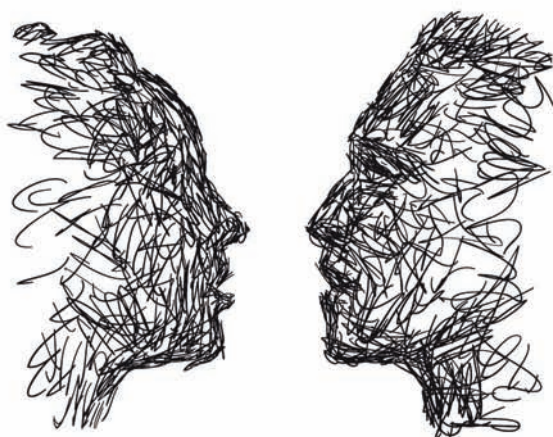


JAMES HILLMAN

Autor Kodu duszy i Siły charakteru

SAMOBÓJSTWO
a
DUSZA



Laurum

SAMOBÓJSTWO
a
DUSZA

JAMES HILLMAN

SAMOBÓJSTWO
a
DUSZA



Przekład
Jerzy Korpanty

L*aurum*

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
UWAGA WSTĘPNA AUTORA (1964)	15
UWAGA WSTĘPNA AUTORA (1976)	17

CZĘŚĆ I SAMOBÓJSTWO A ANALIZA

<i>Rozdział 1</i>	
PROBLEM	23
<i>Rozdział 2</i>	
ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWU: PUNKT WIDZENIA SOCJOLOGII, PRAWA, TEOLOGII I MEDYCyny	35
<i>Rozdział 3</i>	
SAMOBÓJSTWO A DUSZA	55
<i>Rozdział 4</i>	
DOŚWIADCZENIE ŚMIERCI	79
<i>Rozdział 5</i>	
KONFRONTACJA Z RYZYKIEM SAMOBÓJSTWA	107

CZĘŚĆ II WYZWANIA ANALIZY

<i>Rozdział 6</i>	
MEDYCyna, ANALIZA I DUSZA	135

<i>Rozdział 7</i>	
KWESTIA SŁÓW	149
<i>Rozdział 8</i>	
UZDROWICIEL JAKO BOHATER	163
<i>Rozdział 9</i>	
SKRZYWIENIE PATOLOGICZNE	173
<i>Rozdział 10</i>	
DIAGNOZA A DIALEKTYKA ANALITYCZNA	191
<i>Rozdział 11</i>	
NADZIEJA I WZROST A PROCES ANALITYCZNY	207
<i>Rozdział 12</i>	
TAJEMNICA LEKARSKA A MISTERIUM ANALITYCZNE	231
BIBLIOGRAFIA	243
POSTSCRIPTUM. KILKA NOWYCH PRZEMYŚLEŃ AUTORA	251

WSTĘP

Thomas Szasz

W przypadku zwierząt, jako że nie są ludźmi, prokreacja i śmierć są przypadkowymi konsekwencjami procesów biologicznych. Tymczasem w przypadku istot ludzkich jest to często wynik przemyślanego wyboru. Od najdawniejszych czasów człowiek poddawał kontroli swój proces reprodukcji, dzieciobójstwo, a także śmierć i samobójstwo. Stosowanie środków antykoncepcyjnych jest grzechem dla ortodoksyjnych żydów i pobożnych katolików, podczas gdy ich niestosowanie jest aktem nieodpowiedzialności dla prawie wszystkich innych. Aborcja wciąż pozostaje dylematem moralnym dla większości ludzi. Dzieciobójstwo, definiowane jako morderstwo, jest zakazane w prawie kryminalnym. Jedynie problem samobójstwa bywa rozwiązywany w sposób satysfakcjonujący dla współczesnego człowieka. On wie, że jest to symptom choroby psychicznej, chyba że „pacjentowi” w jego postanowieniu „towarzyszy” lekarz, w którym to wypadku można je zakwalifikować jako „sposób leczenia” bólu.

Czytelnika zapewne zaskoczy fakt, że transformacja samobójstwa (ang. *suicide*) z aktu kryminalnego nazywanego [w krajach angielskojęzycznych] *self-murder*¹ w symptom choroby mózgu zwa-

¹ Dosł. „zamordowanie siebie/samego siebie” (przyp. tłum.).

nej *insanity*² (unieważniającej występny charakter czynu) dokonała się w okresie sprzed powstania medycznej specjalności zwanej psychiatrią. A oto, pokrótce, jak do tego doszło. W XV w. w angielskim prawie kryminalnym nastąpiło połączenie ze sobą kościelnych i świeckich kar za zabicie się (ang. *killing onself*), które to posunięcie z aprobatą podsumowywał następnie William Blackstone, wielki osiemnastowieczny angielski prawnik:

*Angielskie prawo stanowi, mądrze i religijnie, że żaden człowiek nie jest we władzy, by niszczyć życie, i że może się to dokonywać jedynie za sprawą Boga, a więc tego, który jest tegoż stwórcą. A ponieważ samobójstwo (ang. suicide) stanowi wykroczenie w podwójnym sensie – po pierwsze duchowym, jako że delikwent nie stosuje się do prerogatyw wyznaczonych przez Wszchemocnego i bez wezwania z Jego strony gwałtem podąża ku Jego bezpośredniej obecności, po drugie świeckim, przeciwko władcy, którego intencją jest zachowanie przy życiu wszystkich swoich poddanych – dlatego prawo zalicza je do najcięższych przestępstw, uznając je za specyficzny rodzaj zbrodni popełnionej na samym sobie*³.

Ponieważ samobójstwo uważane było za podwójne wykroczenie, przeciwko Bogu i przeciwko królowi, osoba, która sama siebie zabiła (ang. *self-killer*), była karana podwójnie – przez odmowę pochówku jej zwłok w poświęconej ziemi⁴ oraz przez konfiskatę wszelkich jej dóbr doczesnych, którymi rozporządzał odtąd królewski jałmużnik (ang. *almoner*). Tak okrutna i bezwzględna kara doprowadziła z czasem do tego, że angielscy sędziowie – do których obowiązków należało ustalanie przyczyn tak zwanych nienaturalnych śmierci – znaleźli w końcu sposób na to, by jednak okazywać łaskę ofiarom, zarówno martwym, jak i żywym.

