

Pomieszanie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. Mowa czułości i pożądania

Sándor Ferenczi

Tłumaczenie z języka niemieckiego: Marek Chojnacki

Wykład wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Psychoanalitycznym w Wiesbaden we wrześniu 1932 roku.

W prezentowanej formie tekst został opublikowany pod tytułem *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft*. „Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse”, vol. 19, no. 1-2, 1933, s. 5-15.

Tekst ukazał się w książce *Imago psychoanalizy. Antologia*, wybrała, opracowała i wstępem opatrzyła Agnieszka Sobolewska, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2021.

Błędem byłoby chcieć wtłoczyć nazbyt rozległy temat egzogeniczności w procesie formowania się charakteru i nerwic w ramy wykładu wygłaszanego na kongresie.

Dlatego zadowolę się przedstawieniem krótkiego wycinka tego, co miałbym na ten temat do powiedzenia. Być może nie od rzeczy będzie najpierw poinformować Państwa, w jaki sposób doszedłem do sformułowania problemu wyrażonego w tytule. W wykładzie, który wygłosiłem przed Międzynarodowym Towarzystwem

Psychoanalitycznym z okazji 75. urodzin profesora Freuda, mówiłem o regresji w technice, ale też po części i o teorii nerwic, do której skłoniły mnie pewne niepowodzenia lub niepełne powodzenie; mam tu na myśli większą wagę, jaką przykładam od niedawna do traumatycznych momentów w patogenezie nerwic, ostatnio niesłusznie zaniechanych. Nie dość głębokie badanie momentów egzogenicznych prowadzi do niebezpieczeństwa polegającego na przedwczesnym

sięganiu po wyjaśnienia, które odwołują się do dyspozycji i konstytucji. Swoiście – chciałoby się powiedzieć – imponujące zjawiska, nieomal halucynacyjne powtórzenia traumatycznych przeżyć, które zaczęły się mnożyć w mojej praktyce, uzasadniały moje nadzieje, że poprzez tego rodzaju odreagowanie w świadomym życiu uczuciowym wyzwalają się wielkie ilości stłumionych afektów, które wkrótce położą kres powstawaniu symptomów, zwłaszcza jeśli dostatecznie poluzowano pracę analityczną nad nadbudową uczuć. Nadzieje te spełniły się jednak tylko w niewielkim stopniu, a niektóre przypadki wprawiały mnie wręcz w wielkie zakłopotanie. Powtarzanie, do którego zachęcała pacjentów analiza, powiodło się aż nadto dobrze. Jednak zamiast doznać spodziewanej wyraźnej poprawy i ustąpienia poszczególnych symptomów, pacjenci ci zaczęli uskarżać się na nocne stany lękowe, a nawet na nużące nocne koszmary, a sesje analityczne zmieniały się coraz częściej w napady hysterii na tle lękowym. I choć często udawało się nam poddać te groźnie wyglądające objawy starannej analizie, co najwidoczniej przekonywało i uspokajało pacjentów, to trwała poprawa nie następowała i kolejne dni przynosiły jedynie te same skargi na koszmarne noce, a sesje analityczne znów okazywały się nawrotami traumy. Nie wiedząc, co dalej robić, przez pewien czas zadawałem się informacją, że analiza pacjenta napotyka zbyt wielkie opory lub że cierpi on na wyparcia, których rozładowanie i uświadomienie dokonać się może jedynie stopniowo. Ponieważ jednak nawet po dłuższym czasie nie następowały żadne istotne zmiany, musiałem dopuścić do głosu samokrytykę. Zaczęłem zwracać uwagę na to, że pacjenci podczas swoich ataków nazywali mnie nieczułym, zimnym, a nawet grubiańskim i okrutnym, że zarzucali mi samolubstwo, brak serca, zarozumiałość, wołając: „Proszę mi pomóc! Natychmiast! Ginę, proszę nie pozostawiać mnie bez pomocy!”, i zacząłem badać swoje sumienie, czy mimo mojej świadomej dobrej woli w oskarżeniach tych nie tkwi ziarno prawdy. Dodam, że tego rodzaju wybuchy gniewu i wściekłości zdarzały się jedynie w wyjątkowych przypadkach; często sesje kończyły się widoczną, nieomal bezradną uległością i gotowością do kontynuowania analizy. Przelotność tego wrażenia kazała mi jednak przypuszczać, że również ci ulegli pacjenci doznawali odruchów nienawiści i wściekłości, więc zacząłem ich zachęcać, by oszczędzili mi tych upiększeń. Również i te zachęty nie przyniosły widocznych wyników; większość zdecydowanie sprzeciwiała się moim podejrzeniom, choć znajdowały one solidne potwierdzenie w materiale analitycznym.

