



Axis Yayınları

BRUCE FINK, psikanalist. Cornell Üniversitesi'nde psikoloji, sosyoloji, edebiyat ve felsefe alanlarında eğitim almıştır. Daha sonra Paris'deki Paris VIII Üniversitesi'nde Alain Badiou ile birlikte çalışma olanağı bulmuştur. 1980'lerin sonu 90'ların başında, Jacques-Alain Miller tarafından verilen "Orientation lacanienne" seminerlerine katılmıştır. İngilizce konuşulan dünyada Lacancı psikanalizin en önde gelen temsilcilerinden biridir. Kitapları Türkçe de dahil olmak üzere pek çok dile çevrilmiştir. Fink aynı zamanda Lacan'ın seminerlerinin başlıca İngilizce çevirmenlerindendir ve ayrıca Lacan'ın *Écrits* [Yazılar] adlı kapsamlı eserini İngilizceye çevirmiştir. En belli başlı eserleri arasında, her dördü de dilimize çevrilmiş olan *Lacancı Psikanalize Bir Giriş* (Axis Yayınları, 2022), *Freud'a Klinik Bir Giriş* (Axis Yayınları, 2024), *Lacan'da Arzu* (Axis Yayınları, 2025) ve *Psikanalitik Tekniğin Temelleri* (Axis Yayınları, 2021) sayılabilir. Bunların dışında Bruce Fink klinisyenlere süpervizyon vermekte ve onların klinik pratiklerini ilerletmelerine katkıda bulunmaktadır. Fink aynı zamanda geçmişte ABD'deki Duquesne Üniversitesi'nde psikanaliz konusunda ders vermiştir ve analist olarak pratiğini halen Fransa ve ABD'de sürdürmektedir.

ASLI ÖNAL, 1984 yılında İzmir'de doğdu. Ortaokul ve liseyi Bornova Anadolu Lisesi'nde okudu. Üniversite eğitimini Orta Doğu Teknik Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi bölümünde tamamladıktan sonra, aynı bölümde başladığı yüksek lisans eğitimini yarıda bırakarak İstanbul'a taşındı. Çevirdiği ilk kitap, 2009 yılında yayımlandı. 2010–2015 yılları arasında medya planlama ajanslarında iş geliştirme uzmanı olarak çalıştı. 2015 yılında medya sektöründen ayrılarak tam zamanlı çevirmenliğe döndü. O günden beri kurgu-dışı kitap ve tiyatro çevirileriyle uğraşmaktadır.

Bruce Fink

ANLAMAYA KARŞI

2. CİLT

LACANCI BİR ÇERÇEVEDE
VAKA VE YORUM

İngilizce Orijinalinden Çeviren:
Aslı Önal

Axis Yayınları

**ANLAMAYA KARŞI 2. CİLT: LACANCI BİR ÇERÇEVEDE
VAKA VE YORUM – Bruce Fink**

Orijinal adı:

Against Understanding. Volume 2:

Cases and Commentary in a Lacanian Key (2014)

Bu metnin orijinali 2014 yılında Routledge tarafından Londra'da yayımlanmıştır.

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.

Genel Yayın Yönetmeni: Özgür Ögütçen

Çeviren: Aslı Önal

Yayıma hazırlayan: Özgür Ögütçen

Kapak Tasarımı: Hamdi Akçay

Dizgi: DBY Ajans

Baskı ve Cilt: Ana Basın Yayın A.Ş.

Matbaa Sertifika No: 81860

Axis Yayınları

e-posta: axis@axisyayinlari.com

Yayınevi Sertifika No: 42925

1. Basım: İstanbul, 2026

ISBN 978-625-90713-3-6

İçindekiler

Anlamaya Karşı, 2. Cilt.....	9
Önsöz.....	13
Teşekkür	25

YORUM

KLİNİK UYGULAMA

1. Küresel Ekonomide Analizan ve Analist veya Akli Başında Bir İnsan Neden Psikanalize Para Ödesin?.....	31
2. Lacan'ın Psikanalize Yaklaşımını Bu Kadar Farklı Kılan Nedir?.....	54
3. Fantaziler ve Temel Fantazi: Bir Giriş.....	89
4. Psikanalizin Etiği	111
5. Neden Teşhis? Teşhis Üzerine Birkaç Değini	131

LACAN'I OKUMAK

6. Lacan'ın XVIII. Seminer'ine Bir Giriş: <i>D'un discours qui ne serait pas du semblant</i>	141
7. 1930'lardan 1950'lere Lacan'ın Kişilik Üzerine Görüşleri.....	175
8. "Kant ile Sade" Metnine Bir Giriş	195
9. Freud ve Lacan'da Aşk: Giriş Niteliğinde Bir İnceleme	234

ÇEVİRİ

10. Çevirinin Görevi

Bruce Fink'in <i>Écrits</i> Çevirisiyle Aldığı Ödül İçin Yaptığı Teşekkür Konuşması	265
--	-----

