ZAHAJOVÁNÍ PSYCHOANALÝZY V PŘEDBĚŽNÉ KONZULTACI: OD DIAGNOSTIKUJÍCÍHO POSUZOVÁNÍ K INICIOVÁNÍ JEDINEČNÉ ROZMLUVY[1]

Initiating psychoanalysis in the preliminary consultation: from diagnostic assessment to opening a unique conversation

Roman Telerovský

Soukromá psychoanalytická praxe, Praha, CZ; e-mail: rtelerovsky@gmail.com

Psychoterapie. 16 (2), 119–130; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Zahájení psychoanalýzy předcházejí předběžná setkání s potenciálním analyzandem. Psychoanalýza v otázce „předběžných konzultací" prodělala historický vývoj od diagnostikujícího posuzování psychopatologie a osobnosti pacienta a od hledání objektivních kritérií, které by umožnila spolehlivě určit jeho „způsobilost" či „analyzovatelnost", k položení důrazu na to, od první konzultace podněcovat pacientův zájem o vlastní duševní fungování a probouzet jeho potenciálu pro to, stát se participujícím účastníkem psychoanalytického procesu. Autor rozvíjí tezi, že nelze stanovit jednoznačná kritéria, která by dovolovala dopředu určit „vhodného" pacienta do psychoanalýzy, ani nelze předjímat, jestli bude pacient „analyzovatelný" a analýza úspěšná, protože do hry vstupují kromě proměnných na straně pacienta také osobnostní proměnné na straně psychoanalytika a dále specifická povaha jejich vzájemné interakce a interpsychického „utkávání" jejich dvou nevědomí, které má dynamickou povahu a vyvíjí se v čase. Tezi ilustruje kasuistický zlomek analyzanda, který se zpočátku nezdál být pro analýzu vhodný, ale nakonec z ní v daném čase a s daným analytikem profitoval.

Klíčová slova: Psychoanalýza; předběžné konzultace; diagnostikování, posuzování vhodnosti a analyzovatelnosti versus iniciování jedinečné rozmluvy a psychoanalytického procesu.

ABSTRACT

Beginning psychoanalysis is preceded by initial encounters with the potential analysand. Psychoanalysis has undergone a historical development in the question of „preliminary consultations", from a diagnostic assessment of the patient's psychopathology and personality, and from the search for objective criteria that would allow a reliable evaluation of the patient's „suitability" or „analysability", to an emphasis, from the first consultation, on encouraging the patient's interest in his psychic functioning and on awakening his potential for becoming a participant in the psychoanalytic process. The author expands on the thesis that it is impossible to establish definite criteria that allow one

[1] V mírně zkrácené verzi předneseno na vědecké schůzi „Diagnostika a indikace v psychoterapii" České psychoterapeutické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Praha, Lékařský dům, 5. 4. 2019

to identify in advance a „suitable“ patient for psychoanalysis, nor can it predict whether the patient will be „analysable “ and the analysis successful. That is because, in addition to variables on the patient's side, personality variables on the psychoanalyst's side also come into play, as does the specific nature of their interaction and the inter-psychic „match“ or „weaving“ of their two unconscious minds, which is dynamic and evolving. The author illustrates his thesis by a case vignette of an analysand who initially did not seem suitable for analysis but ended up benefiting from it at a given time and with a chosen analyst.

Keywords: Psychoanalysis; preliminary consultation; diagnosing, assessing suitability and analysability versus initiating a unique conversation and psychoanalytic process.

ÚVOD

Své sdělení začnu otázkou: „vybíráme“ nebo „vytváříme“ v předběžné konzultaci pacienty vhodné pro psychoanalýzu?

Tato otázka v sobě odráží jeden z posunů v současné psychoanalýze, pokud jde o její zahajování, od objektivizujícího posuzování psychopatologie a osobnosti k zaměření na podněcování „jedinečné rozmluvy“ mezi pacientem a analytikem, jejímž cílem je pacientovi napomoct začít psychoanalýzu (Busch, 2012, 2014). Jde o posun od dřívějšího hledání kritérií, která by spolehlivě určila způsobilost pro psychoanalýzu, k dnešní pozornosti věnované tomu, jak s pacientem v předběžné konzultaci otevřít prostor ke sdílení nevědomých významů a navození psychoanalytického procesu. Do pozadí ustoupila snaha rozhodnout, zda-li pacient splňuje předem stanovená „indikační“ kritéria pro psychoanalýzu. Cílem je od prvního setkání hledat způsob, jak v pacientovi vyvolat zájem o vlastní duševní fungování a probudit potenciál pro to, stát se participujícím účastníkem psychoanalytického procesu. Jde také o to, jak se přitom vypořádat s nevědomými obavami a odpory ohledně zahájení psychoanalýzy na straně potenciálního analyzanda, ale stejně tak s odpory na straně analytika, které mnohdy zahájení psychoanalýzy neuvědomovaně brání.

