

PRVI INTERVJU V PSIHOANALIZI

Janko Bohak, klinični psiholog in psihoterapevt, Zdravstveni dom Maribor

- [Strah pred - že napol izborjeno - avtonomijo](#)
- [Komentar](#)

Dejstvo je, da je še vedno mlada znanost in tehnika psihoanalize zbrala ogromno praktičnih izkušenj, ki jih je potrebno posredovati študentom, ki so pa prav zaradi tega povsem odvisni od svojih učiteljev. Znanja in spretnosti, ki jih nazadnje usvojijo, pa niso le intelektualne narave, marveč temeljijo v sposobnosti, da uporabljajo sebe, svojo osebo za orodje, in to s povsem drugačno osebnostno zavzetostjo, kot je to pri večini drugih znanosti.

R. Ekstein in R.S. Wallerstein

S pojmom »prvi intervju« opredeljujemo prve pogovore oziroma seanse s klientom, na osnovi katerih se analitik odloči, ali bo sprejel klienta v analizo ali ne. V tem prvem intervjuju pa a.(nalitik) k.(lienta) seznanil tudi z načinom dela, časom srečevanj, plačilom, skratka z vsem, kar običajno povzemamo s pojmom »terapevtski pakt« ali »delovna aliansa«. Prvi intervju obsega običajno eno do tri seanse.

Svojo sedanjo obliko je dobil šele v šestdesetih letih, zato nekateri menijo, da so ga v zgodovini psihoanalitične teorije in tehnike mačehovsko obravnavali.

Kaj pravi o njem Freud? Thomä odgovarja: »Prvi diagnostični pogovor je Freud v svoji praksi uporabil, da je izključil telesne bolezni in psihoze. Domet psihoanalitske metode se je zdel bolj omejen na ambulantno prakso, brez možnosti hospitalnega zdravljenja, kot na dokazane tehnične omejitve. V možnosti prehodne hospitalizacije je videl Freud - ki se tako ali tako ni obotavljal analizirati tudi težko bolne - zelo široko uporabnost psihoanalitske metode. Če so bili izpolnjeni elementarni pogoji in je bil sklenjen dogovor o plačilu in terminih, je pacienta seznanil z osnovnim pravilom in analiza se je začela. Tedaj prav tako kot danes so bili seveda pomembni splošni psihosocialni dejavniki, kot so izobrazba, starost in motivacija. Izčrpnjšo anamnezo je preložil Freud v prvo fazo zdravljenja. Čemur pravimo danes prvi intervju, se je takrat zgodilo kratko in jedrnat, kot je razvidno iz opisa Freudovega prvega pogovora z *Rattenmanom*¹. Pomen sceničnega dogajanja pa je Freud slutil že v opisu prvega intervjuja s Katarino, poudarja Argelander. V primeru Dore ugotavlja Freud, da zaslužijo luknje in raztrganost pacientove pripovedi a. še posebno pozornost. Te luknje in nasprotja izhajajo po eni strani iz zavestne neodkritosrčnosti znanih spominov, po drugi strani pa so posledica nezavedne neiskrenosti. Za globinsko hermenevtsko obravnavo prvega intervjuja so pomenila Freudova spoznanja o sosledju posameznih tem, o luknjah in nasprotjih v besedilu kažipot za naprej.

Kot uvod v obravnavo je 1913. leta Freud priporočil poskusno analizo enega do dveh tednov (kar pomeni glede na Feudovo gostoto seans pet do deset ur). Ta ukrep utemeljuje z diagnostično negotovostjo, ki lahko izhaja iz kratkega prvega kontakta. Tudi leta 1933 je Freud diagnostični vidik prvega intervjuja zelo skeptično komentiral: »Do svojih diagnoz se pogosto šele naknadno dokopljemo in so nekakšen čarovniški preizkus škotskega kralja, o kateremsem bral pri Viktorju Hugoju. Kralj je trdil, da ima nezmotljivo metodo, s pomočjo katere zanesljivo prepozna neko čarovnico. Dal jo je skuhati v kotlu vrele vode, nakar je poskusil juho in izrekel zanesljivo sodbo: To je bila čarovnica; ali pa: Ne, ni bila čarovnica. - Podobno je tudi pri nas, le da smo prizadeti mi. Pacienta, ki ga obravnavamo, ali kandidata, ki pride v edukacijo, ne moremo oceniti, dokler ga nismo nekaj tednov ali mesecev analitično študirali. Dejansko kupimo mačko v žaklju.«²

