

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

Freud'un Teknik Yazıları

SIGMUND FREUD

Freud'un Teknik Yazıları

*Psikanalizin Tekniğı
Üzerine ve Ötesi...*

SIGMUND
FREUD

Editor:
Ece Aşıroğlu

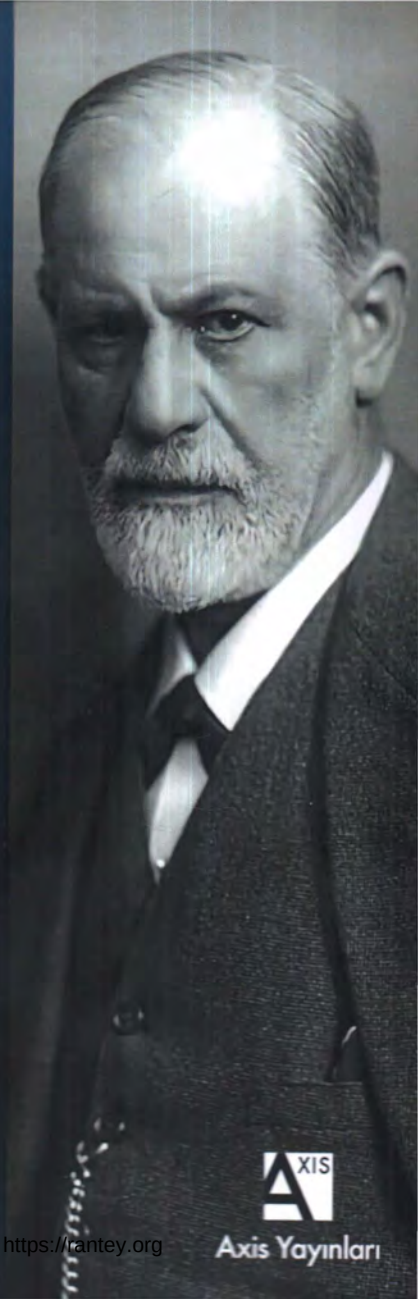


Axis Yayıncılık

Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://tante.org>



Axis Yayınları



SIGMUND FREUD, 1856'da doğmuş ve 1939'da yaşamını yitirmiştir. Hayatı boyunca psikanalizi kurmanın yanında pek çok alana etki eden eserler kaleme almıştır. Freud'un etkisi psikanalizin çok ötesine geçmiş ve bütün hayatımızı derinden etkilemiştir. Psikanalizden esinlenen pek çok ressam, yazar, şair, yönetmen yapıtlarını psikanalizle birlikte ya da ona karşı oluşturmuştur. Freud ilk eserlerini vermeye başladığı yıllardan, kanser nedeniyle acılarla dolu olan son yıllarına kadar üretmeye devam etmiştir. Nazilerden kaçmak zorunda kaldığı için, bütün meslek yaşamını sürdürdüğü Viyana'yı terk etmiş ve 1939 yılında Londra'da hayata gözlerini yummuştur. Psikanaliz bugün de güncelliğini koruyorsa bu, Freud'un icadındaki ele gelmez, indirgenemez, radikal bir boyutla ilgilidir.

ECE AŞIROĞLU, Uzman Psikolog Ece Aşıroğlu 2010 yılında İstanbul Erkek Lisesi'nden mezun olmuştur. Sonrasında lisans eğitimini Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji bölümünde, uzmanlık eğitimini ise Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümü Çocuk-Ergen Altıdalı'nda tamamlamıştır. Özel bir merkezde çocuk, ergen ve yetişkinlerle çalışmaktadır.

Sigmund Freud

Freud'un Teknik Yazıları

Psikanalizin Tekniğı Üzerine ve Ötesi...

Editör
Ece Aşıroğlu

Axis Yayınları

İstanbul, 2022

FREUD'UN TEKNİK YAZILARI
PSİKANALİZİN TEKNİĞİ ÜZERİNE VE ÖTESİ
Sigmund Freud

Orijinal adı:

Freud's Technical Papers

Türkçe yayım hakları © Axis Yayınları

Bu eserin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek şartıyla tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla kopyalanamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz ve dağıtılamaz.

Çevirmenler: Ece Aşıroğlu, Oğuzhan Nacak, Tuba Alkan, Sinem Acar.

Editör: Ece Aşıroğlu

Yayıma hazırlayan: Özgür Öğütçen

Kapak Tasarımı: Sercan Arslan

Dizgi: DBY Ajans

Baskı ve Cilt: Birlik Ozalit (Sertifika no: 52846)

Axis Yayınları

Nispetiye Mahallesi, Başlık Sokak, Tülin Apt., 8/15, Beşiktaş/İstanbul

e-posta: axis@axisyayinlari.com

Yayınevi Sertifika No: 42925

1. Basım: İstanbul, 2022

ISBN 978-605-80898-3-9

İçindekiler

Sunuş.....	7
Nevrozların Etiyolojisinde Cinsellik.....	9
Freud'un Psikanalitik Yöntemi	25
Psikoterapi Üzerine	31
Bir Histeri Vakasından Kesitler	41
“Vahşi” Psikanaliz.....	51
Psikanalizde Rüya Yorumlamanın Kullanımı	57
Aktarımın Dinamiği	63
Psikanaliz Uygulayanlara Tavsiyeler.....	71
Tedavinin Başlangıcı Üzerine.....	79
Psikanalitik Tedavide Fausse Reconnaissance (“Déjà Raconté”).....	95
Hatırlama, Tekrarlama ve Derinlemesine Çalışma.....	101
Aktarım Aşkına Üzerine Notlar.....	109
Psikanalize Giriş Dersleri.....	121
Haz İlkesinin Ötesinde	135
Amatörler İçin Psikanaliz Meselesi.....	141
Psikanalize Yeni Giriş Dersleri.....	151
Sonlu ve Sonsuz Analiz.....	161
Analizde İnşalar	191

Sunuş

Özgür Öğütçen

Elinizdeki bu kitap psikanalizin nasıl yapıldığıyla yani onun tekniğiyle ilgilidir.

Sigmund Freud 1856 yılında doğdu 1939 yılında öldü. Bu uzun sayılabilecek ömre yirmi cildi aşkın yazı sığdırdı. Bunlardan bazıları kitaplardı bazıları makaleler bazıları da mektuplar. O bir psikanalistti, bir yazardı ve adına psikanaliz denilen disiplini icat eden kişiydi. Freud'un kurduğu psikanalizin ne olduğu, neyle ilgilendiği, alanının neleri kapsadığı çok sık sorgulanmış ve sonunda buna doyurucu bir yanıt verilememiş olsa da psikanaliz var ve var olmaya devam edecek gibi duruyor.

Freud kendinden önce gelenlerle arasında bir kopuş yarattı. Onun fikirlerinin öncülleri yoktu, psikanalizin nüfuzunu kullandığı bir disiplin yoktu, Freud'dan önce gelen psikanalist yoktu. O "birinci" kişiydi. Adını kendi ampirik varlığının ötesine taşıyan bir icat yaptı: psikanaliz.

Freud hayatı boyunca pek çok konuyu ele aldı: histeri, bilinçdişi, bastırma, dürtü, rüyalar, yorum, aktarım, uygarlık, din, acılar, iç dünyamızın yapısı ve bunun nasıl oluştuğu, vaka öyküleri, paranoya, şizofreni, yas, bitmeyen yas ve tabii cinsellik. Yaşamımızı şekillendiren her ne varsa onun ilgi alanına girdi. Söyledikleri çoğu zaman tepkiyle karşılandı, üniversite çevresinin içinde kendine bir yer bulmakta zorlandı. Modern hayat adı altında deneyimlediğimiz ne varsa onun görüşleri bunlara bir yerinden dokundu, onları etkiledi, dönüştürdü. Bazen onun söylediklerinin sanki kutsal bir metinmişcesine peşinden gidildiği de oldu, her ne kadar çoğu zaman hemen yakınlarda duran bir eleştirelliğin hışmına uğrasa da!

O bir ömür yaşadı ve öldü; bu iki noktanın arasındaki çizgiye, inişli çıkışlı da olan bu çizgiye, bu hayat çizgisine çok şey sığdırdı; herhangi bir insanın yapabileceğinden daha fazlasını yaptı; herhangi bir insanın yazabileceğinden daha fazlasını yazdı; herhangi bir insanın kurabileceğinden daha geniş bir teori kurdu. Ölümünün

üzerinden bile neredeyse bir yüzyıl geçti ve bugün onun söylediklerinin bazıları yolumuzu aydınlatmaya devam ediyor: en başta da bilinçdışı fikri. Bu Freud'a kadar insanlığımızı hükmü altına alan rasyonalizmin ve birey idealinin karşısında dikilmiş bir anıt gibi inatla ayakta durmaya devam ediyor. Konuştuğumuz için, dil ile kendimizi ifade etmek zorunda olduğumuz için bundan başkası beklenemez zaten. Bize, biz insanlara damgasını vuran işte bu bölünme ve bunun nedeni olan konuşan bir varlık olmamız değil mi? Böylesine radikal bir fikrin kendi altüst ediciliğini her ne pahasına olursa olsun koruması gerekiyor. Freud çoğu zaman cehennemi, onun karanlık güçlerini harekete geçirmekten, ölümler diyarındakileri uyandırmaktan boşuna bahsetmedi. Uysal bir biçimde "terapi" kervanına eklenmiş bir psikanaliz kendisinden beklenenin çok azını vermiş olacaktır. Böylesine büyük güçlerden dem vuran bir hareketin somut başarısızlıkları, kavgaları, bölünmeleri ve en önemlisi kendisindeki radikal boyutu kesip biçip kuşa çevirmesi ah etmemize yol açıyor. Nasıl oldu da Freud'un uyarılarına kulak asılmadı? Nasıl oldu da en sığ denizlerde, en fırtınasız gecelerde, en kuytuda değil ama sürünün en ortasında, onun bir parçası olarak yürür olduk? Bunun bir tane nedeni yok... Pek çok var kuşkusuz. Psikanalizi bekleyen kaderin kendi pratiğimizin içinde nasıl konum alacağımızla ilgili olduğunu unutmadan yolumuza devam etmeliyiz.

İşte elinizdeki bu kitap Freud'un anlattıklarının içindeki farklı bir momente odaklanıyor: Psikanalizin nasıl yapıldığına? Onun ne olduğuna değil sadece, onun pratiğinin nasıl uygulandığına değiniyor Freud burada. Bazen çok basit önerilerde bulunuyor, bazen psikanalizin böyle, yani genel bir kurallar manzumesi halinde aktarılamayacağını söylüyor ve kimi zaman da o bildik eleştireliliğiyle olası yorumların önünü almaya çalışıyor. O böyle biri. Biraz edebi, biraz romanesk, biraz bilim adamı, biraz doktor, ama çokça kendi disiplinin içinden dışarı doğru çıkmaya çalışan bir düşünür edasıyla konuşuyor. Onda basitleştirmelere, yüzeyselliklere, konformizme sığdırılamayacak bir yön var. Bu kitaptaki yazıların her bir noktasının bu türde bir Freud'u örneklediğini iddia edemem, hatta bazen söylediği şeylere katılmak mümkün bile değil. Öte yandan ise onun fikirlerinin kalbine, en içteki çekirdeğine gittiğimizde bu radikal boyutu, bu daha fazla indirgenemez boyutu buluyoruz. Az önce de söylediğim gibi sadece iki tanesini numune olarak almamız yeterli: İnsandaki bölünme nedir? Bilinçdışı nedir? Pek çok ele avuca sığmaz fikrin -mesela dürtü de bunlardan biri- arasında ben bunları seçtim ama kuşkusuz bu liste çok daha uzun olabilir.

Uzun lafın kısısı bu kitap psikanalizin ne olduğuyla değil nasıl yapıldığıyla ilgili!

Nevrozların Etiyolojisinde Cinsellik

(1898a)

Son yıllarda yapılan kapsamlı çalışmalar, nevrotik hastalıkların en doğrudan ve uygulamadaki amaçlar için en önemli nedenlerinin, cinsel yaşamdan kaynaklanan etkenlerde bulunduğunu fark etmemi sağladı. Bu teori tamamen yeni değil. Nevrozların etiyolojisindeki cinsel etkenlere çok eski zamanlardan beri ve konu ile ilgilenen her yazar tarafından bir miktar önem verilmiştir. Tıbbın belli marjinal çevrelerinde “cinsel şikayetler” ve “sinir zafiyeti” için önerilen tedaviler hep bir ağızdan konuşulmuştur. Teorinin geçerliliğini inkâr etmekten bir defa vazgeçtiğimizde, özgünlüğünü tartışmak zor olmayacaktır.

Son yıllarda *Neurologisches Zentralblatt*, *Revue Neurologique* ve *Wiener klinische Rundschau*’da yayınlanan birkaç kısa makalede “nevrozların cinsel etiyolojisi” teorisine bilimsel destek sunan malzemeler ve bakış açıları hakkında bir fikir vermeye çalışmıştım. Bununla birlikte, tam bir sunuma halen ihtiyaç var çünkü asıl durum olarak kabul edilen şeye ışık tutmaya çalışırken, çözümü için gerekli olan, ön çalışmaları yapılmamış yeni sorunlarla karşılaşyoruz. Yine de tıp doktorlarının ¹ dikkatini, gerçek olduğuna inandığım şeylere yöneltmek için erken olduğunu düşünüyorum. Böylece, iddialarımın gerçekliğine ve aynı zamanda kendi uygulamalarında elde edecekleri faydalara ikna olabilirler.

Etik kisvesi altına sığınan savlarla, doktorların konuyu daha fazla incelemesini önlemek için çaba gösterileceğinin farkındayım. Hastaların nevrozlarının, cinsel yaşamlarıyla gerçekten bağlantılı olup olmadığından emin olmak isteyenler, onlara cinsel yaşamları ile ilgili soru sormaktan ve bunun gerçek bir açıklamasını almak için

1 Freud, o zamanlar doktorlara hitap ediyordu çünkü bütün analistler doktordu.

ısrar etmekten kaçınmaz. Ancak burada hem birey hem de toplum için bir tehlike bulunduğu ileri sürülüyor. Bir doktorun, hastalarının cinsel sırlarını ihlal etmeye ve bu tür bir sorgulamayla (özellikle kadın hastalarının) iffetini yaralamaya hakkının olmadığı söylenildiğini duyuyorum. Buna göre, doktor bu yaptığı ile ancak ailenin mutluluğunu mahvedebilir, gençlerin masumiyetini incitebilir ve ebeveynlerin otoritesine zarar verebilir; yetişkinler söz konusu olduğunda ise sıra, rahatsız edici bu bilgileri doktor ile paylaşmaya ve böylece doktorun hastaları ile ilişkisinin bozulmasına gelir. Sonuç olarak, cinsel meselelerden uzak durmanın onun etik görevi olduğu söylenmektedir.

Buna ancak, bu tavrın bir doktora yakışmayan ve zayıflığını kötü argümanların ardına gizleyen bir ahlakçılığın ifadesi olduğu yanıtını verebiliriz. Cinsel yaşamdan kaynaklanan etkenlerin, gerçekten hastalık nedeni olarak kabul edilmesi gerekiyorsa, tam da bu nedenle, bunların araştırılması ve tartışılması kendiliğinden bir doktorun görev alanına girer. Suçlu bulunduğu bu “iffetin yaralanması” meselesi, lokal bir hastalığı iyileştirmek için kadın genital organlarını incelemekte ısrarcı olan tıp eğitiminin kendisinden daha farklı ve daha kötü bir şey değildir. Şimdilerde bile, gençliklerini uzman kapılarında harcamış yaşlı kadınların, bir zamanlar yoğun genital kanamalardan bitap düşüklerini çünkü bir doktorun kendilerini çıplak görmesine izin vermekle ilgili tereddüt yaşadıklarını sık sık duyuyoruz. Tıp dünyasının halk arasındaki eğitici etkisi bir nesil boyunca bazı şeyleri öyle değiştirdi ki, bu tür bir itiraz günümüzün genç kadınları arasında son derece nadir görülür. Bu itiraz ile karşılaşıldığında da mantıksız bir ahlakçılık ve yersiz bir utanma olarak hemen kınanır. Türkiye’de mi yaşıyoruz, diye sorar kocası, hani hasta olan kadınların kollarını doktora ancak duvardaki bir delikten göstermesine izin verilen şu ülkede?

Hastaların cinsellikleri ile ilgili sorgulanmasının ve bilgi sahibi olmanın doktora tehlikeli bir güç verdiği doğru değildir. Önceki zamanlarda hastayı, bilincini ve iradesini kullanmaktan mahrum bırakan ve bunları ne zaman geri kazanacağını kararını doktora bırakan anestezi maddelerin kullanımına karşı da aynı itirazın yapılması mümkündü. Ancak günümüzde anestezi biz için vazgeçilmez hale geldi çünkü doktora tıbbi müdahalelerinde diğer her şeyden çok daha fazla yardımcı oluyorlar. Doktorlar, diğer birçok ciddi yükümlülüğün yanı sıra bunların kullanımlarının sorumluluğunu da üstlenmiştir.

Bir doktor, yeteneksiz ya da ahlaki değerlerden yoksunsa, her durumda zarar verici olabilir ve diğer durumlarda, hastalarının cinsel yaşamını araştırırken ona verebileceği zarardan daha azı ya da daha fazlasına sebep olmaz. Doğal olarak, eğer bir kişi dürüst bir öz eleştiri sonrası nevrotik hastaları araştırmak için gerekli olan inceliğe,

ciddiyete ve sağduyuya sahip olmadığına inanırsa ve cinsel işaretlerin açığa çıkmasının onda bilimsel ilgiden çok şehvetli bir heyecan uyandıracağını farkındaysa, o zaman nevrozların etiyojisi konusundan kaçınmakta haklı olacaktır. Kendisinden tek istediğimiz, nevrozlu hastaları tedavi etmekten tümden kaçınmasıdır.

Hastaların, cinsel yaşamlarını soruşturma yolunda aşılmaz engeller koydukları da doğru değildir. Biraz tereddüt etikten sonra yetişkinler genellikle şöyle diyerek duruma alışırlar: “Sonuçta doktorun karşısındayım; ona her şeyi söyleyebilirim.” Cinsel duygularını gizlemeyi bir görev bilerek yaşamı yeterince zor kulan pek çok kadın, doktor sayesinde, başka hiçbir değerlendirmenin iyileşmelerinde daha etkili olmadığını gördüklerinde rahatlar ve bir kez olsun cinsel konularda insan gibi konuşmalarına izin verildiği için minnettar olurlar. Nevroz üretiminde cinsel etkenlerin öneme dair müphem bir bilgi (bilim adına yeniden ele geçirmeye çalıştığım bir bilgi), meslekten olmayan insanların bilincinde asla kaybolmamış gibi görünüyor. Böyle sahnelere sıklıkla şahit oluyoruz: İçlerinden biri nevrotik bir hasta olan evli bir çift muayene için bize gelir. Onlara, bu gibi durumlarda fayda sağlanabilmesi için doktor ile aralarında herhangi bir geleneksel engelin olmaması gerektiğine dair çok sayıda giriş niteliğinde açıklama ve özürden sonra hastalığın nedeninin, kadının son lohusalığından bu yana seçtikleri doğal olmayan ve zararlı cinsel ilişki biçimi olduğundan şüphelendiğimizi söyleriz. Onlara, doktorların genelde bu tür konulara karışmadıklarını, ancak hastalar bunu duymak vb. istemeseler dahi, bu davranışlarının sakınılması gereken bir şey olduğunu anlatırız. Bunun üzerine çiftlerden biri diğerini dürtür ve şöyle der: “Görüyorsun! Sana başından beri bunun beni hasta edeceğini söylüyorum.” Ve diğeri şöyle yanıtlar: “Biliyorum, ben de öyle düşündüm; ama ne yapmalı?”

Cinsel yaşamlarını gizlemeye yönelik öğretiler ile muntazaman yetiştirilen genç kızlarla ilgilenirken olduğu gibi bazı diğer durumlarda da hastanın küçücük samimi bir yanıtı ile yetinmek gerekecektir. Ancak burada önemli bir değerlendirme oyununa dâhil olur; bu konularda tecrübeli bir doktor, hastalarını hazırlıksız karşılamaz ve bir kural olarak tahminlerini teyit ettirmek dışında onlardan bilgi istemez. Nevrozların morfolojisinin nasıl aydınlatıldığına ve etiyojistik terimlere nasıl çevrildiğine dair işaretlerimi takip edecek olanlar, hastalarından ek bir itirafa nadiren ihtiyaç duyacaktır; hastalar bize, yalnızca anlatmaya hazır oldukları semptomlarında, bu semptomların ardında saklı kalan cinsel etkenlerin bilgisini ifşa ederler.

Hastalar, bir doktorun nevrotik şikâyetleri yorumlama ve kendilerinde etkili olan cinsel etkenleri ortaya çıkarma konumunda olduğunu daha kesin bir şekilde bilselerdi, bu büyük bir avantaj olurdu. Kuşkusuz bu, insanları yardım aramaya karar verdikleri andan itibaren sır tutmamaya teşvik ederdi. Cinsel konularda dürüst

olmak, erkekler ve kadınlar arasında şimdiye kadar kendilerinden beklenenden daha yüksek seviyeden bir görev haline geldiğinde, bu hepimizin yararınadır. Burada kazanan cinsel ahlaktan başkası değildir. Cinsellik konusunda, hasta ya da değil, hepimiz ikiyüzlülerden başka bir şey değiliz. Böyle genel bir dürüstlüğün sonucu olarak, cinsellikle ilgili belirli bir hoşgörüyü ulaşılması herkesin yararına olacaktır.

Genellikle doktorlar, nöropatologlar arasında tartışılan nevrozlarla bağlantılı soruların çoğuna pek az ilgi gösterirler: Örneğin, histeri ve nevrasteni arasında kesin bir ayırım yapıp yapılamayacağı, bunların yanında histero-nevrasteninin ayırt edilip edilemeyeceği, obsesyonların nevrasteniler ile mi sınıflandırılacağı yoksa ayrı bir nevroz olarak mı tanınması gerektiği gibi. Alınan karardan daha başka çıkarımlar elde edilmedikçe (daha derin bir içgörü ve terapötik bir etkiye işaret etmedikçe), hastalar her halükârda su terapisi yapan bir kuruma yönlendirildikçe ve onlara kendilerini ilgilendiren bir durum olmadığı söylendikçe, gerçekten de bu tür ayrımlar uygulayıcılar için bir anlam ifade etmeyebilir. Ancak cinsellik ile nevrozlar arasındaki nedensel ilişkilere dair bakış açımız benimsenirse farklı bir şey olacaktır. Farklı nevrozik vakaların semptomatolojisine yeni bir ilgi uyanacak, karmaşık bir tabloyu bileşenlerine doğru şekilde bölmek ve onları doğru şekilde adlandırmak, uygulamaya dair bir önem kazanacaktır. Nevrozların morfolojisi kolaylıkla etiyolojiye çevrilebilecek ve etiyoloji bilgisi kendiliğinden yeni tedavi yöntemlerine yol gösterecektir.

Şimdi vermemiz gereken önemli karar -ve semptomlar dikkatlice değerlendirilirse bu karar her seferinde kesin olarak verilebilir- vakanın nevrasteni ya da psikonevroz (histeri, obsesyon) özellikleri taşıyıp taşımadığıdır. (Nevrasteni belirtilerinin, psikonevroz belirtileri ile birleştiği karışık vakalar da çok sık görülür ama onları daha sonraya bırakacağız.) Hastayı sorgulamak, ancak nevrastenilerin cinsel yaşamındaki etiyolojik etkenleri ortaya çıkarmakta başarı sağlar. Bu etkenler hastalar tarafından bilinmektedir ve şimdiki zamana, daha doğrusu cinsel olgunluğa eriştikten sonraki bir zamana aittir (yine de bu sınırlandırma her durumu kapsamaz). Psikonevrozlarda ise bu tür bir sorgulama çok az sonuç verir. Belki tetikleyici olarak kabul edilmesi gereken etkenler hakkında bilgi sağlayabilir ama bunlar cinsel yaşamla ilgili olabilir de olmayabilir de. Öyleyse, nevrasteninin etiyolojik etkenlerinden farklılık göstermese de bu hastalar, psikonevrozlarının nedenselliği ile hiçbir özel ilişki kuramazlar. Ancak, psikonevrozların etiyolojisi de her vakada cinsellik alanında yatmaktadır. Daha sonra bahsedeceğim tuhaf, dolambaçlı bir yolla, bu etiyolojinin bilgisine varmak ve hastanın neden bize bu konuda hiçbir şey söyleyemediğini anlamak mümkündür. Zira psikonevrozun kökeninde yatan olaylar ve etkiler günümüze değil, erken çocukluk gibi tarih öncesi bir döneme uzanan, uzak bir geçmişe aittir; bu

yüzden hasta da bunlar hakkında hiçbir şey bilmez. Hasta bunları -sadece belirli bir anlamda olsa da- unutmuştur.

Nitekim her nevroz vakasında cinsel bir etiyoloji mevcuttur; ancak nevrastenide bu şimdiki zamana ait iken, psikonevrozda çocuksu bir doğadadır. Bu, nevrozların etiyolojisindeki ilk büyük tezattır. Bir ikincisi, nevrasteni semptomatolojisindeki farklılığı hesaba kattığımızda ortaya çıkar. Burada bir yandan, kuşkusuz nevrasteniye özgü olan bazı şikayetlerin (kafa içi basıncı, yorgunluğa yatkınlık, sindirim güçlüğü, kabızlık, omurga rahatsızlıkları, vs.) öne çıktığı vakalar buluruz; diğer durumlarda ise bu belirtiler küçük bir rol oynar ve klinik tablo, çekirdek semptom olarak “kaygı” ile bilimum ilişkili olan bir dizi semptomdan (serbest kaygı, huzursuzluk, beklenti kaygısı, tam, kısmi ya da ek kaygı atakları, baş dönmesi, agorafobi, uykusuzluk, ağrıya hassasiyette artış, vb.) oluşur. Birinci türe nevrasteni adını verdim, ikinci türü ise “kaygı nevrozları” olarak ayırdım; bu farklılığın nedenlerini başka bir yerde açıklamıştım, burada ayrıca, bir kural olarak her iki nevrozun birlikte ortaya çıktığı gerçeğini de hesaba kattım. Şu anki amacımızda, bu iki hastalık türünün semptomlarındaki farklılığa paralel olarak etiyolojilerinde de bir farklılık olduğunu vurgulamak yeterlidir. Nevrasteni her zaman aşırı mastürbasyon ya da kendiliğinden ortaya çıkan sık boşalma gibi sinir sistemine dair durumlara dayanırken; kaygı nevrozunda, *coitus interruptus*² (yani tamamlanmamış uyarılma da denilen, canlı bir libidodan kendini geri tutma hali) gibi cinsel kaçınma veya eksik tatmin unsurlarının ortak olduğu cinsel etkiler bulunur. Kaygı nevrozunu tanıtmayı amaçladığım kısa makalemden, kaygının her zaman görevinden saptırılmış libido olduğu formülünü ortaya koymuştum.

Nevrasteni ve kaygı nevrozu semptomlarının bir arada olduğu bir durumda -yani karışık bir vakada- ampirik olarak ulaştığımız şu önermemize sadık kalmalıyız: Nevrozların karmaşası, çeşitli etiyolojik etkenlerin iş birliğini ima eder. Böylece, beklentimizi her durumda onaylanmış olarak buluruz. Bu etiyolojik etkenlerin, cinsel süreçlerin etkileşimi yoluyla (örneğin, *coitus interruptus* ya da erkekte cinsel güç eksikliğinin mastürbasyonla birlikteliği), organik olarak birbirleriyle ne sıklıkta bağlantılı oldukları ayrı bir tartışmayı hak ediyor.

Bir nevrastenik nevroz vakasını kesin olarak teşhis ettikten ve semptomlarını doğru bir şekilde sınıflandırdıktan sonra, semptomatolojiyi etiyolojiye çevirebilecek konuma geliriz, daha sonra şüphelerimizin onaylanmasını hastadan cesurca isteyebiliriz. İlk inkârlarla bu yoldan dönmemeliyiz. Çıkardığımız sonucu sıkıca sarılırsak, kanaatimizin sarsılmaz doğasını vurgulayarak her direncin üstesinden gelebiliriz. Bu

2 Boşalma öncesi penisin geri çekilmesi. [ç.n.]

suretle, kadın ve erkeklerin cinsel yaşamına dair, bir cildi dolduracak kadar yararlı ve öğretici birçok şey öğreniriz ve cinsel bilimlerin günümüzde bile halen itibarsız oluşuna hayıflanırız. Normal *vita sexualis*'teki³ küçük sapmalar, keşiflerine herhangi bir değer atfetmemiz için fazla sıradan olduğundan, nevrotik hastaların cinsel yaşamındaki yalnızca ciddi ve uzun süredir devam eden olağandışlıkları açıklamaya ağırlık vereceğiz. Dahası, ruhsal olarak normal olan bir hastanın üzerine çok gidersek, onun kendisini yanlış yere cinsel bir suçla itham etmesine sebep olabiliriz -ki bu fikri, hayali bir tehlike olarak hızla göz ardı etmeye meyilliyizdir.

Eğer bir doktor hastalarıyla bu şekilde ilerlerse, nevrastenin cinsel etiyojisi teorisinde bunun aksini gösteren bir vaka olmadığını fark edecektir. En azından zihnimde kanaatim o kadar kesinleşti ki, sorgulamanın negatif sonuç verdiği durumlarda bunu tanı amacıyla hesaba katıyorum. Kendime bu durumun nevrasteni olmayacağını söylüyorum. Bu şekilde, bazı durumlarda hastaların nevrasteni yerine ilerleyici bir felçten muzdarip olduğunu fark ettiğim oldu çünkü hastaların mastürbasyona düşkün olduğu gerçeğini -teorim için gerekli olan bir gerçek- ortaya koymayı başaramamıştım, daha sonra bu vakaların ilerlemesi ile benim görüşüm doğrulandı. Bir başka örnekte ise, hiçbir organik değişiklik göstermeyen bir hasta, kafa içi basıncı, baş ağrısı ve hazımsızlıktan yakınmış, ancak cinsel hayatıyla ilgili şüphelerime açıkça ve sarsılmaz bir kesinlikle karşı çıkmıştı; benim de burun sinüslerinden birinde latent kalmış bir iltihap olabileceği ihtimali aklıma gelmişti. Uzman bir meslektaşım, sorgulamamda cinsel etkenlerin olmaması nedeniyle elde ettiğim çıkarımı, hastanın burnundaki irini çıkararak ve onu rahatsızlığından kurtararak doğrulamıştı.

“Negatif vakalar” olduğu görünümü başka şekillerde de ortaya çıkabilir. Bazen bir sorgulama, nevrozu yüzeysel bir bakış açısı ile nevrasteni ya da kaygı nevrozuna çok benzeyen bir hastada, normal bir cinsel yaşamın varlığını ortaya koyabilir. Gerçek durumu ancak daha derinlemesine yapılan bir araştırma açığa çıkarabilir. Nevrasteni olarak alınan bu tür vakaların arkasında bir psikonevroz -histeri veya obsesyonel nevroz [*die Zwangsneurose*]- vardır. Özellikle, pek çok organik hastalığı taklit eden histeride, semptomlar kolayca histerik semptom mertebesine yükseltilerek “aktüel nevrozlardan” birinin ortaya çıktığı varsayılabilir. Nevrasteni görünümünde gelen bu tür histeri olguları hiç nadir değildir. Bununla birlikte, bir nevrasteni vakası cinsellik konusunda negatif bir sonuç gösterdiğinde psikonevroza başvurmak, zorluktan kurtulmak için basit bir yol değildir; haklı olduğumuzun tek kanıtı, ancak histerinin maskesini düşüren, şimdi değineceğimiz psikanaliz yöntemi ile elde edilebilir.

3 “Cinsel yaşam” anlamında Latince deyiş. [*ç.n.*]

Bununla birlikte, nevrasteni hastalarında cinsel etiyolojiyi tanımaya oldukça istekli olan bazı kişiler, otoriteler tarafından nevrasteni nedenleri olarak belirtilen diğer etkenlere de dikkat etmeleri onlardan talep edilmediği takdirde, bu durumu tek taraflı bularak buna çıkışacaklardır. Nevrozlardaki cinsel etiyolojinin diğer etiyolojilerin yerini aldığını ve bu nedenle diğerlerinin etkili bir gücü olmadığını iddia etmek asla aklımdan geçmiyor. Bu bir yanlış anlaşılma olur. Daha ziyade, uzmanlar tarafından nevrasteniye yol açtığı kabul edilen -ve muhtemelen doğru olan- bilinen tüm etiyolojik etkenlere ek olarak, şimdiye kadar yeterince takdir görmeyen cinsel etkenlerin de dikkate alınması gerektiğini düşünüyorum. Ancak bana göre bu cinsel etkenler, etiyolojik dizi içinde kendilerine özel bir yer verilmesini hak ediyor. Çünkü bu etkenler, hiçbir nevrasteni vakasında bulunmamazlık etmezler, nevrozu başka ek bir yardım almadan kendi başlarına üretme kapasitesine sahiplerdir; böylece diğer etkenler yardımcı ve tamamlayıcı etiyoloji rolüne indirgenmiş görünür ve tek başlarına bunlar, doktorun klinik tabloların çeşitliliği ve çokluğu arasındaki kuşku götürmez ilişkiyi tanımalarına izin verirler. Öte yandan, sözde fazla çalışma, duygusal ajitasyon, tifo ateşinin sonradan etkisi gibi sebeplerle görünüşte nevrastenik hale gelen tüm hastaları bir araya toplarsam, semptomlarında ortak olan hiçbir şey göstermezler. Etiyolojilerinin doğası bize ne tür belirtiler beklememiz gerektiğine dair hiçbir fikir vermeyeceği gibi bunun tersine, sundukları klinik tablodan da etiyolojinin kendisine dair bir çıkarım yapamayız.

Cinsel nedenler aynı zamanda, doktora terapötik etki için dayanak noktasını en hızlı şekilde sağlayan nedenlerdir. Kalıtım, var olduğu yerde, şüphesiz önemli bir etkindir; kendisinin yokluğunda ancak çok az bir etkiye razı olunacakken, güçlü bir patolojik etkinin ortaya çıkmasını sağlar. Ancak kalıtım, doktor müdahalesine açık değildir; herkes kendi kalıtsal hastalık yatkınlıkları ile doğar ve onları değiştirmek için hiçbir şey yapamayız. Tam da nevrastenilerin etiyolojisinden bahsederken, kalıtıma, öncelikler listesindeki ilk sırayı vermememiz gerektiğini unutmamalıyız. Nevrasteni (her iki şekilde de), kalıtsal bir kusur olmadan, herkesin kolayca edinebileceği hastalıklardan biridir. Aksi halde, uzmanların şikâyetçi oldukları nevrastenilerdeki bu muazzam artış açıklanamazdı. Uygarlığın işlediği günahlar hanesine sıklıkla nevrasteniye yol açmak da yazılır ve uzmanlar, uygarlığı ilgilendiren bu konuda gerçekten haklı olabilir (bunun ortaya çıkma şekli hayal ettiklerinden oldukça farklı olsa da). Fakat diğer bir yandan, uygarlığımızın durumu birey için değiştirilemez bir şeydir. Üstelik aynı toplumun tüm üyeleri için genelgeçer olan bu etken hastalığın çeşitliliği gerçeğini asla açıklayamaz. Nevrastenik olmayan bir doktor, tedavi etmesi gereken nevrastenik hastayla, zararlı olduğu iddia edilen aynı uygarlığın etkisine maruz

kalmaktadır. Yukarıda verilen sınırlamalara tabi olarak, insanı yıpratıcı bu etkenler önemlerini korur. Ancak doktorların, nevrozlarının nedeni olarak hastalarına “fazla çalışma” unsurunu atfetmeleri, çoğunlukla yanlış kullanılır. Cinsel etkenler nedeniyle kendini nevrasteniye yatkın hale getiren herhangi birinin, entelektüel çalışmayı ve yaşamın psikik gerekliliklerini tolere edemediği doğrudur; ancak hiç kimse yalnızca çalıştığı için ya da coşkuları nedeniyle nevrozik olmaz. Zihni çalıştırmak daha çok nevrasteniye karşı bir korumadır, nevrasteniden muaf olanlar en çok entelektüel işçilerdir ve nevrasteniklerin “onları hasta eden çok çalışma” diye şikâyet ettikleri şey, genellikle, niteliği ve niceliği açısından “zihinsel çalışma” olarak adlandırılmayı hak etmez. Doktorlar, “fazla çalıştırılan” bir ofis çalışanına veya ev içi faaliyetleri ağırlaşan bir ev kadınına, uygar bir beyin tarafından kolaylıkla yapılabilecek bu işleri yaptıkları için değil, bu süre zarfında cinsel yaşamlarını büyük ölçüde ihmal ettikleri ve buna zarar verdikleri için hasta olduklarını açıklamak zorunda kalacaklardır.

Dahası, nevrastenin klinik tarihçesinin tüm ayrıntılarını, hastalığın seyrindeki gizemli gelişmeleri hem doktorlar hem de hastalar tarafından benimsenen tedavilere göre anlaşılmaz görülen bozulmaları anlamamızı mümkün kılan yalnızca cinsel etiyojidir. İki yüzden fazla vaka içeren kayıtlarımda, örneğin, aile hekiminin önerdiği tedaviden fayda görmeyince Papaz Kneipp'e giden ve tedavisinin birinci yılında, hastalığının ortasında olağanüstü gelişme gösteren bir adamın hikâyesi var. Ancak bundan bir yıl sonra semptomları bir kez daha kötüleştiğinde ve yardım için tekrar Wörschhofen'a gittiğinde bu kez tedavi başarısız olmuştu. Hastanın aile kaydına göz atmak, çifte bilmeceyi çözmüştü. Hastanın Wörschhofen'dan ilk dönüşünden altı buçuk ay sonra eşi bir bebek doğurmuştu. Bu, henüz eşinin hamileliğinin farkında değilken onu bırakıp tedavi olmaya gittiği anlamına geliyordu; döndükten sonra onunla doğal yoldan bir cinsel ilişki kurmayı başarmıştı. İyileştirici bir etkisi olan bu kısa dönemin ardından, bir kez daha *coitus interruptus*'a başvurduğunda ise nevrozu yeniden başlamıştı; bu, karısının son hamileliği olarak kaldığı için ikinci tedavinin başarısızlığının kanıtı olmuştu.

Tedavinin beklenmedik etkisinin açıklanmasına ihtiyaç duyulan benzer bir vaka daha vardı. Bu vaka, nevroz semptomlarında şaşırtıcı bir değişim sergilediği için daha da öğretici oldu. Genç bir nevrozik hasta, tipik bir nevrasteni nedeniyle doktoru tarafından saygın bir su terapisi tesisine yönlendirilmişti. Orada durumu başlangıçta istikrarlı bir şekilde düzeliyordu, halinden memnun bir su terapisi müridi olarak taburcu edileceği tahmin ediliyordu. Ancak altıncı haftada her şey değişmişti; hasta “suya daha fazla tahammül edemiyordu”, gittikçe daha gergin bir hale gelmişti ve iki hafta sonra hiç iyileşmemiş ve memnuniyetsiz bir halde kurumdan ayrılmıştı. Hasta

bu aldatmacadan yakındığında, ona tedavinin ortasında kendisini yakalayan semptomlar hakkında birkaç soru sormuştum. Garip bir biçimde, tedavide tam bir dönüm noktası vuku bulmuştu. Sanatoryuma kafa içi basıncı, yorgunluk ve hazımsızlık şikâyetleri ile girmişti; tedavi gördüğü sırada onu rahatsız eden şeyler ise heyecan, dispne (nefes darlığı) atakları, yürürken başının dönmesi ve uyku bozukluklarıydı. Artık ona şöyle söyleyebilirdim: “Su terapisine haksızlık ediyorsunuz. Siz de çok iyi biliyorsunuz ki, uzun süre mastürbasyon yapmanız nedeniyle hastalanmıştınız. Sanatoryumda bu tatmin yolundan vazgeçmiştiniz ve çabucak iyileşmiştiniz. Ancak kendinizi iyi hissettiğinizde, mantıksız bir şekilde, normal bir tatmin olmadan sizi heyecana sürükleyen bir kadınla -bir hastane arkadaşı olduğunu varsayalım- ilişki içine girdiniz. Tesisin bulunduğu civardaki keyifli yürüyüşler size bunun için bolca fırsat verdi. Bir kez daha hasta olmanıza neden olan şey su terapisine yönelik ani bir tahammülsüzlük değil, bu ilişkiydi. Üstelik şu anki sağlık durumunuz, bu ilişkiyi burada, bu kasabada da devam ettirdiğinizi gösteriyor.” Okuyucularımı, hastanın bu söylediklerimi noktası noktasına onayladığı konusunda temin edebilirim.

Mevcut nevrasteni tedavisinin (belki de en başarılı şekilde su terapisi tesislerinde gerçekleştirilen) amacı, nevroz durumunun iki unsur aracılığı ile iyileştirilmesidir: Hastayı korumak ve onu güçlendirmek. Hastanın cinsel yaşam koşullarını dikkate almaması dışında böyle bir tedavi yöntemine karşı söyleyecek hiçbir şeyim yok. Tecrübelerime göre, bu tür kurumların tıbbi yöneticilerinin, uygarlığın ya da kalıtımın kurbanlarıyla değil, -*sit venia verbo*⁴- cinsellik açısından sakatlanmış insanlarla uğraştıklarının tam olarak farkına varmaları arzu edilir. Böylelikle, başarılarının olduğu gibi başarısızlıklarının da hesabını verebilirler; ayrıca şimdiye kadar şansın ya da hastaların güdümsüz davranışlarının insafına kalmış olan yeni başarılarla ulaşabilirler. Kaygı semptomlarından yakınan nevrastenik bir kadını evinden alıp su terapisi tesisine göndersek ve orada tüm sorumluluklarından kurtulsa, banyo yapsa, egzersizler yapsa ve bol miktarda yemek yese, birkaç hafta ya da ay içerisinde yaşanan iyileşmenin tadını çıkardığı bir dinlenme ve su terapisinin canlandırıcı etkisinden kaynaklandığını düşünme eğiliminde oluruz. Öyle olabilir; ancak evden ayrılmasının karı-koca ilişkisinde bir kesintiye sebep olduğunu ve uygun tedavi altında iyileşmesini mümkün kılan şeyin bu hastalandırıcı nedenin geçici olarak ortadan kalkması olduğunu gözden geçiririz. Bu etiyolojik bakış açısının ihmal edilmesi, sonradan, böyle tatmin edici gibi görünen bir çarenin geçici olduğu anlaşıldığında intikamını alır. Hasta normal yaşamına geri döndükten kısa bir süre sonra hastalığın semptomları bir kez daha ortaya çıkar ve onu yaşamının bir kısmını bu tür kurumlarda ara-

4 “Sözlerimi bağışlayın” anlamında Latince deyiş. [ç.n.]

ara verimsiz bir şekilde geçirmeye ya da iyileşme umutlarını başka bir yere yöneltmeye zorlar. Bu nedenle, nevrasteninin su terapisi tesisleri içinde değil, hastanın yaşamı çerçevesinde üstlenilmesi gerektği açıktır.

Diğer vakalarda etiyolojik teorimiz, kurumun kendisinde meydana gelen başarısızlıkların kaynağına ışık tutarak kurumdan sorumlu doktora yardımcı olabilir ve ona bunlardan kaçınmanın yolları hakkında fikir verebilir. Mastürbasyon, yetişkin kızlar ve olgun erkekler arasında sanıldığından çok daha yaygındır ve yalnızca nevrastenik semptomlar ürettiği için değil, ayrıca hastalara utanç duydukları bir sırrın ağırlığı altındaymış gibi hissettirmesi sebebiyle de zarar vericidir. Nevrasteniye mastürbasyonla açıklamaya alışkın olmayan doktorlar, hastanın patolojik durumunu anemi, yetersiz beslenme, fazla çalışma gibi bazı sloganlara atıfta bulunarak açıklarlar ve bu nedenlere karşı tasarlanmış tedavi yöntemleri uygulayarak hastayı iyileştirmeyi beklerler. Yine de şaşkınlıkları karşısında, hastalardaki iyileşme dönemleri, semptomların kötüleştiği ve şiddetli halsizliğin eşlik ettiği dönemlerle yer değiştirir. Böyle bir tedavinin sonucu genellikle şüphelidir. Doktorlar, hastaların kendi cinsel alışkanlıklarıyla her an mücadele ettiklerini ve bir kez daha kendilerini bu alışkanlığa kaptırdıklarında çaresiz hissettiklerini bilseydi, sırlarını hastalara nasıl itiraf ettiğini, bu sırların onların nezdindeki ciddiyetini nasıl azaltacağını ve alışkanlıklarıyla mücadelelerinde onları nasıl destekleyeceğini anlarsaydı, iyileştirme çabalarının başarısı o zaman garanti edilebilirdi.

Hastayı mastürbasyon alışkanlığından kurtarmak, nevrozun cinsel etiyolojisini hesaba katan bir doktorun yeni tedavi görevlerinden yalnızca biridir ve öyle görünüyor ki, tıpkı başka bağımlılıkların tedavisi gibi bu da ancak bir kurumda ve tıbbi gözetim altında olabilir. Kişinin kendisine bırakılırsa, ne zaman canını sıkan bir şey olsa mastürbasyon yaparak kendisi için uygun tatmin biçimini uygulamaya çalışır. Bu örnekte tıbbi tedavinin, artık gücünü toplamış olan nevrastenik hastayı, normal cinsel ilişkiye geri döndürmekten başka bir amacı olamaz. Cinsel ihtiyaç bir kez uyandığında ve belli bir süre boyunca tatmin edilmediğinde, artık bastırılamaz ve başka bir şeyle yer değiştirebilir. Aynı şey, bağımlılığı ortadan kaldırmak için uygulanan diğer tüm yoksunluk tedavilerinde de geçerlidir. Doktor, maddeye olan bu zaruri ihtiyacı besleyen kaynak konusunda kafa yormazsa ve sadece uyuşturucu maddeyi hastalardan uzak tutmakla yetinirse başarısı yalnızca görünüşte kalacaktır. "Alışkanlık", herhangi bir açıklayıcı değeri olmayan salt bir kelimedir. Bir süre morfin, kokain, kloralhidrat vs. kullanan herkes, bu şeylere bir "bağımlılık" geliştirmez. Daha yakından araştırıldığında, bu narkotiklerin -direkt ya da dolaylı olarak- cinsel tatmin eksikliklerinin yerine geçtiği ve normal bir cinsel yaşamın tahsis edilmediği yerde hastalığın nüksedeceğine kesin gözüyle bakıldığı genellikle anlaşılır.

Kaygı nevrozunun etiolojisi, doktora başka bir görev daha verir. Bu, hastayı tüm zararlı cinsel ilişki biçimlerinden vazgeçirmek ve normal cinsel ilişkilere teşvik etmekten ibarettir. Anlaşılacağı gibi bu görev, ilk olarak hastanın güvendiği doktora, yani aile hekimine düşer; doktor kendisini bu alana müdahale edemeyecek kadar saygıdeğer görürse, hastasına ciddi bir zarar verebilir.

Bu gibi durumlar çoğunlukla evli çiftlerin sorunları olduğu için, doktorun çabaları, evlilikte gebe kalma sayısını sınırlandırmayla ilgili Malthusçu planla karşı karşıya kalır. Bana öyle geliyor ki, bu tür öneriler orta sınıflar arasında giderek daha fazla yer buluyor. İlk çocuklarını doğurur doğurmaz gebeliği önlemek için yöntemler uygulamaya başlayan ve evlilik gecesinden itibaren bu amaca uygun cinsel ilişki yaşayan çiftlerle karşılaşıyorum. Malthusçuluk sorunu geniş kapsamlı ve karmaşıktır, bunu burada nevrozların tedavisi için gerçekten gerekli olacak kapsamlı bir şekilde ele alma niyetinde değilim. Ben sadece nevrozların cinsel etiolojisini tanıyan bir doktorun, bu soruna karşı takınabileceği en iyi tutumu ele alacağım.

Doktorun yapabileceği en kötü şey -her ne sebeple olursa olsun- bunu görmezden gelmeye çalışmaktır. Gerekli olan hiçbir şey, bizim doktorluk itibarımızın gölgesinde olamaz ve çocuk sayısını sınırlamak isteyen evli bir çifti nevroza teslim etmemek için onlara tıbbi yardımda bulunmak gereklidir. Herhangi bir evlilikte, Malthusçu koruyucu tedbirlerin ileride bir gün gerekli olacağı inkâr edilemez ve teorik bir bakış açısına göre, çocuk doğurmaya planlı ve kasıtlı bir faaliyet düzeyine yükseltmek ve bunu doğal ihtiyaç ile tatmin karmaşasından kurtarmak, insanoğlunun tabi olduğu doğal kısıtlamalardan en somut kurtuluş yollarından birini sağlayacak ve insanlığın en büyük zaferlerinden biri olacaktır.

Bu nedenle, akıllı bir doktor, hangi koşullar altında gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılacağını kararını vermeli ve zararlı yöntemleri, zararsız olanlardan ayırmalıdır. Tatmini engelleyen her yöntem zararlıdır. Ancak bildiğiniz gibi, şimdilik, tüm gereklilikleri yerine getiren yani yüzde yüz güvenilir ve kullanışlı, cinsel birleşmede haz duygusunu azaltmayan ve kadının hassasiyetlerini incitmeyen bir doğum kontrol yöntemine sahip değiliz. Bu, doktorlara, çözümünü için enerjilerini ortaya koyabilecekleri pratik bir görev verir. Tıbbi tekniğimizdeki bu boşluğu her kim doldurursa, sayısız insanın yaşamdan aldığı zevki ve sağlığını korumuş olacağı gibi sosyal koşullarımızda köklü bir değişikliğin yolunu da şüphesiz açmış olacaktır.

Bu, nevrozların cinsel etiolojisinin tanınmasından kaynaklanan heyecanımızı tüketmez. Burada nevrasteni için elde ettiğimiz esas fayda profilaksi alanındadır. Genç yaşlarda nevrastenin nedeni mastürbasyonsa ve daha sonra mastürbasyonun

yol açtığı cinsel güçteki azalma hali kaygı nevrozları için etiyolojik bir öneme işaret ediyorsa, her iki cinsiyette de mastürbasyonun önlenmesi, şimdiye kadar gördüğü ilgiden daha fazlasını hak eden bir görevdir. Nevrasteniden -gittikçe yaygınlaştığı söylenen bu bozukluktan- kaynaklanan hem daha ağır hem daha hafif hasarlar üzerine düşündüğümüzde, *erkeklerin cinsel ilişkide tam güçlü olmasının* kamu yararına olduğunu görürüz. Profilaksi konusunda ise bireyler nispeten çaresizdir. Tüm topluluk bu konuyla ilgilenmeli ve genel olarak kabul edilebilir düzenlemelerin oluşturulmasına onay vermelidir. Şimdilik, rahatlama vaat edecek bir durumdan hala çok uzaktayız. Bu nedenle, haklı olarak, uygarlığımızı da nevrastenin yayılmasından sorumlu olarak görebiliriz. Çok şey değişmeli. Kendi gençliğini artık hatırlayamayan doktor neslinin dirençleri yıkılmalı, çocuklarının gözünde sıradan bir insan düzeyine inmek istemeyen babaların gururunun üstesinden gelinmeli ve annelerin -“kendi çocuklarının nevroitik olmasını” akıl almaz ve hak edilmemiş bir kader darbesi olarak gören annelerin- mantıksız ahlakçılığı ile mücadele edilmelidir. Ama her şeyden önce, cinsel sorunların tartışılabilmesi için kamuoyunda alan açılmalıdır. Ancak bu şekilde, bir baş belası veya aşağılık dürtülerle sermaye toplayan bir insan olarak damgalanmadan, bu meseleler hakkında konuşmak mümkün hale gelecektir. Burada, önümüzdeki yüz yıl boyunca yapmaya yetecek kadar iş var, medeniyetimiz cinselliğimizin talep ettiği haklarla yüzleşmeyi öğrenmek zorundadır.

Psikonevrozları nevrasteniden tanısal olarak doğru bir şekilde ayırmak, psikonevrozların farklı bir pratik değerlendirme ve özel terapötik önlemler gerektirmesi nedeniyle de önemlidir. Psikonevrozlar, iki ayrı koşulun sonucu olarak, yani ya bağımsız ya da “aktüel nevrozlar” (nevrasteni ve kaygı nevrozu) zinciri içinde ortaya çıkarlar. İkinci durumda, yeni olan ve ayrıca da karışık nevrozun çok sık görülen bir tipiyle karşılaşırız. “Aktüel nevrozun” etiyolojisi, psikonevrozların yardımcı bir etiyolojisi haline gelir. Böylece, kaygı nevrozunun baskın olduğu, ancak aynı zamanda hakiki nevrasteni, histeri ve obsesyonel nevroz özelliklerini de içeren bir klinik tablo ortaya çıkabilir. Bu tür bir karışımla karşılaştığımızda, yine de her nevroitik hastalığa uygun klinik tabloları ayırmaktan vazgeçmemek mantıklı olacaktır çünkü her şeyden önce vakayı şu tutumla açıklamak zor değildir: Kaygı nevrozunun esas oluşumunun bulunduğu yerde, hastalık, “aktüel” bir cinsel patojenin etiyolojik etkisi altında gelişmiş demektir. Ancak bunun dışında, ilgili kişi, özel bir etiyoloji nedeniyle birden fazla psikonevrozdan etkilenmiş ve ileriki bir zamanda kendiliğinden veya başka bir zayıflatıcı unsurun ortaya çıkmasıyla psikonevroz hastalığına yakalanmış olabilir. Bu şekilde, psikonevrozlar için hala eksik olan yardımcı etiyoloji, kaygı nevrozunun güncel etiyolojisi tarafından sağlanmış olur.

Bu tür vakalarda klinik tablodaki psikonevrotik bileşenleri göz ardı etmek ve yalnızca “aktüel nevrozu” tedavi etmek oldukça uygun bir terapötik uygulama haline gelmiştir. Pek çok durumda, nevrasteni ile etkin bir şekilde mücadele edildiğinde, beraberinde getirdiği nevrozun da üstesinden gelmek mümkündür. Ancak, kendiliğinden ortaya çıkan veya nevrasteni ve psikonevrozdan oluşan bir hastalık seyrini tamamladıktan sonra bağımsız bir şekilde geride kalan psikonevroz vakalarında, farklı bir bakış açısı benimsenmelidir. Bir psikonevrozun “kendiliğinden” ortaya çıkmasından bahsettiğimde, anamnez almanın bize hiçbir etiyolojik katkı sağlamadığını kastetmiyorum. Şüphesiz öyle de olabilir ama aynı zamanda dikkatimizi bazı alakasız unsurlara -duygusal bir durum, fiziksel bir hastalığın dermansız bırakması vs.- yöneltebilir. Bununla birlikte, tüm bu durumlarda, psikonevrozların gerçek etiyolojisinin bu tür tetikleyici nedenlerden kaynaklanmadığı, sıradan anamnezin ulaşamayacağı bir yerlerde olduğu akılda tutulmalıdır.

Bildiğimiz gibi, özel bir nöropatik yatkınlık olduğu varsayımı ile bir boşluğu doldurma çabası mevcuttur (elbette, bu boşluk var olsaydı, bu tür patolojik durumların tedavisi için fazla umut olmazdı). Nöropatik yatkınlığın kendisi, genel bir bozulmanın işareti olarak kabul edileceği için, bu teknik terim, doktorların yardım edemediği biçare hastalara karşı fazlasıyla kullanılmaya başlanırdı. Neyse ki durum bundan farklı. Nöropatik yatkınlıklar şüphesiz var, ancak bunun bir psikonevrozun oluşumu için yeterli olduğunu reddetmek zorundayım. Yaşamın sonraki zamanlarında ortaya çıkan tetikleyici nedenler ile nöropatik yatkınlıkların birleşiminin, psikonevrozlar için yeterli bir etiyoloji oluşturduğunu da reddetmeliyim. İnsanlar, bir kişideki hastalık yazgısının kökenlerinin izini, onun atalarının deneyimlerine dek sürerek çok ileri gitmiştir; böyle yaparak, bireyin ana rahmine düşmesi ile olgunluğu arasındaki sonraki hastalıkların tohumlarının atılacağı uzun ve önemli bir yaşam kesitini -çocukluğunu- unutmış oluyoruz. Ve aslında bir psikonevrozda olan şey budur. Gerçek etiyoloji çocukluk deneyimlerinde ve bir kez daha –özellikle- cinsel yaşamla ilgili izlenimlerde bulunur. Çocukların cinsel yaşamını tamamen görmezden gelerek yanlış yapıyoruz. Benim tecrübelerime göre, çocuklar her türden ruhsal ve birçok fiziksel cinsel eyleme muktedir. İnsan cinselliği dış genital organlar ve iki üreme bezi ile sınırlı olmadığı gibi, cinsel yaşam da kabataslak bir incelemenin gösterdiği şekilde ergenlik ile başlamaz. Bununla birlikte, insan türünün organizasyon ve evriminin, çocukluk döneminde kapsamlı bir cinsel aktiviteden kaçınmaya çalıştığı doğrudur. Görünüşe göre cinsel dürtüler, ergenlik döneminde salıverildiklerinde büyük kültürel amaçlara hizmet edebilecek şekilde önceden depolanmaktadır (W. Fliess). Bu tür bir değerlendirme, çocukluktaki cinsel deneyimlerin neden

patojen bir etkiye sahip olduğunu anlamamızı mümkün kılar. Meydana geldikleri anda çok az bir etki yaratırlar; çok daha önemli olan, büyümenin sonraki dönemlerinde ortaya çıkan *geriye-dönük-etkilerdir* [*Nachträglichkeit*]. Bu geriye-dönük-etki-başka türlüünün mümkün olmayacağı gibi- çocuksu cinsel deneyimlerin geride bıraktığı psişik izlerden kaynaklanır. Bu deneyimlerin yaşanması ile yeniden üretilmesi (daha doğrusu oradan gelen libidinal dürtülerin pekiştirilmesi) arasında geçen sürede sadece somatik cinsel aygıtta değil psişik aygıtta da önemli bir gelişme kaydedilir; bu nedenle, bu erken cinsel deneyimin etkisi ancak şimdi anormal bir psişik tepkiye yol açar ve psikopatolojik yapılar ortaya çıkar.

Bu kısa tavsiyelerle, psikonevroz teorisinin dayandığı asıl etkenlerden bahsetmekten fazlasını yapamam: Geriye-dönük-etki ile cinsel ve psişik aygıtın çocuksu durumu. Psikonevrozları ortaya çıkaran gerçek mekanizmayı anlamak için çok daha geniş bir açıklamaya ihtiyaç var. Her şeyden önce, psişik aygıtın bileşimi ve işleyiş biçimi hakkında yeni gibi görünen bazı hipotezleri kayda değer buluyorum. Şimdilerde meşgul olduğum rüyaların yorumlanması üzerine bir kitapta, nevroz psikolojisinin temel unsurlarına değinmek için fırsat bulacağım. Çünkü rüya, histerik *idée fixe*'ler⁵, obsesyonlar ve sanrılar ile aynı psikopatolojik yapıya aittir.

Psikonevrozların tezahürleri, bilinçdışı psişik izlerin geriye-dönük-etki etmesinden kaynaklanmaları sebebiyle psikoterapiye olanak tanır. Ancak bu durumda tedavi, hipnozlu ya da hipnozsuz, şimdiye kadar takip edilenden farklı bir yol izlemelidir. Josef Breuer tarafından sunulan "katartik" yöntemle dayanarak, "*psiko-analitik*" olarak tanımlamayı önerdiğim terapötik prosedürü son yıllarda geliştirdim. Pek çok başarıyı buna borçluyum ve etkinliğini önemli ölçüde artırabilmeyi umuyorum. Bu yöntemin tekniği ve kapsamı ile ilgili ilk açıklamaları 1895'te yayımlanan, Breuer ile ortaklaşa yazdığımız *Histeri Üzerine Çalışmalar*'da vermiştik. O zamandan beri, bu yöntemin daha iyi olmak için değişimler geçirdiğini ileri sürebilirim. Mütevazı bir şekilde, histerinin kendisini tedavi etmeyi değil, semptomlarını ortadan kaldırmayı taahhüt etmiştik, oysa bu ayrım o zamandan beri bana anlamsız geliyor. Histerinin ve obsesyonel nevrozların gerçek bir tedavi olasılığı vardır. Bu nedenle meslektaşlarımda yayınlardaki "bu durumda Breuer ve Freud'un tasarladığı yöntem başarısız oldu" ya da "bu yöntem vaat ettiği şeyi gerçekleştiremedi" gibi söylemleri büyük bir ilgiyle okuyorum. Bunlar bana, gazetede kendi ölüm ilanını okuyan ancak gerçekte ne olduğu ile ilgili bilgisine güvenen bir adamın hislerini tattırıyor. Bu yöntem öyle zordur ki, kesinlikle öğrenilmesi gerekir; ancak beni eleştirenlerden tek birinin bile

5 Sabit fikir, takıntı anlamında Fransızca terim. [ç.n.]

bunu benden öğrenmek istediğini ifade ettiğini hatırlamıyorum. Benim yaptığım gibi, bunu kendilerinde keşfedecek kadar yoğun şekilde ilgilendiklerine de inanmıyorum. *Histeri Üzerine Çalışmalar*'daki açıklamalar, okuyucunun teknikte ustalaşması için yetersizdir ve böyle bir amacı da yoktur.

Psikanalitik terapi tüm vakalara uygulanamaz. Birazdan bahsedeceğim sınırlamaları vardır. Hastada belli bir olgunluk ve idrak gerektirir, bu nedenle zekâ geriliği olan ya da eğitimsiz yetişkinlerde ve gençlerde uygun değildir. Yaşı çok ilerlemiş insanlarda da başarısız olur çünkü içlerinde o kadar çok malzeme birikmiştir ki, tedavinin sonunda ruh sağlığına artık bir değer atfedilemeyecek bir yaşam dönemine ulaşmış olurlar. Son olarak, tedavi ancak hastanın, patolojik durumun üstesinden gelinmesine izin verecek normal bir psişik duruma sahip olması ile mümkün olur. Histerik konfüzyon, atak halindeki bir mani veya melankoli durumunda psikanaliz yapılamaz. Bununla birlikte, bu tür vakalar, klasik yöntemlerle şiddetli görünümeleri yatıştırıldıktan sonra analizle ele alınabilir. Güncel uygulamalarda kronik psikonevroz vakaları, önceliğin doğal olarak meselenin tez vakitte çözülmesi olduğu akut kriz vakalarına kıyasla bu yöntem için daha uygundur. Bu nedenle, bu yeni tedavi yöntemi için en uygun çalışma alanı, histerik fobiler ve obsesyonel nevrozlardır.

Yöntemin bu sınırlara tabi olması, büyük ölçüde onu geliştirmek zorunda olduğum koşullarla bağlantılıdır. Benim malzemem daha çok, daha eğitimli sınıfların kronik nevroz vakalarından oluşuyor. Çocukların ve destek almak için hastanelere başvuran insanların tedavileri için ek yöntemler tasarlanması gerektiğini düşünüyorum. Şimdiye kadar yöntemimi yalnızca şiddetli histeri ve obsesyonel nevroz vakaları üzerinde denediğimi söylemeliyim; birkaç ay süren sıradan tedaviler ile bu tür hafif vakaların tam olarak nasıl sonuçlanacağını anlatamam. Pek çok fedakârlık gerektiren yeni bir terapi yönteminin ancak genel olarak kabul görmüş yöntemlerin zaten denendiği ve başarıya ulaşmadığı ya da sözde daha uygun ve kısa yöntemlerden bir şey beklenemeyeceği durumlarda kullanılacağı kolayca anlaşılabilir. Bu nedenle, kusurlu bir aletle en zor görevlerin üstesinden gelmeliydim. Böylece bu denemem daha da ikna edici oldu.

Psikanalitik tedavi yönteminin halen karşılaşmakta olduğu temel bazı zorluklar, bu yöntemin kendisinden değil doktor ve halktaki psikonevroza dair bilginin eksikliğinden ileri gelmektedir. Bu bilgisizliğin beklenen bir sonucu olarak doktorlar, hastalarını teselli etmek ya da terapötik önlemleri benimsemelerini sağlamak için boş teminatlar verirken kendilerini haklı görecektirler. "Sanatoryumuma altı hafta gelin ve semptomlarınızdan kurtulun!" (seyahat kaygısı, obsesyonlar vb. için) diyeceklerdir. Sanatoryumun, psikonevrozların seyrinde ortaya çıkabilecek akut atakların

sakinleştirilmesi için vazgeçilmez olduğu doğrudur. Ancak kronik koşulların ortadan kaldırılmasında bir işe yaramazlar; bilimsel yöntemler kullanan nitelikli bir sanatoryum bile, sıradan bir su terapisi tesisinden fazlasını başaramaz.

Bir doktorun günlük pratiğinden de bildiği gibi gerçeği söylemesi hem daha onurlu hem de önünde sonunda şikâyetleriyle yüzleşmesi gereken hastası için de daha hayırlı olacaktır. Psikonevrozlar hafif bir hastalık sınıfı değildir. Histeri başladığında hiç kimse bunun ne zaman sona ereceğini tahmin edemez. Çoğunlukla kendimizi “bir gün aniden kaybolacak” şeklindeki boş kehanetlerle avuturuz. İyileşme çoğu zaman hastanın hasta kısmı ile sağlıklı kısmı arasında karşılıklı, hoşgörülü bir anlaşmayla sağlanır ya da semptomlardan biri fobiye dönüştürüldüğünde görülür. Genç bir kızın zorlukla sakinleşen histerisi, kısa bir evlilik mutluluğunun ardından yeniden canlanmıştı. Tek fark, diğer kişinin, yani kocasının, bu durum hakkında sessiz kalarak kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmesiydi. Bu tür hastalıklar, hastaların yaşamlarını sürdürmesinde hiçbir yetersizliğe yol açmasa da neredeyse her zaman zihinsel güçlerinin özgürce ortaya çıkmasını engeller. Obsesyonlar yaşam boyu devam eder; fobiler ve irade üzerindeki diğer kısıtlamalar şimdiye kadar herhangi bir tedaviye tabi değillerdi. Tüm bunlar halkın bilgisinden saklanıyor. Örneğin, histerik bir kızın babası, kızı belki de sadece birkaç aydır hastayken bir yıllık bir tedavi görmesi gerektiği söylendiğinde dehşete kapılabilir. Sıradan kimseler zaten tüm bu psikonevrozların gereksiz olduğuna kendi içinde derinden ikna olmuştur; bu nedenle hastalık süreçlerine karşı sabrı yoktur ve tedavi için fedakârlık yapmaya hazır değildir. Üç hafta süren bir tifüs vakası veya iyileşmesi altı ayı bulan bir bacak kırığı durumunda daha anlayışlı bir tutum benimserler ya da çocuğunun omurgasında bir eğriliğin ilk belirtilerini gördüklerinde ortopedik tedavinin birkaç yıl sürmesini mantıklı bulurlar; davranışlarındaki bu fark, doktorların bilgilerini bu sıradan kimselere düristçe aktarmamalarından kaynaklanır. Doktorun dürüstlüğü ve halkın gönüllü rızası, bu duygulanımların doğasına ilişkin bir kavrayış tıp dünyasında ortak bir mülkiyet haline gelir gelmez, nevrozlar için de kurulacaktır. Bu bozuklukların radikal tedavisi şüphesiz her zaman özel bir eğitim gerektirecek ve diğer tıbbi faaliyetler ile uyumsuz olacaktır. Öte yandan, ileride daha kalabalık olacağına inandığım bu doktorlar sınıfı, kayda değer sonuçlara erişme ve insanlığın ruhsal yaşamına dair tatmin edici bir içgörü kazanma şansına sahip olacaklardır.

Çeviren: Sinem Acar

Freud'un Psikanalitik Yöntemi

(1904)

Freud'un uyguladığı ve “psikanaliz” olarak adlandırdığı özgün psikoterapötik prosedür, katartik öğreti olarak bilinen ve Freud tarafından Josef Breuer’le birlikte yazdıkları *Histeri Üzerine Çalışmalar*’da (1895) tartışılan yöntemin bir sonucudur. Bu katartik terapi Breuer’in keşfiydi ve ilk kez on yıl kadar önce kendisi tarafından histerik bir kadın hastanın başarı ile sonuçlanan tedavisinde kullanılmıştı ve bu süre zarfında Breuer onun hastalığının oluşumu hakkında bir içgörü elde edebilmişti. Breuer’in kişisel teşvikinin bir sonucu olarak Freud bu öğretiyi yeniden gözden geçirdi ve önemli sayıda hasta üzerinde test etti.

Katartik tedavi yöntemi hastanın hipnotize edilebileceğini varsayıyordu ve bilincin hipnoz altında genişlemesine dayanıyordu. Bu yöntem patolojik semptomları ortadan kaldırmayı hedefliyordu ve bunu hastanın semptomunun ilk kez ortaya çıktığı psişik duruma dönmelerini sağlayarak başardı. Bu uygulandığında hipnotize edilmiş hastanın zihninde, daha öncesinde bilinçten dışarı atılmış olan anılar, düşünceler ve dürtüler ortaya çıktı ve bunları doktora yoğun duygu ifadeleri eşliğinde anlatır anlatmaz semptom ortadan kaldırılmış ve geri dönüşü engellenmiş oldu. Düzenli olarak tekrar eden bu deneyim, yazarlar tarafından ortak makalelerinde, semptomun bilince ulaşmamış ve bastırılmış psişik süreçlerin yerini aldığını yani bu süreçlerin bir dönüşümünü (konversiyon) temsil ettiğini belirtmek için kullanılmıştır. Breuer ve Freud, öğretilerinin terapötik etkinliğini, daha önce olduğu gibi, bastırılmış ruhsal eylemlere “sıkışmış” afektlere tahliyesine (“duygu boşalımı”) bağlı olarak açıklamışlardır. Ancak terapötik müdahalenin basit şematik taslağı hemen hemen her zaman kafa karıştırıcı olmuştur çünkü tek bir (“travmatik”) izin değil, genellikle bir dizi incelemesi zor travmatik izin semptom oluşumuna katkıda bulunduğunu bize gösterir.

Katartik yöntemin temel özelliği, psikoterapide kullanılan diğer tüm yöntemlerin aksine, terapötik etkinin doktorun telkin içeren bir yasağına bağlı olmaması gerçeğinde yatmaktadır. Daha çok psişik mekanizmaya ilişkin belirli hipotezlere dayanan bu müdahale, ruhsal süreçlerin seyrini semptomun oluşumunda bir çıkış bulan önceki kanallarından saptırmayı başarır başarmaz semptomların otomatik olarak ortadan kalkmasına dayanır.

Freud'un Breuer'in katartik tedavi yöntemine getirdiği değişiklikler ilk başta tekniğe dair değişikliklerdi ancak bunlar yeni bulgulara yol açtı ve sonunda terapötik sürecin önceden masaya yatırılmamış farklı bir anlayışını gerekli kıldı.

Katartik yöntem telkini çoktan reddetmişti, Freud bir adım daha ileri gitti ve hipnozdan da vazgeçti. Şu anda hastalarını şöyle tedavi ediyor: Herhangi bir etkisi olmadan hastaların görüş alanlarının dışında, arkalarındaki bir sandalyede otururken onları bir kanepeye rahatça uzanmaya davet eder. Gözlerini kapatmalarını bile istemez, hatta onlara herhangi bir şekilde dokunmaktan ve hipnozu andıran diğer prosedürlerden kaçınır. Bu nedenle seans eşit derecede uyanık durumda olan iki kişi arasındaki bir konuşma gibi ilerler ancak bunlardan biri, konsantrasyon halindeyken dikkatini kendi ruhsal faaliyetlerinden uzaklaştırabilecek her türlü bedensel efordan ve duygusal tesirden kendini arındırır.

Bildiğimiz gibi, doktorun tüm becerikliliğine rağmen, hipnotize edilip edilmemesi hastanın iradesine bağlıdır. Çok sayıda nevrotik kişinin hiçbir şekilde hipnotize edilememesi sebebiyle hipnozun terk edilmesiyle birlikte tedavinin sınırsız sayıda hastaya uygulanabilmesi sağlandı. Öte yandan, bilinçli olma halinin güçlendirilmesi ortadan kalktı ve bu sayede de semptomların dönüştürülmesini ve afektlerin serbest bırakılmasını sağlayan, anılar ve temsillere dair psişik malzemeler doktora sunuldu. Bu ortadan kaldırılan öğe için bir ikame üretilenmiş olsaydı herhangi bir terapötik etki de söz konusu olamazdı.

Freud, bu türden tamamen tatmin edici bir ikameyi hastalarının “çağrışımlarında” keşfetti. Bu çağrışımlar, niyet edilen bir anlatının sürekliliğini bozan, rahatsız edici olması hasebiyle sıklıkla bir kenara itilen istemsiz düşüncelerden ileri gelir. Doktor, bu çağrışımları egemen kılmak için “oldukça dağınık ve rastgele konuştuğunuz bir sohbet yapacağınız gibi” diyerek hastadan “kendisini bırakmasını” ister. Hastalık öyküsünü ayrıntılı bir şekilde açıklamasını hastadan istemeden önce doktor, önemsiz, alakasız ya da saçma olduğunu düşünse bile aklına gelen her şeyi söylemesi gerektiğini hastaya salık verir. Hikâyesindeki, onun için anlatmanın utanç verici veya üzücü olduğu herhangi bir düşünceyi ya da çağrışımı atlamamasına özel

bir vurgu yapar. Böylece Freud, aksi takdirde ihmal edilecek olan bu çağrışımlardan malzeme toplama sürecindeyken, tüm teorisinin belirleyicisi haline gelen gözlemleri de yapabilmıştır. Kendi hastalık geçmişini anlatırken bile hastanın hafızasında bazı boşluklar belirir: Gerçek olaylar unutulur, kronolojik sıra karıştırılır ya da nedensel bağlantılar bozulur, öyle ki işin içinden çıkılamaz. Bir çeşit amnezi/unutma söz konusu olmayan herhangi bir nevroitik vaka öyküsü yoktur. Hastayı yoğun bir dikkat çalışmasıyla hafızasındaki bu boşlukları doldurmaya zorlarsak, aklına gelen tüm çağrışımları her türden eleştirel araç ile gerisin geri ittiğini fark ederiz. Hasta bu çağrışımları, anılarının gerçekten geri dönmesiyle birlikte nihayetinde doğrudan bir rahatsızlık duyana kadar geri bastırır. Freud hastaların bu deneyiminden, amnezilerin, kendisinin “*bastırma*” olarak isimlendirdiği ve kaynağını hoşnutsuzluk duygularıyla tanımladığı bir süreç olduğu kararına varır. Ona göre, bastırmaya neden olan bu psikik güçler, yeniden üretime karşı işleyen “*direnç*”te de saptanabilir.

Direnç faktörü, Freud'un teorisinin temel taşlarından biri haline geldi. Normalde -yukarıda formüle edildiği gibi- her türlü bahaneyle bir kenara itilen çağrışımlar, Freud tarafından, bastırılmış psikik ürünlerin (düşünceler ve itkilerin) türevleri olarak kabul edilir ve yeniden üretilmelerine karşı çıkan dirençler aracılığıyla çarpıtılırlar.

Direnç ne kadar büyük olursa çarpıtma da o kadar bol olur. Bu istemsiz çağrışımların terapötik tekniğin amaçları açısından değeri, onların bastırılmış psikik malzemeye olan bu ilişkisinde yatmaktadır. Çağrışımlardan bastırılmış malzemeye, çarpıtmalardan bu tahrif edilmiş malzemeye ulaşmayı mümkün kılan bir öğreti varsa, işte o zaman daha önce ruhsal yaşamda bilinçdışı olan şey hipnoz olmadan bilinçte erişilebilir hale gelir.

