

Aplikacija psihoanalize na sistem zdravstvenega varstva

Alan Kelher

Čeprav si je ministrstvo za zdravje nove, predčasno izvoljene vlade zadalo dve novi prioriteti v tekočem mandatu, to sta uvajanje *telemedicine* in povečana zdravstvena promocija, je treba opozoriti, da ni realizirana niti še tista stara, odstavljena vlade, tj. *specializacija regionalnih bolnišnic*. Rad bi se ustavil pri slednji, ki je v resnici bolj brezčasna, kot se zdi na prvi pogled – to je neoliberalni pogled, ki želi le klestiti zdravstvene stroške.

Najprej je treba omiliti tako ozko razmišljanje. Specializacija bolnišnic namreč ni nova ideja, ki bi v kapitalističnem duhu poskušala racionalizirati zdravstveni proračun. Že Tenon (v Foucaultovem *Rojstvu klinike*) v 18. stoletju predlaga načelo »formacij« in načelo »razdelitve«, tj. nekakšno specializacijo bolnišnic in pa (proto)triazno znotraj posameznih bolnišnic. Ideja, na kateri je slonela ideja specializacij, je namreč izviral iz takrat prevladujočega mnenja, da bi takšne bolnišnice omogočile osamitev bolezni v njeni »naravni resničnosti«, da bi se zato naravno razvijala in omogočila neokrnjen pogled na samo bistvo svoje narave. Pred tem so namreč verjeli, da se bolezen lahko naravno razvija le doma, ne pa v bolnišnici, kjer umetno okolje onemogoča njen naraven razvoj, hkrati pa lahko sliko zamegli tudi »mešanje« z drugimi boleznimi. Zato je po novem takšna specializacija bolnišnic omogočila izključitev motečih dejavnikov, tj. bolezni drugih vrst in redov, pri preučevanju in razvijanju bolezni do njene polnosti, to je tiste celote, ki omogoča celostno in pravilno (nezmotljivo) identifikacijo ter posledično ustrezno in pravilno zdravljenje.

Načelo formacij in načelo razdelitve sta sčasoma oblikovala zdravstveni sistem, kakršnega poznamo danes. Tako je po zaslugi zgodovinskih in ekonomskih dejavnikov po *Zakonu o zdravstveni dejavnosti* sistem zdravstvene oskrbe razdeljen na primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni ravni specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, na terciarni ravni pa opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. A zdi se, da ima tovrstna razdelitev za- govor tudi v psihoanalizi.

Medikalizacija kot neobhodni proces ozaveščanja družbene deviantnosti

Prede se spustimo v prehode med samimi ravnmi zdravstvenega sistema, je treba doreči nekaj stvari o samem zdravstvenem sistemu, o zgodovinskem vstopu vanj oziroma o njegovem nastanku z vidika politike moči. Govorim o medikalizaciji; o tem, da naj bi medicina v nekaterih elementih prevzela oziroma zamenjala vlogo religije oziroma da naj bi strahospoštovanje do duhovnika zamenjalo strahospoštovanje do zdravnika. Čeprav do obeh gojimo moralno in etično spoštovanje (v diahroni liniji), hkrati do obeh vzpostavljamo odpor transferja, saj se bojimo, da bosta iz nas izvlekla tisto patološko, kar nas v samem bistvu definira in pomaga v sistemu diferenc ločevati od preostalih subjektov tega sveta. Če se res vsi ljudje rodimo enako dobri (Mengzi), potem nam šele tisto patološko v nas omogoča vzpostavitev oziroma gradnjo partikularne identitete znotraj istega družbeno-kulturnega prostora. Tako se zdi, da je s tem, ko je medicina politizirala pojem normalnega in patološkega, le ozaveštila in institucionalizirala tisto, kar smo nezavedno vedeli že od nekdaj; deviantnost, ki izhaja iz takšne na novo usta(nov)ljene norme, pa pomeni normiranje odstopanja od kolektivnega »pravega«, ki nas je preko religioznega instrumentarija razjedalo stoletja – zaradi svoje nelociranosti in nedeterminiranosti (tudi po zaslugi duhovnikove arbitrar- nosti) še toliko bolj. Političnost oziroma medikalizacija te deviantnosti zatorej ne predstavlja (le) bolj oprijemljivega ukrepa k ozaveščanju lastnih patoloških odklonov in k njihovem razreševanju, temveč pomeni predvsem osvoboditev izpod ambivalentnosti duhovne sfere moralnih odklonov.