² „Choroba psychiczna/umysłowa, obłąd, szaleństwo, niepoczytalność” (przyp. tłum.).

³ William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England*, t. IV: *Of Public Wrongs* [1752–1765], Beacon Press, Boston 1962, ss. 211–212.

⁴ Zwłoki samobójcy, często z kołkiem wbitym w serce, grzebano zwykle na skrzyżowaniach i rozstajach dróg.

Osiemnastowieczna Anglia była najbardziej technologicznie rozwiniętym, najbogatszym i najpotężniejszym krajem na świecie. Nieprzypadkowo również to właśnie Anglicy cieszyli się większą wolnością osobistą, a także częściej się zabijali (ang. *killed themselves*) niż przedstawiciele jakiegokolwiek innej nacji. W *Oxford English Dictionary* pod hasłem *self-murder* znajdujemy następujące zdanie ilustrujące zastosowanie tego słowa w 1741 roku: „W tak melancholijnie ponurym, pozostającym pod przemożnym wpływem Saturna narodzie jak nasz, samobójstwa (ang. *self-murders*) zdarzają się częściej niż w jakichkolwiek innych częściach świata chrześcijańskiego”. Jednak tym, co w osiemnastowiecznej Anglii było nowe, nie była melancholia, lecz wolność jednostki, swoboda obywatelska. Po raz pierwszy w historii Anglicy zaczęli traktować poważnie bliźniacze idee wolności osobistej i prawa własności. W klimacie kulturowym o coraz bardziej humanitarnym charakterze Anglicy zasiadający w sądach na ławach przysięgłych pod przewodnictwem koronera uznali w końcu, że obowiązek wymierzania określonych przez prawo kar w przypadku popełnienia samobójstwa przez obywatela jest w najwyższym stopniu kłopotliwy i trudny do wykonania. Jednak całkowite zniesienie prawa karzącego samobójców było nie do pomyslenia. Zarówno rządzący, jak i rządzeni byli bowiem przekonani, że legalizacja samobójstwa byłaby tym samym co usankcjonowanie wolnego dostępu do narkotyków.

Zrobienie z winnych szaleńców czy obłąkanych⁵ – to znaczy „medykalizacja” (ang. *insanitizing*)⁶ samobójstwa, traktowanie osób winnych tego rodzaju przestępstwa tak, jakby były szalone czy obłąkane – okazało się doskonałym rozwiązaniem. Pozwoliło Anglikom i Angielkom na utrzymanie religijnych i prawnych sankcji wobec tego aktu, a jednocześnie stworzyło rodzaj przesyconego współczuciem, pozornie naukowego i oświeconego mechanizmu

⁵ Metoda ta została opisana już przez Shakespeare'a w *Hamlecie* [Akt 2, Scena 2]: „...wśród [ć] w obłąd winnych/ Strwoży [ć] niewinnych, sploty [ć] nieświadomych,/ Oczy i uszy wprawić [ć] w zdumienie”, tłum. Maciej Stomczyński.

⁶ Zaliczenie samobójstwa w poczet chorób umysłowych/psychicznych (przyj. tłum.).

umożliwiającego oszczędzenie rodzinie samobójcy życia w niestawie i poniżeniu, a także ponoszenia poważnych strat ekonomicznych związanych z egzekwowaniem kary przewidzianej za dokonanie tego czynu. S.E. Sprott, angielski historyk zajmujący się kwestią samobójstwa, podsumowuje te zmiany w następujący sposób:

W XVIII w. w sądzie członkowie ławy przysięgłych coraz częściej powoływali się na niepoczytalność delikwenta w tym celu, żeby uchronić jego rodzinę przed konsekwencjami uznania jego czynu za zbrodnię; tym samym liczba zmarłych uznawanych za „obłąkanych” zaczęła bardzo znacząco wzrastać w stosunku do liczby zmarłych uznawanych za samobójców. W latach sześćdziesiątych XVIII w. konfiskatę mienia samobójcy zarządzano już tylko sporadycznie⁷.

Musiało być jasne dla każdego, kto tylko zastanowił się nad tą kwestią, że uznawanie samobójcy za osobę *non compos mentis*⁸ – dopiero pośmiertnie, akurat po tym, jak dopuścił się on przestępstwa [jakim było zabicie samego siebie] – było wybiegiem prawniczym mającym na celu uniknięcie wymierzenia określonej przez prawo kary za dokonanie tego czynu. Dostrzegając związane z tym zagrożenia, Blackstone ostrzegał przed konsekwencjami stosowania tego wybiegu:

Jednak tego rodzaju usprawiedliwienia [polegającego na uznaniu delikwenta za osobę non compos mentis] nie powinno się stosować nagminnie, do czego skłonność wykazują nasze sądy, uznając każdy akt samobójstwa za dowód niepoczytalności sprawcy – tak jakby osoba, która postępuje wbrew rozumowi, była go całkowicie pozbawiona – albowiem, argumentując w ten sposób, można by każdego przestępcę, podobnie jak samobójcę, uznać za osobę non compos mentis⁹.

⁷ S.E. Sprott, *The English Debate on Suicide: from Donne to Hume*, Open Court Press, LaSalle, Ill. 1961, s. 112 (podkreślenie moje – Th. Sz.).

⁸ Angielski termin prawniczy, łac. „niespełna rozumu, niepoczytalny” (przyp. tłum.).

⁹ William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England*, s. 212.

Przestrogi Blackstone'a nie znalazły jednak posłuchu. Prawo uznawało wydawany pośmiertnie przez członków ławy przysięgłych osąd na temat *stanu umysłu* delikwenta za całkowicie prawdziwe, zgodne z faktami ustalenia. Ludzie nie potrzebują zachęty, by unikać odpowiedzialności. Tymczasem w tym wypadku Prawo, ów Wielki Nauczyciel, samo zachęcało ich do wykonywania tego rodzaju uniku. Opowiadając się za tym, że samobójca jest osobą *non compos mentis*, Prawo stworzyło mechanizm pozwalający uchylać się od odpowiedzialności oraz, korzystając z pomocy medycyny, umieściło tę procedurę w kontekście leczenia i nauki. W rezultacie już na początku XIX w. amerykańskie prawo i amerykańska opinia publiczna były gotowe, by wierzyć w kłamstwa – najbardziej absurdalne i niedorzeczne, ale prezentowane jako *fakty medyczne* – na temat chorób, które mogą prowadzić do samobójstwa.