Freud buna dayanarak bastırılmış düşüncelerin aynı bir madene benzetilebilecek içeriğini serbestçe yapılan çağrışımların cevherinden çıkarma görevini üstlenen bir *yorumlama sanatı* geliştirmiştir. Bu yorumlama çalışması yalnızca hastanın çağrışımlarına değil aynı zamanda bilinçdışının bilgisine uzanan en kestirme yolu açan rüyalarına, kasıtsız olduğu kadar planlanmamış eylemlerine (semptomatik eylemler) ve gündelik hayattaki hatalarına da (dil sürçmeleri, sakarlıklar vs.) uygulanır. Yorumlama ve tercüme tekniğinin bu ayrıntıları henüz Freud tarafından yayımlanmamıştır. Ancak Freud'un satır aralarında işaret ettiklerine bakarsak bunlar, bilinçdışı malzemenin çağrışımlardan nasıl yapılandırılabileceğine dair ampirik olarak ulaşılan bir dizi kuralı, hastanın çağrışımları akmayı bıraktığında bunun ne anlama geleceğine dair yönergeleri ve bu tür tedaviler sırasında çoğu kişide ortaya çıkan önemli tipik dirençler hakkındaki deneyimleri içerir. Freud tarafından 1900'de yayımlanmış olan

Rüyaların Yorumu adlı hacimli bir kitap onun tekniğine dair girişimin öncüsü olarak kabul edilir.

Psikanalitik yöntemin tekniğine dair bu görüşlerden, bu yöntemin kâşifinin kendisini gereksiz yere zahmete soktuğu ve daha az karmaşık olan hipnozu terk etmekle bir hata yaptığı sonucuna varılabilir. Bununla birlikte öncelikle, psikanaliz tekniği bir kez öğrenildiğinde pratikte herhangi bir tanımının göstereceğinden çok daha kolaydır. İkinci olarak ise istenen hedefe götüren başka bir yol yoktur ve hatta öyle ki bu çetin yol hâlâ en kısa yoldur. Hipnoza yapılan itiraz, direnci gizlemesi ve bu nedenle doktorun psişik güçlerin oyununa ilişkin kavrayışını engellemesindenidir. Hipnoz, direnci ortadan kaldırmaz, sadece onu savuşturur ve bu nedenle eksik bilgilere ve geçici terapötik başarıya neden olur.

Psikanalitik yöntemin gerçekleştirmeye çalıştığı görev özünde eşdeğer olan farklı şekillerde formüle edilebilir. Örneğin denilebilir ki, tedavinin görevi amnezileri ortadan kaldırmaktır. Hafızadaki tüm boşluklar doldurulduğunda, psişik yaşamın tüm esrarengiz ürünleri aydınlatıldığında hastalık halinin devam etmesi ve hatta yenilenmesi imkânsız hale gelir. Veya formül şu şekilde ifade edilebilir: Bastırmaların tümü çözümlmelidir. O zaman psişik durum tüm amnezilerin kaldırıldığı durum ile aynıdır. Başka bir formülasyon daha da ileri gider: Görev, dirençlerin üstesinden gelerek bilinçdışını bilince erişebilir kılmaktır. Ancak bunun gibi ideal bir durumun normal insanlarda bile mevcut olmadığı ve tedaviyi buna yaklaşan bir noktaya taşımanın nadiren mümkün olduğu unutulmamalıdır. Sağlık ve hastalık özünde nasıl birbirinden farklı değilse, yalnızca pratikte belirlenebilen niceliksel bir sınır çizgisiyle ayrılıyorsa tedavinin amacı da hastanın pratikte iyileşmesinden, aktif bir yaşam sürme ve zevk alma becerisinin onarılmasından başka bir şey olmayacaktır. Eksikleri olan bir tedavi sürecinde ya da sonucun mükemmel olmadığı bir tedavide, her halükârda genel psişik durumda bir iyileşme sağlanabilirken, semptomlar (hâlihazırda hasta için artık daha az önem taşıyordur) onu hasta bir adam olarak damgalamadan var olmaya devam edebilir.

Histeride ve her türlü obsesyonel nevrozda ortaya çıkabilecek tüm çeşitli tablolar için terapötik öğreti önemsiz değişiklikler dışında aynı kalır. Ancak bu sınırsız bir uygulamaya sahip olabileceğimiz anlamına gelmez. Psikanalitik yöntemin doğası tedavi edilecek kişiye ve klinik tabloya göre endikasyonları ve kontrendikasyonları içerir. Çok şiddetli ya da tehlikeli semptomları olmayan kronik psikonevroz vakaları psikanaliz için en uygun vakalardır: Bunların arasında her şeyden önce her türlü obsesyonel nevroz, obsesif düşünme, obsesif eylem ve fobilerin ya da irade yitimi durumlarının baş rolü oynadığı histeri vakaları, dahası anoreksiyada olduğu gibi

septomların hızla ortadan kaldırılmasının doktorun birincil görevi haline gelmediği histerinin tüm somatik ifadeleri vardır. Akut histeri vakalarında daha sakin bir aşamayı beklemek gerekecektir. Klinik tabloya sinirsel yorgunluğun hâkim olduğu tüm vakalarda, kendi içinde çaba gerektiren, yalnızca yavaş adımlara müsaade eden ve semptomların devam etmesini bir müddet umursamayan bir tedavi yönteminin kaçınılması gerekir.

Psikanalizden olumlu yönde etkilenecek birinde çeşitli nitelikler aranır. Evvela kişi psişik olarak normal bir durumda olma yetisine sahip olmalıdır mesela konfüzyon ya da melankolik depresyon dönemlerinde histeri vakalarında bile hiçbir şey yapılamaz. Ayrıca ondan belirli ölçüde doğal zekâ ve etik gelişim beklenecektir. Doktor çabasına değmeyecek bir kişi ile uğraşmak zorunda kalırsa hastanın ruhsal yaşamına derinlemesine girmesini mümkün kılan ilgisini kısa sürede kaybeder. Aşikâr karakter bozuklukları, gerçekten yozlaşmış bir yapının özellikleri, tedavi sırasında üstesinden gilemeyecek bir direncin kaynakları olarak kendini gösterir. Psikoterapinin iyileştirici etkisine sınır çeken bu sefer hastanın kendi yapısıdır. Hastanın yaşı ellilere yakınsa psikanaliz koşulları elverişsiz hale gelir. O zaman psişik malzeme yığını artık yönetilemez, iyileşme için gereken süre çok uzundur ve psişik süreçleri geri alma becerisi zayıflamaya başlar.

Tüm bu sınırlara rağmen psikanalitik tedaviye uygun kişilerin sayısı olağanüstü derecede fazladır ve Freud'a göre bu yöntem terapötik yetilerimizin alanını oldukça genişletmiştir. Freud etkili bir tedavi için altı aydan üç yıla kadar süren uzun dönemler gerektiğini belirtir. Yine de kolaylıkla tahmin edilebilecek çeşitli koşullardan ötürü şimdiye kadar çoğunlukla yalnızca çok ağır vakalarda tedavi yöntemini sınavabildiğini belirtmiştir. Hastaları, uzun yıllar süren hastalık dönemlerinden sonra, ömürlerine iş göremez halde iken kendisine gelmiş ve her türlü tedaviden hüsrana uğramış kimselerdir. Bu hastalar sonrasında yeni ve pek çok şüpheyi üzerine çekmiş bir yöntemle son çare olarak başvurmuşlardır. Daha az şiddetli vakalarda tedavi süresi çok daha kısa olabilir ve gelecektekileri önleme yönünden çok büyük kazanım elde edilebilir.

Çeviren: Tuba Alkan

Psikoterapi Üzerine

(1905a)

Beyler, yas tutan başkanınız Profesör von Reder'in davetiyle burada, histeri hakkında konuşma fırsatı bulduğumdan bu yana yaklaşık sekiz yıl geçti. Bu olaydan kısa bir süre önce, 1895 yılında, Dr. Josef Breuer ile *Histeri Üzerine Çalışmalar* kitabını yayımladık ve onun araştırmalarına borçlu olduğumuz yeni bilgiler temelinde nevrozların tedavisi için yenilikçi bir yöntem sunma girişiminde bulunduk. Çalışmalarımızda gösterdiğimiz çabaların başarıya ulaştığını söylemekten memnuniyet duyuyorum. Bu çalışmada, afektlerin biriktirilmesinden dolayı psişik travmaların ürettiği etkilere ve bununla birlikte ruhsal alandan bedensel alana aktarılan bir uyarımın sonuçları olarak histerik semptomların kavranmasına ilişkin fikirler ifade edildi. 'Duygu boşalım' ve 'konversiyon' olarak adlandırdığımız bu fikirler şimdilerde genellikle bilinmekte ve anlaşılmaktadır. Günümüzde, en azından Almanca konuşulan ülkelerde, onları bir dereceye kadar hesaba katmayan herhangi bir histeri sunumu ve kısa mesafeli de olsa işaret ettiğimiz yolu takip etmeyen herhangi bir meslektaşımız yoktur. Yine de henüz yeni olduğu zamanlarda, bu teori ve terminoloji onlara bir hayli garip gelmiş olmalı!

Teoriyle eş zamanlı olarak meslektaşlarımıza sunulan terapötik prosedür için ay-nısını söyleyemeyeceğim, o hala tanınma mücadelesini sürdürüyor. Bunun özel nedenleri olabilir. O zamanlar bu yöntemin tekniği henüz gelişmemişti; tıp okurlarına tedaviyi tam anlamıyla gerçekleştirebilmelerini sağlayan gerekli talimatları vermem imkânsızdı. Ancak bunda bu işin tabiatından kaynaklanan nedenlerin de kesinlikle bir payı vardı. Günümüzde bile birçok doktora göre psikoterapi, modern mistisizmin bir ürünü olarak görünmektedir ve fizyolojik bilgi temeline göre uygulanan fiziksel-kimyasal tedavilerimiz ile kıyaslandığında tam olarak bilimsel görünmediği

gibi ciddi bir araştırmacının dikkatine değer de bulunmamaktadır. Öyleyse, psikoterapinin maksadını sizlerin önünde savunmama ve bu suçlamada haksız ya da yanlış olarak nitelendirilebilecek şeyleri sizlere göstermeme izin verin.

İlk olarak, psikoterapinin hiçbir şekilde modern bir iyileştirme yöntemi olmadığını hatırlatmama izin verin. Aksine psikoterapi, tıptaki en eski terapi şeklidir. İlk ve antik çağ tıp bilimindeki yöntemlerin birçoğunu Löwenfeld'in eğitici eseri *Lehrbuch der gesamten Psychotherapie*'sinden okuyabilirsiniz. Bunların çoğu psikoterapi başlığı altında sınıflandırılmalıdır. Bir tedavinin hastaya şifa verebilmesi için onda 'inançlı bir beklenti' durumu başlatılır. Bu durum, bugün bizim için de aynı amaca hizmet eder. Doktorlar başka çareler bulduklarından bu yana bile tıp alanında şu ya da bu türden psikoterapi çabaları hiçbir zaman tamamen ortadan kalkmamıştır.

İkinci olarak, iyileşme süreci boyunca yakinen gözetimde tutulan kişinin -hastanın- psikoterapiyi gözden çıkarma niyeti olmadığı için biz doktorların da psikoterapiyi gözden çıkaramayacağı gerçeğine dikkatinizi çekmeme izin verin. Nancy Okulu'na, Liébeault'ya ve Bernheim'a borçlu olduğumuz bu konudaki bilgi artışından zaten haberdarsınız. Hastanın psişik yatkınlığına bağlı olan bir faktörün, bizim tarafımızdan herhangi bir kasıt olmaksızın, bir doktor tarafından başlatılmış her türden terapötik sürecin etkisine katkısı vardır. Bu, sıklıkla iyileşme için olumludur ancak genellikle ketlenme olarak etki eder. Bu olgu için 'telkin' kelimesini kullanmayı öğrendik ve Möbius bize terapötik yöntemlerin birçoğunda bulunan ve varlığından şikâyetçi olduğumuz güvenilmezliğin, bu çok güçlü unsurun rahatsız edici etkisine kadar uzanabileceğini öğretti. Bu nedenle, sizler de dâhil, tüm doktorlar niyetleri hiç bu olmasa ve bunun farkında olmasalar bile sürekli psikoterapi uygulamaktadırlar. Oysa sizin hastaya olan etkiniz dâhilindeki psişik faktörü tamamen hastanın ellerine bırakmanız bir dezavantajdır. Nitekim siz bu şekilde yaptıkça, onu kontrol etmek, ona doz ayarı yapmak ya da onu yoğunlaştırmak imkânsızlaşır. O halde, bir doktorun böylesi bir faktörü komuta etme, onu bir amaç için kullanma, onu yönetme ve güçlendirme çabası haklı bir çaba değil midir? Bilimsel psikoterapinin sizlere önerdiği şey bu ve bundan başkası değildir.

Ve beyler, üçüncü olarak, belli acıların özellikle de psikonevrozların ruhsal etkiler için diğer tüm ilaç tedavilerinden daha kolay erişilebilir olduğunu bize gösteren ve evvelen beri bilinen bu tecrübeyi size hatırlatmak isterim. Bu modern bir söz değildir; hastalıkların ilaç tarafından değil doktor tarafından iyileştirildiğine, yani psişik etkiyi kullandığı ölçüde doktorun kişiliği tarafından iyileştirildiğine dair doktorların eski bir sözü vardır. Estetik profesörü Vischer'in, Faust parodisinde çok iyi bir şekilde ifade ettiği görüşü desteklediğinizi çok iyi biliyorum:

*Ich weiß, das Physikalische
Wirkt öfters aufs Moralische¹*

Ama ahlaki (yani psikişik) araçlar ile bir kişinin ahlakına etki edilebileceğini söylemek daha doğru ve daha sık rastlanılan bir şey olmaz mıydı?

Psikoterapinin birçok yolu ve yöntemi vardır. İyileşmeye yol açanların hepsi iyidir. Hastalarımıza karşı çok özgürce kullandığımız, alışlagelmiş avuntumuz olan ‘Yakında tekrar iyi olacaksınız’ sözü bu psikoterapötik yöntemlerden birine karşılık gelir. Ama şimdi nevrozlarla ilgili daha derin bir içgörüyü sahip olduğumuza göre artık kendimizi bu teselli ile sınırlamak mecburiyetinde değiliz. Bilinç kontrolünü azaltarak, egzersiz uygulayarak ve uygun afektleri geri çağırarak psikoterapi ve hipnoz ile telkin tekniğini geliştirdik. Bu yöntemlerden hiçbirini küçümsemem ve uygun koşullar altında onları kullanmaktan da geri kalmam. Kendimi, Breuer’in *katartik* olarak adlandırdığı, ancak benim ‘*analitik*’ olarak adlandırmayı tercih ettiğim, bir tedavi biçimiyle sınırlandırmamın nedeni tamamen öznel motivasyonumdur. Bu terapinin kurulmasında oynadığım rol nedeniyle kendimi onu daha yakından incelemeye ve tekniğini daha da geliştirmeye adanmak için kişisel bir zorunluluk hissediyorum. Ve analitik psikoterapi yönteminin en derinlemesine nüfuz eden ve en uzağa götüren yöntem olduğunu, bu yöntemle hastalarda en kapsamlı dönüşümlerin gerçekleştirilebileceğini söyleyebilirim. Terapötik bakış açısını bir an için kenara bırakırsak, bunun en ilginç yöntem olduğunu ve hastalık tezahürlerinin kaynağı ve birbirleriyle ilişkileri hakkında bizi bilgilendiren tek yöntem olduğunu da söylemem mümkün. Bu yöntem sayesinde ruhsal hastalıklara dair edindiğimiz iç görüşler, tek başlarına bizi kendi sınırlarımızın ötesine götürebilmeli ve diğer terapötik tesir biçimlerine giden yolu bize işaret edebilmelidir.

Bu katartik veya analitik psikoterapi yöntemiyle ilgili olarak, birkaç hatayı düzeltmem ve konu hakkında bazı açıklamalar yapmama müsaade edin.

- (a) Bu yöntemin, hipnoz ile yapılan telkin tedavisi ile çok sık karıştırıldığını gözlemledim. Bunu, normalde hastalarını bana yönlendirmeyen meslektaşlarımın, nispeten tedavisi güç hastalarını hipnotize etmem gerektiğini söyleyerek bana göndermeleri sonucunda fark edebildim. Sekiz yıldır (birkaç özel deneyim haricinde) hipnozu terapötik amaçlı kullanmadım ve bu vakaları bana yönlendiren kişileri, hipnoza itimat edenlerin kendilerinin bu yöntemi uygulayabileceği tavsiyesi ile geri çeviriyorum. Aslında, telkin ve analitik teknik arasında

1 Fiziksel olanın çok daha sık
Ahlaka etki ettiğini biliyorum.

mümkün olan en büyük antitez vardır. Bu, güzel sanatlarda, büyük Leonardo da Vinci tarafından da şu formüller ile özetlenen antitezdir: *per vi adi porre* ve *per vi adi levare*. Leonardo resim sanatının *per vi adi porre* şeklinde ilerlediğini söyler çünkü üzerinde hiçbir şey bulunmayan renksiz bir tuval üzerine bir madde (renk parçacıkları) uygulanır. Bununla birlikte, heykelin yüzeyini gizleyen her şeyi, dâhil olduğu taş bloktan ayırdığı için heykel sanatı *per vi adi levare* şeklinde ilerler. Benzer bir biçimde, telkin tekniği *per vi adi porre* şeklinde ilerlemeyi amaçlar; o, semptomların kökeniyle, gücü ve anlamıyla ilgilenmez, bunun yerine patolojik fikrin ifade edilmesini engelleyecek kadar güçlü olacağı beklentisiyle bir şeyi -bir öneriyi- yerleştirir. Öte yandan, analitik terapi yeni bir şeyi eklemeye ya da tanıtmaya değil, bir şeyi çıkarmaya, bir şeyi ortaya çıkarmaya çabalar ve bu amaçla, hastalık belirtilerinin oluşumuyla ve ortadan kaldırmaya çalıştığı patojen fikrin psikik bağlamıyla ilgilenir. Analitik terapinin bilgi-mizi dikkat çekecek şekilde artırması, bu araştırma biçiminin kullanılmasıyla ilgilidir. Pratiğimin erken dönemlerinde, telkinin gücüne ve yeterince kalıcı bir tedavi sağlayacağına dair umudum kalmadığı için telkin tekniğini ve bununla birlikte hipnozu uygulamayı bıraktım. Her ciddi vakada, hastalık ya da onun yerine geçen şeyler geri geldikten sonra, uygulanan telkinin un ufak olduğunu tekrar tekrar gördüm. Tüm bunların yanında, bu yöneme karşı başka bir eleştirim daha var: Bu yöntem, psikik güçlerin oyununa dair tüm içgörülerimizden gizler. Örneğin, hastanın kendi hastalığına sarıldığını hatta iyileşmeye karşı savaştığını fark etmemize izin vermez. İşte, hastanın günlük yaşamındaki davranışlarını anlamayı mümkün kılan şey tek başına bu *direnç* olgusudur.

- (b) Bana öyle geliyor ki bu tekniğin, bir hastalığın kökenlerini aramaya ve hastalığın dışavurumlarını ortadan kaldırmaya yönelik hazırlık yapmadan uygulanabilecek kolay bir yöntem olduğuna dair meslektaşlarım arasında yaygın ve yanlış bir izlenim var. Bunu, benim terapime ilgi gösteren ve ona dair kesin yargılarda bulunan kişilerin hiçbirinin aslında bunu nasıl yaptığımı sormadığı gerçeğinden anlıyorum. Bu durumun tek bir nedeni olabilir: Bunun tamamen aşikâr bir şey olduğunu ve sorgulayacak hiçbir şey olmadığını düşünüyorlar. Bir hastanenin şu ya da bu departmanında genç bir asistanın üstü tarafından histerik bir hastanın “psikanalizini” yapması için görevlendirildiğini duymak beni hala şaşırtıyor. Üstünü histoloji tekniğini iyi bildiğine ikna edemedikçe, genç bir asistanın kökü kazınmış bir tümörü incelemesine izin verilmeyeceğinden eminim. Benzer şekilde, böyle bir terapi tekniğine dair hiçbir şey bilmediğinden emin olduğum bazı meslektaşların psikik tedavileri üstlenmek için seanslar

verdiği kulağıma çalınıyor. Öyleyse bu kişiler, hastanın onlara kendi sırlarını takdim edeceğine ya da bir tür ikrar veya güven içinde kurtuluşu onlarda arayacağına dair beklentiye sahip olmalıdır. Bu şekilde tedavi edilmiş bir hastanın fayda almaktan ziyade zarar görmesine şaşırmamak gerekir. Çünkü ruhun enstrümanını çalmak o kadar kolay değildir. Böyle durumlarda -bir doktor tarafından tedavi edilmemiş ve yalnızca bir şairin hayal gücünde var olan- dünyaca ünlü bir nevrotiğin, Danimarka prensi Hamlet'in sözleri aklıma geliyor. Kral iki saray mensubuna, Rosencrantz ve Guildenstern'e, Hamlet'i takip etmelerini, sorgulamalarını ve bunalımlı halinin sırrını öğrenmelerini emreder. Hamlet'in onları savuşturmasıyla sahneye bazı çalgıcılar çıkagelir. Hamlet çalgılardan birini alır ve işkencecilerinden birinden onu çalmasını ister. Ne de olsa bu iş yalan söylemek kadar kolaydır! Saray mensubu enstrümana önceden elini bile sürmediğini, onu çalmayı bilmediğini söyler ve bu kişi çalmayı denemeye ikna edilemediğinde Hamlet şu sözlerle karşılık verir: "Ya, gördünüz mü? Düşünün ne kadar küçük görüyorsunuz beni. Çalmaya kalkıyorsunuz beni. Perdelerimi biliyormuş gibi davranıyorsunuz. Sırlarımı üfleme istiyorsunuz yüreğimden; en yüksek, en alçak sesleri çıkarmak istiyorsunuz benden. Oysa şu çalgıyı, içi güzelim seslerle dolu, şu ufacık çalgıyı, bilmem, beceremem diyorsunuz söyletmesini. Allah'tan korkun, bu düdükten daha mı kolay beni öttürmek? Dilediğiniz çalgıya benzetin beni, kırın koparın tellerimi perdelerimi, bir tek ses çıkaramazsınız benden." ² (Perde III, Sahne 2.)

- (c) Bazı sözlerimden, analitik yöntemin ideal bir terapi biçimi olmasını engelleyen pek çok özelliğinin var olduğunu tahmin etmiş olacaksınız. *Tuto, cito, jucunde*: Araştırma ve inceleme hızlı sonuçlara götürmez ve önceden bahsettiğim direnç sizleri çeşitli tatsızlıklara hazırlayacaktır. Şüphesiz psikanalitik tedavi, hastadan olduğu kadar doktordan da büyük taleplerde bulunur. Hasta için samimiyet, bizatihi fedakârlık gerektirir, zaman alır ve bu nedenle de maliyetlidir. Doktor için de daha az zaman alıcı değildir; doktorun çalışması ve uygulaması gereken teknik oldukça meşakkatlidir. Başka yöntemlerle herhangi bir şeyin üstesinden gelme ihtimali olduğu sürece daha uygun tedavilere başvurmanın oldukça haklı olduğunu düşünüyorum. Sonuçta, söz konusu olan tek amaç budur. Eğer daha zor ve daha uzun olan yöntem daha kısa ve daha kolay olandan çok daha fazlasını başarırsa, her şeye rağmen, ilkinin kullanılmasına hak veriyorum. Beyler, Finsen'in lupus tedavisinin daha öncelerde uygulanan dağlama ve kazıma

2 Shakespeare, W. (2019). *Hamlet*. Çev. Sabahattin Eyüboğlu, İstanbul: İş Bankası Yayınları, s.92. [ç.n.]

yöntemine göre ne kadar rahatsız edici ve maliyetli olduğunu düşünün. Yine de ilkinin kullanılması radikal bir tedavi sağladığı için büyük bir ilerleme anlamına gelir. Bu karşılaştırmayı uç örneklerle taşımak istemesem de psikanalitik yöntem benzer bir ayrıcalık iddia edebilir. Aslında terapötik yöntemimi sadece en şiddetli, hatta en ağır vakalarda detaylandırıp test edebildim; başlarda malzemem diğer her yöntemi deneyip başarısız olmuş ve sanatoryumda uzun yıllar geçirmiş olan hastalardan oluşuyordu. Yöntemimin, her türden etki altında ve hatta kendiliğinden iyileştiğini gördüğümüz daha hafif ve epizodik vakalarda nasıl işe yaradığını söyleyebilmek için yeterli malzemeyi zar zor bir araya getirebildim. Psikanalitik terapi, kalıcı tedaviye uygun olmayan hastalar sayesinde ve onlar için yaratıldı ve onun zaferi, bunlardan tatmin edici derecede büyük bir kısmını kalıcı tedaviye *uygun* hale getirmesidir. Böylesi bir başarı karşısında harcanan tüm çabalar önemsiz görünür. Şiddetli nevroz, acı çeken kişi için herhangi bir kaşeksiden³ veya korkunç majör hastalıkların herhangi birinden daha az ciddi değildir; bu durumu, hastalarımız karşısında inkâr etme alışkanlığımızın olduğunu doktorlar olarak kendimizden gizleyemeyiz.

(d) Bu yöntemin endike ve kontrendike olduğu koşullar, faaliyetlerimin maruz kaldığı uygulamadaki birçok sınırlamadan dolayı henüz kesin olarak belirlenememiştir. Yine de bunlardan birkaçını burada ele almaya çalışacağım:

(1) Kişi, hastanın hastalığının ötesine bakmalı ve onun değerini bu şekilde biçmelidir; makul bir eğitim seviyesine ve az çok itimat edilebilecek bir karaktere sahip olmayan hastalar reddedilmelidir. Unutulmamalıdır ki hayatta hiçbir işe yaramayan sağlıklı insanlar da vardır ve bu kişiler herhangi bir nevroz belirtisi gösterirlerse beceremedikleri her şeyi hastalıklarına atfetmenin cazibesine kapılırlar. Benim bakış açım göre nevroz, hamilini hiçbir şekilde *dégénéré* olarak etiketlemez ancak bir kişide dejenerasyon belirtisiyle birlikte sıklıkla görülebilir. Analitik psikoterapi, nöropatik dejenerasyonun tedavisine uygun bir süreç değildir. Tersine dejenerasyon, tedavi için bir engel teşkil eder. Bu yöntem kendi acıları tarafından tedavi olma arayışına yönlenmemiş ya da yalnızca akrabaları tarafından mecbur bırakıldıklarından dolayı rıza göstermiş insanlar için uygun değildir. Psikanalitik tedaviye uygun olmanın belirleyici faktörü olan özellik -yani hastanın eğitilebilir olup olmadığı- başka bir bakış açısıyla tartışılmalıdır.

3 Aşırı zayıflama.

- (2) Risk almak istenmiyorsa, hasta seçimi normal bir ruh haline sahip olanlarla sınırlandırılmalıdır çünkü kişi psikanalitik yöntemde böylece hastalıklı tezahürlerin kontrolünü ele geçirebilir. Psikozyolar, konfüzyon durumları ve ağır seyirli bunalım hali (toksik de denebilir) bu nedenle psikanaliz için uygun değildir, en azından şimdiye dek uygulandığı kadarıyla. Yöntemde yapılacak uygun değişikliklerle bu kontrendike olma durumunun üstesinden gelmeyi başarabileceğimizi ve böylece psikozyoların psikoterapisini yapabileceğimizi hiçbir şekilde imkânsız olarak görmüyorum.
- (3) Hastaların yaşı, psikanalitik tedaviye kabullerini belirlemede önemlidir. Elli yaşına yakın ve bu yaştan üzerindeki kişiler söz konusu olduğunda, bir taraftan, ruhsal süreçlerin artık esneklikten yoksun olduğunu görürüz. Yaşlı insanlar eğitilebilir değildir ve bu, tedavinin hesaba kattığı bir noktadır. Öte taraftan, derinlemesine çalışılacak olan malzemenin büyüklüğü tedaviyi süresiz olarak uzatacaktır. Başka bir açıdan ise yaş sınırı bireysel olarak belirleyici olabilir, ergenlik çağına altındaki genç insanlar genellikle etkilenebilir. Yaşlılar ise etkilenebilir.
- (4) Histerik anoreksiya vakalarında olduğu gibi tehlikeli semptomların hızla ortadan kaldırılması gereken durumlarda psikanaliz uygulanmaya çalışılmamalıdır.

Şimdiye kadar, analitik psikoterapi alanının çok dar olduğu izlenimini edinmiş olabilirsiniz çünkü aslında benden buna karşı olabilecek şeyler duymadınız. Bununla birlikte, bu terapinin sınırlanabileceği vakalar ve hastalık türleri yeterince bulunmaktadır: örneğin bahsi geçmemiş diğer dışavurumlarla karakterize olmuş histerinin tüm kronik biçimleri, obsesyon durumlarının yaygın alanları, istenç yitimleri ve bunlara benzer diğer hastalıklar.

Elbette, en değerli ve en gelişmiş kişilerin bu yöntemle tedaviye en uygun kişiler olması sevindiricidir. Analitik psikoterapinin çok az başarıya ulaştığı vakalarda, herhangi bir terapinin kesinlikle hiçbir etkiye neden olmayacağı güvenle iddia edilebilir.

- (e) Psikanaliz yaparak zarar verme ihtimalini sorgulamayı şüphesiz ki isteyeceksiniz. Buna yanıt olarak, eğer tarafsız bir şekilde yargılamaya istekliyseniz ve bu yöntemi diğer tedavi yöntemlerimiz için gösterdiğiniz aynı eleştirel adalet ruhu içinde değerlendirirseniz, analitik tedavi akıl ile yürütüldüğü müddetçe hastayı incitecek bir durumdan korkulmasına gerek olmadığına dair benimle aynı fikirde olacağınızı söyleyebilirim. Meslekten olmayan kimseler gibi bir hastalık sırasında meydana gelen her şey için tedaviyi suçlamayı alışkanlık haline getirmiş

herkes, muhakkak bu tedaviyi topa tutacak. Su terapisi tesislerimize aynı ön yargı yöneltildiği için ömürleri çok uzun sürmedi. Bu türden bir kuruma gittikleri tavsiye edilen birçok hasta, sinirsel bozukluk nedeniyle bu kurumlara gittikten sonra delirmiş bir halde oradan çıkan tanıdıkları olduğunu belirterek buna tereddütle yaklaştı. Tahmin edebileceğiniz gibi, bu kimseler henüz hastalığın ilk aşamasında bir su terapisi tesisine gönderilmiş olan genel felç vakalarıydı. Orada, bu hastalığın önlenemez olan seyrini geçirdiler ta ki ruhsal bozukluğun tezahürleri baş gösterene kadar. Fakat bu talihsiz değişiklik için halk suyu sorumlu tuttu. Yeni bir tür terapötik tedavi söz konusu olduğunda, doktorlar bile bu türden muhakeme hatalarından her zaman kurtulamazlar. Bir keresinde hayatının büyük bir kısmını mani ve melankoli arasında gidip gelerek geçirmiş olan bir kadına psikoterapi yapma girişiminde bulunduğumu hatırlıyorum. Melankoli döneminin sonunda vakayı üstlendim ve iki hafta boyunca işler yolunda gidiyor gibi göründü; üçüncü haftada bir sonraki mani atağının başlangıcındaydık. Yine de vakayı benimle birlikte yürüten seçkin doktor (kendisi vefat etmiş) bu “nüksetmenin” muhtemelen psikoterapinin suçu olduğu yorumunu yapmaktan kendini alamadı. Bu kişinin başka bir durumda daha da eleştirel bir yargıya varacağına tamamen emin oldum.

- (f) Beyler, son olarak, bu tedavinin neyi içerdiğini ve neye dayandığını sizlere söylememişken, psikanalitik terapi konusuna bu kadar uzun süre dikkatinizi çekmenin pek adil olmadığını itiraf etmeliyim. Yine de özetlemem gerektiği için sadece şunun altını çizebilirim: Bu terapi, bilinçdışı tasavvurların -veya daha iyisi, belirli ruhsal süreçlerin bilinçdışı oluşunun- hastalıklı semptomların doğrudan nedeni olduğu kabulüne dayanmaktadır. Bu görüşü, aşırı şematizasyondan dolayı histerik semptomu bilinçdışı *idée fixe*'ye atfeden Fransız okuluyla (Janet) paylaşıyoruz. Lütfen, bunun bizi felsefi bilinmezliklerin derinliklerine götüreceğinden korkmayın. Bizim bilinçdışımız filozoflarınki ile tamamen aynı şey değildir ve dahası filozofların çoğu “bilinçdışı psişikliğe” kulak asmayacaktır. Bununla birlikte, meseleye bizim bakış açımızdan bakacak olursanız, hastanın ruhsal yaşamındaki bu bilinçdışının bilinçli malzemeye tercümesinin, onun normallikten sapmasını düzeltmekle ve ruhsal yaşamının tabi olduğu zorlantıyı kaldırmakla sonuçlanması gerektiğini anlayacaksınız. Çünkü bilinçli irade gücü yalnızca bilinçli ruhsal süreçleri yönetir ve psişik her zorlantı bilinçdışından köken alır. Bilinçdışının bilince getirilmesi ile oluşan sarsıntının hastaya zarar vereceğinden korkmaya da gerek yoktur çünkü kendinizi teorik olarak, bilinçli hale gelen itkinin somatik

ve afektif etkilerinin asla bilinçdışı olanlar kadar güçlü olamayacağına ikna edebilirsiniz. Tüm itkilerimizi ancak, onları bilinçlilikle bağlantılı en yüksek ruhsal işlevlerimize dönüştürerek kontrol edebiliriz.

Bununla birlikte, psikanalitik yöntemi anlamak için başka bir yol daha seçebilirsiniz. Bilinçdışının örtüsünün kaldırılması ve tercüme edilmesi, hasta tarafında bulunan sürekli bir dirence karşı gerçekleşir. Bu bilinçdışını gün ışığına çıkarma süreci hoşnutsuzlukla bağlantılıdır ve bu hoşnutsuzluktan ötürü hasta onu tekrar tekrar reddeder. O zaman hastanın, ruhsal yaşamındaki bu çatışmaya müdahale etmek sizin göreviniz. Onu şimdiye kadar -bu otomatik düzenin sonucu olan- hoşnutsuzluk nedeniyle reddettiği (bastırdığı) bir şeyi daha iyi bir içgörü hevesiyle kabul etmeye ikna edebilirsiniz eğitimine yönelik bir şeyler başarmış olursunuz. Çünkü erken kalkmayı sevmeyen birini bunu yapmaya ikna etmek bile eğitimidir. Genel olarak psikanalitik tedavi, *işsel dirençlerin üstesinden gelmede bunun gibi bir sonradan eğitim* olarak düşünülebilir. Bununla beraber bu türden bir sonradan eğitim, sinir hastalığı olanlar için cinsel yaşamlarındaki psişik unsurdan daha gerekli değildir. Medeniyet ve eğitim bu alanda olduğu kadar çok, başka hiçbir yerde zarar vermemiştir ve deneyimin size göstereceği gibi, nevrozların değiştirilebilir etiyolojilerinin aranacağı nokta burasıdır; diğer etiyolojik faktör, yani yapısal unsur, bize geri döndürülemez bir şey olarak verilmiştir. Buradan, doktora yöneltilen önemli bir talep baş gösterir: Vischer'in *Auch Einer* romanındaki kahramanın sürekli kendini ilan ettiği gibi doktor karakteri dosdoğru biri olmak zorunda değildir -ahlakı söylemeye bile lüzum yok- ve aynı zamanda, maalesef pek çok insanın cinsel sorunlarını ele almakta başvurduğu hayâsızlık ve aşırı ahlakçılık karışımının kendi içinde üstesinden gelmiş olmalıdır.

Bu noktada, başka bir açıklama daha yapmak yersiz olmayacaktır. Psikonevrozların oluşumunda cinselliğin oynadığı rolün önemine dair yaptığım vurgunun ana hatlarıyla bilinmeye başlandığının farkındayım. Ancak kısıtlamaların ve isabetli saptamaların insanların işine pek yaramadığını da biliyorum. Sıradan insanların hafızasında çok az yer bulunur; sadece tezin gizlenmemiş ana fikri akıllarda kalır ve hatırlanması kolay olan nihai bir versiyon üretilir. Bazı doktorlar tasavvurlarında, benim öğretim içeriği olarak nevrozların nihai nedeninin cinsel yoksunluk olduğu kabulü kalmış olabilir. Modern toplumdaki yaşam koşullarında kesinlikle cinsel yoksunluk yoktur. Psişik tedavinin dolambaçlı ve zahmetli yolunu takip etmek yerine, terapötik bir ölçüt olarak cinsel aktiviteyi önererek doğrudan iyileşmeyi hedeflemek bu anlamda daha kolay olmaz mıydı? Eğer böyle olsaydı, beni bu sonucu gizlemeye itecek hiçbir şey olamazdı. Ancak gerçek durum bunun tam tersidir. Cinsel ihtiyaç ve bundan yoksunluk nevroz mekanizmasında geçerli olan yalnızca bir faktördür;

eğer bu tek faktör olsaydı sonuç hastalık değil hovardalık olurdu. Çok kolayca unuttulan fakat bir o kadar da kritik olan bir diğer faktör, nevrotiklerin cinsellikten tiksinişmesi, sevmekteki yetersizlikleri, zihnin “bastırma” olarak adlandırdığım her bir özelliğidir. Bu iki eğilim arasında bir çatışma meydana gelene kadar sinirsel hastalık ortaya çıkmaz ve bu nedenle psikonevrozlarda cinsel aktiviteyi tavsiye etmek çok nadiren iyi bir öneri olarak tanımlanabilir.

Konuşmamı savunmacı bir notla bitirmeme izin verin. Düşmanca önyargılarınızı bir kenara bıraktığınızda, psikoterapiye olan ilginizin, şiddetli psikonevroz vakalarının tedavisinde dahi başarıya ulaşmakta bize destek olacağını ummak isterim.

Çeviren: Tuba Alkan

Bir Histeri Vakasından Kesitler

(1905e)

Vakaya Dair Son Söz

Bu makaleyi analizin bir kesiti olarak sunduğum doğrudur ancak okuyucu makalenin, başlığın yarattığı beklentiden çok daha eksik olduğunu fark edecektir. Bu, hiçbir şekilde tesadüfi olmayan boşlukları gerekçelendirme girişimime de pek yarayacaktır.

Analizin bazı sonuçlarını burada bulamayacaksınız çünkü analiz kesildiği sırada bunlar ya yeterli kesinlikte tespit edilememişlerdi ya da onlar hakkında genel bir çıkarıma varmak için daha fazla çalışma yapılması gerekiyordu. Sonuçlardan bahsedilmesinin uygun görüldüğü diğer noktalarda ise birtakım çözümlerin yöneldiği muhtemel istikameti belirttim. Bu yazıda, sayesinde hastanın çağrışımlarının hammaddesinden değerli bilinçdışı düşüncelerin saf madeninin çıkarılabileceği, ancak hiçbir şekilde kendiliğinden anlaşılır olmayan tekniği ekseriyetle ihmal ettim. Bu durum, vakanın anlatımı sırasında okuyucuya prosedürümün doğruluğunu test etme fırsatı vermemesi açısından bir dezavantajı beraberinde getirir. Bununla birlikte, analiz tekniğini ve histeri vakasının içsel yapısını eş zamanlı olarak ele almanın oldukça imkânsız olduğunu keşfettim: Bu, benim için neredeyse başarılması imkânsız bir iş olacağı gibi okuyucu için de keyifsiz dersler anlamına gelirdi. Analiz tekniği tamamen ayrı açıklamalar gerektiren bir tekniktir, çok çeşitli vakalardan seçilen yüksek sayıda örnekle açıklanması gerekir ve bu açıklamalar, her bir vakada elde edilen özgün sonuçları hesaba katmak zorunda değildir. Bu makalede, ruhsal fenomen tanımlamalarımın temelini oluşturan psikolojik önermeleri doğrulamaya da kalkışmadım.

Bunu yapmaya yönelik üstünkörü bir girişimin hiçbir etkisi olmayacaktır, buna dair kapsamlı bir çalışma ise kendi başına bir cilt olurdu. Okuyucuyu temin ederim ki, herhangi bir psikolojik sisteme bağlı kalmadan psikonevrozların gözlemlenmesiyle açığa çıkmış fenomenleri çalıştım ve daha sonra gözlemediğim bağlantıların izah ettikleri bana uygun görüne kadar görüşlerimi sınamaya devam ettim. Spekülasyondan kaçındığım için gurur duymuyorum ancak bu hipotezlerin malzemesi en kapsamlı ve zahmetli gözlemlerden elde edilmiştir. Bilinçdışına dair bakış açımın kararlılığının, karşı çıkışlara neden olması doğaldır çünkü ben bilinçdışı fikirleri, bilinçdışı düşünce dizilerini ve bilinçdışı itkileri, psikolojinin, en az bilinçli olanlar kadar geçerli ve şüphe edilemez nesneleri olarak ele alıyorum. Ancak şundan eminim ki, aynı fenomen alanını, bahsettiğim yöntemlerle araştırmayı kim üstlenirse üstlen-sin, filozofların tüm itirazlarına rağmen kendini aynı pozisyonda konumlandırmaktan alıkoyamayacaktır.

Tıp alanındaki meslektaşlarımdan bazıları histeri teorimi saf psikolojik bir teori olarak gördüler ve bu nedenle onun patolojik bir sorunu çözmekten fersah fersah uzak olduğunu iddia ettiler. Belki de bu makale sayesinde itirazlarının, tekniğin bir özelliği olan şeyi haksız yere teorinin kendisine atfetmiş olmalarından kaynaklandığını keşfedebilirler. Saf psikolojik olan şey yalnızca terapötik tekniktir; teori, nevrozların organik bir temeli olduğunu göstermeyi asla ihmal etmez ancak nevrozların organik temelini patolojik-anatomik bir değişiklikte aramaz ve gelecekte anlaşılacağını umduğumuz ama halen anlaşılmasız olan kimyasal değişimlerin yerini geçici olarak organik işlevlere bırakır. Histerinin ve psikonevrozların temelinde yatığına emin olduğum cinsel işlevin hiç kimsenin inkâr etmek istemeyeceği bir organik faktör niteliği olur. Sanırım, cinsel yaşama dair hiçbir teori, uyarıcı etkilere sahip bazı cinsel maddelerin var olduğunu kabul etmekten kaçınmayacaktır. Doğrusu, klinikte karşılaştığımız tüm vakalar arasında gerçek psikonevrozlara en çok benzeyenler, belirli kronik zehirlerin kullanımına bağlı gelişmiş olan entoksikasyon ve yoksunluk fenomenleridir.

Ancak, 'somatik uyum', sapkınlığın çocukluktaki tohumları, erojen bölgeler ve biseksüel yatkınlık hakkında bugün söylenebilecek her şeye bu makalede tam olarak değinmedim, sadece analizin, semptomların bu organik temelleriyle temas ettiği noktalara dikkat çektim. Tek bir vaka ile bundan daha fazlası yapılamaz. Ayrıca, bu unsurların üstünkörü bir tartışmasından kaçınmak için daha önce bahsettiğim aynı nedenleri öne süreceğim. Burada, çok sayıda analizin incelenmesiyle daha fazla çalışma yapabilmek için zengin bir fırsat söz konusu.

Henüz bitmemiş olan bu makalenin yayımlanmasıyla birlikte, iki türden gayeye erişmek istedim. Öncelikle, başka şekilde işe yaramayacak bir sanatın, ruhsal yaşamın gömülü ve bastırılmış kısımlarının keşfinden nasıl yararlanacağını göstererek *Rüyaların Yorumu* eserime ek yapmak istedim. Bu arada, makalede ele alınan iki rüyayı analiz etme sürecinde psikanalizinkine benzer bir rüya yorumlama tekniği dikkate alınmıştır. İkinci olarak, bilimin hala tam anlamıyla cehalet içinde olduğu bir grup davranışa dair ilgiyi uyandırmak istedim çünkü bunlar ancak bu özel yöntemin kullanılmasıyla aydınlatılabilir. Hiç kimsenin bir histeri vakasındaki -en farklı duyulanımların yan yana gelmesi, karşıt fikirlerin karşılıklı bağlılığı, bastırmalar ve yer değiştirmeler gibi- psikolojik olayların karmaşıklığına dair gerçek bir kavrayışa sahip olamayacağını düşünüyorum. Bir semptom haline dönüşen '*idée fixe*'nin Janet tarafından vurgulanması, cılız bir şematikleştirme çabasından fazlası değildir. Dahası, ait oldukları fikirleri bilinçli olma yetisinden mahrum bırakan uyarımların, kendilerini 'normal' olarak tanımladığımız ve fikir içeriğinin bilincinde olduğumuz diğer uyarımlardan farklı bir şekilde birbirlerine etki ettiklerine, farklı bir yol izlediklerine ve daha farklı dışavurumlara yol açtıklarına dair sanıdan sakınmak imkânsızdır. Bu noktaya kadar her şey netleştirildiğine göre, ilk halindeki fikirleri normal olanlara dönüştürerek nevrotik semptomları ortadan kaldıran terapötik bir yöntemin anlaşılmasının önünde artık hiçbir engel yoktur.

Cinselliğin, histeriyi karakterize eden süreçlerin işleyişine sadece tek noktada ve tek bir seferde müdahale eden bir *deus ex machina* gibi anlaşılmayacağını göstermek konusunda fazlaca endişeliydim. Cinsellik, aynı zamanda her bir semptom için ve bir semptomun her bir tezahürü için itici güç sağlar. Hastalığın semptomları, hastanın cinsel aktivitesinden başka bir şey değildir. Tek bir vaka asla bu kadar genel bir teoremi ispatlamaya yetmez ancak cinselliğin, psikonevroz ve genel olarak nevroz sorusunun anahtarı olduğunu tekrar tekrar yineleyebilirim çünkü asla başka türlü düşünemiyorum. Anahtarı küçümseyen hiç kimse o kapıyı açamayacaktır. Bu teoremler çelişecek ya da teoremin kapsamını sınırlandırmayı mümkün kılacak araştırmalarla ilgili haberler almayı hala bekliyorum. Şimdiye kadar buna karşı duyduğum şeyler kişisel hoşnutsuzluk ya da inançsızlık ifadeleriydi. Bunlara, Charcot'un şu sözleriyle cevap vermek yeterlidir: "*Ça n'empêche pas d'exister.*"¹

Burada hastalık ve tedavi tarihçesinden bir kesiti yayımladığım vaka, psikanalitik terapinin değerini doğru bir şekilde ortaya koymaya da müsait değildir. Sadece

1 Var olmasını engellemez. [*ç.n.*]

tedavi süresinin kısalığı (hepi topu üç ay sürmüştür) değil, aynı zamanda vakanın doğasına içkin başka bir faktör de hastanın tam manasıyla bir şifa bulmasına az çok yakınsayacak ve ilerlemenin hem hasta hem de yakınlarınca kabul edildiği iyi sonuçları elde etmeyi engellemiştir. Semptomların, cinsellikle ilgili itkiler arasındaki içsel çatışma tarafından belli bir seviyede devam ettirilmesi halinde, bu türden tatmin edici sonuçlara ulaşılır. Bu gibi durumlarda, hastalığa neden olan patojenin normal malzemeye tercümesi yoluyla ruhsal sorunların çözümüne yardım edildiği ölçüde hastanın durumunun iyileştiği görülecektir. Semptomlar, önceki iki yıl boyunca Dora'da olduğu gibi, dışsal motiflerin hizmetine sunulduğunda olayların gidişatı çok farklıdır. Analizinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen hastanın durumunda gözle görülür bir değişim olmaması şaşırtıcıdır ve bu durum kolayca yanıltıcı olabilir. Ancak gerçekte işler görüldüğü kadar kötü değildir. Gerçi, çalışmanın içinde semptomlar kaybolmaz. Lakin bir süre sonra, doktor ile olan ilişkiler çözüldüğünde, işte o zaman kaybolurlar. İyileşmenin ve ilerlemenin ertelenmesi gerçekte sadece doktorun kendisinden kaynaklanır.

Konuyu anlaşılır hale getirmek için biraz geriye gitmem gerekiyor. Psikanalitik tedavi sırasında, yeni semptomların oluşmasının her zaman durdurulduğu güvenle söylenebilir. Ama nevrozun üretkenliği hiçbir şekilde ortadan kaldırılamaz, aksine bu üretkenlik, "*aktarımlar*" olarak adlandırabileceğimiz genelde bilinçdışı düşünce oluşumlarının özel bir türden yaratımı ile meşgul olur.

Aktarımlar nelerdir? Aktarımlar, analizin ilerlemesi sırasında uyandırılmış ve bilinçli hale getirilmiş itkiler ile fantezilerin yeni baskıları ya da tıpkıbasımlardır ve daha önceki bir kişinin, doktorun şahsı ile nevi şahsına münhasır bir yer değiştirmesi sayesinde meydana gelir. Başka bir deyişle: Bir dizi eskide kalmış psikolojik deneyim geçip gitmiş değildir, tersine doktorun şahsı ile olan güncel bir ilişki olarak yeniden dirilmiştir. İçerik olarak, bu aktarımların bazıları, yer değiştirme dışında, örneklerinden hiçbir bakımdan farklılaşmaz. O halde bunlar -aynı metaforu korumak için- kopyalar ya da değiştirilmemiş yeni baskılardır. Diğerleri ise daha ustaca yapılmıştır; içerikleri -yüceltme olarak adlandırdığım- yumuşatıcı bir etkiye tabi tutulmuştur ve doktorun kişiliğindeki ve davranışlarındaki bazı gerçek özelliklerden akıllıca yararlanarak ve onlara dayanarak bilinçli hale gelebilirler. O halde, bunlar artık kopyalar değil yeniden düzenlemelerdir.

Analitik tekniğin teorisine girmek gerekirse aktarımın kaçınılmaz bir zorunluluk olduğu açığa çıkar. Pratik deneyim her halükârda, bundan kaçınmanın hiçbir yolu olmadığını ve hastalığın bu son oluşumuyla öncekilerde olduğu gibi mücadele edilmesi gerektiğini kesin olarak göstermektedir. Ancak bu, çalışmanın açık ara

en zor kısmıdır. Rüyaların nasıl yorumlanacağını, hastanın bilinçdışı düşüncelerinin ve anılarının serbest çağrışımlarından nasıl çıkarılacağını ve benzer tercüme sanatlarının nasıl uygulanacağını öğrenmek kolaydır: Bunlar için gereken metni her zaman hastanın kendisi verecektir. Yalnız aktarım, neredeyse tamamen bağımsız sezilmelidir, sadece ipuçlarıyla saptanarak ve keyfi çıkarımlar yapma riskinden de imtina ederek. Bununla birlikte, aktarımdan kaçınılamaz çünkü malzemeyi tedavi için erişilemez hale getiren tüm engellerin oluşturulmasında ondan yararlanılır ve ancak aktarım çözümlendikten sonra bir hasta analiz sırasında oluşturulan bağlantıların geçerliliğine dair bir kanaate varır.

Kimileri bunu, yeni bir patolojik ruhsal ürün yaratarak doktorun işini artırması sebebiyle meşakkatli olan bir yöntemin ciddi bir dezavantajı olarak görme eğiliminde olabilir. Aktarımların oluşması hastanın analitik tedaviyle zarar göreceği sonucuna varmalarına bile neden olabilir. Bu varsayımların her ikisi de yanlış olacaktır. Doktorun işi aktarımla birlikte artmaz. Doktorun hastanın kendi şahsıyla ya da bir başkasıyla bağlantılı herhangi bir dürtüsünün üstesinden gelip gelmediğinin onun için hiçbir önemi yoktur. Tedavi, başka bir şekilde yerine getiremeyeceği herhangi bir yeni görevi aktarım şeklinde hastaya dayatmaz. Psikanalitik tedavinin dışlandığı kurumlarda nevrozların iyileştirilebileceği doğrudur. Histerinin yöntemle değil doktor tarafından iyileştirildiği söylenebilir ve hastanın, hipnoz yoluyla telkin ile semptomlarını ortadan kaldıran doktoruna bir çeşit kör bağımlılık ve kalıcı bir tutsaklıkla bağlandığı genellikle doğrudur. Ancak tüm bu gerçeklerin bilimsel açıklaması, hastalar tarafından düzenli bir şekilde doktorlarına yönlendirilen “aktarımların” varlığında bulunur. Psikanalitik tedavi aktarımlar yaratmaz, diğer pek çok ruhsal faktör gibi sadece onları gün ışığına çıkarır. Tek fark şudur: Bir hasta kendiliğinden, iyileşmesine yardımcı olmaları için sevecen ve dostane aktarımları çağırır; eğer aktarımlar oluşmazsa doktor kendisine “sevimsiz” görünür ve onun etkisinde kalmadan olabildiğince hızlı bir şekilde ondan uzaklaşır. Psikanalizde ise itkilerin rolü farklı olduğu için düşmanca olanlar da dâhil olmak üzere hastanın tüm eğilimleri uyandırılır; sonra bilinçli hale getirilerek analizin amaçları için bunlardan yararlanılır ve aktarım bu şekilde defalarca yok edilir. Psikanalizin önündeki en büyük engel olarak görülen aktarımın varlığı her defasında saptanabilirse ve hastaya açıklanabilirse aktarım onun en güçlü müttefiki olur.²

Aktarımdan bahsetmem gerekti çünkü Dora'nın analizinin özelliklerini ancak bu faktör aracılığıyla açıklayabilirim. Bu vakayı tercih sebebi yapan ve onun ilk giriş

2 1923'te eklenen dipnot: Aktarıma dair bu görüşlerin devamı “aktarım-aşkı” üzerine yazdığım teknik yazımda bulunacaktır. (Freud, 1915a)

metni olmaya uygun olmasını sağlayan şey, yani vakanın olağan dışı netliği, analizin vaktinden önce sonlanmasına neden olan büyük hata ile yakından ilişkilidir. Aktarımda ustalaşmayı vaktinde başaramadım. Dora'nın tedavi sırasında patojen malzemenin bir kısmını kullanımına vermeye hazır olması nedeniyle, aynı malzemenin haberdar olmadığım bir bölümü ile bağlantılı olan, aktarımın ilk işaretlerine dikkat etmeyi ihmal ettim. Dora ile aramızdaki yaş farkı düşünüldüğünde, en başlarda Dora'nın fantezisinde babasının yerine geçtiğim açıktı. Hatta bilinçli olarak beni sürekli onunla karşılaştırıyordu ve babası "her zaman gizliliği ve dolambaçlı yolları tercih ettiği için" ona karşı açık olup olmadığından emin olmaya çalışıyordu. Ama bir zamanlar Bay K.'nın evini terk ettiği gibi kendisinin de tedaviyi terk etmesi konusunda kendini tembihlediği ilk rüya geldiğinde, bu uyarıyı benim de dinlemiş olmam gerekirdi. Ona şunu söylemeliydim: "Şimdi Bay K.'dan bana bir aktarım yaptınız. Bay K.'ninkilere benzer (açıkça ya da yüceltilmiş bir şekilde) kötü niyetlerim olduğundan şüphelenmenize neden olabilecek herhangi bir şey dikkatinizi çekti mi?" Ya da şöyle diyebilirdim: "Tıpkı daha önce Bay K. ile olduğu gibi benimle ilgili herhangi bir şeyden etkilendiniz mi ya da benimle ilgili ilginizi çeken bir şey öğrendiniz mi?" O zaman dikkati, ilişkimizde veya benim şahsımda ya da tavırlarımda var olan, ardında Bay K. ile ilgili benzer ama onunla olduğundan kat be kat önemli bir şeyin gizlendiği bazı detaylara çevrilirdi. Ve bu aktarım açığa çıktığında muhtemelen gerçek olaylarla ilgili yeni anılara analizde erişebilecekti. Ancak ben, aktarımın ileri evreleri henüz gelişmediğinden ve analiz için malzeme henüz tükenmediğinden önümde bolca zamanım olduğunu düşünerek bu ilk uyarı pusulasına karşı sağır kaldım. Böylece aktarım beni gafil avladı ve -Dora'ya Bay K.'yı hatırlatan- bende bilinmeyen bir şey nedeniyle babasından intikam almak istediği için benden intikam aldı ve onun tarafından aldatıldığına ve terk edildiğine inandığı için beni terk etti. Böylece anılarının ve fantezilerinin önemli bir kısmını tedavide yeniden üretmek yerine onları *eyleme döktü*. Doğal olarak bu bilinmeyen şeyin ne olduğunu söyleyemiyorum. Bunun parayla ya da iyileştikten sonra ailemle ilişkisini devam ettiren başka bir kadın hastaya yönelik kıskançlıkla ilgili olabileceğini düşünüyorum. Analize dair aktarımları erken bir evrede çalışmak mümkün olduğunda analizin gidişatı gecikir ve muğlaklaşır, ancak istikrarı, ani ve ezici dirençlere karşı daha iyi bir şekilde güvence altına alınmış olur.

Dora'nın ikinci rüyasında ise aktarıma dair çok daha fazla açık ima vardı. Bana rüyasını anlattığı esnada önümüzde sadece *iki* saatlik bir çalışma olduğunun farkında değildim ve bunu iki gün sonra öğrendim. Bu süre, Sistine Meryem'i'nin önünde geçirdiği ve göl kenarındaki reddedilmemiş yürüyüşün süresi olarak belirttiği ("iki

buçuk saat” yerine bir düzeltme yaparak “iki saat” demişti) süreyle aynı uzunluktaydı. Almanya’daki genç adamla ilgili olan ve Bay K. ile evlenebilene kadar onu bekleyecek olmasından kaynaklanan rüyadaki çaba ve bekleyiş birkaç gün önce aktarımda ifade edilmişti. Tedavinin kendisi için çok uzun olduğunu düşünmüştü ve bu kadar uzun süre bekleyecek sabrı asla olmayacaktı. Ancak ilk birkaç hafta içerisinde, tamamen iyileşmesinin belki de bir yıl kadar süreceğini ona söylediğimde herhangi bir itirazda bulunmadan dinleyecek kadar akıllıydı. Rüyada kendisine eşlik edilmesini reddetmesi ve yalnız gitmeyi tercih etmesi de Dresden’deki galeriyi ziyaretinden kaynaklanmaktaydı ve ben belirlenen günde bunu elbet deneyimleyecektim. Anlamaları kuşkusuz şuydu: “Erkeklerin hepsi o kadar iğrenç ki evlenmemeyi tercih ederim. Bu benim intikamım.”³

Semptomlarını sürdürmek için hastanın gündelik yaşamında zaten kullanılanmakta olan zalimlik itkileri ve intikam motivasyonları, doktorun onları kaynaklarına kadar takip ederek kendisinden ayırmaya fırsatı olmadan önce, doktora aktarılmış hale gelirse hastanın sağlık durumunun doktorun terapötik çabalarının etkisini göstermemesine şaşırmamak gerekir. Hasta doktorun acizliğini ve yetersizliğini kendi şahsında göstermekten daha etkili bir intikamı nasıl alabilirdi ki? Yine de Dora’nın gibi kesitler halinde bir tedavinin bile terapötik sonuçlarına çok az değer verme eğiliminde değilim.

Vakanın sona ermesinin ve bu metnin yazılmasının ardından on beş ay geçmişti ki hastanın durumu ve tedavinin etkileri hakkında bazı haberler aldım. Hiç de önemsiz olmayan bir tarihte, 1 Nisan’da (bildiğimiz gibi tarihler ve saatler onun için hiçbir zaman önemsiz değildi) hikâyesini bitirmek ve bir kez daha yardım istemek için Dora beni tekrar görmeye geldi. Ancak yüzüne bir kez bakmak bu isteği

3 Bu analizin sonlanışından itibaren geçen vakit arttıkça tecrübemdeki hatanın şu ihmalden kaynaklandığı ihtimali bana daha olası görünmektedir: Bayan K.’ya duyduğu eşcinsel (jinekofilik) aşk itkisinin onun ruhsal hayatındaki en güçlü bilinçdışı akım olduğunu zamanında keşfedemedim ve bu konuda hastayı bilgilendiremedim. Cinsel konulardaki bilgisinin ana kaynağının -daha sonra onu aynı konularla ilgilenmekle suçlamış olan- Bayan K.’dan başkası olamayacağını tahmin etmeliydim. Bu tür konular hakkında her şeyi bilmesi ve aynı zamanda da bilgisinin nereden geldiğini asla bilmiyormuş gibi davranması gerçekten çok dikkat çekiciydi. Bu bilmecenin peşine düşmeli ve böylesi olağanüstü bir bastırmanın nedenini aramalıydim. Bunu yapmış olsaydım ikinci rüya bana cevabımı vermiş olacaktı. Bu rüyada ifade edilen amansız intikam arayışı her şeyden çok karşıt eğilimi -yani aşık olduğu arkadaşının ihanetini bağışlamasını sağlayan yüce gönüllülüğünü ve sonradan kendisine yöneltilen suçlamaların temeli olan bilgileri ona açıklayan kişinin bu arkadaşı olduğunu herkesten saklamasını- gizlemek için oluşturulmuştu. Eşcinsel eğilimin psikonevrotiklerdeki önemini öğrenmeden önce vakalarımın tedavisinde sık sık duraksamaya uğraya ya da kendimi tam bir kafa karışıklığı içinde bulurdum.

konusunda ciddi olmadığını anlamam için yeterliydi. Söylediğine göre tedaviyi bıraktıktan sonraki dört ya da beş hafta boyunca hala bir “kafa karışıklığı içerisindeydi.” Ardından büyük bir gelişme olmuştu, nöbetleri seyrekleşmiş ve morali yükselmişti. O yılın mayıs ayında K.’ların iki çocuğundan biri, her zaman narin olanı, ölmüştü. Bu kaybı fırsat bilip onlara taziye ziyaretinde bulunmuştu ve kendisini son üç yılda hiçbir şey olmamış gibi karşılamışlardı. O vakit onlarla uzlaştı, onlardan intikamını aldı ve onların meselesini kendisi için tatmin edici bir şekilde sonuçlandırdı. Bayan K.’ya “Babamla bir ilişkin olduğunu biliyorum” demiş ve kadın da bunu inkâr etmemişti. Bay K.’ya ise göl kıyısındaki yalanladığı olayın gerçek olduğunu itiraf ettirmiş ve kendisinin haklı olduğu haberini eve babasına getirmişti. O zamandan beri bu aileyle olan ilişkisini sürdürmemişti.

Bundan sonra, altı hafta süren başka bir ses yitimi nöbeti geçirdiği ekim ayının ortasına kadar gayet iyiydi. Buna şaşırıyordum ve herhangi bir uyarıcı neden olup olmadığını sorduğumda nöbetin şiddetli bir korkunun ardından oluştuğunu söyledi. Bir gün sokakta, birinin bir at arabası tarafından ezilmesine seyirci kalmıştı.⁴ Sonunda ortaya çıkmıştı ki kazaya uğrayan bu kişi Bay K.’dan başkası değildi. Trafiğin yoğun olduğu bu yerde Bay K. şaşkınlık içerisindeymiş gibi onun önünde durmuş ve dalgınlığından ötürü bir at arabası onun üstünden geçmişti. Ancak Bay K.’nın ciddi bir yaralanma olmadan kurtulduğuna kendisini ikna edebilmişti. Birinin babasının Bayan K. ile olan ilişkisi hakkında konuştuğunu duyduğunda hala bazı hafif duygular hissediyordu ancak aksi durumlarda konuyla ilgilenmiyordu. Kendini işine adanmıştı ve evlenmeyi düşünmüyordu.

Sözlerini şimdilerde gece gündüz acı çektiği sağ tarafındaki yüz nevrozisi için yardım almaya geldiğini belirterek sürdürdü. “Bu ne zamandır devam ediyor?” diye sorduğumda “Tam olarak iki haftadır” dedi.⁵ Gülümsemeden edemedim çünkü tam iki hafta önce gazetede benimle ilgili bir haberi okumuş olmalıydı (1902). Ve bunu o da doğruladı.

Demek ki sözde yüz nevrozisi, kendi kendini cezalandırmaydı: Bu, bir zamanlar Bay K.’ya tokat atmış olmaktan ve bunun sonucu olarak benle ilişkilendirdiği intikam aktarımından doğan pişmanlıktı. Benden ne tür bir yardım istediğini bilmiyorum ama kendisine sorunları için daha köklü bir çare bulma tatmininden beni mahrum bıraktığı için onu affetmeye söz verdim.

4 Burada *Gündelik Hayatın Psikopatolojisi* kitabımda tartıştığım dolaylı intihar girişimleri meselesine ilişkin bir katkı görmektedir.

5 Bu zaman dilimi in önemi ve intikam temasıyla ilişkisi için ikinci rüyanın analizine bakınız.

Bu ziyaretinin üzerinden yine yıllar geçti. Bu arada evlendi ve gerçekten de -tüm işaretler beni yanıltmıyorsa- ikinci rüyanın analizinin başında çağrışımlarına konu olan genç adamla evlendi. Tıpkı ilk rüyanın sevdiği adamdan babasına dönmesini -yani hayattan hastalığa kaçışını- temsil etmesi gibi ikinci rüya da onun babasından kopmak üzere olduğunu ve yaşamın tarafına tekrardan çekildiğini ilan etmekteydi.

Çeviren: Tuba Alkan

“Vahşı” Psikanaliz

(1910k)

Birkaç gün önce orta yaşlı bir kadın, bir kadın arkadaşının koruması altında, kaygı durumu ile ilgili şikâyetleri nedeniyle muayene için bana başvurdu. Kırklı yaşlarının ikinci yarısındaydı, oldukça iyi durumdaydı ve belli ki kadınlığı henüz bitmemişti. Kaygı durumunun ortaya çıkmasını tetikleyen şey, son kocasından boşanmasıydı; ancak kendisine göre bu kaygı, yaşadığı banliyöde gittiği genç doktorun, kaygısının nedeninin cinsel doyum eksikliği olduğunu açıklaması ile önemli ölçüde şiddetlenmişti. Doktor, kadının kocası ile cinsel ilişkisinin sonlanmasına dayanamadığını ve iyileşmesi için yalnızca üç yol olduğunu ona söylemişti: Ya kocasına geri dönmeli ya yeni bir sevgili bulmalı ya da kendi kendini tatmin etmeliydi. O günden beri iyileşeceğine inanmıyordu çünkü kocasına geri dönemezdi ve diğer iki seçenek de onun ahlaki ve dini değerlerine aykırıydı. Yine de bana gelmişti çünkü doktoru benim sorumlusu olduğum yeni bir keşiften bahsetmişti ve bu söylenenlerin doğru olduğuna ve başka türlüünün mümkün olmadığına dair benden onay alacaktı. Ona eşlik eden kaknem, sağlıksız görünümlü kadın arkadaşı, doktorun yanıldığına dair hastayı ikna etmem için yalvarıyordu; bu doğru olamazdı, zira kendisi uzun yıllardır duldu ve buna rağmen kaygıdan muzdarip olmadan saygınlığını korumuştı.

Bu ziyaret ile içine düştüğüm garip çıkmaz üzerinde durmayacağım, ancak bunun yerine bu kadını bana yönlendiren doktorun davranışını değerlendireceğim. Öncelikle, gereksiz sayılamayacak -en azından öyle umut ettiğimiz- bir ön koşulu dikkate almalıyız. Uzun yıllara dayanan tecrübelerim bana -herkese öğretebileceği gibi- hastaların, özellikle de nevrotik hastaların, doktorları hakkında söylediklerini hemen doğru kabul etmemeyi öğretti. Bir sinir uzmanı, hangi tedavi yöntemini kullanırsa kullansın,

hastalarının düşmanca duygularının nesnesi haline kolayca gelmekle kalmaz; kimi zaman da nevrotik hastaların gömülü bastırılmış isteklerinin sorumluluğunu bir tür yansıtma ile kabul etmeye razı gelmesi gerekir. Bu tür suçlamaların diğer doktorlar arasında bu kadar kolay kabul görmemesi de bir diğer hazin ama önemli gerçektir.

Bu nedenle, bu kadının bana doktorunun ona söylediklerine dair taraflı bir şekilde çarpıtılmış açıklamalar yaptığını ve eğer “vahşi” psikanaliz ile ilgili sözlerimi bu olaya dayandırırsam, benim için meçhul olan bu adama adaletsiz davranmış olacağımı bana düşündürten haklı gerekçelerim var. Ancak bunu yaparak, belki de başkalarının hastalarına zarar vermesini önleyebilirim.

Varsayalım ki, doktor aynen hastanın bildirdiği gibi konuşmuş olsun. Hemen herkes, bir doktor, bir kadınla cinsellik sorununu tartışmanın gerekli olduğunu düşünürse, bunu nazıkçe ve dikkatle yapmalıdır, eleştirisini gündeme getirecektir. Bununla birlikte, bu talebe uygunluk, psikanalizin bazı mutlak *teknik* kurallarının uygulanması ile çatışmaktadır. Dahası, söz konusu doktor, psikanalizin bir dizi *bilimsel* öğretisinden ya habersizdi ya da onları yanlış anlamıştı ve böylece onun doğası ve amaçlarının bilgisine ne kadar az nüfuz ettiğini göstermiş oldu.

Sonda bahsettiğim bu *bilimsel* yanlışlardan başlayalım. Doktorun kadına tavsiyeleri, “cinsel yaşam” ifadesinden ne anladığını açıkça gösteriyor. Cinsel ihtiyaçtan, yani popüler anlamda, orgazm ve boşalma ile sonuçlanan, *coitus* ve benzeri eylemlere duyulan ihtiyaçtan başka hiçbir şey kastedilmiyor burada. Öte yandan bu doktor, psikanalizin cinsellik kavramını olağan aralığın çok ötesine genişletmekle suçlandığının farkına varmamış olamaz. Bu durum şüphesiz doğru, bunun bir suçlama olarak kullanılabilir olup olmamasını ise burada tartışmayacağım. Psikanalizde, cinsellik kavramı çok daha fazlasını içerir; popüler anlamın daha altına ve aynı zamanda daha üstüne uzanır. Kavramın bu şekilde genişletilmesi genetik olarak kendini haklı çıkarır; ilkel cinsel dürtülerin kaynağından ortaya çıkan tüm sevgi dolu duygu faaliyetlerini, bu dürtülerin başlangıçtaki cinsel hedefleri engellense veya bu hedefler artık cinsel olmayan başka hedeflerle değiştirilmiş olsa bile, “cinsel yaşam” olarak kabul ediyoruz. Bu nedenle, cinsel yaşamdaki psişik etkenin göz ardı edilmemesi ya da küçümsememesi gerektiğini vurgulayarak *psikoseksüaliteden* bahsetmeyi tercih ediyoruz. “Cinsellik” kelimesini, Almanca dilinde kullanılan *lieben*¹ kelimesi ile aynı kapsamlı anlamda kullanıyoruz. Normal cinsel ilişki eksikliğinin olmadığı durumlarda, tüm sonuçlarıyla ruhsal tatmin eksikliğinin olabileceğini de uzun zamandır biliyoruz ve terapistler olarak, sinirsel semptom şeklindeki ikame tatminleri ile mücadele ettiği-

1 Sevmek. [ç.n.]

miz tatmin edilmemiş cinsel isteklerin, çoğu zaman, *coitus* veya diğer cinsel eylemler sayesinde yalnız çok kısıtlı bir ölçüde boşaltıldığını her zaman hatırimızda tutuyoruz.

Bu psikoseksüalite görüşüne katılmayan bir kimse, cinselliğin etiyolojik önemi ile ilgili psikanalitik tezler ileri sürme hakkına sahip değildir. Bu kişiler, yalnızca cinsellikteki somatik etkeni vurgulayarak, sorunu büyük ölçüde basitleştirirler, ancak yaptıkları şeyin sorumluluğunu tek başlarına üstlenmelidirler.

Doktorun tavsiyesinin ardında aynı derecede önemli, ikinci bir büyük yanlış anlaşılma fark edilebilir.

Psikanalizin, nevroz hastalıklarının nedeni olarak cinsel tatminsizliği öne sürdüğü doğrudur. Ama daha fazlasını söylemiyor mu? Sinirsel semptomlarının bir yandan (çoğunlukla aşırı artmış) libido, diğer yandan cinselliğin şiddetle reddi ya da bir bastırma olmak üzere iki güç arasındaki çatışmadan ortaya çıktığını bildiren öğreti, çok karmaşık geldiği için görmezden mi geliniyor? Önemi ikincil olmayan bu ikinci etkeni hatırlayan bir kimse, cinsel tatminin tek başına nevrozların acılarına güvenilir bir çare olduğuna asla inanamaz. Doğrusu, bu insanların büyük bir kısmı ya mevcut durumlarında ya da genel olarak tatmin olamıyorlar. Eğer buna muktedir olsalardı, iç dirençleri olmasaydı, dürtünün gücü, hiçbir doktor tavsiyesi olmasa bile, onlara tatmin olmaya giden yolu gösterirdi. Öyleyse, bu kadına verilmiş olan tıbbi tavsiyenin faydası nedir?

Bu tavsiye bilimsel olarak gerekçelendirilebilse bile, bu kadın için uygulanabilir değildir. Hastanın mastürbasyona ya da bir ilişkiye karşı içsel bir direnci olmasaydı, bu önlemlerden birine çok daha önceden başvururdu. Ya da doktor, kırk yaşından büyük bir kadının, bir sevgili bulabileceğinin farkında olmadığını mı düşünüyor ya da tıbbi onay olmadan böyle bir adım atmak için asla karar veremeyeceğini düşünerek kendi nüfuzunu mu abartıyor?

Bütün bunlar çok açık görünüyor, ancak yine de bir yargıya varmayı sıklıkla zorlaştıran bir anın mevcudiyeti kabul edilmelidir. Tipik nevrasteni ve saf kaygı nevrozu gibi “aktüel nevrozlar” olarak adlandırdığımız bazı nevroz durumları açıkça cinsel yaşamdaki somatik etkenlere bağlıdır. Öte yandan, psikik etkenler ve bastırmanın bu hallerde oynadığı rol hakkında henüz kesin bir tahayyüle sahip değiliz.² Bu gibi

2 “Aktüel Nevrozlar”-tamamen fiziksel ve çağdaş nedenselliğe sahip koşullar altında- Breuer döneminde Freud tarafından çokça tartışıldı. (Terimin kendisi ilk olarak “*Nevrozların Etiyolojisinde Cinsellik*” (1898) isimli makalesinde görülmektedir.) Mastürbasyon tartışması yaptığı uzun bir pasaj (1912) ve narsisizm üzerine yazdığı makalenin ikinci bölümünün başı (1914) (burada hipokondrinin, nevrasteni ve kaygı nevrozunun yanı sıra üçüncü bir aktüel nevroz olduğunu ileri sürüyordu) dışında sonraki yazılarında bundan pek sık söz etmiyordu. *Otobiyografi*’nin ikinci bölümünde (1925)

vakalarda, doktorun öncelikle bazı “güncel” terapileri ve hastanın bedensel cinsel faaliyetlerinde bazı değişiklikleri düşünmesi doğaldır ve eğer teşhisi doğruysa bunu yapmakta haklıdır. Genç doktora başvuran kadın esas olarak kaygı durumlarından yakınıyordu, bu yüzden doktor onun muhtemelen kaygı nevrozundan muzdarip olduğunu ve ona somatik bir terapi önermekte haklı olduğunu varsayıyordu. Başka bir yanlış anlama daha! Kaygıdan muzdarip bir kişi için, ille de onda kaygı nevrozu var diyemeyiz, böyle bir teşhis (septomun) adına dayandırılmaz; kişi hangi belirtilerin kaygı nevrozunu oluşturduğunu bilmeli ve onu kaygı ile kendini gösteren diğer patolojik durumlardan ayırt edebilmelidir. Benim izlenimim, söz konusu kadının *kaygı histerisinden*³ muzdarip olduğuydu ve bu tür hastalık sınıflandırmalarının tüm -ve bununla birlikte tümüyle kâfi olan- değeri, farklı bir etiyojiye ve farklı bir tedaviye işaret etmelerinde yatmaktadır. Bu vakada kaygı histerisi olasılığını göz önünde bulunduran hiç kimse, bu doktorun üç tavsiyesi ile yaptığı gibi, psikişik etkenleri ihmal etme yanılıısına düşmezdi.

İşin garibi, bu sözde psikanalistin terapötik seçenekleri, psikanalize hiç alan bırakmıyor. Görünüşe göre bu kadın kaygısından ancak kocasına geri dönerek, masturbasyon yaparak ya da yeni bir sevgili ile tatmin olarak kurtulabilirdi. O halde, kaygı durumları için esas çözüm olarak gördüğümüz analitik tedavi nerede kullanılacak?