VAKALAR

11. Medea'nın İzinde: Lacancı Perspektiften Bir Obsesyon Vakası	279
12. "Kimlik" İnşasında Suretin Rolü	322
13. Freud Adam ve Temel Fantazi	343
14. Travmanın Konturları	378

ELEŞTİRİ

15. Lacan Amerika'da: Loren Dent'in Bruce Fink'le Yaptığı Söyleşi	415
16. Monokl Editörleriyle Birkaç Kelam	429
17. Psikanalizde Şiddet	433

Kaynakça	439
Dizin	447

Şekiller

Şekil 3.1	L Şeması (basitleştirilmiş)	94
Şekil 3.2	Obsesifler için L Şeması	100
Şekil 7.1	Bouasse'ın ters buket illüzyonu (Lacan, 2006a, s. 673)	183
Şekil 7.2	Lacan'ın ilk optik şeması (Lacan, 2006a, s. 674)	183
Şekil 7.3	III. Levha: Caduveo kadınının yüzü boyalı bir figürü tasvir eden çizimi	185
Şekil 7.4	Aile arması maskesinin kapalı hali (Levha 27A)	188
Şekil 7.5	Aile arması maskesinin açık hali (Levha 27B)	189
Şekil 7.6	St. Albans Dükü'nün hanedan arması	191
Şekil 8.1	<i>Écrits</i> 'de sadizm	217
Şekil 8.2	Hamlet'in izlediği yol	219
Şekil 8.3	<i>X. Seminer</i> 'deki sadistik arzu	220
Şekil 8.4	<i>Écrits</i> 'de mazoşizm (açıklamalı şema)	224
Şekil 8.5	Sadizm (açıklamalı şema)	225
Şekil 8.6	Mazoşizm, Sade örneği	225
Şekil 8.7	Sade'in mazoşistik düsturu	227
Şekil 8.8	Sade'in mazoşizmi	230
Şekil 8.9	X Şeması	232
Şekil 8.10	Y Şeması	233

Anlamaya Karşı, 2. Cilt

Anlamaya Karşı, İkinci Cilt, hastanın gerçek yolculuğunu yansıtmaktan ziyade, çoğunlukla klinisyenin maharet ve ustalığını sergilemek üzere başvurulmuş vaka incelemelerinin psikanaliz içerisindeki konumuna ışık tutuyor. Bir vaka sunulduğu vakit, tedavi sürecinin karmaşık, hantal ve kendi içinde tutarsız olan materyali, pratisyenin tercih ettiği kuramsal çerçevenin parametrelerine kusursuz biçimde uyan, doğrusal bir anlatı üretmek uğruna çoğu zaman aşırı derecede basitleştiriliyor.

Bruce Fink, *Anlamaya Karşı*'nın iki cildinde tartıştığı sayısız vaka örneği ve hikâye bağlamında bir araya getirdiği klinik materyalin yanı sıra, teori ve pratiğe olan yaklaşımını ortaya koyarken bu “ustalık” zevahirinden kaçınmaya çalışıyor. Vakaların belirli bir paradigmaya uydurulması uğruna girilen materyal budamasını dengelemek amacıyla, vaka incelemelerinin sıklıkla dışında tutulan –hastaların yaşamları, geçmişleri, rüya ve fantazilerine ilişkin birebir alıntılar yahut tedavi sürecinin karanlık, ikircikli ve başıboş evrelerine dair ayrıntılardan oluşan– “ham veri”ye geniş bir yer ayırıyor. Fink bu sayede okurların, ortaya koyduğu formülasyon, yorum ve müdahalelerin sağlamlığı ya da sakatlığı hakkında kendi kanaatlerini oluşturmalarına imkân tanımayı umuyor.

Makale, söyleşi ve vaka incelemeleri üzerinden Lacancı kuramın pratikteki uygulamalarına ilişkin yüzlerce örneğe yer veren derlemenin ikinci cildi, psikoterapistler, psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve danışmanlar için temel bir başvuru kaynağı olacaktır.

Bruce Fink çalışmalarını Pittsburgh, Pennsylvania'da yürüten Lacancı bir psikanalist ve klinik süpervizörüdür. Lacan'ın ölümünden kısa süre önce Paris'te kurduğu École de la Cause Freudienne psikanaliz enstitüsünde yedi yıllık bir eğitimden geçen Fink, hâlâ enstitüye üyedir. Ayrıca, Pittsburgh Psikanaliz Derneği ve Enstitüsü'nün de bağlı üyesidir.

HÉLOÏSE'A...

Anlamamanın işgal ettiği alan, arzunun işgal ettiği alandır. Analizin vaktinden evvel sonlandırılarak düpedüz ele yüze bulaştırılmasının nedeni, bunun fark edilmemiş olmasıdır.

—Lacan, 2001a, s. 250

Önsöz

Analistler birçok şeyi anladıkları için, anlamamanın başlı başına bir amaç olduğu ve olsa olsa “mutlu son”la neticeleneceği zehabına kapılırlar. Oysa fizik örneği, nereye doğru gidildiğini bilmeden de muazzam başarılar elde edilebileceğini gösterir insana.