Stopniowo zacząłem dochodzić do przekonania, że pacjenci żywią jakieś nader wysublimowane uczucia dla życzeń, skłonności, humorów, sympatii i antypatii analityka, choćby uczucia te były przez samego analityka całkowicie nieuświadomiane. Zamiast sprzeciwiać się analitykowi, oskarżać go o jakieś uchybienia czy błędy, *identyfikują się z nim*; tylko w pewnych wyjątkowych momentach pobudzeń histeroidalnych, to jest w stanie nieomal całkowitej nieświadomości, uciekają się do protestów, zazwyczaj jednak nie pozwalają sobie wobec nas na żadną krytykę, co więcej, krytyka ta wydaje im się nie do pomyslenia nawet wówczas, gdy dajemy im na nią specjalne przyzwolenie, wprost do niej zachęcając. Musimy zatem ze skojarzeń chorych odgadywać nie tylko nieprzyjemne zdarzenia z przeszłości, lecz także, bardziej niż dotychczas, wypartą lub stłumioną krytykę wobec nas.

Tu jednak napotykałyśmy silny opór – nie w pacjentach, lecz w nas samych. Przede wszystkim musimy porządnie i gruntownie zanalizować samych siebie, poznając nasze niemiłe zewnętrzne i wewnętrzne cechy charakteru, abyśmy byli przygotowani na wszelkie przejawy nienawiści i lekceważenia ukryte w skojarzeniach pacjentów.

Prowadzi nas to do dodatkowego problemu, który nabiera coraz większego znaczenia, to jest do problemu analizy analityka. Nie zapominajmy, że głęboka analiza nerwicy pochłania zazwyczaj wiele lat, podczas gdy zwykle analizy szkoleniowe często trwają zaledwie od kilku miesięcy do półtora roku. Może to prowadzić do niedopuszczalnej sytuacji, w której nasi pacjenci stopniowo okazują się lepiej zanalizowani od nas. Inaczej mówiąc, wykazują oznaki takiej refleksji, ale nie są zdolni jej uzewnętrznic, za to często popadają w skrajną uniżoność i podporządkowanie, nierzadko wskutek niezdolności lub z obawy, że swoją krytyką wzbudzą nasze niezadowolenie.

Znaczna część wypartej krytyki naszych pacjentów dotyczy tego, co można nazwać *hipokryzją aktywności zawodowej*. Gdy pacjent wchodzi do naszego gabinetu, witamy się z nim i grzecznie zapraszamy go, by zaczął opowiadać o swoich skojarzeniach, tym samym obiecując, że będziemy uważnie słuchać, poświęcając całą naszą uwagę jego dobru i pracy nad objaśnianiem jego życia psychicznego. W rzeczywistości jednak pewne wewnętrzne lub zewnętrzne cechy pacjentów mogą być dla nas trudne do zniesienia. Możemy też czuć, że sesje analityczne przeszkadzają nam w ważniejszych sprawach zawodowych lub wewnętrznych czy osobistych. Także i tu nie widzimy innego sposobu, jak tylko

odgadnięcie przyczyny tego rodzaju zakłóceń w nas samych i przyznanie się do nich pacjentowi – nie tylko do możliwości ich wystąpienia, lecz również do tego, że faktycznie ich doznajemy.

Należy przy tym zauważyć, że tego rodzaju rezygnacja z nieuniknionej dotychczas „zawodowej hipokryzji” zamiast urażać pacjentów, przynosi widoczną ulgę. Ataki traumatyczno-histeryczne, jeśli w ogóle do nich dochodzi, stają się o wiele łagodniejsze, tragiczne zdarzenia z przeszłości mogą być zarazem odtwarzane, a jednocześnie nie prowadzi to do kolejnej utraty równowagi psychicznej; cały poziom osobowości pacjenta wydaje się podnosić.