Poskusna analiza se uporablja za poglobljeno ugotavljanje indikacij in je bila od začetka obremenjena s pacientovim spraševanjem: Če se na koncu izkaže, da nisem primeren za a., za kaj sem pa potem sploh primeren? Zato je razumljivo, da so poskusno a. v večji meri opustili, vendar jo tu in tam še vedno radi uporabijo. *Problem ugotovitve primernosti oz. neprimernosti za a. se je vrnil k prvemu intervjuju.*

Martens ugotavlja, da je prva generacija analitikov zelo malo pisala o prvem intervjuju: Stekel se je pridružil Freudovemu videnju, F. Deutsch pa je razvil posebno tehniko, tako imenovano »asociativno anamnezo«. Zanj je pomembno, da se mora a. pasivno vesti in pretežno poslušati. S tem omogoči,

da k. razvije svoj notranji konflikt: »Metoda asociativne anamneze ni le v tem, da si pozoren na to, kaj je k. povedal, marveč tudi, kako je podal neko informacijo. Ni pomembno le, da k. pove neko svojo težavo, marveč tudi, v kateri fazi intervjuja in kako jo poveže s svojimi predstavami, spomini, s svojimi telesnimi in duševnimi motnjami.«³

Šele Gill, Neumann in Redlich so 1954. leta razvili intervju kot samostojno raziskovalno enoto, ločeno od prave obravnave. Na intervju gledajo kot na socialno -psihološko situacijo, v kateri a. ni le neprizadet zbiralec anamnestičnih podatkov, marveč udeleženec, vključen v interakcijo. S tem postane *odnos* med a. in k. osrednja tema intervjuja. S tem pa se diagnostični funkciji intervjuja prvič pridruži njegov terapevtski element.

Hkrati (1951) pa se je Schulz-Hencke naslonil na tradicijo psihiatričnega intervjuja in razvil globinsko psihološko ali biografsko anamnezo; to je pri slovenskih, psihoanalitsko usmerjenih psihoterapevtih najbolj razširjena oblika prvega intervjuja, znana pod imenom *razširjena anamneza*. Kakšne so razlike in podobnosti obeh postopkov?

Razširjena anamneza skuša s pomočjo delno strukturiranih vprašanj dobiti čim bolj natančne podatke, s pomočjo katerih si lahko ustvarimo jasno sliko o k. dejavnih preteklega in sedanjega življenja, za katere menimo, da so diagnostično in prognostično pomembni. Ko k. sistematično sprašujemo, nam pripoveduje o nagibih prihoda, o težavah; pripoveduje nam o svojem otroštvu; kako je doživljal starša in sorejnce; kako je doživljal prehod v vrtec in v šolo; kako se je ob koncu osnovne šole odločal za poklic, itd. Nadaljnje pomembne teme usmerjene anamneze so: izbira partnerja, družinsko življenje, poklicna dejavnost, pripadnost manjšim in večjim skupinam, prosti čas. Tako si ustvarimo podobo k. psihične strukturiranosti in morebitnih zavrtosti intencionalne, oralne, analne, uretralne, agresivne in seksualne vrste. Diagnostična funkcija intervjuja nedvomno prevladuje. Pomen odnosa a.-k. in njegov specifičen izraz v transferu in kontratransferu se praktično ne upoštevata. V skladu s klasičnim pojmovanjem in v analogiji s sociološkim pojmovanjem intervjuja je a. neudeležen opazovalec in naj čim manj vpliva na k. odgovore. Težišče postopka je na nozoloških kategorijah. Ta izjava kaže na prisilno držo, nakazuje intencionalno motnjo ali po novem strukturne deficite jaza. Ne gre pa za razumevanje nezavednih interakcijskih fantazij. Sprožilnima situacijama skušanja in odpovedi, ki jih je Freud leta 1917 uvedel v terminologijo in prakso psihoanalize, je Schulz-Hencke dal osrednje mesto v svoji teoriji konflikta.

Thomä poudarja, da diagnostično komponento prvega intervjuja relativizirata variabilnost in le šibka povezanost psihodinamskih konfliktnih vzorcev z bolezenskimi slikami oz. simptomi; o tej povezanosti lahko govorimo le v smislu »nespecifičnosti«.