Bu da bizi, iddia edilen bu vakadaki doktorun yaklaşımında gördüğümüz *teknik hatalara* getiriyor. Hastanın, bir tür cehaletten muzdarip olduğu ve eğer birisi bu cehaleti ona bilgi vererek (hastalığının yaşamıyla nedensel ilişkisi, çocukluktaki deneyimleri, vb. hakkında) ortadan kaldırırsa iyileşeceği fikri uzun süredir yerleşiktir ve yüzeysel bir değerlendirmeden ibarettir. Patolojik etken, hastanın cehaletinin kendisi değil, bu cehaletin iç dirençlerdeki kökleridir; bu cehaleti ortaya ilk çıkaran onlardır ve bunu sürdürmeye hala devam ederler. Tedavinin görevi bu dirençlerle mücadele etmektir. Hastayı, bastırdığı için bilmedikleri hakkında bilgilendirmek, tedavi için gerekli olan ön hazırlıklardan sadece biridir. Hasta için bilinçdışı hakkında bilgi sahibi olmak, psikanalizde deneyimsiz olanların hayal ettikleri kadar önemli olsaydı, dersleri takip etmek ya da kitap okumak iyileşmek için yeterli olurdu. Bu tür önlemlerin nevrotik hastalığın semptomları üzerindeki etkisi, kıtlık zamanında

konunun gözden düştüğü gerçeğini yorumladı, ancak yine de konuyla ilgili önceki görüşlerinin doğru olduğunu iddia etti. Yakın zaman sonra *Inhibisyon, Semptom ve Kaygı* metninde (1926) iki ya da üç noktada konuyla ilgili değerlendirmeler yaptı. Ayrıca bkz. *Psikanalize Giriş Dersleri*'nin 24. Dersi (1916-17).

3 Kaygı Histerisi, bundan kısa bir süre önce Freud tarafından klinik bir antite olarak tanıtilmişti ve yine kendisi tarafından “Küçük Hans”ın analizi (1909) ile bağlantılı olarak açıklanmıştı.

menü kartları dağıtılmasının açlık üzerindeki etkisi kadardır. Hatta bu karşılaştırmamız, mevcut anlamının da ötesine taşar; zira hastayı bilinçdışı hakkında düzenli olarak bilgilendirmek, onun iç çatışmalarının şiddetlenmesine ve şikâyetlerinin artmasına neden olur.

Ancak, psikanaliz bu bilgiyi vermekten vazgeçemeyeceğine göre, bunun, iki koşul yerine getirilmeden gerçekleşmeyeceği ortaya koyulmalıdır. Birincisi, hasta, hazırlık yoluyla, bastırdıklarının mahalline bizzat kendisi yaklaşmalıdır ve ikincisi, doktorla olan duygusal ilişkisinde bir kez daha tüymesini imkânsız kılacak kadar yeterli bir bağ (aktarım) oluşturmuş olmalıdır.

Ancak bu koşullar yerine getirildiği zaman, bastırma ve cehalete yol açan dirençlerin farkına varmak ve onların efendisi olmak mümkün hale gelir. Bu nedenle, psikanalitik bir müdahale kesinlikle hastayla oldukça uzun bir temas süresi gerektirir. Doktorun daha ilk görüşmede keşfettiği sırları düşüncesizce hastaya söyleyerek onu gafıl avladığı aceleci girişimler, teknik olarak sakıncalıdır. Ayrıca bu teşebbüsler, çoğunlukla hastanın doktoruna içten bir düşmanlık beslemesine neden olarak ve doktoru hasta üzerinde daha fazla etkiye sahip olmaktan alıkoyarak kendi cezasını kendisi bulur.

Tüm bunların yanı sıra, kişi bazen yanlış bir tahminde bulunabilir ve hiç kimse gerçeğin tamamını keşfedecek konumda değildir. Bu belli teknik kurallar sayesinde psikanaliz, içinde Allah vergisi özel bir kabiliyetin arandığı, ulaşılamaz “tıbbi titizlik” talebinin yerini alabilir.

Bu nedenle, bir doktorun psikanalizin bazı sonuçlarını bilmesi yeterli değildir; tıbbi uygulamasında psikanalitik bir bakış açısının rehberlik etmesini istiyorsa, psikanalizin tekniğine de aşina olmalıdır. Bu teknik, bugün hala kitaplardan öğrenilebilir değildir ve kesinlikle ancak zamandan feragat edilerek emek harcandığında muvaffak olunabilir. Diğer tıbbi teknikler gibi, zaten bu konuda uzman olanlardan öğrenilir. Dolayısıyla, bu sözler için başlangıç noktası olarak aldığım olay hakkında bir yargıya varırken, kadına bu tavsiyelerde bulunduğu söylenen doktorla hiç tanışmamış olmam ve adını daha önce hiç duymamış olmam pek de rastlantısal olamaz.

Ne ben ne de arkadaşlarım ve meslektaşlarım tıbbi bir tekniğin kullanımında bu şekilde bir tekelleşme talep etmeyi uygun buluyoruz. Ancak, “vahşi” psikanaliz uygulamasının hastalara ve psikanaliz davasına yönelik tehlikeleri göz önüne alındığında başka seçeneğimiz kalmadı. 1910 baharında, bize üye olmayan ancak tıbbi yaklaşımlarına “psikanaliz” adını veren kişilerin eylemlerinin sorumluluğunu reddede-bilmek için, üyelerin isimlerini yayınlayarak bağlılıklarını beyan ettikleri uluslararası

bir psikanaliz birliğı kurduk.⁴ Aslında bu türden “vahşı” analistler, tek tek hastalar-dansa psikanaliz davasına daha çok zarar verirler. Böyle acemice bir uygulamanın, ilk başta hastanın durumunda bir kötüleşmeye yol açsa da en sonunda bir iyileşme sağ-ladığını sıkça gördüm. Her zaman değil ama yine de sıkça. Doktora yeterince uzun bir müddet sövüp saydığında ve onun tesirinden kendini yeterince uzak hissettiğinde hastanın semptomları hafifler ya da hasta iyileşme yolunda bir adım atmaya karar ve-rir. Nihai iyileşme daha sonra “kendiliğinden” gelir ya da hastanın sonradan başvur-duğu başka bir doktorun tamamen alakasız bir tedavisine atfedilir. Doktoruna yö-nelik suçlamasını duyduğumuz kadın hastaya gelince, her şeye rağmen, bu “vahşı” psikanalistin hastası için, ona “vazomotor nevroz”dan muzdarip olduğunu söyleye-bilecek herhangi bir saygın otoriteden daha fazlasını yaptığını iddia ediyorum. Ka-dının dikkatini, sorununun gerçek nedenine ya da o istikamette bir yere yöneltti ve hastanın tüm karşı çıkışlarına rağmen bu müdahale bazı olumlu sonuçlara yol açtı. Ancak, doktor bizatihi kendisine zarar verdi ve hastaların psikanaliz yöntemlerine karşı makul denebilecek afektif dirençleri nedeniyle var olan önyargılarının güçlen-mesine yardımcı olmuş oldu. Ve bu önlenebilirdi.

Çeviren: Sinem Acar

4 Bu birlik, 1910 Mart ayı sonunda Nürnberg'deki ikinci Uluslararası Psikanaliz Kongresi'nde kurulmuştur.

Psikanalizde Rüya Yorumlamanın Kullanımı

(1911e)

*Zentralblatt für Psychoanalyse*¹, psikanalitik bilgi birikimindeki ilerlemelerden okuyucularını haberdar etmeyi ve bu konuya dair nispeten kısa katkılar yayımlamayı yegâne görevi addetmez. Bu yayın organı aynı zamanda, hali hazırda bildiklerimizin açık bir taslağını öğrenciye sunma görevini başarıyla tamamlamayı ve analitik uygulamalarının henüz başında olanlara uygun yönlendirmeler önererek onların zaman ve çabalarını idareli kullanmalarını da amaçlar. Dolayısıyla, didaktik bir tabiata sahip ve teknik konular üzerine olan makaleler de mutlaka yeni bir mesele içermelerine gerek olmaksızın bundan böyle bu dergide çıkacaktır.

Şimdi ele almaya yelteneceğim soru rüya yorumlamanın tekniği üzerine olma-
yacak. Ne hangi yöntemlerle rüyaların yorumlanması gerektiği ne de yapılan bu yorumların analizde nasıl kullanılacağı dikkate alınacak. Mevzubahis soru sadece, analistin hastaların psikanalitik tedavisinde rüya yorumlama sanatından hangi faydayı sağlaması gerektiği hakkında olacak. Şüphesiz ki, bu meseleyi çalışmanın çeşitli yolları var fakat analizin tekniğine dair soruların yanıtları hiçbir zaman apaçık verilemez. Belki de takip edilecek tek bir iyi yoldan daha fazlası olmasına rağmen hala birçok kötü yol var. Öte yandan, belirli bir yöntemin lehine verilen bir kararla sonuçlanmasa da, çeşitli yöntemlerin karşılaştırılması gayet aydınlatıcı olabilir.

Rüya yorumlamadan analitik uygulamaya geçen her kimse, rüyaların içeriğine olan ilgisini sürdürecektir ve hastanın anlatmış olduğu her rüyayı mümkün olduğunca eksiksiz yorumlamaya hevesli olacaktır. Fakat yakında artık bütünüyle farklı koşullar altında çalıştığını fark edecek ve eğer bu niyetinde ısrarcı olmayı seçerse tedavinin en

1 *Zentralblatt für Psychoanalyse*, Uluslararası Psikanaliz Derneği'nin o yıllardaki resmi yayın organıdır.

acil görevleriyle bir çarpışmaya sürüklenecektir. Bir hastanın ilk rüyası hastayla ilgili yapılan öncül açıklamalara takdire şayan bir şekilde uygun olduğunu ispatlasa dahi, diğer rüyalar kısa zamanda o kadar uzun ve anlaşılması güç gelecektir ki bir iş gününün sınırlı seans süresinde bu rüyalardan bütün bir anlam çıkarılamayacaktır. Doktor, yorumlama işine ileriki günlerde devam ederse bu süre zarfında yeni rüyalar üretilecek ve bu rüyaları ilk rüyanın nihayet çözümlendiğine kanaat getirene kadar bir kenara bırakmak zorunda kalacaktır. Rüyaların üretimi zaman zaman çok verimlidir ve hastanın onları anlamadaki gelişimi çok tutuktur, öyle ki analistin içine bir kuşku düşer. Doktorun tarafındaki bu kuşku, böyle bereketli bir malzemenin ortaya çıkışının bu yöntemin uzmanı olarak ileri sürüldüğü işin aslında uzmanı olamamasını hastanın keşfetmesinden faydalanan basit bir direnç dışavurumu olduğuna dair bir kuşktur. Ayrıca, bu süreçte tedavi ile şimdiki zaman arasına bir mesafe girmiş olacak ve tedavi güncelle temasını kaybedecektir. Böyle bir tekniğe karşı olarak tedavi için son derece mühim olan bir kuraldan bahsedilebilir: Analist, en küçük anlarda dahi hastanın zihninin yüzeyinin hep farkında olmalıdır. Hangi kompleksler ve dirençlerin o anda faal olduğunu ve bunlara verilen hangi bilinçli tepkilerin onun davranışını yönettiğini bilmelidir. Bu terapötik amacı rüya yorumlamaya duyulan ilgiye kurban etmek hiç de doğru olmaz.

Peki, bu kuralı aklımızda tutarsak analizde rüya yorumlamaya dair tutumumuz ne olmalıdır? Aşağı yukarı şu şekilde olabilir: Bir seansta ulaşılan yorum miktarı yeterli kabul edilmelidir ve rüyanın içeriği tamamen keşfedilmediğinde bu bir kayıp olarak nitelendirilmemelidir. Takip eden günde rüya yorumlamasına görev icabı tekrar girişilmemeli ve başka hiçbir şeyin bu süreçte hastanın düşüncelerinin ön planına itilmediği kesinleşene dek de bu böyle devam etmelidir. Bu demek oluyor ki, yarıda kalmış bir rüyayı yorumlamak hastanın aklına gelen ilk şeyin muhatap alınacağı kuralına bir istisna teşkil etmez. Önceki rüyalar elden çıkarılmadan yenileri geliyorsa daha güncel üretimler dikkate alınmalıdır ve eskileri ihmal etmekle ilgili bir huzursuzluk hissetmeye gerek yoktur. Eğer rüyalar büsbütün dağılmış ve çok miktarda olursa onları tamamen açığa çıkarma umudundan baştan itibaren sessizce vazgeçilmelidir. Genel olarak, rüyaların yorumlanmasına özel bir ilgi göstermekten ya da eğer rüya getirmezse çalışmanın duracağına dair bir fikri hastada uyandırmaktan kaçınılmalıdır. Aksi takdirde, rüyaların üretimine doğru yönlendirilmeye karşı bir direnç ve bunun sonucu olarak da rüyalarda bir kesilme tehlikesi vardır. Bilakis hasta, kendisinin rüya getirip getirmemesinden ya da rüyalara dikkatinin ne kadarını tahsis ettiğinden bağımsız olarak analizin her durumda kendi devamlılığı için malzeme bulduğuna inandırılmalıdır.

Şimdi de rüya yorumlama ancak yöntemin bu türden kısıtlamalarına tabi olarak gerçekleştirilecekse bilinçdışına ışık tutabilecek çok fazla değerli malzemeden vazgeçiyor olmaz mıyız sorusu sorulacaktır. Bu sorunun cevabı, kaybın katıyen meselenin yüzeysel bir bakış açısından görüldüğü kadar büyük olmadığıdır. İlk olarak, ağır nevroz vakalarında herhangi bir ayrıntılı rüya ürününün, eşyanın doğası gereği tam bir çözüme kavuşma yetisinden yoksun sayılmak zorunda olduğunun farkına varılmalıdır. Böyle bir rüya (program-rüyalar ve biyografik rüyalar olarak adlandırılan rüyalar) sıklıkla vakanın patojen malzemesinden temel alsa da henüz doktora da hastaya da bu bilgi malum değildir ve bazen nevrozun tüm içeriğinin rüya diline tercümesine denktir. Bu türden bir rüyanın yorumlamasına kalkışıldığında bütün örtük ama henüz dokunulmamış dirençler uyandırılacak ve bu vaziyet rüyanın anlaşılmasına çok geçmeden ket vuracaktır. Böyle bir rüyanın eksiksiz yorumlanması tüm bir analizin tamamlanmasına denk olacaktır. Eğer başlangıçta bir not düşüldüyse onu anlamak sonda mümkün olabilir, yani aylar geçtikten sonra. Aynı şey tek bir semptomun (muhtemelen ana semptomun) izahı için de geçerlidir. Tüm bir analizin onu açıklaması gerekir; tedavi süresince doktor ilk bunu ele geçirmek için çabalamalıdır, sonra öbürünü, semptomun anlamının parçasını, birbirinin peşi sıra, ta ki tüm parçalar bir araya getirilene dek. Benzer şekilde, analizin erken safhalarında görülen bir rüyadan daha fazlası beklenemez. Eğer rüya yorumlama girişimi bir tek patojen istekli dürtüyü aydınlatırsa buna razı olunmalıdır.

Bu sebeple, ne bir rüyayı bütünüyle yorumlama fikrinden vazgeçilirse kazanılacaklardan feragat edilmiş olunur ne de görece eski bir rüyanın yorumlanmasını kesip daha güncel olana başlanıldığında genellikle kaybedilen bir şey olur. Tümünüyle analiz edilmiş rüyaların iyi örneklerinde, bir rüyanın art arda gelen çeşitli sahnelerinin aynı içeriğe sahip olabildiğini ve böylelikle giderek artan bir açıklıkla ifade bulabildiğini görürüz. Yine öğrendik ki aynı gece içinde görülen bazı rüyalar bir anlamı temsil etmek için farklı şekillerde ifade edilen teşebbüslerden fazlası olmak zorunda değildir. Genel olarak, hiç şüphesiz, rüya yaratan her istekli dürtü anlaşılmadığı ve bilinçdışının tahakkümünden çekilmediği sürece diğer rüyalarda yeniden ortaya çıkacaktır. O yüzden, bir rüyanın yorumlanmasını tamamlamanın en iyi yolu onu bırakmak ve ilgiyi aynı malzemeyi muhtemelen daha erişilebilir bir şekilde içeren yeni rüyaya göstermektir. Tedavi sürecinde bilinç düzeyindeki istekli hedeflerinden vazgeçmelerini hastalardan beklemenin ve her şeye rağmen tesadüfmiş gibi görünen bir rehber kendilerini bırakmalarını onlardan istemenin sadece onlar için değil analist için de çok zahmetli olduğunu biliyorum. Sizi, bir kimsenin kendi teorik prensiplerine inanmaya her ahdetğinde ve de bilinçdışının

bağlantılar kurmadaki rehberliğinden şüphe duymamaya kendini her ikna ettiğinde ödüllendirildiğini temin edebilirim.

Bu nedenle, analitik tedavide rüya yorumlamanın kendi menfaatine bir sanat olarak sürdürülmemesi gerektiği fakat kullanımının tedavinin yönetimine bir bütün olarak hükmeden bu teknik kurallara tabi olması gerektiği çıkarımında bulunuyorum. Elbette, yer yer tersi yönde hareket edilebilir ve kişinin kendi teorik merakı için küçük bir esnekliğe izin verilebilir ama her zaman kişi ne yaptığının farkında olmalıdır. Dikkat edilmesi gereken bir başka durum ise rüya sembolizmini kavrayışımıza daha fazla itimat etmemizden ve hastanın çağrışımlarından daha bağımsız olduğumuza dair kendimize güven duymamızdan beri varlığını sürdürür. Fevkalade yetenekli bir rüya yorumcusu bazen hastasının rüyalar üzerine çalışmanın can sıkıcı ve zamanı tüketen sürecinden geçmesine ihtiyaç duymadan kendini onun her bir rüyasının altında yatanı görebilir bir konumda bulacaktır. Bu yüzden böyle bir analist, rüya yorumlama ile tedavinin arasındaki çatışmadan muaf olur. Dahası, hastaya rüyalarında saptadığı her şeyi söyleyerek her fırsatta rüya yorumlamadan tam bir fayda sağlamanın cazibesine kapılacaktır. Öte yandan, başka bir bağlantıda işaret edeceğim gibi, böyle yaparak büyük ölçüde yerleşik olandan yola çıkan bir tedavi yöntemi edinmiş olacaktır. Psikanalize yeni başlayanlara her ne olursa olsun bu istisnai vakayı örnek olarak almamaları tavsiye edilir.

Hastaların rüyanın tercümesi tekniğine dair bir şeyler öğrenmelerinden önce, henüz ilk getirdikleri rüyaları göz önüne alarak tahayyül edeceğimiz her analist zaten üstün bir rüya yorumcusu konumundadır. Bu başlangıçtaki rüyalar mütevazı olarak betimlenebilir; tıpkı sözde sağlıklı insanların rüyaları gibi onlar da dinleyiciye büyük ölçüde ifşada bulunurlar. O zaman, analist onlardan okuduğu her şeyi hastaya derhal tercüme etmeli mi sorusu ortaya çıkar. Yine de bu soruyu cevaplamanın yeri burası değildir çünkü bu soru açıkça daha geniş bir sorunun bir parçasını oluşturur: Tedavinin hangi aşamasında ve ne çabuklukta analist hastanın zihninde örtülü bir şekilde yatanın bilgisini ona sunmalıdır? Hasta rüya yorumlamanın pratiğini ne kadar çok öğrenirse sonraki rüyaları da genelde o kadar çok anlaşılması zor olacaktır. Rüyalar hakkında elde edilen tüm bilgi aynı zamanda rüya yapılandıran sürecin teyakkuza geçmesine hizmet eder.

Rüyalar hakkındaki “bilimsel” çalışmalarda, ki rüya yorumlamasını tüm reddedişlerine rağmen psikanaliz onlara yeni bir ivme katmıştır, rüyanın metninin doğru bir şekilde muhafazasına gereksiz bir titizlikle dikkat edildiği hep görülür. Bunun, uyanmanın hemen akabindeki saatlerdeki çarpıtma ve yıpranmalardan korunmayı gerektirdiği düşünülür. Hatta bazı psikanalistler, hastaya uyandıktan hemen sonra

her rüyayı not etmeleri talimatını vererek rüya oluşumunun koşullarına dair bilgilerine yeterince tutarlı bir şekilde güvenmiyor görünürler. Terapötik bir çalışmada bu kural yersizdir ve hastalar bunu uykularını bozmak ve hiçbir işe yarar amaca hizmet etmeyen yerlere büyük heves duymak için kullanmaktan memnuniyet duyarlar. Çünkü bu yolla rüyanın metni unutulmaya yüz tutmaktan güç bela kurtarılsa bile, hasta için hiçbir şey başarılmadığına ikna olmak yeterince kolaydır. Çağrışımlar metne gelmeyecek ve sonuç, rüya muhafaza edilmemişçesine aynı olacaktır. Doktorun aksi durumda elde edemediği bir kısım bilgiyi elde etmiş olduğuna kuşku yok. Ama bu analistin mi yoksa hastanın mı bazı şeyleri bildiği meselesiyle aynı şey değildir; psikanalizin tekniği için bu farkın önemi başka bir yerde daha etrafıca incelenecektir.

Sonuç olarak, belli bir rüya türünden bahsedeceğim: Bu rüya, durumun olağan akışı gereği, sadece psikanalitik tedavinin seyrinde oluşur ve yeni başlayanları şaşırtabilir ya da yanılgıya düşürebilir. Bunlar sanki “peşine takılmışçasına” gelen doğrulayıcı rüyalar; analizde kolayca ulaşılabilirlerdir ve tercümeleri adeta son günlerde günlük çağrışımların malzemesinden tedavinin ne çıkardığını ortaya koyar. Bu olduğunda işler, sanki sözde halis muhlis hastamız bizim ona bu rüyadan hemen önce “önerdiğimizi” bize rüya şeklinde geri getirmiş gibi bir hal alır. Daha deneyimli analist, şüphesiz ki böyle bir yumuşak başlılığı hastaya atfetmekte biraz zorluk çekecektir; o, böylesi rüyaları onaylanma umudu olarak kabul eder ve onların tedavinin etkisinin sebep olduğu belli başlı şartlar altında ancak gözlemlenebilir olduklarının ayırdına varır. Rüyaların büyük çoğunluğu analizin önünde gider; öyle ki, rüyalar-daki artık çoktan bilinir ve anlaşılır olmuş her şeyin çıkarılmasından sonra da şimdiye dek saklı olanın iyi kötü açık bir iması hala geriye kalır.

Çeviren: Ece Aşiroğlu

Aktarımın Dinamiği

(1912b)

Aktarım gibi tüketmesi zor bir konu yakın zamanda Wilhelm Stekel tarafından bu dergide açıklayıcı bir şekilde ele alındı.¹ Buraya sadece aktarımın psikanalitik tedavi sürecinde zorunlu olarak nasıl ortaya çıktığına ve tedavideki bu bilindik rolüne nasıl büründüğüne dair anlaşılması gereken bazı noktaları eklemek istiyorum.

Şunu açık hale getirmeliyiz ki her insan doğuştan sahip olduğu eğilimlerin ve çocukluk yıllarındaki çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşiminden aşk hayatını nasıl yürüteceğine, mesela aşk için neleri şart koşacağına, bununla hangi dürtülerini doyuracağına ve kendine hangi hedefleri koyacağına dair nevi şahsına münhasır yöntemler edinir.² Bu yöntemler, dış koşullar ile bizdeki aşk nesnelerinin doğasının sınırları

1 Die verschiedenen Formen der Übertragung [Aktarımın Farklı Biçimleri], *Zentralblatt für Psychoanalyse*, Bd. 2, 2.27.

2 Bu noktada, çocukluğun izlerinin önemini vurgulamış olduğumuz için sanki bizler doğuştan gelen (yapısal) unsurların önemini inkâr ediyormuşuz gibi bir yanlış algıdan kendimizi korumalıyız. Bu tür bir suçlama, insanların nedensellik ihtiyacı içinde olmasının dar penceresinden kaynaklanmaktadır ve bu ihtiyaç, gerçekliğin alışlagelmiş yapılanmasına zıt olarak tek bir nedensel unsur ile tatmin olmayı amaçlar. Psikanaliz, etiyojideki rasgele faktörlerden çokça bahsetse de yapısal olanlardan pek konuşmamıştır ama bunun tek nedeni psikanalizin ilkinde dair söyleyebilecek yeni şeyleri olmasıdır; ikincisiyle ilgili genel bilinenlerden fazlasını bilmemektedir. Etiyojik unsurların bu iki kümesinin arasında bir zıtlık farz etmeyi prensip olarak reddediyoruz, aksine bu iki kümenin birlikte düzenli olarak etkileşiminin gözlemlenen etkiye sebebiyet verdiğini varsayıyoruz. *Δαίμων καὶ Τύχη* (doğuştan bahşedilenler ve şans) bir insanın kaderini tayin eder: Bu iki güçten yalnız biri çok nadir tayin eder, belki de asla etmez. Etiyojik etkinin miktarının bu ikisi arasında nasıl bölündüğü sadece vakalar bireysel olarak tek tek ele alındığında anlaşılabilir. İki faktörün de değişken oranlarda içinde mevcut olduğu grup muhakkak ki kendi ekstrem durumlarını da içinde barındırır. Bildiklerimize istinaden yapının veya deneyimin sahip olduğu oran miktarını her bir vakada farklı tahmin edeceğiz ve

dâhilinde yaşamımız boyunca düzenli olarak tekrar eden yani yeniden yazdırılabilen ve şüphesiz ki güncel deneyimlerle tamamı değiştirilemeyen bir nevi bir basmakalıbı (ya da daha fazlasını) beraberinde getirir. Deneyimlerimiz artık gösteriyor ki aşk hayatının gidişatını tayin eden bu dürtülerin sadece bir kısmı tam bir psöşik gelişimi atlatmıştır. Bu kısmın yüzü gerçekliğe dönüktür, o bilinçli kişiliğin emrindedir ve onun bir parçasını oluşturur. Libidinal dürtülerin bir başka kısmı ise gelişim sürecinde tutulup kalmış ve gerçeklikten olduğu gibi bilinçli kişilikten de uzak tutulmuştur. Böylece bu kısım ya sadece fantezide büyümüş ya da tamamen bilinç dışında kalarak kişiliğin bilinçli haline bilinmez olmuştur. Her kimin sevgi ihtiyacı gerçeklikten tam bir doyum sağlamazsa, o kişi karşılaştığı her yeni insana ileriye dönük libidinal tahayyülleriyle kendini adamak zorunda kalır ve bu şekilde büyük olasılıkla libidosunun iki kısmı da -bilinçli olma yetisine sahip olan ve bilinç dışı olan- bu tutumda bir pay sahibi olur.

Bu kısmen tatminsiz kişinin umutla hazır olda bekleyen libidinal yatırımının [*Besetzung/cathexis*] kendini doktorun şahsına adanması gayet normal ve anlaşılabilir. Tahminimize göre bu yatırım, karşılaşılan kişilerde kullanmamız için el altında hazır bekleyen basmakalıplardan birini oluşturan bir prototipi sürdürür. Veyahut da bir başka deyişle bu yatırım doktoru hastanın bu zamana kadar dizmiş olduğu psöşik "sıralardan" birine ekler. Bu dizimde geçerli olan Baba-İmagosu (Jung'un adlandırmasına göre)³ olduğunda bu imago, doktor ile olan gerçek ilişkilerle de uyumlanacaktır. Ama aktarım bu prototipe bağlı olmadığı gibi Anne ya da Kardeş-İmagosu şeklinde de olabilir. Doktora olan aktarımın ayırt edici özellikleri, ki bunlar sayesinde aktarım duyuşal ve akli temellere binaen haklı çıkarılabilecek her şeyi hem nitel hem de nicel bakımdan aşar, ancak sadece bilincinde olunan ileriye dönük tahayyüllerin değil de, bir yandan geri tutulan veya bilinç dışında olanların da bu aktarımı ürettiği göz önüne alındığında anlaşılır olur.

Aktarım davranışıyla ilgili psikanalizin özellikle ilgilendiği iki hususta hala soru işareti kalmasaydı aktarımda da tartışılacak ya da endişelenilecek hiçbir şey olmazdı. İlk olarak, aktarımın analizdeki nevrotik bireylerde analizden geçmemiş diğer insanlara göre çok daha yoğun olmasını anlamıyoruz ve ikinci olarak da analizin dışında aktarım tedavinin bir vesilesi ve başarının bir koşuluysun analizde aktarımın neden

anlayışımızdaki farklılaşmalarla birlikte yargımızı değiştirme hakkını saklı tutacağız. Ayrıca yapıyı başlı başına geçmiş kuşakların sonsuz uzunluktaki zinciri in ürettiği rastlantısal etkilerden arda kalan bir çökelti olarak düşünmeye de cesaret edilebilir.

3 Symbole und Wandlungen der Libido (Libidonun Sembolleri ve Dönüşümleri), *Jahrbuch für Psychoanalyse*, 3, 164.

tedaviye gösterilen en güçlü direnç olarak ortaya çıktığı da hala bir bilmece olarak kalmakta. Her yeni tecrübeyle birlikte şunu doğruluyoruz: Bir hastanın serbest çağrışımları durursa,⁴ doktorun şahsına ya da onunla bağlantısı olan herhangi bir şeye dair anlık bir düşüncenin o anda hastaya hükmettiğinin teminatı ona verilerek bu tıkanıklık giderilebilir. Bu açıklama yapılır yapılmaz tıkanıklık ortadan kaldırılır ya da çağrışımların durması durumu bu çağrışımı gizleme durumuna evrilir.

Aktarımın aslında başarılı bir sonucun en güçlü kaldırıcı olabileceksen direncin en kuvvetli aracına dönüşmesi ilk bakışta psikanalizin koca bir yöntemsel dezavantajı gibi görünüyor. Ama yine de daha dikkatli bakıldığında bu iki problemten hiç değilse biri bertaraf edilebilir. Aktarımın analiz içinde dışarıda olduğundan daha yoğun ve dizginsiz olduğu doğru değildir. Nevrotik hastaların analitik olmayan bir şekilde tedavi edildiği kurumlara bakıldığında aktarımın olabilecek en yüksek yoğunlukta ve en değersiz şekilde cereyan ettiği, esarete doğru ilerlediği ve aynı zamanda apaçık bir erotik eğilime sahip olduğu gözlemlenir. Gabriel Reuter diye keskin bir gözlemci, bir zamanlar henüz psikanaliz var olmadan önce, nevrozun ne olduğu ve nasıl oluştuğuna dair en iyi incelemeyi açığa vuran ilginç bir kitapta⁵ bunu tarif etmiştir. Yani aktarımın tabiatı psikanalize değil nevrozun kendisine atfedilmelidir. İkinci problem ise şimdilik el değmemiş kalacak.

Aktarımın psikanalizde neden bir direnç olarak ortaya çıktığı sorusu ve sorununun daha yakından bakmalıyız. Tedavideki psikolojik durumu bir göz önüne getirelim: Psikonevrozun her başlangıcının değişmez ve zaruri önkoşulu olan bir süreç vardır. Bu, Jung'un libidonun *içe dönmesi* [*Introversion*] adını vermeyi uygun gördüğü süreçtir.⁶ Bu şu demek oluyor: Libidonun bilinçli olma yetisine sahip olan ve yüzü gerçekliğe dönmüş olan kısmı azalır ve yüzü gerçekliğe bakmayan ve her ne kadar hala öznenin fantezilerini beslese de yine de bilinçdışına ait olan kısmı artar. Libido (bir bütün olarak veya kısmi olarak) *geri çekilmeye* [*Regression*] girmiştir ve öznenin çocuksu imagolarını tekrardan diriltmiştir.⁷ Analitik tedavi bundan itibaren

4 Burada gerçek bir kesilmeden bahsediyorum, hastanın bazı sıradan keyifsizliklerinden dolayı susmasını değil.

5 Aus guter Familie (İyi bir Aileden), 1895.

6 Yine de Jung'un bazı notları, onun içe dönmeyi *dementia praecox*'un bir özelliği olarak gördüğü ve diğer nevrozları aynı şekilde hesaba katmadığı izlenimini vermektedir.

7 Kişinin, çocuksu "komplekslerine" yeniden sahip olduğunu söylemek kolay olurdu. Fakat bunu söylemek doğru olmaz. Bunu doğru bir kalıpta söylemenin tek yolu "bu komplekslerin bilinçdışı kısmı" demek olurdu. Bu makalede ele alınan konular olağandışı derecede kapsamlı olduğu için burada bahsedilen psişik süreçlerle ilgili belirsiz terimlerden konuşmak mümkün olmadan önce aslında aydınlatılması gereken birtakım birbirleriyle ilişkili problemlere girişmek cezbedici oluyor.

libidoyu takip etmek için ilerler: Libidonun izini sürerek onu arar, onu bilince erişebilir kılar ve en sonunda gerçekliğin hizmetine sokar. Analitik araştırmanın, saklı barınağına geri çekilen libidoya tosladığı yerde bir savaş patlak vermek zorunda kalır ve böylece libidonun geri çekilmesine yol açan tüm kuvvetler, bu yeni durumu korumak için çalışmaya karşı dirençler olarak başkaldırırlar. Çünkü libidonun içe dönmesi ya da geri çekilmesi, öznenin dış dünya ile kurduğu belli bir ilişki tarafından (en genel tabiriyle tatmin olmanın engellenmesi tarafından) gerekçelendirilmeseydi ve amacına bir nebze bile uygun olmasaydı, zaten hiçbir zaman meydana gelmemiş olurdu. Ama bu kaynaktan gelen dirençler ne yalnızlardır ne de en güçlüleridir. Kişiliğin emrine amade libido, her daim bilinçdışı komplekslerin (ya da daha doğrusu, bilinçdışına ait olan bu komplekslerin kısımlarının) çekiminin etkisi altında olmuştur ve gerçekliğin çekim gücü azaldığı için geri çekilmeye yönelmiştir. Onları serbest bırakmak için bilinçdışının çekim gücünün üstesinden gelinmelidir, yani şimdiye dek bireyi oluşturmuş olan bilinçdışı dürtülerin ve onların üretimlerinin bastırılması ortadan kaldırılmalıdır. Bu, direncin açık ara en devasa kısmını ortaya çıkarır ve bu kısım, gerçeklikten yüz çevirme kendi geçici haklı sebeplerini tekrardan kaybettiğinde dahi sıklıkla hastalığı sürdürmeye devam eder. Analiz, bu iki kanaldan gelen dirençlerle savaşmak zorundadır. Direnç, her bir adımda tedaviye eşlik eder; her bir çağrışım, hastanın her bir eyleminde direnç hesaba katılmalıdır ve bu direnç, açıklanmış olduğum iyileşmeye can atan ve karşı çıkan kuvvetlerin uzlaşmasının temsilidir.

Eğer kişi, patojen bir bileşenin bilinçteki temsilinden (bu semptom şeklinde çok net bir şey olabileceği gibi gayet ehemmiyetsiz bir şey de olabilir) bilinçdışındaki kökenine doğru izini sürerse çok geçmeden direncin kendini öyle bariz bir şekilde hissettirdiği bir bölgeye girecektir ki bu bölgede bir sonraki çağrışım, direnci hesaba katmak ve onun talepleri ile çalışmadaki araştırmanın talepleri arasında bir uzlaşma olarak görünmek zorunda kalır. Tam da burada, deneyimlerin tanıklıklarına göre aktarım devreye girer. Kompleksi oluşturan malzemeden (kompleksin içeriğinden) herhangi bir şey, doktorun şahsına aktarılmaya uygun olduğunda aktarım kendini gösterir, bir sonraki çağrışımı üretir ve direncin tikanıklık gibi göstergeleri sayesinde görünür olur. Bu deneyimden çıkarıyoruz ki bu aktarım fikri mümkün olabilecek her türlü çağrışımın da önce bilince sızıvermiştir çünkü direnci de tatmin etmektedir. Böyle bir süreç, bir analizin seyri içerisinde sayısız kez kendini tekrar eder. Patojen

Bu problemler, içe dönme ve geri çekilme arasındaki ayrımı belirten sınırı çizmeyi, kompleksler teorisini libido teorisi ile uyumlamayı, fantezi kurmanın bilinç, bilinçdışı ve gerçeklik ile ilişkilendirilmesini ve çok daha fazlasını içermekte. Mevcut makalede bu cezbe karşı koyduğum için özür dilemek zorundayım.

bir komplekse yaklaşlan her seferde, öncelikle bu kompleksin aktarıma uygun olan kısmı bilince itilir ve muazzam bir inatçılıkla savunulur.⁸

Bu aşıldıktan sonra, kompleksin diğer bölümlerinin aşılması da biraz zorluk çıkarmaya devam eder. Analitik tedavi ne kadar uzun sürerse ve hasta patojen malzemenin çarpıtmalarının tedavide açığa çıkanlara karşı kendi başına bir koruma sağlamadığına ne kadar kani olursa, kendisine en büyük avantajları sağlamış olan çarpıtma türünden, yani aktarım ile çarpıtmadan, o kadar çok faydalanır. Bu ilişkiler, tüm çatışmaların nihayetinde aktarım alanında çıkmak zorunda kaldığı bir duruma doğru yönelir.

İşte böylelikle, analitik tedavide aktarım bize her şeyden önce hep direncin en güçlü silahı olarak görünür ve bir yandan da şu sonuca varabiliriz ki aktarımın yoğunluğu ve ısrarı direncin bir etkisi ve ifadesi olmalıdır. Gerçi aktarımın mekanizması, çocuksu imagolara sahip olan libidonun hazır olduğu duruma değin izinin sürülmesi sayesinde ele alınır ve aktarımın tedavideki rolleri ancak kişi onun direnç ile olan ilişkileneşini incelediğinde açığa kavuşur.

Nasıl olur da aktarım direncin bir aracı olmaya bu kadar kusursuz bir şekilde uygundur? Bu soruya cevap vermenin çok da zor olmaması gerektiğine inanılır. Bizde bir dürtüyü harekete geçiren o kişinin önünde, bu yasaklı arzu dürtüsünü itiraf etmenin bilhassa zor olduğu elbette herkes için çok anlaşılırdır. Böylesi bir mecburiyet, gerçek hayatta çok düşük ihtimalle karşılaşılabilecek durumlara sebebiyet vermektedir. Analiz edilen kişi, duygularındaki hareketlenmelerin nesnesini analist ile eşleştirdiğinde zaten tam da bunu hedeflemek istemiştir. Fakat daha etraflıca düşünüldüğünde bu tartışmasız galibiyetin sorunun çözümü olamadığı görülür. Öte yandan sevgi dolu ve özverili bir bağıllık ilişkisi itiraf etmenin tüm zorluklarının üstesinden gelebilir. Gerçekte de karşılaşılabılır ilişkilerde insanlar şöyle deyip dururlar: “Senden çekinmiyorum. Sana her şeyi anlatabilirim.” Böylece analiste olan aktarım da itirafların kolayca ağızdan dökülmesine hizmet edebilir ve kişi aktarımın işleri neden zorlaştırdığını hiç anlamaz.

Burada tekrar tekrar sorulan bu soruya cevap, sorunun üzerine daha da çok düşünülerek verilemez, aksine kişinin tedavideki kendi aktarım dirençlerini inceleyerek edindiğı daha çok tecrübe ile bu cevaplar bulunabilir. Açıkçası “aktarım” düşünüldükçe, aktarımın direnç olarak kullanımının anlaşılabilir olduğu er ya da geç fark

8 Yine de bu bizi aktarım direnci için seçilen unsurların genelde bilhassa patojen bir ilişkisi olduğu çıkarımına götürmemeli. Bir meydan muharebesinde, küçük bir kilisenin veya bir çiftlik evi in ele geçirilmesi için çetin bir savaş verildiğinde illa bu kiliseye milli bir kutsallık atfetmeyeceğimiz gibi bu çiftliği de ordunun serveti olarak görmeyiz. Bu nesnelerin değeri tamamen taktiksel olabilir ya da değerlerinin belki sadece bu muharebeye özgü bir geçerliliğı olabilir.

edilir. Pozitif aktarım ile negatif aktarım arasında ayırım yapmaya, dostça duyguların aktarımını düşmanca olanların aktarımından ayırmaya ve doktora yönelik aktarımın bu iki türünün de ayrı ayrı ele alınmasına karar verilmelidir. Pozitif aktarım, sonrasında bilinçte kalabilen dostça veya şefkatlice duygulara ve bu duyguların bilinçdışına doğru devam eden uzantılarına ayrışır. Bu sonuncusu sayesinde analiz, onların şaşmaz bir şekilde erotik kaynaklardan köken aldığını ortaya koyar. Böylece, hayatımızda bizim için değerli olan duygudaşlık, arkadaşlık, güven ve benzeri türden bütün duygusal ilişkilerin genetik olarak cinsellikle bağlantılı olduğu fikrine varmak zorunda kalırız ve tüm bu ilişkiler de, bilinçteki kendilik algısına ne kadar saf ve tensellikten bağımsız bir şekilde görünürse görünsün, cinsel amaçlarının baskılanması sebebiyle saf cinsel isteklerden gelişirler. İşin aslı, biz sadece cinsel nesneleri tanıdık; psikanaliz, günlük hayatımızda çokça hayranlık veya saygı duyduğumuz kişilerin bizim bilinçdışımız için hala cinsel nesneler olabildiğini bize gösterdi.

Yani bu bulmacanın çözümü şudur: Doktora yönelik aktarım, bu aktarımın ancak ve ancak bastırılmış erotik dürtülerin negatif aktarımı veya pozitif aktarımı olması ölçüsünde tedavideki dirence uygun olur. Eğer aktarımı bilinçli hale getirerek onu “kaldırırsak”, sadece duygusal eylemin bu iki ögesini analistin şahsından koparmış oluruz; bilinçte var olabilen ve sakıncalı olmayan diğer öge kalmaya devam eder ve diğer tedavi yöntemlerinde de olduğu gibi psikanalizde de başarının asıl aracı olur. Bu noktada, psikanalizin sonuçlarının bir öneriye dayanmasına seve seve razı oluruz. Fakat öneri derken Ferenczi'nin bir öneride bulduğu şey anlaşılmalıdır, yani bir insana onda mümkün olan aktarım fenomenlerinin vasıtasıyla tesir edilmesi. Hastanın nihai bağımsızlığı ile ilgileniriz ve bu sebeple öneriyi, hastanın fiziksel bir işi yerine getirmesi amacıyla kullanırız ki bu da zaruri olarak onun fiziksel durumunda kalıcı bir iyileşme sonucunu doğurur.

Aktarımsal direnç fenomenlerinin neden aynı zamanda sıradan tedavilerde (örneğin kurumlarda) değil de sadece psikanalizde ortaya çıktığı hala sorulabilir. Yanıt şu olabilir: Oralarda da ortaya çıkarlar fakat haliyle bu çıkanların aktarım olduğunun takdir edilmesi gerekir. Hatta kurumlarda negatif aktarımın ortaya çıkışı epey sıktır da. Hasta, negatif aktarımın hâkimiyeti altına girer girmez hiç değişmemiş olarak ya da semptomları nüksetmiş olarak kurumu terk eder. Erotik aktarım kurumlarda o kadar da engelleyici bir şekilde etki etmez çünkü orada ortaya çıkarılacağına tıpkı günlük hayattaki gibi geçiştirilir. Fakat o, iyileşmeye karşı direnç olarak çok açık bir şekilde kendini gösterir. Gerçi kurumdan hastayı sürerek yapmaz bunu; tam tersi hastayı kurumda zapt eder ama bu sefer de hastayı hayattan uzak tutarak bunu yapar. Yani iyileşme için hastanın kurumda o ya da bu kaygısını veya ketlenmesini

yenip yenmemesinin pek bir önemi yoktur; iyileşme daha ziyade hastanın gerçek hayatında da bunlardan azade olmasına bağlıdır.

Negatifaktarım, bu makalenin sınırları içerisinde değinilemeyen ayrıntılı bir değerlendirmeyi hak eder. Psikonevrozun iyileştirilebilir türlerinde, sıklıkla eş zamanlı olarak aynı kişiye yöneltilmiş sevgi dolu bir aktarım, negatif aktarım ile yan yana bulunur ve Bleuler de bu tür durumlar için iyi bir ifade olan ambivalans sözcüğünü türetmiştir. Duygulara böylesi bir ambivalans, belli bir ölçüde normal görülebilir fakat duygulara yüksek dozda bir ambivalans kesinlikle nevrotik insanlara özgü bir özelliktir. Kompülsiyon nevrozlarında, erken dönemde yaşanmış olan “zıt kutupların ayrılması” durumu dürtüsel hayatlarının karakteristik bir özelliği olarak görülür ve yapıyı kurucu önkoşullardan biri olarak kendini gösterir. Nevrotiklerin aktarımlarını direncin hizmetine sunması en iyi, duygusal yönelimlerdeki ambivalans ile açıklanır. Paranoyaklardaki gibi aktarım yetisinin esasen negatif ile sınırlı olduğu yerde birine tesir etme ve onu iyileştirme ihtimali de sıfırlanır.

Yine de tüm bu açıklamalarla birlikte şimdiye kadar aktarım fenomenlerinin yalnızca bir tarafından bahsettik ve şimdi de dikkatimizi aynı konunun başka bir yönüne çevirmeliyiz. Analizan yoğun bir aktarım direncinin hâkimiyeti altına girer girmez onun kendi gerçek hayattaki ilişkilerinden gelenleri doktora nasıl attığından, onun psikanalizin temeli olan aklına gelen her şeyi tartmadan anlatma kuralını ihmal edebilme özgürlüğünü kendinde nasıl varsaydığından, onun tedaviye başlamadaki amacını unutarak kısa bir zaman önce onu çok etkileyen mantıklı bağlantı ve çıkarımların artık ona nasıl da önemsiz geldiğinden doğru izlenimi edinen kişi, bu bahsetmiş olduğumuz önceki zamanlardan başka olan anlardan da edindiği izlenimleri açıklama ihtiyacına girer. Bu anlar gerçekten de çok uzakta olmadıklarından ötürü tedavinin analizanı yerleştirdiği psikolojik durumdan bir kez daha ortaya çıkarlar.

Bilinçten yitip giden libidoyu arayış sürecinde bilinçdışının alanına sızılır. Elde edilen tepkiler, aynı zamanda rüya çalışmaları sayesinde tanımlanmış olduğumuz bilinçdışı süreçlere dair bazı özellikleri gün ışığına çıkarıyor. Bilinçdışı dürtüler hatırlanmayı istemez, bunu tedavi arzular; oysaki bu dürtülerin tüm uğraşı bilinçdışının zamansızlık ve halüsinasyon yetisi gereğince yeniden üremektir. Rüyalara benzer şekilde hasta, bilinçdışı dürtülerinin uyanışının sonuçlarına şimdiki zamanda ve gerçek olduğu hükümünü verir; gerçek duruma itibar etmeden tutkularını eyleme geçirmeyi ister. Doktor, bu duygusal hareketlenmelerini tedavinin bağlamına ve kendi tarihçesine oturtması, onları mütalaa etmesi ve psişik değerlerine bakarak onları tanıması için hastayı zorlamayı ister. Doktor ve hasta arasındaki -yani akıl ve dürtü, tanımak ve eyleme geçirme isteği arasındaki- bu çatışma neredeyse yalnızca aktarım fenomeni dâhilinde

vuku bulur. Bu cephede zafer kazanılmak zorundadır ve bu zafer nevrozun nihai tedavisi anlamına gelir. Tartışmasız ki aktarım fenomenlerinin kontrolünü ele geçirmek bir psikanaliste olabilecek en büyük zorlukları tecrübe ettirir ama o paha biçilemez hizmeti yani hastanın gizli ve unutulmuş erotik dürtülerini güncel ve görünür yapma hizmetini bize verenin de tam olarak bu zorluklar olduğu unutulmamalıdır çünkü günün sonunda, hiç kimse *yokluğunda* veya *gıyabında* yok edilebilir değildir.

Çeviren: Ece Aşıroğlu

Psikanaliz Uygulayanlara Tavsiyeler

(1912e)

Burada öneriler olarak sunacağım teknik kurallara yıllar boyunca süren deneyimlerim sırasında izlediğim ve beni zarara uğratan bambaşka yollardan geri döndükten sonra ulaştım. Kolayca fark edilecektir ki bunlar ya da en azından bunların büyük bir kısmı tek bir ana kural altında bir araya getirilebilir. Umarım bunlara gösterilen imtina psikanalizi uygulayan doktorların birçok yararsız uğraştan kurtulmasını sağlayacak ve bazı şeyleri gözden kaçırmaktan da onları koruyacaktır. Yine de bu tekniğin benim bireysel yapıma uygun olan tek teknik olduğunu vurgulamak zorundayım ve çok daha ayrı bir kişilik yapısındaki doktorun hastalarına ve kendi görevine karşı farklı bir tutum edinme eğiliminde olabileceğini inkâr edemem.

a) Günde birden fazla hastayı gören bir analistin karşısına çıkan ilk görev ona aynı zamanda en zoru olarak da görünecektir. Bu görev, hastanın aylar veya yıllar boyunca getirdiği tüm o sayısız ismi, tarihi, anılardaki ayrıntıları, çağrışımları, hastalığın tedavi sürecindeki üretimlerini akılda tutmayı ve eşzamanlı olarak da diğer hastalardan ya da eski analizan hastalardan kaynaklanan benzeri malzemeleri bunlarla karıştırmamayı içerir. Biri günde altı, sekiz, hatta daha fazla hastayı analiz etmek için üsteledikçe bunu başarabilen bir bellek performansı dışarıdan bu işe bakanlarda şüphecilik, hayranlık ve bizzat acıma hislerini uyandıracaktır. Her durumda hem bu işin tekniği hem de nasıl bir becerinin böyle bir sayıya izin verebildiği merak edilecektir ve bu tekniğin kullandığı bazı özel yardımcı araçların olduğu beklentisi doğacaktır.

Bu teknik aslında o kadar basit ki! Duyup duyacağımız her türlü aracı -buna not almak da dâhil- reddeder. İşin özü bu teknik, öyle özel şeylere dikkatini vermeye gerek olmadan duyulan her şeyi, bir zamanlar ismini benim koyduğum “dalgalı dikkat”

halini sürdürerek dinlemekten ileri gelir. Böylece, bir gün içerisinde saatler boyunca dikkat kesilmenin verdiği yorgunluktan sıyrılabiliriz ve kasten verilen dikkatin getirdiği tehlikeden kaçınılabiliriz. Kişi dikkatini son raddesine kadar kullandığında sunulan malzemelerin arasından seçim yapmaya da başlar; bir bölüme bilhassa sabitleyip kalır. Bu sebeple diğer yerlere aldırış etmez ve yaptığı bu seçimin gereğince kendi beklentileri ile yönelimlerinin peşine düşer. İşte tam da yapılmaması gereken budur. Eğer kişi yapılan seçimin gerektirdiği beklentilerin peşine düşerse zaten hâlihazırda bilinenden daha farklı bir şeyi asla bulamama tehlikesi içine de düşer. Eğer yönelimlerinin peşine düşerse mümkün olan algılamayı kesinlikle tahrif edecektir. Duyulan birçok şeyin anlamının zaten sonradan anlaşıldığı unutulmamalıdır.

Analizanlardan yargılamadan ve seçmeden akıllarına gelen her şeyi anlatması talep edilir ve bu talep, görüldüğü üzere, her şeyi eşit ölçüde akılda tutma talimatının karşısında konumlanır. Eğer doktor başka şekilde davranırsa hastanın psikanalizin ana kuralına riayet etmesiyle elde edilen kazanımların büyük bir kısmını boşa çıkarmış olur. Analist için kural şu şekilde ifade edilebilir: O, aklında tuttuklarından bilinç seviyesinde etkisi olanların tümünü belleğinden uzakta tutmalı ve kendini tamamen bilinçdışı belleğine bırakmalıdır. Veyahut salt teknik bir şekilde ifade edecek olursak şöyle diyebiliriz: Analist dinlemeli ve aklında bir şey tutup tutmadığıyla ilgilenmemelidir.

Bu yolla ulaşılanlar, tedavi boyunca ortaya çıkan tüm gerekliliklere yetecektir. Malzemedeki her biri zaten bir diğer bağlantıya eklenen parçalar, analistin de bilincine malum olacaktır. Henüz bağlantısız, kaotik ve düzensiz olan diğerleri ise ilk bakışta dipte görünürler, fakat analizan onları ilişkilendirebileceği ve onlar sayesinde devam edebileceği yeni bir şey getirir getirmez hafızanın yüzeyine çıkmak için can atarlar. Sonrasında, aylar ve hatta yıllar geçmişken, bunları akılda tutmayı amaçlayan o bilinçli niyetten büyük olasılıkla kaçmış olan bir detay doktor tarafından hastaya yeniden sunulduğunda hastanın pek de layık olunmayan iltifatı yüzdeki bir tebessümle kabul edilir: “Bu fevkalade iyi bir hafıza.”

Anımsamadaki yanlışlar sadece doktorun şahsi bir ilişkilendirme sebebiyle dengesinin bozulduğu (aşağıya bakınız) zamanlarda ve yerlerde yani bir analist idealinin ciddi manada gerisinde kalındığında vuku bulur. Malzemeyi diğer hastaların getirdikleriyle karıştırmak çok nadir olur. Analizanın belli bir şeyi söyleyip söylemediği ve nasıl söylediği ile ilgili girilen bir tartışmada çoğunlukla analist haklıdır.¹

1 Doktor, sakın bir üstünlükle hastanın bundan ilk defa bahsettiğine onu temin ederken hasta doktora bu konudan zaten daha önceden de bahsetmiş olduğunu iddia edecektir. Sonrasında analizanın

b) Analizan ile seanstayken her şeyi kâğıda geçirmeyi, kısa notlar almayı vb. önemem. Bazı hastalarda bunun yarattığı ters etkiyi görmezden gelsek bile dikkat etme hususunda gözetdiğimiz hassasiyetlerin aynısı burada da geçerlidir. Doktor kâğıda dikte ederken ya da kısa notlar tutarken malzemenin içinden ister istemez tehlikeli bir seçim yapmak zorunda kalır ve de kişinin kendi zihinsel süreçlerinin bir kısmı, duyduklarından daha iyi bir yorumlama çıkarması gerekirken duraksar. Bu kurala tarihler, rüya metinleri ya da kolaylıkla bağlamdan kopabilen ve kendi başına örnek olarak kullanılmaya uygun olan dikkate değer belli başlı olaylar istisnadır. Ama ben bunu yapma alışkanlığında da değilim. Akşamları işim bittikten sonra hafızamda kalanlardan örnekleri kâğıda geçiriyorum ve önemli bulduğum rüya metinlerini ise hastaya rüyayı anlattırdıktan sonra zihnimde sabitliyorum.

c) Tedavi edilen vakayı bilimsel bir makaleye konu yapma niyetinde olmak hasta ile seanstayken not almayı aklayabilir. Bu, esasen inkâr edilebilir değildir. Fakat analitik bir vaka öyküsünün eksiksiz raporunun ondan beklenenden daha azını verdiği göz önünde bulundurulmalıdır. Kesin konuşmak gerekirse bu raporların güya sahip olduğu kusursuzluk görünürdedir ve modern psikiyatri de bunun çarpıcı örneklerini bize sunar. Bunlar, şaşmaz bir şekilde okuyucuyu yorarlar ve yine de analizde olmanın yerini almayı başaramazlar. Deneyimlerimiz bir okuyucunun analiste inanmak istediğinde analistin malzemesinde biraz düzenleme yapma hakkını ona verdiğini gösterir. Fakat analizi ve analisti ciddiye almayı istemediğinde ise gerçek tedavi kayıtlarına da aldırış etmeyecektir. Bu, psikanalizdeki kanıt eksikliğine çare bulmanın yolu gibi görünmez.

d) Analitik çalışmaya ününü kazandıran bir diğer meziyeti de çalışmada araştırma ve tedavi mutlu mesut ilerlerken biri için gerekli olan yöntemin belli bir noktadan sonra diğeri için gerekli olana zıt düşmesidir. Tedavi henüz sonlandırılmadan bir vakayı bilimsel olarak çalışmak yani bilimsel temelli güdülen kaygı gereğince vakanın yapısını oluşturmak, gidişatı öngörmeyi istemek, zaman zaman mevcut duruma muafiyetler getirmek iyi bir şey değildir. Başarı, bu gibi baştan itibaren bilimsel bir değerlendirme yolunda tayin edilmiş ve bu değerlendirmenin izin verdiği ölçüde tedavisi yapılmış vakalarda sıkıntıya düşer. Buna karşılık, analistin bir niyet gütmekten yürüttüğü, analizanın söylediklerine şaşırma iznini kendine verdiği ve her defasında önyargısız ve varsayımlar yapmadan karşıladığı vakalar başarıya ulaşırlar. Bir analist için doğru davranış, vakalar hala analizdeyken onlarla ilgili tahminlerde bulunmakta

önceden bir keresinde bunu anlatmaya niyet ettiği ama bu denemesinde henüz aktif olan bir direnç tarafından engellendiği ortaya çıkar. O, bu niyetini hatırlaması ile niyeti gerçekleştirmesini hatırlamasını birbirinden ayırt edemez.

veya onlar hakkında kara kara düşünmekte değil; bir zihinsel tutumdan ihtiyaca göre bir diğerine geçebilmekte ve elde edilen malzemeyi ancak analiz sonlandırıldıktan sonra bir araya getirip bir düşünce sürecine tabi tutmakta yatar. Psikanalitik çalışma sayesinde edinebildiğimiz bilinçdışının psikolojisi ve nevrozun yapısı hakkındaki tüm bulgular veyahut da bunlardan kayda değer olanları zaten elimizin altında ol- saydı bu iki tutum arasındaki fark anlamsız olurdu. Şu anki durumda, bu hedefler- den henüz çok uzağız ve önceden beridir edindiğimiz bulguları sınamanın ve yeni- lerini bulmanın yollarına kulak asmazlık etmemeliyiz.

e) Çalışma arkadaşlarıma, tüm duygularını ve kendi insani taraflarını bir kenara koyarak zihinsel güçlerini tek bir amaç uğruna yani ameliyatı mümkün olabilecek en yüksek ustalıkla gerçekleştirmek için kullanan bir cerrahı psikanalitik tedavi sü- recinde kendilerine örnek almalarını şiddetle tavsiye ederim. Bugünün koşullarında bir psikanalist için hissedilebilecek en tehlikeli duygu terapötik bir hırstır, bu yeni ve çokça tartışılan yöntemi kullanarak diğer insanlar üzerinde onları ikna etmeye yö- nelik bir tesir yaratabilecek olan şeylere ulaşmanın hırsı. Bu şekilde kişi sadece ken- dini çalışma için uygun olmayan bir duruma sokmakla kalmaz, iyileşmesi her şeyden önce kendi içindeki güçlerin etkileşimine bağlı olan hastanın mutlak dirençlerine karşı da kendisini savunmasız bir duruma sokar. Analistten talep edilen bu duygu- sal soğukluğun haklı sebepleri bu vaziyetin iki taraf için de avantajlı koşullar yarat- masında yatmaktadır. Analist için bu avantaj kendi duygu dünyasını arzu ettiği gibi korumayı, hasta için ise günümüzde mevcut olan en üst düzeydeki yardımı almayı ifade eder. Eskilerden bir cerrah kendisine şu sözleri düstur edinirmiş: *‘Je le pansai, Dieu le guérit’*.² Analiz de benzeri bir şeyle yetinebilmelidir.

f) Ortaya konulan bu farklı kuralların hangi amaca hizmet ettiğini tahmin et- mek kolay olsa gerek. Hepsi, analizan için hazırlanmış olan “psikanalizin ana kura- lına” analist için bir mukabil oluşturma amacıyla yaratılmıştır. Analizanın kendini gözlemlerken tespit ettiği her şey ile ilişkilmesi ve bir seçimi ona dayatan tüm man- tıklı ve duygusal itirazlarından uzak kalması gerektiği gibi analist de bilinçdışındaki saklı malzemeyi fark etme ve yorumlama gayesiyle analizanın vazgeçtiği seçimin ye- rine kendi sansürünü koymadan, ona söylenen her şeyden faydalanır bir pozisyona kendini konumlandırmalıdır. Bir formüle oturtmak gerekirse analist, analizanın bi- linçdışına kendi bilinçdışını alıcı bir organ gibi yöneltmeli ve tıpkı telefonun alıcı- sının vericiye ayarlanması gibi kendini ona göre ayarlamalıdır. Ses dalgaları tarafın- dan harekete geçirilen hatlardaki elektriksel dalgalanmaların tekrar ses dalgalarına

2 “Ben onu pansuman ettim, Tanrı ise iyileştirdi.”

dönüşmesi gibi analistin bilinçdışı da ona iletilen bilinçdışı türevlerinden hastanın çağrışımlarını tayin eden bu bilinçdışını yeniden üretebilmek becerisine sahiptir.

Fakat analist kendi bilinçdışını bu şekilde bir enstrüman olarak analizde kullanmaya kalkıştığında bir psikolojik koşulu büyük ölçüde yerine getirmelidir. Kendi bilinçdışı tarafından algılananları bilincinden uzak tutmaya sebep veren dirençlerine müsamaha göstermemelidir, aksi takdirde bilinçli bir şekilde dikkat ederken harcadığı çabanın sebep olduğundan kat ve kat daha fazla zararlı olacak yeni türde bir seçim ve tahrifi analize dâhil eder. Bu yüzden, analistin kendisinin normale yakın bir insan olması yetmez, çok daha fazlası ondan talep edilmelidir. Şöyle ki bir analist, psikanalitik bir arınmadan geçmeli ve analizanın ona sunduklarını yakalamasını engelleyebilecek olan kişisel komplekslerini tanımalıdır. Kişiye özgü bu türden kusurların analisti yetersiz kılacak etkileri konusunda pek bir şüpheye yer yoktur. Analistteki her bir çözülmemiş bastırma W. Stekel'in isabetli bir şekilde ifade ettiği gibi analistin analitik algısındaki bir "kör noktaya" karşılık gelir.

Nasıl analist olunabilir sorusuna yıllar önce "kendi rüyalarını analiz ederek" cevabını vermiştim. Bu hazırlık, analizi öğrenmek isteyen birçok kişi için elbette yeterli ama hepsi için değil. Başkasının yardımı olmadan kendi rüyalarını yorumlamak da herkes için yeterli değildir. Başkalarını analiz etmek isteyen herkesin önce bu işin ehli biri tarafından kendisinin analiz edilmesi gerektiği düsturuyla yola çıkan Zürih Analitik Okulu'nun, analist olmak için koşulların ağırlaştırılmasını ve talebin temellendirilmesini şart koşmasını onların hizmetlerinden biri olarak sayıyorum. İşini ciddiye alan kişi bir avantajdan çok daha fazlasını vaat eden bu yolu seçmelidir. Hastalığın ittirmesi olmadan kendini bir yabancıya açma özverisi bol keseden ödüllendirilir. Kendi kişiliğinin saklı kalmış yönlerini tanıma niyetini sadece çok daha kısa sürede ve daha az duygusal bedelle gerçekleştirerek bu olmaz, öte yandan ise kendisinin kitaplarda okuyarak ve konferanslarda dinleyerek edinmek için boş yere uğraştığı izlenim ve kanaatleri de ilk elden kazanmış olur. Ve son olarak, analiz edilen ve ona rehber olan arasındaki süregelen ruhsal ilişkiden kaynaklı kazanım da hafife alınmamalıdır.

Görünürde sağlıklı olan birinin böyle bir analizi, tahmin edileceği üzere, tamamlanmamış kalır. İki kazanımın -kendini tanımanın ve kendine daha iyi hâkim olmanın- ne kadar değerli olduklarını takdir edebilen kişi, kendi şahsının analitik araştırmasını ilerleyen zamanda kendi analizi şeklinde devam ettirecektir ve kendi içinde tıpkı dışında da bulduğu gibi hep yeni bir şeyler bulmayı beklemesi gerektiği gerçeğine memnuniyetle razı olacaktır. Ama kim bir analist olarak kendi analizinden geçme tembihine kulak vermeye tenezzül etmezse yalnızca kendi hastalarından birçok şeyi öğrenememiş olmakla cezalandırılmış olmaz aynı zamanda daha ciddi

bir tehlikeyi, diğerleri için tehlikeye dönüşebilecek bir şeyi, göze almış olur. Kişinin kendine dair belli belirsiz algısında şahsına münhasır olan kişisel özelliklerinden tanıyıp bildiklerini, genel geçer bir teoriymiş gibi bilime yansıtması ona kolaylıkla cazip gelebilir. Böylece, psikanalitik metodun saygınlığına zeval getirebilir ve tecrübesizleri yanılığa sürükleyebilir.

g) Şimdi de analistin tutumundan hastanın tedavisine geçişimizi sağlayacak başka kurallar ekleyeceğim.

Elbette hastayı beraberinde sürüklemek ve dar kişiliğinin sınırlarından onu dışarı taşımak için kendi bireyselliklerinden birçok şeyi ortaya sermek, genç ve hevesli psikanalistlere cazip gelecektir. Analist, kendi psişik kusur ve çatışmalarının bilgisini hastaya verdiğinde ve kendi hayatının mahremini onunla paylaşarak kendisiyle eşit konumda olma imkânını ona sağladığında bunun hastanın mevcut dirençlerinin üstesinden gelmek için tamamıyla caiz ve çok da yararlı bir yöntem olduğunu zannedebilir. Bir itimat ikincisini de hak eder ve başkasından yakınlık talep eden biri, benzeri bir yakınlığı ona taahhüt etmek zorundadır.

Psikanalitik ilişkilerde işler bilinç psikolojisinin bizi beklemeye yönelttiğinden farklı bir biçimde ilerler. Deneyim burada böyle bir afektif tekniğin lehine işlemez. Ayrıca, kişinin böylece psikanalitik zemini terk ettiğini ve tavsiye ile tedavi etmeye meylettiğini görmek zor değildir. Bu sayede hasta, zaten bildiği şeyleri ve de geleneksel dirençler yüzünden bir süreliğine saklı tutacağı şeyleri daha hızlıca ve kolayca anlatır. Fakat bu teknik hastaya malum olmayan bilinçdışının açığa çıkması adına ona hiçbir yol kat ettirmez; sadece derinlerdeki dirençlerini aşabilmesinde onu daha da beceriksiz kılar ve ağır vakalarda hastayı daha da doyumsuz kılarak her seferinde başarısızlığa uğrar. Bunu takiben hasta, aralarındaki ilişkiyi tersine çevirmeyi ister ve analistin analizini kendisinininkinden daha enteresan bulur. Tedavinin başlıca görevlerinden biri olan aktarımın çözülmesi analistin bu yakın tavrı sebebiyle daha zorlaşır, öyle ki başlangıçta muhtemelen var olan herhangi bir kazanım sondakinden daha fazladır. Bu sebeple, bu türden bir tekniğin hatalı olduğunu ilan etmekten hiç çekinmiyorum. Analist, analizanları için tıpkı kendisine gösterilenden başka hiçbir şey göstermeyen bir ayna gibi opak olmalıdır. Bir psikoterapist, kurumlarda ihtiyaç olduğu gibi daha kısa zamanda görünür bir başarıyı elde etmek amacıyla bir miktar psikanalizi bir parça tavsiyelerle telkin etme yöntemiyle harmanladığında böyle bir uygulamaya karşı elbette hiçbir şey söylenemez. Ama bu kişinin ne yapmakta olduğundan emin olması ve kendi yönteminin gerçek psikanaliz olmadığını bilmesi hususlarında ısrarcı olma hakkımız vardır.

h) Eğitim amaçlı bir faaliyetin içinden, ki bu faaliyet psikanalitik tedavide özel bir niyet olmadan analistin payına düşer, başka akıl çeldiriciler de ortaya çıkabilir. Gelişimsel ketlenmelerin çözülmesinde sıklıkla olagelen, analistin, serbest kalmış arayışlara yeni hedefler bulan bir konuma gelmesidir. Analist, nevrozdan kurtulması için çok çaba sarf ettiği kişiyi mükemmel bir hale getirmek amacıyla çok uğraştığında ve arzu ettikleri için kendine yüksek hedefler tayin ettiğinde bunun bir hırs olduğu ancak kavranabilir olur. Fakat yine burada da analist kendine hâkim olmalıdır ve kendi arzuları yerine hastanın buna ne kadar uygun olduğunu rehber edinmelidir. Her nevrotik, yüceltme yapmaya çok da kabiliyetli değildir. Eğer dürtülerini yüceltebilme becerisine sahip olsalardı, birçoğunun zaten hiç hastalanmamış olacakları farz edilebilir. Eğer onları yüceltme yapmaya haddinden fazla zorlarsak ve en ulaşılabılır ve konforlu dürtü tatminlerini onların elinden alırsak muhtemelen hayatı onlar için başka herhangi bir durumda hissedebileceklerinden çok daha zor hale getiririz. Analist olarak her şeyden önce hastaların acine karşı hoşgörülü olunmalıdır ve hastanın tam teşekküllü olmasa da bir parça dahi iş görebilme ve keyif alabilme kapasitesini geri kazanması ile yetinilmelidir. Eğitim amaçlı hırs terapötik hırsın çok daha az işe yarar. Dahası, birçok kişinin dürtülerini kendi örgütlenmelerinin izin verdiği kadar ötesinde bir ölçüde yüceltmeye teşebbüs ederek tam da bundan ötürü hasta düştüğü ve yüceltme kapasitesi olanlarda sürecin genellikle ketlenmelerin analizde aşılmasıyla kendiliğinden gerçekleştiği göz önünde bulundurulmalıdır. Yani demek istediğim şu ki, analitik tedaviyi sürekli dürtü yüceltmesi için kullanma çabası takdire değer olsa da hiçbir durumda tavsiye edilmeye değer değildir.

i) Tedavide, hastanın entelektüel iş birliği ne dereceye kadar fayda sağlar? Bu konuda genel geçer olarak uygulanabilecek bir şeyler söylemek zor. Hastanın kişiliği, en başlıca belirleyici faktördür. Ama buna istinaden, tedbire ve bir adım geride durmaya her durumda itina edilmelidir. Analizana, hatıralarını biriktirmesi veya belli zamanlarda hayatı hakkında düşünmesi gerektiği gibi ödevler vermek doğru değildir. Her şeyden önce öğrenecek çok şey var ki bu kimseye kolay gelmez. Kişi, bir şey üzerine uzun uzadıya düşünmek, isteğini ve dikkatini ona yoğunlaştırmak gibi zihinsel faaliyetlerin nevrozun bilmecelerinden hiçbirini çözmediğini; onun yerine psikanalizin kuralına, yani bilinçdışı ve türevlerinin eleştirisini dışarıda tutma buyruğuna sabırla uyması gerektiğini öğrenmelidir. Tedavide entelektüel konulara kaçma konusunda becerikli ve kendi durumlarına dair sıklıkla pek bilgece tahminler yürüten hastalarla, bu kurala uyma hususunda özellikle kararlı olunmalıdır. Bu sebeple, hastalarımı yardımcı olmak amacıyla analitik metinleri kullanmaktan hazzetmiyorum. Kendi başarılarına öğrenmelerini istiyorum ve bu sayede bütün bir psikanaliz yazınının onlara

öğreteceğinden çok daha geniş ve değerli bir bilgi birikimini edineceklerine onları temin ediyorum. Yine de kurum koşulları altında bu metinleri analizdeki hastalara hazırlık yapmak ve etkili bir atmosfer yaratmak amacıyla kullanmanın çok avantajlı olduğunun farkındayım.

En ciddi ikazımı da ebeveynlerin ve akrabaların onayını veya desteğini kazanmak amacıyla okumaları için onlara analitik yazından bir çalışma -ister başlangıç seviyesi ister ileri seviye olsun- verme hususunda yapmak isterim. Bu hüsnüniyetle atılmış adımın genellikle yakınların psikanalitik tedaviye karşı er ya da geç baş gösterecek muhalif konumlarını vaktinden önce ortaya çıkartan bir etkisi olur, öyle ki tedavinin başlangıcına bile hiçbir zaman varılamaz.

Psikanalistlerin artan tecrübesinin bizi yakında tekniğe dair sorular ve nevrotik hastaların tedavisindeki en etkili yöntem üzerine bir mutabakata götüreceğine olan umudumu ifade etmek isterim. Hastaların “hısımlarının” tedavisine dair ise derin tereddütlerimi itiraf etmeli ve onların bireysel tedavisine olan inancımın sıfıra yakın olduğunu söylemeliyim.

Çeviren: Ece Aşroğlu

Tedavinin Başlangıcı Üzerine

(1913c)

Psikanaliz Tekniği Üzerine Tavsiyelerin Devamı 1

Satranç oynamayı kitaplardan öğrenmeyi umut edenler hemen fark edeceklerdir ki oyunun yalnızca açılış ve bitişleri kapsamlı, sistematik bir sunuma imkân tanır ve açılıştan sonra gelen sonsuz çeşitlilikteki hamleler bu tarz bir tanımlamanın gücünü aşar. Açıklamalardaki bu boşluk, ancak ustaların birbirleriyle mücadele ettiği oyunların gayretle çalışılması ile doldurulabilir. Psikanalitik tedavi uygulaması için önerilebilecek kurallar da benzer sınırlamalara tabidir.

Takip eden kısımda analistlerin kullanımı için tedavinin başlangıcı ile ilgili bazı kuralları bir araya getirmeye çalışacağım. Aralarında önemsiz gibi görünen ve gerçekten de öyle olan bazı detaylar var. Oyunun bu kuralları önemini tam da oyunun genel planı ile ilişkilerinden dolayı kazanır. Faydası dokunacak olsa da bu kurallara “öneriler” demeyi ve koşulsuz kabul edilmeleri iddiasında bulunmamayı düşünüyorum. Psişik durumların olağanüstü çeşitliliği, ruhsal süreçlerin esnekliği ve belirleyici faktörlerin zenginliği tekniğin mekanikleşmesine engel olur ve bu, başka bir durum için uygun olacak bir eylemin zaman zaman etkisiz kalabileceğini ve genellikle yanlış olan bir eylemin de arada sırada istenen sonuca yol açabileceğini ortaya koyar. Bu koşullar, yine de doktor için ortalama olarak etkili bir prosedür belirlememize mâni olmaz.

Birkaç yıl önce hasta seçmek için en önemli göstergeleri belirlemiştim ¹, bu nedenle burada tekrar etmeyeceğim. Bu arada bunlar, diğer psikanalistler tarafından da kabul gördü. Ama o zamandan beri, bir hasta hakkında çok az şey bildiğimde,

1 Bkz. *Psikoterapi Üzerine* (1905).

öncelikle onu bir ila iki haftalık bir süre boyunca geçici olarak kabul etmek gibi bir alışkanlık edindiğimi ekleyebilirim. Eğer biri bu süre zarfında tedaviyi bırakırsa tedavi girişiminin başarısızlığına bağlı üzücü bir etkiden korunmuş olur. Doktor vakayı tanımak ve psikanalize uygun olup olmadığını anlamak için bir “sondaj çalışması” yürütmüş olur. Sıradan görüşmelerdeki en uzun tartışmalar ve sorgulamalar da dâhil hiçbir şey, bu ön görüşme prosedürünün yerini tutmaz. Ancak ön görüşme deneyiminin kendisi de bir psikanalizin başlangıcıdır ve aynı kurallara uymak zorundadır. Belki burada, hastanın neredeyse tüm konuşmayı yapmasına izin vermek ve söylediklerine devam etmesi için kesinlikle gerekli olandan başka bir yorum yapmamak gibi bir ayrıma gidilebilir.

Tedaviye birkaç haftalık bir deneme periyodu ile başlamanın tanısıl nedenleri de var. Histerik ya da obsesyonel semptomların eşlik ettiği, şiddetli bir seyir göstermeyen ve kısa süredir devam eden bir nevroz vakası görülüp tedaviye uygunluğu değerlendirilmek istendiğinde, bunun “dementia praecox”² (Bleuler’in terminolojisinde “şizofreni”, benim önerdiğim haliyle “parafreni”) olarak bilinen durumun bir ön aşaması olup olmadığının sıklıkla sorgulanması gerekir ve er ya da geç bu eğilimin açık bir resmi görülecektir. Ayrımı bu kadar kolay yapmanın her zaman mümkün olmadığını kabul ediyorum. Ayrıcı tanıda daha az tereddüt eden psikiyatristerin olduğunun farkındayım ama ben sık sık hata yaptıkları konusunda ikna oldum. Hata yapmak, bir psikanalist için bir klinik psikiyatrister için olduğundan çok daha vahimdir. Çünkü ikincisi, ne tür bir durumla karşılaşarsa karşılaşsın bunu kullanmak için hiçbir şey yapmaya gerek duymaz. Sadece teorik bir hata yapma riskini taşır ve tanısını salt akademik kaygılarla koyar. Ancak psikanalist söz konusu olduğunda, işler yolunda gitmezse, analistin kendisi pratikte bir hata yapmış olur; beyhude çabanın sorumlusu odur ve kendi tedavi yönteminin gözden düşmesine sebep olabilir. Hastanın histeri ya da obsesyonel nevrozdan değil de parafreniden muzdarip olması durumunda iyileşme vaadini yerine getiremez. Bu nedenle tanıdaki hatalardan kaçınmak için oldukça güçlü bir motivasyonu vardır. Birkaç haftalık deneme görüşmesinde, daha fazla devam etmemeye karar verebileceği şüpheli işaretleri genellikle gözlemleyecektir. Ne yazık ki bu tür bir girişimin her zaman belirli bir karara varmamızı sağladığını iddia edemem; bu akıllıca bir önlemden fazlası değildir.³

2 Dementia praecox (erken bunama) terimi genellikle o dönemin psikiyatristerleri tarafından şizofreni ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Freud, önce bu terimin yerine parafreniye kullansa da ilerleyen zamanlarda şizofreniyi kullanmayı kabul ettiği görülür. [ed.n.]