Co powoduje ten stan rzeczy? W relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem istniało coś niewypowiedzianego, nieszczerego i wypowiedzenie tego niejako rozwiązuje choremu język; przyznanie się analityka do błędu przywraca mu zaufanie pacjenta. Wygląda wręcz na to, że należałoby zalecić popelnianie od czasu do czasu błędów, byśmy mogli się do nich przyznawać pacjentowi, ale taka rada jest z pewnością zbędna: i bez niej popełniamy dość błędów. Jedną z moich pacjentek, osoba bardzo inteligentna, słusznie oburzała się, mówiąc mi: „Byłoby lepiej, gdyby w ogóle mógł pan uniknąć popelniania błędów. Pańska zarozumiałość, doktorze, chce czerpać korzyści nawet z pomyłek”.

Odkrycie i rozwiązanie tego czysto technicznego problemu otworzyło mi dostęp do materiału, który pozostawał do tej pory ukryty lub mało zauważalny. Dotychczasowa sytuacja analityczna: pelen dystansu chłód, zawodowa hipokryzja i kryjąca się za nią antypatia wobec pacjenta, którą odczuwał on do szpiku kości, nie różniła się istotnie od położenia, które w jego własnej historii – w okresie dzieciństwa – powodowało chorobę. Trwając w tym stanie relacji analitycznej i wymuszając jeszcze na pacjencie odtwarzanie traumy, stawialiśmy go w sytuacji nie do zniesienia; nic dziwnego, że nie mogła ona przynosić niczego poza nawrotem traumy. Natomiast uwolnienie krytyki, zdolności do dostrzegania i do poprawiania własnych błędów zdobywa nam zaufanie pacjentów. *Zaufanie to jest właśnie owym czymś, co wprowadza kontrast pomiędzy terażniejszością i nieznośną, traumatogenną przeszłością*, kontrast nieodzowny do tego, by można było przywołać przeszłość już nie jako jej halucynacyjne odtworzenie, lecz jako obiektywne wspomnienie. Ukryta krytyka moich pacjentów na przykład ukazała mi z całą ostrością agresywne cechy mojej „aktywnej terapii” i zawodową hipokryzję wymuszania relaksacji; nauczyła mnie też dostrzegać i kontrolować przesadę w jednym

i w drugim. Niemniej wdzięczny jestem też tym pacjentom, którzy nauczyli mnie, że nazbyt skłonni jesteśmy polegać na pewnych konstrukcjach teoretycznych, nie dostrzegając często faktów, które naruszyłyby nasz autorytet i pewność siebie. W każdym razie nauczyłem się rozpoznawać przyczynę niezdolności do wpływania na wybuchy hysterii, dzięki czemu ostatecznie wysiłek terapeutyczny kończył się sukcesem. Moje doświadczenia przypominają mi historię pewnej bystrej damy, której udało się obudzić swoją nerwowo chorą przyjaciółkę ze stanu narkoleptycznego bez szarpania ani pokrzykiwania. Zaczęła po prostu filuternie przemawiać do niej po dziecięcemu: „Hej, hej, pobudka! Czas wstawać!” („Roll dich, toll dich, Baby”), na co chora zareagowała, robiąc wszystko, czego się od niej wymagało. W analizie mówimy wiele o regresji w dzieciństwo, ale najwyraźniej sami nie wierzymy, jak bardzo mamy w tym względzie rację; mówimy wiele o rozszczepieniu osobowości, ale zdaje się, że nie dość poważnie traktujemy głębię tego rozszczepienia. Jeśli wobec pacjenta z postawą opistotoniczną przyjmiemy naszą chłodną postawę pedagoga, zerwiemy ostatnią nić więzi, która nas z nim łączy. Pograżony w swoim transie bezsilny pacjent *naprawdę* jest dzieckiem, które nie reaguje na mądre pouczenia; jego reakcję wzbudza co najwyżej matczyzna życzliwość. Bez niej przeżywając sytuację skrajnej opresji, czuje się samotny i opuszczony; znajduje się zatem dokładnie w tej samej nieznośnej sytuacji, która kiedyś doprowadziła do rozszczepienia jego osobowości i w konsekwencji do choroby; nic dziwnego, że także i teraz nie jest w stanie robić nic innego ponad to, co robił w czasie choroby, to jest powielać proces powstawania objawów w wyniku wstrząsu.