Uvedu obsáhlejší citace dvou psychoanalytiků, které dobře ilustrují dilema mezi „vybíráním“ a „vytvářením“ potenciálního analyzanda. Užití sova vytváření není nejšťastnější a mělo by být chápáno jako podněcování pacienta ke (spolu)účasti na psychoanalytickém procesu.

Mezi autory, kteří dnes hájí nezbytnost pacienta před psychoanalytickou terapií důkladně (diagnosticky) posoudit a vhodným výběrem se tak vyhnout budoucímu nezdaru patří například Salman Akhtar, který k tomu napsal:

> „Většina případů vedených psychodynamickou psychoterapií drhne, stává se neprůchodnou nebo se vůbec nedaří, protože pacientovu vhodnost k léčbě a jeho motivaci nikdo pořádně neposoudil. Někteří psychoterapeuti jsou hrdí na to, že s pacientem začínají „za studena“, tj. bez předchozího formálního vyšetření pacientovy psychopatologie, jeho ego-funkcí a schopnosti psychologicky uvažovat. Tento přístup je oblíbený u „klasických“ psychoanalytiků a u těch, kteří je naivně napodobují, a často vede k nepříjemným překvapením. I když se neobjeví zásadnější fiaska, vede nedostatečná dohoda mezi pacientem a terapeutem o způsobu a cíli léčby k pozdějším obtížím. Zdá se mi proto užitečnější pacienta řádně

> vyšetřit před rozhodnutím o zahájení psychoterapie.“ (2009, s. 13)

Představitel druhého proudu „vytváření“ analytického pacienta (analyzanda) Arnold Rothstein (1994, 1998, 2010a,b) se na vyšetření psychopatologie a osobnostní struktury dívá skepticky. Nevěří tomu, že je možné dopředu odhadnout, zda bude pacient analyzovatelný a zda u něho bude psychoanalýza úspěšná. Důležitý je podle něho „optimistický“ postoj na straně analytika, že taková analýza je možná. Žádoucí je na straně psychoanalytika analýza vlastního protipřenosu, který mnohdy stojí za klinickými závěry o těžké psychopatologii a neanalyzovatelnosti pacienta. Rothstein k tomu píše:

> „Mnozí z úspěšných analyzandů nemají na začátku integrovaný typ zkušenosti se světem. Ten získávají ve střední fázi své psychoanalýzy. (...) Přemýšlení o pacientovi jako o někom, komu schází určité schopnosti, nebo má narušenou ego výbavu, nebo je deficitní či zastavený ve svém vývoji, je pravděpodobně projevem protipřenosové intelektualizace, jež je odpovědí na nelibost způsobenou pacientovou osobností, jeho symptomy nebo intenzivními afekty. (...) Z výše uvedeného vyplývá, že pokud se přistihnu, že uvažuji o diagnóze, pak bych měl předpokládat, že reaguji na nějaký přenosový tlak, který ve mě probouzí nelibost. Protipřenosová nelibost spjatá s pocity averze vůči pacientovi se mohu bránit odstupem tak, že začnu uvažovat o diagnóze. Diagnostické hypotézy, které v sobě nesou negativní náboj, např. hraniční, narcistický, psychopatický nebo perverzní, mohou signalizovat takový protipřenosový trend.“ (1994, s. 683–684)

KLINICKÁ UKÁZKA

Představím vlastní příklad pacienta, který by mohl být na základě předběžných konzultací snadno považovaný za nevhodného pro psychoanalýzu.

První setkání začal tím, že by u mě chtěl absolvovat psychoanalýzu, o které si přečetl v jedné anglické knize. O svém rozhodnutí nepochyboval, měl jsem mu jednoduše vyhovět a přijmout ho. O sobě a svém životě hovořil způsobem, který nevytvářel žádný zřetelný obraz, u všeho se jen ve spěchu zastavil. Držel si mě od těla povrchní upovídaností, nepustil mě ke slovu.

Kniha o psychoanalýze, kterou zmínil, se týkala Oidipovského komplexu. Tvrdil, že všechno, co se v knize píše, zažil během stavu, kterému říkal „regrese“. V něm s halucinatorní živostí a pocitem jasného porozumění všem souvislostem uviděl traumatizující obrazy ze svého dětství, na které dávno zapomněl. Otcovu autoritativnost spojenou s impulsivitou, násilím a ponižováním. Opakované opouštění ze strany matky a její propadnutí alkoholu, nedostupnost a nespolehlivost. Sex rodičů, kterému jako dítě s pocity zahlcujícího vzrušení a zahanbení přihlížel. Stav se dostavil poté, co ho opustila přítelkyně a následně ignorovala jeho snahy o kontakt, načež vůči ní začal pociťovat neúnosnou pomstychtivou zášť, kterou v sobě vší silou zadržoval. Měl už se sebou z minulosti zkušenost, kdy nad sebou ztratil kontrolu a choval se destruktivně v reakci na zraňující pocit, že je přehlížený a neberou ho vážně. Chtěl zabránit tomu, aby k podobnému násilnému výbuchu došlo znovu.

