

Peter PRAPER

Filozofska fakulteta, Ljubljana

UPORABA PSIHOANALITIČNEGA KAVČA V PSIHOTERAPEVTSKEM PROCESU

THE APPLICATION OF THE PSYCHOANALYTIC COUCH IN THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY

POVZETEK

Uporaba kavča v psihoanalizi je inovacija, ki jo je uvedel Freud, ko je ugotovil, da tako olajša proces svobodnih asociacij. Pacient se poleg tega v analizi bolj ukvarja s samim seboj, išče psihični determinizem lastnih asociacij.

V psihoterapiji - kot jo definira ameriška ego psihologija - je uporaba kavča kontraindicirana. Zaradi slabe analizabilnosti pacientov z razvojnimi deficiti strukture ega uporaba svobodnih asociacij ni več mogoča. Kavč bi celo utegnil potencirati razvoj maligne regresije.

V opisanem primeru pa terapevt in pacient odkrijeta, da je uporaba kavča edina možna pot. Ne zaradi vzpodbujanja asociacij ampak zaradi tega, ker je pacient bil ujet v tako hudo paranoidno pozicijo, da ni prenesel govornice oči. Kavč mu je omogočil regresijo v predsimbolično obdobje (v primarni narcizem). Od tam je pričel svoj razvoj. Po osmih letih terapije je "shodil", prešel v terapijo vis a vis ter pričel prakticirati.

ABSTRACT

The Application of a couch was invented by Freud to support the process of free associations in psychoanalytic process. Within psychotherapy - defined through Ego-psychology - the use of the couch is contraindicated because of the insufficient analysability of the patients with developmental deficits of the Ego. The use of the couch could even provoke and support the malign regression.

In the presented case the therapist and the patient discover the use of a couch as the only way, not because of supporting free associations but because of the patient's deep paranoid position. He couldn't stand the eye contact.

In the process of eight years lasting psychotherapy, he succeeded to stand on his feet, to pass over to vis a vis position and to start self motivated practising.

DEFINICIJA PSIHOTERAPIJE

Do danes v teoriji še nismo jasno definirali psihoterapije na korekten način, da bi namreč navedli specifično diferenco v odnosu do psihoanalize. Očitno je izraz "psihoterapija" postal vreča, v katero so se tlačili vsi, ki se niso mogli enačiti s Freudovo psihoanalizo. Zato so se za psihoterapijo pogosto skrivali tudi tisti, ki niso imeli korektnih psihoanalitične edukacije, predvsem pa ne lastne analize.

Čas je, da sprejmemo jasno definicijo psihoterapije, saj ne moremo biti več zadovoljni z definicijo "per exclusionem", da je psihoterapija vsaka metoda "psihičnega vplivanja na človeka s ciljem nuditi pomoč", ki ni analiza.

Morda bo koristno jasneje opredeliti cilje ene in druge "vrste pomoči". Pri tem kaže imeti v mislih, da se je tradicionalna psihoanaliza ukvarjala predvsem z ljudmi, ki so trpeli zaradi klasičnih nevroz, z internaliziranim konfliktom, pri čemer so poglavitni zapleti nastajali pretežno v falični fazi psihoseksualnega razvoja. Odločilnega pomena je bil torej konflikt, vezan na ojdipsko situacijo in tabuje incesta. Resnici na ljubo, se je že Freud sam veliko ukvarjal tudi z obsesivnimi in s kompulzivnimi

pojavi pri prisilnih nevrozah. Cilj psihoanalize - poenostavljeno gledano - pa je le bil narediti nezavedne vsebine zavestne, da bi lahko na ta način jasno videli naravo konflikta. Seveda se ob tem menjajo odnosi v strukturi id-ego-superego, pri čemer predvsem ego širi meje in pridobiva trdnost notranje strukture.