Pierwszy fachowy, w pełni metodycznie opracowany tekst na temat relacji między prawem a niepoczytalnością (ang. *insanity*) został opublikowany w 1838 roku przez Isaaca Raya, trzydziestoletniego lekarza ogólnego z Eastport w stanie Maine (które to miasto było wówczas wioską rybacką liczącą 2840 mieszkańców). Ray był odczytanym młodym człowiekiem, który nie miał jednak absolutnie żadnego doświadczenia w kontaktach z osobami chorymi psychicznie (ang. *insane*). Mimo to twierdził z przekonaniem, co następuje:

Przedstawione tu analogie między skłonnością do samobójstwa a obłądkiem (ang. insanity) wzmacniają również odkrycia zmian patologicznych zaobserwowanych po śmierci. W znacznej liczbie przypadków, kiedy dokonuje się badania post mortem, w mózgu i trzewiach odkrywa się różnego rodzaju, większe lub mniejsze, zmiany organiczne o charakterze patologicznym. Nawet w tych przypadkach, kiedy owego fatalnego aktu nie poprzedzały żadne symptomy czy choroby, sekcja zwłok często ujawnia bardzo poważne schorzenia wewnętrzne, które musiały rozwijać się w organizmie przez dłuższy czas w okresie poprzedzającym śmierć¹⁰.

¹⁰ Isaac Ray, *A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity* [1838], red. Winfred Overholser: Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1962, ss. 273–274.

Konkludując, Ray stwierdza: „Obecnie fakt samobójstwa nie ma innego znaczenia poza tym, że wynika on ze związku z zaburzeniami umysłowymi, które, jak można przypuszczać, stanowią jego przyczynę”¹¹. Pierwsi psychiatrzy postrzegali samobójstwo jako jeden z najlepszych dowodów potwierdzających ich diagnozę. Charakterystyczne pod tym względem jest stanowisko Jeana Esquirola, który napisał:

Bardzo często zauważam, że samobójstwo bywa poprzedzone masturbacją. To samo dotyczy również nadużywania alkoholu (...). Osobnicy wycieńczający w ten sposób swój organizm popadają w lypemanię [melancholię] i z tego właśnie, a nie innego powodu pozbawiają się następnie życia (...). Wszystko to, o czym powiedziałem dotychczas, w połączeniu z faktami, z których zdaje sprawę, stanowi dowód, że samobójstwo wykazuje wszelkie cechy mentalnej alienacji, której jest ono, w istocie, jednym z objawów (...). Skoro więc samobójstwo jest aktem będącym skutkiem zaburzeń mentalnych (ang. insanity), jego leczeniem powinni się zajmować terapeuci chorób umysłowych (...). Jak wykazałem, człowiek tylko wtedy targa się na swoje życie, kiedy znajduje się w stanie delirium, a każdy samobójca jest osobnikiem chorym umysłowo (ang. insane)¹².

Przez ostatnie 150 lat tego rodzaju błędne poglądy i opinie powtarza się tak często i tak wiele się nad nimi rozwodzi, że dziś potrzeba wielkiej niezależności umysłowej, żeby być w stanie nie patrzeć na samobójstwo przez psychiatryczne okulary. Opinia publiczna oraz zawodowe standardy praktyki psychiatrycznej uznają za w pełni oczywiste i uzasadnione, że obowiązkiem psychiatry jest zapobieganie temu, by jego pacjenci się zabijali; przy czym jego koledzy po fachu, zeznający jako biegli (eksperci), a także pełniący rolę sędziów i ławników sądowych, uznają go wobec powyższego za odpowiedzialnego za tego rodzaju „niepotrzebne śmierci”. Tymczasem wcale tak nie jest. Opinia publiczna, zawodowe standardy praktyki psy-

¹¹ Ibid., s. 274.

¹² Jean Étienne Dominique Esquirol, *Mental Maladies: A Treatise on Insanity* [1838], faksymile wydania z 1845 roku, Hafner, New York 1965, ss. 281–312.

chiatrycznej i prawo wymagają, żebyśmy uznawali psychiatrę za eksperta od stanu mentalnego „terminalnie chorych” pacjentów oraz żebyśmy właśnie jemu powierzyli obowiązek odróżniania tych, którzy cierpią na „kliniczną depresję”, a więc nie mają „prawa” do samobójstwa wspomaganego medycznie¹³ (ang. *physician-assisted suicide*), od tych, którzy nie cierpią na tę mentalną przypadłość i w związku z tym mają to „prawo”. Mamy tu do czynienia z niebezpiecznymi przekonaniem, przy czym związane z nimi zagrożenia są skutecznie maskowane pod płaszczykiem chwytliwej w ostatnim czasie retoryki odnoszącej się do zdrowia umysłowego i praw człowieka.

Tymczasem nie ma żadnej tajemnicy samobójstwa, którą należałoby *wyjaśnić*. Samobójstwo jest po prostu środkiem, dzięki któremu możemy sprawić, by umieranie było kwestią nie przypadku, ale wyboru. Podobnie jak jakiegokolwiek inne działanie, jakie podejmujemy w życiu, także działanie prowadzące do jego zakończenia nie ma nic wspólnego z medycyną, za to ma mnóstwo wspólnego z „duszą”. Ta bardzo mądra i przenikliwa książka Jamesa Hillmana, choć została napisana przed wielu laty, jest dziś niezmiernie wprost aktualna. Zamiast *wyjaśniać* kwestię samobójstwa (i tym samym mieć ją z głowy), autor pomaga czytelnikowi po prostu lepiej ją *zrozumieć*.

¹³ Inaczej: „wspomagane samobójstwo z udziałem lekarza” (przyp. tłum.).