3 Tanıdaki bu belirsizlik, hafif parafreni formlarının analiz edilebilme ihtimali ve bu iki bozukluk arasındaki benzerliğin nedenleri hakkında söylenecek çok şey var fakat mevcut durumda bu

Tedavinin başlangıcından önceki ayrıntılı ön görüşme temaslarının, başka yönlemlerle yapılan önceki tedavilerin ve doktor ile analiz edilecek hasta arasındaki eski bir tanışıklığın hazırlıklı olunması gereken belli başlı bazı olumsuz sonuçları vardır: Doktor aktarımın büyümesini ve gelişmesini baştan itibaren gözlemleme fırsatına sahip olmadan önce, zaten yerleşik olan ve önce yavaşça ortaya çıkması gereken bir aktarım içinde hasta ile karşılaşır. Bu şekilde hasta, tedavide ona isteyerek vermediğimiz geçici bir avantajı elde eder.

Tedaviye başlamadan önce erteleme yapmak isteyen her hastadan şüphe etmek gerekir. Tecrübeler gösteriyor ki, gecikmenin sebebi -yani mazeretlerinin akılcılaştırılması- herhangi bir şüphe uyandırmasa da üzerinde uzlaşılan zaman geldiğinde bu kişiler terapiye gelmezler.

Psikanalist ve yeni hastası veya ailesi arasında arkadaşlık söz konusu olduğunda ya da birbirleriyle sosyal bağları olduğunda özel zorluklar ortaya çıkar. Bir arkadaşının eşinin veya çocuğunun tedavisini üstlenmesi istenen psikanalist, tedavinin sonucu ne olursa olsun bunu arkadaşlığı ile ödemeye hazır olmalıdır. Yine de yerine güvenilir bir vekil bulamazsa arkadaşlığını kurban etmelidir.

Hem meslekten olmayanlar hem de doktorlar -öneriler vererek tedavi etmeyi psikanaliz ile birbirine karıştıranlar- hastanın yeni tedaviye yüklediği beklentilere büyük önem verme eğilimindedir. Psikanalize büyük bir güven duyan, gerçekliğine ve etkinliğine tamamen ikna olmuş bir hasta söz konusu olduğunda çok fazla sorun yaşanmayacağına; buna karşılık şüpheli bir bakış açısına sahip olan ve başarılı sonuçları kendisinde görmeden hiçbir şeye inanmayan hastalar söz konusu olduğunda ise durumun şüphesiz daha zor olduğuna sıklıkla inanırlar. Ancak aslında hastanın bu tutumunun çok az önemi vardır. Başlangıçtaki güveni ya da güvensizliği, nevrozu olduğu yere sabitlemiş iç dirençlere kıyasla neredeyse göz ardı edilebilir. Hastanın duyduğu güvenin onunla ilişkimizin erken dönemini keyifli bir hale getirdiği doğrudur; bunun için ona minnettarız, ancak bu olumlu tarafın analizde ortaya çıkan ilk zorluk ile parçalanacağı konusunda hastayı uyarırız. Kuşkucu kimseye analizin hiçbir inanç gerektirmediğini, istediği kadar eleştirel ve şüpheli olabileceğini ve tutumunu hiçbir şekilde yargısının etkisi olarak görmediğimizi söyleriz çünkü bu konularda güvenilir bir yargı oluşturacak pozisyonda değildir; güvensizliği, diğer semptomları gibi sadece bir semptomdur ve tedavi

konuda ayrıntıya giremem. Eğer, "içe dönme" (libidonun içe dönmesi) terimini kullanmak, onu tek makul anlamına yabancılaştırmasaydı, histeri ve obsesyonel nevrozları "aktarım nevrozları" olarak ve parafrenik eğilimleri "içe dönme nevrozları" olarak ayıran Jung'u takip etmekten memnun olurum.

kurallarının kendisinden istediklerini yerine getirdiği müddetçe sıkıntı veren bir durum ortaya çıkmayacaktır.

Nevrozların doğasına aşina olan hiç kimse, diğer insanlar üzerinde çok iyi analiz yapabilen bir kişinin bile sıradan ölümlüler gibi davranabileceğini ve kendisi analitik soruşturmanın nesnesi haline gelir gelmez bu kişinin en yoğun direnci üretebileceğini duyunca şaşkına dönmeyecektir. Bu olduğunda zihnimizdeki derinliğin boyutunu bir kez daha fark ederiz ve nevrozun köklerinin, entelektüel bir analiz bilgisinin nüfuz etmediği psişik tabakalarda olduğunu bulmak da bizi şaşırtmaz.

Analizin başlangıcındaki önemli noktalar zaman ve para ile ilgili düzenlemelerdir. Zaman açısından, belirli bir saati kiralama prensibine sıkı sıkıya bağlıyım. Her hastaya çalışma günlerimin müsait belirli bir saati tahsis edilir; o saat ona aittir ve faydalanmasa bile bundan sorumludur. İyi çevrelerde müzik veya dil öğretmenleri için yapılan bu düzenleme, bir doktor için fazla sert ve hatta mesleğe uygunsuz görünebilir. Hastanın her gün aynı saatte katılmasını engelleyebilecek birçok öngörülemeyen olaya dikkat çekme eğilimi olacaktır ve uzunca bir analitik tedavi sırasında meydana gelebilecek çok sayıda başka hastalıklara tolerans gösterilmesi beklenmektedir. Ancak benim cevabım, başka hiçbir yolun elverişli olmadığıdır. Daha az katı bir uygulamada “ara sıra” olan devamsızlıklar o kadar büyük oranda artar ki doktor maddi varlığını tehdit altında bulur; düzenlemelere uyulduğunda ise bu öngörülemeyen olayların hiç gerçekleşmediği ve başka hastalıkların çok nadir ortaya çıktığı görülmektedir. Analist, ücreti peşinen ödenmiş biri olmaktan ötürü utanacağı bir boş zamanın tadını çıkaracak duruma neredeyse hiç düşmez; çalışmaya kesintisiz olarak devam eder ve özellikle de önemli ve üretken olacağı vaat edildiğinde, çalışmanın beklenmedik duraksamasının meydana getireceği iç karartıcı ve şaşırtıcı deneyimden kurtulmuş olur. Başka hiçbir şey, insanların günlük yaşamlarındaki psişik faktörlerin önemini, hasta numarası yapma sıklıklarını ve talihsizliklerini birkaç yıllık psikanaliz pratiğindeki katı saat kiralama prensibi kadar güçlü şekilde göstermez. Tedaviye ilgisi olan bir hastada organik bir hastalık geliştiğinde ise tedaviye ara veririm, boş kalan saatimi başka yerde kullanırım ve iyileşir iyileşmez hastayı geri alıp ona başka bir boş saatimi veririm.

Pazar günleri ve resmî tatiller hariç her gün -bir kural olarak haftanın altı günü- hastalarımı çalışıyorum. Hafif vakaların ve hâlihazırda iyi ilerlemiş bir tedavinin devam etmesi için haftada üç gün yeterli olacaktır. Bunun dışında herhangi bir zaman kısıtlaması ne doktora ne hastaya bir avantaj sağlar; analizin başlangıcında bu söz konusu bile değildir. Kısa kesintiler bile çalışmayı her daim az da olsa sarsıntıya uğrattır. Pazar gününün ardından tekrar çalışmaya başladığımızda “Pazartesi Kabuğu [*die*

Montagskruste]"⁴ hakkında şaka yaparız. Çalışma saatleri daha az olduğunda, hastanın gerçek hayatına ayak uyduramama, tedavinin şimdiki zamanla temasını kaybetmesi ve yan yollara sapması riski vardır. Bazen de günde ortalama bir saatten fazla zaman vermek gereken hastalara rastlanılır, çünkü bir saatin büyük bir kısmı açılmaya ve iletişim kurmaya başlamadan önce çoktan gitmiş olur.

Hastanın başlarken doktora sorduğu ve doktorun hiç hoşuna gitmeyen sorulardan biri şudur: “Tedavim ne kadar sürecek? Beni sorunumdan kurtarmak için ne kadar zamana ihtiyacınız var?” Eğer analist birkaç haftalık bir deneme tedavisi önermişse, deneme süresinin sonunda daha güvenilir bir açıklama yapma sözü vererek bu soruya doğrudan bir yanıt vermekten kaçınabilir. Cevabımız, Ezop masalındaki filozofun yolcuya verdiği cevap gibidir. Yolcu, yolculuğunun ne kadar süreceğini sorduğunda, filozof sadece “Yürü!” diye cevap verir ve yolculuğun ne kadar süreceğini yolcuya söyleyebilmesi için önce yolcunun adımının uzunluğunu bilmesi gerektiği açıklamasını yaparak cevabını gerekçelendirir. Bu yöntem ilk zorlukların üstesinden gelmekte yardımcı olur; ancak bu iyi bir karşılaştırma değildir çünkü nevrotik hızını kolayca değiştirebilir ve bazen çok yavaş ilerleme kaydedilir. Gerçekte, bir tedavinin muhtemel süresine ilişkin soru neredeyse cevapsızdır.

Hastaların içgörü eksiklikleri ve doktorların ikiyüzlülükleri birleştğinde analiz kendini en sınırsız talepleri, en kısa zamanda karşılamayı beklerken bulur. Örnek olarak, birkaç gün önce Rusya’daki bir kadından aldığım bir mektuptan bazı ayrıntılar vereyim. 53 yaşında, hastalığı yirmi üç yıl önce başlamış ve son on yıldır sürekli bir işte çalışmıyor. “Sinir hastaları için bir dizi kurumda gördüğü tedaviler” onun için “aktif bir yaşamı” mümkün kılamamış. Hakkında okuduğu psikanaliz ile tamamen iyileşmeyi umuyor, ancak hastalığı şimdiye kadar ailesine o kadar pahalıya mal olmuş ki altı hafta veya iki aydan fazla bir süre Viyana’da kalamazmış. Bir başka zorluk ise, en başından itibaren kendisini yazarak açıklamak istemesidir çünkü sorunları hakkındaki herhangi bir tartışma, içinde bir duygu patlamasına neden olabilir veya “konuşmasına geçici olarak engel olabilir”. Hiç kimse bir başkasından ağır bir masayı hafif bir tabure gibi iki parmağıyla kaldırmasını ya da tahta bir kulübe yapılabilecek sürede büyük bir ev inşa etmesini beklemesiz; ancak konu şimdiye kadar insan düşüncesinde uygun bir yer bulmamış gibi görünen nevroz meselesi olunca, akıllı insanlar bile zaman, çalışma ve başarı arasında pay edilmesi zaruri bir orana uyulması gerektiğini unuturlar. Zaten bu, nevrozların etiolojisinde etkili olan derin cehaletin

4 Freud, hastalarını genellikle haftada altı kez görüyordu. Pazar günleri tatil günüydü. Bu tabiri ise, analitik çalışmadaki bir günlük kesintinin dahi çalışmaya engelleyici bir etkisi olduğunu ima eden bir şaka olarak arkadaş arasında kullanırdı.

anlaşılabilir bir sonucudur. Bu cehalet sayesinde nevroz bir tür “uzaklardan gelen genç kız” olarak görülür. Kimse nereden geldiğini bilmez, bu yüzden de bir gün ortadan kaybolması beklenir.

Doktorlar bu abartılı umutlara destek veriyorlar. Aralarında bilgili olanlar bile sıklıkla sinir bozukluklarının şiddetini değerlendirmekte başarısız oluyor. İtibar ettiğim bir arkadaşım ve meslektaşım, diğer disiplinler üzerinde onlarca yıl süren bilimsel araştırmalarından sonra psikanalize yöneldi ve bir defasında bana şöyle yazdı: “İhtiyacımız olan şey obsesyonel nevroz için kısa, zahmetsiz, ayaktan bir tedavi yöntemidir.” Bunu ona sağlayamazdım; iç hastalıkları uzmanlarının da bu avantajları içeren tüberküloz veya kanser tedavilerinden çok memnun kalacağına dikkat çekmeye çalışarak kendimi affettirmeye çalıştım.

Daha açık konuşmak gerekirse, psikanaliz her zaman uzun bir süre gerektirir, altı ay veya tüm yıl gibi, ki bu da hastanın beklediğinden daha uzun bir süre anlamına gelir. Bu nedenle, tedaviye karar vermeden önce hastaya bunu söylemek bizim görevimizdir. Hastanın dikkatini, analitik tedavinin içerdiği zorluklara ve fedakârlıklara, onu korkutmadan fakat bir yandan da peşinen, çekmenin daha onurlu ve aynı zamanda daha uygun olduğunu düşünüyorum. Bu şekilde daha sonra hastanın kapsamını ve sonuçlarını fark etmediği bir tedavi ile kandırıldığını söylemeye de hakkı olmaz. Bu bilgiyi almaktan uzak duran hasta her halükârda daha sonra kendisini fayda görmemiş biri olarak gösterecektir. Tedavinin başlamasından önce bu tür bir seçim yapmak iyi bir şeydir. Hastalar arasında anlayış ilerledikçe bu ilk testi başarıyla karşılayanların sayısı artar.

Hastaları belli bir süre boyunca tedaviye dayanmaya mecbur bırakmıyorum; ne zaman isterlerse ayrılmalarına izin veriyorum. Ancak az miktarda bir çalışmanın ardından sonlandırılan tedavinin başarılı olmayacağını ve tıpkı bitmemiş bir ameliyat gibi onları hoşnutsuz bir durumda bırakabileceğini hastalardan saklamıyorum. Psikanaliz uygulamalarımın ilk yıllarında hastalarımın analizlerine devam etmesini sağlamakta büyük zorluk yaşıyordum. Bu zorluk çoktandır değişti ve şimdi en büyük acıları onları tedaviyi bırakmaya teşvik etmek için çekmek zorundayım.

Analitik tedaviyi kısaltmak haklı bir istektir ve öğreneceğimiz gibi çeşitli yollardan yapılmaya çalışılmaktadır. Ne yazık ki bu, çok önemli bir etkene, zihinde derinlemesine değişikliklerin gerçekleştiği yavaşlığa -ve şüphesiz bilinçdışı sürecimizin “zamansızlığına”- karşıt bir durumdur. Hastalar analiz için harcanan zamanın uzunluğu ile karşı karşıya kaldıklarında, genellikle bir çıkış yolu bulmaya uğraşırlar. Rahatsızlıklarını parçalara bölerler ve bazılarını dayanılmaz, diğerlerini ikincil olarak

tanımlarlar ve şöyle söylerler: “Eğer beni bundan kurtarırsanız (baş ağrısı ya da belirli bir korku gibi), günlük hayatımda diğerleriyle başa çıkabilirim.” Ancak bunu yaparak analizin seçme gücünü gözlerinde büyütürler. Analist elbette çok iyi bir anlaşma yapabilir, ancak hangi sonuçları etkileyeceğini önceden belirleyemez. Var olan bastırmaların çözülmesi sürecini harekete geçirir, bu süreci denetleyebilir, dahası önündeki engelleri kaldırabilir ve şüphesiz çoğunun etkisini azaltabilir. Ancak genellikle bir kez başladıktan sonra psikanaliz kendi yoluna gider ve ne yöne gideceğinin ya da hangi noktaları iyileştireceğinin öngörülmesine izin vermez. Analistin hastalığın semptomları üzerindeki gücü, bir erkeğin cinsel gücü ile karşılaştırılabilir. Bir adam, bir çocuğun babası olabilir, bu doğru, ancak en güçlü adam bile kadın organizmasının içinde tek başına bir kafa, bir kol veya bacak yaratamaz; çocuğun cinsiyetine bile karar veremez. O yalnızca uzak geçmişteki olaylar tarafından belirlenen ve çocuğun annesinden ayrılmasıyla biten son derece karmaşık bir süreci harekete geçirir. Nevroz da bir organizmanın özelliklerine sahiptir. Kendisini oluşturan görünüm birbiriyle bağımsız değildir; birbirlerini belirler ve birbirlerine karşılıklı destek verirler. Bir kişi sadece bir nevrozdan muzdariptir, asla kazara bir araya gelen birçoklarından değil. Dayanılmaz olan semptomundan tam da istediği gibi kendisini kurtardığımız hasta, daha önce ihmal edilebilir olan semptomunun arttığını ve dayanılmaz hale geldiğini kolayca fark edebilir. Tedavinin başarısını olabildiğince az öneriye (diğer bir deyişle aktarıma) borçlu olmak isteyen analist, tedavinin seyri üzerindeki seçici etkisinden faydalanmaktan kaçınacaktır. En hoş karşılanan hastalar, mümkün mertebe tam bir sağlığa kavuşmayı analistten talep eden ve iyileşme süreci için gerekli olan zamanı harcayan hastalardır. Elbette bu tür uygun koşullar az sayıda vakada görülebilir.

Tedavinin başlangıcında kararlaştırılması gereken bir sonraki konu ise para, yani doktorun ücretidir. Bir analist, paranın ilk bakışta hayatını idame ettirme ve güç elde etme aracı olarak görüleceğine itiraz etmez; bunun yanında, ona yüklenen değerle güçlü cinsel etkenlerin de yer aldığını bilir. Böylece, para meselelerinin uygar insanlar tarafından cinsel meselelerle aynı şekilde -aynı tutarsızlık, iffet taslama ve riyakârlık ile- ele alındığına işaret edebilir. Bu nedenle analist, en baştan bu tutuma düşmemekte kararlıdır; hastasıyla olan ilişkisinde, para meselesinde de tıpkı hastaların cinsel yaşamları ile ilgili konularda onları eğitmek istediği gibi aynı açık yüreklilikle davranır. Onlara gönüllü olarak kendi zamanına biçtiği ücreti söyleyerek bu konularda gereksiz bir utancı reddettiğini gösterir. Büyük miktarlarda para birikmesine izin vermemek, oldukça kısa ve düzenli aralıklarla (örneğin, aylık) ödeme istemek daha uygun olur. (Çok düşük bir ücret istendiğinde, tedavinin değerinin hastanın gözünde

artmadığı bilinen bir gerçektir.) Bu elbette, Avrupa toplumundaki sinir uzmanlarının ve diğer doktorların rutin bir uygulaması değildir. Ancak psikanalist kendisini dürüst ve pahalı bir cerrahın yerine koyabilir, çünkü tedavide kullanılabilecek yöntemlere sahiptir. Bana, kişinin gerçek taleplerini ve ihtiyaçlarını kabul etmek, doktorlar arasındaki uygulamada halen olduğu gibi, tarafsız bir hayırseverlik rolünü üstlenmeye göre daha saygın ve etik olarak daha az sakıncalı görünüyor. Aslında bu rol, hastaların açıkça belli ettiği istismar arzusu ve düşüncesizlikleri ile doktorun gizlice mağdur edildiği ve sonrasında doktorun yüksek sesle yakınması ile sonuçlanan bir konumdur. Analist, ücretini belirlerken ne kadar çok çalışsa da asla diğer tıp uzmanları kadar kazanamayacağı gerçeğini bilmelidir.

Aynı sebepten dolayı analist, ücretsiz tedavi vermekten kaçınmalı ve meslektaşları ya da aileleri için ayrıcalıkta bulunmamalıdır. Bu son öneri profesyonelliğe aykırı görünüyor olabilir. Ancak unutulmamalıdır ki, bedava bir tedavi bir psikanaliste diğer tüm tıp insanlarından çok daha fazla anlam ifade etmektedir; bu, hayatını kazanmak için kullanabileceği çalışma süresinin önemli bir bölümünün -belki de yedide, sekizde birinin- birkaç ay boyunca feda edilmesi anlamına gelir. Aynı zamanda sürdürülen ikinci bir ücretsiz tedavi, kazanma kapasitesinin üçte biri veya dörtte birinden analisti mahrum bırakacaktır ki bunun etkisi de ciddi bir kazanın neden olduğu hasarla kıyaslanabilir.

O zaman hastanın elde ettiği avantajın, doktor tarafından yapılan fedakârlığı bir dereceye kadar dengeleyip dengelemeyeceği sorusu ortaya çıkar. Bu konuda bir yargı oluşturmayı göze alabilirim, zira yaklaşık on sene boyunca günde bir, bazen de iki saati ücretsiz tedaviler için ayırdım. Çünkü nevrozlarda yolumu bulmak amacıyla mümkün olduğunca dirençsiz çalışmak istedim. Yine de bu şekilde istediğim avantajları sağlayamadım. Ücretsiz tedaviler nevrotiklerin direncini sıklıkla artırır -örneğin, genç kadınlarda aktarım ilişkilerinin doğasında olan ayartmalar ve genç erkeklerde minnet hissetme yükümlülüğüne karşı baba komplekslerinden kaynaklanan bir muhalefet gibi. Tüm bunlar tıbbi yardımı kabul etmenin önündeki en zahmetli engellerdir. Doktora para ödeyerek kurulan düzenleyici etkinin yokluğu kendisini çok nahoş bir biçimde hissettirir; tüm ilişki gerçek dünyadan ödetilir ve güçlü bir motivasyondan yani tedaviyi sona erdirmeye çabasından hasta mahrum kalır.

Bir kimse paranın kölesi olmaktan çok uzak olabilir ve analitik terapinin hem iç hem de dış nedenlerle yoksul insanlar için neredeyse erişilmez olmasına hayıflanabilir. Ancak bunu düzeltmek için çok az şey yapılabilir. Belki de zor hayat şartlarında yaşayanların daha zor nevroza yakalandıklarına dair yaygın inançta bir gerçeklik

vardır. Ancak diğer taraftan deneyimler gösteriyor ki, yoksul bir kişi bir nevroz ürettiğinde bunun ondan alınmasına izin vermekte güçlük çekmektedir. Varoluş mücadelesinde bunu çok iyi bir araç haline getirir; hastalığın getirdiği ikincil kazanç⁵ onun için çok önemlidir. Böylece nevrozunun verdiği hakla maddi sıkıntısı için dünyadan merhamet talep edebilir ve çalışarak yoksulluğuyla mücadele etme zorunluluğundan kendisini kurtarabilir. Bu nedenle yoksul kişilerin nevrozu ile uğraşmaya çalışanlar daha farklı türde bir terapi deneyimleri -yerel efsanelerimize göre, İmparator II. Joseph'in uyguladığı türde. Tabii ki zaman zaman kendi hatası olmadığı halde çaresiz kalan, ücretsiz tedavinin bahsettiğim engelleriyle karşılaşmayacağımız ve mükemmel sonuçlar alınan hastalar da gelir.

Orta sınıflar söz konusu olduğunda ise psikanalize gitmek yalnızca görünüşte aşırıdır. Kliniklerin ve tıbbi tedavilerin devamlı ödemelerini hesaba katarsak, iyileşmiş bir sağlık durumunun ve verimliliğin makul bir maddi harcama ile kıyaslanması mümkün değildir. Başarıyla tamamlanmış bir psikanaliz sonucunda elde edilen verimlilik ve kazanma kapasitesindeki artış, bize hastaların iyi bir pazarlık yaptığını söyleme hakkı tanır. Hayatta başka hiçbir şey hastalık -ve aptallık- kadar pahalı değildir.

Analitik tedavinin başlangıcı üzerine önerilerime son vermeden önce tedavinin sürdürüldüğü pozisyonu ilgilendiren belirli bir törensel durumdan bahsetmeliyim. Ben hastanın arkasında, görüş alanının dışında otururken, onun bir divanda uzanmasını sağlıyorum. Bu uygulamanın tarihsel bir temeli vardır; psikanalizin kendisinden geliştiği hipnoz yönteminden bir kalıntıdır. Ancak pek çok nedenden dolayı sürdürülmeyi hak ediyor. İlki kişisel bir sebep, ancak başkaları da bunu benimle paylaşıyor olabilir. İnsanların günde sekiz saat (ya da daha fazla) bana gözlerini dikmesine katlanamıyorum. Çünkü hastayı dinlerken ben de kendi bilinçdışı düşüncelerime kendimi veriyorum ve yüz ifadelerimin hastaya yorumlayacağı malzemeler vermesini ya da bana söylediklerini etkilemesini istemiyorum. Hastalar, özellikle de bakma dürtüsü (skopofili) nevrozlarında önemli bir rol oynayanlar, genellikle bu pozisyonu benimsemekte zorluk yaşıyor ve buna karşı isyan ediyorlar. Yine de ben, aktarımın hastanın çağrışımları ile karışmasını önlemek, aktarımı izole etmek ve bunun bir direnç olarak ilerlemesine izin vermemek için bu prosedürde ısrar ediyorum. Birçok analistin farklı şekilde çalıştığını biliyorum, ancak bu farklılaşmanın daha çok bir şeyleri farklı yapma arzusundan mı yoksa elde ettikleri avantajlardan mı kaynaklandığını bilemiyorum.

5 "Hastalıktan ikincil kazanç elde etme" fikri histerik krizler üzerine yazılarda (1909) ortaya çıkmıştır, asıl ifadenin ise ilk kez burada kullanılmış olduğu görülüyor. Daha kapsamlı bir tartışma için Freud'un 1923'te "Dora" vakasına (1905) eklediği dipnota bakınız.

Tedavi koşullarının bu şekilde düzenlendiği bir durumda, tedaviye hangi noktada ve hangi malzemeyle başlanacağı sorusu ortaya çıkar.

Hastanın tedaviye başladığı malzemenin ne olduğu genel olarak önemsizdir -yaşam öyküsü, hastalığının öyküsü veya çocukluk anıları olabilir. Ancak her durumda hasta konuşmaya bırakılmalı ve hangi noktadan başlayacağını seçmekte özgür olmalıdır. Bu nedenle ona şöyle söyleriz: “Yorum yapmadan önce sizin hakkınızda çok şey bilmeliyim, lütfen bana kendiniz hakkında bildiğiniz ne varsa anlatın.”

Bunun tek istisnası, hastanın uyması gereken psikanalitik tekniğin temel kuralı ile ilgilidir. Bu en baştan hastaya aktarılmalıdır: “Başlamadan önce bir şey daha, bana söyledikleriniz günlük konuşmalardan farklı olmalıdır. Normalde, haklı olarak, düşüncelerinizle ilgili bağlantıyı devam ettirmeye çalışırsınız ve o noktadan çok fazla uzaklaşmamak için yan yollara götürebilen, davetsiz gelen düşünceleri dışlırsınız. Ama burada daha farklı ilerlemelisiniz. Çeşitli düşüncelerinizi ilişkilendirirken bir kenara atmak isteyeceğiniz belli eleştiriler ve itirazlar olduğunu fark edebilirsiniz. Kendinize bunun konuyla alakasız, oldukça önemsiz ya da saçma olduğunu, dolayısıyla anlatmaya gerek olmadığını söyleyebilirsiniz. Asla bu eleştirilere teslim olmamalısınız ve bunlara rağmen onları söylemelisiniz -gerçekten tam olarak söylemelisiniz çünkü bunu yapmakta bir isteksizlik duyabilirsiniz. Daha sonra bu kuralın nedenini anlayacaksınız, ki bu gerçekten de takip etmeniz gereken en önemli şey. Sonuç olarak aklınızdan geçen her şeyi söyleyin. Mesela, bir trende pencerenin yanında oturan ve vagondaki başka birine dışarıda gördüğü değişen manzaraları anlatan bir yolcu gibi davranın. Sonuç olarak, kesinlikle dürüst olacağınıza söz verdiğinizi asla unutmayın ve bunları konuşmanın size rahatsızlık vermesinden dolayı ya da bambaşka sebeplerle bu sözünüzden asla caymayın.”⁶

6 Psikanalizin temel kuralı ile ilgili deneyimlerimiz hakkında çok şey söylenebilir. Ara sıra bu kuralı sanki kendileri koymuş gibi davranan insanlara rastlarız. Diğerleri ise en baştan buna karşı çıkar. Tedavinin ilk aşamalarında kuralın ortaya konması zaruri ve faydalıdır. Daha sonra dirençlerin egemenliği altında itaat zayıflar ve illaki hastanın bu kuralı umursamadığı bir zaman gelir. Kendi analizimizden, bizi belirli fikirleri reddetmeye doğru meylettiren bu eleştirel bahanelere boyun eğmenin ne kadar karşı konulmaz olduğunu hatırlamalıyız. Hastayla yapılan bu tür anlaşmaların, temel kuralı belirlemedeki etkisinin ne kadar küçük olduğu, hastanın aklına ilk kez üçüncü bir kişi hakkında özel bir şey geldiğinde net olarak görülür. Her şeyi söylemesi gerektiğini bilir, ancak diğer insanlar hakkındaki ağzı sıklığı, yeni bir engele döner. “Gerçekten her şeyi söylemeli miyim? Bunun sadece beni ilgilendiren konular için geçerli olduğunu düşünmüştüm.” Hastanın diğer insanlarla ilişkileri ve onlar hakkındaki düşünceleri dışlanırsa, analiz yapmak doğal olarak imkânsızlaşır. *Omlet yapmak için biraz yumurta kırmalısın.* Zaten saygın bir insan, kendisi için önemsiz olan bu başkalarına ait sırları hemen unuttur. İsimlerin açıkça söylenmesi konusunda da bir istisna yapılamaz. Aksi takdirde hastanın anlatıkları, tıpkı Goethe'nin oyunundaki (*Die natürliche*

Hastalıkları belirli bir andan itibaren ortaya çıkan hastalar, genellikle tetikle-yici nedene odaklanırlar. Nevrozları ile çocuklukları arasındaki bağlantıyı bilen di-ğerleri ise genellikle yaşam öykülerini anlatmakla başlarlar. Sistematik bir anlatı asla beklenmemeli ve bunu teşvik etmek için bir şey yapılmamalıdır. Hikâyenin her de-tayı daha sonra yeni baştan anlatılacak ve yalnız bu tekrarlarla bile hastaya ait bilin-meyen önemli bağlantıları sağlayan ek materyaller ortaya çıkacaktır.

Görünürde amacı tedaviye ayrılan zamanı daha iyi kullanmak olduğu için, ilk saatlerden itibaren ne konuşacaklarını dikkatlice hazırlayan hastalar vardır. Burada hevesle kendini gizleyen şey dirençtir. Bu tarz hazırlıklar tavsiye edilmemektedir çünkü bu sadece istenmeyen çağrışımların kırılmasına neden olur.⁷ Hasta kendi iyi niyetine gerçekten inansa da bu planlanmış hazırlık döneminde direnç rol alır ve en değerli malzemelerin konuşulmadan kaldığı görülür. Çok geçmeden, hasta-nın tedavide gerekenleri vermemek için başka şeyler icat ettiği açığa çıkar. Hasta her gün yakın bir arkadaşıyla tedavisi hakkında konuşabilir ve doktorun karşısında or-taya çıkması gereken düşüncelerini bu konuşmaya getirebilir. Nitekim tedavi, en de-ğerli olanı geçiren bir sızıntıya sahip olur. Bu olduğunda, hastaya fazla gecikmeden, analizini kendisi ve doktoru arasında bir mesele olarak ele alması ve karşısındaki kişi ne kadar meraklı ya da kendisine ne kadar yakın olursa olsun onu sırdaşıktan çıkar-ması gerektiği tavsiye edilmelidir. Tedavinin sonraki aşamalarında hasta genellikle bu tür ayarlımalara yanıt vermez. Bazı hastalar nevrozlarını gizli tuttukları için tedavi-lerini de gizli tutarlar; ben de önlerine hiçbir engel koymam. Sonuç olarak dünya en başarılı tedavilerin bir kısmını hiç duymaz ve elbette bu dikkate alınmayan bir hu-sustur. Bir hastanın gizlilik lehine verdiği kararın, gizli geçmişinin bir özelliğini şim-diden ortaya çıkardığı açıktır.

Hastaya tedavinin başlangıcında psikanalize başladığını mümkün olduğunca az kişiye söylemesi konusunda tavsiyede bulunarak, onu bundan uzaklaştırmaya çalışacak birçok düşmanca etkiden de bir dereceye kadar hastayı koruruz. Bu etkiler tedavinin

Tochter) gibi müphem bir hal alır ve doktorun hafızasına tutunamaz. Dahası, saklanan isimler, önemli bağlantılara yaklaşmayı sağlar. Ama belki hastanın, doktora ve analiz uygulamasına daha aşına olana kadar isimleri saklamasına izin verilebilir. Tek bir noktadaki bu saklı tutma hakkına müsaade edilir edilmez, tüm işin imkânsız hale gelmesi çok dikkat çekicidir. Bir şehrin herhangi bir noktasında iltica hakkı verildiğinde neler olacağını bir düşünün; şehrin bütün ayakta kiminin orada toplanması ne kadar sürerdi? Bir keresinde, devlet sırrı olduğu için belli şeyleri söylemeyen, görev yeminine bağlı bir üst düzey memuru tedavi ediyordum ve analiz, bu kısıtlamanın sonucunda felaketle sonuçlandı. Psikanalitik tedavi, bu düşünceleri dikkate almamalıdır çünkü nevroz ve dirençleri bunları dikkate almaz.

7 Sadece, şecere, ikamet edilen yerler, ameliyatlar gibi veriler için istisnalar yapılabilir.

başlangıcında çok zararlı olabilir ancak daha sonra genellikle önemsiz hale gelirler ve hatta kendisini gizlemeye çalışan dirençleri görünür kılmakta da faydalı olurlar.

Eğer analiz sırasında hastanın geçici olarak başka bir tıbbi tedaviye ihtiyacı olursa, analitik çalışmayan bir meslektaş aramak, bu diğer tedavinin de yine analistin kendisi tarafından verilmesinden çok daha akılcıca olacaktır.⁸ Güçlü bir organik temeli olan nevrotik bozukluklar için kombine tedaviler neredeyse hiçbir zaman işe yaramaz. Hastalar, sağlıklarına kavuşmayı vaat eden birden fazla yol gösterildiğinde ilgilerini analizden geri çekerler. En iyi plan, tedavi süreci bitene kadar organik tedaviyi ertelemektir; ikincisinin öne alındığı çoğu vaka başarılı olmamaktadır.

Tedavinin başlangıcına dönelim. Bazen önlerinde yaşam öykülerinin tamamı ve hastalık öyküleri arasından seçim yapabilecekleri çok geniş bir alan olmasına rağmen söyleyecek hiçbir şey düşünemediklerine analisti ikna etmeye çalışan hastaların tedaviye başladığı görülür. Ne hakkında konuşacaklarını söylememize dair talepleri ilk andan son ana kadar karşılanmamalıdır. Burada ne olduğunu hatırimızda tutmalıyız. Nevrozu savunmak için güçlü bir direnç ortaya çıkar; o zaman ve orada bu mücadeleyi üstlenmeli ve onunla başa çıkmalıyız. Hastaya başlangıçta hiçbir fikrin ortaya çıkmamasının imkânsız olduğu hakkında güçlü ve tekrarlayan güvenceler vermek, söz konusu olanın analize karşı bir direnç olduğunu anlatmak ve çok geçmeden hastayı beklenen girişi yapması ya da komplekslerinin ilk parçasını açığa çıkarması için zorlamak gerekir. Analizin temel kurallarını dinlerken, ancak kendisine saklayabileceği bazı şeylerin olduğunu itiraf ederse bu kötüye işaretir; analize karşı ne tür güvensizliklerinin olduğunu ya da analiz hakkında duyduğu korkutucu şeyleri anlatması ise o kadar önemli değildir. Eğer hasta onu itham ettiğimiz bu ve benzeri olasılıkları reddederse, zihnini meşgul eden belli düşünceleri göz ardı ettiğini kabul etmesi yönünde ısrarlarımızla onu yönlendirebiliriz. Belirli bir şey olmamasına rağmen tedavinin kendisini, içinde bulunduğu odanın resmini, odadaki nesneleri ya da divana uzanmış halini düşünür -tüm bunların yerini “hiçbir şey” sözcüğü alır. İlk direnç olarak hizmet etmeye uygun olan bu belirtiler yeterince anlaşılabilir: Mevcut durumla bağlantılı olan her şey doktora karşı bir aktarımı temsil eder. Bu nedenle bu aktarımı ortaya çıkararak başlamak zorundayız; buradan bir yol hastanın patolojik kısmına hızlı bir erişim sağlayacaktır. Geçmişlerinde cinsel saldırıya uğramış olan kadınlar ve aşırı bastırılmış eşcinselliği olan erkekler, analizlerinin başlangıcında ortaya çıkan fikirleri saklamaya en eğilimli olanlardır.

8 Bunu, Freud'un "*Histeri Üzerine Çalışmalar*"da (1895) yayınlanan en erken vakalarındaki deneyimleri ile karşılaştırın.

Hastanın ilk semptomları ya da ilk direnç gibi eylemleri özel bir öneme sahip olabilir ve nevrozunu kontrol eden bir kompleksi açığa çıkarabilir. Zarif estetik hassasiyetlere sahip zeki ve genç bir felsefeci, ilk seansında uzanmadan önce pantolonunun kırışıklıklarını aceleyle düzeltir; sonraki estetik zevk sahibi kişilerden beklenene göre, bu kişinin en incelikli halinden bir koprofil olduğu ortaya çıkar. Aynı şekilde genç bir kız hızlıca eteğinin ucuyla açıkta kalan ayak bileklerinin üzerini örter; bunu yaparak analizinin daha sonra ortaya çıkaracağı hediyeler bahşeder: Fiziksel güzelliğine yönelik narsistik gururu ve teşhirci eğilimleri.

Çok sayıda hasta, doktor kendisinin arkasında, görüş alanının dışında otururken uzanmayı reddeder. Başka bir pozisyona geçmelerine izin verilmesini talep ederler çünkü çoğunlukla doktorun bakışından mahrum kalmaktan endişe duyarlar. Bu talep düzenli olarak reddedilir, ancak “seansın” başlamasından önce veya bittiğini ve divandan kalkabileceklerini belirttikten sonra birkaç cümle söylemelerini engelleyemezsiniz. Bu şekilde kendilerine göre tedaviyi, oldukça kısıtlanmış davranışları resmi bir kısım ile özgürce konuşabildikleri ve tedavi süreci ile ilgisi olmayan şeyler anlattıkları “arkadaşça”, gayri resmi bir kısma ayırırlar. Doktor bu ayrılmayı uzun süre devam ettirmez, seanstan önce veya sonra söylenenleri not eder ve ilk fırsatta bunları öne çıkarır, böylece hastanın inşa etmeye çalıştığı ayrımı yıkar. Bu ayrım, bir kez daha, bir aktarım direnci malzemesinden yontulmuş olacaktır.

Hastanın açığa çıkardıkları ve çağrışımları bir engel oluşturmadan devam ettiği sürece aktarım temasına dokunulmamalıdır. Aktarım, bir direnç haline gelene kadar beklenmelidir.

Karşılaştığımız bir sonraki soru, prensip meselesini gündeme getiriyor. O da şudur: Hastaya yorum yapmaya ne zaman başlayacağız? Çağrışımlarının gizli anlamalarını ortaya çıkarmak ve analizin teknik prosedürlerini ve esaslarını ona göstermek için ne zaman uygundur?

Bunun tek bir cevabı olabilir: Hastada etkili bir aktarım oluşmadan, onunla uygun bir ilişki kurulmadan olmaz. Tedavinin ilk amacı, hastanın doktoruna bağlanmasıdır. Bunu sağlamak için hastaya zaman vermek dışında bir şey yapmaya gerek yoktur. Eğer analist hastasına ciddi bir ilgi gösterirse, bu ilgi başlangıçta ortaya çıkacak dirençleri itinayla ortadan kaldırır ve belirli hataları önler ve hasta analiste, kendisine şefkatle davranmasına alışık olduğu insanlardan birinin imagosu ile bağlanır. Eğer analist başlangıçtan itibaren empatik bir anlayıştan farklı, örneğin ahlakçı bir anlayış ile yaklaşırsa ya da karşı tarafın (örneğin evli çiftin diğer üyesinin) bir temsilcisi ya da savunucusu gibi davranırsa bu ilk başarıyı kaybetmesi işten bile değildir.

Elbette bu cevap, kendimiz tahmin eder etmez hastaya semptomlarının bir yorumunu vermemize yol açacak ya da ilk görüşmede “çözümleri” hastanın yüzüne fırlatarak bir zafer kazandığımızı bize düşündürecek herhangi bir davranışın kınanmasını da içerir. Yetenekli bir analistin, hastanın yakınmalarının hattı ile hastalığının öyküsü arasındaki gizli isteklerini açıkça okuması hiç de zor değildir. Ancak, analizin tüm ilkelerinden tamamen habersiz olan bir yabancıya, annesine ensest bağlarla bağlı olduğunu, sevdiği karısının ölümünü arzuladığını, amirine ihanet etme niyetini gizlediğini ve dahasını söylemek için ne ölçüde bir kendini beğenmişlik ve düşüncesizliğe sahip olmak gerekir? Şimşek gibi hızlı teşhis koyan ve düzenledikleri “ekspres” tedaviler ile övünen analistlerin olduğunu duydum ama ben herkesi bu tür örneklerle karşı uyarmalıyım. Bu tarz davranışlar, analistin kendisini ve işini itibarsızlaştıracak ve tahmininin doğru olup olmadığı ile ilgili şiddetli bir muhalefet uyandıracaktır; doğrusu tahmin ne kadar doğru olursa direnç de o kadar güçlü olacaktır. Bu durum, genellikle terapötik bir etki yaratmayacak ve hastanın analizden vazgeçmesi ile sonuçlanacaktır. Analizin daha sonraki aşamalarında bile, bir hastaya bir semptomun çözümünü ya da bir isteğin tercümesini, ta ki o bu çözümü kendi başına ele geçirmeye sadece bir adım uzak oluncaya kadar, söylememeye dikkat etmek gerekir. Önceki yıllarda erken bir yorumun hem aniden uyandırdığı dirençler nedeniyle hem de çözümün beraberinde getirdiği rahatlama nedeniyle sık sık zamansız bir sonlanmaya sebep olduğunu keşfettim.

Ancak bu noktada bir itiraz gelebilir. Öyleyse bizim görevimiz tedaviyi uzatmadan, mümkün olduğunca çabuk bitirmek değil mi? Hastanın rahatsızlıkları, onun bilmemesinden ve anlamamasından kaynaklanmıyor mu? Doktorun görevi, kendisinin bildiği anda ve mümkün olan en kısa sürede hastayı aydınlatmak değil mi? Bu soruların cevabı, bilginin anlamı ve analizdeki tedavi mekanizması hakkında kısa bir inceleme gerektirir.

Analitik tekniğin ilk zamanlarında, entelektüel bir düşünce dünyası içinde, hastanın unuttuklarına dair bilgilenmesine büyük önem verdik ve bu konuda kendi bilgimiz ile onunkisi arasında neredeyse hiçbir ayrım yapmadık. Unutulmuş çocukluk travmaları hakkında başka kaynaklardan -örneğin ebeveynlerden, bakıcılardan ya da baştan çıkaranın kendisinden- bilgi almanın güzel bir şans olduğunu düşünüyorduk; nevrozu ve tedaviyi hızlı bir şekilde sona erdirmeye beklentisiyle, bilgileri ve bu bilgilerin doğruluğunun kanıtlarını hastaya bildirmekte acele ediyorduk. Beklenen başarı gelmediğinde ise ciddi bir hayal kırıklığıyla karşılaştık. Şimdi bu travmatik deneyimi bilen hasta, nasıl oluyordu da hala öncekinden fazla bir şey bilmiyormuş gibi davranabiliyordu? Aslında, bastırılmış

travmasını hastaya anlatmak ve tanımlamak, aklına herhangi bir hatıra gelmesi ile sonuçlanmıyordu.

Bir vakada, histerik bir kızın annesi bana kızının ataklarında büyük payı olan eşcinsel deneyimini anlatmıştı. Anne bu sahneye çok şaşırmıştı; ancak hasta, ergenliğine yakın bir zamanda meydana gelmiş olmasına rağmen bu olayı tamamen unutmuştu. Sonuçta öğretici bir gözlem yapabildim. Annesinin hikâyesini kıza her tekrarladığımda histerik bir kriz ile tepki veriyordu ve sonra hikâyeyi bir kez daha unutuyordu. Hiç şüphe yok ki hasta, kendisini zorlayan bu bilgiye güçlü bir direnç gösteriyordu. En sonunda ona söylediklerime karşı kendini korumak için akıl zayıflığı ve tam bir hafıza kaybı gösterdi. Bundan sonra, bilme unsuruna önceden atfedilen önemden vazgeçmekten ve bunun yerine bilmeme durumunun getirdiği dirençlere vurgu yapmaktan başka seçenek kalmadı. Bilinçli bilgi, daha sonra tekrar bastırılmamış olsa bile bu dirençlere karşı güçsüzdü.

Bilinçli bir bilme ile bilmemeyi uzlaştıran hastaların garip davranışları, normal psikoloji denilen şey için açıklanamazdır. Ancak, bilinçdışının varlığını tanıyan psikanalize göre bu hiçbir zorluk taşımaz. Bu tanımladığımız fenomen, ruhsal süreçlere topografik farklılaşma açısından yaklaşan bir görüş için en değerli desteği sağlar. Hastalar artık düşüncelerindeki bastırılmış deneyimi bilirler, ancak bu düşünceler, bastırılmış hatıraların bir şekilde içerilmiş olduğu yerler ile herhangi bir bağlantıdan yoksunlardır. Bilinçli düşünce süreci o yere nüfuz edip oradaki bastırmanın direncini yok edinceye kadar hiçbir değişiklik mümkün değildir. Tıpkı çocuk suçlarına merhametli bir şekilde yaklaşılmasını söyleyen adalet bakanlığı kararnameşi gibi düşünülebilir. Bu kararname yerel sulh hâkimlerine bildirilmediği sürece veya onların bu yasalara itaat etmeyerek kendi adaletlerini uygulamayı tercih ettikleri durumlarda genç suçluların tedavisinde hiçbir değişiklik meydana gelmez. Bununla birlikte, düzeltme amacıyla eklemek gerekir ki, bastırılmış malzemenin yorumlanması tamamen etkisiz değildir. Semptomlara son vermesi açısından ümit edilen sonuçları vermez, ancak başka sonuçları vardır. İlk başta dirençleri harekete geçirir, ancak daha sonra bunların üstesinden gelindiğinde bilinçdışı hatıraların beklenen etkisinin gerçekleşeceği bir düşünce sürecini kurar.⁹

Şimdi, tedavi sayesinde harekete geçirdiğimiz güçler arasındaki dinamiklerin bir incelemesini yapmanın zamanı geldi. Terapinin bir sonraki motor gücü, hastanın

9 Bilinçdışı ve bilinç arasındaki ayrımın topografik resmi "Küçük Hans" vakasında (1909) Freud tarafından tartışılmıştı ve "Vahşi Analiz" adlı makalesinde (1910) Freud buna tekrar değinmişti. Bu resmin zorlukları ve eksiklikleri bu yazıdan iki yıl sonra yayınlanan Metapsikoloji kitabındaki "Bilinçdışı" adlı makalesinde (1915) belirtilmiş ve daha derinlemesine bir ayrım öne sürülmüştür.

acı çekmesi ve bundan kaynaklanan bir iyileşme isteğidir. Bu itici gücün büyüklüğü, analiz ilerleyene kadar anlaşılamayacak pek çok etkenle, her şeyden önce “hastalıktan ikincil kazanç elde etme” dediğimiz şey nedeniyle eksilebilir, ancak bu itici güç tedavinin sonuna kadar sürdürülmelidir. Her ilerleme bu gücün eksilmesine neden olur. Ancak bu itici güç, hastalıktan kurtulmak için yeterli değildir. Bunun için iki şey eksiktir: Hasta bu amaca ulaşmak için hangi yolları izleyeceğini bilmez ve dirence karşı koymak için gereken enerjiye sahip değildir. Analitik tedavi, bu eksiklerin her ikisinin de giderilmesine yardımcı olur. Aktarım için hazırlanan enerjiyi harekete geçirerek, dirençlerin üstesinden gelmek için gereken enerji miktarını sağlar ve hastaya doğru zamanda bilgi vererek ona bu enerjiyi yönlendirmesi gereken yolları gösterir. Aktarım, hastalığın semptomlarını kaldırmakta sıklıkla kendi başına yeterli olur, ancak sadece bir süreliğine -analiz devam ettiği sürece. Bu durumda tedavi, öneri ile tedavidir, bir psikanaliz değildir. Eğer aktarımın gücü, dirençlerin üstesinden gelmek için kullanılmışsa, ancak o zaman bu ikinci isim hak edilmiş olur. Hedeflendiği gibi aktarım çözüldükten sonra hastalık imkânsız hale gelir.

Tedavi sırasında başka bir yardımcı faktör daha harekete geçirilir. Bu da hastanın entelektüel ilgisi ve anlayışıdır. Fakat tek başına bu, mücadeleye katılan diğer güçlerle karşılaştırıldığında neredeyse hiç dikkate alınmaz, çünkü her zaman dirençlerin yargıları bulanıklaştırması nedeniyle değerini kaybetme tehlikesi taşır. Böylece aktarım ve yönlendirmeler (yapılan yorumlar sayesinde), hastanın analistine müteşekkir olduğu yeni güç kaynakları olarak yerini alır. Bununla birlikte hasta, eğitimlerden sadece aktarım tarafından teşvik edildiği sürece faydalanır; bu nedenle güçlü bir aktarım oluşmadan yorum yapmamak gerekir. Ve ancak bundan sonra hastanın yapılan her yoruma sıkı tutunacağını ekleyebiliriz. Her vakada, peş peşe ortaya çıkan aktarım dirençleri sayesinde aktarımın verdiği rahatsızlık ortadan kalkana kadar beklemeliyiz.

Çeviren: Sinem Acar

Psikanalitik Tedavide Fausse Reconnaissance¹

(“Déjà Raconté”)

(1914a)

Analitik tedavi sırasında, hastanın hatırladığı bir olayı anlattıktan sonra “*ama bunu size önceden söylemiştim*” diyerek devam etmesi -analistin kendisi bunu ilk kez duyduğundan emin olsa da- pek de nadir değildir. Eğer analist hastaya itirazını dile getirirse, hasta sıklıkla haklı olduğundan emin olduğu ve yemin etmeye hazır olduğu gibi argümanlarla analisti temin etmeye çabalar; buna bağlı olarak, analistin bu duyduklarının kendisi için yeni olduğuna dair inancı daha kuvvetli hale gelir. Hastaya bağırarak tartışmayı sürdürmek ya da itirazlarını alt ederek karara varmaya çalışmak psikoloji ile ilgisi olmayan bir yöntemdir. Bir kişinin hafızasının kesinliğine dair kanaatinin nesnel hiçbir değeri yoktur; ilgili iki kişiden birinin hatalı olması gerektiğine göre, bu paramnezinin kurbanı hasta kadar doktor da olabilir. Analist hastaya taviz vermeli, tartışmayı sonlandırmalı ve konuyla ilgili anlaşmayı daha sonraki bir olaya kadar ertelemelidir.

Çok az vakada, daha sonra tartışılan bu konuyu zaten duymuş olduğunu anımsayacak ve bu geçici unutkanlığa neden olan öznel ve inanması güç nedeni keşfedecek olan kişi analistin kendisidir. Ancak vakaların büyük çoğunluğunda yanlışlığı ortaya çıkan kişi hastadır ve gerçeği fark etmesi sağlanmalıdır. Bu sık rastlanan olay, hastanın gerçekten bu bilgiyi verme niyetinin olduğu, bir veya birkaç kez gerçekten buraya götüren bir açıklama yaptığı, ancak daha sonra direnç tarafından amacını gerçekleştirmekten alıkonulduğu ve en sonunda niyetine dair hatırasını, bu niyeti gerçekleştirmenin hatırası ile karıştırdığı şeklinde açıklanabilir görünüyor.

1 Fr. Yanlış tanıma [ç.m.]

Hala bazı şüpheli unsurları olan durumları bir kenara bırakarak, özel teorik ilgi alanımıza giren birkaç başka örnekten bahsedeceğim. Bazı insanlar, koşulların ve söz konusu bilginin doğası haklı olmalarını imkânsız hale getirse de şunu ya da bunu analiste zaten söyledikleri iddiasına özel bir inatla sarılmaya devam ederler ve bu tekrar tekrar gerçekleşebilir. Analiste önceden zaten anlatmış olduklarını iddia ettikleri ve analistin de aşına olması gerektiğini düşündükleri bu şeyler, analiz için en büyük öneme sahip olan anılar olarak ortaya çıkar. Bunlar, analistin uzun süredir beklediği onaylamalardır veya çalışmanın bir bölümünü sonuçlandıracak ve analistin kesinlikle kapsamlı açıklamalara bağlayacağı çözümlerdir. Bu durum karşısında hastanın kendisi kısa süre sonra hatırasının kendisini yanılttığını kabul eder, ancak bunun açık bir sebebini bulamaz.

Bu gibi vakalarda hastanın sunduğu fenomen, “*fausse reconnaissance*” olarak adlandırılmayı hak eder ve bu, bazı diğer vakalarda meydana gelen ve “*déjà vu*” olarak tanımlanan durumla tamamen birbirine benzer. Bu diğer vakalarda özne, geçmişteki olayın hatırasını keşfederek kanaatini doğrulayacak bir konumda olmamasına rağmen “daha önce bu durumda bulundum” ya da “tüm bunları zaten yaşadım” gibi kendiliğinden gelen bir duyguya sahiptir. Bu ikinci fenomen, çok iyi bilindiği gibi, kabaca iki gruba ayırabileceğimiz çok sayıda açıklama girişimine neden olmuştur.² Birinci grup açıklamalar, fenomeni oluşturan duygunun inanılmayı hak ettiğini ve bir şeylerin hatırlandığını varsayar, lakin tek sorun bunun ne olduğudur. İkinci ve daha geniş bir açıklama grubu ise tam tersine, uğraşmamız gereken şeyin yanıltıcı bir bellek olduğunu ve sorunun bu paramnezik hatanın nasıl ortaya çıkmış olabileceğini keşfetmek olduğunu savunur. Bu grupta çok sayıda farklı hipotez vardır. Örneğin, Pisagor’a atfedilen çok eski bir görüşte *déjà vu* fenomeni, öznenin önceki yaşamı için kanıttır. Fenomenin, iki beyin hemisferinin işleyişinde eş zamanlılık problemine dayandığını söyleyen, anatomiye dayalı bir başka hipotez daha vardır (Wigan, 1860). Ve son olarak, *déjà vu*’yu belirgin bir zayıflığın göstergesi olarak gören ve ortaya çıkmasını yorgunluk, bitkinlik ve dikkat dağınıklığı gibi nedenlere bağlayan, daha yeni otoritelerin çoğunluğu tarafından desteklenen saf psikolojik teoriler de mevcuttur.

1904’te Grasset, bu fenomene “inanamlar” arasında kabul edilmesi gereken bir *déjà vu* açıklaması yaptı. Bu fenomenin, daha önceki zamanlarda *bilinçdışı* olan, ancak şimdi yeni ve benzer bir izlenimin etkisi altında bilince ilerleyen bir algıyı gösterdiğini düşünüyordu. Diğer birçok uzman da bu görüşe katılmış ve bu fenomenin

2 Konu ile ilgili en son bibliyografilerden biri Havelock Ellis’e aittir (1911).

temelinin düşlenen ve sonra unutulan bir şeyin hatırlanması olduğunu ileri sürmüşlerdir. Her iki durumda da bu, bilinçdışı bir etkinin uyarımı ile ilgilidir.

1907'de *Günlük Yaşamın Psikopatolojisi'nin* ikinci baskısında, Grasset'in makalesine değinmeden ya da varlığının farkında olmadan, bu belli paramnezi biçimi için çok benzer bir açıklama yapmıştım. Mazeret olarak, bir kadın hastadaki bir *déjà vu* örneği üzerine psikanalitik incelemelerim sonucu bu kaniya vardığımı söyleyebilirim; 28 yıl kadar önce gerçekleşmiş olmasına rağmen son derece açıktı. Burada o küçük analizi tekrar etmeyeceğim. Bu, *déjà vu*'nün meydana geldiği durumun, gerçekten hastanın daha önceki bir deneyiminin anısını canlandırdığını gösterdi. O sırada on iki yaşında bir çocuk olan hasta, ağır hastalığı sebebiyle ölmek üzere olan bir kardeşin bulunduğu bir aileyi ziyaret etmişti ve kendi erkek kardeşi de birkaç ay önce benzer tehlikeli bir durum atlatmıştı. Bu iki benzer olay ile, bilince giremeyen bir fantezi -yani kardeşinin ölmesi isteği- canlanmıştı. Sonuç olarak, iki durum arasındaki analogi bilinçli hale gelemezdi. Ve bu algının yerini "bunu daha önceden yaşamış olma" fenomeni almıştı; benzerlik, ortak unsurdan yerelliğe yer değiştirmişti.

"*Déjà vu*" ismi, bildiğiniz gibi, "*déjà entendu*", "*déjà éprouvé*" ve "*déjà senti*" gibi bütün benzer fenomenler sınıfı için kullanılmaktadır. Şimdi anlatacağım vaka, benzer birçok örnekten farklı olarak, "*déjà raconté*"ye uymaktadır ve hiç tamamlanmamış bilinçdışı bir çözüme kadar izi sürülebilir.

Bir hasta³ çağrışımları sırasında bana şöyle söylemişti: "Bahçede bıçakla [*das Messer*] oynarken (o zamanlar beş yaşındaydım) ve küçük parmağımı kestiğimde -ah, sadece kesildiğini düşünmüştüm- ama size bundan daha önce söz etmiştim."

Bu tarz bir şeyi hatırlamadığıma dair ona güvence verdim. Hasta, yanılmasının imkânsız olduğu konusunda artan bir inançla ısrar etti. Sonunda tartışmaya yukarıda anlattığım şekilde bir son verdim ve ne olursa olsun ondan hikâyeyi tekrar etmesini istedim. Sonra nerede olduğumuza bakacağız.

"Beş yaşındayken, bahçede bakıcımın yanında oynuyordum ve rüyama giren ceviz ağaçlarından birinin kabuğunu çakımla [*das Taschenmesser*] oyuyordum.⁴ Aniden, tarif edilemez bir dehşetle elimin (sağ mı sol mu?) küçük parmağını sadece derisine bağlı kalmış şekilde kestiğimi fark ettim. Hiç acı duymadım ama büyük bir

3 Bu hasta, Freud'un 1918 yılında sunduğu "Kurt Adam" vakasıdır ve bir sonraki paragraf, metnin 7. bölümünden alıntılanmıştır.

4 Krş. "The Occurrence in Dreams of Material from Fairy Tales" (Freud, 1913). Hikâyeyi başka bir sefer tekrar anlatırken hasta şu düzeltmeyi yapmıştı: "Ağacı kestiğime inanmıyorum. Bunu, bıçağımla ağacı kestiğim ve ağaçtan kan geldiğine dair halüsinasyonlarla dolu başka bir anımla karıştırdım."

korku hissettim. Birkaç adım uzağımdaki bakıcıma bir şey söylemeye cesaret edemedim, en yakın sandalyeye yığıldım ve orada parmağıma bir kez daha bakamadan oturdum. Sonunda sakinleştim, parmağıma baktım ve sapasağlam olduğunu gördüm.”

Kısa süre sonra, önceki fikirlerine rağmen, bana bu gördüğü hayali ya da halüsinasyonu daha önce anlatmadığı konusunda anlaştık. Beş yaşında yaşadığı *kastrasyon korkusuna* dair kanıtları kullanmayı ihmal etmeyeceğimi gayet iyi biliyordu. Bu olay, kastrasyon kompleksinin varlığını kabul etmekle ilgili direncini kırdı ve şu soruyu gündeme getirdi: “Bu anıyı size daha önce anlattığımdan neden bu kadar emindim?”

Daha sonra, onun hiçbir çıkara hizmet etmese de çeşitli vesilelerle şu önemsiz hatırayı tekrar tekrar anlatmış olduğu ikimizin de aklına geldi: “Bir keresinde amcam bir yolculuğa çıkarken, bana ve kız kardeşime, ondan bize ne getirmesini istediğimizi sordu. Kız kardeşim bir kitap istedi ve ben de bir çakı istediğimi söyledim.” Aylar önce ortaya çıkan bu çağrışımın, gerçekte bastırılmış hatıraya ait bir perde anı olduğunu ve küçük parmağını -penisi için belirgin bir eşdeğer- kaybetmekle ilgili hayali hikâyesini (dirençle iptal edilen) anlatma girişimi olduğunu şimdi anlamış bulunuyoruz. Aslında amcasının ona getirdiği bıçak, açıkça hatırladığı gibi, çok uzun zamandır bastırıldığı kısımda ortaya çıkan bıçağın ta kendisiydi.

Bu küçük olayın yorumlanmasına herhangi bir şey eklemek gereksiz görünüyor çünkü bu deneyim, “*fausse reconnaissance*” fenomenine ışık tutuyor. Hastanın gördüğü hayalin ana fikri olarak, özellikle kastrasyon kompleksi ile ilgili, benzer halüsinasyonların nadir görülmediğini ve istenmeyen algıları değiştirme amacına da kolaylıkla hizmet edebildiklerini söyleyebilirim.

1911’de Almanya’da bir üniversite şehrinde yaşayan, tanımadığım ve yaşını bilmediğim bir üniversite öğrencisi çocukluğuna dair şu notları kullanmam için bana vermişti.

“Leonardo da Vinci üzerine çalışmanızı okurken, bölüm III’ün başlarındaki gözlemlerinizi beni bir iç çatışmaya sürükledi. Erkek çocukların kendi genital organlarına olan ilgisinin hâkimiyetine dair iddianız, beni ‘genel kural buysa, ben her halükârda bir istisnayım’ şeklinde bir karşı iddiada bulunmaya itti. Tamamen yeni bir olgu ile karşılaşan bir kişinin yaşadığı şaşkınlık içinde sonraki pasajı okumaya devam ettim. Şaşkınlığımın ortasında, durumun görüldüğü kadar yeni olamayacağını gösteren bir anı aklıma geldi. ‘Çocuksu cinsel araştırmalar’ döneminden geçerken, hoş bir tesadüf bana kendi yaşındaki küçük bir kızın genital organlarını inceleme fırsatı vermişti ve bunu yaparken *benimkiyle aynı türden bir penisi oldukça açık bir şekilde gözlemlemiştim*. Kısa bir süre sonra bazı kadın heykelleri ve çıplak kadın

resimlerini gördüğümde yeni bir kafa karışıklığı yaşamıştım ve bu ‘bilimsel’ çelişkiyi aşmak için şu deneyi tasarlamıştım: Bacaklarımı birbirine bastırarak, genital organlarımın bacaklarımın arasında kaybolmasını sağlıyordum, bu şekilde kendi görünüşüm ile çıplak bir kadın arasındaki farklılıklardan kurtulabileceğim bir yol bulduğuma sevinmiştim. Besbelli ki, çıplak kadın resimlerinde de genital organlar benzer şekilde ortadan kayboluyor, diye düşünüyordum kendi kendime.”

“Bu noktada, ben çok küçükken ölen annem hakkında hatırlayabildiğim üç anıdan birisi, benim için en büyük öneme sahip olan anı aklıma geldi. Annemin lavabonun önünde durduğunu, bardakları ve lavaboyu temizlediğini, bu sırada aynı odada oyun oynadığımı ve bazı suçlar işlediğimi hatırlıyorum. Ceza olarak elime sağlam bir şaplak atmıştı. Sonra büyük bir dehşetle küçük parmağımın düştüğünü, yani daha doğrusu tam da bir kovanın içine düştüğünü görmüştüm. Annemin kızdığını bildiğim için bir şey söylemeye cesaret edememiştim; kısa bir süre sonra hizmetçi kızın kovayı taşıdığını görmemle dehşetim daha da artmıştı. Uzun bir süre parmağımı kaybettiğime inanmıştım, sanırım sayı saymayı öğrendiğim zamana kadar.”

“Daha önce de söylediğim gibi, annemle olan bağlantısı nedeniyle benim için her zaman büyük önem taşıyan bu hatırayı sık sık yorumlamaya çalıştım ama yorumlarımın hiçbirini beni tatmin etmedi. Ancak şimdi, kitabınızı okuduktan sonra, bu bilmece için basit ve tatmin edici bir cevap olduğundan şüphelenmeye başladım.”

Tedavinin bitiminde sıkça ortaya çıkan, doktoru memnun edecek başka bir tür *fausse reconnaissance* daha vardır. Hastanın bastırılmış (gerçek ya da ruhsal) olaylar üzerindeki dirençlerini kabul etmesini sağladıktan ve onları sağlığına kavuşturmayı başardıktan sonra hasta şöyle söyleyebilir: “*Şimdi, bunu her zaman biliyordum gibi hissediyorum.*” Bununla birlikte, bir analitik çalışma tamamlanmış olur.⁵

Çeviren: Sinem Acar

5 *Rüyaların Yorumu*’nun 6. bölümünde, rüyadaki özel bir *déjà vu* durumundan, farklı bir açıklama ile kısaca bahsedilmektedir.

Hatırlama, Tekrarlama ve Derinlemesine Çalışma

(1914g)

Psikanaliz Tekniğine Dair Tavsiyelerin Devamı 2

Psikanalitik tekniğin, başlangıcından beri uğradığı geniş kapsamlı değişimleri öğren-cilere hatırlatmaya devam etmek bana hiç de gereksiz gelmiyor. Bu teknik ilk baş-larda, yani Breuer katarsisi döneminde, direkt olarak semptomun oluştuğu ana odak-lanmayı ve akabindeki psişik süreçleri yeniden üretme çabasını içeriyordu. Böylece, bilinçli aktivite sayesinde bu süreçlerin ilerletilmesi sağlanabilecekti. O zamanlar, hipnoz durumunun da yardımıyla hedeflenen şey, hatırlamayı ve duygu boşalımını sağlamaktı. Bir sonraki aşamada ise hipnozdan vazgeçildi ve hedef, hastanın hatırla-yamadığı şeyleri serbest çağrışım aracılığıyla keşfetmeye dönüştü. Yorumlama çalış-ması ve onun ortaya çıkardıklarının hastaya iletilmesi ile direncin üstesinden gelin-meliydi. Semptomların oluşumunun gerçekleştiği durumlar ve hastalığın başladığı anın altında yatan diğer durumlar ilgi odağında kalmaya devam etti. Fakat duygu bo-şalımı unsuru önemini yitirdi ve yerini serbest çağrışımlarına yönelik eleştirilerinin üstesinden gelmeye mecbur olan hastanın, psikanalizin temel kuralına uygun olarak, yapmak zorunda olduğu çalışmaya bıraktı. Ve sonuçta analistin belirli bir anı veya so-runu odak noktasına getirme girişiminden vazgeçtiği günümüzde kullanılan bu tu-tarlı teknik gelişti. Artık analist, hastanın psişik yüzeylerinde şimdilik mevcut olanı incelemekle yetinmektedir. Yorumlama sanatını ise esas olarak, ortaya çıkan direnç-leri tanımak ve bu dirençlerin hasta tarafından bilinir hale gelmesini sağlamak ama-cıyla kullanmaktadır. Böylece yeni bir tür iş bölümü ortaya çıkmıştır: Doktor, hasta-sına meçhul olan dirençlerini ona görünür kılar, önce bu dirençlerle mücadele edilir

ve böylece hasta unutulmuş durumları ve bağlantıları çoğu kez herhangi bir zorluk çekmeden anlatabilir. Tüm bu farklı tekniklerin hedefi tabii ki aynıdır: Tanımlayıcı olarak konuşursak, bellekteki boşlukları doldurmaktır; dinamik olarak konuşursak, bastırmadan kaynaklanan dirençlerin üstesinden gelmektir.

Analizin münferit psişik süreçlerini yalıtılmış ve şematik bir formda ortaya koyduğu için eski hipnoz tekniğine yine de minnettar olmalıyız. Analitik tedavideki karmaşık durumları tek başına çözme ve onları bize saydam kılma cesaretini bize ancak bu teknik verebilirdi.

Bu hipnoz tedavilerinde hatırlama süreci çok basit bir form almıştı. Hasta kendisini şimdiki zamanla asla karıştırmıyor gibi görüldüğü eski zamandaki bir duruma koyuyor ve bu zamana ait olan, bir dereceye kadar normal kalmış psişik süreçleri anlatıyordu. Daha sonra, o sırada bilinçdışı olan süreçlerin bilinçli süreçlere dönüşmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek diğer her şeyi ekliyordu.

Bu noktada, her analistin gözlemlerinde doğrulayabileceği birkaç görüş belirteceğim: İzlenimleri, sahneleri ya da deneyimleri unutmak neredeyse her zaman onları “tecrit” etmeye indirgenir. Hasta bu “unutulmuş” şeyler hakkında konuşmaya başladığında nadiren şunu eklemekten durabilir: “Aslında bunu hep biliyordum, yalnızca bunun hakkında hiç düşünmemiştim.” Bu “unutulmuş” dediği, yani zuhur ettiğinden beri hakkında hiç düşünmediği şeylerden yeterli sayıda aklına gelmediği için hayal kırıklığına uğradığını sık sık ifade eder. Hâlbuki özellikle konversiyon histerisinde, bu hasret bile doyum bulur. Çok yaygın bir şekilde mevcut olan perde anıların gerçek değerini belirlediğimizde ise “unutma” daha da sınırlı hale gelir. Bazı vakalarda, iyi bildiğimiz ve teorik olarak bizim için çok önemli olan çocukluk amnezisinin perde anılar tarafından tamamen telafi edildiği izlenimine kapıldım. Çocukluk çağıyla ilgili temel olan şeylerin sadece *bir kısmı* değil *tümü* bu anılarda korunmuştu. Buradaki mesele, temel olan şeylerin bu perde anılardan analiz yoluyla nasıl elde edileceğini bilmektir. Bu anılar, unutulmuş çocukluk yıllarını temsil eder; tıpkı rüyaların görünür içeriğinin rüya düşüncelerini temsil ettiği gibi.

Tamamen içsel eylemler oldukları için izlenimlerin ve deneyimlerin karşısı olarak konumlandırabileceğimiz diğer psişik süreçler -yani fanteziler, ilişkilendirme süreçleri, duygusal itkiler, bağlantılar- unutma ve hatırlamayla münasebetleri açısından ayrı bir şekilde ele alınmalıdır. Bu süreçlerde, özellikle hiçbir zaman fark edilmediği, yani hiçbir zaman bilinçli olmadığı için asla “unutulamayacak” bir şeyin “hatırlandığı” görülür. Psişik olayların gidişatına gelirsek, böyle bir “bağlantının” önce bilinçli olup sonra unutulmuş olması ya da hiçbir zaman bilinçli hale gelip gelmemiş

olması bir fark yaratmaz. Analiz süresince hastanın varacağı kanı, bu türde bir anıdan epeyce bağımsızdır.

Özellikle obsesyonel nevrozun birçok farklı formunda unutma, çoğunlukla, bağlantıların çözülmesiyle, zincirlerin yanlış tanımlanmasıyla ve anıları izole etmekle sınırlıdır.

Kural olarak hiçbir anının kurtulamayacağı son derece önemli bir deneyim kategorisi vardır. Bu deneyimler çocukluk çağının çok erken yıllarında gerçekleşirler ve gerçekleştiği anda anlaşılmazlar; ancak *sonradan* bir idrak ve izah bulurlar. Genelde de bir anı uyandırmazlar. Bunlar hakkında rüyalar sayesinde bilgi edinilir ve nevrozun kumaşından dokunan kanıtlar ile onların varlığına olan inanç tesis edilebilir. Buna ek olarak, dirençleri ortadan kalktıktan sonra hastanın, bu anıların uyandırdığı duygulardan, yani bu aşinalık hissinden, uzak durmayı onların kabulü aleyhine kullanmadığından emin olabiliriz. Bununla birlikte, bu mesele o kadar çok eleştirel dikkat gerektiriyor ve o kadar yeni ve şaşırtıcı ki, onu uygun malzemeye birlikte ayrıca tartışmak için bir kenara koymam gerekiyor.

Bu yeni teknikle birlikte olayların bu hoş ve pürüzsüz gidişatından geriye çok az şey kalır, hatta genelde hiçbir şey kalmaz. Bir noktaya kadar hipnoz tekniğinin etkisindeymiş gibi davranan ve ancak daha sonra böyle davranmayı bırakan bazı hastalar vardır ama diğer hastalar en baştan itibaren farklı davranır. Farkı anlamak için kendimizi ikinci türdeki hastalarla sınırlandırırsak şunu söyleyebiliriz: Bu hastalar unuttukları ya da bastırdıkları şeyi hiç mi hiç *hatırlamazlar*, bunu *eyleme* dökerler. Hasta, bu şeyi bir anı olarak değil bir eylem olarak yeniden üretir ve bunu *tekrar eder*, tabii ki tekrar ettiğini bilmeden.

Örneğin hasta, ebeveynlerinin otoritesine karşı geldiğini ve bu otoriteyi eleştirdiğini hatırladığını söylemez; bunun yerine doktora bu şekilde davranır. Çocukluk çağı cinsel araştırmalarında nasıl çaresiz ve umutsuz bir çıkmaza girdiğini hatırlamaz; bunun yerine karmaşık rüyalar ve çağrışımlar üretir, hiçbir şeyi başaramadığını ve üstlendiği şeyleri asla sona erdirememeye yazgılı olduğunu iddia eder. Bazı cinsel aktivitelerden yoğun bir utanç duyduğunu ve bunların ortaya çıkmasından korktuğunu hatırlamaz ama başladığı tedaviden utandığını ve bunu herkesten sakladığını söyler. Ve bunlar gibi başka şeyler...

Her şeyden önce hasta tedavisine bu tür bir tekrarla başlayacaktır. Psikanalizin temel kuralı, yaşamındaki önemli kısımların ve hastalığının uzun bir öyküsü alınmış olan hastaya bildirilir ve ondan aklına gelenleri söylemesi istenir. Bunun sonucunda hastadan ortaya bir bilgi seli dökmesi beklenir fakat genelde karşılaşılan ilk şey hastanın

söyleyebileceği hiçbir şeyinin olmamasıdır. Sessiz kalır ve aklına hiçbir şeyin gelmediğini söyler. Elbette bu, herhangi bir şeyi hatırlamaya karşı bir direnç olarak öne çıkan eşcinsel bir tavrın tekrarıdır. Hasta tedaviye devam ettiği sürece tekrarlamaya ilişkin bu zorlantıdan kurtulamaz ve sonunda anlarız ki bu, hastanın hatırlama şeklidir.

Tüm bunlarda bizi en çok ilgilendiren şey, doğal olarak, bu tekrarlama zorlantısının aktarımla ve dirençle olan ilişkisidir. Çok geçmeden aktarımın kendisinin bir tür tekrarlama olduğunu ve tekrarlamının unutulmuş geçmişin hem doktora hem de mevcut durumun diğer tüm yönlerine aktarılması olduğunu anlarız. Bu nedenle, hastanın sadece doktoruna karşı kişisel tutumunda değil, aynı zamanda hayatında meşgul olduğu diğer tüm faaliyet ve ilişkilerinde de -örneğin tedavi süresince bir aşk nesnesi seçtiğinde veya bir sorumluluk üstlendiğinde ya da bir girişimde bulunduğu- hatırlama itkisinin yerini alan tekrarlama zorlantısına teslim olduğunu keşfetmeye hazırlıklı olmalıyız. Burada direncin oynadığı rol kolayca tespit edilebilir: Direnç ne kadar büyükse, eyleme dökme (tekrarlama) o kadar kapsamlı bir şekilde hatırlamanın yerini alacaktır. Çünkü hipnozdaki ideal hatırlama, direncin tamamen kenara konulduğu durumla eşdeğerdir. Hastanın, fark etmediği zayıf bir pozitif aktarımın desteğiyle tedaviye başlaması, anılarında tıpkı hipnoz altında olduğu gibi derinleşmesini mümkün kılar ve bu süre zarfında patolojik semptomları kendiliğinden durgunlaştır. Ancak, analiz ilerledikçe, aktarımın düşmanca veya aşırı yoğun bir hale bürünmesi sebebiyle bastırılması gerekirse, hatırlama hemen eyleme dökmeye dönüşür. Bu andan itibaren dirençler tekrar edilecek malzemenin sırasını belirler. Hasta, tedavinin ilerlemesine karşı kendisini savunmasını sağlayan silahları geçmişin cephaneliğinden çıkarır ve bu silahları ondan tek tek çekip almamız gerekir.