V *psihoanalitičnem prvem intervjuju* preda a. aktivnost k. Pogovor se v večji meri odvija po k. usmeritvah: kako si je mogoče že vnaprej pripravil nekaj točk pogovora, ki se jih sedaj oklepa, ali pa jih lahko opusti: pri tem pride do sukusije tem, ki utegne imeti diagnostično valenco. Pomembno težišče pa je vsekakor na zaznavanju zavestnega in nezavednega odnosnega dogajanja: Kakšna čustva, podobe, asociacije, pričakovanja poraja k. v a.? Kakšna, morda ne naravnost izrečena pričakovanja, izhajajo od k.? ... A. intervence so bolj usmerjene v terapevtsko kot v diagnostično aktivnost in a. je v vlogi soigralca in ne zunanega opazovalca⁴.

Shema intervjuja, ki so jo razvili na Tavistockovi kliniki in je tesno povezana s Balintovim delovanjem poudarja terapevtski odnos tukaj in sedaj, torej funkcijsko enoto transfera in kontratransfera. To shemo je A. Mitscherlich v poznih petdesetih letih uvedel na psihosomatsko univerzitetno kliniko v Heidelbergu. Pomembne točke, ob katerih naj bi se a. ustavil po končanem intervjuju, so naslednje:

Kako se razvija odnos a.-k.?

1. Kako obravnava k. a.? Pride med intervjujem do kakšnih sprememb? Lahko iz tega sklepamo na k. vedenjske posebnosti ali na njegov odnos do bolezni?
2. Kako obravnava a. k.? Pride med intervjujem do kakšnih sprememb?
 - a. So a. zanimali k. problemi?
 - b. Je imel občutek, da mu lahko pomaga?
 - c. Je začutil kakšne pacientove človeške kvalitete, ki jih ceni kljub vsem njegovim napakam in motnjam?

Pomembni dogodki v intervjuju

Pri tem gre predvsem za to, kako se je med intervjujem oblikoval transfer in kontra-transfer.

1. K. presenetljive izjave ali čustveni izrazi; se mu je kaj zareklo? Katerih življenjskih obdobij in pomembnih oseb se ni dotaknil ali jih je mimogrede prešel?
2. A. interpretacije med intervjujem in kako se je nanje odzval k.?

Rezultat in ocena

1. Kako se izraža motnja v k. življenju? Katere simptome je podal k. in katere a. sluti, a jih k. ni omenil?
2. Psihodinamski pomen k. motnje.
3. Izbira terapije: primernost za psihoanalizo, utemeljitev; morebitne kontraindikacije. Predstave o trajanju in pogostosti seans.

Z uvedbo Tavistockove sheme je postal prvi intervju terapevtska metoda v psihoanalizi in diganostika podrejena terapiji. Razvili so ga za posebno terapevtsko obliko, za fokalno terapijo. Thomä meni, da zaradi tega ni nič manj uporaben v psihoanalizi.

Na Balinta se je naslonil *Argelander* in v šestdesetih letih predložil delo⁵, ki je še danes temeljni učbenik v psihoanalitskih institutih in velja za doslej najbolj uspel poskus, kako oblikovati prvi intervju na osnovi psihoanalitskih postavk.

Argelander opredeli intervju kot »anlitično situacijo, v kateri svoj psihoanalitičen instrument uporabimo tudi za diagnostične cilje«. Izhaja iz dveh izkustvenih področij, ki se nanašata druga na drugo:

"Najprej imamo običajne *objektivne informacije*. Pri njih gre za osebne podatke, biografska dejstva, vedenjske vzorce, osebnostne posebnosti, ki jih lahko kadarkoli preverimo. Če jih spravimo v smiselno razmerje, dobijo ti podatki svojo težo kot psihološka izjava in dobijo značaj objektivnih informacij... Vse te podatke nam k. nepovezane posreduje med pogovorom.

Odločilen instrument zaznavanja prepletov teh objektivnih podatkov je strokovno znanje. Ta informacijski vir najpogosteje uporabljamo. Njegovi podatki so preverljivi in absolutno zanesljivi. Toda informacije, ki jih pridobimo iz njih, so večpomenske. Zanesljivost psihološke izjave je navsezadnje odvisna od strokovnega znanja in od prepričljive sposobnosti za logično kombinacijo dobljenih podatkov. Kriterij resničnosti teh interpretacij je *logična evidenca*. Podoba osebnosti, ki jo tako dobimo, ima značaj rekonstrukcije in zato deluje klišejsko, brez enkratnih potez individualne osebnosti. Takšne rekonstrukcije se izkašajo izredno rodovitne za znanstvene namene, za napoved nekega individualnega procesa zdravljenja pa so manj zanesljive. Dognanja temeljijo pretežno na intelektualnih uvidih...