—Lacan, 2006a, s. 615

İngilizce konuşulan dünyadaki çoğu yazar, Lacancı psikanalizi salt kuramdan ibaretmiş gibi sunar. Lacancı ilkeler temel alınarak yapılan klinik çalışmalara çağdaş literatürde neredeyse hiç yer verilmez;¹ başka ilkelere dayanan klinik çalışmalarla mukayese edilmesi ise çok daha nadirdir.

Elinizdeki bu iki ciltlik derlemede yer alan materyalin neredeyse yarısı klinik niteliktedir; bir kısmı kısa klinik öykülerden, daha büyük bir kısmısa derinlemesine vaka incelemelerinden (örneğin bkz. bu ciltteki 11–14. bölümler ve birinci ciltteki 9–13. bölümler) oluşmaktadır. Bu noktada, vaka sunumları üzerine birkaç kelam etmenin yerinde olacağı kanaatindeyim.

1 Schneiderman (1977), Gherovici (2003), Rogers (2006), Miller (2011) ve Swales (2012) gibi birkaç dikkate değer istisna hariç olmak kaydıyla.

Vaka İncelemesi Nedir?

[Freud] kuramının doğruluğunu sorgulatacak en ufak vaka ayrıntısını gözden kaçırmaktansa, kuramının istikrar ve sağlamlığından tamamen vazgeçmeyi yeğlerdi.

—Lacan, 2006a, s. 385–86

Bir vaka incelemesinden daha indirgemeci, daha sıkıntılı ne olabilir? Klinisyenin çalışma alanı içerisinde, dağ gibi yığılmış karman çorman bir klinik materyali kuramsal bir çerçeveye sıkıştırmanın ve sırf belirli bir teknik ya da kavramın muteberliğini “kanıtlamak” için hastanın analiz boyunca devam eden dolambaçlı yolculuğundan istifade etmenin ayartısı, belki de hiçbir yerde bu kadar güçlü değildir. Mümtaz psikanalist Heinz Kohut “Bay Z’nin İki Analizi” isimli çalışmasında, tamamen kendi uyguladığı yöntemi öne çıkarmak için, baştan sona *kurgulanmış* bir analizi okurlara sunacak kadar pervasız davranmıştır: Eğitiminin bir parçası olarak geçtiği “geleneksel Freudcu” analiz sürecini, sanki başka birinin vakasıymış gibi anlatmış ve ardından aynı adam için bu kez kendisi sanki o adamın analistiymiş gibi, ego psikolojisi temelli ikinci bir analiz uydurmuştur. Bu şimdi solipsizmin dik âlâsı değil de nedir?

Bana kalırsa, vaka sunumu doğası gereği aşırı basitleştirme ve abartıya yazgılıdır. Yazarın amaçlarına hizmet edecek şekilde eğilip bükülmekten, hizaya sokulmaktan, hatta köleleştirilmekten kaçamaz, zira çoğunlukla yazarın kendi reklamını yapmak amacıyla kaleme alıp yayımladığı bir metindir. Bu tür vaka öyküsü yazarlarının hedefi, kendi “müsaitliklerini” duyurmak, klinik ve/veya kuramsal hünerlerini sergilemek, hatta kimi zaman mevcut pratisyenlerden daha üstün olduklarını kamuoyuna kanıtlamaktır. Hastasıyla ilgili ciddi bir açmazın içinde olduğunu, tedavi sürecinde bariz hatalar yaptığını ya da hastasının tanısına dair hiçbir fikri olmadığını basılı olarak itiraf eden klinisyen pek bulamazsınız; tabii bu itiraf tedavinin erken bir aşamasında kalmışsa ve sonrasında “vaziyetin tamamen anlaşılmaması” ile neticelenmişse durum değişir.

Kısacası, *vaka incelemeleri genellikle klinisyenin ustalığını* –bir kurama, belirli bir tedavi yaklaşımına veya potansiyel hastaların ve süpervizyona ihtiyaç duyan terapistlerin talep edebileceği herhangi bir şeye olan hâkimiyetini– *sergilemek üzere yazılıp yayımlanır*. Velhasıl vaka sunumları, usta pratisyenlerin yüceltilmesi için tasarlanmıştır.