Jasno, taka deviantnost je vedno kulturno konstruirana, a ravno zato, ker je ni mogoče izločiti iz kulturnega polja, v katerem se vzpostavi in znotraj katerega jo je mogoče misliti, jo je treba družbeno ozaveštili, da bi se jo nato sploh lahko uspešno

dekonstruiralo. Vzpostavitev medicinskega normaliziranja in gonje proti medicinskemu normaliziranju posameznikov tako predstavljajo pričakovan, potreben in nujen korak v razvoju osvoboditve posameznikovih moralnih patologij, ki jih je zgodovina tako ekološko neosveščeno odlagala v posameznika. To ne pomeni, da je zdravnik nadomestil duhovnika le v moralnem smislu. Češ, duhovnik je nekoč igral vlogo »ekorcista«, da bi iz posameznika izvlekel patološko in ga razrešil »hudiča«, ki ga je obsedel, zdravnik pa je v tem pogledu njegov institucionalni naslednik, ki v ničemer ni spremenil takšnega stava proti pacientu, le oblekel ga je (skozi družbeni proces medikalizacije) v drugačno formo. Pomeni namreč tudi, da zdravnik (vsaj od 2. svetovne vojne dalje) bolnika delno razbremeni tako moralne, včasih pa tudi pravne odgovornosti (*sick role* po Parsons).

Transfornost kot katalizator subjektivnega občutka krivde

Bolj zanimiva za psihoanalizo pa je nadaljnja razvejanost sistema zdravstvenega varstva po liniji primarnega, sekundarnega in terciarnega polja. Ta najde utemeljenost v psihoanalitični teoriji transferja. Kot pravi Freud v svojih *Spisih o psihoanalitični tehniki*, se v vsakem od nas po eni strani na podlagi prirojene zasnove in po drugi strani na podlagi tega, kar je na nas

vplivalo v otroštvu, izoblikuje določen, nam lasten način, kako zadovoljujemo ljubezensko življenje (se pravi, kakšne pogoje postavljamo za ljubezen, katere gone pri tem zadovoljujemo in kakšne cilje si sploh zastavljamo). Vse to se združi v kliše, ki ga v življenju ponavljamo, čeprav se ta kliše lahko spreminja. Pri tem je treba vedeti, da se samo del vzgibov, ki določajo ljubezensko življenje, v polni meri psihično razvije; in ta delež je usmerjen k *realnosti*, je na razpolago *zavesti* osebe in je del nje. Razvoj preostalih libidinalnih vzgibov pa je v razvoju okrnjen, odtegnjen zavestnemu delu, osebnosti in realnosti. Ti vzgibi so se lahko razmahnili samo v *domišljiji* ali pa so v celoti ostali v *nezavednem*. In kdor potrebe po ljubezenskem življenju ne more zadovoljiti brez tega preostanka, se bo čutil primoranega, da se s svojimi libidinalnimi predstavami in pričakovanji obrne na nove osebe, ki jih bo srečal.