Drugemu viru informacij pravim *subjektivne informacije*. Njihovi podatki so lahko bolj ali manj zanesljivi. Odločilen je edino pomen, ki jim ga podeli k. Informacij, ki izhajajo iz pomenskega prepleta podatkov, ne more povzeti a. sam, marveč se dokoplje do njih le s skupnim delom s k. Instrument zaznavanja subjektivnih informacij temeljina spretnem ravnanju s k. v intervjujski situaciji. Tako dobljena informacija je absolutno enopomenska, toda težko jo je preveriti. *Merilo njene zanesljivosti je situativna evidenca*, občutek popolnega ujemanja med informacijo in dogajanjem v situaciji. Podoba k., ki jo tako dobimo, je zelo živa, toda omejena je le na aktualen odnosni nivo intervjuja; zelo primerna je za napoved terapevtskega procesa, toda zaradi njenih individualnih potez in ujetosti v aktualno situacijo jo je težko primerjati z drugimi. Njena spoznavna vrednost temelji na doživljajsko predelanem uvidu..

Scenična ali situativna informacija se razlikuje od subjektivne s premikom poudarka, ki pa je vendarle toliko pomemben, da zasluži posebno ime. Pri subjektivni informaciji so v ospredju podatki, ki nam jih sporočak. Subjektivni pomen je z dogajanjem situacije v sekundarni povezavi in prejme od nje svojo razvidnost. Pri scenični informaciji pa dominira doživetje situacije z vsemi čustvenimi vzgibi in predstavnimi poteki - tudi če k. molči. Povezanost s podatki je sekundaren akt. Merilo zanesljivosti informacije je prav tako situacijska evidenca, ki pa jo zaradi premika težišča imenujemo *scenična evidenca*. Takšne informacije ne moremo nikdar preveriti s ponovitvijo, zato jo večina a. zavrže ali zamolči, čeprav je za prognozo terapevtskega procesa najbolj povedna. Instrument zaznavanja je edino in izključno a. osebnost, vstavljena v nezavedno odnosno polje s k. ... Situacijsko evidenco sem ločil od klinične, ki jo dobimo, če k. podatke s pomočjo klinične izkušnje organiziramo tako, da daje občutek logične evidence. Po mojem pojmovanju in izkušnji ima

situacijska evidenca za psihologično razumevanje bistveno večjo vrednost... Z informacijami, ki nam jih k. zaupa, nam ne posreduje le vtisa o nezavedni igri sil, ki pogojuje njegovo bolezen, marveč jo v jezikovnem sporazumevanju z a. predstavi kot neposredno sceno. To kreativno sposobnost sceničnega oblikovanja nezavednih konfliktov povezujem s specifično funkcijo jaza in ji pravim scenična funkcija jaza - človekova občudovanja vredna nadarjenost. ... Bistvo psihičnih bolezni je v nezavednih intrapsihičnih procesih in ga je mogoče izraziti v aktualno sceno s sogovorncem. Vemo, da ga k. s pomočjo scenične funkcije jaza nakaže že v prvem intervjuju, zato naj bi čakali, dokler se naše razumevanje zanj predzavestno ne uglesi".⁶

Argelander poudarja, kako se večja zanesljivost tako pridobljene podobe neke osebe in njenih psihičnih motenj z *integracijo informacij iz vseh treh virov*. Ta integracija pa je seveda izredno zahtevno delo, vendarle se je z dolgotrajno vajo da naučiti in izboljševati, prav tako kot sposobnost zaznavanja nezavednih procesov. *Vaje v sceničnem razumevanju* bi bile namenjene temu, da si a. izboljša svoje predzavestne zaznavne in miselne procese ter mobilizira svoj naravni ustvarjalni potencial... Brez tega dolgotrajnega učenja ne moremo pričakovati kaj več od cvetočih fantazij in divje spekulacije.