Rozdział 1

PROBLEM

Każde wnikliwe rozważania nad życiem pociągają za sobą także refleksje nad śmiercią, a konfrontacja z rzeczywistością oznacza stanięcie twarzą w twarz z własną śmiertelnością. Nigdy nie uda nam się w pełni poradzić sobie z życiem, jeśli nie będziemy skłonni do odważnego stawienia czoła śmierci. Nie musimy postulować istnienia popędu śmierci ani też spekulować na temat śmierci i jej miejsca w ogólnym systemie tego świata, żeby stwierdzić pewną prostą rzecz: każda naprawdę głęboka i skomplikowana kwestia, która stanowi dla nas źródło niepokoju i obaw – albo sama w sobie albo w połączeniu z jakąś inną kwestią – odnosi się, w taki czy inny sposób, do problemu śmierci. A problem śmierci uwidacznia się w sposób najbardziej wyrazisty wtedy, kiedy weźmiemy pod uwagę kwestię samobójstwa. Nigdzie indziej śmierć nie jest tak blisko nas. Jeśli chcemy wyruszyć w drogę ku zdobyciu głębszej wiedzy na temat nas samych oraz rzeczywistości, w której żyjemy, to pierwszym krokiem jest dogłębne i wnikliwe, niczym dochodzenie sądowe, zbadanie kwestii samobójstwa.

Ponieważ analiza psychologiczna jest właśnie tego rodzaju wnikliwym rozważaniem nad życiem, kwestia śmierci bardzo ją zajmuje. I ponieważ analiza stwarza wyjątkowo intensywną ludzką sytu-

ację życiową, w której skupiają się wszystkie najbardziej istotne kwestie, staje się czymś w rodzaju paradygmatu samego życia. Wszystko rozgrywa się w czterech ścianach niewielkiego pokoju, między dwojgiem ludzi, w tajemnicy i próżni. W trakcie analizy omawia się często ponure i mroczne (ang. *sinister*) tematy, ponieważ jest ona aktywnością bardziej lewej niż prawej ręki. Zajmuje się różnymi tabu, a także ustanawia [w trakcie sesji z pacjentem] rodzaj własnego tabu. Przystosowanie do porządku społecznego jest celem aktywności prawej ręki – świadomego doradztwa i poradnictwa psychologicznego. Jednak analiza psychologiczna to również aktywność lewej ręki. W jej trakcie ujawnia się podrzędny, niższy aspekt człowieka, związany ze sferą tego, co osobliwe, mroczne i ponure (ang. *sinister*), w której samobójstwo jest czymś jak najbardziej realnym. Analiza daje lewej ręce okazję, by żyła świadomie swoim własnym życiem bez ciągłego oceniania wszystkiego przez prawą rękę wiedzącą lepiej, co i jak należy zrobić. Prawa ręka nigdy nie pozna (ang. *know*) lewej i nie wie, co ona robi, a tylko interpretuje i transponuje jej zachowanie¹⁷.

Dlatego, podejmując kwestię samobójstwa za pośrednictwem analizy psychologicznej, zyskujemy możliwości, jakich nie dają nam dane statystyczne, badanie historii przypadków czy literatura naukowa – wszystkie metody wynalezione przez prawą rękę. Ponieważ analiza zajmuje się życiem w skali mikrokosmicznej, zwłaszcza jego ciemną stroną, to, czego się dowiadujemy w jej trakcie, znajduje sze-

¹⁷ W tym akapicie Hillman nawiązuje do podziału na ścieżkę prawej i lewej ręki, wywodzącego się z tradycji tantrycznej Wschodu oraz zachodniej tradycji ezoterycznej, a także istniejącego w żydowskiej Kabale („prawa” i „lewa ręka” Boga). Podział ten odnosi się do dwóch rodzajów podejścia, odpowiednio do sztuki tantry i sztuki magicznej czy też, szerzej, do poznania jako takiego. W ścieżce prawej ręki, mówiąc najogólniej, główną rolę odgrywają aspekty racjonalne, moralne, uporządkowane, duchowe, jasne („biała magia”) i świadome (ogólnie „pozytywne”, „czyste”, „dobre”). Tymczasem w ścieżce lewej ręki główną rolę odgrywają aspekty irracjonalne, amoralne, nieuporządkowane, cielesne, ciemne („czarna magia”), nieświadome i nieuznające żadnych tabu (ogólnie „negatywne”, „brudne”, „złe”). Notabene łacińskie słowo *sinister* – od którego wywodzi się angielskie *sinister* – znaczy zarówno „lewy, po lewej stronie”, jak i „ciemny, mroczny, nieszczęśliwy [omen], niepomyślny, zły”, tymczasem *dexter* to „prawy, po prawej stronie” i „pomyślny, dobry, korzystny, szczęśliwy [omen]”. Por. także: „...nie wie (ang. *know*) twoja lewa ręka, co czyni prawa” Mt 6, 3 [Biblia Tow. Św. Pawła].

rokie zastosowanie także w innych obszarach ludzkiej aktywności psychicznej, w których podejście czysto rozumowe okazuje się niewystarczające. Dokonane w trakcie analizy odkrycia można więc prze-transponować i wykorzystać w odniesieniu do problemu samobójstwa, który może się pojawić na którymś z kolejnych etapów życia.

A przecież samobójstwo zdarza się *w życiu*. Wbrew popularnym wyobrażeniom, samobójstw częściej dokonuje się we własnym domu niż w szpitalu psychiatrycznym. Popełniają je zarówno osoby sławne i znane, które znamy tylko z mediów, jak i nasi sąsiedzi, znajomi czy członkowie rodziny – albo też popełniamy je my sami. Podobnie jak w przypadku każdej nagłej odmiany losu – zakochania, życiowej tragedii czy wielkiego szczęścia – samobójstwo jest kwestią, którą powinien zajmować się psychiatra tylko wtedy, kiedy jest ono samo w sobie wynikiem jakiegoś zaburzenia, tylko wtedy, kiedy stanowi część jakiegoś symptomu psychiatrycznego. Samo w sobie samobójstwo nie jest bowiem ani syndromem (zespołem chorobowym), ani symptomem (objawem). Dlatego nasze rozpatrywanie kwestii samobójstwa nie będzie miało charakteru „specjalistycznego”, bezosobowo medycznego; zamiast tego zajmujemy się samobójstwem w intymnie ludzkim kontekście analizy psychologicznej, to znaczy w takich warunkach, w jakich mogłoby się ono zdarzyć i w jakich czasami się zdarza w trakcie normalnego życia każdego człowieka.