Od tod je tudi razumljivo, da se lahko razpoložljiva libidinalna investicija delno nezadovoljenega človeka s pričakovanji obrne tudi na zdravnika. Ta investicija bo potekala v skladu s svojimi vzorci, in sicer tako, da se bo navezala na enega od klišejev te osebe oziroma bo zdravnika vključila v enega od psihičnih *nizov*, ki jih je bolnik dotlej izoblikoval. Če vzamemo v obzir, da zdravnik v prvi vrsti predstavlja nekoga, ki nam pomaga brezpogojno v Hipokratovem smislu in predstavlja plodno podlago oziroma poligon za izliv naših najglobljih travm, potem je toliko bolj razumljivo, da je zdravnik dobesedno magnet za naše v domišljiji ujete libidinalne vzgibe. Očetovska figura je potemtakem na mestu. Freud namreč nadaljuje, da je vsakokratni in nepogrešljivi predpogoj vsake psihonevrotične bolezni proces, ki ga je Jung označil kot *introverzijo libida*, kar pomeni, da se delež libida, ki ga je mogoče ozavestiti in ki je obrnjen k realnosti, zmanjša, delež nezavednega libida, ki se je odvrnil od realnosti (čeprav ta še lahko oskrbuje osebne fantazije, a pripada nezavednemu), pa se toliko bolj poveča. Libido se tako povsem ali deloma *vrne v regresijo* in ponovno oživi infantilne podobe. V okviru psihoanalize mu tja sledi tudi zdravljenje, ki poišče libido, da bi ga ponovno naredilo dostopnega zavesti in ga nenazadnje postavilo v službo realnosti. In kjer analitično zdravljenje naleti na libido, ki se je umaknil v svoja skrivališča, mora izbruhniti *boj*; tako se bodo vse sile, ki so povzročile regresijo libida, kot *odpori* dvignile proti temu vdoru, da bi ohranile stanje.

Zdi se, da iz podobnega razloga marsikateri pacient na ravni primarne zdravstvene oskrbe ne dopusti splošnemu zdravniku, da ga ta v celoti ozdravi. Po eni strani mu to onemogoča



Če vzamemo v obzir, da zdravnik v prvi vrsti predstavlja nekoga, ki nam pomaga brezpogojno v Hipokratovem smislu in predstavlja plodno podlago oziroma poligon za izliv naših najglobljih travm, potem je toliko bolj razumljivo, da je zdravnik dobesedno magnet za naše v domišljiji ujete libidinalne vzgibe.

vzpostavljen (negativni) transfer, po drugi strani pa se zaveda, da problem je mogoče »rešiti«, samo dovolj globoko se je treba spustiti. V samem psihoanalitičnem zdravljenju se ta boj dogaja le na eni ravni zdravstvene oskrbe – in s tem tudi transferni boj s terapevtom. V trenutku, ko smo zaradi racionalizacije zdravstvene ekonomike uvedli tri ravni zdravljenja, pa smo s tem razplastili tudi boj s transferjem. Na nek način to olajša bolniku tudi sam boj z lastnimi nezavednimi silami, saj načeloma želi, da se pozdravi, a hkrati to sam sebi preprečuje. Transferni boj na eni ravni je bolj težaven in utrujajoč – vse se dogaja znotraj enega »bojnega polja«. Terapevt oziroma zdravnik bolnika iz seanse v seanso bolj boleče razgalja. Razvejanost tripartitnega zdravstvenega sistema pa omogoča, da se ta boj razdeli na več etap, med katerimi pacient lahko zaduha, še bolj pomembno pa je, da določene skrivnosti specialistu na naslednji ravni zakrije. Na ta način se negativni vidik transferja, torej tisti, ki se upira vrtanju v globine naših problemov, rahlo omili, medtem ko se pozitivni vidik transferja, tisti, ki ustvarja vez zaupanja med obema stranema v procesu zdravljenja, ojača, saj na zavedni ravni vemo, da je specialist še bolj usposobljen za reševanje naših težav kot splošni zdravnik, in zato še ojačamo očetovsko figuro zaupanja.

Pri tem ima nezanemarljivo vlogo tudi spodbuda medicinskega (znanstvenega) diskurza. Freud namreč dodaja, da je na libido, ki je na razpolago osebnosti, vselej delovala tudi *privlačnost nezavednih kompleksov*, v regresijo pa je zapadel zato, ker je privlačnost realnosti popustila. Da bi ga osvobodili, je treba premagati to privlačnost nezavednega, torej odpraviti potlačitve nezavednih gonov in njihove produkcije, ki so se dotlej konstituirale v posamezniku. Tako je verjetno, da medicinski diskurz, ki je v procesu medikalizacije družbenega življenja po 2. svetovni vojni zavzel pomemben del družbene vednosti in javnega mnjenja, pomembno vpliva tudi na samo »mehčanje« negativnega transferja oziroma regresivnih libidinalnih investicij. Če namreč znanstvena medicina predstavlja privlačno in zaupanja vredno polje soosmišljanja sveta, potem je verjetno tudi, da se privlačnost te vrste »realnosti« v specializiranem medicinskem okolju sekundarne in terciarne ravni ojača, s čimer