Američani, ki so psihoanalizo kot teorijo in prakso razvijali preko Hartmannove ego-psihologije, so uspeli jasneje definirati tudi cilje psihoterapije. Za razliko od psihoanalize, ki se ukvarja z dinamično nagonskih teženj in z internaliziranim konfliktom, se psihoterapija ukvarja z razvojnimi deficiti in strukturiranjem ega. Čeprav so cilji psihoterapije širši in številčnejši, je izgradnja ega terapija per se. Iz teh izhodišč je psihoterapija razvila tudi specifične tehnike, uporablja pa te pristope pri pacientih, ki zaradi ego deficitov niso analizabilni ali so slabo analizabilni. To so velikokrat pacienti s šibko motivacijo, zavestnim odporom, takšni, ki šele po določenem tretmanu postanejo sposobni vstopiti v terapevtsko alianso, lahko pa tudi takšni, ki jim nekako manjka odpor, imajo šibke obrambe in skušajo zaživeti nekako "preko terapevta".

Cilji psihoterapije so odvisni od razvojnih karakteristik in zapletov - bodisi razvojnih zastojev, popačenj, skrenjenosti ali regresij. Poglavitna prizadevanja terapevta so

usmerjena k vzdrževanju optimalnega nivoja avtonomije pacientov in v suport naslednjega razvojnega koraka.

Psihoanalitični kavč kot tehnika

Po nam dostopnih podatkih je Freud prišel na idejo, da bi uporabil kavč v procesu psihoanalize zato, da bi pacientu olajšal uporabo tehnike svobodnih asociacij. S tem ko se je umaknil iz pacientovega vidnega polja je dosegel tudi to, da se je pacient ukvarjal s svojimi intrapsihičnimi vsebinami, s samim seboj.

Tehnike psihoterapije temeljijo na objektivnem odnosu, saj se lahko struktura tega razvija le v interakciji z okoljem. Poleg tega ego pacientov z razvojnimi deficiti ni intakten in tako tehnika svobodnih asociacij večinoma ni uporabna. Takšen pacient ima pogosto zastoje in popačenja v rudimentarni komunikaciji, ki je velikokrat še neverbalna (mimika, gestikulacija, govorica oči). Zato mora imeti terapevta v vidnem polju. Kavč torej ni prava rešitev. Ustreznejša je pozicija sedenja pri mizi, v vis-a-vis položaju. To tudi preprečuje regresivnim težnjam pacienta, da bi ga potisnile nazaj v razvojne stadije, v katerih ne najde več zmožnosti verbalizacije. (Tako je ob napadih anksioznosti ali besa, pri odreagiraju "skozi telo", begu v avtizem ali celo v fetusno pozicijo odvisnosti).

Primer kršitve pravila

Pacient Boris B. je bil usmerjen v psihoterapevtsko obravnavo star 28 let. Ne le da sam ni bil motiviran za to obravnavo, ampak jo je doživljal kot del zarote. Bil je namreč vključen v tretman v drugi zdravstveni skupnosti. V odnosu s terapevtko je razvil tako maligni transfer z očitnimi "oralno erotičnimi" pričakovanji, da se je terapija znašla v slepi ulici. Poleg tega mu je zdravstvena skupnost odklonila plačevanje storitev v drugi regiji. Pacient je v tej situaciji od vsega začetka doživljal novega terapevta kot enega od nosilcev zarote. Odkloniti tretman v teh pogojih, kar bi bilo dokaj običajno za analitično usmerjenega terapevta, je bilo nemogoče zaradi tega, ker je pacient imel izrazito suicidalne težnje, za seboj pa že en tentamen.

Štiri leta je bil zdravljen kot psihiatrični pacient; trikrat je bil hospitaliziran. Njegova družina se je kot institucija odzivala tako, da jo je doživljal kot sovražno, saj je organizirala hospitalizacije, klicala policijo ob njegovih izgrelih in mu grozila z "norišnico". Očitno pa je, da so domači skušali tako zaustavljati njegovo nenevtralizirano agresijo.