V předběžné konzultaci jen mimochodem zmínil, aniž by se u toho zastavil, že se cítí být „prázdný“, neví jak „hrát život“, jak nedělat jen to, co ostatní. Na okraj poznamenal, že nedokáže skutečně milovat, zažívat intimitu a vzájemnost, partnerské

Roman Telerovský

Psychoanalytik v privátní praxi v Praze, člen České psychoanalytické společnosti a International Psychoanalytical Association. Podílí se na výuce v Psychoanalytickém institutu při České psychoanalytické společnosti, externě přednáší o psychoanalýze na Katedře psychologie FSS MU a v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, vede Institut klinické psychologie. Je autorem a editorem několika publikací a řady článků.

vztahy nakonec zničí. Je bez cíle a bezmocný. Idealizovaná psychoanalýza mu měla zajistit útočiště a znovu navodit stav všemoci, který zažíval v halucinatorním stavu. Měla v něm zpátky navodit pocit, že je mu všechno jasné, všechno mu dává smysl a rozumí tomu, že má svůj život a život ostatních pod kontrolou.

V žargonu diagnostikujícího psychodynamického hodnocení by o něm například mohlo zaznít, že se jedná o narcisticky narušenou osobnost s nízkou vývojovou úrovní psychické integrace na prahu dezintegrace. Jeho nerealistické grandiózní nároky a představy kompenzují díru a citové prázdno v něm. Ego-funkce jsou výrazně oslabeny, myšlení funguje v percepčně-konkretistickém modu s výrazně omezenou kapacitou k sebereflexi. Testování reality se může ztrácet a zvýšená je pravděpodobnost opakujících se až „psychotických" propadů (umocněných, jak se později ukázalo, užíváním alkoholu a drog). Regulace afektů je nejistá, hrozí výbuchy zlosti, případně taková jejich inhibice, která bude paralyzovat jeho emocionální a vztahové fungování. Pro psychoanalýzu je sice motivovaný, ale jeho představy o ní a jejích možnostech jsou nerealistické.

Není myslím nutné pokračovat. Chci tím naznačit, že po takovém posouzení bychom mohli říct, že takový pacient není vhodný do psychoanalýzy. V přívětivější variantě bychom mohli – například na základě postupů psychodynamické diagnostiky – určit ohniska léčby, která by se týkala slabší úrovně osobnostní integrace. Terapie by se pak mohla zaměřit na posílení méně dostupných či deficitních ego-funkcí – například na posílení prožitku vlastní hodnoty, schopnosti vcítění se do druhého a regulace vlastních afektů. Doporučena by nejspíš byla nějaká modifikovaná forma psychoanalýzy, například psychodynamická psychoterapie face to face, s menší frekvencí, s větší aktivitou a podpůrně empatickým či neinterpretujícím postojem terapeuta.

Šel jsem jinou cestou a zvolil standardní psychoanalytické aranžmá: častá frekvence, použití pohovky, doporučení volné asociace, naslouchající a interpretující postoj analytika. Psychoanalýza trvala více než šest let, prošli jsme více než 1000 hodinami analýzy ve frekvenci čtyř setkání v týdnu.

Určitě nemohu říct, že šlo o snadnou psychoanalýzu. V prvních letech se toho moc neměnilo. Asociace měly podobu konkrétních a velmi detailních popisů jeho činností a událostí předchozího dne. Nic než konkrétní popisy reálných událostí,

žádný prostor pro hlubší sebereflexi. Mé komentáře nechával většinou bez reakcí a pokračoval ve svém popisném monologu. Dva roky před koncem analýzy (820 hodin) mi analyzand sdělil, že si myslí, že to nejhorší máme za sebou: „Myslím, že nejhorší máme za sebou, první tři roky to byl samý guláš, přehrabování, nic. Teď cítím, že mi to pomohlo, přede mnou je postavit se na vlastní nohy".

V případě zmíněného analyzanda musím dát za pravdu názoru Rothsteina (1998, 2006), že říct, jestli je pacient vhodný pro psychoanalýzu můžeme až po jejím ukončení. Při negativním závěru navíc s dovětkem, že daný pacient nebyl vhodný pro psychoanalýzu s daným psychoanalytikem v daném čase, což neznamená, že by nemohl profitovat z analýzy u někoho jiného, nebo u stejného analytika, ale jindy.

Co mě vedlo k tomu, že jsem pacienta do psychoanalýzy přijal? Určitě to nebylo předběžné diagnostické posouzení a volba na základě zhodnocení vývojové úrovně a integrovanosti jeho psychických funkcí. Když o tom zpětně přemýšlím, na rozhodnutí přijmout ho do standardní psychoanalýzy měly vliv dvě věci. Na povrchovější úrovni to bylo ztotožnění se s předpokladem, že psychoanalýza je vhodnou volbou pro většinu pacientů, kteří vyhledají pomoc psychoanalytika, a má smyl s nimi analýzu začít (Rothstein, 2003, 2006). Druhou věcí, která k rozhodnutí přispěla, byl silný pocit, že mě pacient zatahuje do dramatu, kterému sice nebylo rozumět, ale vzbuzovalo zvědavost. V tlaku jeho povrchní upovídanosti a přeskakování z jednoho na druhé, v jeho nereagování na mé komentáře a odmítání mě pustit ke slovu bylo něco naléhavého. Od počátku jsem byl vtahován na scénu, v které se skrze akci rozvíjelo jeho interní drama, pro které šlo nalézt pojmenování až mnohem později. Věřil jsem, že v analýze budeme mít dost času, tomu všemu porozumět.