Samobójstwo jest najbardziej niepokojącym problemem życia. Jak można się na nie przygotować? Jak można je zrozumieć? Dlaczego ktoś je popełnia? A dlaczego ktoś inny go nie popełnia? Samobójstwo wydaje się czymś nieodwracalnie destrukcyjnym, co pozostawia po sobie poczucie winy, zawstydzenie i pełne niedowierzania zdumienie. Tak samo w analizie psychologicznej. Dla analityka bowiem samobójstwo jest czymś jeszcze bardziej skomplikowanym niż psychoza, pokusa seksualna czy przemoc fizyczna, ponieważ wiąże się z nim najwyższa odpowiedzialność, jaką może na siebie wziąć. Co więcej, samobójstwo jest problemem z gruntu nierozwiązywalnym, gdyż nie jest ono tylko sprawą życia, lecz spr-

wą życia i śmierci i dlatego odnosi się również do wszelkich zagadek i niewiadomych dotyczących śmierci. Rozważania nad samobójstwem pociągają więc za sobą także rozważania nad sprawami ostatecznymi. To, jakie okaże się nastawienie analityka do tego problemu, wpłynie na jego postawę wobec „rzeczy pierwszych i ostatnich”¹⁸, tym samym wyznaczając i określając kształt jego zawodowego powołania.

Opinie analityka na temat religii, edukacji, polityki, cudzołóstwa, rozwodów, a nawet odnoszące się do sposobu spędzania wolnego czasu, wypoczynku, picia alkoholu, palenia papierosów i diety, nie powinny mieć żadnego wpływu na jego pracę analityczną. W trakcie szkolenia przyszły analityk rozważa swoje poglądy w kwestii wiary, swoje nawyki i zwyczaje, a także normy etyczne, jakimi się kieruje, tak żeby nie stanowiły żadnych przeszkód w kontakcie z drugą osobą [w trakcie sesji terapeutycznej]. Ponieważ wyłącznie osobisty, subiektywny punkt widzenia okazuje się nieadekwatny, jeśli chodzi o radzenie sobie z problemami, jakie pojawiają się w trakcie sesji, jednym z celów szkolenia analitycznego jest dążenie do jak największej obiektywności. Kiedy w trakcie sesji pojawi się problem samobójstwa, od analityka oczekuje się, że będzie on rozpatrywał go w pełni świadomie, z punktu widzenia wykraczającego poza jego osobiste, subiektywne poglądy. W jaki jednak sposób analityk może wykształcić w sobie obiektywną postawę wobec samobójstwa?

Obiektywność oznacza otwartość; jednak na otwartość wobec kwestii samobójstwa niełatwo się zdobyć. Prawo uznawało i czasami nadal uznaje je za czyn przestępczy, religia nazywa je grzechem, a społeczeństwo odwraca się do samobójcy plecami. Od dawna było i jest w zwyczaju mówienie o samobójstwie ściszonej głosem lub zupełne jego przemilczanie czy też usprawiedliwianie go chorobą psychiczną lub niepoczytalnością, tak jakby było jakąś wyjątko-

¹⁸ Nawiązanie do tytułu rozdziału „O rzeczach pierwszych i ostatnich” w dziele F. Nietzschego *Ludzkie, arcyłudzkie*.

wo groźną społeczną aberracją. Zachowanie obiektywnej postawy wobec samobójstwa natychmiast ustawia daną osobę poza zbiorowością. Otwartość wobec samobójstwa oznacza coś więcej niż zajęcie indywidualnego stanowiska wbrew zbiorowej, moralnej opinii. *Obiektywne, wnikliwe dociekania dotyczące tego tematu oznaczają w pewien sposób zdradę impulsu życia jako takiego.* Kwestia, jaka wypływa w tych dociekaniach, prowadzi z konieczności poza obszar wyznaczony przez sferę życia. A ponieważ poza sferą życia jest już tylko śmierć, otwartość na samobójstwo oznacza przede wszystkim ruch w kierunku śmierci, ruch w pełni świadomy i pozbawiony lęku.

Chodzi przy tym również o sprawy czysto praktyczne. Na sesji jawia się nowa osoba, ty zaś zauważasz blizny po nacięciach na przegubach jej dłoni. W trakcie wstępnych rozmów okazuje się, że kobieta w tajemnicy przed wszystkimi podjęła kilka lat wcześniej dwie próby samobójcze, z których obie o mały włos nie doprowadziły do zgonu. Kobieta chce pracować tylko z tobą, ponieważ ciebie poleciła jej przyjaciółka, a ona nie potrafi już zaufać nikomu innemu. Przyjmując tę osobę jako swojego pacjenta, akceptujesz zagrożenie związane z tym, że następny kryzys psychiczny może skłonić ją do podjęcia kolejnej próby samobójczej, tymczasem twoja praca polega na utrzymywaniu podczas sesji specyficznego analitycznego napięcia, które czasami może doprowadzić do kryzysu.

Inna osoba ma raka i cierpi na dotkliwy, coraz bardziej nasilający się ból. Ze względów rodzinnych i finansowych mężczyzna ten sądzi, że powinien umrzeć właśnie teraz, zamiast dalej znosić cierpienie związane, według zgodnej opinii lekarzy, z ostatnim, terminalnym stadium jego choroby, nie chce już także być źródłem cierpienia dla swojej rodziny. Pragnie uniknąć umierania w stanie całkowitego otumanienia umysłu wywołanego silnymi środkami przeciwbólowymi, mającymi działanie narkotyczne, i tym samym pozbawienia się w pełni świadomego doświadczenia śmierci. Biorąc pod uwagę swój stan umysłu, treść marzeń sennych, a także przekonania religijne, jest przeświadczony, że właśnie nadszedł dla niego czas, żeby

umrzeć. Osiągnął filozoficzny spokój i nie zamierza tracić sił na jakiegokolwiek dalsze dyskusje czy spory. Liczy na to, że potraktujesz jego decyzję ze zrozumieniem oraz pomożesz mu uporać się z problemami na ostatnim etapie życia, przed wykonaniem ostatecznego kroku.