Należy też pamiętać, że pacjenci nie reagują na teatralne wyrazy współczucia, lecz jedynie na szczerze przejawy sympatii. Nie wiem, czy poznają je po tonie naszego głosu, po doborze słów, czy też w inny sposób. W każdym razie przejawiają niezwykłą wiedzę o myślach i emocjach analityka, graniczącą niemal z jasnowidzeniem. Dlatego oszukiwanie chorych wydaje się nieomal niemożliwe, a jeśli mimo to próbuje się ich oszukiwać, przynosi to oplakane rezultaty.

Proszę pozwolić mi poczynić jeszcze kilka obserwacji, możliwych dzięki moim bliskim relacjom z pacjentami.

Przed wszystkim nowy materiał potwierdził podzielane przeze mnie już wcześniej przypuszczenie, że traumy, a zwłaszcza traumy seksualnej, nie sposób przecenić jako czynnika powodującego chorobę. Również dzieci pochodzące z szacownych, przenikniętych

purytańskim duchem rodzin padają ofiarą gwałtów o wiele częściej, niż można by przypuszczać. Czynów tych dokonują albo rodzice, którzy w ten patologiczny sposób szukają namiastki zaspokojenia swojego nienasyconego popędu, albo osoby zaufane, takie jak krewni (wujowie, ciotki, dziadkowie), nauczyciele domowi czy służba, wykorzystujący dziecięcą niewiedzę i niewinność. Narzucający się zarzut, że chodzi tu o seksualne fantazje samych dzieci, a zatem o histeryczne kłamstwa, podważa ogromna liczba wyznań o tego rodzaju wykroczeniach ze strony pacjentów poddawanych analizie. Nie zaskoczyło mnie już zatem wyznanie filantropijnie nastawionego pedagoga, który niedawno wyznał mi w rozpaczy, że już w piątej rodzinie z wyższych sfer był zmuszony stwierdzić, iż guwernantki prowadzą regularne życie płciowe z chłopcami w wieku od dziewięciu do jedenastu lat.

A oto typowy sposób, w jaki dochodzi do kazirodczych uwiedzeń: dorośli i dziecko kochają się; dziecko fantazjuje, chcąc w zabawie z dorosłym odgrywać rolę matki. Zabawa ta może również przybierać formy erotyczne, nie wychodząc przy tym jednak poza poziom czułości. Inaczej rzecz się ma z dorosłymi o skłonnościach patologicznych, zwłaszcza jeśli wskutek jakiegoś nieszczęścia lub zażywania środków odurzających ich równowaga i zdolność do samokontroli ulegają zaburzeniu. Mylą oni dziecięce zabawy z życzeniami osoby dojrzałej seksualnie lub pozwalają sobie, nie zważając na konsekwencje, na przejście do aktów płciowych. Faktyczne gwałty na dziewczynkach, które ledwo wyszły z wieku niemowlęcego, podobne akty współżycia płciowego dorosłych kobiet z chłopcami, ale też i wymuszone akty płciowe o charakterze homoseksualnym są tu na porządku dziennym.

