

Psychoterapeut a pacient v naší společnosti

Vztah mezi psychoterapeutem a pacientem je v centru pozornosti pacientů i odborné veřejnosti. Pokusme se ukázat jeden z možných přístupů k této problematice, vycházející z psychoanalýzy.



Jiří Kocourek (1948)

Supervizní a tréninkový psychoanalytik, plný člen Mezinárodní psychoanalytické asociace. Pracuje v soukromé praxi, je majitelem Psychoanalytického nakladatelství. Napsal knihy *Horizonty psychoanalýzy a Supervize v psychoanalýze a psychoterapii*.

Před relativně krátkou dobou opětovně proběhl v naší televizi (Nova) významný film *Freud: tajná vášeň*. Nechci se zamýšlet a diskutovat věcnou a uměleckou stránku filmu. Chci poukázat na některé drobné, snad i marginální reálie, které režisér (jistě na základě konzultací s odbornými poradci – psychoanalytiky) přirozeně a jak to stylu a době přináleželo, vkomponoval do filmového děje a atmosféry. Jedná se o reálie velmi signifikantní vzhledem k tématu, kterým se v tomto článku zabývám. Mám totiž na mysli podobu kontaktu terapeuta a pacienta, tak, jak nám to film – jistě velmi zředitelně, neúplně, ale přece jenom instruktivně – přináší. Pacient je navštěvován terapeutem ve svém bytě (čili ve svém psychologickém prostoru), oba dva jsou oblečeni civilně, ba je možné říci, že společensky standardně a samozřejmě s veškerou svojí individualitou. Již tyto zdánlivé drobnosti předurčují vysoce respektabilní postoj terapeuta vůči jeho pacientovi. Postoj, který je jistě vlastní řadě doktorů počátku dvacátého století. Je však také vlastní a postupem doby se stává jednou z vnějších charakteristik psychoanalýzy.

Je možné se ptát, jak tato – pro čtenáře možná i zajímavá – skutečnost vlastně souvisí s tématem, kterému se tento článek věnuje. Myslím, že velmi významně a přímočaře. Jedná se totiž o podobu vztahu terapeuta a pacienta. Tedy o téma jednak v naší současné společnosti velmi diskutované (a konec konců tomu tak bylo i v době předrevoluční) a jednak je to téma, které psychoanalýza učinila centrem pozornosti, velmi výrazně obohatila, a tím poskytla nepřehlédnutelnou možnost tuto realitu lépe pochopit a porozumět jí (Freud 1910).

Přenos a protipřenos

Již ve svých raných pracech Freud objevuje a formuluje jeden ze základních axiomů psychoanalýzy – problematiku přenosu a protipřenosu. Zabývá se tedy otázkou emočních vztahů (chováním, fantaziemi a představami) mezi pacientem a terapeutem, které probíhají obousměrně (Freud 1915, 1920). V důsledku dlouhodobého kontaktu během intenzivní terapie, kdy lékař „rozhoduje o zdraví, nemoci a smrti“, si pacient vůči němu pozvolna vytváří celou škálu iracionálních prožitků, které jsou povětšinou syceny jeho dávnými a v dětství uloženými

vzorci chování, jež si osvojil ve vztahu ke svým blízkým. Tyto prožitky jaksi „přenáší“ z minulosti na současnou významnou figuru, která je zvýznamněna, ale kterou v podstatě téměř nezná a jen si o ní mnohé představuje. Tento jev není ničím patologickým. Jedná se naopak o skutečnost skoro univerzální, vlastně normální.

Do určité míry podobně je na tom terapeut; také on samozřejmě zakouší množství pocitů, emocí a prožitků vůči svému pacientovi, i když v jeho případě nemusí do hry vstupovat takové množství iracionality jako u pacienta. Má totiž o pacientovi nepoměrně více reálných informací. Zná jej, orientuje se v jeho historii a v aktuální problematice, neboť s tím vším se mu pacient v terapeutickém kontaktu svěřuje. Avšak přesto i on přenáší své původní prožitky, „emoce“, na svého pacienta. V tomto případě hovoříme o protipřenosu, který, podobně jako přenos u pacienta, výrazně ovlivňuje prožívání, zabarvení a atmosféru terapeutické situace (Racker 1982).

Na základě výše uvedených skutečností, známých vlastně již bezmála sto let, se zaměříme na specifickou situaci vztahu terapeuta a pacienta v našem dnešním zdravotnictví.

Kontakt terapeuta a pacienta

Vrátíme-li se nazpět k úvodní filmové připomínce ohledně chování lékařů vůči pacientům na přelomu století, můžeme dnes konstatovat, že tento způsob v podstatě vymizel, stal se anachronním. Do vztahu vstoupila „věda“ a vymizel „lidský respekt a blízkost“. Nenechme se však přesvědčit, že je to dáno jenom vývojem společnosti a nutností, kterou s sebou nese dosažený stupeň odbornosti, případně techniky.