se zmanjša privlačnost domišljije, ki predstavlja beg pred realnostjo. Kar pomeni, da omili oziroma zrahlja regresijo libida, ki sedaj lahko priplava na dan v večji polnosti in se tako razgali terapevtovemu (zdravnikovemu) očesu. To vodi v podmeno, da je z nastankom tripartitnega zdravstvenega sistema medicina celo omogočila pacientom beg pred ozdravitvijo na primarni ravni (od tod poplava hipohondrov, ki se venomer vračajo v ambulante splošnih zdravnikov in/ali pa zahtevajo napotitve k specialistom), saj jih fantom očeta – zdravnika privlači, hkrati pa vedo, da lahko, kadar koli slednji preveč dregne v temne kotičke regresivnega libida, pobegnejo ali domov ali pa na naslednji, sekundarni nivo zdravstvene oskrbe (čeprav je tudi v tem primeru težko določiti, katera od dveh vrst transferja je pravzaprav prevladala in jih napotila tja). Napotnica je tako lahko neizogibna tudi takrat, ko negativni transfer na primarni ravni zablokira do konca. Sekundarni nivo zdravstvenega sistema tako ne le omogoča delne premostitve negativnega transferja (na časovni ravni), temveč celo ojačanje pozitivnega transferja (na prostorski ravni), saj ga ojača ravno okolje specialističnih ambulant oziroma polje specifičnega medicinskega *habitusa*. To pomeni, da okolje dela za zdravnika, zato bi moral imeti ta razmeroma olajšano nadaljnje delo.

Tako se zdi, da nekateri bolniki namenoma želijo pobegniti na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe. Pozitivni transfer jim omogoča vzpostavitev tehnicističnega odnosa z modernim medicinskim poljem, ki obljublja ozdravitev, ki jo bolnik išče. Negativni transfer pa deluje v dveh smereh. Po eni strani želi bolnik pobegniti pred splošnim zdravnikom zaradi že omenjene premostitve, ki bolniku hkrati omogoča, da ga splošni zdravnik ne more (predolgo) »ocenjevati« in preko »telesnih« problemov prodirati v globino njegove psihe, kjer se razkrivajo še ostale težave, ki jih bolnik ne želi videti in so nemara lahko celo razlog za telesne težave (če upoštevamo podatek, da je več kot 60 % boleznih psihosomatskega izvora). Po drugi strani pa tak beg na naslednjo raven omogoča specializacijo oziroma osredotočenost na specifičen telesni problem, ki se ga večinoma obravnava izolirano od ostalega »dogajanja« v bolniku in brez poseganja v njegovo ranljivo individualnost. Zdi se, da četudi

bi bolnik na sekundarni ravni doživel vrtnanje po lastni psihi, bi to ostalo le na površinski, tehnicistični in instrumentalni ravni, saj specialist ne pozna dobro bolnikove anamneze. Četudi bi jo, bi bilo branje takšne zgodovine ne glede na to, kako pronicljivo bi bilo, še vedno bolj ali manj strokovne narave oziroma bi ga bolnik vsaj tako dojemal. Obrambni mehanizem namreč bolniku omogoča, da specialista tudi sam tretira na bolj strokovni ravni (vzpostavi neke vrste »strokovni« dialog), in je zato preko njega, če se poistoveti z njegovimi izjavami, tudi sebe zmožen obravnavati tako tehnicistično in distancirano. Odnos s splošnim zdravnikom je namreč vedno precej bolj oseben, prijateljski in presega golo bazo črk in spisov, ki nabirajo prah v pacientovi kartoteki. Še posebej če govorimo o družinskem zdravniku – termin je dovolj zgovoren sam zase in napeljuje že skorajda na (daljnega) družinskega člana oziroma njegov podaljšek, brez katerega v nekaterih družinah ne gre. Splošni zdravnik je ponekod tako rekoč sinonim za družinskega zdravnika, še posebno v manjših krajih, kjer je izbira strokovnega kadra toliko manjša in verjetnost, da bodo vsi člani družine pod drobnogledom istega zdravnika, toliko večja. V očeh osebnega zdravnika zatorej črke oživijo in posledično je bolj živ tudi sam odnos. Odnos, kjer dialektika obeh vrst transferjev bije najhujši boj na poti do resnice, kjer se nikoli ne ve, kdo bo iz njega izšel kot zmagovalec.

