: pomoc jest tutaj pilnie potrzebna.

Jakiś czas temu Geoffrey Gorer napisał: „Głównie przez swój wszechwładny niepostrzeżenie szerzący się wpływ Freud dogłębnie zmienił naszą postawę wobec dzieci, ich pielęgnacji, wychowania, wobec chorych, przestępców, ludzi z zaburzeniami umysłowymi. Dzięki temu, że żył Freud, słabi i nieszcześliwi są często traktowani z łagodnością i miłosierdziem, które stanowią jedną z niewielu zmian w klimacie duchowym naszego wieku, których nie trzeba się wstydić”.

Czytający te słowa chrześcijanin powinien się jednak bardzo głęboko wstydić. Często podkreślamy tutaj, że pojawienie się Freuda było dla medycyny i nauki koniecznością. Potrzebę jego pojawienia się (by nauczyć nas łagodności i miłosierdzia) można wyjaśnić tylko całkowitym niesprawdzeniem się chrześcijaństwa, chociaż to dopiero dzięki jego twórczości te dwie cnoty uzyskały prawdziwy wstęp do świata.

Gdy autor jakiś czas temu zapowiedział odczyt pod tytułem: „Humanizm chrześcijański”, pewna pani z krytyczną życzliwością powiedziała: „Co pan może o nim powiedzieć ponad to, że go nie ma?” Każdy poszczególny chrześcijanin powinien ze wszystkich swych sił przyrzeczyć się do tego, by w możliwie szybkim czasie to smutne stwierdzenie nie było już aktualne; jest to być może najważniejsze zadanie, jakie stawia przed nami psychologia głębi.

Adler A. *Studie über die Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg (1907).

— *Über den nervösen Charakter*, Bergmann (1912).

— *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, Bergmann (1920).

— *Znajomość człowieka*, tłum. Janina Bucholz, Łódź (1948).

— *Die Technik der Individualpsychologie*, 1. u. 2. Teil, Bergmann (1928 u. 1930).

— *Sens życia*, tłum. M. Kreczowska, PWN (1986).

— i E. Jalm *Religion und Individualpsychologie*, Passer (1933).

Alexander F. *Psychosomatische Medizin*, De Gruyter (1951).

Allers R. *Das Werden der sittlichen Person*, Herder (1929).

Ansbacher H. i R. *Alfred Adlers Individualpsychologie*, Reinhardt (1972).

Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, Klett (1957).

— *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, Fischer (1969).

de Beauvoir S. *Vorwort zu: „Treblińka, die Revolte eines Vernichtungslagers”* v. J. F. Steiner, Stalling (1966).

Berner P., H. Hoff i Ringel E. *Die Zeit und ihre Neurose*, Unesco (1957).

— i K. Kryspin-Exner *Zur Psychopathologie der Sucht*, Wien, med. Wschr. (1963).

— i K. Kryspin-Exner *Problematik der derzeitigen Erscheinungsformen des Suchtmittelmi*

brauches in Österreich, Osterreich, Arztezeitung (1970).

Becker A. *Existenz und Psychiatrie: über die Existenzanalyse*, w.: „Psyche” (1955).

Bermann G. *Kind und Familienneurose — Psychosomatische Probleme*, w.: „Der praktische

Arzt” (1971).