Zachowanie i uczucia dzieci po takich doświadczeniach gwałtu są trudne do przewidzenia i opisanie. Ich pierwszy odruch to sprzeciw, nienawiść, wstręt, zdecydowane zachowania obronne. „Nie, nie, nie chcę, to dla mnie zbyt wiele, to mnie boli. Zostaw mnie” – bezpośrednia reakcja sprowadzałaby się do tych i tym podobnych słów, gdyby ofiar nie paraliżował ogromny strach. Dzieci czują się cielesnie i moralnie bezradne, ich osobowość jest jeszcze za słabo zintegrowana, by mogły protestować choćby w myślach; przemożna siła i autorytet dorosłego uciska je, a często wręcz paraliżuje. *Ten sam strach, gdy osiągnie swój punkt szczytowy, zmusza je automatycznie do podporządkowania się woli agresora, do odgadywania jego podnieć życzeniowych i do pełnej identyfikacji z agresorem, która każe im całkowicie*

zapomnieć o sobie samych. Wskutek tej identyfikacji – nazwijmy ją introjekcją agresora – znika on jako rzeczywistość zewnętrzna i staje się rzeczywistością wewnątrzpsychiczną, zamiast pozostawać na zewnątrz; to, co intrapsychiczne, podlega – w onirycznym stanie, którym jest ów traumatyczny trans – impulsom pierwotnym, to jest może być zgodnie z zasadą pożądania (*Lustprinzip*) modelowane i zmieniane na kształt pozytywnych i negatywnych halucynacji. W każdym razie atak przestaje być sztywną, zewnętrzną rzeczywistością, a dziecku w traumatycznym transie udaje się utrzymać wcześniejszą sytuację czułości.

Istotną zmianą, która wywołuje lękową identyfikację z dorosłym partnerem w psychice dziecka, jest jednak *introjekcja poczucia winy dorosłego*, czyniąca z nieszkodliwej dotychczas gry czyn, który zasługuje na karę.

Gdy już dziecko ochłonie po takim ataku, czuje się ogromnie zmieszane, a nawet wręcz rozdwojone; czuje się zarazem niewinne i winne, nie ufa własnej zdolności do opisanego tego, co czuje. Do tego dochodzi szorstkie zachowanie dorosłego partnera, poirytowanego teraz i nękanego przez wyrzuty sumienia, które jeszcze bardziej pogrąża dziecko w poczuciu winy i wstydu. Nieomal zawsze sprawca zachowuje się tak, jakby nic się nie stało, uspokajając się myślą: „Przecież to tylko dziecko, ono jeszcze o niczym nie wie i o wszystkim zapomni”. Nierzadko uwodziciel po takim zdarzeniu daje wyraz swoim surowym przekonaniom religijnym i moralnym, mniemając, że tego rodzaju surowością ratuje duszę dziecka.

Zazwyczaj relacja z inną osobą zaufaną, w wybranym przykładzie z matką, nie jest dość bliska, by można było szukać u niej pomocy; nieudolne próby opowiedzenia o tym, co się stało, odrzucane są jako nonsensowne. Molestowane dziecko zmienia się w posłuszny automat albo staje się krnąbrne, ale nie może już zdawać sprawy z przyczyny swojej przekory, nawet przed sobą samym; jego życie seksualne pozostaje nierozwinięte albo przybiera formy perwersyjne; zamilczę tu o nerwicach i psychozach, które mogą stąd wyniknąć. Istotnym z naukowego punktu widzenia wnioskiem, jaki nasuwa się z tych obserwacji, jest przypuszczenie, że *zbyt słabo jeszcze rozwinięta osobowość w gwałtownym zetknięciu z tym, co nie-pożądane* [Unlust] *zamiast się bronić, reaguje lękową identyfikacją i introjekcją tego, kto zagraża i atakuje.* Tylko w ten sposób mogę zrozumieć postawę pacjentów, którzy tak uparcie odmawiali współpracy, gdy sugerowałem im, by na doznane krzywdy reagowali niechęcią, nienawiścią i obroną, jak tego po nich

oczekiwałem. Część ich osobowości, a nawet samo jej jądro musiało kiedyś pozostać na etapie, na którym nie jest się zdolnym do reakcji *alloplastycznej* i reaguje się autoplastycznie, czymś w rodzaju mimikry. W ten sposób dochodzimy do formy osobowości, która składa się wyłącznie z tego [*das Es*] i nad-Ja [*Über-Ich*] i która zatem nie posiada jeszcze zdolności do afirmacji siebie w konfrontacji z tym, co nie-pożądane [*Unlust*], podobnie jak dla zupełnie rozwiniętego dziecka niezdolne jest pozostawanie w samotności, bez opieki matki ani kogośkolwiek innego i bez właściwej dozy czułości. Musimy tu odwołać się do myśli, którą dawno temu sformułował Freud; już wówczas wskazał on na to, że zdolność do miłości obiektu poprzedza stadium identyfikacji.