Hastanın hatırlamak yerine tekrarladığını ve direncin koşulları altında tekrarladığını öğrendik. Ve şimdi hastanın aslında neyi tekrarladığını ve eyleme döktüğünü sorabiliriz. Cevap şudur: Hasta, bastırdıklarının kökenlerinden gelip de şimdiki görünür varoluşunda söz sahibi olmuş her şeyi tekrarlar -ketlenmelerini, işe yaramaz tutumlarını ve patolojik karakter özelliklerini. Aynı zamanda tedavi süresince tüm semptomlarını tekrarlar. Ve şimdi tekrarlama zorlantısına dikkat çekerken yeni bir olgu elde etmediğimizi, yalnızca daha kapsamlı bir bakış açısı elde ettiğimizi görebiliriz. Açığa kavuşturduğumuz şey, hasta olma durumunun analize başlayarak sona ermeyeceği ve hastalığı geçmişte yaşanmış bir olay gibi değil günümüze ait olan bir güç gibi tedavi etmemiz gerektiğidir. Bu hastalık durumu, parça parça tedavinin kapsam ve etki alanı içine taşınır. Hasta bunu gerçek ve günümüze ait bir şey gibi deneyimlerken bizim, büyük ölçüde hastalığı geçmişe kadar takip etmekten ibaret olan terapötik çalışmamızı yapmamız gerekir.

Hipnozda ortaya çıktığı haliyle hatırlama, laboratuvarında yapılan bir deney izlenimi vermekten öteye gidemez. Analitik tedavinin yepyeni teknikleriyle ortaya çıkan tekrarlama ise bunun gerçek hayatın bir parçası olduğuna işaret eder ve bu nedenden ötürü her zaman zararsız ve itiraz edilemez değildir. Bu husus, genelde kaçınılmaz olan bir sorunu ortaya çıkartır: “tedavi sırasında kötüleşme.”

Her şeyden önce, tedaviye başlamak kendi başına hastanın hastalığına karşı bilinçli tutumunda bir değişikliğe neden olur. Hasta, hastalığından genelde sızlanmakla yetinmiş, onun anlamsız olduğunu düşünüp ciddiye almamış ve önemini azımsamıştır. Bunun dışında, bastırma davranışını, yani hastalığın kökenlerine uyguladığı görmezden gelme politikasını, onun dışavurumlarına kadar genişletmiştir. Böylece, fobisinin hangi koşullarda ortaya çıktığını bilmemesi ya da obsesyonel fikirlerinin kati ifadelerine kulak asmaması veya obsesyonel itkilerinin gerçek amacını anlamaması mümkün olabilir. Bu elbette tedaviye yardımcı olmaz. Hasta, dikkatini hastalığının görüngülerine yönelme cesaretini bulabilmelidir. Hastalığının kendisi artık onun için küçük düşürücü olmamalı, aksine bu cesaretine layık bir düşman haline gelmelidir. Bu hastalığı, geleceği için kıymetli olacak şeyleri ona verebilecek sağlam bir zemin üzerine inşa edilmiş varoluşunun bir parçası olarak tanımalıdır. Böylelikle, hastanın semptomlarında artık kendini gösteren bastırma ile uzlaşmanın yolları döşenirken aynı zamanda hasta olma durumuna tolerans göstermek de mümkün hale gelir. Hastalığa yönelik bu yeni tutum, çatışmaları yoğunlaştırır ve o zamana kadar görünür olmayan semptomları ön plana çıkarırsa hasta kolaylıkla bu kötüleşmenin gerekli ve geçici olduğuna ikna edilebilir. Mevcut olmayan ya da menzil dışında kalan düşman mağlup edilemez. Ancak direnç, durumdan kendi amaçları için faydalanabilir ve hasta olma ruhsatını kötüye kullanabilir. Şöyle der gibidir: “Bu şeylerin önünü sahiden de açarsam ne olduğunu görün. Onları bastırmaya tevdi etmekte haksız mıyım?” Özellikle genç ve çocuksu insanlar, tedavinin dayattığı hastalıklarına dikkat etme gerekliliğini, semptomlarının sefasını sürmek için, hoş bir bahane haline getirme eğilimindedirler.

Tedavi sırasında, şimdiye kadar kendini hissettirmemiş olan yeni ve daha derinde yatan dürtü itkilerinin tekrarlanabilmesiyle birlikte başka tehlikeler de ortaya çıkar. En nihayetinde, hastanın aktarım dışındaki eylemleri ona günlük yaşamında geçici zararlar verebilir ve hatta bu eylemler hastanın iyileşme olasılığını kalıcı olarak sıfırlamaları için seçilmiş olabilir.

Bu durumda doktorun benimseyeceği taktikler kolaylıkla gerekçelendirilebilir. Yeni teknikte böyle bir amaca ulaşamayacağını bilmesine rağmen, eski tarzda hatırlama -yani psikik alanda gerçekleşen yeniden üretim- onun bağlı kaldığı amaçtır.

Hastasının motor faaliyete yönlendirmek istediği tüm itkilerini psişik alanda tutmak için hastasıyla sürekli bir mücadeleye hazırdır ve hastanın eylemde boşaltmak istediği bir şeyden hatırlama çalışmasıyla kurtulmasını sağlayabilirse bunu tedavinin bir zaferi olarak kutlar. Bağlanma, aktarım yoluyla herhangi bir şekilde kullanışlı bir şeye dönüştüyse, tedavi, hastanın tekrarlayan önemli eylemlerinin tümünü engellerebilir ve onun bu niyetinden *in statu nascendi*¹ bir malzeme olarak terapötik çalışma içinde fayda sağlayabilir. En iyisi, hastaya tedavi süresince -herhangi bir meslek ya da nihai bir aşk nesnesi seçmek gibi- hayatını etkileyen önemli kararlar almaya-acağına söz verdirerek hastayı itkilerinden birini gerçekleştirmenin yol açacağı yaralanmalardan korumak ve iyileşene kadar tüm bu planları ertelemesini sağlamaktır.

Aynı zamanda, bu ihtarlarla uyumlu olduğu ölçüde hastanın kişisel özgürlüğüne keyfiyetten dokunulmaz ve aptalca olsalar bile önemsiz niyetlerini gerçekleştirmesi engellenmez. Unutulmamalıdır ki insan yalnızca kendi deneyimleri ve hataları aracılığıyla öğrenir. Tedavi sırasında füzuli bir projeye girişmekten alıkonamayan ve ancak bundan sonra analize hazır ve analiz tarafından erişilebilir hale gelen kişiler de vardır. Bazen de vahşi dürtülerin, aktarım henüz onları dizginlemeden önce kendilerini göstermeleri ya da hastayı tedaviye bağlayan bağın hastanın tekrarlayan bir eylemiyle kopması kaçınılmazdır. Uç bir örnek olarak, alacakaranlık halinde² evini ve kocasını defalarca terk eden, kimsenin bilmediği bir yere “kaçan” ve bunu neden yaptığının bilincinde olmayan yaşlı bir kadını örnek verebilirim. Bu kadın tedaviye kusursuz bir sevgi dolu aktarımla başladı, bu aktarım ilk birkaç günde tekinsiz bir hızla yoğunlaştı ve kadın bir haftanın sonunda bana bu tekrarı engelleyecek herhangi bir şey söyleme fırsatı vermeden bir de benden “kaçtı”.

Yine de hastanın tekrarlama zorlantısını frenlemek ve bunu hatırlama güdüsüne dönüştürmek için gereken ana enstrüman aktarımın ele alınmasında yatar. Kendini belirli bir alanda açığa vurmasını sağlayarak bu zorlantıyı zararsız hale, daha doğrusu yararlı hale getiririz. Ona, aktarımı bir oyun sahası olarak açarız, içinde neredeyse tamamen özgür bir şekilde gelişmesine izin verdiğimiz ve analizanın ruhsal dünyasında saklı olan patojen dürtülerin hepsini bize göstermesini ondan beklediğimiz bir oyun sahası. Hastanın analizin zaruri koşullarına uyacak kadar uyum göstermesi şartıyla, hastalığın tüm semptomlarına aktarım içerisinde yeni anlamlar vermeyi ve onun sıradan nevrozunu terapötik çalışmayla iyileştirilebilecek bir “aktarım nevrozuna” dönüştürmeyi gerçekten başarırız. Böylece aktarım, hastalık ile yaşam arasında, birinden

1 Nüve halinde. [ç.n.]

2 Belli hareket ve davranışların bilinçli bir niyet olmaksızın yapılması, sonrasında bu hareketlerin hatırlanamaması şeklindeki geçici bilinç bozukluğu. [ç.n.]

diğerine geçişin yapıldığı bir ara bölge yaratır. Bu yeni durum, hastalığın tüm özelliklerini devralır fakat artık her noktasında müdahalemize açık yapay bir hastalık ortaya koyar. Bu, fevkalade uygun koşullarla mümkün kılınmış gerçek bir deneyimin parçasıdır ve geçici tabiatlıdır. Direncin üstesinden gelindikten sonra anılar zahmet-sizce ortaya çıkar ve tanıdık patikalar, aktarımda sergilenen tekrarlayan tepkilerden geçerek, bu anıların canlanmasına giden yolu açar.

Bu noktada bitirebilirdim fakat bu metnin başlığı analitik tekniğin başka bir noktasını tartışmamı gerektiriyor. Bildiğimiz gibi dirençlerin üstesinden gelmenin ilk adımı, analistin hasta tarafından asla tanınmayan direnci ortaya çıkarması ve bu direnci onunla tanıştırmasıyla atılır. Öyle görünüyor ki analitik pratiğe yeni başlayanlar, bu ilk adımı çalışmalarının tümü ile bir tutma eğilimindedir. Benden sık sık, hastalarının dirençlerine işaret etmelerine rağmen hastalarda hiçbir değişim gerçekleşmediğine dair şikâyet eden doktorların vakalarıyla ilgili tavsiyede bulunmam isteniyor. Bu vakalarda direnç daha da güçlenmiş ve durum her zamankinden daha da muğlak hale gelmiş olur. Tedavi hiçbir şekilde ilerlemiyor gibi görünür. Bu karanlık sezinin her zaman yanlış olduğu kanıtlanmıştır. Tedavi, kural olarak en tatmin edici şekilde ilerlemektedir. Yalnızca analist, dirence isim vermenin direnci aniden ortadan kaldırmayacağını unutmuştur. Hastaya, analizin temel kuralına uygun şekilde analitik çalışmayı sürdürerek, artık aşına olduğu bu direnci daha fazla tanıması, onu *derinlemesine çalışması* ve onun üstesinden gelmesi için zaman tanınmalıdır. Analist, ancak direncin doruk noktasında olduğu yerde, hastasıyla ortaklaşa çalışarak, direnci besleyen bastırılmış dürtü itkilerini keşfeder. Hastayı bu tür itkilerin varlığına ve gücüne ikna eden bu türde bir deneyimdir. Doktorun beklemek ve gidişata izin vermekten başka elinden bir şey gelmez; bundan kaçınmak ya da bunu hızlandırmak her zaman mümkün değildir. Eğer bu inanca sınırsız sarılırsa, aslında tedaviyi doğru bir şekilde yürütüyor olmasına rağmen hissettiği başarısızlık yanılsamasından çoğu kez kurtulacaktır.

Dirençlerle bu şekilde derinlemesine çalışmak, pratikte analizan için zorlu bir görev, analist içinse sabır testi haline gelebilir. Yine de hastadaki büyük değişimleri ortaya çıkaran ve analitik tedaviyi telkin tarafından yönlendirilen diğer tedavilerden ayıran şey çalışmanın bu parçasıdır. Teorik bakış açısından bununla, bastırmanın depoladığı afekt yüklerinin boşalmasını -hipnoz tedavisi o olmasaydı bir hiç olurdu- eş tutabiliriz.

Çeviren: Oğuzhan Nacak

Aktarım Aşkı Üzerine Notlar

(1915a)

Psikanaliz Tekniğine Dair Tavsiyelerin Devamı 3

Psikanalize yeni başlayan herkes, en başta, hastanın çağrışımlarını yorumlamanın ve bastırılanları yeniden üretme işinin sebebiyet vereceği zorluklardan tedirgin olur. Yine de bu zorlukları önemsiz addetme zamanı gelip çatar ve bu inanışın yerine kişi, karşılaşacağı gerçek manadaki tek ciddi zorluğun aktarımı yönetmek olduğuna artık ikna olur.

Bu bağlamda düşünülebilecek durumlar arasından yalnızca birini, net bir şekilde sınırlandırılmış olanını seçmeyi istedim. Bu durumu, karşılaşma sıklığından ve gerçek anlamından ötürü olduğu kadar konuya dair teorik alakası yüzünden de seçtim. Kastettiğim durum şu: Kadın bir hasta, tıpkı her fani kadının olabileceği gibi, kendisini analiz eden doktora âşık olduğunu apaçık imalarla sezdirir ya da doğrudan bunu ilan eder. Bu durumun utanç verici ve tuhaf yanları olduğu gibi ciddiye alınması gereken tarafları da vardır. Bu durum öte yandan öyle karışık, öyle çok yönlü etkenlerle belirlenmiştir, öyle kaçınılmaz ve öyle zor çözülebilirdir ki bu konunun tartışılması analitik tekniğin hayati bir ihtiyacını çok önceden karşıladı. Fakat diğerlerinde görüp alaya aldığımız hatalardan biz kendimiz muaf olmadığımız için şu zamana değin bu görevi yerine getirmeye yeltenmedik bile. Bu noktada her defasında doktor ve hasta arasındaki mahremiyet zorunluluğuna tosluyoruz. Mahremiyetten günlük hayatta vazgeçemeyiz lakin bizim bilimimizde kendisine ihtiyaç yok. Psikanalitik yayınlar gerçek hayatın da bir parçası olduğu sürece burada çözümlenemez bir çatışma varlığını sürdürür. Son dönemlerde bu mahremiyet meselesini göz

ardı ettim ve aynı aktarım durumunun, psikanalitik terapinin gelişimini ilk on yıl boyunca durdurduğuna işaret ettim.¹

Bu meslekten olmayan iyi eğitilmiş bir kişi için -ki böyle bir kişi psikanalize göre tam da ideal olan uygar insandır- aşka dair haller başka hiçbir şey ile karşılaştırılmazdır; onlar, bir bakıma, başka hiçbir yazıyı üzerinde kabul etmeyen özel bir sayfaya yazılmışlardır. Eğer kadın bir hasta doktoruna âşık olursa, bu kişiye sadece iki adet çıkış yolu mümkünmüş gibi görünür. Görece daha az karşılaşılacak ilki, tüm koşulların aralarında kalıcı ve yasal bir birleşme kurulmasına müsaade etmesi; daha sık karşılaşılacak ikincisi ise doktor ve hastanın birbirinden ayrılıp başlanmış oldukları ve hastayı iyileştireceği düşünülen tedaviden sanki bu tedavi basit bir olaydan ötürü yarıda kesilmiş gibi vazgeçmeleridir. Elbette üçüncü bir yol daha vardır ve hatta bu yol tedavinin devamına izin verir: Evlilik dışı olan ve bazı aşk ilişkileri gibi sonsuza dek sürmeyen bir bağ kurarlar; gerçi bu da halkın ahlaki değerleri ve doktorların itibarı sebebiyle tamamen imkânsız kılınmıştır. Buna rağmen, bu iyi eğitilmiş ve bizim meslekten olmayan kişi, mevzubahis üçüncü alternatifin dışlandığına dair kendisini olabilecek en net şekilde temin etmesini analistten rica edecektir.

Psikanalistin alacağı konumun farklı olması gerektiği aşîkârdır.

Bu tanımladığımız durumlardan ikinci çıkış yolundaki vakayı ele alalım: Hasta doktora âşık olduktan sonra doktor ve hasta birbirlerinden ayrılırlar ve tedaviden feragat edilir. Ama hemen sonra, hastanın durumu başka bir doktor ile ikinci bir analitik girişimi zaruri kılar. Sonrasında hasta bu ikinci doktora karşı aşk duyguları beslediğini hissederek ve yine aynı şekilde, bu tedaviyi kesip bir yenisine başladığında üçüncüye âşık olur ve bu böyle uzar gider. Bu gerçekler hiç şaşmazlar ve bunlar, bildiğiniz gibi, psikanalitik teorisin temel taşlarından biridir. Bu gerçekler, biri analiz eden doktor için diğeri de analize ihtiyacı olan hasta için olmak üzere iki tür değerlendirmeye elverişlidir.

Doktor için bu gerçek, değerli bir aydınlanma ve belki kendisinde uyanabilecek bir karşıaktarım eğilimine karşı iyi bir uyarı anlamına gelir. Doktor, hastanın aşkının analitik durum tarafından mecbur kılındığını ve kendi şahsının marifetlerine yorulamayacağını anlamalıdır, yani analistin analizin dışında bir “fetih” olarak adlandırılabilir böyle bir durumdan gurur duymak için hiçbir sebebi yoktur. Ve bunu kendine her daim hatırlatmak gerekir. Fakat hasta için bir alternatif doğar: Ya

¹ Psikanalitik hareketin tarihçesine yaptığım katkının ilk bölümünde var. (1914d)

psikanalitik tedaviyi bırakmalıdır ya da doktoruna âşık olmayı kaçınılmaz bir kader olarak kabul etmelidir.²

Hastanın yakınlarının iki olasılıktan ilkinde karar kılacakken analiz eden doktorun ise ikincisinden yana olacağından hiç kuşku yok. Fakat bu kararın, hastanın yakınlarının şefkat dolu -veya daha çok bencilce kıskanç- endişelerine bırakılamayacağına inanıyorum. Yalnızca hastanın iyiliği ölçüt olmalıdır. Yakınlarının sevgisi nevrozu iyileştiremez. Analistin kendisini zorla benimsetmesine gerek yoktur ama kendisini belli bir neticeye ulaşılabilmesi için gerekli kişi olarak ortaya koyabilir. Bu meselede Tolstoy'un tutumunu benimseyen bir akraba, karısı veya kızı üzerindeki hâkimiyetini hiç zeval görmeden keyifle sürdürebilir fakat hastanın nevrozuna ve âşık olma kapasitesindeki bu nevroza içkin olan aksamaya katlanmanın yollarını da aramalıdır. Nihayetinde bu durum, jinekolojik bir tedavidekine benzerdir. Dahası, kıskanç koca veya baba hastayı nevrozuyla savaşması için analizden başka bir tedaviye başlattığında hastanın doktora âşık olmaktan kaçabileceğini düşünürse fena halde yanılır. Bilakis aradaki tek fark hem ifade edilmemiş hem de analiz edilmemiş olarak kalmaya mahkûm böyle bir aşkın, analizin hastaya sağlayabileceği katkıyı hastanın iyileşmesi için asla yapamayacak olmasıdır. Öğrendim ki, analiz yapan bazı doktorlar hastalarını sıklıkla aşk aktarımının ortaya çıkmasına hazırlıyormuş ve hatta “analizin ilerlemesi için sadece doktorlarına âşık olmalarını” onlardan talep ediyormuş. Daha mantıksız bir yöntem düşünemiyorum. Böyle yaparak analist, tatin edici bir unsur olan kendiliğindenliği gasp eder ve ortadan kaldırması zor engelleri kendisi yola döşemiş olur.

İlk bakışta, aktarımdaki bu âşık olma halinden tedavi süreci için yararlı bir şeyler ortaya çıkabilirmiş gibi görünmez. Şimdiye kadar karşımızda en uysal haliyle duran hasta birdenbire tedaviye olan ilgi ve anlayışını kaybederek bu karşılık bekleyen âşkından başka hiçbir şeyi konuşmak ve duymak istemez; semptomlarını bırakır ya da öteler ve, evet, kendini artık sağlıklı ilan eder. Örneğin, tiyatrodaki bir oyun sergilenirken yangın alarminin sesi yükseldiğinde aniden gelip çatan bir hakikatin oyunu durdurması gibi sahnenin tümüyle değişimi söz konusudur. Bunu bir doktor olarak ilk kez tecrübe eden kişi için analitik durumu sabit tutmak ve tedavinin sonuna gelindiği yanılgısından kendini korumak hiç de kolay olmayacaktır.

İçinde bulunulan duruma dair derinlemesine düşünerek kişi bu durumla başa çıkabilir. Her şeyden önce, tedavi sürecinin devamını sekteye uğratan her şeyin

2 Aktarımın başka türlü ve daha az sevecen duygularda kendini dışı vurabileceği bilindik bir şeydir fakat burada bu konuyu daha fazla ele almayacağım.

direncin bir dışa vurumu olabileceği şüphesi akılda iyi tutulmalıdır. Fırtınalı bir aşk talebinin ortaya çıkışında direnç muhakkak ki büyük bir yer tutar. Hastada sevgi dolu bir aktarımın emareleri elbette çoktandır göze çarpmaktadır. Hastanın gösterdiği yumuşak başlılık, hastanın analitik açıklamaları kabul etmesi, olağanüstü anlayışı ve yüksek zekâsı doktora karşı mevcut tutumunun hesabına yazılmalıdır. Ne var ki birden hepsi uçup gitmiştir, hasta tamamen içgörüsüz kalmıştır. Aşkından eriyip bitmekteymiş gibi görünür ve bu değişim hep tam olarak belli bir anda, hastadan aşk hayatındaki özellikle utanç verici ve şiddetle bastırılmış bir parçayı kabul etmesinin ve hatırlamasının istenildiği o anda, meydana gelir. Hastanın aşkı uzun zamandır orada vardır ama şimdi direnç, onun çalışmaya olan ilgisini tüketmek ve analisti sıkıntılı bir pozisyona sokmak için tedavi sürecinin sürdürülmesine ket vurmaya başlar.

Daha yakından bakılırsa, bu durumun içindeki karmaşık motivasyonların etkisi de tanınabilir. Bunların bir kısmı âşık olma ile bağlantılıyken bir kısmı ise direncin birtakım özel dışavurumlarıdır. İlkinde, hastanın kendi karşı konulmazlığını teyit etme ile doktoru bir sevgiliye indirgeyerek onun otoritesini kırma çabası ve âşkın verdiği tatminden ek bir kazanç sağlama söz konusudur. Bu dirençlerden, onların gergin analisti bir sınava tabi tutmak amacıyla ilan-ı âşkın kimi zaman bir araç olarak kullanıldığı çıkarımı yapılabilir ve böylece analist, bu talebe itaat etmesi halinde azar işitmeyi bekleyebilir. Her şeyden evvel, direncin bir *agent provocateur* olarak âşık olma halini arttırdığını ve cinsel olarak kendini karşıdakine adamaya gönüllü olma işini abarttığını görürüz ve direnç bunu böyle bir ahlaksızlığın tehlikelerine işaret ederek bastırmanın etkisini çok daha ısrarlı bir şekilde gerekçelendirmek için yapar. Daha basit vakalarda mevcut olmayan tüm bu yan işler, bilindiği üzere, Alfred Adler tarafından tüm sürecin en mühim kısmı olarak takdir edilmiştir.

Peki diyelim ki analist, tedavi sürecinin bu aşk aktarımına rağmen ve yine bizzat onun sayesinde sürdürülebilir olduğuna kanaat getirdiğinde, bu durum yüzünden başarısız olmamak için nasıl hareket etmelidir?

Herkesçe kabul görmüş ahlaki ilkelerde şiddetle ısrar ederek analistin kendisine yöneltilen sevgi dolu duyguları asla ve kat'a kabul edemeyeceğini veya onlara karşılık veremeyeceğini söylemek benim için kolay olurdu. Veyahut da onun yerine şunu demeyi de tercih ederdim: Analist, toplumsal ahlakın taleplerini ve feragat etme zorunluluğunu âşık olan kadının önünde savunma ve böylece hastanın kendi arzusundan vazgeçmesini ve kendi benliğindeki hayvani tarafı yenerek analitik çalışmaya devam etmesini sağlama vaktinin kendisi için gelmiş olduğunu varsaymalıdır.

Fakat bu beklentilerin ne ilkinin ne de ikincisini karşılayacağım. İlkini karşılamayacağım çünkü hastalar için değil, ciddi zorluklarla mücadele eden doktorlar için yazıyorum ve yine çünkü böyle bir ahlak kuralının izini kendi kökenine -yani aslında hangi amaca hizmet ettiğine- kadar sürebiliyorum. Bu sefer halimden memnunum: Ne de olsa analitik tekniğe riayet etmeyi ahlaki ambargonun yerine koyabiliyorum, hem de ortaya çıkan sonucu değiştirmeden.

Gel gör ki, bu söz konusu beklentilerden ikincisini karşılamayı çok daha kararlı bir şekilde reddedeceğim. Hastanın bir erotik aktarım içerisinde olabileceğini kabul etmesiyle birlikte dürtülerini bastırmasını, onlardan vazgeçmesini veya onları yüceltmesini ondan talep etmek analitik bir şekilde davranmak değildir; aksine bu, manasızca davranmak anlamına gelir. Böyle yapmanın, ruh çağırma ayiniyle ölümler diyarından bir ruhu yukarı çıkmaya zorlayıp sonrasında tek bir soru bile sormadan onu tekrar gerisin geri aşağı yollamaktan hiçbir farkı olmazdı. Bu, olsa olsa bir kez daha korku içinde bastırmak için bastırılanı bilince çağırarak olurdu. Ayrıca, böyle bir tutumla ilerlemenin başarısı hakkında da kendimizi yanıltmamak gerekir. Bilindiği üzere, tutkular görkemli konuşmalardan pek az etkilenir. Hasta sadece mahcubiyet hissedecektir ve fırsatını bulur bulmaz bunun intikamını alacaktır.

Tıpkı deminkiler gibi savunuculuğuna pek soyunamayacağım bir orta yol daha var. Bazılarına pek dâhice gelmekte olan bu yol, ilişkinin dümenini daha sakın sulara kırana ve ilişkiyi daha üst bir aşamaya taşıyana kadar analistin, hastanın sevgi dolu duygularına karşılık verdiğini beyan etmesini ve bunu yaparken de bu zaafın getireceği tüm bedensel faaliyetlerden kaçınmasını içermektedir. Benim bu malumata itirazım psikanalitik tedavinin dürüstlük üzerine kurulu olmasıdır. Bunun altında, psikanalizin eğitsel etkisinin ve etik değerinin büyük bir bölümü yatmaktadır. Bu kurucu ögeyi terk etmek tehlikelidir. Analitik tekniğe alışan biri, yalan söylemekten ve numara yapmaktan artık fayda sağlayamaz olur ki bunlar bir doktorun normalde kaçınmayacağı rutinleridir. Bu kişi tüm iyi niyetiyle bunları yapmaya kalkışrsa muhtemelen kendini kandırması olacaktır. Hastadan kesin bir dürüstlük istediğimiz için, eğer doğruluktan saptığımız bir hasta tarafından fark edilirse tüm otoritemizi riske etmiş oluruz. Öte yandan, kişinin hastaya karşı hissettiği sevgi dolu duygulara kendini bırakma denemesi tamamen tehlikesiz değildir. İnsan kendisine o kadar da iyi hâkim olamaz, öyle ki bir gün aniden niyet ettiğinin ötesine geçebilir. Yani demek istediğim şu: Karşıaktarımı kontrol altında tutarken edindiğimiz tarafsızlık halinden vazgeçemeyiz.

Doktorun, analitik teknik gereği, aşkına karşılık almak için yanıp tutuşan hastasına talep ettiği o tatmini vermeyi reddetmek zorunda olduğunu şimdiye kadar

anlatabilmiş olmalıyım. Tedavi süreci yoksunluk içinde sürdürülmelidir. Bununla kastım ne salt bedensel bir mahrumiyet ne de hastanın arzuladığı her şeyden mahrum kalmasıdır, çünkü hasta biri buna dayanamayabilir. Benim niyetim temel bir kuralı dile getirmek: Hastanın ihtiyaç hissettiği ve özlemi içinde olduğu şeylerin olduğu gibi devam etmesine izin verilmelidir çünkü onlar, hastayı değişime ve analitik çalışmaya güdüleyen kuvvetlerdir ve suretler aracılığıyla onları yatıştırmaktan da sakınılmalıdır. Ayrıca bizim sunabileceğimiz şey bir suretten başka bir şey değildir. Ne de olsa hasta öyle bir vaziyet içindedir ki bastırmaları kaldırılmadıkça hakiki bir tatmin yaşayamaz.

Analitik tedavinin mahrumiyet içerisinde sürdürülmesi gerektiğine dair bu ana kural, burada irdelediğimiz münferit vakaları açacağı gibi, sürdürülebilirliğinin sınırlarının tanımlanması için de enine boyuna masaya yatırılmalıdır. Fakat bu konuya burada girmeden, yola çıktığımız yere mümkün mertebe yakın kalmaya devam edeceğiz. İki tarafın da bekâr olduğunu varsayarak söylüyorum, diyelim ki, doktor diğer türlü davranır da hastanın aşkına karşılık vermek için ve onun sevilme ihtiyacını gidermek için bu serbestlikten istifade ederse ne olur?

Eğer doktor hastanın talebine karşılık vererek onun üzerindeki hâkimiyetini garanti altına alma ve böylece tedavinin gerektirdiklerini yapabilmesi yönünde hastayı harekete geçirme ve nihayetinde onu nevrozundan kalıcı olarak kurtarma hesapları içindeyse, bu hesabında yanıldığını deneyimi ona elbet gösterecektir. Böyle bir durumda hasta *kendi* amacına ulaşır, doktor ise *kendi* amacına asla ulaşamaz. Bu durumda yaşananlar, papaz ve sigortacı arasında geçen nükteli bir hikâyede anlatılanların doktor ve hasta arasında tekerrür etmesinden ibarettir. Hasta yatağındaki inançsız bir sigortacıyı ölümünden önce dine döndürmek için akrabaları bir din adamını çağırmakta ısrarcı olurlar. Bu görüşme o kadar uzar ki kapının önünde bekleyenler umutlanmaya başlar. Sonunda hasta odasının kapısı açılır. İnançsız adam dine dönmemiştir ama din adamı odadan sigortalı ayrılmıştır.

Hasta, ilan-ı aşkına karşılık alırsa bu onun için bir zafer olur fakat tedavi süreci adına bu tam bir yenilgidir. Böyle bir durumda hasta analizde tüm hastaların elde etmek için can attığı şeye -bazı şeyleri eyleme dökmeye- hak kazanarak yalnızca hatırlayabildiği şeyler ile psikik malzeme olarak yeniden üretmesi ve psikik olayların alanında tutması gereken şeyleri gerçek hayatta tekrar etmeyi başarmış olur. Aşk ilişkisinin ilerleyen sürecinde hasta, aşk hayatındaki tüm ketlenmeleri ve patolojik tepkileri bunların hiçbirinin düzeltilmesine imkân tanınmadan gün yüzüne çıkarmış olur. Bu sıkıntılı dönem, pişmanlık içinde ve hastanın bastırma eğiliminde büyük bir artış ile

son bulur. Aslında aşk ilişkisi, hastanın analitik tedavinin etkilerine açık olma halini bitirir. Bu ikisinin bir arada barınması olacak iş değildir.

Bu sebeple, bir analiz için, hastanın aşkının doyurulması bu aşkın bastırılması kadar felakettir. Analistin yolu daha farklı bir şeydir, gerçek hayatta başka bir emsali bulamayacağımız bir şeydir. Analist, aktarım aşkı tarafından saptırmaktan, hastayı ürkütüp kaçırmaktan ya da hastanın kanına girmekten kendini sakınır; büyük bir kararlılıkla bu aşka karşılık vermekten imtina eder. O, aktarım aşkını elinde sıkıca tutar ama ona gerçek olmayan bir şeymiş gibi muamele eder. Analist, aktarım aşkını tedavi sürecinde zorunlu olarak başa gelen, bilinçdışı kökenlerine kadar izinin sürülmesi gereken ve böylece hastanın aşk hayatının en mahrem yönlerini bilince taşımaya ve tabii ki onu kontrol altına almaya yardımcı olan bir durum olarak ele alır. Analist, her türlü baştan çıkartmaya karşı sağlam durduğu izlenimini ne kadar çok verirse bu durumdan o kadar erken analitik bir içerik çıkarabilecektir. Cinsel bastırması yine de kaldırılmamış ancak arka plana itilmiş olan hasta, sonrasında aşk için şart koştuğu her şeyi, cinsel olarak özlemi içinde olduklarının fantezisini, bu âşık olma halindeki kendine özgü olan tüm noktaları dışa vurmak için kendinden yeteri kadar emin hissedecektir ve bunlar sayesinde aşkının çocukluktaki kökenlerine giden yolu kendi kendine açacaktır.

Analitik çalışmanın ilerlemesi için aktarım aşkını muhafaza etme ve bunu hastayı tatminsiz bırakarak yapma teşebbüsü bazı tip kadınlarda hiçbir halükârda işe yaramaz. Bunlar saf tutkunun kadınlarıdır ve suretlere tahammül edemezler; doğanın çocuklarıdır, psişik olanı somutun yerine koymaya gönülleri razı olmayan çocukları... Şairin de dizelerinde söylediği gibi bu kadınlar sadece "*für Suppenlogik mit Knödelargumenten*"³ aşıklardır. Bu kişilerle çalışırken analisti bir seçim bekler: ya aşka karşılık vermek ya da reddedilerek aşağılanmış bir kadının düşmanlığını üzerine çekmek. İki durumda da tedavinin çıkarları gözetilemez. Analist başarısız olarak çekilmek zorunda kalır. Tek yapılabilecek şey bu sorunu, nevroz yetisinin nasıl olur da bu kadar inatçı bir aşk ihtiyacı ile bir araya gelebildiğini, etraflıca düşündürmektir.

Aşk taleplerinde daha az ısrarcı olan diğer kadınlara analitik düşünce sistemini aşama aşama nasıl kabul ettirebilecekleri konusunda birçok analist kuşkusuz ki hemfikir. Evvela, bu "aşktaki" direncin aşikâr rolü hastaya vurgulanır. Ne de olsa bu

3 "Çorba mantığı ile hamur savları için."

Bu dize, Heinrich Heine'nin "*Die Wanderratten (Aylak Fareler)*" başlıklı politik ve toplumsal eleştiri tarzında yazılmış bir şiirinden alıntıdır. Bu şiirinde Heine, aç ve tok olmak üzere iki tür fareyi tasvir eder. Mevzubahis dizede bahsedilen farelerin mideleri boş olduğundan o fareleri doyurabilecek tek şey yemektir; savlar, gerekçeler veya saf satahar değil. [ç.n.]

yaşadığı gerçek bir aşk olsaydı onu munis bir hale sokardı. Tam da âşık olduğu adamın ondan bunu istemesi sebebiyle, kendi durumundaki sorunları çözmesi için çok daha hazır ve hevesli hissetmesini sağlardı. Böyle bir durumda, doktorun gözünde değerli olmak ve bu aşk hislerinin doğru bir kanal bulabileceği gerçek hayata kendini hazırlamak için memnuniyetle tedaviyi tamamlama yolunu seçerdi. Bunun yerine hasta, dik başlı ve asi bir tavır içine girmektedir, tedaviye olan tüm yatırımını geri çekmektedir ve doktorun sağlam zeminler üzerine inşa ettiği kanaatlerine açıkça itibar etmemektedir. Yani burada asıl olan şey hastanın âşık olma kisvesi altında bir direnç göstermesi ve analistini böyle bir çıkmaza sürüklemekte herhangi bir beis görmemesidir. Ne zaman ki doktor kendi görevi ve anlayışının icap ettirdiği gibi hastasını reddederse, o zaman hasta gururu zedelenmiş rolünü oynayabilir ve sonrasında intikam hırsı ve hiddet ile dolarak analistin onu iyileştirme çabalarından -aslında tam da şimdiye kadar sözüm ona aşkından ötürü yaptığı gibi- kaçır.

Bu aşkın sahiciliğine karşı ikinci delil bizi, hastanın âşıkken bu durumdan kaynaklı olarak tek bir yeni kişisel özellik sergilemediği savına götürür. Aksine bu aşk, tamamen tekrarlardan ve çocukluktan kalanların da dâhil olduğu daha önceki tepkilerin taklitlerinden oluşmaktadır. Hastanın aşk ilişkilerinin detaylı bir analizi sayesinde analist bunu kanıtlayabilir.

Eğer bu argümanlara gerektiği kadar sabır eklenirse bu zor durumu aşmak ve çalışmaya indirgenmiş veya bozguna uğratılmış bir aşk ile devam etmek çoğunlukla olası olabilir. Böylece hedef artık çocukluktaki nesne seçimini ve onun etrafında şekillenen fantezileri açığa çıkarmak olur. Yine de şimdi, bu sözü geçen argümanlara eleştirel bir gözle bakmak isterim: Bu argümanları ileri sürerek hastaya sahiden de hakikati mi söylüyoruz yoksa sıkıntılı bir haldeyken çareyi bir şeyleri saklamak veya saptırmakta mı buluyoruz sorusunu soruyorum. Başka bir deyişle, analitik tedavi sürecinde ortaya çıkan âşık olma hali sahiden de gerçek değil midir?

Aslında hastaya hakikati söylemişizdir ama sonuçlarına aldırmaksızın hakikatin tamamını da vermemişizdir. İki argümanımızdan ilki daha güçlü olanı, yani aktarım aşkında direncin payı tartışılmaz ve bir hayli büyüktür. Ama direnç bu aşkı yaratmamıştır; direnç geldiğinde bu aşkı zaten hazır bulur, onu kullanır ve onun dışavurumunu güçlendirir. Direnç, yine de bu fenomenin sahiciliğine gölge düşürmez. İkinci argümanımız ise çok daha zayıf: Bu aşkın geçmişteki özelliklerin yeni baskısından oluştuğu ve bu aşkta çocukluktaki tepkilerin tekrar ettiği doğrudur. Fakat bu, her aşkın başlıca özelliğidir. Çocukluktaki temsillerin tekrarlamadığı bir aşk yoktur. Zaten ona kompulsif ve patolojiyi andıran karakterini veren şey tam da çocukluk çağında belirlenmiş olmasıdır. Aktarım aşkı muhtemelen insanın günlük hayatta karşılaştığı

ve normal olarak adlandırdığı aşktan bir miktar daha az özgürdür, çocukluktaki örüntülerine çok daha bağımlıdır, daha az esnek ve değişime daha az açıktır ama işin aslı bundan ibarettir ve esas olanlar da zaten bunlar değildir.

Peki ya bir aşkın sahiciliğini ne gibi özelliklerinden tanırırsınız? Kapasitesinden ve aşkın amacına ulaşmadaki işe yararlığından mı? Bu açıdan bakıldığında aktarım aşkı hiçbirinden geri kalmaz; bu aşktan her şey elde edilebilir izlenimindedir.

Özetlemek gerekirse, analitik tedavide ortaya çıkan âşık olma halinin “sahici” bir aşkın niteliklerini taşıdığını tartışmaya hakkımız yok. Bu aşk bize çok az normalmiş gibi görünürse bu durum, âşık olmanın günlük hayatta -analiz dışında- normal ruhsal bir fenomenden ziyade anormal olana çok daha benzer olması gerçeğiyle tatmin edici bir şekilde aydınlatılabilir. Aşk, her daim özel bir yeri kendisine temin eden birtakım özellikler ile etiketlenir. O, ilk olarak analitik durum tarafından kısıktır; ikinci olarak bu duruma hükmeden direnç sayesinde iyice tepelere tırmandırılır; üçüncü ve son olarak da gerçeklikten büyük ölçüde yoksundur, mantıksızdır, sonuçlar ile ilgilenmez, âşık olunun kişiye biçilen değer bakımından normal bir aşқта memnuniyetle kabul edeceğimizden çok daha kördür. Ama aşkın esaslarının tam da normdan sapan bu özelliklerden meydana geldiğini unutmamalıyız.

Aktarım aşkının bu üç özelliğinden ilki analistin alacağı aksiyon için asıl olanıdır. Nevrozu iyileştirmek amacıyla analitik tedavinin hastaya sunulmasıyla birlikte analist bu aşkı kendine çekmiştir. Tıpkı hastanın doktor karşısında soyunması veya ona hayatı bir sırrını açması gibi bu, doktor için tıbbi bir durumun kaçınılmaz sonucudur. Bu nedenle doktor hastadan kişisel bir fayda sağlamayacağını katıyetle bilir. Hastanın hevesli oluşu hiçbir şeyi değiştirmez, bu sadece tüm sorumluluğu analiste yükler. Analistin de bilmesi gerektiği gibi, hasta zaten tedavinin başka hiçbir işleyişine hazırlıklı değildir. Tüm zorlukların üstesinden başarıyla geldikten sonra hastalar genellikle tedavinin ta en başında kurmuş oldukları ve ileriye dönük olan bir fanteziyi itiraf ederler: Eğer uslu davranırlarsa tedavinin sonunda doktorun şefkati ile ödüllendirileceklerdir.

Doktor açısından bakınca etik kurallar ile teknik olanlar uyum içindedir ve onu hastasına sevgisini vermekten alıkoyarlar. Analistin amacı, çocukluktaki fiksasyonları sebebiyle sevmeye yetisi zedelenmiş olan bu kadın için paha biçilemez bir kıymetteki sevmeye işlevinin, tedavinin sonunda artık onun alet çantasında mevcut olmasıdır, aksi takdirde bu kadın, analizin bitiminden sonra gerçek hayatın gerektirdikleri kendini ufaktan hissettirdiğinde bu taleplere hazır olamaz. Analist, sosislerle dolu çelengin ödül olarak konulduğu fakat bir soytarının tek bir sosisi yarış pistine

fırlatarak mahvettiği bir köpek yarışını sahneye koymamalıdır. Ne de olsa, böyle bir durumda tüm köpekler, o bir sosisin üzerine çullanarak yarışı ve onları zafere davet eder şekilde uzaktan göz kırpan o çelengi unutuverirler. Etik ve tekniğin çizdiği sınırlar içinde kalmanın bir doktora her daim kolay geldiğini iddia edecek de değilim. Bilhassa daha genç olan ve tüm bu sınırlara henüz sıkı sıkıya bağlanmamış bir adam bu işi meşakkatli bulacaktır. Hiç kuşkusuz, cinsellik içeren bir aşk, yaşamın temel meseleleri arasındadır ve ruhsal ile bedensel tatminin aşkın verdiği hazda buluşması, bu yaşamın tabiri caizse zirve noktalarından biridir. Birkaç tuhaf fanatik dışında tüm dünya bunu bilir ve hayatını buna göre yaşar; bir tek bilim bunu kabul etmek için nazlanır. Öte yandan, kadın kur yaptığında soğuk davrananı ve reddedeni oynamak erkek için nahoş bir roldür. Ayrıca nevroz ve dirence rağmen tutkusunu açık açık dile getiren asil bir kadın çevresine emsalsiz bir cazibe yayar. Hastayı şeytana uymaya teşvik eden onun ilkel tensel arzuları değildir. Hatta bu arzular, onları savan bir etki gösterirler ve bunu doğal bir fenomen olarak addetmesi için doktorun tüm hoşgörüsüne sığınmayı isterler. Tekniği ve tıbbi yükümlülüğü hoş bir deneyim uğruna unutmaya tehlikesini beraberinde getiren belki de kadının daha incelikli ve hedefe ket vuran istekleridir.

Ve tabii ki analist için pes etmek söz konusu dahi olamaz. Aşka ne kadar fazla değer biçerse biçsin analist, hastasını hayatındaki bu belirleyici basamağın yukarısına taşıyabilme fırsatına bundan kat be kat fazlasını biçmelidir. Hasta haz prensibinin üstesinden gelmesini ondan öğrenecektir; daha uzaklardaki, muhtemelen hepten muğlak fakat psikolojik ve toplumsal olarak pirüpak olan tatminin lehine elinin altında bulunan ama toplumsal olarak kabul görmeyen tatminden vazgeçmeyi ondan öğrenecektir. Bu üstesinden gelmeyi başarabilmesi için hasta, ruhsal gelişiminin ilk zamanlarının içinden geçirilmeli ve bu yolda gittiği ölçüde de, sistematik manadaki bilinçli psikik meşguliyetleri bilinçdışı olandan ayırt eden ruhsal özgürlüğünü edinmelidir.

Böylece analitik psikoterapist toplamda üç cephede birden savaş verir: İlk cephe olarak iç dünyasında, kendisini analitik standarttan aşağı çeken güce karşı; ikinci cephe olarak analizin dışında, cinsel dürtü kuvvetlerinin onun için ifade ettiği anlama itiraz eden ve bilimsel tekniğinde bunlardan yararlanmasını engelleyen muhaliflerine karşı; son olarak ise analizin içinde, başlarda muhalif bir tutum sergileyen ama zamanla cinsel yaşamlarına kapılıp giderek onlara ederinden fazla değer biçtiklerini ilan etmek ve toplumsal açıdan dizginlenmemiş tutkuları ile doktoru tutsak etmek isteyen hastalarına karşı.

Psikanalize olan tutumlarından girişte bahsetmiş olduğum sıradan kimseler, hiç şüphesiz, aktarım aşkına dair mevcut açıklamalarımı da bu terapötik yöntemin

tehlikelerine dünyanın dikkatini çekme fırsatı olarak görecektir. Psikanalist, her an patlamaya hazır maddelerle çalıştığını ve bir kimyager ile aynı ihtiyata ve itinaya ihtiyacı olduğunu bilir. Fakat ne zaman bir kimyager, etkilerinden dolayı kaçınılmaz bir şekilde kullanılan patlayıcı maddeler ile uğraşmaktan bu maddelerin tehlikeli olduğu gerekçesiyle men edilir ki? Tuhaftır ki psikanaliz, diğer tıbbi faaliyetlere zaten çoktandır verili olan tüm ruhsatları ta en başından başlayarak kazanmak zorunda bırakılıyor. Zararsız tedavi yöntemlerinin bırakılması gerektiğinden yana asla değilim. Birçok vaka için bu yöntemler gayet yeterli ve nihayetinde insan topluluğu *furor sanandi*'ye⁴ herhangi başka bir fanatiklik ile aynı ölçüde gereksinim duyar. Fakat psikonevrozların zararsız kocakarı ilaçları ile etki edilerek alt edilebileceğine inanırsak bu, kaynakları ve uygulamadaki değerleri bakımından onları fena halde küçümsemekte olduğumuz anlamına gelir. Hayır, tıbbi uygulamalarda "*medicina*"⁵ yanında her daim "*ferrum*"⁶ ve "*ignis*"⁷ için bir oda bulunacaktır ve aynı şekilde, en tehlikeli ruhsal itkileri yönetmekten ve hastanın sağlığı uğruna bunlara hükmetmekten çekinmeyen, kurallara sıkı sıkıya bağlı ve katışıksız olan psikanaliz de bundan azade değildir.

Çeviren: Ece Aşroğlu

4 İnsanları tedavi etme tutkusunu. [ç.n.]

5 İlaç. [ç.n.]

6 Demir. [ç.n.]

7 Ateş. [ç.n.]

Psikanalize Giriş Dersleri

(1916-1917)

Ders XXVII

Aktarım

Bayanlar, baylar! Tartışmalarımızın sonuna doğru geldiğimiz için, zihinlerinizde boşa çıkmaması gereken bir beklenti oluştuğunun farkındayım. Tahmin ediyorsunuzdur ki sizi psikanalizin konusuna azimle yönlendirme nedenim, sizi psikanaliz yapmanın olanaklılığı meselesinin dayandığı terapi hakkında tek bir söz söylemeden yollamak değil. Açıkçası bu konuyu sizden gizleyemem çünkü bahsi geçen konuyla ilgili öğrendikleriniz yeni bir olguyla tanışmanızı mümkün kılacak. Ve bu olgu olmadan araştırdığımız hastalıkların anlaşılması bariz bir şekilde eksik kalacaktır.

Biliyorum ki benden, analizin terapötik sona ulaşması için gereken tekniği öğretmemi beklemiyorsunuz. Sadece genel hatlarıyla psikanalitik terapinin nasıl işlediğini ve kabaca neyi başardığını bilmek istiyorsunuz. Bunu öğrenmek en doğal hakkınız. Yine de bunu size anlatmayacağım fakat bunu kendinizin keşfetmesi konusunda ısrar edeceğim.

İyice düşünün! Hastalığın belirleyicileri hakkında gerekli olan her şeyi ve hastalandıktan sonra devreye giren tüm faktörleri öğrendiniz. Terapötik etkinin yeri neresidir peki? İlk olarak söz konusu olan şey kalıtsal yatkınlıktır. Bunun hakkında pek konuşmadık çünkü bu konu başkaları tarafından vurgulandı ve bizim bu konuda söyleyecek yeni bir şeyimiz yok. Fakat bunu küçümsediğimizi sanmayın; terapistler olarak onun gücünü net bir şekilde anlamaya başladık. Onu değiştirmek için hiçbir şey yapamayız ve onu çabalarımıza sınır koyan verili bir şey olarak kabul ederiz.

Daha sonra, analizde öne çıkarmaya alıştığımız çocukluk çağının erken deneyimlerinin etkisi gelir: Bunlar geçmişe aittir ve geri alınamaz. Sonraysa “gerçek hüsrân” olarak özetlediğimiz diğer şeyler gelir: sevgi yoksunluğu, yoksulluk, aile kavgaları, evlilikteki yanlış partner seçimi, kişinin baskısı altında olduğu katı etik talepler ve olumsuz sosyal koşullar gibi yaşamda ortaya çıkan talihsizlikler. Kuşkusuz burada da etkili bir terapi için yeterli şartlar vardır fakat bu çalışma, Viyana folklorunun İmparator Joseph'e affettiği türden -önünde diz çökülecek güçlü bir adamın iyiliksever müdahalesiyle zorlukların ortadan kaldırdığı- bir terapi olmalıdır. Fakat biz kimiz ki bu türde iyilikseverliği terapimizin bir enstrümanı olarak benimseyebilelim! Zavallı, sosyal olarak güçsüz ve geçimimizi tıbbi faaliyetlerimizden kazanmaya mecbur olduğumuzdan, diğer doktorların başka tedavi yöntemlerinde yapabildiği gibi, çabalarımızı mali imkânı olmayan insanlara yayacak durumda bile değiliz. Tedavimiz çok zaman aldığı ve çok zahmetli olduğu için bunu yapmamız mümkün değil. Belki de bahsettiğim faktörlerden birine tutunuyor ve etkimizin başlayacağı noktayı bulduğunuza inanıyorsunuz. Eğer toplum tarafından talep edilen ahlaki kısıtlamalar hastaya dayatılan yoksunlukta rol oynuyorsa, tedavi ona bu engelleri göz ardı etme ve bir yandan da tatmin ve iyileşme sağlama cesaretini, hatta talimatını verebilir. Hasta bunu yaparken toplum tarafından yüceltilen, ancak çoğu zaman da bağlı kalınmayan bir idealin gerçekleştirilmesinden vazgeçmiş olur. Böylelikle hasta, cinsel açıdan “hayatını yaşayarak” sağlıklı hale gelecektir. Genel ahlaka hizmet etmediği için bunun analitik tedaviye gölge düşürdüğü doğrudur. Bireye verilecek olan şeyler toplumdan alınacaktır.

Ama bayanlar ve baylar, size bu kadar yanlış bilgi veren kim? Bu, cinsel olarak “hayatını yaşama” tavsiyesi analitik terapide bir rol oynayabilir açıklaması değil. Bu, hastada libidinal bir itki ile cinsel bastırma arasında ve bedensel zevklere yönelme ile bunlardan feragat etme eğilimleri arasında inatçı bir çatışmanın vuku bulduğunu bizzat bizim ilan etmemizden de ileri gelmiyor. Bu çelişki, bu eğilimlerden birinin diğerine üstün gelmesine yardım etmemizle çözülmeyecektir. Nevrotik çileciliğin nevrotiklerde üstün geldiğini pek tabii görürüz. Bunun devamında, baskılanmış cinsel eğilim semptomlarda bir çıkış yolu bulur. Tam tersine bedensel zevklerin zaferini korumayı amaçlarsak, bir kenara konulan cinsel bastırmanın yerini semptomun alması gerekir. Bu iki alternatif kararın hiçbirini içsel çatışmayı sona erdiremez; her iki durumda da taraflardan biri tatminsiz kalacaktır. Doktorun taraf tutması gibi bir faktör tarafından son verilebilecek kadar istikrarsız bir çatışmaya sahip olan yalnızca birkaç vaka vardır ve bu tür vakalar aslında analitik tedaviye ihtiyaç duymazlar. Doktorun bu kadar etki edebileceği bir kişi, doktor olmadan da aynı çözümü bulabilir. Farkında

olmamız gerekir ki cinsel perhizdeki genç bir adam gayrimeşru bir cinsel ilişkiye girmeye karar verirse veya tatminsiz bir kadın başka bir erkekte bunun telafisini ararsa, çoğunlukla bir doktordan veya analistinden müsaade istemez.

Bu bağlamda insanlar genellikle tek bir temel noktayı gözden geçirir: Nevrotiklerdeki patojenik çatışma, aynı psikolojik zeminden yükselen ruhsal itkiler arasındaki normal mücadele ile birbirine karıştırılmamalıdır. İlk durumda anlaşmazlık iki güç arasındadır; bunlardan biri bilinçdışı aşamada tutulurken diğeri ön-bilinçli veya bilinçli olan aşamaya geçmiştir. Bundan dolayı çatışma sonuçlandırılmaz. Taraflar, iyi bilinen kutup ayısıyla balina fıkrasında olduğu gibi bir araya gelemez. Gerçek bir karara ancak ikisi de aynı zeminde bulunduğu varılabilir. Sanırım terapimizin yegâne görevi bunu mümkün kılmasıdır.

Dahası, hayatın içindeki meselelere dair verilen tavsiyelerin ve rehberliğin analitik etkide vazgeçilmez bir rol oynadığını düşünüyorsanız, sizi temin ederim ki size yanlış bilgi verilmiştir. Aksine, bunun gibi bir mentörlük rolünden mümkün olduğunca kaçınırsınız ve hastanın kendi kararlarını vermesinden fazlasını istemeyiz. Bu amaçla da hastadan meslek seçimi, ticari girişimler, evlilik/boşanma gibi hayati kararları tedavi süresince ertelemesini ve bunları tedavi bittiğinde uygulamaya koymasını isteriz. Bunların hayal ettiğinizden farklı olduğunu kabul edin. Sadece çok genç, oldukça çaresiz veya tutarsız bireyler söz konusu olduğunda rolümüzün bu sınırlarını kasıtlı olarak aşarız. Bu kişilerle çalışırken bir doktorun ve bir eğitimcinin rollerini birleştirmemiz gerekir. Ancak hal böyleyken sorumluluğumuzun tümüyle bilincindeyizdir ve gerekli özenle hareket ederiz.

Ancak, nevrotiklerin analitik tedavide hayatlarını yaşamaya teşvik edildiği suçlamasına karşı kendimi savunma hevesinden, onları toplumsal ahlak kurallarının lehine yönlendirdiğimiz sonucuna da varmamalısınız. Durum böyle olmaktan hayli uzaktır. Evet, bizler reformcu değiliz, yalnızca gözlemciyiz. Yine de eleştirel bir gözlem yapmaktan kaçınamayız ve geleneksel cinsel ahlakın tarafını tutmamız ya da toplumun cinsel yaşamın sorunlarıyla ilişkili giriştiği pratik düzenlemelere dair yüce bir fikir oluşturmamız imkânsızdır. Topluma, ahlak dedikleri şeyin ederinden daha fazla fedakârlığa mâl olduğunu ve onun ne dürüstlüğe dayandığını ne de bilgelige delâlet ettiğini düzgünce gösterebiliriz. Bu tür eleştirileri hastalarımızdan saklamayız ve onları cinsel konulara, diğer konulara olduğu gibi, önyargısız bir şekilde bakmaya alıştıırırız. Ve tedavilerini tamamlayıp bağımsız hale geldikten sonra, hayatı sonuna kadar yaşamakla mutlak çilecilik arasında bir orta yolu kendi kendilerine bulduklarında, seçimleri ne olursa olsun vicdanımız rahattır. Ahlaki standartları toplumunkilerden bazı açılardan farklı olsa da kendisini kendisiyle ilgili hakikate göre eğitmeyi başaran

herkesin, ahlaksızlık tehlikesine karşı kalıcı bir koruma altında olduğunu kendimize söyleyebiliriz. Ayrıca, nevrozlarda etkili olan yoksunluğun oynadığı rolün önemini abartmaktan kendimizi alıkoymalıyız. Sadece çok az sayıdaki vakada patojen hüsrân durumu ve onu takip eden libido tıkanıklığı az bir çabayla ulaşılabilecek türden bir cinsel ilişki sayesinde tamamen sona erer.

Dolayısıyla psikanalizin terapötik etkisini, cinselliği yaşamaya olanak sağlanması ile açıklayamazsınız. O zaman yönümüzü başka bir tarafa çevirmeliyiz. Sizin varsayımınızı reddederken ortaya attığım bir görüşün sizi doğru yola sokmasından memnunuz. Kuşku yok ki bizim faydalanacağımız şey, bilinçdışı olanın bilinçli olanla yer değiştirmesi, bilinçdışı olanın bilinçli olana tercüme edilmesi olmalıdır. Evet, işte bu! Bilinçdışı olanı bilinçli hale getirerek bastırmayı ortadan kaldırırız, semptomları oluşturan ön şartlardan kurtuluruz, patojen çatışmayı bir tür çözüm bulmanın mümkün olduğu normal bir çatışmaya çeviririz. Hastada meydana getirdiğimiz tek şey bu değişimdir: Bunda ne kadar ileri gidersek ettiğimiz yardım da o kadar ileri gider. Bastırmanın ya da benzer psikik süreçlerin olmadığı yerde bizim terapimizin de peşine düşeceği hiçbir şey yoktur.

Çabalarımızın hedeflediği şeyi farklı şekillerde formüle edebiliriz: bilinçdışı olanı bilinçli hale getirmek, bastırmaları kaldırmak, hafızadaki boşlukları doldurmak... Bunların hepsi aynı kapıya çıkar. Ama belki bu itiraf sizi tatmin etmeyecektir. Belki de nevrotik bir hastanın iyileşmesiyle ilgili farklı bir tabloyla karşılaşacağınızı, yani uzun saatler süren bir psikanalizden geçtikten sonra hastanın farklı birisi haline geleceğini hayal ediyordunuz. Fakat öyle görünüyor ki nihai sonuç, hastada önceki durumuna kıyasla bilinçdışı olan şeylerin daha az, bilinçli olan şeylerin ise daha çok olduğudur. Muhtemelen bu türde bir içsel değişimin önemini azımsıyorsunuz. Tedavi edilen nevrotik gerçekten de farklı birisi haline gelmiştir fakat temelde aynı kalmıştır. Yani en elverişli koşullar altında gelebileceği en iyi hale gelmiştir. Yine de bu çok önemli bir şeydir. Şimdi neler yapılması gerektiğini ve bir kişinin ruhsal yaşamında küçük bir değişim meydana getirmek için ne tür çabalar gerektiğini anlıyorsanız psikik düzeydeki bu değişikliğin önemini kavramaya başlayacağınıza şüphe yok.

Nedensel terapinin ne anlama geldiğini bilip bilmediğinizi sormak için konumuzdan bir anlığına uzaklaşacağım. Onu, hastalığın semptomlarını hedef tahtasına koymayan ancak *nedenlerini* ortadan kaldırmaya çalışan bir süreç olarak tanımlıyoruz. Öyleyse, bizim psikanalitik yöntemimiz nedensel bir terapi midir, değil midir? Bunun cevabı basit değil, yine de bize bu şekilde sorulan bir sorunun değersiz olduğunu fark etmemiz için bir fırsat verebilir. Analitik terapi, semptomları ortadan kaldırmayı ivedi görevi yapmadığı sürece, nedensel bir terapi gibi görünmektedir. Başka

bir açıdan, öyle değil de diyebilirsiniz. Oysa biz, bastırmalardan yola çıkarak dürtünün kökenlerine, onların nispi şiddetlerine ve gelişim süreçlerindeki sapmalarına değin nedensel zincirlerin izini çoktandır sürüyoruz. Şimdi, bazı kimyasal yollarla belki de bu mekanizmaya müdahale etmenin, belirli bir zamanda mevcut libido miktarını arttırmanın veya azaltmanın ya da bir dürtüyü diğeri pahasına güçlendirmenin mümkün olabileceğini varsayarsak bu, kelimenin gerçek anlamıyla nedensel bir terapi olurdu ve analizimizin bunun için hatırı sayılır miktarda bir ön keşif çalışması gerçekleştirmiş olduğunu öne sürebilirdik. Şu anda, bildiğiniz gibi, libidinal süreçlere etki etmenin böyle bir yöntemi söz konusu değil. Psikik terapimiz ile bu bağlantının farklı bir noktasını -tam olarak fenomenlerin kökeninde yer aldığını bildiğimiz noktaları olmasa da semptomlardan yeterince uzak ve dikkate değer koşullar sayesinde erişebildiğimiz noktaları- hedef alırlar.

O halde hastalarımızda bilinçdışı olanın yerine bilinçli olanı koymak için ne yapmalıyız? Bunun çok basit olduğunu düşündüğümüz bir zaman vardı: Bizim için gerekli olan, bu bilinçdışı malzemeyi keşfetmemiz ve onu hastaya iletmemizdi. Ama bunun öteyi görmemizi engelleyen bir hata olduğunu artık biliyoruz. Bilinçdışı hakkında *bizim* sahip olduğumuz bilgilerle *hastanın* sahip oldukları aynı değildir. Görüşlerimizi ona iletirsek bunları kendi bilinçdışı malzemelerinin *yerine* değil *yanına* koyar ve bu onda çok küçük bir değişim yaratır. Bu bilinçdışı malzemeyi *topografik* olarak takdim etmeyi tercih etmeliyiz; bilinçdışını, bastırma yoluyla nerede meydana geldiyse hafızasında da orada aramalıyız. Bastırmadan kurtulmak gerekir -bundan sonra bilinçli malzemenin bilinçdışının yerini alması sorunsuz bir şekilde gerçekleşebilir. Öyleyse bu tür bir bastırmayı nasıl kaldırabiliriz? Burada görevimizin ikinci aşamasına gelmiş oluruz: Önce bastırma aranır sonra ise bastırmayı sürdüren direnç ortadan kaldırılır.

Direnci nasıl ortadan kaldırırız? Aynı şekilde, yani onu keşfederek ve hastaya göstererek. Aslında direnç de daha önce ortaya çıkmış olan veya çözmeye uğraştığımız bir bastırmadan kaynaklanır. Onu oluşturan şey uygunsuz itkileri bastırmak için ortaya çıkan karşıt-yatırımdır. Anlayacağınız şimdi de başlangıçta yapmaya çalıştığımız şeyin aynısını yaparız: yorumla, keşfet ve ilet; fakat bunu şimdi doğru yerde yaparız. Karşıt-yatırım ya da direnç, bilinçdışına değil egoya [*das Ich*] ait parçalardır ve ego bilinçli olmak zorunda olmasa da bizim işbirlikçimizdir. Bildiğimiz üzere "bilinçdışı" sözcüğü burada iki anlamda kullanılır: bir fenomen olarak ve bir sistem olarak. Bu kulağa zor ve muğlak geliyor olabilir ama bunlar önceki paragraflarda söylediklerimizin bir tekrarı değil mi? Kendimizi buna uzun zamandır hazırlıyoruz. Yorumumuz sayesinde egonun onu tanıması mümkün hale geldiğinde bu

dirençten vazgeçilmesini ve karşıt-yatırımın geri çekilmesini bekleriz. Böyle bir durumda hangi itici güçlerle çalışırız? İlk olarak, hastanın ortak çalışmamızda bizimle yer almasına neden olan iyileşme arzusuyla, ikinci olarak ise yorumumuzla desteklediğimiz zekâsının yardımıyla. Eğer önceden ileriye yönelik uygun tasarıları vermişsek hastanın zekâsının direnci tanımayı ve bastırılana tercüme edilmiş şeyi bulmayı daha da kolaylaştıracağına şüphe yoktur. Size havaya bakıp herhangi bir şey görüp görmediğinizi sormak yerine “Havaya bak! Balon var!” dersem balonu çok daha rahat fark edersiniz. Aynı şekilde, mikroskoba ilk kez bakan bir öğrenciye öğretmeni yol gösterir, aksi takdirde baktığı şey mevcut ve görünür olsa bile öğrenci hiçbir şey göremez.

Ve işte gerçek! Sinir hastalıklarının tümünde -histeride, kaygı durumlarında, obsesyonel nevrozda- beklentimiz gerçekleşir. Bastırmayı bu şekilde arayarak, dirençleri açığa çıkararak, bastırılana işaret ederek görevimizi tamamlamakta -yani dirençlerin üstesinden gelmekte, bastırmayı kaldırmakta ve bilinçdışı malzemeyi bilinçli hale getirmekte- gerçekten başarılı oluruz. Bunu yaparken, hastanın ruhsallığında, her bir direncin üstesinden gelinmesi sırasında şiddetli bir çatışmanın nasıl da cereyan ettiğine ilişkin en net izlenimi ediniriz. Bu, karşıt-yatırıma ulaşmayı amaçlayan güdülerle ondan vazgeçmeye hazır olan güdüler arasındaki aynı psikolojik zeminde meydana gelen *normal* bir psikik çatışmadır. Bunların ilki geçmişte bastırmayı uygulayan eski güdülerdir, sonrakiler ise çatışmayı lehimize sonuçlandıracaklarını umduğumuz yenileridir. Bastırmaya yol açan eski çatışmayı tekrardan canlandırmayı ve o zaman kararlaştırılan süreci gözden geçirmeyi başarırız. Ürettiğimiz yeni malzeme ilk olarak önceki kararın hastalığa yol açtığının hatırlatılmasını ve farklı bir yolun iyileşmeye yol açacağı vaadini, ikinci olarak ise şu ilk reddetme anından bu yana tüm koşullarda meydana gelen muazzam değişimi içerir. O zamanlar ego zayıftır, çocuksudur ve belki de egonun libido taleplerini bir tehlike olarak görüp yasaklaması için haklı gerekçeleri vardır. Şimdiyse büyümüş ve tecrübe kazanmıştır, ayrıca doktor adında bir yardımcısı vardır. Artık, yeniden canlanan çatışmanın bastırmadan daha iyi bir sonuca ulaşmasını umabiliriz ve daha önce de söylediğim gibi, histeride, kaygı ve obsesyonel nevrozlardaki başarılarımız genel olarak haklı olduğumuzu kanıtlar.

Koşullar aynı olsa bile yine de terapötik prosedürümüzün asla başarılı olamadığı farklı hastalık türleri vardır. Onlarda da sorun yine aynı şekilde, egoyla libido arasındaki kökensel çatışmadır ve bu çatışma bastırmaya yol açar. Bu bastırma, farklı bir topografik tanımlamayı gerektirir: Onlarda da hastanın hayatında bastırmanın gerçekleştiği noktaların izini sürmek mümkündür; aynı prosedürü kullanır, aynı vaatleri verir ve ileriye yönelik tasarılar aracılığıyla aynı yardımı sunarız. Ve bir kez daha, bastırılanlarla günümüz arasında geçen zaman çatışmayı yeni bir sonuca götürür. Gene

de ne bir direnci kaldırabilir ne de bir bastırmadan kurtulabiliriz. Bu hastalar, yani paranoyaklar, melankolikler, dementia praecox'tan mustarip olanlar genel olarak etkilenmeden kalırlar ve psikanalitik terapi onlarda işlemez. Bunun nedeni ne olabilir? Zekâ kapasitelerindeki eksiklik olamaz. Hastalarımızda belli bir miktarda entelektüel kapasite olması elbette gereklidir ama örneğin son derece akıllı olan paranoyaklarda kesinlikle böyle bir eksiklik yoktur. Diğer güdülerin de yokluğunu hissetmeyiz. Paranoyakların aksine melankoliklerde yüksek düzeyde bir hasta olma ve bu yüzden bu kadar çok acı çekme bilinci vardır: Fakat bu onları bizim için daha erişilebilir kılmaz. Burada, anlamadığımız ve bu nedenle diğer nevrozlarda elde edeceğimiz olası başarılarımızın tüm belirleyicilerini sahiden anlayıp anlamadığımızdan şüphe duymamıza neden olan bir gerçekle karşı karşıyayızdır.

Sadece histeriklerimiz ve obsesyonel nevroitiklerimizle ilgilenmeye devam edersek, çok geçmeden hiç hazırlıklı olmadığımız ikinci bir gerçekle karşılaşırız. Çünkü bir süre sonra bu hastaların bize oldukça tuhaf davrandıklarını fark etmekten kendimizi alamayız. Tedavide ilgilendiğimiz tüm itici güçleri hesaba kattığımıza, hastayla aramızdaki durumu tamamen rasyonalize ettiğimize ve böylece onu aritmetik bir hesap gibi göreceğimize emindik fakat şimdi tüm bunlara rağmen hesaba katmadığımız bir şey kendini gösteriyor gibidir. Bu beklenmedik tuhafılık birçok biçim alabilir ve size bunların görüldüğü biçimlerin daha yaygın ve daha kolay anlaşılır olanını anlatarak başlayacağım.

Rahatsızlık duyduğu çatışmaya bir çözüm bulmaya çalışmaktan başka bir şey istemeyeceğini düşündüğümüz hastanın, doktorun şahsına özel bir ilgi duymaya başladığını çok geçmeden fark ederiz. Doktorla ilgili görünen her şey ona kendi ilişkilerinden daha önemli gelmeye ve onu kendi hastalığından uzaklaştırmaya başlar. Bu yüzden bir süre için doktorla olan ilişkileri iyi bir hal alır; bilhassa itaatkârdır, mümkün olan her yerde doktoruna minnettarlığını göstermeye çalışır, onda bulmayı belki de beklemeyeceğimiz incelikleri ve erdemleri gözler önüne serer. Bunun üzerine doktor da hasta hakkında olumlu bir kanaat oluşturur ve böylesine değerli bir şahsiyete yardım etmesine müsaade eden talihine minnettar olur. Doktor, hastanın yakınlarıyla konuşma fırsatı bulursa, duyguların karşılıklı olduğunu memnuniyetle öğrenir. Hasta evinde doktoru övmekten ve ondaki yeni nitelikleri sürekli olarak göklere çıkarmaktan asla yorulmaz. Akrabaları, "Size gelme konusunda çok hevesli," "Size gözü kapalı güveniyor; söylediğiniz her şey onun için bir vahiy gibi" der. Bazen bu koro-daki bir kişinin daha keskin gözleri ve kulakları vardır ve şöyle der: "Sizden başka bir şeyden bahsetmemesi ve dudaklarından sürekli sizin adınızın dökülmesi sıkıcı hale gelmeye başladı."

Doktorun, hastasının onun hakkındaki olumlu görüşünü, hastada uyandırabil-
diği umutlara ve tedavinin beraberinde getirdiği şaşırtıcı ve özgürleştirici açılımların
hastanın entelektüel ufkunu genişletmesine bağlayacak kadar mütevazı olduğunu
umalım. Bu koşullar altında analizde de fevkalade bir ilerleme olur. Hasta kendisine
yapılan yorumu anlar ve kendini tedavinin yüklediği görevlere kaptırır; anı ve çağrı-
şım malzemelerinin akınına uğrar ve yorumlarının kesinliği ve isabeti ile doktorunu
şaşırtır. Hastanın, dış dünyadaki sağlıklı insanların sert bir dille karşı koyacağı psiko-
lojik tuhafıkları kolayca kabul etmeye hazır biri olduğu doktor tarafından memnu-
niyetle not edilir. Ayrıca, analiz çalışması sırasında hâkim olan bu ittifak atmosferine
hastanın hastalığının tüm cephelerinde fark edilen nesnel bir iyileşme de eşlik eder.

Fakat bu güzel hava sonsuza dek sürmez, bir süre sonra gölgelenir. Tedavide
güçlükler ortaya çıkmaya başlar ve hastalar artık hiçbir çağrışım yapamadıklarını id-
dia eder. Aklından geçen her şeyi söylemesi ve bunu yaparken herhangi bir eleştirel
engele takılmaması için kendisine verilen talimatları içten bir şekilde göz ardı etti-
ğine ve çalışmaya dair ilgisini artık tükettiğine dair net bir izlenim verir. Tedavide
değilmiş gibi ve doktorla bir anlaşma yapmamış gibi davranır. Bir şeyle meşgul ol-
duğu aşıkârdır fakat bunu kendisine saklar. Bu tedavi için tehlikeli bir durumdur.
Çetin bir dirençle karşı karşıya olduğumuz kesindir. Öyleyse bu duruma sebep ola-
cak bir şey mi olmuştur?

Durumu bir kez daha netleştirirsek, sorunun hastanın doktora aktardığı yoğun
hisler ve sevgiden kaynaklandığını görürüz. Bu yoğun hisler ve sevgi, doktorun dav-
ranışlarıyla ya da tedavi sürecinde ortaya çıkan bir durumla açıklanamaz. Bu sevgi-
nin ifade ediliş biçimi ve neyi amaçladığı, elbette söz konusu iki kişi arasındaki kişisel
ilişkiyle ilgilidir. Eğer bu ikili, genç bir kız ve genç bir erkekten oluşuyorsa normal bir
âşık olma durumunun söz konusu olduğu izlenimini ediniriz. Bir genç kızın, birlikte
bolca yalnız zaman geçirdiği, onunla mahrem şeylerden konuşabildiği ve ona yardım
eden daha üst konumdaki bir kişi olma avantajı ile hayatına girmiş olan bir erkeğe
âşık olması anlaşılabilir bir durumdur. Ancak, nevrotik bir genç kızın âşık olma ka-
pasitesinde bir arıza beklememiz gerektiğini muhtemelen gözden kaçıırız. Doktor
ve hasta arasındaki kişisel ilişkiler bu varsayılan durumdan ne kadar çok uzaklaşırsa,
aynı duygusal ilişkinin her nasılsa sürekli olarak yeniden ve yeniden üretildiğini gör-
mek bizi o kadar çok şaşırtacaktır. Evliliğinden mutsuz olan bir kadının, henüz evli
olmayan bir doktora karşı ciddi bir tutkuya kapılmış gibi görünmesi, onunla bir-
likte olmak için boşanmaya hazır olması veya sosyal engellerin mevcut olduğu du-
rumlarda bile onunla gizli bir *ilişkiye* girmekten çekinmemesi işte bundan ileri ge-
lir. Böyle şeyler psikanalizin dışında da pekâlâ gerçekleşebilir. Fakat bu koşullarda

hem genç kızların hem de evli kadınların terapötik soruna karşı takındıkları özgün bir tutuma tanıklık eden beyanlarını duymak bizi şaşırtır: Onları iyileştirebilecek tek şeyin aşk olduğunu daima bildiklerini söylerler ve tedavinin başlangıcından itibaren, bu ilişki aracılığıyla, hayatın şimdiye dek onlardan esirgediği şeyin en sonunda kendilerine bahşedileceğini umarlar. Tedavideki birçok soruna göğüs germelerini ve düşüncelerini iletmedeki tüm zorlukların üstesinden gelmelerini sağlayan şey sadece bu umuttur. Biz kendi adımıza şunu ekleyebiliriz: Başka türlü inanması çok zor olan her şeyi bu kadar kolay anlamalarını sağlayan şey de bu umuttur. Ama bu tür bir kabul bizi şaşırtır; bütün hesaplarımızı boşa çıkarır. En önemli öğeyi hesaba katmamış olabilir miyiz?

Ve gerçekten de deneyimimizde ne kadar ileri gidersek, bilimselliğimiz için utanç verici olan bu düzeltmeyi yapmaya o kadar az direnebiliriz. İlk birkaç durumda, belki de analitik tedavinin karşı karşıya olduğu sorunun tesadüfi bir olaydan, yani analitik tedavinin amaçlamadığı ve yol açmadığı bir olaydan kaynaklandığını düşünebiliriz. Ancak, hastanın doktoruna olan bu sevgi bağı her yeni vakada düzenli olarak yinelenildiğinde, en elverişsiz koşullarda ve en grotesk aykırılıkların olduğu durumlarda, hatta bize göre hiçbir cazibe uyandırmayan ihtiyar adamlarla ve yaşlı kadınlarla bile tekrar tekrar ortaya çıktığında, bunun rahatsız edici bir rastlantı olduğu fikrinden vazgeçmemiz ve hastalığın doğasıyla içkin bir şekilde bağlantılı bir fenomenle karşı karşıya olduğumuzu kabul etmemiz gerekir.