- Birnbaum F. *Gibt es eine Konvergenz der tiefenpsychologischen Lehmeinungen?*, w.: „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“ (1948).
- V. E. Frankl's Existenzialpsychologie individualpsychologisch gesehen, w.: „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“ (1947).
- Bleiler M. J. Willi i H. R. Bühler *Aktuelle psychische Begleiterscheinungen körperlicher Krankheiten*, Thieme (1966).
- Böckle F. *Freiheit und Bindung*, Butzon (1968).
- i I. Hermann, *Die Probe aufs Himme*, Patmos (1970).
- Brachfeld O. *Minderwertigkeitsgefühle beim Einziehen und in der Gemeinschaft*, Klett (1953).
- Buyendijk F. J. J. *Über den Schmerz*, Hans Huber (1948).
- *Die Frau*, Bachem (1953).
- Caruso I. *Psychoanalyse und Synthese der Existenz*, Herder (1952).
- *Bios, Psyche, Person*, Herder (1957).
- Dubitscher F. *Suizid*, Thieme (1957).
- Ehrhardt H. *Kauschgiftsucht*, Hohenock (1967).
- Erkson E. H. *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp (1966).
- *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel*, Klett (1970).
- Farberow N. i E. Shneidman *The Cry For Help*, McGraw-Hill (1961).
- i M. Simon *Selbstmord in zwei Gro städten*. Institut für höhere Studien und wissenschaftliche Forschung (1968).
- Formann H. *Geistige Gesundheit und religiöses Leben (ein Beitrag zur pastoralen Psychotherapie)*, Herder (1968).
- Frankl V. *Arztliche Seelsorge*, Deuticke (1946).
- *Trotzdem ja zum Leben sagen*, Deuticke (1946).
- *Der unbewusste Gott*, Deuticke (1948).
- *Homo patiens*, Deuticke (1950).
- Freud A. *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag (1936).
- Freud S. *Gesammelte Schriften in 12 Bänden*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag (1924-1934).
- Fromm E. *Psychoanalyse und Ethik*, Diana (1954).
- Guardini R. *Der Gegensatz. Versuch zu einer Philosophie des lebendig Konkreten*, Grünewald (1955).
- *Siegmund Freud und die Erkenntnis der menschlichen Wirklichkeit*, „Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie“ (1957).
- Hacker F. *Aggression. Die Brutalisierung der modernen Welt*, Molden (1971).
- Heer F. *Gottes erste Liebe. 2000 Jahre Judentum und Christentum. Genesis des österreichtischen Katholiken Adolf Hitler*, Bechtle (1967).
- *Der Glaube des Adolf Hitler*, Bechtle (1968).
- Hoff H. *Lehrbuch der Psychiatrie in 2 Bänden*, Schwabe (1956).
- i R. Heilig *Der Einfluss der Hypnose auf verschiedene vegetative Funktionen*. Mehrere Arbeiten in „Medizinisch klinische Wochenschrift“ (1925-1928).
- i E. Ringel *Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin*, Jolis (1964).
- Jores A. *Der Mensch und seine Krankheit*, Klett (1956).
- Jud G. *Pastorpsychologie, ein Postulat der Zeitsorge*, w.: „Wesentliche Seelsorge“, Rex (1945).
- Jung C. G. *Wandlungen und Symbole der Libido*, Deuticke (1925).