Stadium to chcę nazwać etapem biernej miłości obiektu lub czułości. Także tutaj ukazują się już ślady miłości obiektu, ale jedynie jako fantazje, w formie zabawy. I tak również nieomal wszystkie dzieci bawią się myślą o zajęciu miejsca rodzica tej samej płci, chcąc wejść w rolę małżonka lub małżonki. Należy jednak podkreślić, że chcą tego jedynie w fantazjach; w rzeczywistości nie chcą, a nawet nie mogą być się bez czułości, zwłaszcza czułości matki. Jeśli dziecku w fazie czułości narzuca się *więcej miłości* albo miłość innego rodzaju niż ta, której sobie życzy, może to mieć równie patogenne konsekwencje co *odmowa miłości*, dotąd nieomal wyłącznie przywoływana w tym kontekście. Nie ma tu miejsca na wymienianie wszystkich nerwic i konsekwencji charakterologicznych, jakie pociąga za sobą przedwczesne narzucanie namiętnych i przesyconych uczuciem winy rodzajów miłości istotom niedojrzałym i nieznanym jeszcze poczucia winy. Mówiąc o konsekwencjach, wspomnijmy jedynie o pomieszaniu języków, do którego nawiązałem w tytule tego artykułu.

Rodzice i dorośli muszą, podobnie jak analitycy podczas analizy, nauczyć się godzić z faktem, że pod uniżonością czy nawet wręcz uwielbieniem, podobnie jak pod miłością przeniesieniową naszych dzieci, pacjentów i uczniów, kryje się gorące pragnienie pozbycia się miłości, która ich przytłacza i ogranicza. Jeśli pomożemy dzieciom, pacjentom czy uczniom uwalniać się od reakcji identyfikacji i bronić się przed obciążającymi ich przeniesieniami, to będziemy mogli powiedzieć, że udało nam się podnieść ich osobowość na wyższy poziom.

Chciałbym tu jeszcze pokrótce wskazać na inne intuicje, które zdaje się sugerować niniejszy ciąg obserwacji. Od dawna już wiemy, że fiksując działa nie tylko wymuszona miłość, lecz także nadmierne kary. Być może to, co tu powiedzieliśmy, ułatwi nam zrozumienie

tej pozornie bezsensownej reakcji. Wykroczenia, które dzieci popełniają w zabawach, nabierają rzeczywistości dopiero przez sankcje karne, które wiążą się z namiętnościami, a często wręcz przyprawiają o wściekłość, ze wszystkimi depresyjnymi konsekwencjami, jakie wynikają stąd dla dziecka, na którym nie ciążyło dotąd poczucie winy.