Až ve zpětném pohledu mohu vidět, že v předběžné konzultaci se v náznaku ukázalo něco nevysloveně „scénického", co se plně přenosově a protipřenosově rozvinulo až ve vlastní analýze: analyzandovo opanování celé situace a přisouzení mi role toho, po kom se chce, aby jen poslouchal – poslouchal v obojím významu toho slova. Měl jsem být někým, kdo ho má jen poslouchat a dosvědčit jeho pravdu, kdo konečně vyslechne všechny jeho myšlenky a uzná právo na jejich i jeho existenci bez souzení a znevažování, kdo ho ani náznakem nebude napravovat, vychovávat a něco mu vnucovat. Zároveň jsem měl být někým, kdo se stane bezmocným, umlčeným a „ubitým", aby se naopak on mohl cítit mocným a odvrátit tím pocity své vlastní bezmoci.

Teprve průběh samotné analýzy umožnil vyjevit a pochopit nevědomé drama analyzanda a dát mu nahlédnout do hlubokých svárů v jeho duši. Ve velké zkratce řečeno to bylo drama zápasu syna o uznání otcem a úsilí o zmírnění tlaků vnitřní kritické instance despotického Nadjá. Byl to boj za uchování obrazu dobré matky, která se utopila v alkoholu a zápas s vinou, že neměl sílu ji z toho vytáhnout a že v důsledku toho sebe jako dítě ponechal ve světě ztraceného, vystrašeného a zapomenutého. Bylo to uvědomění si palčivosti nenaplněné touhy po lásce rodičů, paralyzujícího strachu z dalšího citového zklamání a přežívání v žaláři sžíravých záštiplných a odvetných fantazií za zmařené dětství. Bylo to drama hledání odvahy k samostatným krokům,

vlastním myšlenkám a větší vnitřní svobodě, bez strachu, že za jeho troufalost přijde „smrtící“ trest, výsměch a zatracení.

PROMĚNNÉ PŘI ZAHAJOVÁNÍ PSYCHOANALÝZY

Rozvedu nyní původní myšlenku, jestli „vybíráme“ nebo „vytváříme“ potenciální analyzandy? V průběhu času v psychoanalýze začal sílit názor, že stanovit jednoznačná kritéria, která by dovolovala určit vhodného pacienta do psychoanalýzy je krajně obtížné (ne-li nemožné), protože do hry vstupuje řada proměnných: kromě těch na straně pacienta to jsou osobnostní proměnné na straně analytika a dále specifická a jedinečná povaha jejich vzájemné interakce (která se navíc vyvíjí a proměňuje v čase) i nabízená podoba analýzy (srov. Braconnier et al., 2006).

Proměnné na straně pacienta a posuzování psychopatologie

Diagnostická označení jako například hysterický, hraniční, narcistický, perverzní sama o sobě nemohou být zárukou určující vhodnost či nevhodnost psychoanalýzy. V psychoanalýze se nelze řídit vzorem objektivizující medicínské diagnostiky, při které se diagnosa pojí se specifickou etiologií a patogenezí a konkrétním léčebným postupem. Diagnostická označení jako „těžký narcistický pacient“, případně posouzení typu: „pacient vyznačující se slabým Já, tendencí ke štěpení a nezralými objektivními vztahy“ jsou mnohdy výrazem normujícího a moralizujícího postoje a nepřináší ohledně provázanosti obtíží pacienta s jeho nevědomou dynamikou žádné porozumění, na základě kterého bychom mohli v danou chvíli volit konkrétní léčebný postup.

Wurmser (1994) varuje před rizikem pseudo-příčinného uvažování, které přináší falešný pocit porozumění a z toho vycházejících terapeutických intervencí. Označení jako „hraniční“, „slabé Já“ nebo „štěpení“ jsou mnohdy vydávána za kauzální vysvětlení. Ve skutečnosti zůstávají deskriptivním pojmenováním, které může snadno získat charakter výtky a hodnotícího poukazu na to, že s pacientem je něco špatně, a nároku, že se musí napravit, například přestat „štěpit“. Pokud analogicky budeme hledat podobně zkratkovité vysvětlení obtíží pacienta ve vnější realitě, například v nepřiměřeném chování rodičů v pacientově dětství, prohloubíme tím jen jeho tendenci hledat původ svých obtíží mimo sebe a obviňovat okolí. V obou případech takové posouzení, hodnocení anebo dokonce souzení nahrazuje společné zkoumání vnitřní psychické reality pacienta. Kde deskriptivní pseudo-příčinné vysvětlení končí, analytická práce teprve začíná.