Argelanderov model prvega intervjuja je z vidika učljivosti izredno zahteven, zato ni čudno, da ga vsi ne sprejemajo brez pridržkov in se raje oklepajo bolj strukturiranih, lažje učljivih modelov. Med njimi je tudi Thomä: "Eno je, če si neka skupina pod vodstvom za to nadarjenega a. zada nalogo, da bo razvila močno diferenciran slog intervjuja; nekaj povsem drugega pa je ocena učljivosti tega postopka. Dvomi tudi, da bi lahko metoda, če jo uporabimo preveč puristično, prinesla tisti uspeh, za katerega so jo razvili... Iz diagnostike nezavednih konfliktov lahko v zelo omejenem obsegu postavimo indikacije za neko metodo obravnave... Pri prognozi moramo upoštevati še številne druge detajle: dinamičen odnos med odpori in željo po zdravju, sekundarno bolezensko korist in splošno fleksibilnost neke osebe".⁷

To pa tudi pomeni, da razprava o prvem intervjuju še zdaleč ni končana. Kot da gre za potrebo nadoknaditi nekaj, kar je bilo dolgo zapostavljeno. Vendar se tudi novejši avtorji sklicujejo na Argelanderjev model in na njem gradijo. Vedno več je tudi objav potekov prvega intervjuja⁸, ki potrjujejo, da je Argelanderjev model zahteven, a v osnovi vendarle učljiv. Nekateri že nehote s svojim naslovom priznavajo, da smo tu na mejnem področju med znanostjo in umetnostjo, to področje pa je po mojem mnenju domovina vsakršne zaresne psihoterapije.

Zavedam se, da dosedanja izvajanja zvenijo zelo teoretični, neizčrpno; dajejo vtis bolj nakazane kot izdelane skice. K nekoliko večji nazornosti naj prispeva vinjeta primera prvega intervjuja, ki jo povzemam iz zapiskov, starih nekaj let. (Izraz *vinjeta* je zelo pomemben, saj bi izčrpna predstavitev intervjuja presegla razpoložljiv prostorski okvir).

Strah pred - že napol izborjeno - avtonomijo

Tridesetletna ženska me pokliče v službo in pove sestri, da si želi priti k meni v psihoterapijo. Sestra ji razloži, da se mora o tem dogovoriti z menoj.

V dogovorjenem času me ženska dejansko pokliče in pove, da ji je psihiater X. predlagal psihoterapevtsko obravnavo. Pri imenu psihiatra postanem pozoren: v psihoterapijo mi je poslal že precej pacientov, od katerih so se nekateri pokazali za primerne, drugi pa ne. Zato toliko bolj prisluhnem potencialni k. Pove, da je predmetna učiteljica, da ima probleme, ki bi jih pa rada razrešila in ne tlačila z zdravili. Dogovorila sva se v odmoru med dvema psihoterapijama. Po njem si nisem ničesar zabeležil, vendar mi je osnovno doživetje k. močno ostalo v spominu. Njen glas je zvenel jasno in odločno, kljub rahlemu zatikanju. Povedala mi je, kaj hoče in česar noče. Priporočilo psihiatra sem občutil bolj vstopnico kot motivacijo njene odločitve.

Lahko sem ji ponudil prvo srečanje čez pet tednov, in se previdno zaščitil, da ji ne morem zagotoviti takojšnjih nadaljnjih rednih srečanj; lahko se zgodi, da bo morala nanje čakati nekaj mesecev (kar se potem ni zgodilo). S tem se je strinjala. Nazadnje sem jo še prosil, naj prinese s seboj psihiatrov izvid s priporočilom za psihoterapijo (zaradi "tehnologije dela" v našem dispanzerju, po kateri je psihiater sito, skozi katerega pride k. do psihologa oz. psihoterapevta).

K. je prišla predčasno, se oglasila pri sestri in počakala v čakalnici. Ko sem jo povabil k sebi, mi je ponudila psihiatrov izvid, dejansko kot vstopnico. Odložil sem ga na mizo s pripombo, da ga bom kasneje pogledal, v tem trenutku pa mi je bolj pomembno, kaj mi lahko pove o sebi.