Freud namreč pravi, da ko se približujemo nekemu patogene- mu kompleksu, se v zavest vedno znova najprej prebije tisti delež kompleksa, ki je zmožen transferja, in se brani z največjo trdovratnostjo. In dlje časa, ko traja neko analitično zdravljenje, in bolj jasno, ko je bolnik spoznal, da sama popačenja patogenega materiala niso varna pred odkritjem, dosledneje uporablja tisto vrsto popačenja, ki mu očitno prinaša največje prednosti, to je *popačenje skozi transfer*. Transfer se nam tako sprva vedno kaže le kot najmočnejše orožje odpora; sklepamo lahko, da sta *intenzivnost in vztrajnost transferja učinek in odraz odpora*. Tako lahko tudi sklepamo, da napotitev k specialistu ne

pomeni nujno neznanja splošnega zdravnika (oziroma vsaj ne bi smelo biti tako), temveč uspešno lociranje patogenega materiala, ki se poskuša skriti pred razkrinkanjem in ki »grozi« k opustitvi zdravljenja, v kolikor splošni zdravnik tega materiala ne bo obravnaval v rokavicah in ga zato morda raje predal v oskrbo specialistu, da si v vmesnem času (in kasneje) bolnik opomore in počasi sam ozavesti bolečino, ki jo nosi v sebi, in se sprijazni z njo, .

Iskanje fantomskih staršev

Sprehod skozi labirint zdravstvenega sistema med drugim omogoča tudi afirmacijo bolnikovih lastnih želja, ki težijo h korekciji očetovske figure. Že izdana napotnica na primarni ravni daje bolniku ugoden pozitiven učinek, saj ve, da je na pravi poti – k iskanju »pravega Očeta«. Tistega očeta, ki gradi njegovo *avtoriteto* tako, da mu daje vedno prav; na primarni ravni preko potrditve njegovega suma in nadaljnje napotitve na sekundarno raven, na tej pa preko dokončne potrditve njegovega »ratia«, ki se manifestira v definiranju iskane bolezni, ter posledične odobritve ustrezne zdravstvene *nege*, ki jo potrebuje. Če torej izhajamo iz Freudove podmene, da negativni transfer prisili bolnika, da nespremenjen zapusti zavod oziroma zdravljenje, lahko nadgradimo misel, da tripartitni zdravstveni sistem omogoča, da pacient ta transfer preusmeri na sekundarni ali terciarni nivo, kjer pa se zaradi omenjenih razlogov počasi (vsaj delno) izniči oziroma zbledi. Freud namreč dodaja, da ni mogoče tajiti, da psihoanalitiku največje težave povzročata premagovanje transfernih pojavov; ne smemo pa pozabiti, da nam ravno ti omogočijo, da naredimo bolnikove prikrite in pozabljene ljubezenske vzgibe *aktualne* in *manifestne*, s tem pa oprijemljive, locirane in lažje obvladljive za zdravnika. Tripartitni zdravstveni sistem je zato orodje, ki deluje temu seciranju v prid. A glede na prej omenjeno iskanje *nege* kot končnega produkta transfernega boja z »Očetom« se zdi, da takšen bolnik išče le dovoljenje za *materino* ljubezen. ●

TEMA NASLEDNJE ŠTEVILKE REVIJE RAZPOTJA: **PROSTOR**

Svoje prispevke pošljite na elektronski naslov:
urednistvo@razpotja.si do 28. maja 2012.