Rothstein (2002, 2010a,b) hovoří o „nenapomáhající“ a „napomáhající“ diagnostice v psychoanalýze. Vysvětlení typu „pud smrti“ nebo diagnostikující kategorie „hraniční osobnost“, „narcistická patologie“ a hodnotící výrazy jako „perverzní“, „deficit“, „primitivní“, „nezralý“ analýze škodí. Jsou podle Rothsteina projevem chybějícího teoretického rámce pro určitý okruh obtíží, který by analytikovi umožňoval pacientovi porozumět, snášet jeho tlak a nalézat způsob, jak mu pomoci. Namísto toho bývá jednoduše označený za neanalyzovatelného. Některá jiná diagnostická označení jsou podle Rothsteina naopak tvořivá a napomáhající, nabízí klinické pochopení, které analytikovi umožňuje naslouchat a mluvit s pacientem nehodnotí-

cím způsobem. Uvádí například Freudovo označení „zločinci jednající na základě nevědomých pocitů viny“ (Freud, 1916) anebo Kohutovo pojmenování „osobnost hladová po zrcadlení“ (Kohut and Wolf, 1978). Připojil bych k nim jako další příklad pojmenování typu „pomoz mi, ale nepomáhej mi“, „nic dobrého nesmí obstát“, která jsou vyjádřením vnitřních rozporu, uvedené formulace konkrétně zachycují krutý zápas s vnitřním soudcem (Nadjá) a jeho protichůdnými nároky (Wurmser, 2013).

Ani vícedimenzionální psychodynamická diagnostika, tedy například posouzení dimenzí intrapsychického konfliktu, obran, motivace, testování reality a myšlení, diferencovanosti a tolerance afektů, úrovně a povahy objektních vztahů nepřinesla více jistoty do otázky určování analyzovatelnosti a vhodnosti do psychoanalýzy. Empirické studie (Bachrach, 1980; Kantrowitz, 1975, 1986, 2002, 2016) přinesly zjištění, že ani vícedimenzionální diagnostické posouzení nedokáže spolehlivě předpověď to, jestli bude analýza úspěšná. Ve hře jsou ještě další proměnné.

Domnívám se, že vyšetření před začátkem psychoanalýzy nám dovolí nanejvýš zachytit klinický „povrch“, jen nejviditelnější vrstvu toho, co se rigidně opakuje a nelze korigovat, zahlédnout jen rychle mizející stín pacientova nevědomí, jeho determinujících přesvědčení, nevědomých strachů, konfliktů či traumat. Jejich zřetelnější podobu a vnitřní příčinnou provázanost, vrstevnatost a určující zlomy můžeme odkrýt spolu s pacientem teprve dlouholetou analýzou a co je důležité, na vlastní kůži spolu s ním, což teprve umožňuje psychickou změnu. Žádná zkratka v podobě jednoho dvou posouzení nebo diagnostiky to nemůže nahradit.

Proměnné na straně analytika a význam analýzy protipřenosového odporu

Odpověď na otázku způsobilosti začít psychoanalýzu nehledáme jen na straně pacienta, ale rovněž na straně analytika. Při zahajování psychoanalýzy hrají osobnostní proměnné analytika svoji neopominutelnou roli – patří sem jeho kvalifikace a zkušenost, postoje a přesvědčení, jeho nevědomé konflikty, slepá místa a vlastní přenos na pacienta, schopnost unášet a psychicky zpracovávat úzkost a protipřenosové tlaky probouzené pacientem už v předběžné konzultaci.

Stone (1954) píše: „terapeutovy osobnostní charakteristiky a tendence výrazně ovlivňují indikaci a prognózu“ (s. 593). Cremerius (1984) jinými slovy říká: „limity analyzovatelnosti nejsou limity pacienta a jeho psychopatologie, ale limity analytika“ (cit. dle Wurmser 1994, s. 179). Wermote (2012) v souvislosti s předběžnými konzultacemi přesvědčivě rozpracovává Lacanovu myšlenku, že odpor pacienta je odporem analytika.

Jinými slovy můžeme shrnout, že za nezdařilým pokusem začít analýzu může stát nevědomý odpor pacienta, který by měl být analyzován, ale nezřídka za ním stojí nevědomý odpor analytika, jeho obranně podmíněná emocionální distancovanost a osobní nevtaženost do dramatu pacienta, nebo dokonce jeho nedůvěra ve vlastní metodu (srov. Reith et al., 2018), případně nejistá analytická identita a vratkost analytického postoje (Levine, 2010).