Pred dvema letoma je dobila čudne napade. In če je odtlej sama doma, zlasti, če je mož v nočni službi, jo postane grozno strah, tako da ne vzdrži brez xanaksa. Tudi s šolskim sistemom ni zadovoljna; hotela je otrokom nekaj dati, toda njen predmet ne pomeni nič v tem zmaterializiranem svetu. Tudi z jecljanjem, da ima težave; v otroštvu je bilo še huje. Jecljati začne, ko od nje nekaj pričakujejo, ko mora podati poročilo na konferenci ali ko mora povedati svoj priimek.

Ko je bila v srednji šoli, jo je šolska psihologinja poslala k logopedu, a tega si ni upala povedati staršem, zato ga tudi ni nikoli obiskala. Postajala je vedno manj samozavestna, vedno bolj jo je bilo strah; strah jo je odgovornosti; tudi sedaj čuti napetosti in bolečine v mišicah rok.

Njena zdravnica ji ne verjame; meni, da ne potrebuje psihoterapije in da se želi le umakniti šolskim obveznostim. Tudi pred učitelji je napeta. Po več začasnih zaposlitvah je dobila sedaj redno službo, toda "Kako bom učila, če nisem zdrava"!

Z možem živita že osem let; ni si želela takoj otroka; sedaj bi si ga želela, a kako naj ga ima, če ima take težave!

Do petega razreda je tekoče govorila, potem se je naenkrat zgodilo in prevzel jo je strah, da se ji to lahko ponovi. Doma si o tem ni upala spregovoriti. Z očetom se nikdar ni mogla pogovarjati (začne jokati). Da, izgubila je zaupanje v ljudi, ker so jo razočarali. Čudno, kako jo vse začenja boleti (pokaže na prsi), roke, ramena. V šoli se ji začne vrteti in v glavi brneti - čeprav so vsi zdravniški izvidi normalni.

V nedeljo, ko nima psihičnih obremenitev, jo kdaj postane strah, da bo umrla, da bo konec sveta.

Kako je to mogoče, saj so bile doma razmere normalne, ima še deset let mlajšo sestro, ki pa je njeno živo nasprotje... Ko je slišala, da se starša prepirata, je prvič začela jecljati. Kar se je trideset let v njej nabiralo, je sedaj izbruhnilo...

To je začetek dve seansi trajajočega prvega intervjuja, ki se je končal z naslednjim dialogom:

A: Dobro, prihodnjič torej začneva.

K: (Se čudi): Kako? Mislila sem, da je to že terapija.

A: Imate prav. Terapija poteka že od prve minute najinega srečanja. V teh dveh seansah sva se le nekoliko поблиže spoznala in se pripravila na nadaljnjo pot.

K. se je že toliko sprostila od začetne krčevitosti in storilnosti, da se lahko spontano čuti in ugovarja a.

Komentar

K. je približno 170 cm visoka, zelo suha, a. se spontano vpraša, če ni že na meji anoreksije. Toda kakršnihkoli težav s prehrano ne omenja. Njena telesna krčevitost je zelo očitna, tudi njeno jecljanje se hitro pojavi in a. čaka, kdaj bo spregovorila o njem. Vendar ta, najbolj očiten in slišen simptom odrine na četrto mesto. Ko se tretjič vrne k jecljanju, ji pride na misel spošilna situacija: prepri staršev. Šele naslednjo uro pove, da v šoli ni smela pokazati, kako jo je prepri staršev prizadel.

A. jo doživi kot skrajno pridno deklico, ki je pred izpitom ali pred zdravnikom, ter si krčevito prizadeva, da čim hitreje poda o sebi čim popolnejšo sliko, da bi ji tako lahko čim prej pomagal. Drugo uro tvega in ji to držo zrcali. Po a. intervenciji k. dalj časa molči, prikima, njena telesna drža se nekoliko sprosti, njen ductus se upočasni.

Začne s "čudnimi napadi" pred dvema letoma - in je že drugje. Po peintridesetih minutah se vrne k napadom in (v joku in s pomočjo dramatične gestikulacije) opiše prvi napad: Bil je vroč poletni popoldan; sama se je peljala z avtom. Naenkrat ni mogla več dihati; začutila je bolečine pri srcu. Z muko je še ustavila avto, izstopila in legla v travo. To jo je pomirilo; ponovno je lahko nadaljevala z vožnjo. Toda napad se je ponovil; tokrat ji je komaj uspelo ustaviti avto sredi ceste. V paniki jo je prešinilo: "To je srčni infarkt, umrla bom." Nekaj avtov jo je obvozilo, potem pa se je ustavil starejši par in jo s svojim avtom odpeljal do prve gostilne, od tam pa z rešilcem k zdravniku. Po injekciji v dežurni ambulanti si je opomogla, a ponoči je dobila še en napad, ki ga ni vzdržala. Prosila je moža, da jo zapelje k dežurnemu zdravniku.