- *Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben*, Rascher (1929).
- *Psychologische Typen*, Rascher (1930).
- *Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge*, Rascher (1932).
- *Wirklichkeit der Seele*, Rascher (1934).
- *Die Psychologie der Ueberragung*, Rascher (1946).
- *Der Geist der Psychologie*, Rascher (1948).
- *Antwort auf Hiob*, Rascher (1952).
- Kauders O. *Vegetatives Nervensystem und Seele*, Urban Schwarzenberg (1947).
- i P. Schlier *Lehrbuch der Hypnose*, Springer (1926).
- Kaufmann L. *Der Realismus eines einsamen Gewissens*, w.: „Orientierung“ (1971).
- Kielholz P. *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*, Lehmanns (1967).
- *Gesamtweizerische Enquete über die Häufigkeit des Medikamentenmi brauches*, w.: „Schweiz. Arztezeitung“ (1968).
- Kleinsorge H. i C. Klumbies *Psychotherapie in Klinik und Praxis*, Urban Schwarzenberg (1959).
- Korcza J. *Wybór pism pedagogicznyc*, tom I — *Jak kochać dzieci*, PZWS (1957).
- Kryspin-Ekner K. *Drogen. Psychotrope Stoffe als Suchtmittel*, Jugend und Volk (1971).
- *Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit*, Hollinek (1969).
- Kuiper P. C. *Die seelischen Krankheiten des Menschen*, Huber und Klett (1969).
- Künkel F. *Einführung in die Charakterkunde*, Hirzel (1929).
- Lain-Entralgo P. *Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung. Einführung in die psychosomatische Pathologie*, Otto Müller (1956).
- Laubenthal F. *Sucht und Missbrauch*, Thieme (1964).
- Lorenz K. *Tak zwane zlo*, tum. A.D. Tauszyńska, PIW (1972).
- van Lun i E. Ringel *Die Tiefenpsychologie hilft dem Seelsorgen*, Herder (1953).
- Luban-Piozza B. i W. Pöldinger *Der psychosomatisch Kranke in der Praxis*, Lehmanns (1971).
- Mantell D.M. *Familie und Aggression*, Fischer (1972).
- Matussek P. *Die allgemeine Bedeutung Freuds für die Psychiatrie*, „Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie“ (1957).
- i R. Egenter, *Ideologie, Glaube und Gewissen*. (Diskussion an der Grenze zwischen Moraltheologie und Psychotherapie), Droemer Knaur (1965).
- Menninger K. *Man against himself*, Harcourt Brace (1938).
- Meyer V. i E.S. Chesser, *Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie*, Thieme (1971).
- Miller J. *Katholische Beichte und Psychotherapie*, Tyrolia (1947).
- Mitscherlich A. *Vom Ursprung der Sucht*, Klett (1947).
- *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin in zwei Bänden*, Suhrkamp (1966).
- *Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität*, Suhrkamp (1970).
- *Versuch, die Welt besser zu verstehen*, Suhrkamp (1970).
- Moreno J.L. *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einführung in die Therapie und Praxis*, Thieme (1959).
- Niedermeyer A. *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin*, 6 Bände, Herder (1948-1952).
- Pöldinger W. *Abschätzung der Suizidalität*, Huber (1968).
- Rahner K. *Schriften für Theologie*, 9 Bände, Benzinger (1966-1970).
- Rath F. *Siegmund Freud und die Schwierigkeiten auf dem Weg zur Anerkennung seiner Lehre*, Psychiatria Fennica (1971).
- Reck-Malleczewen F. *Tagebuch eines Verzweifelten*, Fischerbücherei (1971).

- Reich W. *Charakteranalyse*, Kiepenheuer und Witsch (1970).
- Richter H. E. *Eltern, Kind und Neurose*, Rowohlt (1967).
- *Patient Familie*, Rowohlt (1970).
- *Die Gruppe*, Rowohlt (1972).
- Ringel E. *Der Selbstmord*, Maudrich (1953).
- Ringel E. *Individualpsychologie und universalistische Betrachtungsweise*, Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie (1956).
- *Einführung in die Grundprobleme der Neurose*, Herder (1959).
- *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem*, Hollinek (1961).
- *Selbstmordverhütung*, Huber (1969).
- Rudin J. *Psychotherapie und Seelenführung in „Orientierung“* (1953).
- *Neurose und Religion* (Krankheitsbilder und ihre Problematik), Walter (1964).
- Sartre J.P. *Links von Freud*, w: *Neues Forum* (1969).
- Schätzung E. *Die ecclesiogene Neurose als Hintergrund der Selbstmordgefährdung*, w: *Das ärztliche Gespräch*, Tropon (1967).
- Schultz-Hencke H. *Der gehemmte Mensch*, Thieme (1940).
- *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme (1951).
- Schultz L.H. *Das autogene Training*, Thieme (1966, 12. Auflage).
- Snoeck A. *Beichte und Psychoanalyse*, Knecht (1958).
- Spertler M. *Alfred Adler oder das Elend der Psychologie*, Molden (1970).
- Spiel O. *Gemeinschaft als Idee und Realität*, „Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie“ (1948).
- Spitz R. *The psychogenic diseases*, w: „The psychoanalytic study of the child“, Internationaler psychoanalytischer Verlag (1951).
- Stengel E. *Selbstmord und Selbstmordversuch*, S. Fischer (1969).
- Strotzka H. *Sozialpsychiatrische Untersuchungen*, Springer (1958).
- *Gesundheit für Millionen: Sozialpsychiatrie heute*, Zsolnay (1972)
- Thomas K. *Handbuch der Selbstmordverhütung*, Enke (1964).
- Thomas K. *Praxis der Selbsthypnose des autogenen Trainings*, Thieme (1967).
- *Menschen vor dem Abgrund*, Wegner (1970).
- *Die künstlich gesteuerte Seele*, Enke (1970).
- Tournier P. *Echtes und falsches Schuldgefühl*, Herder (1969).
- Uellenberg G. *Wider den unchristlichen christlichen Gehorsam*, „Süddeutsche Zeitung“ (1966)
- Uexküll Th. *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*, Rowohlt (1963).
- Weizsäcker V. *Studien zur Pathogenese*, Thieme (1946).
- *Fälle und Probleme*, Thieme (1947).
- *Der kranke Mensch*, Thieme (1951).
- *Klinische Vorstellungen*, Hippokraties (1955).
- Willson C.W. *Adolescent Drug Dependence*, Pergamon Press (1968).
- Wolpe J. *Die Praxis der Verhaltenstherapie*, Huber (1972).
- Zahn G. *Er folgte seinem Gewissen*, Styria (1967).
- Zwiggmann Ch. *Selbstverrichtung*, Akademische Verlagsgesellschaft (1965).