Rothstein (2002) k tomu připojuje přesvědčení, že diagnostické posouzení se může stát do jisté míry společným nevědomým výtvorem analytika a pacienta. Ukazuje, jak se diagnostikování může stát

obrannou reakcí na nezvládnutý protipřenosový tlak a jím vyvolanou nelibost. Když je pacient pro analytika například v průběhu předběžné konzultace příliš zatěžující, jistou úlevu od frustrace a nepříjemných pocitů, které v něm pacient vzbudil, pak analytik nachází v diagnostikujícím a více méně hodnotícím posouzení pacientovy problematiky. Namísto dalšího naslouchání a hledání pochopení uzavře pacientovu problematiku do nějaké diagnostické přihrádky a nejspíš ve svých úvahách dojde k preferování jiné léčby, než je psychoanalýza (podpůrné přístupy, medikace). Rothstein se tu přimlouvá se za změnu hlediska: od formulací typu „těžký neanalyzovatelný hraniční pacient" nebo „pacient nevhodný do psychoanalýzy" směrem k formulacím jako například „nedokážu daného pacienta analyzovat", pacient „je z mého pohledu příliš narušený a pro mě příliš obtížný". Neptá se už „je pacient vhodný do psychoanalýzy / je analyzovatelný?", ale klade si otázku „mám kapacitu s daným pacientem analyticky pracovat?". Z toho samozřejmě plyne jiné než diagnostikující a posuzující zaměření předběžných konzultací.

Hledisko zaměřené na analytickou dvojici a na význam interpsychického „propletení" pacienta a analytika

Během předběžné analytické konzultace se setkávají dva neznámí lidé a začínají se „utkávat" dvě nevědomí. Každé takové setkání s neznámým a nepředvídatelným a snaha s ním udržet kontakt v každém z účastníků vyvolává znepokojení, které zas aktivuje na obou stranách obrany a odpor v takovém typu setkání pokračovat. Nevědomá úzkost a odpor k analýze může nabýt takové intenzity na jedné či druhé straně, že z psychoanalýzy sejde. Je na analytikovi a na pacientovi, nakolik se jim podaří se této emocionální nevědomé „bouři" (Bion, 1979; Reith, 2012, 2015) vystavit a proměnit v ochotu společně se podílet na analytické práci, tj. na naslouchání neznámému a nevědomému v nás.

Při zahajování psychoanalýzy tedy do hry vstupují již zmíněné psychologické charakteristiky pacienta, osobnostní rovnice analytika a k tomu, za třetí, specifická a jedinečná povaha jejich vzájemné převážně nevědomé komunikace a interakce. Tím je myšleno to, jak pacient a analytik do sebe „zapadnou" (Kantrowitz, 1986, 1993, 2002), to znamená, jakým způsobem se začnou „utkávat" jejich interní světy, jak se budou překrývat nebo naopak různit jejich povahové charakteristiky, slepá místa, obrany, nevědomé konflikty apod. Povaha tohoto interpsychického protínání a způsob, jak se dál v analýze rozvine a jak s ním bude analyticky nakládáno zasahuje do průběhu a vyústění analytického procesu. Cokoliv v tomto směru předpovědět vzhledem k nestatické podobě tohoto dění nelze.

Otázkou pak není, jestli pacient splňuje kritéria pro podstoupení analytického procesu a jak je vyšetřit, ale to, jestli „konkrétní analytik a konkrétní pacient spolu mohou v daném čase analyticky spolupracovat" (Rothstein, 1998, s. 60). Kantrowitz (2016) k tomu přidává a na klinických ukázkách dokládá, že i to, co se na začátku jeví jako přínosné pro zahájení psychoanalýzy (ať se to týká pacienta, analytika nebo povahy toho, jak si navzájem „sednou"), se může v určité její fázi ukázat jako problematické a psychoanalytický proces brzdit nebo dokonce znemožnit. Na základě předběžného posouzení (ani na základě hodnocení

i delšího úseku probíhající analýzy) nemáme v rukou nic pevně daného a neměnného – ani závěry diagnostického posouzení pacienta, ani postoj a vyladění analytikova naslouchání, ani předpokládanou povahu jejich vzájemné interakce a „sednutí si“ na počátku analýzy.

Příkladem, který podrobněji rozvádí Kantrowitz (2016), by mohla být situace, kdy analytikův laskavý a trpělivý přístup, ve kterém zůstával empaticky nakloněný k prožitkům a potřebám citlivé a zranitelné analyzandky, dobře zapadl do jejího sebeochranného nastavení, která se v životě naučila být rozumná, krotit své emoce a vycházet druhým vstříc a vyhýbat se konfliktům. Po konzultaci případu v diskusní skupině ve druhém roce analýzy si analytik uvědomil, že jeho setrvalá tendence s analyzandkou empaticky „souznít“ a být s ní zajedno ji chrání před strachem z osamělosti, který za jejími slovy cítil. Jako by ji stále držel za ruku a ujišťoval, že se nemusí bát, že je tam s ní. „Souznění“ a scházející „odstup“, který v prvních letech analyzandce umožnil cítit se v hodinách bezpečně a dovolil, aby se analýza dobře rozběhla, se v další její fázi stal překážkou. Analytikův postoj chránil analyzandku (a možná i jeho) před konfrontací se zkušeností osamělosti, která, jak se později ukázalo, byla vnitřní realitou jejího dětství a zdrojem jejích nejistot v dospělosti. Aby se však mohla se zdroji své úzkosti vypořádat, bylo zapotřebí na straně analytika trochu poodstoupit, aby ona sama mohla v analytické situaci ve vztahu k němu znovuprožít a následně pochopit to, co dosud zůstávalo zasuto, co ji zevnitř ohrožovalo, z čeho měla hrůzu a před čím se dosud chránila. Tím bylo konfliktní napětí týkající se pocitů opuštěnosti v dětství a vzteku na ty, kteří ji nechali na pospas sobě samé a jejím destruktivním fantaziím, proti čemuž vybudovala hráz v podobě své rozumnosti a nápomocného souznění s druhými.