Młody człowiek ociera się o śmierć w wypadku samochodowym. We śnie jednocześnie nachodzą go myśli samobójcze i czuje, że nie wolno mu się nimi zajmować, ponieważ nie jest dostatecznie silny, żeby sobie z nimi poradzić. Niepokoi się, ponieważ, choć sen nie zrobił na nim większego wrażenia, zdaje sobie sprawę, że jest w niebezpieczeństwie. Chce przepracować to z tobą. Jeśli podążysz za jego snem i nie zajmiesz się razem z nim problemem samobójstwa, mężczyzna może znów mieć jakiś wypadek – substytut. Z kolei jeżeli podążysz za jego obawami i wraz z nim zajmiesz się dogłębnie kwestią samobójstwa, mężczyzna może nie być w stanie sobie z tym poradzić – a w takim razie sen może „się spełnić”.

Czwarta osoba twierdzi, że otrzymuje niesamowite wiadomości od uwielbianego rodzica, który, zgodnie z osobliwą rodzinną tradycją, popełnił samobójstwo. Mężczyzna czuje nieodpartą potrzebę, by w jakiś sposób odpowiedzieć na to wezwanie z za grobu; jego fascynacja śmiercią zaczyna narastać. Tymczasem w snach widzi kallekie i umierające postacie, co wskazuje na treści psychologiczne, które przenikając do świadomości, mogą sparaliżować jego chęć życia, spełniając w ten sposób podświadome pragnienie.

Analitik laik¹⁹ – jak przyjęło się nazywać analityków nielekarzy – staje całkiem sam w obliczu tego rodzaju decyzji: nie ma żadnej z góry przygotowanej pozycji ani też organizacji społecznej, która pomogłaby mu zmierzyć się z takimi zagrożeniami. Znajduje się w jedynej w swoim rodzaju relacji, z którą w danym momencie związana jest większa odpowiedzialność za los drugiej osoby niż w relacji między małżonkami, synem i rodzicami czy między braćmi. Jest tak głównie dlatego, że analityk zyskuje zupełnie wyjątko-

¹⁹ „Analiza laików”, niem. *Laienanalyse*, termin wprowadzony przez S. Freuda.

wy, specjalny dostęp do umysłu i serca tej osoby, zostaje wtajemniczony w jej najbardziej intymne sprawy. Nie tylko wie to, czego nie wiedzą inni, lecz także sytuacja analityczna obsadza go w roli arbitra losu drugiej osoby. Tego rodzaju wyjątkowo bliska relacja, wraz ze wszystkimi związanymi z nią skomplikowanymi oczekiwaniami dotyczącymi wspólnego losu analityka i osoby poddawanej analizie, określana jest mianem przeniesienia. Za jego sprawą analityk zostaje uwikłany w życie drugiej osoby jak nikt poza nim. Przeniesienie jest związkiem dwóch osób, dwuosobowym przymierzem, zawartym na dobre i na złe, czasami przeciwko wszystkim innym. Owo prywatne przymierze ma fundamentalne znaczenie w analizie. Przypomina relację prawnika z klientem, lekarza z pacjentem, spowiednika z penitentem. Jednak w innych profesjach ten oparty na wzajemnym zaufaniu układ jest czymś w rodzaju dodatku do pracy, wprawdzie ważnego i przydatnego, jednak takiego, od którego – jak przekonamy się o tym nieco później – należy odstępować w sytuacjach, w których wchodzi on w konflikt lub jest sprzeczny z fundamentalnymi zasadami obowiązującymi w danym zawodzie. Tymczasem przeniesienie jest podstawą analizy; nie można go usunąć z powodu takich czy innych zasad bez zniszczenia całego naczynia terapeutycznego. Jest ono żywym symbolem procesu uzdrawiania oraz wyraża nieustannie zmieniające się i fascynujące etapy analizy.

Ponieważ przeniesienie ma tak skomplikowany, emocjonalny i tajemniczy charakter, opiera się próbom wyjaśnienia. Dwóch różnych analityków posługuje się tym samym terminem w odmienny sposób. Być może można go lepiej zrozumieć, porównując z modelem opartym na zachowaniu tajemnicy i milczenia oraz „zmowie przeciwko wszystkim innym”, który funkcjonuje w innych sferach głębinowej działalności duszy – w tworzeniu dzieł sztuki, misteriach religijnych czy namiętym związku miłosnym. Uczestnicy owej jedynej w swoim rodzaju relacji analitycznej dzielą ze sobą pewną wspólną, intymną tajemnicę, podobnie jak dzieje się to w przypadku kochanków, osób badających nieznaną dotąd terytoria i obszary czy uczestników obrzędów inicjacyjnych wspól-

nie przeżywających to samo, wyjątkowe doświadczenie, które pozostawia w nich niezatarty ślad. Uczestnicy takiego wspólnego, wyjątkowego przeżycia na *via sinistra* są „wspólnikami w tajemnicy”; samobójstwo jednego z nich oznacza, ni mniej, ni więcej, tylko współludział drugiego.