Günümüzün psikoterapi dünyasındaki bu neredeyse yapısal güdülenme göz önüne alındığında, yayımlanan vaka incelemelerinin çoğu zaman bu denli faydasız ve yetersiz olmasına şaşırmalı mıyız sahiden? Yazarların ya kendi dayattıkları kuramsal çerçeveye (yani taktıkları at gözlüklerine ya da uyguladıkları sansüre) uymadığını fark etmedikleri ayrıntıların metne “sızmasına” izin vermelerini yahut da olup bitenlerin nispeten filtresiz aktarımını ve hastanın konuşmalarından bolca alıntıyı içeren ham materyali metne dâhil etmelerini (ki böylelikle onların ulaştığı formülasyonların ötesini görüp bambaşka bir şeyi fark etme şansına sahip olmayı) umabiliriz en iyi ihtimalle. Bu ikinci duruma örnek olarak, lisansüstü derslerimde sıkça ödev olarak verdiğim Winnicott’ın *Piggle: Küçük Bir Kız Çocuğunun Psikanalizle Tedavisinin Öyküsü* (1978) isimli çalışmasından bahsedilebilir. Winnicott’ın üç yıl boyunca küçük bir kızla oynadığı oyunların ve yaptığı sohbetlerin adım adım dökümünü sunan kitap, bol miktarda “ham veri” içerir ve kuramsal düşüncelere pek az yer verir (bunların çoğu, sayfa kenarına ilâştirilmiş kısa yorumlardan ibarettir).

Nispeten dürüst bir vaka *formülasyonu*, yani –yazarın kendi geçmişi, eğitimi ve kuramsal varsayımları tarafından zaten kaçınılmaz biçimde süzölmüş halleriyle– salt “olguları” aktarmakla yetinmeyip hastanın gerek yaşamında gerekse analistle yürüttüğü çalışmada olup bitenleri açıklamaya da gayret eden bir vaka incelemesi mümkün müdür? Daha küçük çalışma gruplarında, klinisyenlerin maharetleriyle gösteriş yapmanın ayartısına karşı koyup zorlu vakalar konusunda birbirlerinden samimiyetle yardım isteyebilecekleri düşünülebilir. Ne var ki en azından İngilizce konuşulan dünyadaki psikanalitik eğitim enstitülerinin genel yapısından ötürü (bkz. Fink,

2013), böyle bir durum nadiren görülür. Rüşünü ispat etmiş analistler, analist adaylarını kendi yanlarına, hatta mümkünse kendi “divanlarına” çekmeye çalışırken, adaylar da vakaları sanki muhteşem bir iş çıkarıyormuş gibi sunmak suretiyle enstitü içindeki kıdemli analistlere yaranmaya ve böylelikle mezuniyet, hasta sevki, eserlerini yayımlatma fırsatı gibi birtakım avantajlar elde etmeye gayret ederler. Bu durum, kariyerinin başındaki klinisyenler arasında akran süpervizyonunun neden bu kadar popüler olduğunu kısmen açıklayabilir, zira akran süpervizyonunda klinisyenlerin statü ya da güç bakımından birbirlerinden bir şey elde etme ihtimali yok denecek kadar az olduğundan, vakaların herhangi bir “ustalık” iddiasında bulunmaksızın sunulabildiği bir ortam tesis edilmış olur.

Birey ve grup süpervizyonu alanında yaklaşık yirmi yıllık tecrübeme dayanarak en dürüst vaka sunum ve formülasyonlarının, süpervizör ile süpervizyon alan kişi arasında herhangi bir akademik ya da mesleki bağın olmadığı bir mahremiyet içerisinde ortaya çıktığını düşünüyorum. Gerçek manada dürüstlük, süpervizyon alan kişinin mezuniyet, not, lisansüstü programda kontenjan ya da mesleki yeterlilik değerlendirmesi gibi konularda hiçbir beklentisinin olmadığı durumda mümkün olabiliyor. Tüm açmazları, altüst oluşları, patlamaları, tıkanmaları, geriye dönüşleri ve zorlayıcı deneyimleriyle klinik çalışmanın inanılmaz derecede karmaşık dehlizlerinde yolunu bulmaya çalışmak, ancak böylesi bir bağlamda gerçekleşebiliyor. Bu üzücü husus her türlü kurumsal eğitim ortamında karşımıza çıkıyor, zira her kurum öyle veya böyle adaylarının yetkinliğinin garantörü olduğuna inanıyor ve dolayısıyla da kendini bu yetkinliği sürekli değerlendirmek zorunda hissediyor. Hal böyle olunca, klinik çalışmaya ilişkin gerçek manada açık bir tartışma ancak mezuniyetten *sonra* mümkün olabiliyor. (Bunun tek istisnası yine akran süpervizyonudur; bizimle aynı tedrisattan geçmiş akranlarımız genellikle bizden daha ileride olmasalar da, bu süpervizyon biçimi epeyce yararlıdır.) Bu da vakaların en kafa karıştırıcı yönlerinin ve adayın

formülasyonuna uymayan taraflarının –ki bu formülasyon genellikle adayın dersini aldığı öğretim üyesinin dünya görüşüyle ya da programın/enstitünün ilan ettiği görüşle hemfikir görünme arzusuyla şekillenir– mezuniyetten önce genellikle dile getirilmemesi ve dolayısıyla da sorgulanmaması manasına geliyor.