S čím se tedy vlastně dnes setkáváme? Se snahou o nevědomé, ale leckdy i vědomé odmítnutí vlastních osobnostních proměnných ve vztahu k pacientovi jako něčeho, co negativně interferuje do terapeutické aktivity. Tento závěr má charakter vědeckého uchopení problému. Bohužel však jen zdánlivě. Chci tvrdit, že terapeutickým nástrojem ve vztahu k pacientovi je terapeut jako celek, celá jeho osobnost ve své ojedinelosti a specifčnosti. Problém nevyřešíme popřením, ale přijetím. Jenom za těchto podmínek můžeme fungovat dostatečně přesvědčivě a terapeuticky úspěšně. Místo toho však vykazujeme více a více neadaptivní a neadekvátní terapeutické

postoje, a to nejen jako jednotlivci, ale i jako skupina a instituce.

Dovolme si malý exkurs do nejčastějších forem chování, které snad můžeme pojmut i z určitého typologického hlediska (přinejmenším na jedné ose). Budeme-li jako jeden pól pomyslné osy vidět „vědecký postoj“ (relativně hodně rozšířený), pak v naší realitě nalezneme velmi mnoho různých modalit tohoto chování. Již samotná skutečnost uniformy zdravotníka, jeho bílého pláště, důrazu na neosobnost, aseptičnost a strohost interiérů i chování je více než výraznou ukázkou. K této formě přináležejí i častá tendence volby terapie, která může uspokojovat potřeby až „laboratorního experimentu“ (tedy pouze farmakoterapie).

Tento přístup může sklouznout až do lhostejnosti, přezírání a nezájmu, pojmání pacienta ve zvěčněné podobě pouze jako „objektu“ výzkumu. Až patologické vyhrocení tohoto modelu je možné vidět v aktivitách obranných, kdy pacient je někým, kdo obtěžuje a ohrožuje.

Zřejmě je již dostatečně jasné, že tento způsob chování prozrazuje velkou vlastní nejistotu, sebedůvěru, ale také úzkostnost, což vše vede k vytvoření oné neprostupné bariéry odstupu, nadřazenosti a výjimečnosti. Právě proto, aby blízkost lidského kontaktu s pacientem neprozradila slabost a nezranila samotného terapeuta.

Na opačném konci pomyslné osy bude stát rozšafný, familiární, ale také bodře manipulující a omezující doktor. Doktor, který ví na vše odpověď, který radí, doporučuje a přikazuje, který je tak „lidský“ a sebeobětující. I zde odhalujeme jenom jinou formu podobných osobnostních nejistot, které jsou kompenzovány obdobně proto, aby se terapeut vyvaroval přirozeného mezilidského vztahu. V psychopatologii v takových případech hovoříme o narcistických poruchách (Kohut 1991).

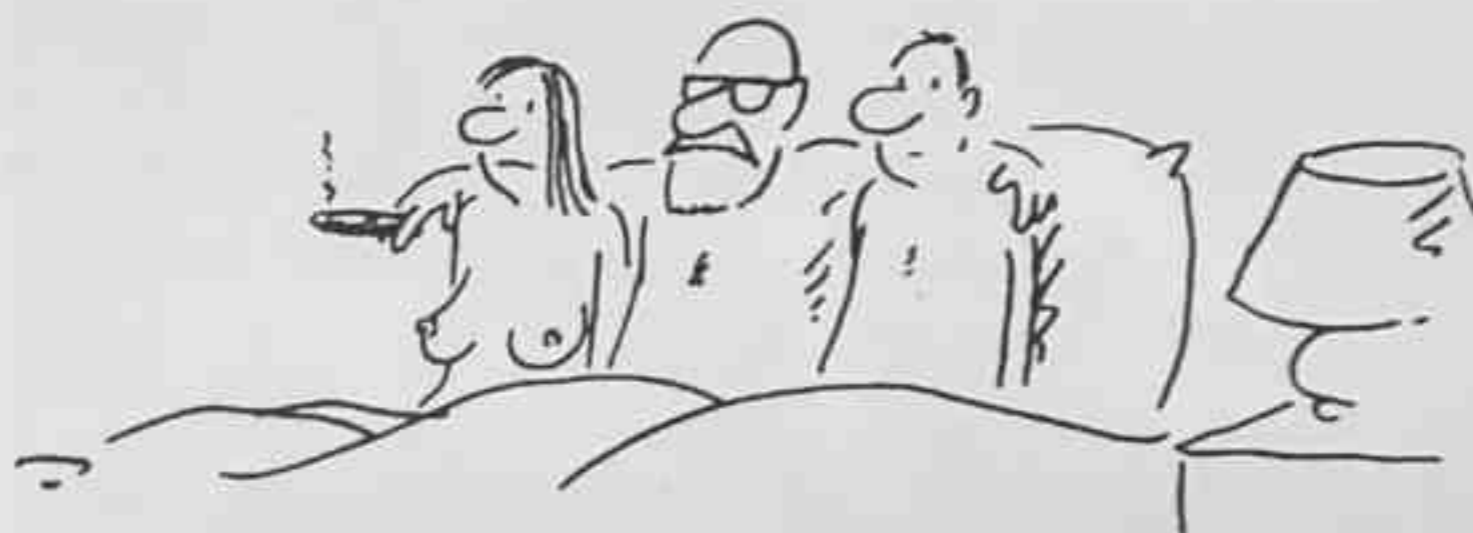
Jak jsem uvedl výše, jedná se vlastně o jakousi osu určenou zmíněnými krajními polohami. Je představitelné, že mezi těmito extrémy existuje celá řada myslitelných individuálních modelů. Nebude potom překvapující, když učiníme závěr, že relativně velké procento naší odborné populace (subkultury jedinců nárokujících si léčit duševně nemocné) může vykazovat srovnatelné problémy a potíže jako jeho pacienti a navíc, že tato skutečnost se více a více posvětčuje institucionalizací a stavovskou příslušností. Tím se pak systémově vytvářejí hodnoty a modely odborného chování, které se stále více vzdalují normě a adaptivnímu chování.