W przypadku psychiatry sytuacja przedstawia się zgoła inaczej. Jest on kimś, kto ma za sobą specjalistyczny trening medyczny – w dalszej części naszych wywodów zajmiemy się omówieniem skutków tego treningu. W tym miejscu możemy powiedzieć tylko tyle, że psychiatra dysponuje przygotowaną uprzednio pozycją, z której może konfrontować się z zagrożeniami związanymi z samobójstwem. Nie jest całkiem osamotniony, w ten sam sposób, w jaki osamotniony jest analityk, ponieważ nie jest w ten sam sposób otwarty na drugą osobę. Jego podejście do przeniesienia opiera się na innych podstawach, co sprawia, że w odmienny sposób uczestniczy w procesie uzdrawiania. A przede wszystkim wie zawczasu, na czym polega jego główne zadanie w konfrontacji z potencjalnym samobójcą – ma ocalić mu życie. I dysponuje środkami, by zrobić to niezwłocznie, na przykład poprzez zastosowanie fizycznych metod leczenia (elektrowstrząsy, zastrzyki, tabletki). Dysponuje również władzą – której zakres jest różny w zależności od danego kraju – zezwalającą mu, by w celu niedopuszczenia do samobójstwa umieścić pacjenta, przynajmniej na pewien czas, w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym lub zakładzie dla obłąkanych. Podobnie jak dla żołnierza, policjanta czy sędziego, także dla lekarza specjalisty śmierć jest czymś, co rozpatruje on w ramach swoich obowiązków zawodowych. Dlatego nikt nie pociąga go z tego powodu do odpowiedzialności, chyba że w sposób pośredni i to tylko w zupełnie wyjątkowych przypadkach. Gdyby popełnił błąd, zawsze może zasłonić się opinią wydaną przez swoich kolegów po fachu. W oczach świata w żadnym razie nie jest on „laikiem”. Autorytet profesjonalisty oraz fakt, że psychiatra jest uznawany za najlepszego specjalistę od właściwego osądzania tego rodzaju kwestii, potwierdzają jego decyzje, jemu samemu zaś zapewniają spokój sumienia.

Co więcej, błędy medyczne są częścią pracy lekarza. Błędy popełniają chirurdzy, położnicy, anestezjolodzy, błędy zdarzają się przy stawianiu diagnozy i podawaniu leków. Nikt nie wymaga, żeby medycyna była doskonała. W bitwie ze śmiercią od lekarza oczekuje się nieustającej walki i zaangażowania, jednak nie tego, że za każdym razem odniesie zwycięstwo. Lekarz musi nawet do pewnego stopnia przyzwyczać się do śmierci swoich pacjentów, jako że śmierć jest jego codziennym towarzyszem od samego początku studiów, od pierwszych zajęć z anatomii w prosektorium.

Psychiatra ma mniej okazji, by popełnić jakiś dramatyczny błąd, niż internista czy chirurg. Jest mniejsze ryzyko, że straci pacjenta z powodu śmierci – chyba że przyczyną będzie samobójstwo. Ponieważ dla każdego lekarza śmierć jest najbardziej oczywistym „błędem”, psychiatra mógłby w zasadzie traktować samobójstwo tak samo jak chirurg nieudaną operację.

Tymczasem w przypadku analityka błędy oceniane są pod zupełnie innym kątem. Jego główną troską jest zawsze *zdrowie duszy* i dlatego standardy jego oceny odnoszą się do życia psychicznego – nie fizycznego. W dalszej części naszych rozważań zobaczymy, że zdrowie psychiczne nie musi przejawiać się w formie zewnętrznych, fizycznych objawów sprawności; dlatego błędy analityka są trudniejsze do wykrycia i do oceny. W tym wypadku blizny i okaleczenia mają innych charakter i nie od razu rzucają się w oczy. Oczekiwania związane z pracą analityczną są także bardziej złożone niż w przypadku medycyny, a linie sukcesu i porażki w analizie są mniej wyraźnie wyznaczone. Poza tym, ponieważ praca analityczna opiera się zawsze na relacji z drugim człowiekiem, relacji, która wymaga poświęcenia i aktywnego osobistego uczestnictwa ze strony analityka, ten ostatni jest zawsze bardzo zaangażowany w każde zdarzenie, z jakim się w jej trakcie konfrontuje. Owo zaangażowanie wykracza poza poziom medycznej odpowiedzialności lekarza za pacjenta; jest ono raczej udziałem w życiu drugiej osoby tak, jakby samemu było się tą osobą. Dlatego dla analityka śmierć pacjenta jest zawsze jego własną śmiercią, jego własnym samobójstwem, jego

własną klęską. Analityk, który wielokrotnie styka się osobami mającymi skłonności samobójcze, zmuszony jest rozważać możliwość swojej własnej śmierci oraz zastanawiać się nad tym, czego brakuje jemu samemu, ponieważ osoby, które przychodzą na terapię, przynoszą mu jego własne problemy. Takie podejście różni się od podejścia lekarza, który nie traktuje chorób i dolegliwości, jakie pacjenci przynoszą do jego gabinetu, jako czegoś, co w pewien sposób należy również do niego. Jedyna w swoim rodzaju relacja łącząca analityka z drugą osobą oraz angażująca go w jej życie uniemożliwia jednocześnie jakiegokolwiek innej osobie tego rodzaju aktywne zaangażowanie w dany przypadek, tak że analityk zawsze musi sobie radzić z każdą śmiercią zupełnie sam.

Jego trening nie przygotowuje go do tego w sposób wystarczający. Analityk konfrontuje się ze śmiercią, nie mając wcześniej uprzywilejowanego dostępu do zmarłych i umierających, jak dzieje się to w przypadku lekarza w trakcie studiów medycznych. Droga analityka ma charakter psychologiczny, to znaczy odbywa się poprzez doświadczenie śmierci w swojej własnej psychce. Jego trening analityczny był czymś w rodzaju inicjacji w śmierć psychologiczną. Jednak inicjacja to tylko początek. Analityk pozostanie laikiem, jeśli w tym najważniejszym obszarze swojej pracy nie skonfrontuje się ze śmiercią psychologiczną, z tym rodzajem stanowczości i nieustępliwości, z jakim lekarz staje w obliczu śmierci fizycznej. Wypracowując swoją pozycję wobec samobójstwa, analityk zmierza w kierunku tej konfrontacji. Pomaga mu to zbliżyć się do doświadczenia śmierci, rozwijając jego obiektywizm oraz wyposażając go w kompetencje niezbędne do zmierzenia się ze śmiercią w sposób psychologiczny, porównywalne z kompetencjami, jakimi dysponuje lekarz stający w obliczu śmierci fizycznej.