Dahası, mezuniyetten *sonra* süpervizör ile süpervizyon alan kişi arasında klinik çalışma üzerine gerçekleşen ciddi manada “açık” tartışmaların çok azı bir yerlerde yayımlanır; literatürde bu tür tartışmalara neredeyse yer yok gibidir. Bu da nihayetinde, eğitim sürecindeki pratisyenlerde, klinik pratiğin gerçekte ne olduğuna ilişkin yanlış bir izlenim uyandırır. Bu açmaz beni, terapist adaylarına verdiğim derslerde, terapideki deneyimlerine dair bizzat hastalar tarafından kaleme alınmış metinlere daha fazla öncelik vermeye itti. İlk elden anlatıları kaleme alan yazarların şöhret ve maddi kazanç elde etme gibi arzulardan bütünüyle azade olmadığını bilerek, Marie Cardinal (1983), Donna Williams (1998) ve Dan Gunn (2002) gibi isimlerin elinden çıkmış metinleri zorunlu okuma listesine ekledim.

Klinisyenler başkalarının da kendileriyle aynı türden zorluklarla karşılaştığını belki en çok mezuniyet sonrası süpervizyon süreci aracılığıyla keşfediyor ve sonunda kendilerini kapalı kapılar ardında gerçekte neler olup bittiğine vâkıf kişilerden oluşan “ayrıcalıklı bir gruba” kabul edilmiş gibi hissediyorlar.

Neredeyse yirmi yıl boyunca, klinisyen adaylarının hocalarına en kolay –ya da en iyi iş çıkardıklarını düşündükleri– vakaları sunma eğilimlerine karşı durmaya çalıştığım, “Vaka Formülasyonu” adını taşıyan (başlarda adı “İleri Uygulama” idi) bir doktora dersi verdim. Onlardan bunun yerine, sınıfta (neyse ki hiçbir zaman aynı anda yediden fazla öğrencisi olmadı) en çok bocaladıkları ve olup biteni anlamlandırmakta en çok zorlandıkları vakaları formüle etmelerini istiyordum. Notlandırmayı, birer klinisyen olarak *benim* onları ne kadar yetkin bulduğuma göre değil, tüm güçlükleri, belirsizlikleri ve hatta hatalarıyla birlikte vakayı ne kadar iyi formüle ettiklerine göre

yapmaya çalışıyordum. Sözelimi, onları tanı konusunda ustalık taslama dürtüsünden kaçınmaları yönünde teşvik ediyor, tanıya ilişkin görüşlerini –sözelimi, hastadaki hangi niteliklerin onları psikoz veya obsesyon tanısına yönelttiğini (örnek için bkz. 14. Bölüm)– bir saatlik vaka sunumlarının sonunda ve hazırlayacakları 15–20 sayfalık raporlarda tartışmalarını istiyordum.

Benzer biçimde, derse katılan öğrencilerden yanlış yaptıklarını düşündükleri her şeyi belirtip bunun terapi üzerindeki etkilerini dile getirmelerini istiyor, böylelikle bu zorlayıcı mesleğin cezalandırılma korkusu olmadan açıkça tartışılabileceği bir atmosfer yaratmayı umuyordum. Şüphesiz ki böyle hedefler koymak onları hayata geçirmeye yetmez; hatta kimi durumlarda bizzat ben de bunların gerçekleşmesinin önüne geçmiş olabilirim. Yine de pek çok durumda, tek tek öğrencileri –hatta bazen bütün bir sınıfı– yürüttükleri klinik çalışmalar üzerine, program içindeki statülerinin, hastalarla karşılaştıkları güçlükler nedeniyle artıp azalacağı kaygısından nispeten azade bir biçimde, son derece olumlu bir öz-düşünüme (gerek sınıfta gerekse yazılı ödevlerde) teşvik etmeyi başardığım hissiyatını taşıyorum. Dahası, hiçbir zaman onların Klinik Direktörü ya da Klinik Eğitim Direktörü filan olmadığım, yani klinik “performanslarına” dair, staj yerlerine ve işverenlerine gönderilecek, kariyerlerine zarar verme potansiyeli taşıyan raporları yazmakla sorumlu kişilerden biri olmadığım için, işim kuşkusuz daha kolaydı.

Buradaki Vaka İncelemelerine Olan Yaklaşımım

Analistin analizanda eksik olan şeye sahip olabilmesi için, cehaleti, tam da cehalet olarak elinde tutabilmesi gerekir. [...] Analist, bilgisi bakımından analizanından olsa olsa bir adım ileride konumlanmış olmalıdır.

—Lacan, 2001a, s. 279–80

Eldeki klinik malzemeye, uygulamaya olan yaklaşıma ya da başvuru-
lan kurama ilişkin hiçbir ustalık iddiası taşımayan, yayımlanabilir bir

vaka anlatısı mümkün olabilir mi? Belki de bunun mümkün olabileceği bağlamlar vardır (Gerçi o durumda bile, kimi spiritüel pratiklerde olduğu gibi, insanın kendini “usta olmamakta usta” gibi gösterme ya da kimi dinî cemaatlerdekine benzer biçimde kendini dünyanın en tevazu sahibi şahsiyeti gibi sunma eğilimi konusunda dikkatli olmak gerekebilir.) İki ciltlik bu derlemede yer alan vaka incelemelerinin hiçbir ustalık iddiası taşımadığını iddia edebilir miyim? Pek sanmam.