İstemeye istemeye kabul ettiğimiz bu yeni olguyu *aktarım* olarak adlandırmaktayız. Bundan kastımız duyguların doktorun şahsına aktarılmasıdır çünkü tedavideki durumun bu tür duyguların gelişimini haklı çıkarabileceğine inanmıyoruz. Tam tersine, bu duygulara yatkınlığın başka bir yerden kaynaklandığından, bunların hastada önceden var olduğundan ve analitik tedavinin sunduğu fırsatla doktorun şahsına aktarıldığından şüpheleniyoruz. Aktarım, tutkulu bir aşk talebi olarak ya da daha mutedil biçimlerde ortaya çıkabilir; genç bir kızla yaşlı bir adam söz konusu olduğunda, genç kızın sevilme isteğinin yerine adamın favori kız evladı olarak kabul edilme isteği geçebilir. Libidinal arzu, yakın ama ideal olarak şehvetli olmayan bir dostluk önerisine dönüştürülebilir. Bazı kadınlar, bir tür var olma becerisi kazanana kadar aktarımı yüceltmeyi ve onu biçimlendirmeyi başarır, diğerlerinin ise onu çiğ, ilksel ve çoğunlukla imkânsız biçimiyle ifade etmekten başka bir şansı yoktur. Fakat bunlar özünde hep aynıdır ve aynı kaynaktan köken aldıklarına şüphe yoktur.

Bu yeni aktarım olgusunu nerede konumlandırmak istediğimizi sorgulamadan önce onu tanımlamayı bitireceğim. Hasta erkek olduğunda ne olur? Bu durumda en azından cinsiyet farkının ve cinsel çekiciliğin işleri karıştırmasından kurtulmak

umulabilir mi? Ancak cevabımız, kadınların durumundaki yanıtla hemen hemen aynı olmalıdır: doktorla olan aynı bağ, doktorun niteliklerine aynı aşırı değer biçme, onun ilgileriyle aynı şekilde meşgul olma, gerçek hayatta ona yakın olan herkese duyulan aynı kıskançlık. Erkek erkeğe ilişkilenmelerde aktarımın yüceltilmiş biçimlerine daha sık rastlanır; doğrudan cinsel talepler daha nadir görülür, dürtü bileşenlerinin diğer kullanımları karşısında açık eşcinsellik geri çekilir. Doktor, erkek hastalarda, yine kadınlardan daha sık olarak, ilk bakışta önceki tüm tanımlarımızla çelişiyor gibi görünen bir aktarım biçimiyle karşılaşır: düşmanca veya *negatif* aktarım.

Tedavinin başlangıcından itibaren hastada aktarımın mevcut olduğunu ve bir süreliğine bunun çalışmanın en güçlü saiki olduğunu açıkça belirterek başlamam gerekiyor. Müşterek analiz çalışmamız lehinde işlediği sürece aktarımın herhangi bir izini görmeyiz ve onunla ilgilenmemize gerek kalmaz. Sonrasında bir dirence dönüşürse dikkatimizi ona vermeli ve tedaviyle ilişkisinin iki farklı ve karşıt koşulda değiştiğinin farkında olmalıyız: İlk olarak, bu sevgi dolu eğilim çok güçlendiğinde ve kendine karşı bir mukavemete yol açmasını gerektirecek kadar açık bir şekilde cinsel bir ihtiyaçla ilişkili kökeninin işaretlerini ele verdiğinde ve ikinci olarak ise sevgi dolu değil de düşmanca itkilerden oluştuğunda. Düşmanca duygular, genelde, sevgi dolu olanlardan daha sonra ortaya çıkar ve onların ardına gizlenir. Bunların eşzamanlı mevcudiyeti diğer insanlarla olan yakın ilişkilerimizin çoğuna hâkim olan duygusal ikircikliğe dair net bir tablo sunar. Sevgi dolu olanlar kadar düşmanca olanlar da duygusal bir bağın göstergesidir: Bu durum önünde bir “artı” işareti yerine bir “eksi” olsa da karşı koymanın da itaat etmek gibi bir bağımlılığı ifade etmesine benzer. Doktora yönelik düşmanca duyguların bir “aktarım” olarak adlandırılmayı hak ettiğinden şüphemiz yoktur çünkü tedavideki durum kesinlikle bunların ortaya çıkması için yeterli bir gerekçe sunmamaktadır; negatif aktarıma ilişkin bu zaruri görüş, bu nedenle, olumlu ya da sevgi dolu olana ilişkin yargımızın yanlış olmadığına dair bize bir teminat verir.

Aktarımın nereden köken aldığı, bizim için ne güçlükler doğurduğu, üstesinden nasıl gelineceği ve ondan hangi faydaları sağladığımıza dair sorular analize ilişkin teknik bir kılavuzda tüm detaylarıyla ele alınabilecek konulardır. Ben ise bugün bunlara sadece değineceğim. Hastanın aktarımdan kaynaklanan taleplerine teslim olmamız söz konusu değildir; onları dostça olmayan, hatta daha da öfkeli bir şekilde reddetmemiz de saçma olur. Hastaya, duygularının mevcut durumdan kaynaklanmadığını ve doktorun şahsını hedef almadığını, ancak daha önce başına gelen bir şeyi tekrar ettiğini belirterek aktarımın üstesinden geliriz. Böylece onu, tekrar ettiği şeyi bir anıya döndürmeye mecbur bırakırız. Bu yolla ister sevgi dolu ister düşmanca

olsun her durumda tedaviye en büyük tehdidi oluşturuyor gibi görünen aktarım, ruhsal yaşamın en gizli bölmelerini açmaya yardım edecek en uygun araç haline gelir.

Ancak, bu beklenmedik fenomenin ortaya çıkmasıyla ilgili şaşkınlığınızı gidermek için size birkaç şey söylemek istiyorum. Analize aldığımız hastanın hastalığının nihayete ermiş ve katılaştırmış olmadığını, canlı bir organizma gibi büyümeye ve gelişmeye devam ettiğini unutmamalıyız. Tedavinin başlaması bu gelişimi sona erdirmez ancak tedavi hasta üzerinde hâkimiyet kazandığında bunun sonucu hastalığın tüm yeni üretimlerinin tek bir noktada, yani hastanın doktorla ilişkisi üzerinde yoğunlaşması olur. Bu açıdan aktarım, gövde ile ağaç kabuğu arasında bulunan, yeni doku oluşumunu ve gövde çapının artışı sağlayan kambiyum tabakasıyla karşılaştırılabilir. Aktarım bu önem düzeyine ulaştığında, hastanın anıları üzerinde yapılan çalışmalar geri planda kalır. Bundan sonra hastanın önceki hastalığıyla değil eskinin yerini almış, yeni yaratılmış ve dönüştürülmüş bir nevrozla ilgilendiğimizi söylemek yanlış olmaz. Eski marazi durumun bu yeni versiyonunu en başından beri izler, oluşumunu ve büyümesini gözlemleriz. Nesnesi olarak tam merkezinde yer aldığımız için onun içinde ekseriyetle bulunuruz. Hastanın tüm semptomları orijinal anlamlarını terk etmiş ve aktarımla ilişkide olan yeni bir anlam kazanmıştır. Veyahut da sadece bu tür bir dönüşüme uğrayabilmiş olan birtakım semptomlar kalıcı olmuştur. Ancak, bu yeni ve yapay nevrozun üstesinden gelmek, başlangıçta tedaviye getirilen hastalıktan kurtulmakla, yani terapötik görevimizin başarıya ulaşmasıyla örtüşür. Doktorla olan ilişkisinde bastırılmış dürtü itkilerinin etkisinden özgürleşen ve normal hale gelen bir kişi, doktor denkleminden çıktıktan sonra da kendi yaşamında öyle kalacaktır.

Haklı olarak “aktarım nevrozları” olarak sınıflandırılan histeri, kaygı histerisi ve obsesyonel nevrozda aktarım, olağanüstü ve tedavi açısından kesinlikle merkezi olan bir öneme sahiptir. Analitik çalışmadan aktarım gerçeğine dair güçlü bir izlenim edinmiş olan hiç kimse, bu nevrozların semptomlarında ifade bulan bastırılmış dürtülerin doğasından artık şüphe duymayacak ve libidinal doğalarına dair daha güçlü bir kanıt aramayacaktır. Semptomların libidonun ikame tatminleri olduğuna dair inancımızın, ancak aktarımın kaydedilmesinden sonra nihai bir doğrulama kazandığı söylenebilir.

Terapötik sürece ilişkin önceki dinamik açıklamamızı geliştirmek ve onu yeni farkındalığımızla uyumlu hale getirmek için artık her türlü nedenimiz var. Eğer hasta, analizde ortaya çıkardığımız dirençlerle olan normal çatışma içinde mücadelesine devam edecekse, bizim arzuladığımız anlamda kararı etkileyecek ve iyileşmeye yol açacak güçlü bir teşvike ihtiyacı vardır. Aksi takdirde, önceki sonucu tekrarlamayı tercih edebilir ve bilince getirilen şeyi tekrar bastırmaya razı olabilirdi. Bu muharebede

ağır basan, böyle bir başarı için ne yeterince güçlü ne de yeterince özgür olan entelektüel içgörüsü değil, yalnızca doktorla olan ilişkisidir. Aktarım olumluya işaret ettiği ölçüde hasta doktoru otorite ile donatır ve onun ilettiklerine ve açıklamalarına dair bir inanç içinde döner. Böyle bir aktarımın yokluğunda veya negatif aktarımda ise hasta doktora ve onun argümanlarına asla kulak vermez. Böylelikle inanç kendi oluşum tarihçesini tekrarlar; bu inanç aşkın bir türevidir ve başlangıçta hiçbir argümana ihtiyaç duymamıştır. Ancak daha sonra sevdiği biri tarafından ileri sürülenleri koşuluyla bunları inceleme imkânı doğacaktır. Bu tür destekler olmadan argümanlar hiçbir ağırlık taşımaz ve çoğu insanın hayatında bu hiçbir zaman olmaz. Bu nedenle nesnelere libidinal yatırım yapabildiği sürece genel olarak bir insana yalnızca entelektüel yönden de erişilebilir ve onun narsisizminin derecesine bağlı olarak en iyi analitik teknikten bile etkilenme olasılığına karşı bir engelin olabileceğini kabul etmek ve bundan korkmak için geçerli nedenlerimiz vardır.

Libidinal nesne yatırımlarını insanlara yöneltme kapasitesi elbette her normal insanda vardır. Bahsi geçen nevrotiklerin aktarım eğilimi, bu evrensel özellikteki olağanüstü bir artıştan başka bir şey değildir. Bu kadar yaygın ve önemli bir insan özelliğinin hiç fark edilmemiş veya takdir edilmemiş olması gerçekten çok garip olurdu. Lakin aslında edilmiştir. Bernheim, isabetli bir tespitle hipnoz fenomeni teorisini herkesin bir şekilde “telkin edilebilir” olduğu tezine dayandırmıştı. Onun telkin edilebilirlik dediği şey, biraz fazla dar bir şekilde düşünülen aktarım eğiliminden başka bir şey değildi ve negatif aktarımı içermiyordu. Ancak Bernheim, telkinin gerçekte ne olduğunu ve nasıl ortaya çıktığını asla söyleyemedi. Onun için bu, kökenine ışık tutamadığı temel bir gerçektir. “Telkin edilebilirliğin” cinselliğe, libido aktivitesine bağlı olduğunu bilmiyordu. Ve tekniğimizde hipnozdan vazgeçme nedenimizin yalnızca telkini aktarım biçiminde yeniden keşfetmek olduğunu anlamamız gerekiyor.

Ama burada durayım ve sözü size vereyim çünkü içinde o kadar şiddetli bir şekilde kaynayan bir itiraz görüyorum ki kelimelere dökülmezse sizi dinleyemez hale getirecek: “Ah! Yani sonunda kabul ettiniz! Siz de tıpkı hipnozcular gibi telkin yardımıyla çalışıyorsunuz! Uzun zamandır düşündüğümüz şey buydu. Ama eğer öyleyse, geçmişin anıları yoluyla dolambaçlı yollara girmek, bilinçdışını keşfetmek, çarpıklıkları yorumlamak ve anlaşılır hale getirmek neden? Sonuçta etkili olan tek şey telkin iken bu harcanan muazzam emek, zaman ve para neden? Neden diğerlerinin -dürüst hipnozcuların- yaptığı gibi semptomlara ilişkin doğrudan bir telkinde bulunmuyorsunuz? Ayrıca, telkinin doğrudan ulaşamadığı bir dizi önemli psikolojik keşif yaptığınızdan ötürü uzun ve dolambaçlı yollara girdiğinizi iddia edip kendinizi mazur göstermeye çalışacaksınız, bu keşiflerin güvenilirliğine ne olacak? Onlar

da telkinlerin, kasıtsız telkinlerin sonucu değil mi? Bu alanda da hastaya istediğinizi ve size doğru görüneni dayatmış olmuyor musunuz?”

Bu konuda yüzüme vurduğunuz şeyler alışılmadık derecede ilginç ve cevaplanması gerekiyor. Ama bugün bunu yapamam. Zira vaktim yok. O zaman cevap bir sonraki toplantımıza kaldı. Ama göreceksiniz, buna cevap vereceğim fakat bugün başladığım şeyi bitirmem gerekiyor. Aktarım olgusunun yardımıyla, narsisistik nevrozlarda terapötik çabalarımızın neden başarılı olmadığını anlamanızı sağlayacağım söz verdim.

Bunu birkaç cümleyle yapabilirim. Bilmecenin ne kadar basit bir şekilde çözülebileceğini ve her şeyin birbirine ne kadar iyi uyduğunu göreceksiniz. Gözlemler, narsisistik nevrozlu kişilerin aktarım için kapasitelerinin olmadığını ya da yalnızca aktarımın yetersiz kalıntılarına sahip olduklarını gösterir. Doktoru düşmanlıkla değil, kayıtsızlıkla reddederler. Bu nedenle doktordan da etkilenmezler; doktorun söyledikleri onlara tesir etmez, onlarda hiçbir etki bırakmaz; sonuç olarak, diğer insanlarla yürüttüğümüz tedavi mekanizması -patojen çatışmanın yeniden canlandırılması ve bastırmadan kaynaklanan direncin üstesinden gelinmesi- onlarda işlemez. Oldukları gibi kalırlar. Çoğu zaman, kendi başlarına iyileşme girişimlerinde bulunmuş fakat patolojik sonuçlar almışlardır. Bunu biz de hiçbir şekilde değiştiremeyiz.

Klinik izlenimlerimize dayanarak, bu hastalarda nesne yatırımlarından vazgeçilmiş olduğunu ve nesne libidolarının ego libidolarına dönüşmüş olması gerektiğini savunduk. Bu özellikleri sayesinde onları ilk nevrotik gruptan (histeri, kaygı histerisi ve obsesyonel nevrozdan muzdarip kişilerden) ayrı tuttuk. Bu şüphe, şimdi terapi girişimlerimizdeki davranışlarıyla doğrulanmaktadır. Hiçbir aktarım emaresi göstermezler; bu nedenle çabalarımız onlara erişemez ve bizim tarafımızdan iyileştirilemezler.

Çeviren: Oğuzhan Nacak

Haz İlkesinin Ötesinde

(1920g)

3. Bölüm

Tekrarlama Zorlantısı ve Aktarım Nevrozları

Yirmi beş yıllık yoğun çalışmanın sonucunda psikanalizin mevcut hedefleri başlangıçta olduğundan oldukça farklı hale geldi. İlk başta, analiz yapan doktor hastanın erişimine kapalı olan bilinçdışı malzemeyi keşfetmekten, malzemeyi bir araya getirmekten ve doğru zamanda ona iletmekten fazlasını yapamıyordu. Psikanaliz o zamanlar her şeyden önce bir yorumlama sanatıydı. Bu, terapötik sorunları çözmediği için hemen başka bir hedef ortaya çıktı: hastayı kendi anılarına dayanarak analistin inşalarını doğrulamaya mecbur bırakmak. Bu çabada esas vurgu hastanın dirençlerindeydi: Sanat artık bunları hızlıca ortadan kaldırmayı, hastaya göstermeyi ve hastayı etki altına alarak -ki aktarım olarak işlev gören telkinin rolü buydu- bu dirençleri terk etmesi için onu harekete geçirmeyi içeriyordu.

Fakat zaman içerisinde anlaşıldı ki ortaya konulan bu hedefe, yani bilinçdışı olanın bilinçli hale getirilmesine bu yöntemle de tam anlamıyla ulaşmak mümkün değil. Hasta bastırdıklarının tümünü hatırlayamaz ve hatırlayamadığı bu şey bastırılanın muhtemelen temel bir parçasıdır. Bu yüzden kendisine iletilen inşanın doğruluğuna ikna olmaz. Bilakis, bastırılan malzemeyi, doktorun görmek isteyeceği gibi, geçmişe ait bir şey olarak *hatırlamak* yerine günümüze ait bir deneyimmiş gibi *tekrar etmeye* mecbur kalır.¹ Böylesine istenmeyen bir kesinlikle ortaya çıkan bu yeniden üretimlerin konusu her zaman çocukluk çağı cinsel yaşamının, dolayısıyla Oidipus

1 *Hatırlama, Tekrarlama ve Derinlemesine Çalışma* metnime bakınız.

kompleksi ve bu kompleksin yan ürünlerinin bir parçasıdır. Bunlar aktarım alanında, yani hastanın doktorla olan ilişkisinde sürekli olarak sahneye konur. İşler tedavide bu aşamaya ulaştığında, daha önceki nevrozun yerini yeni bir “aktarım nevrozuna” bıraktığı söylenebilir. Bu aktarım nevrozunu en dar sınırlar içinde tutmak doktorun çabasına bağlıdır. Doktor, tekrarlamının ortaya çıkmasına mümkün olduğunca az izin vermeye ve hastayı anılarına doğru yönlendirmeye gayret eder. Hatırlanan ve bastırılan malzemenin oranı vakadan vakaya değişir. Doktor, genellikle hastasını tedavinin bu aşamasından muaf tutamaz: Hastanın, hayatının unutmış olduğu belli bir bölümünü yeniden yaşamasına izin vermeli ancak diğer yandan, hastanın gerçeklik olarak görünen şeyin aslında unutulmuş olan geçmişin bir yansıması olduğunu fark etmesini sağlayacak bir mesafeyi sürdürmesinden de sorumlu olmalıdır. Eğer bu başarılırsa hastanın ikna olması ve buna bağlı olan terapötik başarı sağlanabilir.

Nevrotiklerin psikanalitik tedavisi sırasında ortaya çıkan bu “*tekrarlama zorlantısı*” anlamayı kolaylaştırmak için her şeyden önce dirençlerle olan mücadeleimizde uğraştığımız şeyin “bilinçdışı” direnç olduğu şeklindeki yanlış fikirden tamamiyle kurtulmamız gereklidir. Bilinçdışı, yani bastırılan, tedavi çabalarına hiçbir direnç göstermez. Bilinçdışının, üzerindeki baskıyı aşmaktan ve bilince ya da gerçek bir eylemle tahliye olmaya doğru yol almaktan başka bir çabası yoktur. Tedavi sırasındaki direnç, ruhsal yaşamın evvelden de bastırmayı uygulamış olan üst katmanlarından ve sistemlerinden doğar. Ancak deneyimlerimizden bildiğimiz gibi, dirençlerin güdülerinin ve daha doğrusu dirençlerin kendilerinin tedavi sırasında ilk başta bilinçdışı olmaları, terminolojimizdeki bir kusuru düzeltmemiz gerektiğine dair bize bir ipucu verir. Karşıtlığı bilinç ve bilinçdışı arasında değil de tutarlı *ego* ve *bastırılan* arasında kurarsak eksik olan netliğe kavuşmuş oluruz. Egonun büyük bir kısmının, özellikle onun çekirdeği olarak tanımlayabileceğimiz kısmının bilinçdışı olduğu kesindir; sadece küçük bir kısmı *önbilinçlidir*.

Bütünüyle tanımlayıcı bir terminolojinin yerine sistematik ve dinamik olanı koyduğumuzda, hastanın dirençlerinin egodan kaynaklandığını ve tekrarlama zorlantısının bilinçdışı bastırılana atfedilmesi gerektiğini hemen anlarız. Muhtemeldir ki zorlantı kendisini, uygun tedavi çalışması bastırmayı gevşetene değin ifade edemezdi.²

Bilinçli ve önbilinçli egonun direncinin haz ilkesinin hükmünde işlediğine dair bir şüphe yoktur: Bu direnç, bastırılanın özgürleşmesinin ürettiği hoşnutsuzluktan

2 Başka yerde de tekrarlama zorlantısına yardımcı bulunan etkenin tedavideki “telkin” olduğunu müdafaa etmişim. Bundan kastım, hastanın doktora teslimiyetidir ki bu da köklerini derinlerdeki bilinçdışı ebeveyn kompleksinden alır.

kaçınmayı amaçlar. Bizim çabalarımız ise gerçeklik ilkesine başvurarak bu hoşnutsuzluğu telafi etmeye yöneliktir. Peki, tekrarlama zorlantısının -bastırılanın gücünün tezahürünün- haz ilkesiyle nasıl bir ilişkisi vardır? Tekrarlama zorlantısının hükmünde yeniden deneyimlenen şeylerin büyük bir kısmının, bastırılmış dürtü itkilerinin aktivitelerini ortaya çıkardığından ötürü, ego için bir hoşnutsuzluk yaratması gerektiği açıktır. Bu önceden ele aldığımız bir hoşnutsuzluktur ve haz ilkesiyle çelişmez: Bir sistem için hoşnutsuzluk olan şey aynı anda bir diğeri için doyum sağlar. Fakat şimdi yeni ve dikkate değer bir olguyla karşı karşıyayız: Tekrarlama zorlantısı bir de hiçbir haz verme olasılığı içermeyen, keza eskiden de doyum vermemiş ve hatta bu zamana değin bastırılmış dürtü itkilerinden de tatmin sağlamamış bu tür geçmiş yaşıntıları tekrardan geri getirir.

Çocukluk çağı cinsel yaşamının erken döneminde görülen yeşermenin kadelerini çocuğun istekleri ile gerçeklik ve çocuğun eriştiği yetersiz gelişim evresi arasındaki uyumsuzluk tayin eder. Bu yeşerme en üzücü koşullarda ve en acı duyguların eşliğinde sona erer. Sevgi kaybı ve başarısızlık, kendilik hissinde narsisist bir yara izi şeklinde kalıcı bir hasar bırakır. Marcinowski'nin (1918) ve benim görüşlerimize göre bu, nevrotiklerde oldukça yaygın olan "aşâğılık duygusuna" diğer her şeyden daha fazla katkı yapar. Çocuğun fiziksel gelişimi tarafından bir sınır getirilmiş olan cinsel araştırmaları, tatmin edici bir sonuca ulaşmaz ve bunun sonucunda şu şikâyetler gelir: "Hiçbir şeyi nihayetine erdiremiyorum; hiçbir şeyi başaramıyorum." Çocuğu çoğunlukla karşı cinsten ebeveyne bağlayan şefkat bağı hayal kırıklığına, boş bir doyum beklentisine veya çocuğun sevgilisinin sadakatsiz olduğunun açık bir kanıtı olan yeni bir bebeğin doğumu nedeniyle ortaya çıkan kıskançlığa yenik düşer. Trajik bir ciddiyetle kalkıştığı çocuk yapma girişimi utanç verici bir şekilde başarısız olur. Karşılaştığı azalan şefkat, eğitimin artan talepleri, sert sözler ve ara sıra verilen cezalar... En sonunda tüm bunlar ona ne kadar da *hor görüldüğünü* tüm açıklığıyla gösterir. Bunlar çocukluk çağına özgü sevginin sona erişinin sürekli tekerrür eden tipik örnekleridir.

Nevrotikler tüm bu istenmeyen durumları ve acı verici duyguları aktarımda tekrar ederler ve onları büyük bir beceriyle yeniden sahnelerler. Tedaviyi, henüz sonlanmadığı halde sekteye uğratmaya çalışırlar: Bir kez daha kendilerini aşâğılanmış hissetmenin, doktoru kendileriyle sert bir şekilde konuşmaya ve kendilerine karşı soğuk davranmaya mecbur bırakmanın, kıskançlıkları için uygun nesneler keşfetmenin bir yolunu bulurlar. Çocukluklarında tutkuyla arzuladıkları bebeğin yerine bundan daha gerçekçi olmayan büyük bir hediyenin niyetini ya da vaadini koyarlar. Bunların hiçbirisi geçmişte haz üretmiş olamaz. Güncel deneyimler biçimini almak yerine anılar ya da rüyalar olarak ortaya çıkarlarsa günümüzde daha az hoşnutsuzluğa neden

olabilecekleri varsayılabilir. Bunlar, tabii ki, doyumu hedefleyen dürtülerin aktivite-leridir fakat eski deneyimlerden çıkarılan tek ders bu aktivitelerin sadece hoşnutsuzluk yarattığıdır. Buna rağmen zorlantının baskısıyla tekrar edilirler.

Psikanalizin nevrotik aktarım fenomenlerinde ortaya çıkardığı şeyler nevrotik olmayan insanlarda da gözlemlenebilir. Bu kişiler, kendilerini kötü bir kader izliyor-muş ya da “şeytani” bir güç tarafından ele geçirilmiş gibi bir izlenim verirler. Fakat psikanaliz her zaman böylesi bir kaderin çoğunlukla o kişilerin kendileri tarafından hazırlandığı ve erken çocukluğun etkisiyle belirlendiği görüşünü benimsemiştir. Bu-rada karşımıza çıkan zorlanti, nevrotiklerde bulduğumuz tekrarlama zorlantisından farklı değildir. Yine de bu kişilerin semptom üreterek nevrotik bir çatışmayı çözmeye çalıştıklarına dair hiçbir işaret yoktur. İnsanlarla olan ilişkilerinde her seferinde aynı sonuca ulaşan kişiler vardır: birbirlerinden ne kadar farklı olurlarsa olsunlar her bir *protégés* tarafından bir süre sonra öfkeyle terk edilen ve bu nedenle nankörlüğün tüm acısını tatmaya mahkûm görünen hayırseverler, tüm arkadaşları tarafından ihanete uğrayan adamlar, hayatı boyunca defalarca bir başkasını kendisi veya kamu için yüce bir otorite konumuna yükselten ve belirli bir süre sonra bu otoriteyi alt üst edip onu yenisiyle değiştiren diğerleri, kadınlarla olan tüm aşk ilişkileri aynı evrelerden geçen ve aynı sonuca ulaşan âşıklar... Bu “aynı şeyin sonsuz tekerrürü” ilgili kişinin *aktif* davranışıyla alakalı olduğunda ve o kişide her zaman aynı kalan ve aynı deneyimlerin tekrarında ifade bulmaya zorlanan temel bir karakter özelliği ayırt edilebildiğinde, bu durum bizi hiç şaşırtmaz. Öznenin, üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı aynı ka-derle tekrar tekrar karşılaşmasını içeren *pasif* bir deneyime sahip gibi görüldüğü du-rumlardan ise daha çok etkileniriz. Peş peşe üç evlilik yapan ve evlendiği adamların her biri evlendikten kısa süre sonra hastalandığı için ölüm döşeginde onlara bakmak zorunda kalan kadını örnek verebiliriz.³ Böyle bir kaderin dokunaklı bir resmedili-şini Tasso'nun romantik destanı *Gerusalemme Liberata*'da bulabilirsiniz. Bu romanın kahramanı olan Tancred düşman şövalyenin zırhını giymiş olan sevgilisi Clorinda'yı bir düelloda bilmeden öldürür. Sevgilisi gömüldükten sonra, Haçlı ordusunu deh-şete düşüren garip bir büyülmüş ormana doğru ilerler. Orada, kılıcıyla uzun bir ağacı keser fakat bu kesikten kan boşalır ve ruhu bu ağaca hapsolan Clorinda'nın onu bir kez daha yaraladığından yakının sesi duyulur.

Aktarımdaki davranışlara ve insanların yazgılarına dair bu gözlemleri hesaba katarsak, ruhsal yaşamda sahiden de haz ilkesini hükümsüz bırakan bir tekrarlama zorlantisı olduğunu varsayma cesaretini bulabiliriz. Şimdi de travmatik nevrozlarda

3 C. G. Jung'un bu konudaki zekice yorumlarıyla karşılaştırınız (1909).

ortaya çıkan rüyalar ve çocukları oynamaya yönlendiren itkiyi, bu zorlantı ile ilişkilendirmeye çalışacağız.

Tekrarlama zorlantısının başka güdüler tarafından desteklenmeyen salt etkilerini nadir örneklerde gözlemlememizin mümkün olduğunu not etmeliyiz. Çocukların oyunları söz konusu olduğunda, zorlantının ortaya çıkışının yorumlanabileceği diğer yollara zaten vurgu yapmıştık: Burada, tekrarlama zorlantısı ve dolaysız bir şekilde haz veren dürtü doyumu arasında yakın bir ortaklık var gibidir. Bastırma konusundaki ısrarını sürdüren egonun tarafındaki direnç, aktarım fenomenlerinden açıkça faydalanır. Haz ilkesine sıkıca bağlı kalmayı isteyen ego, tedavinin kendi hizmetine almaya çalıştığı tekrarlama zorlantısını kendi tarafına çeker. Kader zorlantısı olarak tanımlanabilecek şeylerin çoğu rasyonel bir temelde anlaşılır görünür. Öyle ki, bunu açıklamak için yeni ve gizemli bir itici güç varsaymak zorunda hissetmeyiz. Buna en açık örnek belki de travmatik rüyalardır. Ancak daha olgun bir şekilde düşündüğümüzde, diğer durumlarda bile her şeyin tanıdık güçlerin işleyişi tarafından kapsanmadığını kabul etmek zorunda kalırız. Tekrarlama zorlantısı hipotezinin haklı çıkardıkları arasında açıklanmadan bırakılanlar vardır ve birçoğu, bu zorlantı tarafından bir kenara itilmiş haz ilkesinden daha ilkel, daha temel ve daha dürtüsel görünür. Yine de psişede tekrarlama zorlantısı diye bir şey işliyorsa, onun hakkında bir şeyler bilmeyi, örneğin hangi işleve karşılık geldiğini, hangi koşullar altında ortaya çıkabileceğini ve şimdiye kadar psişik yaşamdaki uyarılma süreçleri üzerinde egemenliğe sahip olduğunu düşündüğümüz haz ilkesiyle ilişkisinin ne olduğunu bilmeyi elbet isteriz.

Çeviren: Oğuzhan Nacak

Amatörler İçin Psikanaliz Meselesi¹

(1926)

5. Bölüm

“Niyetinizi anladığıma inanıyorum. Analiz uygulamak için ne türde bir bilgiye ihtiyaç olduğunu bana göstermeye çalışıyorsunuz, böylece sadece doktorların böyle bir hakkı olup olmadığına dair bir kanaate varabileceğim. Eh, tıp şimdiye kadar çok az şey ortaya çıkardı: çok miktarda psikoloji ve biraz da biyoloji ya da cinsellik bilimi. Ama belki de henüz son noktaya ulaşmadık?”

Kesinlikle ulaşmadık. Hala doldurulması gereken boşluklar var. Sizden bir şey isteyebilir miyim? Şimdi bir analitik tedaviyi, sanki kendinizin yapmak zorunda olduğunu düşünerek, nasıl hayal ettiğinizi anlatır mısınız?

“Elbette, iyi bir fikir! Ama hayır, tartışmamızı bu tür bir deneyle bitirmeye dair en ufak bir niyetim yok. Ama size bir iyilik yapacağım ve sorumluluk sizin olacak. Güzel! Hastanın bana gelip sıkıntılarından şikâyet ettiğini varsayacağım. Yönerge-lerimi takip ederse ona iyileşme veya ilerleme sözü veriyorum. Onu bildiği ve aklına gelen her şeyi tam bir dürüstlikle bana söylemeye ve bunların bazıları söylenmesi nahoş olan şeyler olsa bile bu amaçtan caymamaya davet ediyorum. Kuralı doğru bir şekilde anlamış mıyım?”

Evet. Şunu da eklemelisiniz: “Aklına gelenler ona anlamsız ve önemsiz görünse bile.”

1 Metnin Almanca orijinal başlığı *Die Frage der Laienanalyse*, İngilizcesi ise *The Question of Lay Analysis*. Aslında Freud burada meslekten olmayanları, yani bir anlamda doktor olmayan kişileri kastetmektedir. Burada karşılık olarak kullanılan amatör sözcüğü Türk Dil Kurumunda yer alan “bir işi meslek veya alan uzmanı olmadan yapan” anlamında kullanılmıştır. [ç.n.]

“Bunu ekleyeceğim. Bunun üzerine o konuşmaya başlıyor ve ben dinliyorum. Peki sonra? Bana anlattıklarından, egosunun henüz zayıf olduğu bir zamanda karşılaştığı ve onlarla uğraşmak yerine onlardan korktuğu için bastırdığı türdeki izlenimleri, deneyimleri ve istekleri çıkarıyorum. Bunu benden öğrendiğinde kendini eski durumlara koyuyor ve benim yardımımla durumu bu sefer daha iyi idare ediyor. Egosunun bağlı olduğu sınırlamalar daha sonra ortadan kalkıyor ve hasta iyileşiyor. Bu doğru mu?”

Bravo! Bravo! Görüyorum ki insanlar bir kez daha beni doktor olmayan birini analist yapmakla suçlayabilecekler. Hepsinde takdire şayan bir şekilde ustalaştınız.

“Sizden duyduklarımı tekrar etmekten fazlasını yapmadım, bunları sanki ezberden biliyor gibiyim. Yine de bunu nasıl yapmam gerektiğini zihnimde canlandıramıyorum ve böyle bir işin neden aylar boyunca günde bir saat yapılması gerektiğini anlamakta güçlük çekiyorum. Ne de olsa sıradan bir insan, genel olarak bu kadar çok şey yaşamaz ve çocuklukta bastırılan şey muhtemelen her durumda aynıdır.”

Kişi türlü türlü şeyi, analizi gerçekten uyguladığında öğrenir. Örneğin hastanın size anlattıklarından, unuttuğu deneyimleri ve bastırdığı dürtü itkilerini çıkarmayı bu kadar basit bir mesele olarak görmeyeceksiniz. Size, onun için olduğu kadar sizin için de ilk başlarda çok az şey ifade eden bir şeyler söylemektedir. Kurala itaat ederek size ilettiği malzemeye oldukça özel bir şekilde -sanki bir usta tarafından içindeki değerli madenin çıkarılması gereken bir cevhermiş gibi- bakmaya karar vermeniz gerekecek. Aradığınız değerli malzemenin çok az bir miktarını içerebilecek tonlarca cevher üzerinde çalışmaya da hazır olacaksınız. İşte bu, tedavi sürecinin dolambaçlı karakterinin ilk gerekçesidir.

“Sizin benzetmenizi sürdürürsek, bu ham madde üzerinde nasıl çalışılır?”

Hastanın açıklamalarının ve çağrışımlarının yalnızca aradığınız şeyin çarpıtmalarından ve imalardan ibaret olduğunu varsayarak, deyim yerindeyse, arkalarında neyin gizlendiğini tahmin etmeniz gerekir. Kısacası ister anılardan ister çağrışımlardan ister rüyalardan oluşsun, bu malzemenin önce *yorumlanması* gerekir. Elbette bunu, dinlediğiniz konu hakkındaki özel bilginiz sayesinde oluşturduğunuz beklentileri göz önünde bulundurarak yapacaksınız.

“Yorumlamak!’ Ne sevimsiz bir kelime! Kulağa hoş gelmiyor; beni kesinlikten uzaklaştırıyor. Her şey benim yorumlamama bağlıysa, yorumumun doğru olduğunu kim garanti edebilir? Yani sonuçta her şey benim keyfi sözlerime kalır.”

Bir dakika! İşler o kadar da kötü değil. Neden kendi ruhsal süreçlerinizi diğer insanların süreçlerinde tespit ettiğiniz meşruluğun dışında tutmayı seçiyorsunuz?

Bir dereceye kadar öz disipline eriştiğinizde ve elinizin altında belirli bir bilgi olduğunda, yorumlarınız kişisel özelliklerinizden bağımsız olacak ve hedefi vura-caktır. Analistin kişiliğinin, görevinin bu kısmı için önemsiz olduğunu söylemiyo-rum. Bilinçdışı ve bastırılmış olana yönelik herkesin eşit derecede sahip olmadığı bir tür duyma keskinliğinin bir rolü vardır. Ve burada her şeyden önce, analistin kendi derinlemesine analizi aracılığıyla analitik malzemeyi önyargısız bir şekilde kabul etmesini sağlama yükümlülüğüne geliyoruz. Doğrusu, hâlâ arta kalan bir şey, astronomik gözlemlerdeki “gözlemci hatasına” benzer bir şey var. Bu bireysel faktör psikanaliz için her zaman başka yerlerde olduğundan daha büyük bir rol oynayacaktır. Anormal bir kişi iyi bir fizikçi olabilir, ancak bir analistin ruhsal ya-şamın tasvirlerini çarpıtmadan kavraması kendi anormalliği tarafından engellene-cektir. Herhangi birine kendi anormalliğini göstermek imkânsız olduğu için, de-rinlik psikolojisi konularında genel bir uzlaşmaya ulaşmak özellikle zor olacaktır. Gerçi bazı psikologlar bunun tamamen umutsuz bir vaka olduğunu ve her apta-lın kendi aptallığını bilgelik olarak sunma konusunda eşit hakka sahip olduğunu düşünür. İtiraf etmeliyim ki bu konuda daha iyimserim. Ne de olsa deneyimlerimi-z psikolojide bile oldukça tatmin edici uzlaşmalara varılabileceğini gösteriyor. Her araştırma alanı ortadan kaldırmaya çalışmamız gereken belirli zorluklara sa-hiptir. Üstelik analizdeki yorumlama sanatında dahi diğer bilgiler gibi öğrenile-bilecek çok şey -mesela sembolleri kullanarak özgün ve dolaylı bir şekilde temsil etme ile bağlantılı olan şeyler- vardır.

“Peki, artık hayalimde bile analitik tedaviye girişmek gibi bir arzum kalmadı. Başka ne gibi sürprizlerle karşılaşacağım kim bilir?”

Bu düşünceden vazgeçmek konusunda oldukça haklısınız. Çok daha fazla eği-tim ve uygulama gerektiğini görüyorsunuz. Doğru yorumu bulduğunuzda ise sizi bekleyen başka bir görev var: Yorumunuzu başarıya ulaşması umuduyla hastaya ile-tebileceğiniz doğru anı beklemelisiniz.

“İnsan her seferinde doğru anı nasıl yakalayabilir?”

Bu, deneyimle daha rafine hale gelebilecek bir incelik meselesidir. Uygun yo-rumu bulur bulmaz, analizi kısaltma çabasıyla olsa bile, hastanın kafasına kakarsa-nız kötü bir hata yapmış olursunuz. Bu şekilde onda direnç, reddetme ve öfke ifade-leri görürsünüz ama bu egosunun bastırılmış malzemesine hâkim olmasını sağlamaz. Bunun formülü şudur: Hastanın bastırılmış malzemeye çok yakınlaşmış olmasını bekleyin ki ortaya attığınız yorumun öncülüğünde hedefe varmak için sadece bir-kaç adım daha atmaya ihtiyacı olsun.

“Bunu yapmayı asla öğrenemeyeceğime inanıyorum. Eğer yorumumu yaparken bu önlemleri alırsam, sonra neyle karşılaşacağım?”

O zaman kaderinizde hazırlıklı olmadığınız bir keşif yapmak var.

“Peki, neyi keşfedeceğim?”

Hastanız tarafından aldatılmış olduğunuzu, gösterdiği iş birliğine ve uyuma hiçbir şekilde güvenemeyeceğinizi, ortak çalışmanızın önüne olası her türlü zorluğu koymaya hazır olduğunu. Kısacası, iyileşmek için hiçbir isteği olmadığını.

“Pekâlâ! Bu şimdiye kadar bana anlattıklarınız arasında en çılginca olanı. Ve ben buna da inanmıyorum. Bu kadar ıstırap çeken, dertlerinden hararetle bir şekilde şikâyet eden, tedavi için bu kadar büyük fedakârlık yapan hasta iyileşmek istemiyor diyorsunuz! Ama tabii ki bunu kastetmiyorsunuzdur.”

Sakin olun! Bunu *kastediyorum*. Hakikati söylüyorum, kuşkusuz hakikatin tamamını değil ama oldukça dikkate değer bir kısmını. Hasta bir yandan tedavi olmak ister ama diğer yandan istemez. Egosu birliğini yitirmiştir ve bu nedenden ötürü iradesi de birliğe sahip değildir. Zaten böyle olmasaydı nevrotik de olmazdı.

“Wär’ ich besonnen, hieß ich nicht der Tell.”²

Bastırılanların türevleri onun egosuna sızmış ve oraya yerleşmişlerdir. Ego bu kaynaktan gelen eğilimler üzerinde, esas bastırılanın üzerinde olduğu kadar az kontrole sahiptir ve genelde onlar hakkında hiçbir şey bilmez. Bu hastalar gerçekten de tuhaf bir yapıya sahiptirler ve hesaba katmadığımız zorluklara neden olurlar. Tüm sosyal kurumlarımız ister işlevini yerine getirsin ister çok güçlü bir etki tarafından tamamen ortadan kaldırılınsın, iyi ya da kötü olarak sınıflandırılabilir, birleşik ve normal bir egoya sahip insanlara göre şekillendirilmiştir. Dolayısıyla yasal çare şudur: sorumlu olmak ya da sorumlu olmamak. Bu ayrımların hiçbirisi nevrotikler için geçerli değildir. Toplumsal talepleri, onların psikolojik durumlarına uyarlamanın güç olduğu kabul edilmelidir. Son savaş sırasında buna dair geniş çapta deneyim olmuştur. Askerden kaçan nevrotikler temaruzcu muydu, değil miydi? Her ikisi de. Temaruz yapanlar olarak muamele gördülerse ve hastalıkları çok rahatsız edici hale geldiyse iyileştirildiler; görünüşte iyileştikten sonra tekrar askere gönderildilerse derhal bir kez daha hastalığa yakalandılar. Onlara yapılabilecek hiçbir şey yoktu. Aynısı sivil hayattaki nevrotikler için de geçerlidir. Hastalıklarından yakınılar ama onu bütün güçleriyle kullanırlar ve eğer biri bu hastalığı onlardan almaya çalışırsa, onu yavrusunu savunmakla meşhur dişi aslan gibi savunurlar. Yine de bu çelişki için onları suçlamanın bir anlamı yoktur.

2 İhtiyatlı olsaydım, bana Tell demezlerdi. Wilhelm Tell, 3. Perde, 3. sahne

“O zaman en iyisi bu zor insanları hiç tedavi etmemek ve onları kendi hallerine bırakmak değil mi? Bu insanların her birinin bu kadar büyük bir çaba harcamaya değer olduğunu düşünmüyorum ve sizin açıklamalarınız da beni bu durumu böyle ele almaya yönlendiriyor.”

Bu önerinizi onaylayamam. Hayatın zorluklarına razı olmak yerine onları kabul etmek kuşkusuz daha doğru bir yoldur. Tedavi ettiğimiz her nevrotiğin bir analiz çalışması yapmaya değmediği doğru olabilir ama aralarında buna fazlasıyla değer veren kişiler de var. Mümkün olduğu kadar az insanın böylesine kusurlu bir zihinsel donanımla uygar yaşama girmesini sağlamayı kendimize hedef edinmeliyiz. Ve bu amaç için çok fazla deneyim kazanmalı ve birçok şeyi anlamayı öğrenmeliyiz. Her bir analiz öğretici olabilir ve bize tek bir hastanın kişisel değerinden bağımsız olarak yeni anlayışlar kazandırabilir.

“Ama eğer hastanın egosunda hastalığı sürdürmek isteyen istemli bir itki oluşmuşsa, bunun da nedenleri ve motivasyonları olmalıdır ve bu istek bir şekilde kendini haklı çıkarabilmelidir. Ama birinin neden hasta olmak isteyebileceğini ya da bundan ne kazanabileceğini anlamak mümkün değil.”

Ah bilakis, bunu anlamak o kadar da zor değil. Tam da hasta oldukları için savaşa katılmak zorunda olmayan savaş nevrozlarını düşünün. Sivil hayatta hastalık, kişinin mesleğindeki veya diğer insanlarla olan rekabetindeki yetersizliğini örtbas etmek için bir örtü olarak kullanılabilir. Aile içinde ise diğer üyeleri kurban olmaya ve sevgilerini ispat etmeye zorlamak için veya onlara kişinin kendi iradesini dayatması için bir araç olarak hizmet edebilir. Bütün bunlar yüzeye oldukça yakındır ve biz bunları “hastalıktan kazanç” terimiyle özetliyoruz. Bununla birlikte, hastanın -yani hastanın egosunun- bu güdülerin ve içerdikleri eylemlerin bütünü hakkında hiçbir şey bilmemesi hayli ilginçtir. Bu eğilimlerin etkisiyle, egoyu onların farkına varmaya zorlayarak savaşırlar. Ama hasta olmaya tutunmak için daha da derinlerde yatan başka nedenler de var ki, bunlar o kadar kolay ele alınamaz. Bunlar psikolojik teoride yeni bir gezinti yapılmadan anlaşılamaz.

“Lütfen devam edin! Biraz daha teori olması önemli değil.”

Ego ve id [*das Es*] arasındaki ilişkiyi size anlattığımda, psişik aygıt teorisinin önemli bir bölümünü atlardım. Çünkü biz egonun içinde bizzat farklılaşan süperego [*das Uber-ich*] adını verdiğimiz özel bir merci varsaymak zorunda kaldık. Süperego, ego ile id arasında özel bir konum işgal eder. Egoya aittir ve egonun psikolojik örgütlenmesini büyük oranda paylaşır. Ancak id ile de özellikle yakın bir bağlantısı vardır. Aslında o, idin ilk nesne yatırımlarının bir tortusudur ve Oidipus kompleksinin

terk-i diyardan sonra geride bıraktığı mirasçısıdır. Bu süperegö, egöyle karşı karşıya gelebilir ve ona bir nesne gibi davranabilir ve de genellikle çok sert davranır. Egonun, id ile olduğu kadar süperegö ile de iyi ilişkiler içinde kalması önemlidir. Ego ve süperegö arasındaki ayrışma ruhsal yaşam için büyük bir önem taşır. Süperegönün vicdan dediğimiz olgunun aracı olduğunu zaten tahmin etmişsinizdir. Akıl sağlığı büyük ölçüde süperegönün normal olarak gelişmesine, yani yeterince gayri şahsi hale gelmesine bağlıdır. Oidipus kompleksi doğru bir dönüşüm sürecinden geçmemiş olan nevroitiklerde olmayan şey tam olarak budur. Süperegöleri, katı bir babanın çocuğuna yaptığı gibi, egolarına karşı çıkar ve ahlakları, egonun kendisini süperegö aracılığıyla cezalandırması şeklinde ilkel bir tarzda işler. Hastalık bu “kendini cezalandırma” için bir araç olarak kullanılır ve nevroitikler, tatmin olmak için hastalık tarafından cezalandırılmayı gerektiren bir suçluluk duygusu tarafından yönetiliyormuş gibi davranmak zorundadırlar.

“Bu kulağa gerçekten de çok gizemli geliyor. Bununla ilgili en garip şey ise hastanın bilincine vicdanının bu kudretinin dahi ulaşmıyor olması.”

Evet, tüm bu önemli durumların değerini daha yeni anlamaya başlıyoruz. Yaptığım açıklamanın bu kadar muğlak olması bu yüzden kaçınılmazdı. Ama artık daha ileri gidebilirim. İyileşme çalışmasına karşı çıkan tüm güçleri hastanın “direnci” olarak tanımlıyoruz. Hastalıktan elde edilen kazanç da böyle bir direncin kaynağıdır. “Bilinçdışı suçluluk duygusu” süperegönün direncini temsil eder; en güçlü ve bizi en çok korkutan etmen odur. Tedavi sırasında yine başka dirençlerle karşılaşırız. Ego erken dönemlerde korkudan kaynaklanan bir bastırmaya başvurduysa bu korku devam eder ve ego bastırılmış malzemeye yaklaşırsa bu korku kendisini bir direnç olarak ortaya koyar. Ve son olarak, tahmin edebileceğiniz gibi, on yıllardır belirli bir yolda ilerleyen dürtüsel bir sürecin, birdenbire kendisine açılmış yeni bir yola girmesi beklenirse zorluklarla karşılaşmak muhtemeldir. Buna idin direnci denebilir. Analitik bir tedavi sırasındaki ana görevimiz tüm bu dirençlerle mücadele etmektir; bununla kıyaslandığında yorum yapma görevi pek önemli değildir. Ancak bu mücadelenin ve dirençlerin üstesinden gelinmesinin bir sonucu olarak hastanın egosu o kadar değişmiş ve güçlenmiştir ki, gelecekteki davranışını tedavinin bitiminden sonra arkamıza sakince yaslanarak bekleyebiliriz. Ötc yandan, neden bu kadar uzun süren tedavilere ihtiyacımız olduğunu şimdi anlayabilirsiniz. Gelişim yolunun uzunluğu ve malzemenin zenginliği belirleyici etmenler değildir. Esas mesele daha ziyade yolun açık olup olmadığıdır. Düşmanın direncini kırmak zorunda olan bir ordu, barış zamanında ekspres trenin birkaç saatte bir geçtiği ülkede haftalarca tutulabilir. Bu tür savaşlar ruhsal yaşamda da zaman

gerektirir. Ne yazık ki, analitik tedaviyi hızlandırmak için girişilen her türlü çabanın şimdiye kadar başarısızlığa uğradığını söylemek zorundayım. Tedaviyi kısaltmanın en iyi yolu, onu kuralına göre yapmak gibi görünüyor.

“Eğer bir gün sizin söylediklerinizle uğraşmak ve başka birini analiz etmeye çalışmak gibi bir heves duysaydım, dirençler hakkında bana anlatacaklarınız benim için bir çözüm sağlardı. Ama her şeye rağmen, kabul ettiğiniz özel kişisel etki hakkında ne dersiniz? Bu etki, dirençlere karşı harekete geçmiyor mu?”

Bunu bana sormanız iyi oldu. Bu kişisel etki bizim en güçlü dinamik silahımızdır. Duruma dâhil ettiğimiz ve onun aracılığıyla durumu akıcı hale getirdiğimiz yeni unsurdur. Açıklamalarımızın entelektüel içeriği bunu yapamaz, çünkü etrafındaki dünyanın tüm önyargılarını paylaşan hastanın, bize bilimsel eleştirmenlerimizden daha fazla inanması için bir nedeni yoktur. Nevrotik, analiste inandığı için işe koyulur ve analist figürüne karşı özel bir duygusal tutum edindiği için ona inanır. Çocuklar da sadece bağlı oldukları insanlara inanırlar. Bu büyük “telkin edici” etkiyi ne şekilde kullandığımızı size daha önce anlatmıştım. Onu semptomları bastırmak için kullanmayız ve bu, analitik yöntemi diğer psikoterapötik öğretilerden ayıran şeydir. Onu, hastanın egosunu dirençlerinin üstesinden gelmeye ikna etmek için bir itici güç olarak kullanırız.

“Pekâlâ, eğer bu gerçekleşirse, o zaman her şey yolunda gitmez mi?”

Evet, öyle olmalı. Ancak beklenmedik bir güçlük ortaya çıkar. Hastanın kendisiyle olan duygusal ilişkileneşinin oldukça tuhaf bir doğaya sahip olduğunu görmek analistin karşılaştığı belki de en büyük sürprizdir. Analiz yapmaya çalışan ilk doktor -bu doktor ben değildim- bu olguyla karşılaştı ve bununla ne yapacağını bilemedi. Çünkü bu duygusal ilişki, açıkça söylemek gerekirse, âşık olmanın doğasından köken alır. Garip, değil mi? Analistin aşkı kıskırtmak için hiçbir şey yapmadığını, aksine hastadan insancıl bir şekilde uzak durduğunu ve kendi etrafını kesin bir ihtiyatla çevrelediğini özellikle hesaba kattığınızda... Dahası, bu tuhaf aşk ilişkisinin gerçekten tüm kasıtlı tercihlerden ayrılarak kişisel çekicilik, yaş, cinsiyet ya da sınıf dâhil her şeyi göz ardı ettiğini derinlemesine deneyimlediğinizde... Bu aşk, doğrudan teklifsiz bir şekilde oluverir. Bu özellik kendiliğinden âşık olma durumunda da görülebilir. Bildiğiniz gibi, çoğu zaman durum tam tersidir. Ama analitik durumda, hiçbir rasyonel açıklaması olmaksızın şaşmaz bir düzende ortaya çıkar. Hastanın analistle ilişkisinin belirli bir miktarda saygı, güven, şükran ve insani sempatiden fazlasını gerektirmediği düşünülebilir. Fakat bunun yerine, patolojik bir fenomen olduğu izlenimini veren âşık olma durumu vardır.

"Aynı şekilde, bunun analitik amaçlarınız için uygun olacağını düşünmeliydim. Biri âşıkça, uyumludur ve diğer kişi için dünyada her şeyi yapar."

Evet. Başlangıç için uygundur. Ancak bu aşk derinleştğinde doğası gün ışığına çıkar ve bunun önemli bir kısmı analiz göreviyle bağdaşmaz. Hastanın sevgisi itaatkâr olmakla yetinmez; talepkarlaşır, sevgi dolu ve duygusal tatminler ister, ayrıcalık talep eder, kıskançlık geliştirir. Diğer yüzünü, yani amaçlarını elde edemezse düşmanca ve intikamcı olmaya hazır olduğunu, giderek daha açık bir şekilde gösterir. Aynı zamanda, tüm âşık olma durumları gibi, diğer tüm ruhsal malzemeyi uzaklaştırır, tedaviye ve iyileşmeye olan ilgiyi söndürür; kısacası, bu aşkın nevrozun yerini aldığına ve çalışmamızın bir hastalık türünü bir diğeriyle değiştirdiğine şüphe yoktur.

"Kulağa umutsuz geliyor! Bu konuda ne yapılabilir? Analizden vazgeçilmelidir. Ama dediğiniz gibi, her durumda aynı şey oluyorsa, herhangi bir analiz yapmak kesinlikle imkânsız olurdu."

Kendisinden bir şeyler öğrenmek için bu durumu kullanarak başlayacağız. O zaman öğrendiklerimiz belki de ustalaşmamıza yardımcı olabilir. İçeriği ne olursa olsun her nevrozu patolojik bir aşk durumuna dönüştürmeyi başarmamız son derece dikkate değer bir olgu değil mi?

Erotik yaşamın anormal biçimde kullanılan bir bölümünün nevrozların temelinde yattığına dair inancımız, bu deneyimle sarsılmaz bir şekilde desteklenir. Bu keşifle bir kez daha sağlam bir temel üzerindeyiz ve bu âşık olma durumunun kendisini analiz nesnesi haline getirmesini göze alabiliriz. Ve başka bir gözlem yapabiliriz. Analitik aşk, her durumda onu tasvir etmeye çalıştığımız kadar açık ve bariz bir şekilde tezahür etmez. Peki neden? Yakında anlayacağız. Aşkın salt duygusal ve düşmanca yanları kendini açığa vurmaya çalıştıkça, hasta bunlara karşı çıkmaya başlar. Onlara karşı mücadele verir ve onları gözlerimizin önünde bastırmaya çalışır. Ve şimdi neler olduğunu anlıyoruz. Hasta daha önce yaşadığı ruhsal deneyimleri, analiste âşık olma biçiminde *tekrarlar*, içinde hazır bulunan ve nevrozunun ortaya çıkışıyla yakından bağlantılı olan ruhsal tutumları analistine *aktarır*. Ayrıca eski savunma eylemlerini gözlerimizin önünde tekrar eder; analistle olan ilişkisinde, hayatının o unutulmuş döneminin *tüm* tarihini tekrarlamak ister. Yani bize gösterdiği şey, mahrem yaşam öyküsünün çekirdeğidir: *Onu hatırlamak yerine, sanki gerçekten şimdiymiş gibi somut bir şekilde yeniden üretmektedir*. Bu yolla aktarım aşkı bilmecesi çözülür ve analiz, kendisine çok büyük bir tehdit gibi görünen yeni durumun *yardımcı* yoluna devam edebilir.

"Bu çok kurnazca. Ve hastayı âşık olmadığına, sadece eski bir parçayı yeniden canlandırmak zorunda olduğuna ikna etmek o kadar kolay mı?"

Şimdi her yol buraya çıkar. Ve “aktarımı” ele alma becerisinin tamamı buna ulaşabilmeye bağlıdır. Gördüğünüz gibi analitik tekniğin gereksinimleri bu noktada maksimuma ulaşır. Burada en büyük hatalar yapılabilir ya da en büyük başarılar kaydedilebilir. Aktarımı bastırarak ya da göz ardı ederek zorluklardan kaçmaya çalışmak aptallık olur, tedavide başka neler yapılmış olursa olsun eğer aktarım bastırılırsa ya da göz ardı edilirse buna analiz demek haksızlık olur. Aktarım nevrozunda aksaklıklar ortaya çıkar çıkmaz hastayı göndermek artık mantıklı olmayacak ve hatta korkakça olacaktır. Böyle bir durum ruh çağırılmış birinin, ruh gelir gelmez ondan kaçması gibi olurdu. Bazen başka hiçbir şeyin mümkün olmadığı doğrudur. Serbest bırakılmış aktarımın üstesinden gelinemeyen ve bu sebeple analizden vazgeçilmesi gereken durumlar olabilir ama kişi kötü ruhlarla en azından gücünün yettiği kadar mücadele etmiş olmalıdır. Aktarımın taleplerine boyun eğmek, hastanın şefkatli ve duygusal tatmin isteklerini yerine getirmek, yalnızca ahlaki kaygılar nedeniyle yasaklanmakla kalmaz, aynı zamanda analizin teknik bir araç olarak amacına ulaşması için de tamamen etkisizdir. Bir nevrotik, onda hazır bir şekilde bulunan bilinçdışı bir kalıbın düzeltilmemiş bir tekrarını ona sunarak iyileştirilemez. Analizde daha fazla iş birliği yapması karşılığında ona kısmi tatminler sunarak onunla uzlaşmaya varılırsa, hasta bir sigorta temsilcisini dine döndürmeye çalışan bir din adamının düştüğü gibi gülünç bir duruma düşülebilir ve bundan sakınılmalıdır. Hasta sigortacı iman etmez ama din adamı artık sigortalıdır. Aktarım durumundan çıkmanın tek olası yolu hastanın geçmişine kadar iz sürmektir, tıpkı bu geçmiş gerçekten deneyimlediği ya da fantezisinin istek doyumu aktivitesi aracılığıyla zihninde canlandırdığı gibi. Ve bunu yapmak, analistten çok fazla beceri, sabır, sakinlik ve özveri talep eder.

“Peki, bir nevrotik aktarım aşkının ilk örneğiyle nerede karşılaşmıştır?”

Çocukluğunda; genel olarak ebeveynlerinden biriyle olan ilişkisinde. Bu ilk duygusal bağlara ne kadar önem vermemiz gerektiğini hatırlayacaksınız. Yani dönüp dolaşıp aynı noktaya geliyoruz.

“Sonunda bitti mi? Sizden duyduğum her şey beni şaşırtıyor. Bana sadece bir şey daha söyleyin: Analiz uygulamak için gerekli olan şeyleri nasıl ve nereden öğrenebilirim?”

Şu anda psikanaliz eğitiminin verildiği iki enstitü var. İlki Berlin’de, oradaki cemiyetin üyesi olan Dr. Max Eitingon tarafından kurulmuştur. İkinci eğitim, Viyana Psikanaliz Cemiyeti tarafından masrafları kendi içinde karşılanmak üzere ve hatırı sayılır bir fedakârlıkla sürdürülmektedir. Yetkililerin oynadığı rol ise genç girişimcilerin önüne koydukları birçok zorluktan ibarettir. Üçüncü bir eğitim enstitüsü şu

anda Londra'da, oradaki cemiyet tarafından Dr. Ernest Jones'un yönetiminde açılıyor. Bu enstitülerde adayların kendileri analize alınıp, kendileri için önemli olan tüm konularda seminerler vasıtasıyla teorik dersler alırlar ve nispeten hafif vakalarla ilk deneyimlerini yapmalarına izin verildiğinde daha yaşlı ve daha deneyimli analistlerden süpervizyon alırlar. Bu eğitim için yaklaşık iki yıllık bir süre öngörölmüşdür. Bu süreçten sonra bile aday elbette hala acemidir ve henüz usta değildir. Genç ve yaşlı üyelerin bir araya geldiği psikanalitik topluluklarda istenilen şey uygulama ve fikir alışverişi yoluyla elde edilmelidir. Analitik aktiviteye hazırlık hiçbir şekilde o kadar kolay ve basit değildir. İş zor, sorumluluk ise büyüktür. Ancak böyle bir eğitim sürecinden geçen, kendini analiz eden, bilinçdışının psikolojisinin bugün öğretilabileceklerine hâkim olan, cinsel yaşam biliminde bilgili olan, hassas psikanaliz tekniğini, yorumlama sanatını, dirençlerle savaşmayı ve aktarımı ele alma sanatını öğrenen, yani tüm bunları başaran kimse *artık psikanaliz alanında sıradan bir amatör değildir*. Nevrotik bozuklukların tedavisini üstlenme kabiliyetine sahiptir ve bu alanda, bu terapi biçimi için gerekli olan her şeyi zamanla elde edebilecektir.

Çeviren: Oğuzhan Nacak

Psikanalize Yeni Giriş Dersleri

(1933a)

34.Bölüm

Açıklamalar, Uygulamalar ve Yönlendirmeler

Son Kısım

Psikanalizin ilk uygulamalarından biri, psikanaliz yaptığımız için çağdaşlarımızın bize yönelttiği itirazları anlamayı bize öğretmek idi. Nesnel tabiattaki diğer uygulamalar daha genel bir ilgi talep edebilir. İlk amacımız elbette ki insanın ruhsal yaşamındaki rahatsızlıklarını anlamaktı çünkü merakın körüklediği bir deneyim, içgörü ve iyileşmenin burada neredeyse birbirleriyle çakıştığını ve kat edilebilir bir yolun birinden diğerine gittiğini göstermişti. Ve uzun zaman boyunca tek amacımız bu oldu. Ancak daha sonra patolojik süreçlerle normal olarak tanımlanan süreçler arasındaki yakın ilişkileri yani deruni özdeşliği fark ettik. Psikanaliz bir derinlik psikolojisi haline geldi ve psikolojinin desteği olmadan insanların yaptığı hiçbir şey anlaşılabilir olmadığından psikanalizin çeşitli bilgi alanlarına özellikle de ruh bilimlerine yönelik uygulamaları kendiliğinden ortaya çıktı. Bu uygulamalar, kendi yolunu ön plana çıkardı ve tartışmaları teşvik etti. Bu görevler ise maalesef günün koşullarında kök salmış ve bugün bile hala üstesinden gelinememiş engellerle karşılaşmıştı. Bu türden bir uygulama, bir analistin sahip olmadığı uzmanlık bilgisini şart koşuyor. Öte yandan, bu bilgiye sahip olan bazı uzmanlar ise analiz hakkında hiçbir şey bilmemekteler ve belki de hiçbir şey bilmek istemiyorlar. Sonuç olarak analistler az ya da çok yeterli -ve aceleyle bir araya getirilmiş- bir donanıma sahip amatörler olarak mitoloji, medeniyet tarihi, etnoloji, din bilimi gibi bilgi alanlarında gezintiye çıktılar. Bu

alanlarda uzman olanlar, analistlere, alanlarına izinsiz giren diğerlerine davrandıklarından daha iyi davranmadılar: İlk etapta, yöntemleri ve bulguları dikkat çektikleri ölçüde reddedildi. Ancak bu koşullar sürekli gelişme kat ediyor ve psikanalizi kendi uzmanlıklarında kullanmak için ve sömürgeciler olarak öncülerin yerini alabilmek için psikanaliz çalışan kişilerin sayısı her alanda giderek artıyor. Burada, yeni keşiflerden zengin bir hasat beklentisi içinde olabiliriz. Analizin uygulamaları da bunu her zaman doğrulamıştır. Bilimsel çalışmanın pratikten daha fazla uzaklaştığı yerde, kaçınılmaz fikir çatışmaları şüphesiz daha az şiddetli bir şekilde son bulacaktır.

Psikanaliz uygulamalarının tümünden hareketle ruh bilimlerine doğru size kılavuzluk etmek beni cezbediyor. Entelektüel ilgi alanları, herkes için hakkında bilgi sahibi olmaya değer şeylerdir ve bir süre anormallikler ve hastalıklar hakkında bir şeyler duymamak hak edilmiş bir rahatlatma getirir. Ancak bizi bir kez daha bu derslerin çerçevesinin dışına çıkaracağı ve dürüstçe itiraf etmem gerekirse bu görevin üstesinden gelemeyeceğim fikrinden vazgeçmeliyim. Bu bölgelerin birkaçında ilk adımı ben attım fakat günümüzde artık tüm alanı kucaklamıyorum ve başladığımdan beri başardığım şeylerde ustalaşmak için çok çalışmak zorundayım. Bu iptal planımdan dolayı hayal kırıklığına uğrayanlar, tıbbi olmayan analiz uygulamalarını kapsayacak şekilde tasarlanmış olan, *Imago* dergimizin sayfalarında bunu telafi edebilirler.

Ancak bu kadar kolay es geçemeyeceğim bir konu var. Onu es geçemememin nedeni bu konu hakkında çok şey anlamış olmam ya da ona çok fazla katkıda bulunmuş olmam değil. Tam tersine: Bu konuyla neredeyse hiç ilgilenmedim. Bundan bahsetmeliyim çünkü bu geleceğe dair umut vadeden son derece önemli bir mesele ve belki de analiz faaliyetlerinin en önemlisi. Söylemek istediğim şey, psikanaliz eğitimine ve gelecek nesillerin yetiştirilmesine dair. En azından kızım Anna Freud'un bu çalışmayı hayatı boyunca sürdüreceğini ve bu şekilde benim ihmalimi telafi edeceğini söyleyebildiğim için mutluyum. Bu uygulamaya götüren yol kolaylıkla görmezden gelinebilir. Yetişkin bir nevrotiğin tedavisinde, semptomların belirteçlerini takip ettiğimizde her seferinde onun erken çocukluğuna geri döneriz. Geç etiyolojik faktörlerin bilgisi vakayı anlamak ya da terapötik bir etki yaratmak için yeterli değildir. Bu nedenle çocukluğun psikik özelliklerini öğrenmek zorunda kaldık. Analiz dışında öğrenilemeyecek birçok şey öğrendik ve çocukluğa dair kabul edilen birçok genel görüşü düzelttik. Çocukluğun ilk, belki beş yaşına kadar olan, yıllarına verilen özel önemin nedenlerinin farkına vardık. Birinci olarak, o yıllar cinselliğin ilk filizlenmelerini içerdiğinden, ardında olgunluk döneminin cinsel yaşamı için karar verici uyarılmalar bırakır. İkincisi, bu dönemin izlenimleri olgunlaşmamış ve zayıf ego ile karşılaşır ve ona bir travma gibi etki eder. Ego, afektif fırtınaları bastırma haricinde hiçbir

yolla savuşturamaz ve bu şekilde daha sonraki hastalıklara ve işlevsel rahatsızlıklara olan tüm eğilimlerini çocuklukta edinir. Çocukluğun sorunlarının, bir çocuğun kısa bir süre içinde, dürtüleri üzerinde kontrol sahibi olma ve topluma uyum sağlama da dâhil olmak üzere binlerce yıla yayılan bir uygarlık evriminin sonuçlarını -ya da en azından bu ikisinin ilk kısımlarını- kendine mal etmek zorunda kalması gerçeğinde yattığını fark ettik. Çocuk, bu değişikliğin bir kısmını ancak kendi gelişimi ile başatabilir ve eğitim yoluyla ona birçok şey kabul ettirilmelidir. Çocukların bu görevi sıklıkla kusurlu olarak yerine getirmelerine şaşırılmamalıdır. Bu erken dönemlerde çocukların çoğu nevrozla eş değerde sayılabilecek durumlardan geçer ve bu, sonrasında aşikâr hastalıklar üreten herkes için de kesinlikle böyledir. Bazı çocuklarda nevrotik hastalık olgunlaşma dönemine kadar beklemes, aksine çocukluk döneminde ortaya çıkar ve ebeveynler ile doktorlara pek çok sorun çıkarır.

Açık nevrotik semptomlar sergileyen ya da olumsuz bir karakter gelişimi yolunda olan çocuklara analitik tedavi uygulama konusunda hiçbir endişemiz olmadı. Analize karşı olanlar tarafından ifade edilen, çocuğun analizden zarar göreceğine dair endişenin asılsız olduğu ortaya çıktı. Bu girişimler, yetişkin vakalardan çıkarsadığımız (tıpkı tarihi belgelerden yapılan çıkarsamalar gibi) şeyi yaşayan nesnelerde doğrulayabilmemizi sağladı. Ancak çocuklar için elde edilen kazanımlar oldukça sevindirici oldu. Bir çocuğun analitik terapi için çok uygun bir nesne olduğu ortaya çıktı. Bu başarının temeli oldukça sağlamdır ve sonuçları nihaidir. Yetişkinler için geliştirilen bu tedavi tekniği elbette çocuklar için ziyadesiyle değiştirilmelidir. Bir çocuk psikolojik olarak bir yetişkinden farklı bir nesnedir. Henüz süperegosu yoktur, serbest çağrışım yöntemi onu pek ileriye götürmez ve aktarım (gerçek ebeveynler hala orada olduğu için) onda farklı bir rol oynar. Yetişkinlerde mücadele ettiğimiz içsel dirençlerin yerini çocukta çoğunlukla dışsal zorluklar alır. Ebeveynler kendilerini direnç araçları haline getirirse analizin amacı ve hatta analizin kendisi genellikle tehlikeye girer. Bu nedenle, genellikle bir çocuğun analiziyle ebeveynlerin analitik etkisinin bir bölümünü birleştirmek gerekir. Öte yandan, çocukların analizlerinin yetişkinlerinkine göre farklılıkları, analistlerin, çocuksu karakter özelliklerinin pek çoğunu korumuş bazı hastalarımızda çocuk analizine dair belli teknikleri kullanmaktan kaçınmaması nedeniyle azalmaktadır. Çocuk analizi kendiliğinden kadın analistlerin alanı haline geldi ve hiç şüphesiz bu hep böyle olmaya devam edecektir.

Çocuklarımızın çoğunun gelişimleri sırasında nevrotik bir aşamadan geçtiğinin kabul edilmesi, beraberinde sıhhi bir zorluğun tohumunu taşır. Tıpkı bugün difteri olup olmadıklarına bakmaksızın çocukları henüz hasta olmadan difteriye karşı aşılamamız gibi, onların sağlığını korumak için bir önlem olarak da herhangi bir rahatsızlık

belirtisi göstermese bile çocuğa bir analizle yardım etmenin uygun olup olmayacağı sorusu gündeme gelebilir. Bu sorunun tartışılması şu anda sadece akademik bir konudur ancak bunu burada tartışmaya cüret edebilirim. Bu proje çağdaşlarımızın büyük çoğunluğuna korkunç bir rezalet gibi görünebilir ve ebeveynlik konumundaki çoğu insanın analize yönelik tutumları göz önünde bulundurulduğunda böyle bir fikri gerçekleştirme umudundan şimdilik vazgeçmek gerekir. Nevrotik hastalığa karşı muhtemelen çok etkili olabilecek bunun gibi bir profilaksi, toplumun oldukça farklı bir şekilde tesis edilmesini gerektirir. Psikanalizin eğitime uygulanması şırası bugün başka bir yerde de bulunabilir. Eğitimin ivedi görevinin ne olduğu konusunu açıklığa kavuşturalım. Çocuk, dürtülerini kontrol etmeyi öğrenmelidir. Ona, tüm itkilerini sınırlama olmaksızın yerine getirme özgürlüğü vermek imkânsızdır. Bunu yapmak çocuk psikologları için çok öğretici bir deney olacaktır ancak ebeveynler için yaşamak imkânsız hale gelecek ve çocukların kendileri ciddi bir şekilde zarar görecektir. Bu zarar kendisini kısmen hemencecik, kısmen de sonraki yıllarda gösterecektir. Dolayısıyla eğitim engellemeli, yasaklamalı ve bastırmalıdır ve bu durum tarihin her döneminde fazlasıyla gözlemlenmiştir. Ancak bizler analizden, dürtülerin bu şekilde bastırılmasının nevrotik hastalık riskini içerdiğini öğrendik. Hatırlayacağınız üzere, bunun nasıl gerçekleştiğini detaylı olarak inceledik. Bu nedenle eğitim, müdahale etmemenin Skylla'sı ile asabiyeğin Kharybdis'i arasında bir yol bulmak zorundadır. Bu sorun tamamen çözülene kadar, eğitimde en fazlasını başarmayı ve ondan en az zarar görmeyi sağlayacak en uygun durumun keşfedilmesi gerekir. Bu nedenle bu, ne zaman, hangi araçlarla ve ne kadar yasaklanacağına karar verme meselesidir. Ek olarak, eğitsel etkinin nesnelerinin doğuştan çok farklı yapısal eğilimlere sahip olmaları nedeniyle aynı eğitim prosedürünün tüm çocuklar için eşit derecede iyi olması pek de mümkün değildir. Anlık bir mülahaza bile bize eğitimin şimdiye kadar görevini çok kötü bir şekilde yerine getirdiğini ve çocuklara büyük zarar verdiğini söylüyor. Eğitim, en optimal durumu bulup görevini ideal bir şekilde yerine getirirse, hastalığa yakalanmanın etiolojisindeki faktörlerden birini -çocuklukta rastlantısal meydana gelen travmaların etkisini- ortadan kaldırmak umulabilir. Ama hiçbir durumda diğer faktörden -itaatsiz dürtüsel bir yapının gücünden- kurtulamaz. Şimdi eğitimcilerin karşılaştığı -çocuğun yapısal biricikliğini nasıl tanıyacağına, olgunlaşmamış zihninde neler olup bittiğini küçük belirtilerden nasıl anlayabileceğine, ona nasıl doğru miktarda sevgi verebileceğine ve yine de etkili bir otorite seviyesini nasıl sürdürebileceğine dair- zor sorunları düşünürsek, eğitimcilik mesleğine uygun tek hazırlığın kapsamlı bir psikanalitik tedrisattan geçmek olduğunu söyleyebiliriz. Eğitimcinin kendisinin analiz edilmesi en iyisidir çünkü analizi özümsemek aslına bakılırsa onu

kişisel olarak deneyimlemeden imkânsızdır. Öğretmenlerin ve eğitimcilerin analizi çocukların analizinden daha etkili bir koruyucu önlem gibi görünmektedir ve bunu uygulamaya koyma yolunda daha az zorluk mevcuttur.

Sırası gelmişken eklemek isterim ki çocukların eğitiminin dolaylı bir talebi analiz sayesinde düşünülebilir olmuştur ve analiz zamanla daha büyük bir etkiye ulaşacaktır. Analizi deneyimlemiş olan ve yetiştirme tarzlarının kusurlarına ilişkin bir kavrayış da dâhil olmak üzere analize çok şey borçlu olan ebeveynler çocuklarına daha iyi bir içgörü ile yaklaşacaklar ve kendilerine esirgenmiş olan şeylerin çoğunu onlara sunacaklardır.