Gdyby psychiatra był również analitykiem, mielibyśmy zapewne idealne rozwiązanie: analizę medyczną. Z jednej strony, mógłby on wykonywać pracę psychologiczną, wchodząc w jedyną w swoim rodzaju relację z pacjentem. Z drugiej strony, dysponowałby całym arsenałem środków medycznych, z którego mógłby korzystać za

każdym razem, kiedy na horyzoncie pojawiałyby się zagrożenie w postaci samobójstwa. Dziś zresztą tak właśnie na ogół się dzieje. (Zarówno analitycy lekarze, jak i analitycy laicy mają tendencję do stosowania podejścia psychologicznego do pacjenta aż do momentu, w którym pojawia się zagrożenie samobójstwa – a wtedy jeden i drugi przechodzi zwykle pospiesznie na pozycje ściśle medyczne). Nie byłoby raczej powodu, by dalej ciągnąć tego rodzaju rozważania, gdyby nie taka oto zasadnicza kwestia: czy analiza medyczna, zamiast być idealnym rozwiązaniem, nie jest w istocie raczej czymś bardziej problematycznym niż sama medycyna i sama analiza?

Medycznego i analitycznego podejścia do problemu samobójstwa nie da się raczej ze sobą pogodzić. Czy można praktykować analizę, a jednak reprezentować podejście wyznaczone przez nowoczesną naukę medyczną? Albo czy można konsekwentnie przyjmować punkt widzenia psychologii głębi, w którym afirmuje się duszę i głównie na nią zwraca uwagę, i jednocześnie praktykować ortodoksyjną medycynę? Jak przekonamy się o tym w kolejnych rozdziałach tej książki, dusza i ciało mogą stawiać nam sprzeczne żądania. Czasami bywa i tak, że roszczenia życia zmuszają nas do tego, byśmy duszę i jej wartości wyrzucili za burtę. Jeśli ktoś opowiada się po stronie życia, jak musi to robić lekarz, to rozważania psychologiczne muszą z konieczności zejść na dalszy plan. Przykłady tego rodzaju można znaleźć w każdym szpitalu psychiatrycznym, w którym, w trosce o zachowanie i ochronę życia oraz by zapobiegać samobójstwom, korzysta się z wszelkiego rodzaju brutalnych i bezwzględnych psychologicznych środków nacisku w celu doprowadzenia do „znormalizowania” cierpiącej duszy. W rzeczy samej, wszelkie środki ostrożności, wszelkie zalecenia i sposoby leczenia stosowane we współczesnej medycynie zawierają swoisty antypsychologiczny komponent, czy to w formie środków uspokajających, co jest dosyć ewidentne, czy też po prostu w formie bandażowania i unieruchamiania, co wydaje się tylko sprawą czysto techniczną. Takie, a nie inne leczenie ciała nie oddziałuje jedynie na samo ciało. Coś z tego oddziałuje również na psyche;

może to być pozytywne, ale z pewnością będzie negatywne, jeśli tych możliwych skutków i oddziaływania na duszę nie bierze się pod uwagę lub po prostu się je ignoruje. *Za każdym razem, kiedy leczenie w sposób bezpośredni zaniedbuje to doświadczenie jako takie, dążąc za wszelką cenę do jak największego jego zredukowania lub zgoła całkowitego przewyciężenia, dokonuje się czegoś przeciwko duszy.* Albowiem doświadczenie jest najważniejszym i jedynym pokarmem duszy.

Jeśli opowiadamy się po stronie życia psychicznego, jak musi to robić każdy analityk, to musimy czasami zaniedbać żądania życia fizycznego i przyczynić się do tego, że pozostają niespełnione po to, żeby móc spełniać żądania duszy, zaspokajając jej palące potrzeby związane z duchowym odkupieniem. Wydaje się to całkowicie sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem, wszelką praktyką medyczną i wszelkimi zaleceniami racjonalnej filozofii, głoszącej hasło *mens sana in corpore sano*²⁰. A jednak eksperyment życia nieustannie dostarcza nam przykładów na to, że ciało stoi dopiero na drugim miejscu, a każda nerwica stanowi świadectwo pierwszeństwa psyche przed somą.

To napięcie między ciałem a duszą krystalizuje się i unaocznia z całą wyrazistością w problemie samobójstwa. Tutaj ciało może zostać zniszczone przez coś, co jest nazywane „tylko fantazją”. Żadna inna kwestia nie zmusza nas z równą siłą do konfrontacji z rzeczywistością psyche jako czymś, co dorównuje rzeczywistości ciała. A ponieważ wszelka analiza obraca się na osi rzeczywistości psychicznej, samobójstwo staje się wzorcowym doświadczeniem każdej analizy, a być może również każdego życia.

²⁰ „W zdrowym ciele zdrowy duch” (łac).

Samobójstwo to wyjście z życia czy wejście w śmierć? Czym kieruje się człowiek, który za chwilę z własnej woli odejdzie z tego świata? I co dokładnie stoi za podjęciem decyzji, od której nie ma już odwrotu?



Czytamy o samobójstwach indywidualnych i zbiorowych, symbolicznych i emocjonalnych. Dowiadujemy się o kolejnych przypadkach odbierania sobie życia, ale co z tego tak naprawdę rozumiemy? I czy możemy rzeczywiście cokolwiek zrozumieć? W tej książce James Hillman zgłębia doświadczenie samobójczej śmierci; podchodzi do problemu samobójstwa nie od strony życia, społeczeństwa i „zdrowia psychicznego”, lecz od strony relacji ze śmiercią i duszą.

Dusza i samobójstwo to fundamentalnie ważne kwestie dla nas wszystkich, zwłaszcza teraz, w XXI wieku. Dusza, gdyż nie da się jej zredukować do genów i chromosomów; samobójstwo, ponieważ mimo kolejnego tysiąclecia nadal związane są z nim głębokie religijne, polityczne i prawne konflikty. Jak pisze Hillman: „trzeba więcej mówić o bardziej ciemnych, mających związek z cieniem aspektach samobójstwa: agresji, zemście, szantażu, sadomasochizmie, nienawiści do ciała. Zachowania samobójcze ujawniają istnienie naszego »wewnętrznego zabójcy«, mówią o tym, kim czy też czym jest ów cień i czego się od nas domaga”.

Czterdzieści lat temu to właśnie z pomocą tej książki ten wybitny badacz zainaugurował w psychoterapii tzw. soul movement, czyli ruch mający na celu „ponowne odkrycie” ludzkiej duszy, zwrócenie uwagi na jej rolę i znaczenie oraz podkreślenie konieczności „troski o duszę”.