Iz geneze

Pacient je odraščal v izrazito trdem vzdušju. Oče ga je discipliniral in ni trpel ugovorov. Mati je bila sicer mehkejša, ga kdaj tudi zaščitila, bila pa je po svoje trda - ni mu dajala topline. Vedno je imel občutek odrinjenosti.

Pomembna okoliščina se skriva v dejstvu, da je pacient četrti od sinov, le leto za njim pa se je rodila sestra - edina hči. Seveda je ta, na katero so očitno težko čakali, dobila vso pozornost.

Pacient je funkcioniral kot izrazito priden otrok do svojega petnajstega leta, ko se je začel upirati očetu. Ob tem pa je iz otroštva imel simptomatiko. Poleg tega, da je bil plah in tih, je pri petih letih pričel močiti posteljo in to mu je ostalo do osemnajstega leta. Pri desetih je dobil hude tike v obliki odkimavanja. Zaradi tega ni bil sprejet v miličniško šolo, kar je bila njegova želja. Izučil se je poklica, vendar ga je motilo, ker so vsi bratje bili več od

njega. Zato se je šolal ob delu in opravil vse izpite, nakar je na maturi padel. Takrat ga je pustilo tudi dekle; vse to je sprožilo njegovo "bolezen". Ko je zdravnica v bolnišnici pritisnila nanj, da se mora vrniti na delo, je dal odpoved. Zdaj - kljub vsem poskusom rehabilitacije - že enajst let živi odvisen od staršev, le s svojo socialno pomočjo.

Potek terapije

Terapevtski proces je od vsega začetka bil dokaj neobičajen. Pacient je prihajal kadar koli, izven svojega termina, jokal v čakalnici, če ni bil takoj sprejet, iskal je le olajšanja stiske, ki jo je povezoval s tem, da ga prejšnja terapevтка odklanja. Očitna je bila huda bojazen pred izgubo objekta. Izražal je samomorilne misli ter masovno destruktivno agresijo do staršev in "vseh psihiatrov". V odnosu do terapevta se je počutil "blokiranega", nesprejetega. Ker jeze ni mogel izražati direktno, je vsake toliko časa bruhnil v jok. Imel je silovite tike glave v obliki odkimavanja. V peti seanci je izrazil svoj občutek, da me ne more gledati v oči. Predlagal sem mu, da gre na kavč, kar je z veseljem sprejel. Takoj nato je povedal svoje sanje - skupina ljudi šiva nek plašč na njem. Dovolj mu je tega. Plašč raztrga. Naenkrat ima v objemu neko psihologinjo. Asociacij na te sanje ni imel. Ni mogel videti, da doživlja sedanjo terapijo kot prisilo, ki mu brani, da bi se zatekel k prejšnji terapevtki. Masovno pa se je pritoževal nad starši, psihiatri ter izrazil občutek, da terapevt misli, da je vsega on kriv. Menil je, da od takšnega terapevta ne more ničesar sprejeti.

Dolgo časa po tem prvem obdobju je zahteval naj ga terapevt vendar razume. Za to zahtevo so bila maligna pričakovanja da mu bo terapevt uredil vse od odnosa z bivšo terapevtko do tega, da mu "psihiatri" vrnejo pet let delovne dobe, ki jo je izgubil zaradi njih, saj je zato, ker so ga silili, da se vrne na delo, dal odpoved.

V tem času terapije sem tudi sam imel najhujše kontratransferne probleme pri tem, da sem se vzdržal, da bi urejal nekatere zadeve za pacienta, še posebej, ko je pacientova mati skušala vzpostaviti kontakt. Večkrat je telefonirala in se pritoževala nad pacientovim agresivnim vedenjem ter nakazovala željo, da bi ga hospitalizirali.