Analistlerin eğitimde etkili olma çabalarına paralel olarak, suç eğiliminin kaynağına ve önlenmesine dair başka araştırmalar da yapılıyor. Burada yine, sizleri içeriye götürmeden, sizlere sadece kapıyı açıyorum ve ardında bulunan odaları gösteriyorum. Psikanalize olan ilginize sadık kalırsanız bu konularda yeni ve değerli çok şey öğrenebileceğinize eminim. Bunun yanı sıra, eğitim konusunu hususi bir yönüne değinmeden sonlandırmamalıyım. Her eğitimin taraflı bir amacı olduğu, bu düzenin kendi içinde ne kadar değerli veya ne kadar istikrarlı olabileceği düşünülmenden, çocuğu toplumun yerleşik düzenine uygun hale getirmeye çalıştığı -hiç şüphesiz haklı olarak- söylendi. Mevcut sosyal düzendeki eksikliklere ikna olunması halinde, psikanaliz ile iş birliği yapmış bir eğitimin, bu düzenin hizmetine sunulması haklı çıkarılamaz: Toplumun hâkim taleplerinden kurtarılmış farklı ve daha yüksek bir amaç söz konusu olmalıdır. Ancak bence bu tartışma burada yersiz. Böylesi bir talep, analizin meşru işlevinin ötesine geçer. Aynı şekilde, hastanın dürüst bir adam, intihara teşebbüs etmiş biri, bir suçlu veya hayatta kalmaya değer biri olup olmadığıyla ya da yaşamasının istenip istenmediğiyle ilgilenmek, pnömoni vakasını tedavi etmesi için çağrılan bir doktorun görevi değildir. Eğitime verilmek istenen bu öteki amaç da taraflı olacaktır ve taraflar arasında bir karar vermek analistin meselesi değildir. Psikanalizin yerleşik sosyal düzendeki tutarsız amaçları beyan etmesi durumunda, eğitim üzerindeki etkilerinin reddedileceği gerçeğini tamamen bir tarafa bırakıyorum. Psikanalitik eğitim, eğer öğrencilerini isyancılara dönüştürmeye niyetlenirse, istenmeyen bir sorumluluğu kendi kendine üstlenmiş olacaktır. Ancak onları mümkün olduğunca sağlıklı ve iş bilir kişiler olarak terhis ederse işte o zaman üzerine düşen görevi yapmış olur. Psikanalizin bizzat kendi içinde zaten yeterli derecede devrimci unsur vardır ve bu unsurlar, psikanaliz ile eğitilen kişilerin daha sonraki yaşamlarında, gericiğin ve baskılamının tarafını tutmamalarını garanti eder. Hatta bence, devrimci çocuklar hiçbir açıdan arzu edilmezler.

Bayanlar ve Baylar, size bir terapi biçimi olan psikanaliz hakkında birkaç şey söylemek istiyorum. Bu meselenin teorik tarafını on beş yıl önce tartışmıştım ve bugün de başka bir şekilde formüle edemiyorum. Şimdi sizlere bu dönemdeki deneyimlerimizi anlatmam gerekiyor. Bildiğiniz üzere psikanaliz bir tedavi yöntemi olarak ortaya çıktı, sonrasında bundan çok daha fazlası oldu ancak kendi ana vatanını terk etmedi ve derinliğini artırmak ve daha da gelişmek için hala hastalarla temas halinde. Teorilerimizin köken aldığı bu birikmiş izlenimlere başka hiçbir şekilde ulaşamaz. Terapist olarak karşılaştığımız başarısızlıklar sürekli önümüze yeni görevler koymaktadır ve gerçek hayatın gerekleri, çalışmamız söz konusu olduğunda kaçınılmaz olan spekülasyonun istilasına karşı etkili bir koruma sağlamaktadır. Psikanalizin hastalara ne zaman yardım ettiğini, onlara yardım etmek için kullandığı araçları ve bunu yaparken kullandığı yöntemi uzun zaman önce tartışmıştım. Bugün ise onun ne kadar başarılı olduğunu sorgulayacağım.

Hiçbir zaman terapi heveslisi biri olmadığımı belki de biliyorsunuzdur, yani bu dersin methiyeler düzerek suistimal edilmesi gibi bir tehlike söz konusu değil. Fazla konuşmak yerine az ve öz konuşmayı tercih ederim. Tek analistin ben olduğum dönemde fikirlerime görünürde dostça yaklaşan insanlar bana şöyle derlerdi: “Bunların hepsi çok hoş ve çok zekice ancak bana analizle iyileştirdiğiniz bir vaka gösterin.” Bu, rahatsız edici yenilikleri zaman içinde bir kenara itme işlevini başarıya ulaştıran formüllerden biriydi. Günümüzde, diğerleri gibi bunun da modası geçti: Analistler de iyileşmiş olan minnettar hastalarından bir yığın mektup almaktadır. Benzerlik burada bitmiyor. Psikanaliz, tıpkı diğerleri gibi gerçekten bir tedavi yöntemidir. Onun da zaferleri vardır, keza yenilgileri, zorlukları, limitleri ve endikasyonları da. Bir keresinde, başarıları ile ilgili bir istatistik yayınlamaya cesaret edilemediği için analizin bir tedavi olarak ciddiye alınmaması gerektiğine dair bir şikâyetle bulunuldu. Bu dönemden sonra, Dr. Max Eitingon tarafından Berlin’de kurulan Psikanaliz Enstitüsü, ilk on yılının sonuçlarına dair bir bildiri yayımladı. Terapötik başarılar ne böbürlenmeyi ne de utanmayı gerektirir. Ancak bu türden istatistikler genelde yol gösterici değildir, üzerinde çalışılan malzeme öyle heterojendir ki yalnızca çok büyük sayılar herhangi bir şey ifade edebilir. Kişinin bireysel deneyimlerini incelemek daha akılcı olur. Ve burada şunu eklemeliyim ki, bizim tedavilerimizin Lourdes’inkilerle rekabet edebileceğini düşünmüyorum. Kutsal Bakire’nin mucizelerine inananların sayısı bilinçdışının varlığına inananların sayısından kat be kat fazla. Cismani rakiplere hitap edersek, psikanalitik tedaviyi diğer psikoterapi yöntemleriyle bir araya getirmiş oluruz. Günümüzde nevroitik durumları tedavi etmek için kullanılan organik fiziksel yöntemlerden bahsetmeye ise hiç gerek yoktur. Psikoterapötik bir prosedür

olarak analiz, bu özelleşmiş tıp dalında kullanılan diğer yöntemlere karşı konumlanmaz, onların değerini düşürmez ve onları dışlamaz. Kendisini psikoterapist olarak adlandırmaktan hoşlanan bir doktorun, herhangi bir tedavi yönteminin yanı sıra, vakanın özelliklerine ve elverişli ya da elverişsiz dışsal koşullara göre, hastalarında analiz yöntemini kullanmasında teorik bir tutarsızlık yoktur. Aslında teknik, tıp pratiğinde uzmanlaşmayı zorunlu kılar. Cerrahi ve ortopedi de bu nedenle ayrılmak zorunda kaldı. Psikanalitik faaliyet meşakkatli ve çok emek isteyen bir şeydir; okumak için takılan ve yürüyüşe çıktığında çıkarılan bir gözlük gibi ele alınamaz. Kural olarak, analizde bir doktor ya tamamen vardır ya da hiçbir suretle yoktur. Analizi diğer yöntemlerin yanı sıra kullanan psikoterapistler, bildiğim kadarıyla, sağlam bir analitik zeminde ısrarcı olmadılar; analizin tamamını kabul etmek yerine analizi sulandırdılar, belki de onu *zebrinden arındırdılar*. Onlar analist olarak addedilemezler. Bence bu üzücü bir şey. Ancak, bir analist ile kendisini başka tekniklerle sınırlayan bir psikoterapist arasında tıbbi bir uygulamada yapılacak iş birliği oldukça faydalı bir amaca hizmet edecektir.

Diğer psikoterapötik öğretilerle karşılaştırıldığında psikanaliz hiç şüphesiz en güçlüsüdür. Aynı zamanda en zahmetli ve en zaman alıcı yöntem olması adil ve makuldür; psikanaliz hafif vakalarda kullanılmaz. Uygun vakalarda, bu yöntemle rahatsızlıklardan kurtulmak ve analizin ilk zamanlarında umut etmeye bile cesaret edilemeyen değişiklikler meydana getirmek mümkündür. Ancak bu yöntemin kayda değer sınırları da vardır. Her tür nevrotik bozukluk psikanalizle tedavi edilebilir hale gelsin diye bazı destekçilerimin terapötik hırsları teknikteki engellerin üstesinden gelebilmek için çok çaba harcadı. Onlar analizin süresini kısaltmaya, dirençlerin üstesinden gelebilmek için aktarımı yoğunlaştırmaya ve iyileşmeyi sağlamak amacıyla hastaya tesir etmenin diğer türlerini çalışma ile birleştirmeye uğraşmışlardır. Bu çabalar kesinlikle takdire şayan ama bence nafil. Bu çabaların kişiyi analizden uzaklaştırmak ve sınırsız bir deneysel süreç içerisine çekmek gibi tehlikeleri vardır. Nevrotik her fenomenin iyileştirilebileceği beklentisi, sanırım meslekten olmayan kişilerin, nevrozların var olma hakkı olmayan oldukça gereksiz şeyler olduklarına dair inançlarından kaynaklanıyor. Hâlbuki nevrozlar kendilerini nadiren salt birkaç nöbet ile sınırlayan, genelde ise hayatın bir döneminde var olan ya da hayat boyu devam eden ağır ve yapısal olarak sabit hastalıklardır. Tarihsel olarak hastalığın nedenlerinin ve rastlantısal yardımcı faktörlerin üstesinden gelinirse, nevroza kapsamlı bir şekilde etki edilebileceğine dair analitik deneyimimiz, terapötik pratiğimizde yapısal faktörü ihmal etmemize neden oldu. Zaten bu konuda elimizden bir şey de gelmez ancak teoride bunu her zaman aklımızda tutmalıyız. Psikozların analitik tedavide radikal erişilmezlikleri,

nevrozlarla yakın akrabalıkları nedeniyle, nevrozlara dair iddialarımızı kısıtlar. Psikanalizin terapötik etkisi, bir dizi önemli ve aşılması zor unsur tarafından daraltılmıştır. En büyük başarıların beklenebileceği çocuklar söz konusu olduğunda, zorluklar, ebeveyn durumlarıyla bağlantılı dışsal zorluklardır. Sonuçta, bu zorluklar çocuk olmanın gerekli bir parçasıdır. Yetişkinler söz konusu olduğunda ise zorluklar, ilk etapta iki etkenden kaynaklanır: mevcut psikik katılığın miktarı ve daha derin belirleyici etkenlerde kamufle ettiği her şeyle birlikte hastalığın biçimi.

Bu etkenlerden ilki genellikle haksız yere gözden kaçır. Zihinsel yaşamın esnekliği ve eski koşulları yeniden canlandırma olasılığı ne kadar büyük olursa olsun her şeyin yeniden hayata döndürülmesi mümkün değildir. Bazı değişiklikler nihai görünür ve miadı dolmuş bir süreçten sonra oluşan yara izlerine karşılık gelir. Diğer durumlarda ruhsal yaşamda genel bir sertleşme izlenimi ediniriz; istikametlerini öteki yollara kolayca döndürebileceğimiz psikik süreçler, eski yolları terk etme yeteneğini kaybetmiş gibi görünürler. Farklı bir açıdan bakılırsa bu belki de biraz önce bahsettiğim şeyle aynıdır. Çoğu zaman, kişinin değişimi gerçekleştirmesini engelleyen şeyin sadece tedavinin gerekli güdüleme gücünden yoksunluğu olduğuna inanırız. Özel bir bağımlılık, özel bir dürtü bileşeni, harekete geçirmeye çalıştığımız karşıt güçlerle kıyasla çok daha fazla güçlüdür. Bu genellikle psikozlar için geçerlidir. Psikozları manivelanın uygulanması gereken noktayı bilecek kadar iyi anlıyoruz ancak onlar ağırlığı kaldıracak yetiye sahip değiller. Gerçekten de gelecek için umut, hormonların işleyişine dair bilginin (bunların ne olduğunu biliyorsunuz) hastalıkların nicel faktörleriyle başarılı bir şekilde mücadele etme yollarını sunma olasılığında yatıyor ancak biz bugün hala o güne çok uzaktayız. Tüm bu konulardaki belirsizliğin, analizin tekniğini ve bilhassa aktarımı mükemmelleştirmeye yönelik sürekli bir teşvik sağladığının farkındayım. Özellikle analiz yapmaya yeni başlayanlar, bir başarısızlık durumunda, vakaya dair özellikleri mi yoksa terapötik prosedürü beceriksizce ele almalarını mı suçlayacakları konusunda şüpheye düşer. Ama daha önce de söylediğim gibi, bu yöndeki çabalarla pek bir şey başarılabilirliğini düşünmüyorum.

Analitik başarılar üzerindeki ikinci sınırlamaya hastalığın biçimi neden olmaktadır. Analitik terapinin uygulama alanının aktarım nevrozlarında, fobilerde, histeride, obsesyonel nevrozda ve dahası bu hastalıkların yerine geliştirilmiş karakter anormalliklerinde yattığını zaten biliyorsunuz. Narsistik ve psikotik durumlar da dâhil olmak üzere bunların dışındaki hiçbir şey, analitik tedaviye şu ya da bu ölçüde uygun değildir. Bu türden vakaları dikkatlice eleayarak başarısızlıklara karşı önlem almak tam anlamıyla akılcı olacaktır. Bu önlem, analiz istatistiklerinde büyük bir gelişmeye yol açacaktır. Ancak burada gizli bir tehlike var. Bizim tanılarımız

sıklıkla sonradan konulur. Bu durum Victor Hugo'da okuduğum, İskoç Kralı'nın cadı testine benziyor. Bu kral, bir cadıyı tanımak konusunda şaşmaz bir yöntemle sahip olduğunu ilan eder. Kadınları bir kazan dolusu kaynar suyun içine atar, onları haşlar ve sonra suyunun tadına bakar. Daha sonra ise: "Bu bir cadıydı" ya da "Hayır, bu bir cadı değildi" der. Biz de benzer bir durumdayız fakat tek farkla: bizim örneğimizde zarara uğrayan kişi *biziz*. Tedaviye gelmiş olan hastayı (ya da aynı şekilde eğitim için gelmiş olan adayı) birkaç hafta veya birkaç ay boyunca analitik olarak çalışana kadar yargılayamayız. Aslında malı görmeden satın alıyoruz. Hasta, kesin bir teşhise açık olmayan, belirsiz genel şikâyetlerle gelir. Bu test sürecinden sonra vakanın uygun bir vaka olmadığı ortaya çıkabilir. Bu kişi bir adaysa onu göndeririz ama bu kişi bir hasta ise, o zaman vakayı daha uygun bir şekilde inceleyebilme şansını yakalayabilmek için hastayı bir süre daha görmeye devam ederiz. Hasta, bizden intikamını başarısızlıklar listemizi kabartarak alır. Geri çevrilen aday, eğer paranoyaksa, bunu psikanaliz üzerine kitaplar yazarak yapar. Gördüğünüz gibi önlemlerimiz işe yaramadı.

Bu detaylı tartışmaların ilginizi tüketmesinden çekiniyorum. Ama bir terapi olarak psikanalize olan itibarınızı olumsuzlaştırma niyetinde olduğumu düşünmeniz beni daha da çok üzer. Belki de gerçekten beceriksizce bir başlangıç yaptım. Çünkü tam tersini yapmak istedim: Analizin terapötik sınırlarını, kaçınılmazlıklarına dikkat çekerek, mazur görmek. Aynı amaçla başka bir noktaya dönüyorum: Analitik tedavinin orantısız bir şekilde uzun sürmesine dair suçlamaya. Doğrusu, psişik değişiklikler yavaş bir şekilde gerçekleşir. Bu değişikliklerin hızlı ya da aniden gerçekleşmesi kötüye işaretir. Oldukça şiddetli bir nevrozun tedavisinin birkaç yıla yayılabileceği doğrudur ancak bu yöntemle iyileştirilmeseydi, hastalığın ne kadar süreceğini siz düşünün. Muhtemelen her tedavi yılına karşılık on yıl: Yani hastalık, (tedavi edilmemiş vakalarda sıkça gördüğümüz gibi) hiç bitmeyecekti. Bazı durumlarda, yıllar sonra bile bir analiz tekrar başlayabilir. Hayat, yeni meselelere karşı yeni patolojik reaksiyonlar geliştirmiştir ama hastamız bu süre zarfında gayet sağlıklıdır. İlk analiz aslında tüm patolojik eğilimleri gün ışığına çıkaramamış diyebiliriz ancak başarı elde edildiğinde analizin durdurulması da gayet doğaldır. Hayatları boyunca analitik gözetim altında tutulan ve zaman zaman tekrar analize alınan ağır dezavantajlı insanlar da vardır. Aksi halde bu insanlar hiç var olamayacaklardı. Dolayısıyla bu bölüm pörçük ve yinelenen tedaviyle onları ayakları üzerinde tutabildiğimiz için mutlu olmalıyız. Karakter bozukluklarının analizi de uzun bir tedavi süresi ister ancak bu tedavi genellikle başarıya ulaşır. Böylesi bir göreve ucundan yaklaşabilecek başka bir terapi biliyor musunuz? Bu tür sonuçlar terapötik hırsa sahip kişileri tatmin etmeyebilir

fakat, tüberküloz ve lupus örneklerinden öğrendiğimiz gibi, başarı ancak terapi, hastalığın özelliklerine göre uyarlanırsa elde edilir.

Psikanalizin bir terapi olarak başladığını söylemiştim fakat sizlerin dikkatini onun bir terapi olmasına değil, içerdği gerçeklere, her şeyden önce insanın doğasına dair bize sağladığı bilgilere ve en farklı faaliyetlerin arasında ortaya çıkardığı bağlantılara çekmek istiyorum. Psikanaliz bir terapi olarak pek çok yöntemden birisidir ve kuşkusuz *primus inter pares*'dir¹. Psikanaliz, terapötik bir değeri olmasaydı keşfedilemezdi ve aynı şekilde hastalarla ilgilenmeseydi otuz yıldan fazla bir süredir gelişmeye devam edemezdi.

Çeviren: Tuba Alkan

1 Eşitler arasında birincisi. [ç.n.]

Sonlu ve Sonsuz Analiz

(1937c)

1. Bölüm

Deneyim, psikanalitik terapinin, yani birini nevrotik semptomlarından, ketlenmelerinden ve karakter anomalilerinden azat etmenin, zaman isteyen bir iş olduğunu bize öğretti. Bu sebeple, en başından beri analizlerin süresini kısaltmak adına girişimlerde bulunuldu. Bu tür uğraşlar, kendini gerekçelendirmeye ihtiyaç duymadılar. Oysa kendilerini en mantıklı ve amacına uygun gerekçelere dayandırabilirlerdi de. Fakat büyük olasılıkla onlar, bir zamanların tıp biliminin, nevrozları gözle görülmeyen hasarların füzuli sonuçları olarak değerlendirmesindeki gibi sabırsız bir küçümsemeden arda kalanların etkisi altındaydı. Eğer bu hasarlarla bu dönemde uğraşmak zorunda kalsalardı, yalnızca olağanca hızıyla onlardan kurtulmayı isterlerdi. Bu doğrultudaki bilhassa azimli bir işe Otto Rank, *Das Trauma der Geburt*¹ (1924) adlı kitabını takiben girişmiştir. Nevrozun esas kaynağının, anneye olan “kökensel fiksasyonun [*Urfiksierung*]” aşılma ve akabinde “kökensel bastırma [*Urverdrängung*]” olarak devam etme ihtimaline yol açan doğum olayı olduğunu varsaydı. Rank, bu kökensel travmanın sonradan tamamlanan analizi sayesinde bütün bir nevrozun bertaraf edileceğini umdu. Böylece bir gıdım analiz geriye kalan bütün bir analitik çalışmadan tasarruf ettirecek ve birkaç ay bu çalışmayı başarmaya yetecekti. Rank’ın argümanının cürekâr ve akılcıca olduğu tartışılmaz ama bu argüman ince eleyip sık dokuyan bir sınamaya tabi tutulmadı. Dahası, onun bu girişimi kendi zamanının ürünüydü; Avrupa’daki savaş-sonrası sefalet ve Amerika’daki “*prosperity*”² arasındaki çelişkinin etkisi altında tasarlanmıştı ve analitik terapinin hızını Amerikan tarzı hayatın acelesine

1 Doğum Travması.

2 Refah. (ç.n.)

uydurmaya niyetliydi. Rank'ın planının uygulamasının hasta vakalarda neler başar-
dığını pek duymadık. Muhtemelen, bir evdeki devrilen bir gaz lambasından çıkan
yangına koşan itfaiyenin, yangının çıktığı odadan lambayı uzaklaştırmakla yetindiği
bir durumdan daha fazlasını başaramamıştır. Şüphesiz, söndürme eylemindeki ha-
tırı sayılır bir kısaltma ancak bu şekilde becerilebilirdi. Rank'ın girişiminin teori ve
pratiği artık geçmişte kalmıştır, anlayacağınız Amerikan "*prosperity*"sinin" bizzat ken-
disinden bir farkı kalmamıştır.

Bizzat ben, henüz savaş başlamadan önce analitik tedaviyi hızlandırmanın bir
başka yolunu denedim. Bir zamanlar, özel doktor ve bakıcı eşliğinde Viyana'ya gelmiş
olan, bolluk içinde şımartılmış genç bir Rus'un³ tedavisini üstlenmiştim. Bu adam,
tam bir çaresizlik içindeydi. Tedavisinde, hastanın özgüveninin büyük bir bölümünü
ona geri kazandırmaya, yaşama ilgisini uyandırmaya ve onun için önemli olan insan-
larla ilişkilerini yoluna koymaya birkaç yıl içerisinde muvaffak olursa da sonrasında
ilerleme durdu. İleri dönemlerde yaşadığı hastalığı çocukluk nevrozunun üzerine ku-
rulmuştu. Fakat bu nevrozun aydınlatılması devam etmedi. Hastanın kendi bir za-
manki durumunu olağanca rahatlığıyla algıladı ve onu tedavinin sonuna yaklaştı-
racak adımı atmak istemediği açıkça anlaşıyordu. Tedavinin kendi kendini ketlediği
bir vakaydı; tedavi tam da kendi -kısmi- başarısından başarısız oluyordu. Ben de bu
vaziyetteyken, kahramanca bir çareye tutunarak tedaviye bitiş tarihi koydum. Çalı-
şma sezonunun başında, bu önümüzdeki yılın, tedavinin son yılı olacağını hastaya
söyledim; bu süre zarfında kat edeceği yola aldırmaksızın bu böyle olacaktı. İlk ola-
rak bana inanmadı ama niyetimdeki mutlak ciddiyete kani olduktan sonra ondaki
arzu edilen dönüşüm ortaya çıktı. Dirençleri kırıldı ve bu son aylarda tüm hatırala-
rını yeniden üretebildi. Bir zamanki nevrozunun anlaşılması ve şimdiki nevrozunun
üstesinden gelinmesi için gerekli görünen tüm bağlantıları tespit edebildi. 1914 ya-
zının ortasında, beni bıraktığında, bizi bekleyen olaylara ne kadar da yakın olduğu-
muzdan habersiz bir şekilde onu kökten ve daimi olarak iyileştirdiğimi düşündüm.

Vaka tarihçesine yaptığım bir ekte bu varsayımımın doğru çıkmadığını çoktan
belirtmiştim. Savaşın sonuna doğru parasız pulsuz bir mülteci olarak Viyana'ya geri
geldiğinde aktarımın halledilmemiş bir parçasının üstesinden gelmede ona yardım
etmeliydim. Bu birkaç ay aldı ve savaşın onu vatanından, mülkünden ve aile ilişkile-
rinden etmiş olmasına rağmen hastanın normal hissettiği ve makul davrandığı ilanı

3 Hastanın izni ile yayımlanmış olan Bir Çocukluk Nevrozunun Tarihçesine bakınız (1918b). Bu
genç adamın erişkin dönem hastalığı burada detaylıca aktarılmaz. Aksine, sadece hastalığın çocukluk
nevrozu ile bağlantısı bu erişkinlik hastalığına değinmeyi mutlak suretle zorunlu kıldığında bu
yapılır.

ile yaptığım eklemeyi bitirebildim. On beş yıldan beridir bu yargım beni yalancı çıkarmadı ama bazı kısıtlamaları da gerekli kıldı. Hasta Viyana'da kaldı ve kendini ancak mütevacı bir sosyal pozisyonda tutabildi. Ama bu dönemde birçok kere bozulan hastanın iyi hissetme hali, onun yaşam boyu süren nevrozunun sızıntıları olarak yorumlanabilecek hastalık sırayetlerinden ibaretti. Öğrencilerimden biri olan Bayan Dr. Ruth Mack Brunswick'in hüneri, bu atakları her seferinde kısa bir tedaviden sonra sonlandırabildi. Umarım ki kendisi yakında bu deneyimlerini anlatacaktır. Bu nöbetlerden bazılarında aktarımdan arda kalanlar hala söz konusu olmuştur. Böyle olduğunda da bu nöbetler, geçici de olsalar, açıkça paranoyak bir karakter ile tanımlanır haldeydiler. Yine de diğer ataklarında, patojen malzeme çocukluk hikâyesinin parçalarından oluşmaktaydı. Bunlar, benimle olan analizde yüzeye çıkmamıştı ve şimdi -burada bir karşılaştırma yapmaktan kaçınılamaz- bir ameliyat sonrasındaki dikiş yeri ya da geriye kalan ölü kemik parçacıkları gibi oradalardı. Bu hastanın iyileşme öyküsünü hastalık öyküsünden daha az ilgi çekici bulmadım.

Bitiş tarihi koymayı, sonrasında başka durumlarda da kullandım ve başka analistlerin tecrübelerini de dikkate aldım. Bu insafsız kuralın değerine dair bir yargı şaibeli olmamalı. Bitiş tarihi koymak etkilidir, yeter ki bunun için doğru zaman kararlaştırılsın. Öte yandan bitiş tarihi koymak, bu işin büsbütün tamamlanmış olacağının garantisini veremez. Bilhassa şundan emin olabiliriz ki bir taraftan malzemenin bir bölümü bu gözdağının itirmesiyle erişilebilir olurken diğer taraftan öteki bölümü geri basacak ve böylece adeta gömülerek terapötik uğraşları boşa çıkaracaktır. Bitiş tarihi bir kez koyulduktan sonra uzatılmamalıdır, yoksa hastanın tedavinin seyrine olan inancı sarsılır. Tedavinin başka bir analist ile devam etmesi hasta için sonraki çıkar yol olabilir; bir taraftan da böyle bir değişimin yeni bir zaman kaybı ve çoktan sona ermiş çalışmanın meyvelerinden feragat etme anlamına geldiği pek tabii bilinir. Hastaya dayatılan bu teknik araca analistin başvurma için doğru zamanın ne zaman olduğu ile ilgili genelgeçer bir kural verilemez; karar analistin sezgisine bırakılır. "Aslan yalnız bir defa sıçrar" atasözü bu duruma uygundur.

2. Bölüm

Analizin yavaş ilerleyen seyrinin nasıl hızlandırılabilceği gibi teknik bir meselenin münazarası, bizi bir başka soruya, bu mesele ile daha derinden alakadar olan bir soruya yöneltir: Bir analizin doğal bir sonu var mıdır? Bir analizi böyle bir sona götürmek bir şekilde mümkün müdür? Analistler arasında böyle bir koşulun varlığını destekleyen bir dilin kullanıldığı görülür çünkü analistleri kendi çevrelerinden bir

insanoğlunun kusurundan sıklıkla müteessir ve af diler bir halde bahsederken duyarız: “Onun analizi bitmedi.” ya da “O sonuna kadar analiz edilmedi.”

Öncelikle, birçok anlama gelebilecek bir söz öbeği olan “bir analizi sonu” ile ne kastedildiği üzerinde hemfikir olunmalıdır. Pratikte bunu söylemek kolaydır. Analist ve hasta analitik bir çalışma seansı için artık buluşmadıklarında analiz sonlandırılmış olur. Analist ve hasta, iki koşul az çok tamamlandığında bunu yapacaklardır. Bunlardan ilki, hasta artık semptomlarından muzdarip değildir ve kaygılarının üstesinden geldiği gibi ketlenmelerinin de üstesinden gelmiştir. İkincisi ise, analist hastada birçok bastırılmış malzemenin bilinçli hale geldiğine, birçok anlaşılamaz şeyin açıklandığına, birçok içsel direncin mağlup edildiğine ve böylece söz konusu patolojik seyrin tekrarından korkmaya gerek olmadığına karar verir. Kişi, bu hedefe erişmekten bazı dışsal zorluklar yüzünden alıkonulmuşsa, sonlanmamış bir analizdense tamamlanmamış bir analizden bahsetmek daha iyi olur.

Bir analizin “sonunun” öteki bir anlamı ise çok daha iddialı bir anlam. Bu anlam dâhilinde, analizin, hasta üzerindeki etkisinin ulaştığı seviye sorgulanmaktadır ve bu söz konusu seviye öyle ileri bir seviye olmalıdır ki bu seviye itibarıyla analizin devam ettirilmesi artık daha fazla bir değişim vaat edemeyecektir. Bu anlama göre, hastanın tüm bastırmalarının çözümlenmesi ve anılarındaki boşlukların doldurulması az çok başarıldığında, bu analiz sayesinde hasta, sanki mutlak bir psişik normallik mertebesine ve hatta istikrarını bizzat koruma becerisine sahip olduğuna dahi inanabileceğimiz bir mertebeye erişebilecektir. Öncelikle, bunun gerçekten de böyle olup olmadığına dair tecrübemizi, ardından da bunun olası olup olmadığı üzerine düşünerek teoriyi sorgulamalıyız.

Her analist, bazı vakaları sevindirici bir netice ile tedavi etmiş olacaktır. Mevcut nevrotik rahatsızlığın mağlubiyetinde başarı sağlanmış, rahatsızlık geri dönmemiş ve başka bir tanesiyle de yer değiştirmemiştir. Bu başarının belirleyicilerine dair hiçbir sezgimiz yok değil. Hastanın egosu fark edilir şekilde değiştirilmemiştir ve rahatsızlığının etiyojisi esasen travmatiktir. Bütün nevrotik rahatsızlıkların etiyojisi pekâlâ bir karışımından ileri gelir: Ya aşırı güçlü dürtüler, yani egonun onları ehlileştirilmesine karşı direngen dürtüler söz konusudur ya da olgunlaşmamış egonun efendilik taslayamadığı, erken zamanlı, yani vaktinden evvel travmaların etkisi söz konusudur. Genelde, iki faktörün kombinasyonunun bir etkisidir: yapısal ve tesadüfi. İlki ne kadar şiddetliyse travma da o kadar fiksasyona yol açacaktır ve ardında bir gelişim bozukluğu bırakacaktır. Travma ne kadar şiddetliyse, normal dürtüsel koşullarda dahi, o kadar yüksek bir kesinlikle zararlı etkilerini dışa vuracaktır. Travmatik etiyojoloji, muhakkak, analiz edilmeye açık ara çok daha elverişli bir fırsat sunar.

Yalnızca ziyadesiyle travmatik bir vakada analiz, ehli olduğu işi, yani geçmişteki yetersiz hükümlerini güç kazanan bir ego sayesinde doğru edimlerle değiştirme işini yapacaktır. Ancak böyle bir vakada kati olarak sonlandırılmış bir analizden bahsedilebilir. Burada analiz üzerine düşeni yapmıştır ve devam etmesine gerek yoktur. Bu şekilde tedavi edilmiş bir hasta, tekrar analizden geçmesini gerektirecek bir rahatsızlığı bir daha asla üretmediğinde, bu bağışıklığının ne kadarını çetin sınavlardan onu koruyan bir kaderin ona tanıdığı bir iltimas olarak değerlendirebiliriz bilemiyorum.

Yapısal dürtü kuvveti ile egonun bir savunma savaşında geçirdiği uygunsuz değişim -ki bunu yerinden olma ve kısıtlanma manalarında kullanıyorum- analizin etkisine ters düşen iki faktördür ve bu faktörler sürdükçe analizi sonlandırabilme işi uzar da uzar. İlkinin yani dürtü kuvvetini, diğerinin, yani ego değişiminin terbiyesinden sorumlu tutmayı deneyenler var. Fakat bu ikisinin de kendilerine ait etiyojileri olduğu artık açık hale geldi. Aslında buradaki ilişkilere henüz yeterli derecede hâkim olmadığımızı kabul etmeliyiz. Bu şeyler, daha yeni yeni analitik çalışmanın birer nesnesi haline geliyorlar. Bana öyle geliyor ki bu alanda, analistlerin ilgisi tamamen yanlış bir doğrultuda. Analiz sayesinde bir iyileşmenin nasıl olduğunu araştırmak yerine -ki ben bunun yeterince aydınlatılmış olduğunu görüyorum- analitik iyileşme yolunda hangi engellerin durduğuna dair sorular yükselmelidir.

Tam da bu noktada, analitik uygulamanın tam göbeğinden çıkagelen ve takip eden vakaların da bize örnekleyeceği iki sorunu ele almak istiyorum. Büyük bir başarıyla kendi kendini analiz etmekte olan bir adam, erkekler ve kadınlar ile olan ilişkisinin (ona rakip olan erkekler ve onun sevdiği kadınlar) nevrotik ketlenmelerden bağımsız olmadığı yargısına varmış ve böylece kendini, kendisine üstün olarak gördüğü bir başka erkeğin analitik nesnesi yapmış. Adamın kendiliğine dair bu çok önemli aydınlanmasının başarılı bir sonucu olmuş. Sevdiği kadınla evlenmiş ve rakibi olarak varsaydığı erkeklerin arkadaşı ve öğretmeni olmuş. İlk analisti ile olan ilişkisinin hala saf kaldığı birçok yıl böylece geçmiş. Neden sonra ortada herhangi bir dışsal saik olmadan bir rahatsızlık ortaya çıkmış. Analiz edilen adam, analistine karşı muhalif olmuş ve kendisine tastamam bir analiz verememekle onu suçlamış. Oysaki bir aktarım ilişkisinin asla hep pozitif şekilde seyretmeyeceğini bilseydi ve bunu hesaba katmak zorunda olsaydı, negatif aktarım ihtimallerini kendine dert edebilirdi. Analist analiz süresince herhangi bir negatif aktarım emaresi fark etmediğini söyleyerek kendini savunmuş. Ama diyelim ki negatif aktarımın bazı işaretlerini gözden kaçırmış olsa dahi -ki o zamanlardaki analize dair sınırlı bakış açımızı göz önüne aldığımızda bu ihtimal elenmemiş olur- analistin, hastada o güne dek henüz aktif olmamış bir konuyu ya da bizim tabirimizle kompleksi, sadece işaret

ederek harekete geçirmeye yetenekli olup olmadığı meselesi hala şüphe barındırır. Bunu harekete geçirmek, kuşkusuz, analist tarafından gerçek anlamıyla çok da arkadaşça olmayan bir eylemi gerektirir. Dahası, analiz sürecinde ve sonrasında, analist ve hasta arasındaki her iyi ilişki aktarım olarak kabul edilmemelidir. Yani öyle arkadaşça ilişkiler vardır ki gerçeklikten köklerini almışlardır ve ileride de yaşamaya devam edeceklerini ispatlarlar.

Şimdi, benzer bir sorundan kaynaklanan ikinci örneğime geçiyorum. Evlenmemiş ve artık yaşını da almış bir kadın, bacağındaki şiddetli ağrılar yüzünden yürüyememesi sebebiyle ergenliğinden beri hayattan kopuk bir halde yaşıyordu. Onun bu durumu, bariz bir histerik tabiata sahipti ve birçok tedaviye meydan okumuştı. Yılın dokuz ayını içeren bir analiz, bu sorunu ortadan kaldırmış ve bu mükemmel ve değerli hastaya yaşamın bazı alanlarındaki haklarını geri sunmuştu. İyileşmesini takip eden yıllarda ise bu kadın pek çok talihsizlikle karşılaşmıştı. Ailesinde felaketler meydana gelmiş, ekonomik kayıplar olmuş ve yaşı da arttıkça mutluluğu aşk ve evlilikte bulma umutları zamanla suya düşmüştü. Fakat bir zamanlar hasta olan bu kadın tüm bunlara göğüs germiş ve zor zamanlarında ailesine destek olmuştu. Tedavinin sonlanmasından on iki yıl sonra mı yoksa on dört yıl sonra mı tam olarak bilmiyorum, bu kadın aşırı bir kanama nedeniyle jinekolojik muayeneden geçmek zorunda kalmış. Rahminin tamamını aldırmasını gerekli kılan bir miyom bulunmuş. Bu ameliyattan sonra kadın tekrar hasta olmuş ve sonrasında da ameliyatı yapan cerrahına âşık olmuş. İçindeki korkutucu değişikliklere dair mazoşistçe fantezilerle acısına acı katıp kendi aşk romanını bu fantezilerle bezemiş ve böylece yeni bir analiz girişimine kendini kapamıştı. Bu kadın, hayatının sonuna kadar bir daha hiç normal olamamıştı. Başarılı olan analitik tedavi artık yıllar öncesinde kalmıştı ve biz ondan daha fazlasını umamazdık. Bu olay, benim analist olarak çalışmamın daha ilk yıllarında yaşanmıştı. Hastanın ikinci rahatsızlığı şüphesiz ki başarı ile tedavi edilen ilki ile aynı kaynaktan fırlamıştı ve analizin sadece kısmen çözebildiği aynı bastırılmış dürtülerin farklı dışavurumları olma ihtimali çok yüksekti. Ama bu yeni travma olmasaydı nevrozun tekrar patlak vereceğine inanmazdım.

Benzeri birçok vaka içerisinde kasti olarak seçilmiş bu iki örnek, konumuza dair tartışmayı alevlendirmeye yetecektir. Kuşkucular, iyimserler ve hırslılar bu iki örneği tamamen farklı şekillerde değerlendireceklerdir. İlk grup, bu örneklerin kanıtladığı şeyin sadece, yolunda gitmiş bir, analitik tedavinin bile iyileşen hastayı başka bir nevrozdan, hem de bizzat aynı dürtüsel kökenden ortaya çıkan bir nevrozdan, yani aslında o eski acılarına geri dönmekten koruyamaması olduğunu söyleyecektir. Diğerleri bu kanıtı saymayacaktır. Onlar, bu iki tecrübenin de analizin yirmi veya otuz

yıl önceki erken dönemlerinden kaynaklandığına itiraz edeceklerdir. O zamandan bu yana, bu konudaki idrakimiz hem derinleşmiş hem genişlemiş hem de yeni keşiflerle birlikte tekniğimiz değişmiştir. Diyeceklerdir ki, bugün artık, bir analitik tedavinin kalıcılığını kanıtlamasını ya da en azından tekrardan hastalanmanın, geçmişte ortaya çıkmış dürtü kökenli rahatsızlıkların yeni biçimlerde canlanmış hali olmamasını bir analizden talep edebiliriz ve bekleyebiliriz. Ancak deneyimimiz, terapi yöntemlerimiz üzerindeki hakları bu kadar hassas bir şekilde kısıtlamayı bize dayatmamaktadır.

Bu iki gözlemi tercih etmemin sebebi, elbette ki, bunların çok uzakta kalmış olması. Bir tedavi ne kadar yakın zamanda başarılı olduysa, o başarılı örnek bizim tartışmamız için o kadar uygunsuz olur çünkü bu iyileşmenin gelecekteki yazgısını önceden görebilme olasılığımız ortadan kalkar. İyimserlerin beklentileri açıkça, tam da aşikâr olmayan birtakım şeyleri varsayıyor. Bunlardan ilki, bir dürtü çatışmasını sonsuza dek kesinkes halledebileceklerine dair beklentileridir. İkincisi, birindeki dürtü çatışması tedavi edilirken o kişiyi diğer benzer çatışma ihtimallerine karşı deyim yerindeyse aşılatabileceklerine dair inançlarıdır. Üçüncüsü ise, önleyici bir tedavi uğruna o esnada herhangi bir emare ile kendini ele vermemiş patojen bir çatışmayı uyardırma gücüne sahip olabileceklerini farz etmeleridir. İşte tüm bu üç şeyin pek tabii mümkün olması ve böyle yapmanın akıllıca olması gibi birtakım şeylerden bahsediyorlar... Bu soruları, şimdi yanıtlama niyetim olmadan ortaya atıyorum. Belki de şu anda onlara kesin yanıtlar vermek hiç de mümkün değildir.

Teoriye dair yürütülen fikirler, bizi büyük olasılıkla daha çok yol kat etmeye götürecektir. Ama başka bir şey var ki onu artık çoktan biliyoruz: Analitik tedaviye dair ileri düzeydeki taleplerimizin gerçekleşmesine giden yol ne sürenin kısalması ile ne de o istikametten geçerek varılan bir durak ile son bulur.

3. Bölüm

Artık birkaç on yılı aşmış olan analitik deneyim ve icra ettiğim işimin yol yordamındaki farklılaşma, ortaya konulan bu soruların yanıtını aramam için beni cesaretlendirdi. Eskiden, haliyle çabucak bir sonuç almak için sıkıştıran pek çok hasta ile çalıştım. Son yıllarda ise eğitim analizleri ile daha ağırlıklı olarak meşgul oldum. Bu esnada, nispeten az sayıdaki ağır seyreden vakalar tedavilerine benimle devam etti ama yine de bu tedaviler kısa veya uzun aralar nedeniyle kesintilere uğradı. Mevzu-bahis bu vakalarla terapötik hedef başka bir şeye dönüştü. Tedavi sürecinin kısaltılması artık dikkate alınmaz oldu. Buradaki gaye, hastalık ihtimallerini artık temelden tüketmeyi ve hastayı kökünden değiştirmeyi sağlamaktan ileri geliyordu.

Analitik terapinin akibetinin ölçütü olarak kabul ettiğimiz üç etkeni sıralayalım: Rüyaların etkisi, yapısal dürtü kuvveti, ego değişimi. Bunlardan sadece ikincisi, yani dürtü kuvveti bizi bu noktada ilgilendiriyor. Bir sonraki fikir yürütmemiz, yapısal (ya da doğuştan) sıfatını kullanmanın getirdiği kısıtlayıcılığın çok gerekli olup olmadığı konusunda bizi şüphede bırakacaktır. Yapısal etken en başından beri ne kadar belirleyici olursa olsun, yine de yaşamımızda sonradan sahneye giren bir dürtü kuvvetinin hala onunla aynı etkileri göstermesi de akla uygundur. Öyleyse formül yeniden düzenlenmelidir: *yapısal* dürtü kuvveti yerine *o anki* dürtü kuvveti. Sorularımızdan ilki şuydu: “Dürtünün ego ile olan çatışmasını veya patojen bir dürtünün egodan talebini kalıcı ve kesin olarak ortadan kaldırmak mümkün müdür?” Yanlış anlaşılmaktan kaçınmak amacıyla “dürtü talebini kalıcı olarak ortadan kaldırma” tabiri ile kastedileni daha detaylı anlatmak muhtemelen fuzuli olmayacaktır. Belli ki kastedilen, talebi yok ederek bir daha asla ondan ses gelmemesini sağlamak değildir. Bu genelde imkânsızdır ve zaten hiç de arzu edilen bir şey değildir. Hayır, kastedilen aksine başka bir şey, kabaca dürtünün “ehlileştirilmesi” olarak adlandırılabileceğimiz bir şeydir. Bu demek oluyor ki dürtü, egonun ahengi içine tamamen dâhil edilir, egodaki diğer eğilimlerden gelen tüm etkiler için artık erişilebilir olur ve artık tatmin peşindeki kendine has o yoldan gitmez. Eğer bize hangi yöntem ve araçlarla bunun meydana geldiği sorulursa, buna bir yanıt bulmak kolay olmayacaktır. O kimselere şu söylenmelidir: “*So muss denn doch die Hexe dran!*”⁴ - yani cadı metapsikolojisi. Metapsikolojik spekülasyon ve kuramlaştırma olmadan -az kalsın fantezi kurma diyecektim- buradan bir adım ileri gidilmez. Ne yazık ki, yine burada da, cadının verdiği malumatlar ne çok anlaşılır ne de çok ayrıntılı. Birincil ve ikincil süreçler arasındaki zıtlığa dair yalnızca bir ipucumuz var, gerçi o da paha biçilemez bir ipucu. Bu zıtlığa burada değinmek istiyorum.

Şimdi ilk sorumuza geri dönecek olursak, yeni bakış açımızın kaçınılmaz bir şekilde belli bir yargıyı bize kabul ettirdiğini fark ederiz. Soru, bir dürtü çatışmasını kalıcı ve kesin olarak halletmenin, yani dürtü talebini böyle bir yolla terbiye etmenin, mümkün olup olmadığı idi. Bu sorulan soruda, dürtü kuvvetine hiç mi hiç değinilmiyor ama çıkış yolu tam da onlara bağlı. Nevrotiklerdeki analizin, sağlıklı insanların analizin yardımı olmadan üstesinden geldiklerinden daha farklı bir şeyi başarmadığı varsayımından yola çıkalım. Fakat bu sağlıklı olanlarda, günlük deneyim, her bir dürtü çatışmasının çözümünün sadece belli bir dürtü kuvveti için geçerli olduğunu bize öğretiyor. Daha doğru şekilde söyleyecek olursak, yalnızca dürtü kuvveti ve ego

4 Goethe'nin meşhur eserinde Faust, buna hiç gönüllü olmasa da gençlik arayışında Cadı'nın yardımı başvurur: “Öyleyse Cadı (yardım için) çağırılmalı.” Goethe, Faust, Perde 1, Sahne 6. (ç.n.)

kuvveti arasındaki belli başlı bir ilişki için geçerli olduğunu...⁵ İster hastalıkla ister tükenmişlik ile veya benzeri bazı sebeplerle olsun, eğer ki ego kuvveti azalır, o zaman şimdiye kadar mutlu mesut ehlileştirilmiş dürtülerin hepsi yeniden hak iddia edebilir ve anormal yollarla ikame tatminlerini elde etmek için didinebilirler.⁶ Bu iddianın reddedilemez kanıtını gece görülen rüyalarda illa bulursunuz. Bu rüyalar, dürtü taleplerinin uyanmasıyla egonun uyku düzenine tepki gösterirler.

Öteki taraftaki malzeme ise eşit derecede belirsizdir. Bireysel gelişim süreci boyunca tam iki defa belli dürtülerin bilhassa pekiştirildiğini görürüz. Bunlar, ergenlik ve kadınlardaki menopoz dönemleridir. Evvelinde nevrotik olmayan kişilerin bu dönemlerde nevrotikleştiğini görmekten bizim için en ufak bir şaşırtıcılığı yok. Dürtüler o kadar da kuvvetli değilken ehlileştirilmeleri mümkün olabilir ama güçlendiklerinde bu artık yapılamaz olur. Bastırmalar, suyun basıncına karşı duran barajlar gibi davranırlar. Tesadüfi etkiler, daha düzensiz bir biçimde ve hayatın başka dönemlerinde bu iki fizyolojik dürtü pekişmesinin etkilerinin bizzat aynısına mahal verirler. Taze travmalarla, zorunlu yoksunluklarla veyahut da dürtülerin birbirlerine karşılıklı etkisi ile dürtü pekişmeleri meydana gelir. Sonuç her defasında aynıdır ve hastalığa yol açan nicel etkenlerin karşı konulamaz gücünü artırır.

Burada, sanki bu ağırkanlı açıklamalarımın ötürü utanmalıyım gibi bir izlenim ediniyorum çünkü zaten açıklamalarımın öne sürdükleri yıllardır bilinen ve kendiliğinden olan şeyler. Gerçekten de her zaman güya bunları biliyormuşuz gibi davrandık. Yine de teorik fikirlerimizde dinamik ve topografik yaklaşımlarımıza atfettiğimiz değerin aynısını ekonomik bakış açısına da isnat etmeyi ihmal ettik. Bu sebeplerdir ki bu ihmali hatırlatmaya karar verdim.

Fakat sorumuza bir yanıt getirmeden önce, muhtemelen onun lehinde bir çıkarıma ulaşma eğiliminde olduğumuz gerçeğinden gücünü alan bir itirazı gözden geçirmeliyiz. Bu itiraz, tüm savlarımızın ego ve dürtü arasındaki kendiliğinden süreçlerden türediğini söyler ve analitik terapinin uygun ve normal koşullar altında kendiliğinden olagelmeyen hiçbir şeyi yapamayacağını varsayar. Ama bu gerçekten de böyle midir? Bizim teorimizin iddiası tam olarak da analizin egoda kendiliğinden şekilde ortaya çıkamayacak bir durumu ürettiği ve bu yaratılmış yeni durumun analiz edilmiş ve

5 Daha özenli bir düzeltmede: Belli limitler aralığındaki bir ilişki için.

6 Bu bizi etiyolojik taleplerin haklı çıkarılmasına götürüyor. Bunlar, fazla çalışma ve çok etkisi gibi bazı özgül olmayan etkenlerdir. Bu etkenler, her zaman yaygın kabul görmüş fakat tam da psikanaliz tarafından arka plana itilmek zorunda kalmıştır. Sağlık da elbette ki farklı değildir çünkü metapsikolojik olarak tanımlarsak, ruhsal aygıtın bizim tarafımızdan tanınan, istediğimizde ulaşılabilir, varsayılabilir mercileri arasındaki kuvvet ilişkilerine dayanır.

edilmemiş iki kişi arasındaki temel farkı oluşturduğu değil midir? Bu iddianın neye dayandığını aklımızda tutalım. Tüm bastırmalar erken çocuklukta meydana gelir; onlar, olgunlaşmamış ve güçsüz benliğin ilkel savunma tedbirleridir. İleriki yıllarda yeni bastırmalar meydana gelmez ama eskiler hala kalır ve onların hizmetleri, dürtülere hâkim olma amacıyla ego tarafından sürdürülür. Yeni çatışmalar, bizim onlara verdiğimiz isimle “bastırma-sonrası” ile halledilir. Genel argümanımızda söylediklerimiz, bu erken çocukluk bastırmaları için de geçerlidir. Demem o ki, bastırmalar mutlak surette ve bütünüyle güçlerin nispi ilişkilerine bağlıdır ve dürtü kuvvetindeki bir artışın karşısında duramazlar. Fakat analiz, olgunlaşmış ve güçlenmiş benliğin bu eski bastırmaları revize etme işine girişmesini sağlar. Böylece bazıları tedavülünden kaldırılır, diğerleri kabul görür ama daha sağlam olan bir malzemeden yeniden inşa edilir. Bu yeni barajların artık eskisinden tamamen farklı bir dayanıklılığı vardır. Bir sel baskını gibi gelen dürtü yükselmelerine kolayca teslim olmayacakları konusunda onlara güvenilebilir. Nicel etkenlerin ezici gücüne son veren, kökensel bastırma süreçlerinin bu sonradan düzeltilmesi, analitik terapinin asıl başarısı olsa gerek.

Şimdiye kadar, dayatmacı bir mecburiyet haricinde kendisinden vazgeçemediğimiz teorimiz işte böyle! Peki, deneyimin tüm bunlara söyleyecekleri nedir? Belki tecrübelerimiz kesin bir çıkarıma ulaşmak için henüz yeteri kadar geniş kapsamlı değil. Beklentilerimizi yeterli sıklıkla doğruluyorlar ama her seferinde de doğrulamıyorlar. En sonunda, analizden geçmemiş biriyle analiz edilmiş birinin ileriki davranışları arasındaki farkın, amaçladığımız, umduğumuz ve varsaydığımız kadar kusursuz olmadığı ortaya çıktığında şaşırılmaması gerektiği izlenimi yaygın. Eğer böyleyse, bu, analizin bazen dürtü artışının etkisini söndürmekte başarılı olduğu ama bunu düzenli olarak yapamadığı anlamına gelir. Veyahut da bu, analizin etkisinin, ketlenmelerin direnme gücünü arttırmaktan ibaret olduğu anlamına gelir. Bu durumda analiz sonrasında ketlenmeler, analiz öncesinde ya da hiç analizden geçmemiş bir vakada olacağından kat be kat daha güçlü taleplere evrilirler. Burada gerçekten de bir sonuca varamıyorum. Bunun şu anda mümkün olup olmadığını da bilmiyorum.

Öte yandan, analizin etkisinin çeşitliliği hususuna bakabileceğimiz bir başka pencere daha var. Biliyoruz ki çevremiz üzerinde entelektüel bir üstünlüğe doğru atılan ilk adım, kaosa bir düzen getiren genellemelerin, kuralların ve yasaların keşfedilmesidir. Bu sayede, fenomenlerin dünyasını basite indirgeriz fakat onu yanlışlamaktan kaçınamayız. Hele bir de gelişim ve dönüşüm süreçleri ile haşır neşir oluyorsak bunu hiç yapamayız. Bizim ilgilendiğimiz şey nicel değişimi kavramaktır. Böyle yaparak hiç olmazsa başlangıcı nicel bir etken ile yapmayı her defasında ihmal ediyoruz. Gerçekte, geçişler ve ara basamaklar, keskin bir şekilde ayrılmış zıt durumlardan

çok daha yaygındır. Gelişimleri ve dönüşümleri çalışırken dikkatimizi sadece sonuca veriyoruz. Böyle süreçlerin genellikle az ya da çok tamamlanmamış olduğu gerçeğini hızlıca göz ardı ediyoruz. Onların aslında yalnızca kısmi değişimler olduğundan bahsediyorum. Eski Avusturya'nın keskin zekâlı satiristi J. Nestroy, bir keresinde şöyle ifade etmiş: "Her bir atılan adım ilk görüldüğünün ancak yarısı kadardır." Bu kötümser cümleye genel geçerlik atfetmek cazip gelebilir. Neredeyse her zaman arda kalan fenomenler vardır, kısmi bir geride kalma söz konusudur. Cömert bir patronun bizi az rastlanan pintiliğiyle şaşırtması ya da fevkalade iyi birinin aniden düşmanca davranmaya kendini kaptırması gibi bu arda kalan fenomenler de genetik araştırmalar için tahmin edilemezdir. Onlar, bu övülmeye değer ve kıymetli özelliklerin, beklendiği üzere kati ve tam bir şekilde başarılı olmayan telafi ve aşırı telafi mekanizmalarını temel aldığını bize gösterir. Libido gelişimine dair ilk tasvirimizdeki gibi, başlangıçtaki oral evre, sadistik-anal bir evreye yerini bırakır ve o da bir sonraki sıradaki fallik-genital evreye müsaade eder. Araştırmalar bu görüş ile çelişmemiştir ama bu yerini almaların birdenbire değil de yavaş yavaş meydana geldiğini ekleyerek onu düzeltmiştir. Böylece, henüz geçerli olan yapısal düzenin içindeyken önceki libido fiksasyonlarının kalıntıları kendilerini orada muhafaza edebilirler. Çok daha başka alanlarda da bunun aynısını görüyoruz. Âdemoğlunun sözde köhnemiş, hatalı ya da batıl inançlarının hepsi, halkın alt tabakalarında veya hatta uygar toplumun üst tabakalarında günümüzde hala istisnasız bir biçimde varlığını sürdürmektedir. Bir kereliğine dünyaya gelen, ona sıkı sıkı yapışır. Bazen insan kuşkuya düşüyor: Acaba tarih öncesinde yaşayan ejderhaların soyu sahiden de tükenmiş midir?

Mevcut durumumuzu uygulamada ele almak, bir diğer ifadeyle, analitik terapimizin değişkenliği nasıl açıklanabilir sorusuna cevap bulmak adına, sallantıdaki bastırmaları, güvenilir ve istikrarlı bir egonun üstünlüğü ile yer değiştirme hedefimize her daim eksiksiz ulaşamayız. Bu dönüşüm başarılı ama genellikle yalnızca kısmen. Eski mekanizmaların parçaları analitik terapi tarafından dokunulmamış olarak kalır. Bunun gerçekten de böyle olup olmadığını ispatlaması zor, ne de olsa bunu değerlendirebilmek için onun başarısının geçerliliğini açıklamaktan başka bir yolumuz yok. Ama kişinin analitik çalışma süresince sezindikleri bizim bu kabullerimize karşı çıkmaz, hatta onları onaylar görünür. Sadece kendi sezgimizin açıklığını, analizanda yarattığımız ikna olma durumunun bir ölçüsü olarak alamayız. Tabiri caizse, onun ikna olması "derinlikten" yoksun olabilir. Bu işler, çok kolayca gözden kaçabilen bir nicel etken meselesidir. Eğer sorumuzun doğru cevabı buysa, analizin dürtü üzerindeki hâkimiyeti güvenceye alması sayesinde nevrozu tedavi ettiği savı, teoride hep haklıyken pratikte işlerin hep öyle yürümemesiyle bizi yanılgıya düşürebilen bir

sav olur. Dürtü üzerindeki hâkimiyetin dayandığı temelleri yeterli derecede sağlama almak her zaman başarısızlığı için bu böyle olmaktadır. Bu kısmi başarısızlığın sebebi kolayca tespit edilebilir. Dürtü kuvvetindeki nicel etken, öncesinde benliğin savunma çabalarına karşı durmuştur. Bu sebeple, analitik çalışmayı yardıma çağırmasıdır ve yine aynı etken bu yeni çabanın etkisine bir sınır koyar. Aşırı büyüklükteki bir dürtü kuvvetinin varlığında olgun ve analiz tarafından desteklenmiş bir ego, görevini tıpkı eskiden çaresiz bir egonun beceremediği gibi beceremez; dürtü üzerindeki hâkimiyet iyileşir ama savunma mekanizmalarının dönüşümü henüz tamamlanmamış olduğu için noksan kalır. Bunda şaşılacak hiçbir şey yok çünkü analiz sınırsız değil aksine sınırlanmış iktidar kaynaklarıyla çalışır ve nihai sonuç birbirleriyle hep savaşılan mercilerin göreceli güç ilişkilerine bağlıdır.

Analitik terapinin süresini kısaltmak kuşkusuz ki arzu edilen bir şey fakat terapötik niyetimizin hayata geçirilmesine giden yol bir tek, benliği beslemesini istediğimiz analitik yardımcımızın güçlenmesi üzerinden geçiyor. Hipnozun tesiri bu amacımız için kusursuz bir araç gibi görünür. Niye bundan feragat etmek zorunda olduğumuz malumdur. Hipnozun yerini alacak bir şey şimdiye kadar bulunmamıştır fakat bu açıdan baktığımızda Ferenczi gibi analiz işinin ustalarından olan birinin yaşamının son yıllarını ne yazık ki sözde terapötik deneylere adanmasını anlayabiliriz.

4. Bölüm

Bir sonraki iki soru birlikte ele alınmalıdır: Birincisi, hasta, dürtü çatışmasının tedavisi boyunca gelecekteki dürtü çatışmalarından korunabilir mi? İkinci olarak ise, önlem amacıyla o sırada ortaya çıkmamış dürtü çatışmasını uyandırmak gerçekleştirilebilir mi ve faydalı mı? Çünkü belli ki, ilk soru ancak onla birlikte ikincisinin ele alınmasıyla çözülebilecektir; yani gelecekte mümkün olabilecek bir çatışmayı, etkisine şimdi tabi olduğumuz güncel bir çatışmaya dönüştürmekten bahsediyorum. Bu yeni soru, esasında öncekilerin bir devamı. Evvelen, aynı çatışmanın geri dönüşünden hasta nasıl korunur sorusu ile ilgilenirken şimdi onun yerine geçmiş olma ihtimali olan başka bir çatışmadan nasıl korunur sorusuyla ilgileniyoruz. Hırslı yaklaşımımızla maksadımızı aştığımızı düşünebilirsiniz fakat aydınlatmak istediğim sadece analitik terapinin nasıl bir çerçeve içerisinde başarılı olduğudur.

Her ne kadar terapötik hedeflerimiz bu görevleri yüklenmenin cezbine kapılsa da deneyimlerimiz bu eğilimi düpedüz reddeder. Bir dürtü çatışması güncel olmadığında, kendini açığa vurmadığında, analiz ile etki edilebilir de olamaz. Psikik yeraltı dünyasını keşfetme uğraşlarımızla alakalı olarak sıkça duyduğumuz “aman uyuyan

köpekleri uyandırmayın” uyarısı, ruhsal yaşamın ilişkilerine uyarlandığında tamamen yersiz kalıyor. Çünkü dürtülerin rahatsızlıklara sebep oluyor olması köpeklerin zaten uyumadığının ispatıdır. Gerçekten uyuyor olsalardı onları uyandırmak bizim kudretimizin dışında olurdu. Yine de bu son varsayım tam da doğruymuş gibi görünmüyor ve daha detaylı bir tartışmayı gerektiriyor. Gizli olan dürtü çatışmasını güncel hale getirmek için hâlihazırda ne gibi araçlara sahip olduğumuzu bir düşünelim. Yalnız iki türlü şey yapabileceğimiz aşikârdır: Ya dürtünün güncel hale geldiği durumlara sebep olabiliriz ya da bu dürtünün mevcudiyetine dikkat çekmek amacıyla analizde ondan konuşmakla yetinebiliriz. İlk gayeye iki ayrı yoldan ulaşılabilir. İlk gerçeklikte, ikincisi ise aktarımdadır. İki seferde de hüsrân ve libidonun tıkanması aracılığıyla hastayı gerçeklikteki bir acının belli miktarlarına maruz bırakıyoruz. Alışlagelmiş analiz çalışmalarında oldum olası bu tekniğe hizmet ediyor olduğumuz zaten malumunuz. Aksi takdirde, hasta reddederken de analizin devam ediyor olması gerektiği kuralının ne anlamı kalırdı ki? Ama hâlihazırda güncel olan çatışmanın tedavisinde var olan bir teknik bu. Bu çatışmayı en keskin biçimine getirmek için onu sivriltilmenin yollarını arıyoruz ki böylece dürtü çatışmasını çözüme kavuşturalım. Analitik deneyimlerimiz daha iyinin, iyinin düşmanı olduğunu ve hastanın iyileşme sürecinin her evresinde onun eksik bir çözüm ile yetinmeye razı olan ataletime karşı savaşımamız gerektiğini bize gösterdi.

Fakat güncel olmayan, salt potansiyeli olan dürtü çatışmasının önleyici tedavisini amaçladığımızda hastanın mevcut ve kaçınmadığı acısını düzenlemek yetmez. Yeni acıların da hayata geçirilmesinde kararlı olunmalıdır ve bu da bir zamanlar haklı olarak kaderin ellerine bırakılmıştır. Kader ile rekabet içerisinde olup zavallı insanogluyla zalimce deneyler yapma had bilmezliğine karşı bu noktada kesinlikle tedbirli olunmalıdır. Peki, bunlar ne çeşit deneyler olabilir? Önleyici amaçlar uğruna, tatmin edici bir evliliğin bozulması sorumluluğunu üstlenebilir miyiz? Ya da bir analizanın tüm hayat sigortasını bağladığı konumundan onu vazgeçirme sorumluluğunu alabilir miyiz? Şansımıza, hastanın gerçek hayatına yapılan bu türden müdahalelerin haklı olup olmadığını düşünen bir pozisyonda kendimizi bulmuyoruz. Kaldı ki, bu müdahalelerin gerektirdiği mutlak bir kudrete hiçbir surette sahip değiliz ve terapötik deneyimizin öznesi, bu deneyde bizimle işbirliği içinde olmayı asla istemezdi. Yani uygulamada böyle bir işleyiş esas itibarıyla dışlanmış, yine de teorisinin buna karşı başka itirazları olmuştur. Zira, ne zaman patojen yaşantılar artık geçmişe ait olur ve öyle ki benlik onlara artık bir mesafe kazanabilir, o zaman analitik terapi en iyi şekilde ilerler. Akut kriz dönemlerinde analiz tüm niyet ve gayelere kapalı olur. Benliğin tüm ilgi alakası, acı verici gerçeklik tarafından alıkonulmuştur ve bu yüzeyin

arkasına geçerek geçmişin etkilerini örtmek isteyen analizden kaçınır. İşte bu sebeple, taze bir çatışma yaratmak, analiz işini sadece uzatmaya ve zorlaştırmaya yarar.

Bunların tamamen gereksiz açıklamalar olduğuna itiraz edilecektir. Kasten yeni acı çekme durumları yaratarak gizli dürtü çatışmasının tedavi edilmesi olasılığını ortaya çıkarmayı kimse düşünmez. Önleyici bir tedaviye ulaşmanın çabasına değmez. Kızıl hastalığını atlatmış birinin aynı hastalığın nüksetmesi durumuna karşı bağışıklığı olduğu bilinse de hiçbir doktorun kızıl hastalığına yakalanma ihtimali olan sağlıklı birini alarak ona bağışıklık kazandırma amacıyla onu bu hastalık ile enfekte etmemesi örneğinden de bu durum anlaşılabilir. Koruyucu müdahale, hastalığın oluşturduğu aynı tehlikeli durumu değil, tıpkı suççuğüne karşı vurulan aşılarla veya benzeri diğer işlemlerde olduğu gibi onun çok daha hafif bir modelini meydana getirmelidir. Bu yüzden, dürtü çatışmalarına karşı önleyici analizde değerlendirilecek yegâne yöntemler bahsetmiş olduğumuz iki diğer yöntemdir: gerçeklikten yoksun olan çatışmalara öncelik vererek dürtü çatışmalarının aktarım içerisinde yapay ürettiği ve analizana o dürtülerden bahsedip onun dürtülerin mevcudiyetine itimat etmesini sağlayarak bu dürtüleri analizin tasavvurunda uyandırma.

Bu iki daha ılımlı yoldan ilkinin, analizde toptan yürürlükten kaldırılmasını savunabilir miyiz bilmiyorum. Bilhassa bu alana yönelmiş araştırmalardan yoksunuz. Fakat böyle bir süreci çok da umut vaat edici görmeyen zorluklar bir çırpıda kendini gösteriyor. İlk olarak, aktarım için böyle durumların seçiminde epey kısıtlanmışız. Ne hastalar tüm çatışmalarını aktarımın içine kendiliğinden getirebilmekte ne de analistler tüm olası dürtüsel çatışmaları aktarım durumundan uyandırıp devreye sokabilmekte... Analist onları kısıktırabilir veya onlara bu aşkta hayal kırıklığı yaşatabilir ama bunlara sebep olmak için hiçbir teknik kasıt gerekmez. Analizdeki çoğu vakada böyle şeyler kendiliğinden oluverir. İkinci olarak ise, bu türden tüm ölçütlerin analisti hastaya soğuk bir tavırla yaklaşmaya mecbur bıraktığı gerçeğini göz ardı etmemeliyiz. Bu durum, hastanın müşterek bir iş olan analizde yer almasındaki en güçlü belirleyici olan sevecen tavra yani pozitif aktarıma zarar verici bir etkide bulunur. Bu sebeple, böyle bir süreçten ne olursa olsun pek bir şey ummamalıyız.

Böylece geriye kalan tek bir yol oluyor, gerçekten de en başından beri üzerine düşünülen bir yol. Hastaya diğer dürtü çatışmalarının olasılığı anlatılır ve aynılarının onda da meydana geliyor olabileceği beklentisi hastada yaratılır. Böyle bir bilgilendirme ve ikazın, hastada bu bahsedilen çatışmalardan birini naçiz ve tedaviye yetecek ölçüde harekete geçireceği ümit edilir. Ama bu sefer, tecrübemiz bize muğlak bir yanıt veriyor. Fark ederiz ki, hasta mesajı tamamen duyar ancak yankı eksiktir. Hasta şöyle düşünme eğilimindedir: "Bu gerçekten de çok ilginç ama ben hiç böyle

hissetmiyorum.” Onun bilgisini arttırdık ama onda hiçbir şey değıştirmedik! Kişiler psikanalitik yazıları okuduklarında da durum aşağı yukarı aynıdır. Okuyucu sadece kendi ile karşılaştığını hissettiği noktalarda yani onda o esnada işler olan çatışmalara denk geldiği noktalarda uyarılır. Diğer her şeye mesafelidir. Öte taraftan, çocuklara cinsel bilgiler verildiğinde de benzer bir durum tecrübe edilir. Bunu yapmanın zararlı veya lüzumsuz bir şey olduğunu farz etmekten fersah fersah uzağım ama bu özgürlükçü yöntemin koruyucu etkisi bayadır büyük ölçüde abartılıyor. Şimdilerde çocuklar önceden bilmedikleri bazı şeyleri biliyorlar ama onlara bahşedilen bu yeni bilgilerle ne yapacaklarını bilmiyorlar. Hatta onların, kendi doğal büyümelerini ve kusursuz olmayan libidinal örgütlenmeleri ile uyum içinde ve bu örgütlenmelere göre inşa ettikleri cinsel teorilerini (bu teoriler rolün leyleklere verildiği kısımdan tutun da cinsel birleşmenin doğası ve bebeklerin nasıl yapıldığı kısımlarına kadar geniş bir yelpazeyi barındırır) feda etmeye tez elden hazır olmadıklarına zamanla ikna oluyoruz. Bu cinsel bilgilerle, Hristiyanlığa devşirilen ama iman ettikten uzun zaman sonra da hala gizlice eski putlarına tapmaya devam eden ilkeller gibi davranırlar.

5. Bölüm

Analitik tedavinin usandırıcı uzunluktaki süresini nasıl kısaltabiliriz sorusundan yola çıktık ve bu vaktinde soruyla ilgilenerken kalıcı bir iyileşme yaratmanın ve hatta önleyici tedavi sayesinde gelecekteki hastalıkları engellemenin mümkün olup olmadığını araştırmaya devam ediyoruz. Burada, terapötik çabalarımızın başarısını saptamak için bir ölçüm aracı olarak kabul edebileceğimiz travmatik etiolojinin etkilerini, hâkim olan dürtülerin göreceli güçlerini ve adına ego değışimi dediğimiz bir şeyi tanımladık. Sadece bu etkenlerden ikincisi bizim tarafımızdan ayrıntılarıyla tartışıldı ve bununla bağlantılı olarak nicel faktörlerin olağanüstü önemini tanıtmak ve herhangi bir açıklama girişiminde hesaba katılması gereken metapsikolojik yaklaşım savını vurgulamak için sebebimiz oldu.

Üçüncü etkene yani ego değışimine dair henüz hiçbir şey söylemedik. Dikkatimizi ona yönelttiğimizde, ilk bakışta, burada sorulacak ve yanıtlayacak çok şey olduğu ve onun hakkında söyleyeceklerimizin çok yetersiz olduğu izlenimini ediniyoruz. Bu ilk izlenim, bu sorun ile süregelen uğraş sonrasında da devam eder. Bilindiği gibi, analitik durum tedavideki hastanın kontrol edilemez idinin kısımlarını zapt etmek için onun egosu ile işbirliği içinde olmamızdan yani bu id kısımlarını hastanın egosu ile sentezlememizden ileri gelir. Böyle bir iş birliğinin psikotik vakalarda başarısız olduğu gerçeği bizim yargımız için ilk sağlam dayanağı oluşturuyor. Eğer onunla

böyle bir anlaşma yapabilirsek o ego, normal bir ego olmak zorundadır. Ama bu türden bir ego, normalliğin kastettiği gibi, bir ideal kurgu değildir. Amaçlarımız için kullanamadığımız, anormal bir ego maalesef bir kurgu değildir. Her normal insan zaten sadece ortalama olarak normaldir. Onun egosu, bir psikotiğinkine o ya da bu şekilde, çok miktarda ya da az miktarda yaklaşır. Sıranın bir ucundan itibaren uzaklaşılan ve diğer ucuna doğru yaklaşılan mesafenin toplamı, adına tereddüt içinde kalarak “ego değişimi” dediğimiz şey için geçici bir ölçeği bize sağlar.

Ego değişiminin tür ve derecelerindeki çok çeşitliliğin kaynağının ne olduğunu sordüğümüzda ilk bariz açıklama ile yüz yüze geliriz: Böyle değişimler ya doğuştandır ya da sonradan edinilmiştir. İkinci durumu tedavi etmesi daha kolaydır. Sonradan edinilmiş dediğimizde muhakkak ki yaşamın ilk anından başlayarak gelişim süreci içinde olagelenlerden bahsederiz. En başından itibaren ego, haz ilkesinin hizmetinde id ve dış dünya arasında aracı olma ve idi dış dünyanın tehlikelerinden koruma görevini yerine getirmenin yollarını arar. Eğer bu çabalar sırasında ego, kendini kendi idine karşı da korumayı ve onun dürtü taleplerini tıpkı dış tehlikeleri idare ettiği gibi idare etmeyi öğrenirse, en azından bir nebze de olsa bu görevini yerine getirebilir çünkü dürtü tatmininin dış dünya ile çatışmalara sebep olduğunu anlamıştır. Sonrasında ego, eğitimin tesiri altında, savaş sahnesini dışarıdan içeriye taşımaya, o henüz bir dış tehlikeye dönüşmeden önce iç tehlikeye üstünlük kurmaya çalışır ve muhtemelen de böyle yapmakta çoğunlukla haklıdır. İki cephe arasındaki bu savaş boyunca -ki sonra üçüncü bir cephe de gelecektir- ego, görevini tamamlamak için çeşitli süreçlerden yararlanacaktır. Genel bir çerçevede ifade etmek gerekirse bunlar tehlikeden, kaygıdan ve haz yokluğundan kaçınmaktır. Bu süreçlere “savunma mekanizmaları” diyoruz. Onlara dair bilgimiz henüz yeterli seviyede değil. Anna Freud’un kitabı⁷, bu süreçlerin çok çeşitliliğine ve çok katmanlı anlamlılığına dair ilk derin bakışı bize sağlar.

Bu mekanizmalardan biri olan bastırmadan hareketle nevrotik süreçler çalışması ilk çıkışını yapmıştır. Bastırmanın, egonun kendi amaçları için kullandığı tek süreç olmadığı konusunda asla bir şüphe yoktu. Ancak, bastırma tamamen kendine has bir şeydir ve diğer mekanizmaların birbirlerinden farklılaşmasından çok daha net bir şekilde onlardan ayrılır. Bu gibi konularda benzetmelerin bizi pek ileri götürmediğini bilsem de bastırmanın diğer mekanizmalarla olan ilişkisini bir benzetme ile daha açık hale getirmekten kendimi alamayacağım. Kitapların baskılar halinde basılmadığı ama her birinin teker teker yazıldığı dönemlerde bir kitabın başına neler

7 Anna Freud, *Ego ve Savunma Mekanizmaları (Das Ich und Abwehrmechanismen)* (1936).

geldiğini hayal edelim. Böyle bir kitap, gelecekte pek de arzu edilmeyecek olan bazı yargılar içermiş olabilir, tıpkı Robert Eisler'a (1929) göre Flavius Josephus'un İsa Mesih hakkında yazdıklarının Hristiyanlığın ilerleyen dönemleri için saldırganca olabilecek paragrafları kuvvetle muhtemel içermiş olması gibi. Bugün, resmi sansürün başvurabileceği tek savunma mekanizması tüm basımın her bir kopyasına kanunen el koymak ve onları yok etmek olurdu. Yine de o zamanlar kitabı zararsız hale getirmek için çeşitli yöntemler kullanıldı. Bunun bir yolu, okunamaması için bu saldırgan paragrafların üstünün kalın bir şekilde çizilmesi idi. Bu durumda, yazıya geçirilemiyordu ve kitabın bir sonraki kopyası istisnai olmayan bir metin üretirken öte yandan belli paragraflarda boşluklar oluyordu ve böylece kendi içinde anlaşılmasız oluyordu. Yetkililerin bununla tatmin olmaması ama metnin tahrif edildiğinin göstergelerini de saklamak istemesi durumunda buldukları bir diğer yol ise metni saptırmaya girişmektir. Bazı kelimeler ayıklanır veya ötekilerle yer değiştirirlerdi. Araya yeni cümleler sokulurdu. Hepsinden de iyisi, tüm bir paragraf silinir ve onun yerine tamamen zıt bir şey söyleyen yeni bir paragraf yerleştirilirdi. Böylece, yazıya geçirecek bir sonraki kişi hiçbir kuşku uyandırmayan fakat çarpıtılmış bir metin üretirdi. Bu metin, yazarın ne söylemek istediğini artık içermeydi ve yüksek ihtimale düzeltmeler hakikat yönünde yapılmazdı. Benzetmeyi çok katı bir şekilde devam ettirmeyeceksek, bir şeyleri metinden çıkarmak metni tahrif etmek için ne ise bastırma da diğer savunma yöntemleri için benzer bir şeydir diyebiliriz ve bu çarpıtmanın türlü versiyonlarında ego değişiminin çok çeşitliliğine dair benzetmeleri bulabiliriz. Bu benzetmenin temel bir noktada yoldan çıktığına dair bir itiraz girişiminde bulunulabilir çünkü metindeki sapma yanlış bir sansürün işiyken egonun gelişiminde buna denk düşen bir şey yoktur. Lakin bu böyle değil çünkü bu türden yanlış bir niyet haz prensibinin zorlaması tarafından büyük ölçüde temsil edilir. Psikik aygıt, hazsızlığa dayanamaz, ne pahasına olursa olsun onu defetmelidir ve gerçeğin algılanması ne zaman hoşnutsuzluk getirirse, o, yani hakikat, kurban edilmelidir. Dış tehlikeye karşı kişi, bu tehlike durumundan kaçarak veya kaçınarak bir süreliğine bir çare bulabilir. Sonrasında ise etkin bir şekilde hakikati değiştirerek tehlikeyi ortadan kaldırabilmek için yeteri kadar güçlü oluncaya dek bunu sürdürür. Ama kişi kendisinden kaçamaz, zira kaçmak içerideki tehlikeye çare olmaz. İşte bu sebeple egonun savunma mekanizmalarının, içerideki algıyı tahrif etmeye ve idimizin kusurlu ve deforme idrakine olanak sağlamaya eli mahkûmdur. Böylece ego, id ile olan ilişkilerinde, kendi kısıtlamalarından dolayı felçli veya kendi yanlışlarından dolayı kör kalmıştır. Birisi hiç bilmediği bir yörede yürüyüşe çıktığında ve bir de bu yürüyüşteyken hiç zinde olmadığına ne olarsa bu psikik olaylarda meydana gelecek olan da odur.