Příčiny hledíme v minulosti

V posledních letech jsme si navykli slyšet, číst a případně i diskutovat o určité míře nezralosti naší společnosti. Tento stav dokumentujeme řadou společenských neduhů, s nimiž se denně setkáváme (zvýšená kriminalita, neetické chování podnikatelů, manažerů, obecné zvýšení agreivity a arogance, růst rasistických a xenofobních projevů, nezáměr o věci společné a pospolitě včetně politiky, úplatnost a „dobezahleděnost“ politiků atp.). V obecné rovině mluvíme o narušení morálního citění naší společnosti v důsledku padesátileté existence v „říši zla“. Jsem však toho názoru, že problém má hlubší výkladovou rovinu. Stavební kameny jsem položil v předcházejících řádkách.

Dnes již víme a dokonce i v populárních pracích o vývoji a výchově dítěte se u nás dovídáme, že určujícími

VÁŠ PSYCHOANALYTIK



JE VÁŠ PŘÍTEL !

skutečnostmi pro dospělou osobnost jsou první roky života v rodině, včetně podstatného vlivu mateřské figury a rodinné atmosféry (Mahler 1985). Minimálně po dvě generace jsme byli „znásilňováni“ komunistickými pseudoteoriemi o ideálu socialistického člověka. Matky odcházely brzy po porodu do práce, kojení bylo považováno za zbytečnost, zdůrazňování kolektivní výchovy v jeslích a školkách vedlo ke snížení významu rodiny. Ve školách byly děti vystavovány kontinuálnímu brainwashingu zdůrazňujícímu komunistické ideály.

Avšak zřejmě nejvíce demoralizující a traumatizující byla ve většině případů jakási dvoukolejnost, podvojná vazba mezi rodiči a dětmi. V oné známé podobě: „to, co se řeklo doma, se nemohlo říci venku“. Tato skutečnost se musela velmi silně spolupodepsat na nemožnosti vytvoření dostatečně silné vnitřní základny sebejistoty a sebedůvěry, dané jednoznačností chování a projevů rodičů. V této souvislosti musíme vzít v úvahu ještě skutečnost, že se jedinec, aby byl přijat na vysokou školu, musel i se svými rodiči tzv. angažovat, být politicky činný či registrovaný.

Mnozí z tehdejších studentů a dnešních vysokoškoláků – obzvláště v renomovaných oborech medicíny a filozofie – jsou narcisticky poškozeni, jejich osobnostní struktura je nezralá, nevyvážená a s řadou nevědomých kompenzací, chránících je před autentičností. Tito lidé musejí prožívat možné ohrožení svého postavení a jsou nuceni hledat osobní jistotu ve svém zaměstnání. Můžeme o nich hovořit jako o jedincích s nedostatkem onoho známého chování ve smyslu „Kinderstube“. Tento typ jedinců pak „pracuje“ pouze s teoretickým vzděláním, zkušenostní praxí a strachem před pacientem, který – protože je nevědomovaný – není ani zvladatelný, pouze kompenzovatelný. Pak tedy dostává podobu leckdy hrubě patologického protipřenosu. A bohužel – ještě jednou tuto skutečnost podtrhnu – je tento model neformálně institucionalizován.

Jak jsem uvedl v první části příspěvku, otázka vztahu terapeut-pacient, tedy otázka protipřenosu, nemusí být charakteristická pouze pro psychoanalýzu. Domnívám se, že své protipřenosové prožitky a chování může s úspěchem poznávat a tím také do určité míry korigovat i nepsychoanalytik, a to nejen vlastní psychoanalýzou, ale i supervizí své práce (Fleming 1996). ■

kresba Vladimír Jiránek

Literatura:

- FLEMING J., BENEDEK T.: *Psychoanalytic supervision*. New York, Grune a Stratton 1966.
- FREUD S.: *Five lectures on psychoanalysis*. Standard Edition. New York, IUP 1910.
- FREUD S.: *Observations on transference love*. Standard Edition. New York, IUP 1915.
- FREUD S.: *Beyond the pleasure principle*. Standard Edition. New York, IUP 1920.
- KOHUT H.: *Obnova Self*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1991.
- MAHLER M. et al.: *The psychological birth of the human infant*. New York, Basic Books 1985.
- RACKER H.: *Transference and countertransference*. London, Karnac Books 1982.