Bu derlemeye dâhil edilen vaka anlatılarının çoğu, bizzat benim tarafımdan seçilmemiş belirli bir tema etrafında düzenlenen konferanslar için kaleme alındı. Bağımlılık, travma, kaygı, histeri, fantazi, suret vb. başlıklar bana sunulduğunda, konferansın temasını en iyi yansıtabilecek vakalarımı düşünüp mevcut materyali 30 ila 45 dakikalık bir süre zarfında sunabileceğim şekilde düzenledim. Bu kimi zaman, yıllara yayılan bir analiz sırasında tuttuğum yüzlerce sayfalık notu baştan sona okuyup yalnızca konferansın konusuyla alakalı olan çok küçük bir kısmını seçmem anlamına geldi.² Bu derlemeye dâhil edilen her bir vaka anlatısı çok daha farklı ve çok daha kapsamlı biçimlerde sunulabilirdi (Freud’un başlıca vaka incelemelerinin tamamı burada yer alanlardan çok daha uzundur ve burada tartışılanlara kıyasla daha kısa süreli analizleri ele alır). Buradaki hiçbir metin, vakaya ilişkin olarak –sunulduğu andaki son durum da dâhil olmak üzere– eksiksiz bir klinik tablo sunmuyor. Materyal her zaman için titiz bir elemeye ve sunulduğu konferansın konusunu merkeze alan belirli bir çerçeveye tabi tutuldu ve ben de (iyi mi kötü mü bilmiyorum ama) genellikle kısa bir süre içinde ister teknikle isterse kuramsal bir hususla ilgili olsun, bir tür sonuca varma ihtiyacı hissettim.

2 Konferansların ilan edilen temasını kale almaksızın canlarının istediği yahut hakkında hâlihazırda bir şeyler kaleme almış oldukları konular hakkında konuştuğuna tanık olduğum birçok katılımcının aksine, ben sunumlarımda her zaman –bunun erdemli bir tavır olup olmamasından bağımsız– konferansın dert edindiği temaları ele almaya bilhassa özen göstermişimdir.

Dahası, birçok insan gibi ben de gerek kurama gerekse pratiğe ilişkin yaklaşımımın ne kadar sağlam temeller üzerinde yükseldiğini dinleyicilere kanıtlamaya çalıştım ve vakaların sunmakta olduğum formülasyonlara uymayan kimi yönlerini sık sık parantez içlerine veya dipnotlara gönderdim (ve doğal olarak konferanslar sırasında bunları yüksek sesle okumadım). Tutarlı ve net olmak uğruna, vakada beni şaşkına çeviren kısımları çoğu zaman atladığımı fark ettim; özellikle de bana ayrılan sürede tartışamayacağım kadar çok materyali yazıya dökmüşsem ve de anladığımı düşündüğüm bir şeyi çıkarmak ile anlamadığımı düşündüğüm bir şeyi çıkarmak arasında tercih yapmak zorunda kalmışsam. İster muhtelif dergiler ister bu derleme için olsun, metinleri yayıma hazırlarken, yazı pratiğimde ikna edicilik ve okunabilirlik endişesinin, formülasyona uymayan her türlü ayrıntıyı muhafaza etme endişesinin önüne geçtiği çok oldu. İlk taslakta hasıraltı edilmiş olan şeyleri yeniden gözden geçirmek ve formülasyonla çelişen veya bir şekilde formülasyonun dışında kalıyormuş gibi görünen şeyleri hak ettikleri yere yerleştirmek (o da olmazsa, en azından parantez içlerinde veya dipnotlarda korumak) maksadıyla, yazdıktan birkaç hafta sonra vaka metnine geri dönmenin faydalı olduğuna inanmakla birlikte (bkz. Fink, 2007, s. 163–65), bilhassa yıllar önce kaleme alınmış metinler söz konusu olduğunda, bunu her seferinde sistematik bir biçimde yaptığımı söyleyemem.

Yine de umuyorum ki okurun gerek vakalar gerekse benim formülasyon, yorum ve müdahalelerimin sağlamlığı ya da değilliği hakkında kendi fikrini oluşturmasına yetecek miktarda –hastanın yaşam öyküsü, geçmişi, parapraksileri ve birebir alıntıları (dil sürçmeleri ve rüyalarına dair anlatıları da dâhil) gibi– “ham veri”nin yanı sıra karmaşık, hantal ve birbiriyle çelişen klinik ayrıntıları da sunabilmişimdir. Analizanın benim tezimle çelişen tek seferlik ifadelerini metne dâhil etmemenin cazibesine karşı koymaya gayret ettim ki bilinçdışının yapısı ve analizin diyalektik işleyişi gereği, bu tür ifadelere hemen her vakada bolca rastlanır. Freud’un aktardığı haliyle Charcot’nun (1962a, s. 13), klinik bir

olguyu Young-Helmholtz kuramıyla çeliştiği için olanaksız bulan bir öğrencisine verdiği şu meşhur yanıtı hatırlayalım: “Teori iyidir hoştur ama şeylerin gerçekte ne olduğunu değiştirmez” (*la théorie, c’est bon mais ça n’empêche pas d’exister*).