V petnajsti seanci je pacient prvič postal nekoliko bolj zaupljiv. Ob novem terapevtu je pričel predelovati transfer do prejšnje terapevte in svoje bojzani, da jo izgublja. Še vedno je skušal vzpostaviti kontakt z njo, zato je osemnajsto seanco zopet izsili izven termina. Imel je izrazit razcep - prejšnjo terapevtko je idealiziral, do mene, ki sem mu očitno predstavljal slab objekt, pa je izražal jezo. Lahko sem storil le toliko, da sem zdržal to jezo, mu predstavljal kontejner njegovih očitkov, bolečine in bojzani.

Šele v devetnajsti seanci, ko je pacient bil že bolj pomirjen, potem, ko je uspel govoriti z bivšo terapevtko, je prepoznal svoje projekcije v novega terapevta. Bil je pripravljen sprejeti terapevtski dogovor, se utiriti, da bo prihajal ob določenem dnevu in določeni uri.

Dobro leto je potreboval, da je odžaloval izgubo.

Kako je mogoče ponovno shoditi

Pacient je sedaj osmo leto v psihoterapevtskem procesu. Dolga leta je potreboval simbiotični odnos s terapevtom, pri čemer je nenavadno negativistično reagiral na vsako sugestijo. Kadar koli sem uporabil najmanjšo konfronta-

ZAKLJUČEK

cijo, me je pacient zлил s podobo slabega objekta. Prišel me je k tistim, ki so proti njemu (očetu, ki disciplinira in materi, ki ji ni mar zanj). Ob tem je seveda vsako, celo najbolj dobronamerno misel zavrnil. Najbolj pomembno je bilo pacientu nuditi varnost in konstantnost (da je bil sprejet na minuto natančno, da se mi ob tem času nikamor ni mudilo...). Leta dolgo, znova in znova, je bilo potrebno pacientu omogočiti, da je govoril o svojih potrebah. Vedno znova je potreboval vzpodbude, obenem pa tudi omejitve, ko je pričel delati prve korake praktikiranja. Ob tem se je pričel obračati na kavču, da bi kdaj pa kdaj ujel moj pogled.

Konec preteklega leta, po skoraj sedmih letih terapije, je pričel urejati pogoje za svoje došolanje ter izpeljal prve akcije.

V času adaptacije prostorov na dispanzerju sem uporabil situacijo in selitev v drugo ordinacijo zato, da sem ga povabil nazaj za mizo, v položaj nasproti terapevtu. Ponudbo je takoj razumel kot zapuščenje prejšnjega položaja, ko je iskal pomilovanje, kot simbolično "postavljanje na lastne noge". Po spremembi položaja je opazil, da ima več idej, zato pa se spet ustrašil - ko je naredil prve izpite - da došolanje pomeni ponovno zaposlitev, ta pa pomeni, da je "zdrav" in to bo konec terapije. Izjava: "Zadnjič sem bolj iskal od vas, da bi mi vi dali energijo", natančno nakazuje rapprochement subfazo.

Dva meseca kasneje je pacient opazil "govorico oči" kot intimen kontakt. Tokrat mu te oči prvič predstavljajo bližino dobrega objekta, zato se je ustrašil, da bi se pretirano navezal, nakar bi bil lahko zopet razočaran.

Dve seanci kasneje je bil še vedno napol obrnjen proč. Ugotovil je, da ga pogled še vedno moti. To je komentiral: "Prej sem bil skrit pred vami. Me nobeden ni videl. Zdaj me pa vi vidite in jaz vas. Mi je šlo kar na jok, kot da bežim od soočenja s sabo".

Terapevtove oči so zdaj spet slab objekt, ki priganja in preganja.

Kmalu se je pokazalo, da je to doživljanje bilo v zvezi z njegovim zastojem pri študiju. Ustavil se je pred predzanimim izpitom, ki je edini še lahko bil selekcijski. Ustrašil se je odgovornosti odraslega človeka. Pri terapevtu se je čutil varnega, le priganjanja se je bal.

Njegov zastoj je trajal več kot pol leta. Vleklo ga je nazaj na kavč. Toda zdaj je razumel ta impulz in ga komentiral: "Tam bi me manj videli. Kot da me je sram, ker ne naredim nič kaj dosti".