Szczegółowa obserwacja procesów psychicznych zachodzących podczas transu analitycznego poucza nas też, że żaden szok ani przeżycie lękowe nie pozostają bez wpływu na rozszczepienie osobowości. Dla psychoanalityków nie jest niczym osobliwym, że część osobowości dokonuje regresji, cofając się do błędnego stanu sprzed traumy i próbując ją w ten sposób unieważnić. Bardziej znamienne jest to, że przy identyfikacji ujawnia się też inny mechanizm, o którego istnieniu ja przynajmniej niewiele dotąd wiedziałem. Mam na myśli nagły, zaskakujący rozkwit nowych zdolności, które pojawiają się po przeżytych wstrząsach jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Przypomina to niemal sztuczki fakirów sprawiających, że z ziaren na naszych oczach wyrastają lodygi i kwiaty. Sytuacje skrajnego zagrożenia, a zwłaszcza lęk przed śmiercią, wydają się mieć zdolność do gwałtownego ujawniania i aktywowania ukrytych dyspozycji, które, nieobsadzone, w głębokim spokoju czekają na dojrzwianie. Zaatakowane seksualnie dziecko pod presją traumatycznej konieczności może rozbudzić w sobie wirtualnie przyszłe zdolności, wiążące się z małżeństwem, macierzyństwem czy ojcostwem, i uruchomić w sobie cały wachlarz doznań właściwych człowiekowi dojrzałemu. Można tu niewątpliwie, w przeciwieństwie do znanej nam już regresji, mówić o *traumatycznej* (patologicznej) *progresji* lub o *przedwczesnej dojrzałości*. Zjawisko to kojarzy się z przedwczesnym dojrzwianiem owoców naddziobanych przez ptaki lub zaatakowanych przez robaki. Szok może zmobilizować część osobowości do gwałtownego rozwoju nie tylko pod względem emocjonalnym, lecz także *intelektualnym*. Przypomnę tu o wyodrębnionym przeze mnie wiele lat temu typowym „śnie o małym mędrцу”, w którym niemowlę lub małe dziecko nagle zaczyna mówić, a nawet wygłaszać mądre sentencje, pouczając całą rodzinę. Lęk przed pozbawionym zahamowań, szalonym dorosłym czyni z dziecka w pewnym sensie psychiatrę; by zaś mogło nim zostać i uchronić się przed niebezpieczeństwem, które grozi mu ze strony osób pozbawionych samokontroli, musi się ono z nimi najpierw całkowicie utożsamić. To wprost niewiarygodne, ile możemy się nauczyć od naszych małych mędrców – neurotyków.

Jeśli w życiu dorastającego człowieka kumulują się wstrząsy, rośnie też liczba i różnorodność rozszczepeń i wkrótce bardzo trudno jest mu bez konfuzji utrzymać kontakt z fragmentami, które funkcjonują teraz jak odrębne osobowości, zazwyczaj nie wiedząc o sobie nawzajem. W rezultacie może dojść do stanu, który, nawiązując do obrazu *fragmentacji*, niewątpliwie nazwać można *atomizacją*, i potrzeba wiele optymizmu, by w tym stanie rzeczy nie zwątpić we własne siły; mam jednak nadzieję, że również i tu da się odnaleźć drogę do przywrócenia spójności. Obok gorącej miłości i pasji karania jest jeszcze trzeci sposób przywiązywania dziecka do siebie i jest to *terrorizm cierpienia*. Dzieci mają przymus łagodzenia w rodzinie wszelkiego rodzaju napięć; można by rzec, że próbują wziąć na swoje słabe barki ciężary jej pozostałych członków; oczywiście czynią to nie z czystego altruizmu, lecz po to, by przywrócić spokój, dzięki któremu mogą nadal doznawać czułości. Matka, która uskarża się na swoje cierpienie, może uczynić sobie z dziecka opiekuna, który będzie się nią zajmował całe życie, swoistą namiastkę matki, zupełnie nie uwzględniając przy tym własnych potrzeb dziecka.

Nie sądzę, byśmy – jeśli to wszystko się potwierdzi – nie byli zmuszeni do rewizji pewnych aspektów teorii seksualności i teorii genitalnej. Perwersje na przykład mogą być infantylne jedynie na poziomie czułości; tam natomiast, gdzie stają się namiętne i obciążone poczuciem winy, są być może przejawem zewnętrznego pobudzenia, neurotycznej przesady. Także moja teoria genitalna¹ nie uwzględniła tej różnicy pomiędzy fazą czułości i namiętności. Pozostaje również do ustalenia, w jakiej mierze sadomasochizm uwarunkowany jest kulturowo obecnym sposobem przeżywania seksualności (to jest wynika wyłącznie z introjekcji poczucia winy), a na ile rozwija się on rdzennie i spontanicznie jako odrębna faza organizacji.

Cieszyłbym się, gdybyście zadali sobie trud sprawdzenia w praktyce i w teorii tego, co tu powiedziałem, a zwłaszcza gdybyście zechcieli posłuchać mojej rady i nieco bardziej niż dotąd zważali na swoisty, głęboko ukryty, ale bardzo krytyczny sposób myślenia i mówienia waszych dzieci, pacjentów i uczniów, by niejako rozwiązać im języki. Możemy się od nich wiele nauczyć.

1 Por. książkę autora *Versuch einer Genitaltheorie*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1924 (przyp. tłum.).