Uvedený výňatek myslím dobře ukazuje, že to, co na začátku umožnilo, aby analýza vůbec mohla začít a celkem dobře postupovat, se po prvních letech stalo tím, co analytickému procesu začalo překážet. Analytik svým postojem do jisté míry ztvárnil způsob, jakým analyzandka obranně reagovala na bolestnou, zlost a úzkost vyvolávající realitu oddělenosti. Jeho analytický postoj, o kterém byl přesvědčený, že je přiměřený, se proměnil v jeho „slepou skvrnou“, která dalšímu postupu analýzy bránila a na kterou ho mohli upozornit až kolegové. Posoudit předem povahu takového vzájemné „propletení“ analytika a analyzanda a předpovědět proměny funkcí takového propletení jejich osobnostních charakteristik, nevědomých obran, emočního vyladění apod. v průběhu analytickém procesu na základě předběžného rozhovoru jednoduše nelze.

POZNÁMKY NA ZÁVĚR

Vzhledem k povaze psychoanalytické praxe je myslím dobře myslitelné (ne-li žádoucí) vzdát se v předběžných konzultacích ambice diagnostikovat psychopatologii a rigidně posuzovat jednotlivé psychické funkce potenciálních analyzandů a na základě toho se rozhodovat o jejich přijetí či nepřijetí. Mám za to, že od prvního setkání jde především o hledání způsobu, jak společně vytvářet prostor, ve kterém by potenciální analyzand mohl volně sdílet všechno to, co mu přichází na mysl, a analytik tomu mohl volně naslouchat, spolu s pacientem

to prožívat i objevovat význam řečeného a zažívaného. Jde o to, jak probudit a udržet pacientův i analytikův zájem o poznávání něčeho dosud nevědomého.

Nápomocným se při tom může stát Rothsteinův „model důvěry" (2003, 2006), ve kterém je analytická metoda považována za vhodnou pro většinu pacientů, kteří se na analytika obrátí, a který klade důraz na analyzující, nehodnotící, nepředpojatý a nepředjímající postoj psychoanalytika. Oporu může poskytnout postoj, rozvíjený Buschem (2012, 2013), že v předběžné konzultaci jde primárně o to, probudit v pacientovi zvědavost o dění ve vlastní mysli, zájem přijít znovu a pokračovat v setkáních s cílem si osvojit schopnost sebeanalýzy. Inspiraci nabízí také Freudova myšlenka, že v pacientovi se spojujeme s jeho kooperující částí, jakkoliv iluzorní se to může zdát, že v něm hledáme „spolupracovníka" či „mladšího kolegu", kterého od počátku zveme k analytické práci.

Znamená to, že se máme v předběžných konzultacích vyhýbat vytváření psychodynamických domněnek? Nikoliv! Jde o to, nepřeceňovat význam našich prvotních formulací a mínění týkajících se předběžných setkání s pacientem (všímat si jejich protipřenosové motivovanosti), ale stejně tak jde o to, nesklouznout do druhého extrému, kterým by bylo upuštění od jakýchkoliv klinických domněnek ohledně potenciálního analyzanda a povahy našeho setkání s ním.

V této souvislosti a na závěr zmíním slova Otto Fenichela, zakladatelské osobnosti české psychoanalýzy mezi válkami. V návaznosti na Freudova doporučení (srov. Freud, 1912) varuje Fenichel (1941) předtím, „abychom se v průběhu analýzy příliš často nesnažili načrtávat celkový obraz případu. Vždy musíme být připraveni, že nás pacient zavede někam úplně jinam, než jsme původně očekávali" (s. 60). Současně zastává názor, který podle mě zůstává platný, že určitá shrnující a dostatečně elastická formulace případu je zpočátku užitečná. Na stejném místě pokračuje: „Analytik může využít symptomatologii, dojmy z osobnosti, chování i dětských vzpomínek, aby si zformuloval… celkový obraz struktury případu, pouhý orientační systém, z nějž poté vyplývají další problémy. Tento typ formulace je nezbytný. S tímto rámcem pak analytik naslouchá s rovnoměrně plující pozorností. Tento rámec se samozřejmě mění podle nových zkušeností, ale jelikož se jedná o pouhý rámec, v zásadě setrvává a postupně se stává konkrétnější" (s. 60). Jakékoliv podrobné a fixní posouzení problematiky pacienta, snaha do detailu popsat a zrekonstruovat její vznik však autor považuje za škodlivé. Je podle něj výrazem obavy analytika, že pacientovi a jeho problematice hned nerozumí, dnešními slovy, výrazem jeho snahy zvládnout něco neúnosného, co v něm pacient probouzí.