A. doživi ta dogodek kot preobrat v njenem življenju, kot trdo lekcijo njenega nezavednega, ki ji je na ta način preusmeril pozornost k sebi in k lastnim problemom, saj se je vse življenje uravnavala po drugih in "živela za druge". Tokrat se lahko k. prvič ustavi pri odločilni temi in se spomni, kaj se je v tem času dogajalo v njenem življenju. Pred tem se je poročila (čeprav mož ni bil "dovolj izobražen" za očeta), menjala je službo in se odselila od doma. Grozno se je veselila samostojnosti, da bo v

svojem stanovanju počela, kar bo hotela, toda potem se je naenkrat vse obrnilo. In s svojim možem se je že spraševala: "Kako je mogoče, da sedaj, ko imam vse, kar sem si vse življenje želela, naenkrat ne znam živeti?"

A. je ne opozarja na nasprotja v njeni pripovedi, bolj pomembno mu je, da k. da priložnost, da se izjoče in izpove svojo stisko. Ko pa v drugi uri srečanja spregovori o trdih očetovih kaznih, in o tem, kako je prevzemala odgovornost za starševske prepire (ki sta ji jo starša vedno znova podtikala), postavi pod vprašaj njeno podobo "čisto normalne družine"? Kot da jo ta a. intervencija spodbudi, se nekoliko kasneje sama vpraša, ali ji zares ni "*nikoli*" uspelo uveljaviti svoje volje do očeta. Poleg že omenjene izbire partnerja se spomni še nekaterih odločitev, v katerih se je lahko zanesla nase. Spomni se tudi, kako dolgo se je v osnovni šoli še lahko predajala igri, dokler ni kot "suprema lex" internalizirala starševske storilnosti.

Celoten prvi intervju je skoraj dobesedno preplavljen z njenimi solzami. Ko začne prvič jokati, ji a. ponudi zvitek papirnatih brisač (ki jih ima vedno na mizi). K. ga odkloni in vzame iz žepa svoj robec. A. tega ne doživi kot zavrnitev, marveč kot dodatno dramatično gesto, s katero mu hoče pokazati, kako zelo je morala v svojem življenju poskrbeti zase in kako malo starševske opore je doživela.

Drugo uro izrazi svojo ambivalenco do obravnave: "Ne morem se zbrati... čemu sploh prihajam sem, saj so drugi bolj potrebni takšne obravnave, ... sram me je, da se moram ukvarjati s temi stvarmi." In nekoliko kasneje: "Odkar sem bila prvič pri vas, sem se dobro počutila, nisem čutila bolečin, a danes jih spet čutim." In kot da se še dalje bori s svojo ambivalenco: "Če se pogovoriš, ti je lažje. Še dva dneva po prvem pogovoru se mi je zdelo mesto lepše; kot da bom začela gledati svet z drugačnimi očmi."

V skladu z načelom v naši službi 'bolje vsakemu nekaj, kot enemu več in drugemu nič', sva se dogovorila za eno uro na teden. V tem primeru se je načelo izkazalo za povsem ustrezno (čeprav ga ob katerem drugem k. doživim kot zelo krutega: preveč, da bi k. umrl, in premalo, da bi lahko zaživel).

Obravnava dobro poteka. Po dveh letih ugotavljam, da sem lahko ves čas ostal pri standardni tehniki, brez dodatnih parametrov.

¹ Thomä/Kächele: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, 1 Grundlagen, Springer Verlag 1989, S. 175.

² V. W. Mertens: Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 1, Urban Taschenbücher 1992, S. 240.

³ Thomä/Kächele: n.d. str. 177.

⁴ Prim. Mertens: n.d., str. 242-243.

⁵ H. Argelander: Das Erstinterview in der Psychoanalyse, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1983

⁶ Ibidem, str. 50-61.

⁷ Thomä: n.d. str. 187-189.

⁸ A. Eckstaedt, R. Klüwer: Zeit allein heilt keine Wunden, Psychoanalytische Erstgespräche mit Kindern und Eltern, Suhrkamp Taschenbuch 1980.