Pek çok durumda, bu vakaları sunduğum meslektaşlarımdan yapıcı yorum ve yönlendirmeler almayı umdum, zira bu vakaları çetrefilli buluyor ve bunları yazıya dökme sürecinin kendisinin, günlük klinik materyalin ayrıntılarında boğulmadan bütünü görmeme yardımcı olacağına inanıyordum. Analizanın hayatındaki birkaç kişinin aynı isme sahip olması veya belirli olayların aynı zamanlarda gerçekleşmesi gibi detayları, ancak not alma ve parçaları birleştirme aşamasında fark ettiğimi gördüm. Belirli vakalar özelinde meslektaşlarımdan oldukça faydalı geri bildirimler alma şansına sahip oldum.

Üniversitede psikolojiyle ilk kez haşır neşir olduğumda, kuramların kendini doğrulayan yapıları dönüşebileceğini öğrenmiştim: Rosenhan’ın (1973) henüz yeni yayımlanmış olan “Delilik Mekânlarında Akıllı Olmak Üzerine” isimli çalışması psikolog, psikiyatrist ve hastane çalışanlarının potansiyel bir hastanın durumunu nasıl kendi beklentilerine göre yorumlayıp sonraki tüm davranışlarını başlangıçtaki (yanlış) teşhise göre anlamlandırabildiklerini gösteriyordu. Kuhn’un (1962) aynı hususu daha da pekiştiren çalışması ise benimsediğimiz herhangi bir kurama fazla itibar etmememiz ve ezici klinik kanıtların birikmesini beklemekten önce kuramsal formülasyonlarımızı yeniden gözden geçirip gerekirse bütünüyle bir kenara bırakmayı ciddi biçimde düşünmemiz gerektiği uyarısında bulunuyordu.

Yıllar içerisinde, terapistin formülasyonlarında boşa kürek çekmediğinden emin olmasının en iyi yolunun, bu formülasyonları hastalarıyla paylaşması ve hastaların bunlara katılıp katılmadığını sorması olduğunu ileri süren bazı öğrencilerim oldu. Pratisyenlerin zaman zaman böyle bir yola tevessül ettiğini ve bu tür çabaların literatürde de yer aldığını biliyorum, ancak bana kalırsa bu yaklaşım için duyulan hevesin,

hastaların da tıpkı terapistler gibi kendi güdü, düşünce ve hislerinin tümüyle farkında olmadıkları yönündeki gözlemle dizginlenmesi gerekir. Nitekim hasta da (tıpkı terapisti gibi) kendi kısmi ve çarpık bakış açısına boyun eğip ona dört elle sarılıyor olabilir. Gerek hastanın gerek terapistin bakış açısı, birbiriyle çakışmak zorunda olmaksızın önemli bir takım hakikatler ihtiva ediyor da olabilir. Benzer şekilde farklı tarihçiler, tarihi bir olayın birbirine zıt gibi görüldüğü halde eşit derecede önemli olan veçhelerini sunabilir; Amerikan İç Savaşı'nı birinin daha toplumsal, diğerrinin daha iktisadi bir bakış açısıyla değerlendirmesi gibi mesela. Farklı açılardan çekilmiş birer fotoğrafı andıran her perspektif, meselelerin farklı bir yüzünü yakalıyor olabilir pekâlâ.

İdeal şartlar altında terapist ile hastanın geçmişte yahut şimdi olup bitenler konusunda hemfikir olması gerektiği yönündeki inanç, zımnen total bir öznelerarasılığın mümkün olduğu varsayımına dayanır. Oysa Lacan'a göre böyle bir öznelerarasılık mümkün değildir, zira insanlar arasında her zaman için temel bir açıklık yahut ayrışma –yanlış veya ıskalanmış bir anlama– söz konusudur. Bunun birinci sebebi, kendimizi yanlış anlamaya meyilli olmamız (kendimizle ilgili bazı şeyleri bilmek istemememiz) iken ikinci sebebi, birbirimizi yanlış anlamamızdır (kendi düşündüklerimizi başkalarına yansıtmamız, kendimizi onların yerine koyduğumuzda şöyle hissederdik diye varsaymamız, dahası başkalarının söylediklerinden çok hızlı sonuçlar çıkarmamızdır [bkz. Fink, 2007, 7. Bölüm]). Hastaların ilk ağızdan anlatımları ve terapistlerin terapi sürecine ilişkin anlatımları ihtiyatla ele alınmalı, hatta bu anlatılar arasındaki muhtemel uyumsuzluklar mazur görülmektense yüceltilmelidir.

İşe Yaradığı Sürece, Konuşmanın Neden İşe Yaradığını İlla Bilmemiz Gerekir mi?