Savunma mekanizmaları, tehlikeleri uzak tutma amacına hizmet eder. Bunu başardıklarına hiç şüphe yok ama gelişim sürecinde ego onlardan tamamen vazgeçebilir mi yoksa geçemez mi, orası şüpheli. Öte yandan, bu mekanizmaların kendisi bir tehlikeye dönüşebilir mi, orası da berrak değil. Bazen görüyoruz ki ego, kendisine verilen hizmetler için çok fazla bir meblağ ödemiştir. Onların geçimini sağlamak için gereken dinamik masrafla birlikte neredeyse her daim neden oldukları ego kısıtlamaları, psişik ekonominin ağır borçları olarak kendini ele veriyor. Kendi gelişimindeki zorlu yıllarda ayağa kalkması için egoya yardım ettikten sonra da bu mekanizmaların sürdürülmemesi söz konusu olmuyor. Tabii ki her birey mümkün olan tüm savunma mekanizmalarını kullanmaz, aksine sadece onlardan belli bir seçkiyi kullanır. Bunlar da kendilerini egonun içine sabitletler, karakterin her zamanki tepki şekli olurlar; kökendeki durumun bir benzeri geri döndükçe, tüm bir yaşam boyunca tekrarlanırlar. Böylece çocuklaşırlar, işe yararlılıkları geçtikten sonra hala hayatta kalmak için direten birçok kokuşmuş kurumun yazgısını paylaşırlar. Şairin de sitem ettiği gibi, “*Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage*”.⁸ Yetişkinin güçlenmiş egosu, kendini artık gerçeklikte mevcut olmayan tehlikelere karşı savunmaya devam eder ve hatta kendini, kökendeki tehlikenin yerini gerçek hayatta az çok alabilecek herhangi bir durumu aramak zorundayken bulur. Böylece, alıştığı tepki gösterme şekillerine sıkı sıkıya tutunmayı haklı çıkarabilecektir. Dolayısıyla, savunma mekanizmalarının, dış dünyadan giderek artan bir yabancılaşma ve egonun süregelen zayıflaması sayesinde nevrozun ani başlangıcına nasıl da zemin hazırladığı ve onu teşvik ettiği kolayca anlaşılabilir.

Dikkatimiz şu anda savunma mekanizmalarının patojen rolüne yönelmiş değil, biz, onlara bağlı olan ego değişiminin terapötik uğraşlarımızı nasıl etkilediğini araştırmak istiyoruz. Bu soruya yanıt olacak malzeme, Anna Freud'un bahsi geçen kitabında verilmiştir. Burada kayda değer olan, analizanın mevcut tepki verme şekillerini analiz çalışması sırasında da tekrarlaması, onları oldukları gibi gözlerimizin önüne sermesidir. Onların analizi imkânsız kıldığına dair bir görüş söz konusu değildir. Analitik işimizin bilakis yarısını onlar oluşturur. Analizin erken dönemlerinde girilen diğer yarısı ise idde saklı olanın ortaya çıkarılmasıdır. Tedavi boyunca terapötik çabamız, bir parça id analizi ve bir parça ego analizi arasında, ondan ona, daimi olarak salınır durur. Bir durumda, idden bir şeyleri bilinçli yapmak isteriz, diğer durumda ise egoda bazı şeyleri düzeltmek. Yani kati gerçek şu ki, tedavinin başında beliren tehlikelerin karşısındaki savunma mekanizmaları, bu sefer, iyileşmeye karşı koyan dirençler olarak geri dönerler. Bu da, iyileşmeye, egonun bizzat kendisi tarafından yeni bir tehlike gibi davranılmasıyla sonuçlanır.

8 Akıl delilik olur, hayır ise şer. [ç.n.]

İdin bilinçli kılınmasındaki terapötik etki en geniş manasıyla bastırılanlara bağlıdır. Bu bilinçli hale getirmeye giden yolu yorumlar ve inşalar sayesinde hazırlıyoruz ama ego dirençleri terk etmeyen savunmalara tutundukça analizan için değil sadece kendimiz için yorumlamış oluruz. Her ne kadar egoya ait olsalar da bu dirençler hala bilinçdışıdır ve bir manasıyla egonun içinde ondan ayrılmıştır. Analist onları idde bastırılanlardan daha kolay tanır; onlara idin kısımları gibi davranmanın ve onları bilinçli kılmanın sayesinde ego artıkları ile onları ilişkilendirmenin yeterli olacağı sanılabilir. Öyle olsaydı analitik işin yarısı bu yolla halledilirdi. Dirençlerin ortaya çıkarılmasına karşı koyan bir direncin hesaba katılmasını kimse istemez. Ama işler şu şekilde yürür: Dirençlerle çalışırken ego, az ya da çok ciddiyetle, analitik durumun kendisinden temel aldığı anlaşmadan çekilir. Ego, idin ortaya çıkarılması için vermekte olduğumuz uğraşları artık desteklemez, aksine onlara karşı koyar, analizin temel kuralına riayet etmez, bastırılan malzemenin türevlerinin gün yüzüne çıkmasına izin vermez. Hastadan, analistin iyileştirici gücüne dair güçlü bir inanış daha da beklenemez. Hasta, analiste duyulan ve pozitif aktarımın faal anları sayesinde etkisi artan bir gıdım güveni beraberinde getirebilir. Savunma çatışmalarının taze hareketlerinin bir sonucu olarak hissedilen hoşnutsuzluk itkilerinin etkisi altında negatif aktarımlar artık üstün gelebilir ve analitik durumu tamamen feshedebilir. Analist, şimdi hasta için uygunsuz taleplerle ona yüklenen yabancı birinden farksızdır. Analiste karşı, yabancılardan hoşlanmayan ve onlara inanmayan bir çocuk gibi tavır alır. Eğer ki analist, hastaya savunma niyetiyle yaptığı çarpıtmalardan birini göstermeye ve onları düzeltmeye kalkışırsa, hastanın bu argümanlara kör ve sağır olduğunu görür. Anlayacağınız işin aslı, dirençlerin ortaya çıkarılmasına karşı da bir direnç vardır ve savunma mekanizmaları hakikatten de henüz onları tam tanımadan önce onlara en başta vermiş olduğumuz ismi fazlasıyla hak ederler. Dirençler sadece idin muhteviyatını bilinçli hale getirmeye karşı değil, aynı zamanda biz-zat analize ve böylece iyileşmeye de karşıdır.

Eğer ego değişimi adı altında, analiz çalışmasına karşı sarsılmaz bir sadakati garantileyen kurgusal bir normal egodan yapılan sapmayı anlıyorsak, egodaki savunmaların etkisini topyekûn ego değişimi olarak adlandırmak uygun olur. Günlük deneyim bize ne gösteriyorsa ona inanmak, yani analitik tedavinin sonucunun aslında, ego değişimine yol açan bu dirençlerin köklerinin gücü ve derinliğine bağlı olduğuna inanmak, kolaydır. Burada bir kez daha, nicel etkenlerin ne anlama geldiği ile karşı karşıya kalıyoruz. Bir kez daha, analizin düşman kuvvetleri ile boy ölçüşmek zorunda kalan, belli ve sınırlı bir enerji miktarını sarf edebildiğini hatırlıyoruz. Ve bir kez daha, zafer hakikatten de daha güçlü olan taburların tarafında görünüyor.

6. Bölüm

Bizim isimlendirdiğimiz şekliyle “ego değişiminin” tümünün erken zamanlardaki savunma savaşları süresince mi edinildiği bir diğer soru olacaktır. Buna yanıt şüphe içeremez. Egonun kökensel ve doğuştan gelen farklılıklarının varlığını ve anlamını tartışmak için hiçbir sebebimiz yok. Her bireyin mümkün olan savunma mekanizmaları arasından kendi seçimini yaptığı ve onlardan sadece birkaçını ve sonrasında da hep aynılarını kullandığı hakikatini çoktan kesinleştirdik. Bu, her bir egonun ilk andan itibaren bireysel mizaç ve eğilimler ile donatıldığını ve doğal olarak onların tabiatını ve koşullarını bizim tayin edemediğimizi bize gösterir. Ayrıca, doğuştan gelen ve sonradan edinilen özellikler arasındaki farkı zıtlığa dönüştüren bir gerilim yaratmamamız gerektiğini biliyoruz. Atalarımızdan edindiklerimiz kesinlikle doğuştan gelenlerin ciddi bir kısmını oluşturur. “Arkaik mirastan” konuştuğumuzda aklımıza sadece idin gelmesine alışkın ve kendi yaşamımızın başında egonun henüz mevcut olmadığını peşinen kabul etmiş görünüyoruz. Ama id ve egonun en başta bir olduklarını gözden kaçırmamalıyız. Hangi gelişim istikametleri, eğilimler ve tepkilerin sonradan açığa çıkacağının henüz var olmamış egoya çoktan atanmış olduğu söylemini güvenilir bulmamız mirasa esrarengiz bir şekilde olduğundan fazla değer biçmek anlamına gelmez. Ailelerin, ırkların ve ulusların psikik karakterleri ve hatta onların analize dair tutumları başka bir açıklamaya mahal vermiyor. Dahası, sembolizm gibi belli psikik içeriklerin bizzat kendisinin kalıtsal aktarımdan başka bir kaynağa sahip olmayacağına da analitik deneyim bizi ikna etti. Sosyal psikoloji araştırmalarının farklı alanları dâhilinde, ilk insan gelişiminden geriye kalan özel tortular gibi daha başka şeylerin de arkaik mirasın içinde olabileceği bize gösterildi.

Egonun direnç şeklinde karşılaştığımız özelliklerini belirlemede kalıtım ve savunma savaşlarında edinilenler arasında bir ayırım yapamayacağımızın kavrayışıyla baktığımızda, ego ve id arasında araştırmalarımızda baş gösteren topografik fark kendi öneminden birçok şeyi kaybediyor. Analitik deneyimimizde atılan bir diğer adım, artık konumlandıramadığımız ve psikik aygıtın ana ilişkilerine bağlı görünen başka türden dirençlere bizi götürüyor. Bu türden dirençlere dair yalnızca birkaç örnek sunabilirim çünkü bu soruşturmadaki bütün bir alan hayrete sürükler derecede yabancı ve çok az keşfedilmiş. Örneğin insan bazen özel bir “libido yapışkanlığı” atfetme meylinde olduğu kişilerle karşılaşır. Onların tedavide içinden geçtiği bazı süreçler diğer kişilerde olduğundan çok daha yavaş ilerler çünkü onlar, görünen o ki, böyle bir sadakat için özel mazeretler yokken dahi libidonun yatırım yaptığı bir nesneden onu ayırmaya ve yeni bir nesneye kaydırmaya karar veremezler. Bu bahsedilen tipe tam zıt olan kişilerle de tanışılır. Onlarda libido bilhassa kolay bir şekilde

hareket eder gibi görünür, analiz tarafından önerilen yatırım yapılabilecek yeni yerlere hızlıca yanıt verirler ve bu yenileri için eskilerinden vazgeçerler. Bu ikisi arasındaki fark, sert bir taşla çalışan ve yumuşak bir kille çalışan iki heykeltıraşın hissedeceğine benzerdir. Maalesef, bu ikinci tipte analizin sonuçları sıklıkla kalıcı değildir. Libidonun yatırım yaptığı bu yeni yerler kısa süre sonra tekrardan terk edilir, analist kil ile çalışmadığı, yalnızca suya yazı yazmış olduğu izlenimine kapılır. “Haydan gelen huya gider”⁹ uyarısı, bu vaziyete cuk oturur.

Başka bir vaka grubunda var olan bir çeşit ölümlü insanı şaşırtır. Bu durum ancak, aslında hastalardan beklenmekte olan plastisitenin yani değişim ve ilerleme kapasitesinin tükenmesi ile ilgili olabilir. Bizler, analizde belli ölçüde bir psişik ataletle tamamen hazırlıklıyızdır. Dürtü hareketlerinin analitik çalışması yeni yollar açtığına, neredeyse her defasında, dikkat çekici bir tereddütle karşılaşırlar. Bu davranışı, muhtemelen tam doğru olmayan bir şekilde “idin direnci” olarak isimlendirdik. Fakat burada sözü geçen vakalarda tüm bu psişik süreçler, ilişkiler ve kuvvet dağılımları değiştirilemez, sabit ve katıdır. Bu, çok yaşlı insanlarda rastladığımız tavırlara benzerdir ve alışkanlığın gücü, dirayet becerisinin tükenmişliği veya bir tür psişik entropi ile açıklanabilir ama buradaki durumda söz konusu olan henüz genç bireylerdir. Teorik bilgilerimiz, bu bahsedilen tipleri doğru bir şekilde özetlemek için yeterli görünmüyor. Büyük ihtimalla, bütünüyle geçici karakter özellikleri yani psişik yaşamın henüz yeterince incelenmemiş kendi gelişim ritmindeki bazı değişimler hesaba katılmalıdır.

Çok daha derin temeller üzerine kurulmuş olan, vakaların içindeki bir diğer grup ise, analitik tedaviye karşı direnci beslemesiyle ve terapötik başarıya köstek olmasıyla suçlanabilecek ego farklılıkları olabilir. Burada işler, psikolojik araştırmaların hakkında daha çok öğrenmesi gerektiği şeyler ile yani iki kökensel dürtünün davranışları, dağılımı, kaynaşması ve ayrışması ile ilgilidir. Bir diğer deyişle mesele, psişik aygıtın tek bir bölgesi ile yani id, ego ve süperegoyla sınırlı olmayan şeylerden ileri gelir. Analitik çalışma boyunca ortaya çıkan dirençler arasından, her ne pahasına olursa olsun kendini iyileşmeye karşı savunan ve böylece hastalık ve acı çekmeye tutunmak isteyen bir kuvvetten daha güçlü bir etki bırakanı yoktur. Bu kuvvetin bir kısmı, bizim tarafımızdan, kuşkusuz adilce, suçluluk bilinci ve cezalandırılma ihtiyacı olarak tanınmış ve egonun süperegoyla olan ilişkisi içinde konumlandırılmıştır. Ama bu, kuvvetin sadece bir kısmı ve o, süperegoya deyim yerindeyse psişik olarak bağlı ve bu yolla tanınır olan bir kısım. Aynı kuvvetin farklı payları, bilinmez yerlerde, bağlı veya serbest hallerde iş üstündedir. Birçok insana içkin olan mazoşizmin

9 *Wie gewonnen, so zerronnen.*

ve yine birçok nevrotikteki negatif terapötik tepkinin ve suçluluk bilincinin tezahürlerinden oluşan bütünsel bir resmi hayal ettiğimizde, ruhsal olayların yalnız haz arayışı tarafından yönetildiğine dair inancımıza artık sadık kalamayız. Bu dışavurumlar, ruhsal yaşamda, amaçlarına göre saldırganlık veya yıkım dürtüsü olarak adlandırdığımız ve yaşayan özdeki kökensel ölüm dürtüsünden türeyen bir gücün mevcudiyetinin aşikâr göstergesidir. Bu, iyimser ve kötümser iki hayat teorisi arasındaki karşıtlığa dair bir mesele değildir. Sadece iki kökensel dürtünün yani Eros ve ölüm dürtülerinin birlikte etkileri ve karşılıklı etkileşimleri hayatın tezahürlerinin çok renkliliğini açıklayabilirken bu ikisinden biri bunu asla tek başına yapamaz.

Bu iki dürtünün kısımları nasıl oluyor da birtakım hayat fonksiyonlarını yerine getirmek üzere bir araya gelebiliyor, hangi şartlar altında bu tür birleşmeler çözülüyor ve yıkılıyor, bu değişimler hangi rahatsızlıklara denk düşüyor ve hangi duyumlarla haz ilkesinin algı skalası onlara yanıt veriyor? İşte, psikolojiye dair araştırmaların üstlenileceği en ödüllendirici görev tüm bunları aydınlatmak olurdu. Şimdilik, tüm çabalarımızın karşısında pul olduğunu gördüğümüz güçlerin üstünlüğüne boyun eğiyoruz. Basit bir mazoşizmin ruhsal etkisi bile çoktan tüm becerimizi zor bir sınava sokuyor.

Yıkım dürtüsünün faaliyetini ortaya çıkaran dışavurumları çalışırken patolojik malzemenin gözlemleriyle sınırlı değildir. Normal bir ruhsal yaşamın sayısız gerçeği bu türden bir açıklamada ısrarcı olsa da bu faaliyetlere ne kadar keskin gözlerle baksak onlar gözümüze o kadar çok çarpacaklardır. Tüm bu tartışmada bir yan meseleymiş gibi ele almak için fazla yeni ve fazla önemli bir konu bu. Bu sebeple, birtakım vakaları ön plana çıkarmaya karar verdim. Sizlere bazı örnekler sunacağım.

İlk örneğimizden başlayalım. Cinsel yönelimlerinden biri öbürüne müdahale etmeden, hem kendi cinsiyetinden hem de karşı cinsiyetten olanları cinsel nesneleri olarak kabul eden insanların her devirde var olduğunu ve var olmayı sürdürdüğünü herkes gayet iyi bilir. Bu insanları biseksüel olarak adlandırırız. Onların varlığını, çok şaşırtıcı bulmadan tanırız. Ama tüm insanların bir anlamda biseksüel olduğunu ve libidolarının ya açık ya da gizli bir şekilde iki cinsiyetten de nesnelere paylaştırıldığını öğrendik. Sadece şu takip eden konuda duraksadık: İlk durumda iki yönelim de bir uyumsuzluk olmadan el ele giderken, diğer ve çok daha sık karşılaşılan durumlarda uzlaşamaz bir çatışmanın içinde kendilerini bulurlar. Bir erkeğin heteroseksüelliği homoseksüelliğe göz yummaz ve bunun tam tersi de geçerlidir. İlki daha güçlüyse muvaffak olan da o olur, ötekini gizli tutar ve gerçek bir tatminden onu uzaklaştırır. Öte yandan, bir erkeğin heteroseksüel işlevi için onun gizli homoseksüelliği tarafından rahatsız edilmesinden daha büyük bir tehlike yoktur. Her bireyin, kendi kullanımına tahsis edilmiş belli bir libido kotasına sahip olduğu ve iki rakip

yönelimin onun için mücadele etmek zorunda olduğu açıklamasını yapabiliriz. Yalnız, bu rakipler bazı vakalarda libidonun kullanımdaki kotalarına kendi nispi kuvvetlerine göre paylaştırılabilirken neden her zaman bunun yapılamadığı anlaşılabilir değildir. Bir çatışmaya olan eğilimin özel bir şey olduğu, libidonun miktarından bağımsız olarak duruma yeni eklenen bir şey olduğu sonucuna varıyoruz. Böylesi bağımsız bir şekilde ortaya çıkan çatışma eğilim, serbest saldırganlığın bir unsurunun müdahalesinden başka bir şeye hemen hemen hiç dayanmaz.

Burada tartışılan vaka yıkım veya saldırganlık dürtüsünün bir ifadesi olarak tanıdığı anda aynı kanaat diğer çatışma örneklerini de kapsayabilir mi ve bu yeni açıdan bakınca psikik çatışma hakkında tüm bildiklerimiz tekrar gözden geçirilmeli mi soruları hemen peyda olur. İlkel insandan medeni insana doğru geliştiğimiz o yolda, saldırganlığın çok ciddi bir içselleştirmesi, içe doğru dönmesi vuku bulur ve artık olmayan dış savaşların muadili hiç şüphesiz iç çatışmalardır. Ölüm-, yıkım- veya saldırganlık dürtüsünü eşit değerde bir partner olarak libidonun içinde görünür olan Eros'un yanına koymayı isteyen düalist teorinin genelde çok az kişi tarafından iyi karşılandığının ve aslında psikanalistler arasında bile kabul görmediğinin pek tabii farkındayım. Kısa bir zaman önce, Antik Yunan'daki büyük düşünürlerden birinin metinlerinde kendi teorime rastladığımda, bu durum beni çok memnun etti. Böyle bir onaylama için özgünlüğün getireceği itibarı feda etmeye çoktan hazırım, bilhassa ilk zamanlardaki okumalarım kapsamında benim bu sözde yeni yaratımlarımın kriptomnezinin bir işi olup olmadığından asla emin olamadığımı düşünürsem.

Akragaslı Empedokles (Girgenti)¹⁰, M.Ö. yaklaşık 495 yılında doğmuş olup, Yunan medeniyet tarihinin en görkemli ve en ilginç figürlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Çok yönlü kişiliği farklı alanlarda kendini ortaya koymuştur. Araştırmacı ve düşünür, peygamber, sihirbaz, politikacı, hayırsever ve doğa bilimine hâkim bir doktordu; Selinunt şehrini sıtmadan kurtarmış olduğu söylenir. Çağdaşları tarafından neredeyse Tanrı mertebesine konulmuştur. Ruh, en keskin zıtlıkları bile kendi içinde birleştirmiş gibi görünür. Fiziksel ve ruhsal araştırmalarında titiz ve temkinli olsa da karanlık bir mistisizmden de geri durmamış ve hayret verici bir gözü peklik ile kozmik spekülasyonlarını inşa etmiştir. Capelle, onu, bazı gizlerin onun için artık bir sır olmaktan çıktığı Dr. Faust ile karşılaştırmıştır. O, öyle bir dünyaya doğmuştur ki bilim krallığı parçalanarak birçok bölge halini henüz almamış ve onun bazı öğretileri bize ilkel gibi görünmek zorunda kalmıştır. Şeylerdeki farklılıkları dört elementin yani toprak, su, ateş ve havanın karışımı ile açıklamıştır. Doğanın canlı olduğuna

10 Takip eden bilgileri Wilhelm Capelle'in *Die Vorsokratiker*'ine (1935) dayandırdım.

ve ruhların göç ettiğine inanmış ama bir yandan canlıların basamak basamak gelişmesi, bu gelişimde en güçlü olanın hayatta kalması ve tesadüfün (*τύχη*) rolünün farkına varılması gibi çok modern fikirleri de kendi teorilerine dâhil etmiştir.

Empedokles'in bizim ilgimizi özellikle hak eden öğretisi psikanalitik dürtü teorisine de en çok yaklaşmış olandır. Hatta eğer bizim teorimiz biyolojik bir geçerliliğe sahip olma iddiası içindeyken Empedokles'inkinin kozmik bir düşlem olması gibi bir fark arada var olmasaydı insanın bu iki teorinin özdeş olduğuna inanası gelirdi. Aynı zamanda, Empedokles'in bireysel organizmalara yaptığı gibi evrene de aynı canlı ruhu atfetmiş olması gerçeği bu farkın öneminin büyük bir bölümünü siliyor.

Bu filozof, karşılıklı sonsuz bir savaş içerisinde olan iki kaynağın dünyevi yaşamdaki olayları yönettiği gibi ruhsal yaşamdakileri de yönettiğini bize öğretti. Bu kaynaklara sevgi (*φιλία*) ve bozgun (*νεῖκος*) adını vermiştir. Ona göre temelde “dürtü benzeri etkilere sahip olan doğal kuvvetlerden ve asla bilinçli bir niyeti olmayan akıllardan” oluşan bu iki güçten biri, dört elementin ana parçacıklarını tek bir birlik altında toplamaya çabalarken diğeri, onun aksine, tüm bu karışımları feshetmeyi ve elementlerin ana parçacıklarını birbirinden ayırmayı ister. Empedokles evrenin süreçlerinin süreklilik arz ettiğini söyler. Ona göre, devirlerin karşılıklı bitmek bilmeyen bir değişimi içinde iki temel kuvvetten biri veya öbürü zaferi göğüsler. Böylece bir devirde sevginin, bir sonraki devirde ise bozgunun sözü geçer ve dünyaya o sözü geçen hükmeder; ondan sonra öbürü yani mağlup taraf öne çıkar ve sıra ondayken partnerini yenilgiye uğratar.

Empedokles'in iki temel kaynağı, sevgi ve bozgun, işlevlerinde olduğu gibi ismen de iki kökensel dürtü olarak *Eros* ve *yıkıcılık* ile aynıdır. İlki, mevcut olanı hep daha büyük birimler altında toplamaya çabalarken diğeri, bu birlikleri dağıtmaya ve bu birlikler sayesinde oluşmuş yapıları tahrip etmeye uğraşır. Lakin iki bin beş yüz sene sonra yeniden ortaya çıkan bu teorinin bazı açılardan değişmiş olması da bizi şaşırtmayacaktır. Bize dayatılan biyopsikolojik görüşlerin kısıtlamasını görmezden gelirse, temel maddelerimiz artık Empedokles'in dört elementi olmaktan çıktı. Bizim için hayat kendini cansızlardan keskin bir şekilde ayırmıştır, artık madde parçacıklarının birleşmesini veya ayrılmasını değil, onun yerine dürtü bileşenlerinin kaynaşmasını ve ayrışmasını konuşuyoruz. Ayrıca, yıkım dürtümüzün izini ölüm dürtüsüne yani canlıların cansızlık haline geri dönme güdüsüne kadar sürerek “bozgun” kaynağı için bazı biyolojik altyapılar elde ettik. Bu, ne benzer bir dürtünün zaten önceden de var olduğunu inkâr eder ne de böyle bir dürtünün ancak yaşamın belirmesiyle var olmaya başlayacağına itiraz eder. Empedokles'in öğretisindeki hakikat çekirdeğinin gelecekteki dimağlara hangi kılıkta kendini göstereceğini kimse öngöremez.

7. Bölüm

Ferenczi'nin 1927 yılında verdiği "Analizlerin Sonlandırılması Meselesi"¹¹ başlıklı kapsamlı dersinin kapanışında, "analizin sonsuz bir süreç olmadığından, bilakis analistin ustalığı ve sabrı sayesinde doğal bir şekilde sonlandırılabilirdiğinden" bahsedilmiştir. Demek istediğim, bir bütün olarak ele aldığımızda onun bu metni, kısaltmayı değil analizin derinleştirilmesini hedef koyan bir nasihat niteliği taşır. Ferenczi'nin, analistin "kendi yanılığı ve hatalarından" yeteri kadar ders çıkarmasının ve "kendi kişiliğinin zayıf noktalarını" kendi lehine dönüştürmesinin başarılı bir netice için belirleyici olduğuna dair düştüğü not değerlidir. Bu, konumuza önemli bir takviye sağlıyor. Sadece hastanın egosunun tabiatı değil, analistin kendi özgünlüğü de analitik tedavinin gidişatını etkileyen ve bu gidişatı dirençlerin yaptığı gibi zorlaştıran unsurlar arasında yerini alır.

Analistlerin hemen hemen hepsinin, hastalarına kazandırmak istedikleri psikik normallik standartlarına kendilerinin, kişilikleri bakımından, erişememiş olması su götürmez bir gerçektir. Analist karşıtları, küçümseyici bir tavırla bu gerçeğe sıklıkla işaret ederler ve bunu analitik çabaların fayda etmediğini gösteren bir argüman olarak kullanırlar. Bu eleştiriyi, adil olmayan bir beklenti olması nedeniyle reddedeceğim. Analistler, belli bir sanatı uygulamayı öğrenmiş kimselerdir ve bunun yanında diğer herkes gibi onların da insan olmaya hakları vardır. Nihayetinde hiç kimse kendi iç organları sağlıklı olmayan bir doktorun, başkalarının iç hastalıklarını tedavi edemeyeceğini iddia edemez, hatta aksine tüberküloz tarafından kendi sağlığı tehdit edilmiş birinin bu hastalıktan muzdarip olan kişilerin tedavisinde belli avantajlara sahip olduğu öne sürülebilir. Ama bu karşılaştırmalar özdeş değiller. Doktorluk mesleğini uygulayabildiği müddetçe, akciğer veya kalp hastalığı teşhisi almış bir doktor, bu dâhili şikâyetlere hem tanı koyma hem de onları iyileştirme hususlarında engellenmiş olmaz. Hâlbuki analitik çalışmanın biricik koşulları içinde, analist kendindeki kusurlardan ötürü sahiden de hastadaki süreçlerin durumuna dair doğru bir değerlendirme yapmaktan ve ona işe yarar bir şekilde tepki vermekten alıkonabilir. Bu sebeple, bir analistten, kendi mesleki becerilerinin bir parçası olarak, belli seviyede bir zihinsel normallik ve uygunluk beklemek makuldür. Buna ek olarak, analist bir çeşit üstünlüğü elinde tutmalıdır ve böylece bazı analitik durumlarda kendi hastası için bir örnek teşkil edebilirken bazılarında bir öğretmen gibi davranabilir. Ve son olarak, analitik ilişkinin hakikat aşkı üzerine yani gerçekliğin tanınması üzerine inşa edildiğini ve her türlü utanma ve yalanı dışarıda bıraktığını unutmamalıyız.

11 *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, Bd. 14 (1928).

Burada, bir analistin kendi mesleğini icra ederken çok zorlu talepleri karşılaması gerektiğini tüm içtenliğimizle anladığımıza onu temin etmek adına bir dakikalığına duralım. Analiz etmek bana, sonucun yetersiz olacağından önceden emin olunabilecek “imkânsız” mesleklerden üçüncüsü olabilir mi gibi görünüyor. Uzun zamandır bildiğimiz diğer ikisi eğitmek ve yönetmek. Müstakbel analistin, analiz ile hemhal olmadan önce, kusursuz bir insan olması gerekliliğinin yani sadece çok istisnai bir yeteneğe sahip kişilerin bu mesleğe yönelebileceğinin talep edilemeyeceği açıktır. Fakat o zaman bu biçare kul, mesleğinde ihtiyaç duyacağı ideal becerileri nerede ve nasıl kazanacaktır? Buna yanıt şöyle verilebilir: gelecekteki faaliyetleri için yapacağı hazırlıkların başlayacağı kendi analizinde. Uygulamadaki bazı sebeplerden ötürü bu analiz kısa ve tamamlanmamış olabilir. Bu analizin başlıca amacı, eğitiminin devamı için adaya ruhsat verilip verilmeyeceği hususunda öğreticinin bir hükme varmasına olanak sağlamaktır. Bu analiz, bilinçdışının varlığına sıkı bir teslimiyeti çırağa kazandırdığında, bastırılanlar su yüzüne çıkınca bir zamanlar olası bulmadığı kendisine dair algıları fark etmesinde ona yardımcı olduğunda ve ona ilk denemesinde analitik çalışma içinde kendi değerini kanıtlamış tekniği gösterdiğinde amacına ulaşmış olur. Gerçi bunlar da onun eğitimi için tek başına yeterli değildir. Bunların yanı sıra biz, adayın kendi analizinde muhafaza ettiği coşkusu analiz sonlanmasıyla kesilmesini, egonun yeniden düzenlenme süreçlerinin analizanda kendiliğinden devam etmesini ve tüm süregelen deneyimlerin bu yeni edinilen kavrayış içinde kullanılmasını umarız. Bu umduklarımız gerçekleşir de ve gerçekleştikçe de analizani analist olmaya uygun hale getirir.

Maalesef ki bunun haricinde başka bir şey daha gerçekleşir. Bu şeyi betimlemek istediğimizde ancak izlenimlere itibar edebiliriz. Düşmanlık bir taraftan, tarafgirlik diğer taraftan, birlikte nesnel araştırmaya kapalı bir atmosfer yaratırlar. Yani öyle görünüyor ki sayısız analist, analizin çıkarım ve taleplerini kendisinden başka yöne çevirmesine müsaade eden savunma mekanizmalarını kullanmayı öğrenir ve bu yolla okları muhtemelen başka kişilere yöneltirler. Böylece, kendileri oldukları gibi kalırlar ve analizin eleştirel ve düzeltici tesirinden kendilerini uzakta tutarlar. Bu işleyiş, bir insana güç bahşedildiğinde o gücü kötüye kullanmamanın ona zor geleceğini söyleyerek bizi uyaran bir şairi haklı çıkarmış olabilir.¹² Bazen, bunu anlamak istediğimizde, X-ray ışınlarının önlem almadan onunla haşır neşir olan bir insan üzerindeki etkisi hakkında yapılan çirkin bir benzetmeyi yaptıktan kendimizi alıkoyamayız. İnsan ruhunun içinde özgürlüğüne kavuşmak için cebelleşen tüm o bastırılanlar ile mütemadiyen uğraşmaktan ötürü analistlerde de

12 Anatole France, *La revolte des anges*.

normalde zapt edebilecekleri tüm dürtü taleplerinin körüklendiğine şaşmamak gerek. İşte bunlar da “analizin tehlikeleridir”. Gerçi bunlar analitik durumun pasif değil, hatta aksine aktif partnerini tehdit ederler. Onlar ile karşılaşmayı savsaklamamalıyız ve bunun hangi yolla olacağı da kuşku götürür olmamalıdır. Her analist, dönemsel olarak yani yaklaşık beş yıllık aralıklarla, kendini tekrardan analizin nesnesi yapmalı ve bu adımı hiç gocunmadan atmalıdır. Bir diğer deyişle bu, şu anlama gelmektedir: Yalnızca hastalardaki terapötik analiz değil, kendi analizimiz de sonludan sonsuza dönüşen bir görevdir.

Tam da bu noktada, bir yanlış anlaşılma mahal vermemeliyiz. Analizin hepten kapanışı olmayan bir iş olduğunu varsayma niyetim yok. Bu soruya kuramsal olarak nasıl yaklaşırsa yaklaşılsın, bir analizin sonlandırılmasının uygulamaya dair bir mesele olduğuna inanıyorum. Her analist, *rebus bene gestis*¹³, hastasından kalıcı olarak vedalaştığı bir dizi vaka hatırlayabilecektir. Nam-ı diğer karakter analizi vakalarında, uygulama teoriden çok daha az uzaklaşmıştır. Bu vakalarda, abartılı beklentilerden uzak durulsa ve analiz aşırıya kaçan vazifeler yüklemese dahi doğal bir son kolayca öngörülemez. Ne tüm insani özgünlükleri şematik bir normallik adına silmek ne de “esaslıca analiz edilmiş birinin” hiçbir tutku duymaması ve iç çatışmalardan münezzeh olması koyulması gereken hedeftir. Analiz, ego işlevlerine uygun olan psikolojik koşulları oluşturmalıdır. Böylece görevini tamamlamış olur.

8. Bölüm

Karakter analizlerinde olduğu gibi terapötik analizlerde de iki konunun özellikle ön plana çıktığı ve analiste alışılmışın dışında bir fazlalıkta sorun yarattığı gerçeği dikkatleri çeker. Burada iş başında olan yasanın kıymeti kısa bir süreliğine anlaşılmamıştır. İki konu, cinsiyetlerin farkı ile alakalıdır. Bunlardan biri erkeklere özgü, keza diğeri de kadınlara özgüdür. İçeriğindeki farklılıklara karşın apaçık benzerlikler bulunmaktadır. İki cinsiyette de ortak olan şeyler, cinsiyet farkı sayesinde farklı şekildedeki ifadelerle sığdırılmıştır.

Birbirine karşılık gelen iki konu, kadınlarda *penis hasedi* yani kadının erkek cinsel organına sahip olmak için duyduğu olumlu istek ile erkeklerde erkeğin başka bir erkek karşısındaki kendi edilgen ve kadınsı tavrına karşı olan savaşıdır. Psikanalitik terminolojide, bu iki konuda ortak olan şey kastrasyon kompleksi karşısında alınan tutum olarak önceden vurgulanmıştır. Sonradan Alfred Adler, erkekler için fevkalade isabetli bir terim olan “eril protesto” terimini kullanıma sokmuştur. Burada

13 İşler iyi gitmiştir. (ç.n.)

kastettiğim şey, “kadınsılığın reddinin” evveldendir insan ruhsal hayatının dikkat çekici bir parçasının yerinde tanımlaması olduğudur.

Teorimizin yapısına ilave yapmayı denerken bu etkenin kendi doğası gereği iki cinsiyette de aynı konumu işgal edemediği gerçeğini göz ardı etmemeliyiz. Erkeklerde, erkeksilik isteği baştan itibaren tamamıyla ego-uyumludur. Kastrasyonun üstlenilmesini şart koştuğu için edilgen tavır kuvvetle bastırılır ve sıklıkla aşırı derecedeki telafiler ile kendi mevcudiyetine atıfta bulunulur. Kadında da erkeksiliğe olan istek, kadınlığın gelişiminden önce belli bir zamana yani fallik evreye kadar ego-uyumludur. Fakat sonra bu istek, bastırmanın kritik sürecine tabi olur. Sıklıkla ortaya konulduğu gibi, kadınsılığın kaderini bu sürecin çıktısı tayin eder. Birçok şey, kadının erkeklik kompleksinin, bastırmanın yeterince kaçıp kaçamamasına ve onun karakterine devamlı etki edip etmemesine bağlıdır. Normalde, kadınsılığın inşasına katkıda bulunması için kompleksin büyük kısımları dönüştürülür. Bu kısımlar, penise olan dindirilmemiş arzudan çocuğa ve bir penise sahip olan bir adama olan arzuya evrilmelidir. Bilinçdışındaki erkeksilik arzusunun korunmuş bir şekilde sürdürülmesi ve rahatsız edici etkilerinin bastırmanın içinden dışarı yayılması ile olan karşılaşmalarımız hayret verici sıklıktadır.

Değindiklerimden de görülebileceği üzere iki durumda da karşı cins bastırmaya tabi olandır. Başka bir yerde de yâd ettiğim gibi ¹⁴ ilgimi bu konuya çevirmemi sağlayan kişi, cinsiyet zıtlığını bastırmanın ilksel motivasyonu için asıl sebep olarak ele alan Wilhelm Fliess idi. Bir zamanki itirazımı şimdi sadece tekrarlıyorum. Bastırmayı bu şekilde cinsiyetleştirmeyi reddedişim onu sadece psikolojik olarak temellendirmek yerine biyolojik olarak temellendirmeye bir itirazdır.

Bu iki konunun yani kadındaki penis isteğinin ve erkekteki edilgen tutuma karşı gelen isteğin olağanüstü önemi Ferenczi'nin gözünden kaçmamıştır. 1927 yılında verdiği bir derste, her başarılı analizin bu iki kompleksin üstesinden gelmiş olmasının bir zorunluluk olduğu talebini sunar. ¹⁵ Ferenczi'yi bu noktada bilhassa talepkâr bulduğumu kendi deneyimlerime istinaden eklemeyi isterim. Analitik çalışmanın hiçbir anında analistin, tekrarlayan çabalarının boşa gitmesinden ötürü iç karartıcı bir hisse boğulduğunda ve “duvara karşı” konuşuyor olmaktan kuşkulandığında çektiği acı, karşılanamaz bir talep olması sebebiyle bir kadını penis isteğinden vazgeçmeye razı

14 Bir Çocuk Dövülüyor, (1919e)

15 ...her erkek hasta, kastrasyon kaygısını aşmış olmanın bir işareti olarak kendi doktoruna karşı bir eşitlik hissiyatı kazanmalıdır. Tüm kadın hastaların, eğer ki kendi nevrozlarını bütünüyle halletmiş olarak kabul edileceklerse, erkeklik kompleksleriyle işlerinin bitmiş olmaları ve kin gütmekten kadınlık rolünün gerektirdiklerine kendileri i bırakmış olmaları zorunludur. (Ferenczi, 1928, 8.)

etmekten ya da erkeklere karşı alınan edilgen tavrın illa kastrasyon anlamına gelmediğine ve bu tavrın birçok ilişkide kaçınılmaz olduğuna erkekleri ikna etmekten dolayı çektiği acıdan daha fazla değildir. En güçlü aktarım dirençlerinden biri, erkeğin inatçı ve aşırı bir şekilde telafi etme çabasından türer. Erkek bir baba ikamesine boyun eğmeyi, ona borçlu hissetmeyi ve aynı zamanda doktordan gelen tedaviyi kabul etmeyi istemez. Benzeri bir aktarım, kadının penis isteğinden baş göstermez. Buna karşılık, analitik tedavinin hiçbir işe yaramadığına ve kendisinin yardım edilemez olduğuna hastanın kani olmasından dolayı bu kaynaktan ağır depresyon atakları türer. Feci şekilde hasreti çekilen erkeklik organına hala daha sahip olabilme şansına dair umutlarının, onları tedaviye çeken en güçlü motivasyon kaynağı olduğunu öğrendiğimizde, onlara hak vermemek işten bile değildir.

Lakin bir de bu durum, direnç ister aktarım olarak ister başka şekilde zuhur etsin, ne şekilde ortaya çıktığının önemli olmadığını bize öğretti. Direncin değişimin meydana gelmesine izin vermeme hali kararlılıkla sürdürülür, öyle ki her şey önceden nasılsa öyle kalır. Penis isteği ve eril protesto ile ana kayanın içinden geçerek tüm psikolojik katmana sızdığımız ve böylece faaliyetlerimizin sonuna vardığımız izlenimine sıklıkla kapılırız. Psikik alan için biyoloji, temeli oluşturan bir ana kayanın rolünü oynadığı için, bu kuvvetle muhtemel böyledir de. Elbette kadınsılığın reddi, koca cinsiyet bulmacasının bir kısmı olan biyolojik bir hakikatten ayrı bir şey olamaz. Bu erkeğin üstesinden gelmeyi analitik tedavide başarıp başaramadığımızı söylemek zor olur, keza bunu ne zaman başardığımızı da.¹⁶ Analizanın kendi tutumunu gözden geçirmesi ve değiştirmesi için mümkün olan her türlü teşviki ona vermiş olmanın teminatı ile teselli oluruz.

Çeviren: Ece Aşiroğlu

¹⁶ Erkeğin reddettiği şeyin edilgen tavır yani kadınlığın sözüm ona sosyal yönü olduğunu varsayarak “eril protesto” teriminin bizi yanlış yönlendirmesine izin vermeyelim. Zaten buna, kolayca tasdik edilebilecek bir gözlem ters düşer. Bu gözleme göre, böyle erkekler bir kadın karşısında sık sık mazoşist davranışlar sergiler yani adeta bir köle tavrı takınır. Erkek, kendisini sadece bir erkek ile olan ilişkisindeki edilgenliğe karşı korur, genel bir edilgenliğe karşı değil. Bir başka deyişle, “eril protesto” aslında kastrasyon kaygısından başka bir şey değildir.

Analizde İnşalar

(1937d)

1

Birçok insanın böyle bir sorumluluk hissetmediği zamanlarda dahi psikanalize hakkını teslim etmesini takdire şayan bulduğum çok emektar bir bilim insanı, bir kere sinde bizim analitik tekniğimizle ilgili olarak incitici olduğu kadar haksız da olan bir açıklamada bulunmuştu. Bu adam, bir hastaya yorumumuzu söylediğimizde ona şu meşhur ifadedeki gibi davrandığımızı öne sürmüştü: *Heads I win, tails you lose*.¹ Bu demek oluyor ki, eğer hasta bize katılırsa yorumumuz doğrudur ama karşı çıkarsa bu sadece direncin bir göstergesidir. Böylece, bizim dayatmalarımıza karşı aldığı tutumdan bağımsız olarak, analiz ettiğimiz biçare ve zavallı birey karşısında hep biz haklı çıkarız. Burada aslında bir haklılık payı var: Hastanın bize “hayır” demesi yorumumuzun yanlış olduğunu varsayarak ondan vazgeçmemizi genellikle sağlamaz. Tekniğimizin foyasının bu şekilde ortaya çıkarılmasının en çok da analiz karşıtlarınca hoşnutlukla karşılandığını görüyorum. Bu sebeple, analitik tedavi süresince hastanın “evet” ve “hayır”ını yani onun onaylamasının ve itirazının dışavurumunu değerlendirmeye nasıl da alışık olduğumuzu detaylı bir şekilde göstermeye değer. Kuşkusuz bu müdafaam boyunca, mesleğini icra eden hiçbir analist daha önceden bilmediği bir şeyi öğrenmeyecektir.

Analitik çalışmanın hedefinin hastaların, psikik olgunluk durumlarına uygun tepkilerle yer değiştirmek amacıyla erken döneme ait olan -kelimenin en geniş anlamıyla- bastırmaları kaldırmış hale getirmesini sağlamak olduğu artık herkesçe malum. Bu hedefe ulaşmak için hasta çoktandır unutmış olduğu belli yaşantıları ve bu

1 Tura çıkarsa ben kazanırım, yazı çıkarsa sen kaybedersin. [ç.n.]

yaşantılara eşlik eden afekt itkilerini tekrar hatırlamalıdır. Hastanın mevcut semp-tom ve ketlenmelerinin bu bastırmaların neticesi olduğunu biliyoruz. Öyle ki bu bastırmalar her bir unutulmanın ikamesidir. Peki ya hasta, kaybolmuş hatıralarını ye-niden kazanabileceği bir yolu biz ona açarken faydalanabileceğimiz hangi malzeme-leri bize sağlar? Her türden malzemeyi! Hasta, bu hatıralarının kesik kesik parçala-rını bize rüyalarında verir. Bunlar paha biçilmez olsalar da rüya oluşturma sürecinde görev alan etkenlerden ötürü genellikle ciddi manada çarpıtılmışlardır. Hastanın kendini “serbest çağrışım” bıraktığında ürettiği düşüncelerden yola çıkarak, bastır-dığı hayat olaylarının ima ettiklerini ve bastırılmış afekt itkileri ile onlara karşı yük-selen tepkileri keşfederiz. Sonuç itibariyle, bastırılan malzemelere ait olan afektlerin tekrarlamasının bize işaret ettiği şeyler, hasta tarafından analizin içinde olduğu gibi dışında da hayata geçirilen önemli veya önemsiz eylemlerde de bize görünür olur. Analiste karşı oluşturulan aktarım ilişkisinin, böyle afekt bağlantılarının nüksetme-sine zemin hazırlamaya bilhassa uygun olduğunu deneyimledik. İşte, tabiri caizse bu hammaddeden, dilediğimiz neyse onu oluşturmaliyiz.

Dilediğimiz şey, hastanın unutmuş olduğu geçmiş yıllarının güvenilir ve mühim olan her açıdan bütün bir resmidir. Tam bu noktada, analitik çalışmanın tamamen bağımsız iki bölümden meydana geldiğini, iki ayrı sahnede oynandığını ve farklı gö-revlere atanmış iki kişinin varlığında vuku bulduğunu anımsıyoruz. Neden böyle te-mel bir hakikate çok daha önce dikkat çekilmediğini insan bir anlığına da olsa sor-guluyor; fakat hemen, burada saklanan bir şey olmadığını, bu durumun genelgeçer ve apaçık bir gerçek, ancak sadece buradayken o niyetle baktığınızda göze çarpan ve ayırdına varılan bir gerçek olduğunun idrakine varıyor. Analizanın, kendisinin yaşa-mış ve bastırmış olduğu bazı şeyleri artık hatırlar hale getirilmesinin gerektiğini ve bu sürecin dinamik koşullarının, çalışmanın analist tarafından üstlenilen öteki bö-lümünü arka plana itecek kadar ilgi çekici olduğunu hepimiz biliriz. Analist, söz ko-nusu olan şeyleri ne yaşamış ne de bastırmıştır. Bu sebeple, onun görevi bir şeyleri hatırlamak olamaz. O zaman, analistin görevi nedir? O, ardında bıraktığı izlerden hareketle unutulmaları keşfetmeli ya da daha doğru bir ifadeyle *inşa etmelidir*. Ana-listin bu inşaları nasıl, ne zaman ve eşlik eden hangi açıklamalar ile hastasına açacağı hususları analitik çalışmanın iki bölümü arasındaki, yani analistin ve analizanın bö-lümleri arasındaki bağlantıyı kurar.

Analistin inşa veya kulağa daha hoş gelen haliyle yeniden inşa çalışması, yıkıl-mış ve toprak altında kalmış çok eski zamanlara ait yerleşim yerlerini ve yapılarını kazarak çıkaran bir arkeoloğun işi ile büyük ölçüde bağdaşiyor. İki iş de aslında bir-birine çok benzer; yalnız bir analist yıkık dökük bir nesnedense henüz canlı olan bir

varlık ile uğraştığı için veyahut da çok daha başka nedenlerle, daha iyi koşullarda çalışmakta ve ona yardımcı olacak daha fazla malzemeyi elinin altında bulundurmaktadır. Fakat nasıl ki arkeologlar ayakta kalan kalıntılarından o binaların duvarlarını tekrar inşa ediyorsa, zemindeki göçüklerden kolonların sayısını ve konumlandırmasını çıkartıyorsa, kalıntılarda bulunan molozlardan bir zamanki duvar dekorasyonu ve freskleri yeniden kurup çiziyorsa aynı şekilde bir analist de analizanın tek tük hatıra kırıntılarından, çağrışımlarından ve güncel söylemlerinden çıkarımlarda bulunarak ilerler. İksisi de muhafaza edilmiş kalıntıları bir araya getirerek ve tamamlayarak yeniden inşa hakkına tartışmasız sahiptir. Ayrıca, bu iki kişi de bazı zorluklar ve hata kaynakları açısından benzer paydalarda buluşurlar. Malumunuz, arkeolojinin en titiz görevlerinden biri bulgularının ortalama yaşını belirlemektir ve bir nesne belli bir tabakada açığa çıktığında onun bu tabakaya mı ait olduğu yoksa sonradan gelen bir kayma yüzünden mi derinlere itildiği soruları genelde hala bir karara bağlanmaya muhtaçtır. Bu ikilemin analitik bir inşada neye karşılık geldiğini tahmin etmek kolay olsa gerek.

Analistin, bir arkeoloğa göre daha uygun koşullar altında çalıştığını çünkü bir analistin elinin altında, bir benzerini arkeoloğun kazılarda bulamayacağı malzemeleri (örneğin, erken dönemden kaynaklanan tepkilerin tekrarlamaları ve böyle tekrarlamalarda aktarım sayesinde görünür olan her şeyi) bulundurduğunu söylemiştik. Üstelik, kazıyı yapan kişinin mekanik aşınma, yangın ve yağmalar sebebiyle çok büyük ve önemli parçalarını kaybetmiş harap nesnelerle haşır neşir olduğunu göz ardı edemeyiz. Hiçbir çaba, korunmuş kalıntılarla bu parçaları bir araya getirme amacıyla onların yerini keşfetmeye muvaffak olamaz. Takip edilebilecek tek ve rakipsiz yol, dolayısıyla belli bir olasılık çitasından daha yükseğe çıkamayacak olan *yeniden inşa etme* yoludur. Fakat işler, analistin tarihçesini ortaya çıkarmayı istediği psişik nesne ile daha farklıdır. Psişik nesnede, arkeolojik nesne söz konusu olduğunda ancak Pompei’de ve Tutankamon’un lahitinde olduğu gibi şanslı istisnai vakalarda görülmüş bir durumla mütemadiyen karşılaşırız. Gerekli ne varsa hepsi korunmuştur; tamamen unutulmuş gibi görünenler dahi orada bir yerde ve bir şekilde hala mevcuttur, sadece gömülüdür ve hastanın ulaşımına kapalıdır. Bilindiği üzere, herhangi bir psişik yapının gerçekten de tam bir yıkıma uğrayıp yitip gitmesi ihtimalinden şüphe duymak elbette hakkımızdır. Gömülü malzemenin gün yüzüne eksiksiz çıkarılmasının başarılıp başarılamayacağı salt analitik tekniğe dair bir sorudur. Gerçi, analitik çalışmanın bu olağandışı avantajı, onun iki ayrı gerçeği ile ters düşer: Psişik nesnenin kıyas kabul etmez şekilde bir arkeoloğun malzemesinden daha karmaşık olması gerçeği ve bulmayı umduklarımızın mahrem yapısının çok fazla gizeme gebe olması

hasebiyle bilginizin onlara yeterince hazır olmaması gerçeği. Böylece, iki çalışmayı karşılaştırmamız da sonuna yaklaşıyor. Ne de olsa, ikisi arasındaki temel fark, arkeoloji için yeniden inşa nihai amaç ve çabanın sonu olurken analiz için inşanın yalnızca bir ön çalışma olmasında yatıyor.

2

Yine de ön çalışma dediğimizde bir sonrakine başlayabilmek için ilk olarak bu ön çalışmanın tamamının bitirilmesi gerektiği, yani tıpkı bir evin inşasında olduğu gibi odaların iç dekorasyonuna el atmak için öncesinde tüm duvarların örülmüş ve tüm pencerelerin takılmış olması gerektiği manası çıkarılmamalıdır. Her analist, analitik bir çalışmada işlerin daha farklı yürüdüğünü ve burada iki türlü işin de -biri her daim daha önde ve diğeri onun peşi sıra gelecek şekilde- yan yana ilerlediğini bilir. Analist, bir parça inşayı sona erdirir ve bunu ona tesir etmesi için analizana açar. Sonra, üzerine bardaktan boşanırcasına yağan yeni malzemelerden alıp bir parça daha inşa eder, onu da aynı şekilde iletir ve bu sırayla çalışmayı sonuna kadar götürür. Eğer analitik tekniğe dair açıklamalarda “inşalardan” çok az bahsediliyorsa bu, onlar yerine “yorumlar” ve etkileri üzerine konuşulduğu içindir. Ama bence “inşa” açık ara en uygun tabir. “Yorum”, malzemenin çağrışım veya edim hatası gibi tek bir unsuruyla ele alınan şeylere dayanır. Fakat analizanın unuttuğu yaşam öyküsünden bir parça ona aşağı yukarı şu şekilde sunulduğunda bu bir “inşadır”: “...yaşınıza kadar kendinizi annenizin tek ve sınırsız sahibi olarak addettiniz. Ardından ikinci bir çocuk geldi ve onunla birlikte de derin bir hayal kırıklığı. Anneniz sizi bir süreliğine terk etti ve sonrasında da artık sadece size adanmış değildi. Annenize karşı duygularınız ikirciklendi ve babanız sizin için yeni bir anlam kazandı.” vb.

Makalemizde, dikkatimizi özellikle inşaların bu bahsi geçen ön çalışmasına yönelteceğiz. Ve burada evvela, inşalar ile çalışırken yanılmadığımızın ve tedavinin başarısını yanlış bir inşanın öne sürülmesi yüzünden tehlikeye atmadığımızın garantisinin nerede olduğu sorusu belirir. Bu soru genelgeçer bir yanıtı izin vermeyecekmiş gibi görünür. Ama bu tartışmaya çekilmeden önce analitik deneyimin bize sağladığı rahatlatıcı bir bilgiye kulak verelim. Zira bu bilgi, bir defa yanlışlığımızda ve hastaya yanlış bir inşayı çok olası tarihsel bir hakikat olarak naklettiğimizde bunun ona zarar vermeyeceğini bize öğretti. Bu tabii ki de zaman kaybı demektir ve hastasına her daim hatalı çıkarımlar sunan bir kişi onda iyi bir izlenim bırakamayacak ve tedaviyi ilerletemeyecek olsa da böyle tek bir hata zararsızdır. Böyle bir durumda aslında olan şey daha çok, hastanın ona söylenenden

etkilenmemiş görünmesi ve ne bir “evet” ne de bir “hayır” ile söylenene tepki vermesidir. Bu, tepkisinin olasılıkla ertelenmiş olmasından başka bir anlama gelmez. Fakat bu işin arkası gelmezse, o zaman bir hata yapmış olduğumuz sonucuna varabiliriz ve uygun bir fırsatta kendi otoritemizden ödün vermeden bunu hastaya itiraf etmeliyiz. Daha iyi bir inşaya ve böylece hatamızı düzeltmeye izin veren yeni bir malzeme açığa çıktığında bu fırsat doğar. Böylece yanlış inşa sanki hiç var olmamışçasına düşer. Hatta bazı vakalarda analist, Polonius’tan alıntılırsak eğer, sanki attığı yalan oltasıyla gerçek balığını tuttuğu izlenimine kapılır. Kendimizin inandığı ama hastamızın kabul etmek zorunda olmadığı şeylere onu telkin ettiğimiz öneriler ile hastamızı hataya sürüklenme tehlikemiz kesinlikle aşırı abartılmıştır. Böyle bir felaketin bir analistin başına gelmesi için bu analistin fena halde hataya düşmüş olması gerekir. Her şeyden önce, hastasına söz söyleme fırsatı tanımadığı için kendini suçlamalıdır. Kendi pratiğimde, önerinin bu şekilde suistimal edildiği bir durumun asla yaşanmadığını kendini beğenmişlik yapmadan savunabilirim.

Yukarıda bahsettiklerimizden çıkacak sonuç şudur ki, hastamıza inşalarımızdan birini sunduğumuzda onun verdiği tepkilerin işaretlerini görmezden gelme eğiliminde olmamız katıyen söz konusu değildir. Bu konuyu derinlemesine ele almayı isteriz. Analizanın “hayır’ını” duyulduğu gibi kabul etmediğimiz doğrudur ama hastanın “evet’ini” de aynı katıllıkla değerlendiririz. Hastanın sözlerini her halükârda bir onaylama ifadesi olarak yorumladığımız suçlamasının hiçbir adil yanı yok. Gerçekte işler bu kadar basit yürümüyor ve çıkarımlarda bulunmamız da bu kadar kolay olmuyor.

Analizanın dolaysız bir “evet’i” ise birçok anlama gelir. Aslında ona sunduğumuz inşamızın doğruluğunu tanıdığını gösterebileceği gibi, bu “evet”, anlamsız veya bizim onu adlandırdığımız şekliyle “riyakârca” da olabilir. Bu sonucunda, hastanın direncinin işine gelen durum, analiste katılma kisvesinden faydalanarak henüz keşfedilmemiş bir gerçeği saklı tutmayı sürdürmektir. Hastanın “evet’i” dolaylı yollarla onaylanmadığı müddetçe, yani hasta “evet” der demez bu inşayı tamamlayacak ve genişletecek taze anıları üretmediği müddetçe bu “evet’in” hiçbir değeri yoktur. Ancak bunlar olursa “evet’i”, ilgili noktaların üstesinden eksiksiz bir şekilde gelindiğinin göstergesi olarak kabul edebiliriz.

Hastanın “hayır’ı”, tıpkı “evet’i” gibi çok anlamlıdır ve aslında kendisinden yararlanmaya çok daha az uygundur. Çok nadir vakalarda haklı bir reddedişin ifadesidir. Çok daha sık olarak hastaya iletilen inşaların içeriğinin kıskırttığı bir direncin ifadesidir. Öte yandan aynı derecede, karmaşık analitik durum içindeki bazı başka etkenlerden de kaynaklanabilir. Yani hastanın “hayır’ı”, inşanın doğruluğuna hiçbir kanıt olamaz, lakin bu olasılık ile pek iyi geçinir. Her inşa eksik olduğu için

ve unutulmuş olayların yalnız küçük parçalarını ele geçirebildiği için hastanın ona söylenenleri aslında inkâr etmediğini fakat direncinin henüz ortaya çıkarılmamış kısım tarafından ayakta tutulduğunu varsaymakta serbestiz. Genellikle hasta tüm bir hakikati öğrendikten sonra analisti onaylar ve bu sıklıkla çok geniş kapsamlı bir iştir. Anlayacağınız, “hayır’ın” tek kesin anlamı eksikliklerdir, belli ki inşa ona her şeyi söylememiştir.

Yani görünen o ki, bir inşanın ona sunulmasından sonra hastanın dolaysız söylemlerinden analist, doğru bir tahmin yürütmüş olsun ya da olmasın, çok az ipucu kazanıyor. Çok daha enteresanı ise, doğrulamanın her bakımdan güvenilir birçok türü olmasıdır. Bunlardan biri, pek çok farklı kişi tarafından sanki üzerinde söz birliği edilmişçesine benzer şekilde kullanılan bir söz öbeğidir. “*Bunu (bunun hakkında) hiç düşünmedim (düşünmemiştim).*” Bu ifade hiç çekinmeden şöyle tercüme edilebilir: “Evet, siz bu sefer *bilinçdışımla* gerçekten karşılaştınız.” Ne yazık ki analist, bu arzu ettiği sözleri kapsamlı yorumlarını hastaya açmasının ardından değil de genelde tekli yorumlarından sonra çok daha sık duyar. Bu defa olumlu bir şekilde ifade edilen keza değerli bir doğrulamayı, analizan inşanın içeceğine benzer ya da onu andıran bir şeyleri ihtiva eden çağrışımlar ile inşaaya cevap verdiğinde görürüz. Bu durum için analizden bulunması kolay ama anlatması teferruatlı bir örnek vermek yerine benzer bir vaziyeti neredeyse komik bir çarpıcılıkla gösteren ama analiz dışında gerçekleşen ufak bir olay ile örneklendirmek isterim. Bu örnek, yıllar önce kendi doktorluk pratiğinde beni danışman olarak seçmiş olan bir iş arkadaşım hakkında. Bir gün bu adam, ona sorunlar yaşatan genç eşini görmem için bana getirdi. Eşi, bin bir türlü mazerete sığınarak onunla cinsel ilişkiye girmeyi reddediyordu ve bu adam açıkça benden, ihtiyatsız davranışlarının sonuçlarını eşine açıklamamı bekliyordu. Ben de konuya girdim ve bu davranışının eşinin sağlığı için doğurabileceği muhtemel talihsiz sonuçları ya da evliliğinin sonlanmasına sebebiyet verebilecek kaçamaklara eşini açık hale getirebileceğini ona açıkladım. Tam bu noktada adam şu cümle ile sözümü kesti: “Beyin tümörü tanısı koyduğunuz İngiliz adam *da* çoktan öldü.” İlkin, bu sözler kulağıma anlaşılmaz geldi. Cümledeki *da* bağlacını esrarengiz buldum çünkü ölen başka birinden hiç söz edilmemişti. Kısa bir süre sonra ise anladım. Adam açıkça dediklerimi teyit etmek istemişti. “Evet, siz muhakkak ki haklısınız, bu hastaya koyduğunuz tanı *da* doğrulanmıştı.”, onun demek istediği buydu. Analizde çağrışımlardan elde ettiğimiz dolaylı doğrulamaların tam bir karşılığıydı bu cümle. İş arkadaşımın bu ifadesinin, onun tarafından bir kenara itilmiş bazı düşüncelerin pay sahibi olduğu başka bir anlamı da içerdiğini tartışmayacağım.

Böyle bir “*da*” bağlacını beraberinde getiren bir inşanın içeriğine uyan çağrışımlar sayesinde yapılan bir dolaylı doğrulama, bu inşanın analizin ilerleyen sürecinde ispatlanıp ispatlanmayacağını tahmin etmemiz için bize değerli ipuçları sağlar. Özellikle vurgulanması gereken bir durum da, doğrulamanın bir edim hatasının yardımıyla tereddütsüz bir inkârın içine gizlice sokulmasıdır. Buna benzer güzel bir örneği önceden bir kere başka bir yerde açıklamıştım. Bir hastanın rüyalarında, Viyana’da çok bilindik bir isim olan *Jauner* ismi tekrar tekrar belirliyordu. Ayrıca çağrışımlarında isme dair yeterli bir aydınlatma bulunmuyordu. Ben de sonrasında, hastanın *Jauner* derken aslında *Gauner*’i² kastettiği yorumunu ortaya attım ve hasta beni anında yanıtladı: “İşin doğrusu bu bana fazla *jewagt*³ göründü.” Veyahut da başka bir örnekte hasta, benim onun belli bir ödemeyi çok yüksek bulduğuna dair yaptığım uygun-suz bir önermemi kelimelerle reddetmek istiyordu: “On doların bende önemli bir yeri yok.”, ama bunu yaparken dolar yerine daha değersiz bir para birimini koyuyor ve diyor ki: “On şilin”⁴.

Analiz, tıpkı suçluluk hislerinde, mazoşistik bir acı çekme ihtiyacında ya da analistin yardımlarına karşı ayak diremekte olduğu gibi negatif terapötik bir etkiyi itiren güçlü unsurların baskısı altındayken hastanın kendisine sunulan bir inşadan sonra gösterdiği davranış sıklıkla aradığımız karara varma yolunda işimizi çok kolaylaştırır. Eğer ki inşa yanlışa hastada hiçbir şey değişmez. Velez ki inşa doğruysa veya hakikate yaklaşıyorsa, bu durumda hasta semptomunda ve genel durumunda aşikâr bir kötüleşme ile bu inşaya tepki verir.

Özetlemek gerekirse, analizanın inşalarımız hakkındaki görüşünü küçümseyerek bir kenara ittiğimiz suçlamasını hak etmediğimizi beyan etmek isterim. Bu görüşlere dikkat eder ve sıklıkla onları değerli ipuçları olarak kabul ederiz. Fakat hastanın bahsi geçen tepkileri çoğunlukla çok anlamlıdır ve nihai bir karara müsaade etmezler. Sadece analizin devam ettirilmesi inşalarımızın doğruluğu veya işe yaramazlığı ile ilgili bir kararı mümkün kılacaktır. Tek bir inşaya sınılanmayı, doğrulanmayı ya da reddedilmeyi bekleyen bir tahminden daha fazlasınımışçasına muamele etmeyiz. Bu inşalara otorite atfetmeyiz. Hastadan doğrudan bir kabul talep etmeyiz ve hasta bir inşaya baştan karşı çıktığında onunla bunu tartışmayız. Kısaca, Nestroy’un ünlü tiplerinden biri olan uşağa benzer bir şekilde tutum alırız. Bu uşağın tüm sorular ve itirazlar için hazırda bekleyen tek bir karşılığı vardır: “*Her şey olaylar süregelirken açığa kavuşacak*”.

2 Dolandırıcı (ç.n.)

3 Gewagt: cüretkâr. Hasta burada dil sürçmesi yaparak gewagt yerine jewagt diyor. (ç.n.)

4 Şilin: Avusturya para birimi

3

Analizin ilerleyen safhalarında bunun nasıl geliştiğini, yani bizim tahminimizin ne tür yollardan geçerek hastanın ikna oluşuna evrildiğini ortaya koymak, harcanılacak çabaya pek değmez çünkü bu durum zaten kendi günlük deneyimleri sayesinde her analiste tanıdık gelir ve mantığa ters düşmez. Bu konuya dair sadece bir nokta soruşturma ve açıklama gerektirir. Analistin inşasından çıkılan yol analizanın hatırasında son bulmalıdır. Fakat yol her daim bu kadar uzağa gitmez. Hatta bastırılmış olanların hatırasına hastayı ulaştırmayı beceremediğimiz zamanlar sıkılır. Bunun yerine analist, analizi doğru bir şekilde ifa etmesi sayesinde hastayı, ona sunduğu insanın hakikatine kayıtsız şartsız ikna eder ve bu, yeniden kazanılan bir hatıranın başardığı şey ile terapötik açıdan aynı şeyi başarır. Hangi koşullar altında bunun meydana geldiği ve yarım yamalak bir ikame gibi görünen şeyin kusursuz bir etki yaratmasının nasıl mümkün olduğu soruları ileriki araştırmalara kalsın.

Bu kısa yazımı bize daha engin ufuklar açacak olan birkaç not ile kapayacağım. Bazı analizlerde, tartışmasız tam hedefi vuran bir insanın hastaya söylenmesinin hastada şaşırtıcı ve en başta anlaşılmaz bir fenomeni görünür kıldığına şahit olmak dikkatimi çeker olmuştu. Hastaların aklına kendilerinin bizzat “haddinden fazla açık” olarak nitelendirdikleri canlı hatıraları geldi. Ama bu hastalar insanın içeriğine dair olan olayı değil de ancak bu içeriğe yakınsayan detayları hatırladılar. Örnek verecek olursak, olayda adı geçen insanların yüzünün aşırı net oluşu veya içinde benzeri hadiselerin geçmiş olabileceği odalar veya -biraz daha ileri gidersek- bu odalardaki mobilyalar anımsananlar arasındaydı ve tabii ki inşa bu detaylar hakkında hiçbir şeyi önceden biliyor olamazdı. Bu, hem bir insanın sunulmasından hemen sonraki rüyalarda hem de uyanırken fantezi benzeri hallerde ortaya çıkıyordu. Bu hatıraların peşinden hiçbir şey gelmedi ve bunları bir uzlaşmanın ürünü olarak değerlendirmek bana makul göründü. Şöyle ki, insanın hastaya açılmasıyla birlikte harekete geçen bastırılanın “yukarı çıkma dürtüsü”, her bir önemli hatıra izini bilince taşımayı istemiştir; lakin direnç ise bu hareketi durduramasa da onu komşu, ikincil bir nesneye kaydırmaya muvaffak olmuştur.

Bu hatıraların açıklığına bir de onların güncel varlığına olan inanç eklenseydi o zaman bu hatıralara halüsinasyon denilebilirdi. Fakat kesinlikle psikotik olmayan diğer hastalarda gerçek halüsinasyonların kimi zaman mevcut olabileceğini fark etmemle birlikte bu benzerlik daha bir anlam kazandı. Devamında, düşünce akışım şöyle ilerledi: Belki, halüsinasyonda geçmişte yaşanmış ve sonrasında unutulmuş bir şeylerin geri dönüşü halüsinasyonun şimdiye kadar yeterince kıymet verilmemiş genel bir özelliğidir. Bu şeyler, çocuğun konuşmaktan henüz mahrum olması hasebiyle

o zamanlar yalnızca gördüğü veya duyduğu şeylerdir ve şimdi, böyle bir geri dönüşe karşı koyan kuvvetlerin etkisinden dolayı muhtemelen tahrif edilmiş veya yeri değiştirilmiş bir şekilde bilince sızmışlardır. Ayrıca, halüsinasyonlar ve psikozun belli türleri arasındaki yakın ilişkiye dayanarak düşünce akışımız daha ileri seviyeye taşınabilir. Sanılanın aksine, halüsinasyonların sürekli içine eklemlendiği sanrıların bile bizzat, bilinçdışının yukarı çıkma dürtüsünden ve bastırılanların geri dönüşünden pek de bağımsız olmaması ihtimal dâhilindedir. Genellikle, bir sanrının mekanizmasında yalnız iki unsurun altını çiziyoruz: Bunlardan biri, gerçek dünyadan yüz çevirme ve bunu güdüleyen kuvvetler; ötekisi ise, istek doyumunun sanrının içeriğine olan etkisi. Fakat bu dinamik süreç daha ziyade, bu süreçte harekete geçen dirençler ile istek doyumunu yönündeki eğilim tekrardan anımsanan hatıraların çarpıtılması ve yer değiştirmesindeki sorumluluğu paylaşırken, kendi içeriğini bilince sızdırmak amacıyla gerçeklikten yüz çevirmenin bastırılanın yukarı çıkma dürtüsünden faydalanması olmasın? Evet, evvelen gelen sezginin delilik ile aynı kefeye koyduğu bu mekanizma, rüyaların çok iyi bildiğimiz mekanizmasının ta kendisidir.

Sanırım sanrılar ile ilgili bu fikirlerim tamamen de yeni değil. Yine de ön planda görmeye alışmadığımız bir bakış açısını vurguluyorlar. Şairin zaten çoktandır farkına vardığı gibi, bu görüşün özüne göre delilikte var olan sadece *yöntem* değildir, aynı zamanda *tarihsel gerçeklikten* bir parça da delilikte mevcuttur ve sanrıların bulunduğu kompulsif inancın kendi gücünü tam da bu bahsedilen bekleliğe ait dönemlerden kaynaklandırıyor olması bizce akla uygundur. Bu teoriyi desteklemek adına bugün elimde olanlar ancak anımsamalar, taze izlenimler değil. Bu sözü geçen hastalık vakalarını burada geliştirilen hipotezler ışığında çalışmayı denemek ve tedavilerini de buna göre yürütmek bu işe sarf edilen çabayı muhtemelen boşa çıkarmazdı. Hastayı sanrılarının mantıksızlığına ve gerçekliğe karşı direndiğine ikna etmek için harcanılan beyhude çabadan vazgeçilir ve onun yerine gerçekliğin çekirdeğini tanımak için terapötik çalışmanın üzerinde yükselebileceği ortak bir zemin bulunurdu. Bu çalışma, tarihsel gerçekliğin parçasını uğradığı tahriflerden ve gerçek şimdiki zamana bağımlılıklarından kurtarmak ile onu ait olduğu geçmişe geri yollamaktan oluşurdu. Unutulmuş bir geçmişten şimdiye veya gelecek tahayyülüne yapılan kaydırmalar nevrotiklerde de epeyce karşılaşılan bir hadisedir. Sıklıkla bir nevroitik feci bir şeylerin meydana geleceği hissiyle bir kaygı haline tutulduğunda aslında yalnızca bilince gelmek isteyip de gelemeyen bastırılmış bir hatıranın -bir zamanlar facia olarak hissettiklerinin gerçekten de yaşanmış olduğuna dair bir hatıranın- etkisi altındadır. Demem o ki, terapötik bir başarı ile sonuçlanmasa dahi psikotiklerle sürdürülen böyle çalışmalardan çok değerli bilgiler öğreniliyor.

Böylesine önemli bir konunun şu anda olduğu gibi bu kadar alelade bir şekilde ele alınmayı hak etmediğini biliyorum. Yine de bir benzetme yapmanın cazibesine kendimi bırakacağım. Hastalardaki sanrılar bana analitik tedavide yapılandırıdığımız inşaların dengi olarak görünür. Onlar da açıklama ve yeniden oluşturma denemele-ridir ve psikoz koşulları altında yalnızca şimdiki zamanda inkâr edilen bir parça gerçekliği geçmişte de aynı şekilde inkâr edilmiş bir başka parça ile değiştirmeye neden olabilir. Şimdide inkâr edilen malzeme ile eskiden bastırılan malzeme arasındaki sıkı ilişkilerin açığa kavuşturulması bireysel araştırmaların görevi olacaktır. İnşamızın sırta kadem basmış bir hayat hikâyesine ait bir parçayı ortaya çıkardığı için işe yarar olması gibi sanrılar da kendi mutlak kuvvetini tarihsel hakikatin azledilmiş gerçekliğin yerine konulan bir kısmına borçludur. Bu şekilde, sanrılar da önceden bir defa sadece his-teri için dile getirdiğim hastanın hatıralardan acı çektiği önermeme tabi kılınmıştır. Bu küçük formülasyon ile eskiden de hastalığın altında yatan nedenlerin karmaşık-lığını tartışmayı ve birçok başka unsurun etkisini dışarıda bırakmayı istememiştim.

Eğer insanoğlunu bir bütün olarak ele alırsak ve onu tek bir birey ile yer de-ğiştirsek onun da mantıklı eleştirilere kapalı ve hakikat ile çelişen sanrılar geliştirdi-ğini keşfederiz. Eğer bu sanrılar, yine de olağanüstü bir şiddetle insanların üzerinde güç kullanabilirse tek bir bireydeki ile aynı sonun bu durumda da yaşandığını araş-tırmalar bize gösterir. Bu sanrılar, kendi güçlerini, unutulmuş ve ezeli bir geçmişin bastırmasından yukarı çekip çıkardıkları *tarihsel hakikatin* içeriğine dayandırılır.

Çeviren: Ece Aşıroğlu

Psikanaliz ne kadar çok merak uyandırır da onun nasıl uygulandığına ilişkin bu kadar az şey yazılmış olması çok ilgi çekici bir konu. Kimi zaman bu boşluğu popüler kültürden elde edilen önyargılarla doldurmak ya da kendinden menkul açıklamalarla tekniğin kendisini ikame etmek tercih edilmektedir. Elinizdeki bu kitap Freud'un belli bir dönem boyunca yazdığı teknik yazıları bir araya getiriyor.

Bu kitap psikanalizin ne olduğuyla değil nasıl yapıldığıyla ilgili!

Psikanalizin nasıl uygulandığına ilişkin mesleğe yeni başlayan genç terapistlere pusula görevi görecek bir kitap bu. Şaşırtıcı olan ise kimileri neredeyse bir yüzyıl önceden gelen bu fikirlerin bu kadar güncel olmaları. Bu kitap psikanalizi seven, ona ilgi duyan, onu uygulamaya başlayan ve bir gün başlayacak olan herkese hitap ediyor. Bu kitapla birlikte farklı bir Freud'u okurun önüne çıkarabildiğimizi umuyoruz: şakacı, inatçı, direngen, yaratıcı, kimi zaman polemiğe ve çoğunlukla bir psikanalist. Freud'a bir de psikanalizin tekniği açısından başlangıç yapmayı isteyenler için çok iyi bir başlangıç noktası!

Sigmund Freud (1856-1939) psikanalist, psikanalizin kurucusu ve yirmiye aşkın cilt tutan yazıları üreten Viyanalı doktor.



Axis Yayınları