V zadnjem mesecu se je pričel načrtno pripravljati na izpit. Bolj mu je to uspevalo, bolj se je manjšal odklon od pozicije vis-a-vis. Pogled ni več prestrašen in verjetno tudi zanj terapevtove oči niso več grozeče in preganjalne, niti nevarne, da bi postal od njih odvisen.

Za zaključek je verjetno najbolje, da skozi dinamične in razvojne karakteristike v pacientovem življenju skušam razložiti dogajanje tako, kot sem ga lahko videl v tem terapevtskem procesu.

Dinamično se pojavljajo očitne zavrtnosti posesivnih (kaptativnih in retentivnih) kakor tudi agresivnih (uveljavitvenih) teženj. Pacient izraža izrazita kaptativna zadržanja, ki jih s pomočjo projekcije doživlja kot občutek, kaj vse mu je življenje ostalo dolžno zaradi drugih. Ob tem je razvil tudi retentivne poteze, ki so bile očitne pri delu - ničesar ne more dati iz rok. Na področju uveljavitvenih teženj prav tako zaradi zadržanj doživlja siljenje in željo po visokem statusu, ostal pa je brez avtonomne motivacije.

Kljub jasnosti vseh teh zapletov in konfliktov je njegova struktura nejasna, niti ne tipično depresivna niti tipično anankastična.

Razlogi za to ležijo v njegovih razvojnih deficitih, predvsem v ponotranjenih popačenih predstavah o objektu in selfu, pa tudi v ego skrenjenosti z razvojnimi zastoji. Tako pacient ni uspel strukturirati svoje osebnosti na nivoju nevrotične strukture, ampak je njegova struktura mejna - borderline blizu psihotične (imel je tudi dve psihotični epizodi). Pacient je sicer opremljen z dobrimi dispozicijami - aparati primarne avtonomije, vendar pa so ga močno oškodovali specifični objektni odnosi - ne toliko strogost in trdota očeta kakor zaplet v primarnem objektnem odnosu z materjo.

Starši so očitno močno želeli hčerko. Ko so jo končno dobili, je bil pacient, star ravno eno leto, potisnjen iz diade. Ta - za fazo specifična travma - ga je zadela ravno v subfazi praktikiranja. Ker ni bilo pogojev, da izpelje rapprochement subfazo, je bilo tudi praktikiranje ustavljeno. Tako svojih agresivnih teženj ni mogel združiti z doživljanjem ugodja ob lastnem praktikiranju. Akcijo je izpeljal lahko le po direktnih navodilih drugega (ki ga je v to prisilil in s tem njegovo aktivnost negativno ojačeval). Iz svoje motivacije ni mogel v akcije zaradi prehude bojazni pred izgubo objekta.

Očitno primarni objektni odnos že v simbiozi ni bil zadovoljiv, saj pacient ni izpeljal fuzije predstav o dobrem in slabem objektu ter dobrem in slabem selfu. Tudi agresija je ostala neneutralizirana. Zato je pacient ostal v paranoidni poziciji. Ob tem večinoma funkcionira na nivoju parcialnega objekta. Tako je ustvarjal odnos s terapevtovimi očmi, ki jih je doživljal enkrat kot ponudbo topline, z željo zlit se v simbiozo, še pogosteje pa kot preganjajoči, priganjajoči, kontrolirajoči parcialni objekt.

Zdaj bolje razumemo tudi zaplet v transferni nevrozi do prejšnje terapevtke, ki ga je potem v nekem smislu ponovil tudi do sedanjega terapevta, čeprav moškega. Ta transfer je bil sicer erotiziran, a tipično pregenitalen - s fantazijami, da ga bo terapevtka vzela na prsi, mu nudila toplino in gotovost. Zadnje je tako pogosto iskal tudi pri moškem terapevtu in še vedno išče v vsakem odnosu, kolikor mu to dopušča strah pred ponovnim razočaranjem.