Zihnimizde hâlihazırda mevcut olandan başkasını anlamamız mümkün değildir.

—Lacan, 2006c, s. 105

Konuşmak bir şeyleri değiştirir. Nasıl ve neden değiştirdiğini açıklamak üzere kuramlar geliştirilir, bu kuramları örneklemek amacıyla vaka incelemeleri kaleme alınır. Kuramlar arasındaki ayrışmalar, psikanaliz ve psikoterapinin farklı ekolleri arasında savaşlara yol açar; her bir ekol, konuşmanın bir şeyleri şu sebepten değil de bu sebepten değiştirdiğini savunur.

Oysa bütüne bakıldığında, konuşmanın bir şeyleri değiştirdiği olgusu psikoterapötik cemaatin geniş, üstelik de epeyce geniş bir kesimi tarafından kabul görmektedir; konuşmanın neden değişime yol açtığı meselesi ise, klinik açıdan, değişime yol açması gerçeğinin kendisinden daha az önemlidir.³ Gerek psikiyatristlerin gerek ilaç şirketlerinin her türlü psikolojik sorunu ve psikosomatik acıyı beyindeki “kimyasal dengesizliklerin” semptomları olarak gören büyülenmeci tavrı karşısında, biz konuşma terapistlerinin işimizin temel prensiplerinin arkasında yeniden hizalanması stratejik açıdan yerinde olacaktır. Nitekim son yıllarda klinik uygulamalarla iştigal eden terapistler açısından bizzat hastaların konuşma tedavisine dair şüphelerini gidermek bile başlı başına bir mesai halini almıştır, zira insanların çoğu düpedüz saçmalıklardan ibaret olan bu “kimyasal dengesizlik” söyleminin zokasını afiyetle yutmuş durumdadır (gerçi Whitaker [2010] gibi bazı yazarlar bunun nasıl bir safsata olduğunu ikna edici biçimde göstermiştir). Hastaların kuşkuculuğuyla başa çıkabilmek, artık müstakil bir uğraşa dönüşmüştür.

3 Klinik uygulamada analistler, belirli bir konu hakkında konuşmanın analizana neden iyi geldiğine ilişkin *teoriler üretmeler* de, konuşmadaki hangi unsurun bunda etkili olduğunu nadiren tam manasıyla bilebilirler (ki esasen bilmeleri de gerekmez). Gelecekte bunu tekrar yapmalarını kolaylaştırması bakımından, iyi gelen şeyin ne olduğunu bilmeleri faydalı olabilir. Yine de, mekanizmanın tam olarak nasıl işlediğini kesin olarak bilmek zorunda değildirler; üstelik bir kez işe yarayan şey, bir dahaki sefere aynı derecede ya da aynı biçimde işe yaramayabilir.

Son yıllarda duygu, düşünce ve arzuları yalnızca fark edip sonrasında salıvermek gerektiğini salık veren muhtelif meditasyon pratiklerinin insan zihnine ilişkin görüşlerini en azından bilinç düzeyinde benimsemiş kişilerin şüpheliğiyle mücadele etmek de farz olmuştur. Bu görüşleri savunanlar, tıpkı uzun yıllar ilaç kullandığı halde pek bir iyileşme kaydedemeyen hastalar gibi, sonunda çoğu zaman bizim kapımızı çalarlar, zira başvurdukları yolların hiçbiri işe yaramamıştır. Buna rağmen, konuşma terapisinin geçerliliğine ilişkin tümüyle ikna olmuş da değildirler. Onlara göre tüm arzular terk edilmelidir; ulaşmak istedikleri hedef, yaşamdan yüce bir kopuş halidir ki bana kalırsa bu kopuşun, psikanalizin örtük hedefi olan “sevmek ve çalışmak”tan ⁴ mürekkep anlamı bir yaşam sürmekle uzaktan yakından alakası yoktur. Sahiden de meditasyonun tümü değilse de bazı biçimleri, günümüzde zaten fazlasıyla yaygın olan bir tür yalnızlaşma ve içine kapanmayı teşvik ediyor gibidir. Bu izolasyon öyle uç boyutlara ulaşmıştır ki terapist artık neredeyse hastanın günlük yaşamında iletişim kurduğu tek insan haline gelmiştir.

Belki de içinde bulunduğumuz konjonktürde, konuşmanın tam olarak nasıl ve neden işe yaradığını tartışmaktansa, *sahiden* faydası dokunduğunu, *sahiden* işe yaradığını vurgulamak çok daha yerinde olacaktır.

* Sunulan klinik materyaldeki kimlik bilgileri ve şahsi durumlar, gizlilik ilkesi gereğince değiştirilmiş ya da metinden çıkarılmıştır.

4 “Sevmek ve çalışmak” formülasyonunu Freud’a atfeden kişi, görünüşe göre Erik Erikson’dur. Freud’un kendisi (1958d) ise psikanalitik tedavinin analizana “çalışma ve haz alma kapasitesi” kazandırmayı hedeflediğini belirtmiştir (s. 119).