Role autorů

Autor není v konfliktu zájmů ve vztahu k prezentovanému článku a nebyl financován třetí stranou.

LITERATURA

Akhtar, S. (2009). *Turning Points in Dynamic Psychotherapy: Initial Assessment, Boundaries, Money, Disruptions and Suicidal Cases*. London: Karnac Books.

Bachrach, H.M. (1980). Analyzability. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 3(1):85–116.

Bion, W. (1979). Making the best of a bad job. In: Bion, W. *Clinical seminars and other works*. London: Karnac, 1994, s. 321–331.

Braconnier A, Guedeney N, Hanin B, Sauvagnat F, Thurin J, Widlöcher D (2006). Suitability and indications for psychoanalytical psychotherapy. In: PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*, s. 403–430. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Busch, F. (2012). An Invitation to a Conversation like no Other: Helping Patients Begin Psychoanalysis. *EPF Bulletin* 66:86–93.

Busch, F. (2014). *Creating Psychoanalytic Mind. A Psychoanalytic method and theory*. London and New York: Rotledge.

Cremerius, J. (1984). *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.

Fenichel, O. (1941). *Problémy psychoanalytické techniky*. Praha: Česká psychoanalytická společnost, 2017.

Freud, S. (1912). Recommendations to Physicians Practicing Psycho-Analysis. S. E. 12: 109–120.

Freud, S. (1916). Some character types met with in psycho-analytic work. S.E., 14:309–333.

Kantrowitz, J.L. (1986). The Role of the Patient--Analyst "Match" in the Outcome of Psychoanalysis. *Annu. Psychoanal*., 14:273–297.

Kantrowitz, J.L. (1993). The Uniqueness of the Patient–Analyst Pair: Approaches for Elucidating the Analyst's Role. *Int. J. Psycho-Anal*., 74:893–904.

Kantrowitz, J.L. (2002). The External Observer and the Lens of the Patient-Analyst Match. *Int. J. Psycho-Anal.*, 83(2):339–350.

Kantrowitz, J. L. (2016). Judy L. Kantrowitz on ‚The External Observer and the Patient--Analyst Match'. *PEP/UCL Top Authors Project*, 1(1):12.

Kantrowitz, J. L., Singer, J.G. and Knapp, P.H. (1975). Methodology for a Prospective Study of Suitability for Psychoanalysis: The Role of Psychological Tests. *Psychoanal. Q.*, 44: 371–391.

Kohut, H. & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *Int. J. Psychoanal.*, 59:413–425.

Levine, H.B. (2010). Creating Analysts, Creating Analytic Patients. *Int. J. Psycho-Anal*., 91(6):1385–1404.

Reith, B. (2012). What Interpsychic Conditions lead to Full Analysis? Some Findings from the Working Party on Initiating Psychoanalysis – Part I: The Analyst's Internal Frame. *EPF Bulletin* 66, 2012:94–102.

Reith, B. (2015). The First Interview: Anxieties and Research on Initiating Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal*., 96(3): 637–657.

Reith, B., Moller, M., Boots, J., Crick, P., Gibeault, A. Jaffé, R., Lagerlöf, S., Vermote, R. (2018, eds.). *Beginning Psychoanalysis: On the Processes of Initiating Psychoanalysis*. New York: Routledge.

Rothstein, A. (1994). A Perspective on Doing a Consultation and Making the Recommendation of Analysis to a Prospective Analysand. *Psychoanal. Q*., 63:680–695.

Rothstein, A. (1998). *Psychoanalytic Technique and the Creation of Analytic Patients*. London: Karnac Books.

Rothstein, A. (2002). Reflections on Creative Aspects of Psychoanalytic Diagnosing. *Psychoanal. Q*., 71(2):301–326.

Rothstein, A. (2003). Changing Psychoanalytic Psychotherapy into Psychoanalysis: A Trusting Model for Helping Patients Begin a Trial of Analysis. *J. Clin. Psychoanal*., 12(2):109–115.

Rothstein, A. (2006). Reflections on the Concept „Analyzability". *Psychoanal. Rev*., 93(5):827–833.

Rothstein, A. (2010a). *Making Freud more Freudian*. London: Karnac Books

Rothstein, A. (2010b). Psychoanalytic Technique and the Creation of Analytic Patients: An Addendum. *Psychoanal. Q*., 79(3): 785–794.

Stone, L. (1954). The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Assn., 2:567–594.

Vermote, R. (2012). Preliminary Sessions: the Resistance of the Patient is the Resistance of the Analyst. *EPF Bulletin* 66, 2012:103–106.

Wurmser, L. (1994). A Time of Questioning. *Annu. Psychoanal.*, 22:173–207.

Wurmser, L. (2013). Negative Therapeutic Reaction and the Compulsion to Disappoint the Other. In Léon Wurmser and Heidrun Jarass (eds.), *Nothing Good is Allowed to Stand. An integrative View of the Negative Therapeutic Reaction*. New York and London: Routledge, 2013, s. 27–56.

Došel do redakce 1. 2. 2022, v revidované verzi 14. 6. 2022. K publikaci přijat 14. 6. 2022.