Spis treści

Słowo wstępne	5
Przedmowa	10
Rozdział I	13
Istota nerwicy	13
Rozdział II	26
Powstawanie nerwicy	26
Rozdział III	51
Formy nerwicy	51
Rozdział IV	77
Od nadziei do sunienia jednostkowego	77
Rozdział V	91
Choroby psychosomatyczne	91
Rozdział VI	109
Nerwica samozniszczenia a problem samobójstwa	109
Rozdział VII	133
Człowiek jako wróg samego siebie — na przykładzie „nerwicy egzaminacyjnej”	133
Rozdział VIII	140
Psychoterapia dzisiejsza	140
Rozdział IX	162
Problemy występujące pomiędzy psychoterapią a religią	162
Rozdział X	
Kryteria psychicznie zdrowej wiary	
Bibliografia	



W SERII UKAZAŁY SIĘ:

- M. Ossowska —
Ethos rycerski i jego odmiany
- J. Łanowski —
Literatura Grecji starożytnej w zarysie
- R. Mantuffel —
Filozofia rolnictwa
- I. Eibl-Eibesfeldt —
Mitość i nienawiść
- A. Peyrefitte —
*Wymiar sprawiedliwości.
Między ideałem a rzeczywistością*
- J.K. Galbraith —
Istota masowego ubóstwa
- M.K. Hinchliffe, D. Hooper, F.J. Roberts —
Melancholia małżeńska
- Z. Pawlak —
O konfliktach
- S. Mika —
Jak modyfikować własne zachowania
- B. Szynkler —
Pojedyunki
- M. Chertok, R.D. Saussure —
*Revolucja psychoterapeutyczna.
Od Mesmera do Freuda*
- M. Szyszkowska (red.) —
Wokół człowieka
- R.L. Heilbroner —
Zmierzch cywilizacji biznesu
- M. Gray —
Sity życia
- J. Koziński —
*O człowieku wielowymiarowym.
Eseje psychologiczne*
- P. Berger —
Zaproszenie do socjologii
- K. Imieliński, S. Dulko —
*Przekleństwo Androgyne.
Transseksualizm: mity i rzeczywistość*
- P. Grudziński —
Teologia bomby, t. 1-3
- S. Filipowicz —
Mit i spektakl władzy
- K. Dąbrowski —
W poszukiwaniu zdrowia psychicznego
- R. Rogoll —
Być sobą
- Z. Skorny —
Mechanizmy regulacyjne ludzkiego zachowania
- E. Grodziński —
Filozoficzne podstawy logiki wielowartościowej
- A. Miller —
*Mury milczenia.
Cena wyparcia urazów dzieciństwa*
- M. Kofka, T. Szustrowa (red.) —
Złudzenia, które pozwalają żyć