

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z NEVROTSKIMI, STRESNIMI IN SOMATOFORMNIMI MOTNJAMI TER NJIH PRIPRAVA NA ZDRAVLJENJE

Gorazd V. Mrevlje

"V ordinaciji (ambulanti) so vedno štiri osebe: pacient, psihiater, pacientovo doživljanje in predstava o psihiatru ter psihiatrovo doživljanje in predstava o pacientu."

George L. Ginsberg

Pomen gornjega citata ameriškega psihiatra, ki zadeva odnos med psihiatrom in bolnikom in se dotika posebnosti psihiatričnega intervjuja (razgovora, anamneze), lahko mirno razširimo na odnos med zdravnikom in bolnikom v najširšem smislu. Seveda ostajajo v tem odnosu številne posebnosti, ki so vezane na specialnosti zdravnika in na vrsto bolnikovih težav (aktualna pritožba), zaradi katerih se je obrnil na zdravnika. Kljub temu pa ostaja dejstvo, da gre za intimno srečanje dveh ljudi, pa čeprav v zelo posebni situaciji. Posebnost te situacije se kaže v tem, da imamo na eni strani osebo (zdravnika), ki je pripravljena s svojim znanjem in izkušnjami pomagati drugi osebi (bolniku) pri izboljšanju njegovega zdravljenja, premagovanju bolezenskih težav in celo pri reševanju življenja. Zato navkljub poskusom, želim in premikom na področju demokratizacije odnosov v psihiatriji in celotni medicini odnos med bolnikom in zdravnikom ne bo nikoli povsem enakovreden. Enakovrednost ne more biti vprašljiva glede na medsebojno spoštovanje dveh oseb, ki se srečata v diagnostičnem in terapevtskem procesu, nikakor pa ne more biti povsem enakovreden s stališča pričakovanj in odgovornosti. Bolnik pričakuje in želi od zdravnika posluš in razumevanje, potrpljenje, nasvet, razlago, preiskave in še kaj v zvezi z njegovimi problemi in zdravstvenimi težavami. Do tega ima vso pravico, ne potrebuje pa pomilovanja in usmiljenja, še manj pa vzvišenih, avtoritarnih, samovšečnih, strogo racionalnih in akademskih razlag profesionalca pred njim. Te so bolj namenjene samozadovoljnemu razkazovanju znanja zdravnika in niso v pomoč bolniku.

Povsem enakovreden ta odnos ne more biti že zato, ker ostaja bolnik vsled prej povedanega vedno v podrejenem odnosu, kar pa ne izključuje njegove pravice do spoštovanja človeške in osebnostne integritete in dostojanstva.

Uvodni citat torej opozarja na pomen transferja in kontratransferja, ki se pričenjata graditi že ob prvem srečanju zdravnika z bolnikom in sta izjemno pomembna v teku celotne diagnostične in terapevtske obravnave. Transfer in kontratransfer nista pojava, ki ju poznamo le v psihiatrični obravnavi, temveč nekaj, kar srečamo v vsakem terapevtskem odnosu. Razlika je v tem, da mora psihiater, predvsem pa psihoterapevt, imeti posebnosti obeh fenomenov bolj ali manj stalno pred očmi, ker z njima tudi "dela". To ne pomeni, da gre le za prepoznavo obeh fenomenov, temveč tudi za uporabo obeh v procesu interpretacije in konfrontacije, kadar gre terapija v smeri psihodinamskega ali že kar analitično usmerjenega dela z bolnikom.

K teoretskim opredelitvam transferja in kontratransferja se bomo vrnili ob koncu besedila. Širše razmišljanje o pomenu čustvenega, kognitivnega in nezavednega v odnosu zdravnik - bolnik, ki ga uvaja uvodni citat, pa nas privede do še ene zelo pogoste situacije, ki jo srečamo v ambulantni. Gre za to, da kot zdravniki v pacientu vse prevečkrat vidimo predvsem, samo ali v prvi vrsti diagnostični in terapevtski izziv, rutinsko opravilo, redke primer bolezni ali posameznika, ki ga je moč vključiti v raziskovalni vzorec. Bolnik pred nami pa ni le primer ali diagnoza ("danes sem imel dve nevrozi, eno psihozo, sladkorno, ulkus in dva simulanta"), temveč človek, pri katerem tudi jasne telesne bolezni potekajo z individualnimi različicami, predvsem pa pomembno posegajo v njegovo duševno in telesno integriteto ter imajo vsaj kratkoročen vpliv na njegovo socialno in intimno področje življenja. Ta pacient pa ni prišel k nekemu imaginarnemu zdravniku (četudi je pri njem prvič), temveč opremljen z vedenjem in podatki, lahko pa tudi že z izkušnjami o tem, kakšen je ta zdravnik kot človek. Dobro se je zavedati, da ljudje marsikaj vedo o nas, že ko prvič prestopijo prag ambulate, ordinacije ali terapevtske sobe. Ni jim pomemben samo nivo strokovnega znanja in usposobljenost, nazivi in položaj zdravnika, temveč tudi to (ali pa predvsem to), koliko časa si vzamemo zanje, smo potrpežljivi ali nestrpni, slišimo in sprejemamo bolj telesno simptomatiko, radi načrtujemo preiskave in predpišemo zdravila, ali nas zanima tudi njihova življenjska situacija in tako dalje. V čakalnici se ljudje pogosto pozanimajo ali pa že kar izvedo, kakšne volje je zdravnik danes, se mu mudi ali ne in podobno. Če bi anonimno sedli med ljudi v zdravniških čakalnicah, bi iz skupinske dinamike, ki se tukaj pogosto ustvari, kar precej izvedeli o sebi.

Seveda pa gre tudi za obraten proces. Vsi poznamo zoprne, težke, moteče in prijetne ter simpatične bolnike tudi iz lastnih izkušenj. Pri tistih, ki pridejo prvič, pa nam pogosto že sestra ali tajnica posreduje o njih nekatere podatke, ki lahko pomembno zaznamujejo naš začetni odnos do bolnika. Zatorej ni samo naloga psihiatra in psihoterapevta, da razmišlja o svojem odnosu do pacienta in obratno in o tem, kako lahko ta odnos pomeni vzpodbudo ali pa oviro v celostni obravnavi bolnika. Resnici na ljubo je treba zapisati, da zdravniki, še posebej pa psihiatri, razpolagamo z nešteto možnostmi da razloge za neuspešno delo z bolnikom lahko vedno pripišemo njemu. Bolniki so zato nemotivirani, v odporih, manipulativni, odklonilni, negativistični, ne sodelujejo, so v obrambi in moteči in še kaj.

PRIPRAVA IN USMERITEV V PSIHIATRIČNO IN PSIHOTERAPEVTSKO ZDRAVLJENJE

Vsako psihiatrično zdravljenje se prične z odločitvijo, napotitvijo ali usmeritvijo ter razlago, zakaj je to zdravljenje oziroma pregled potreben. Priprava za pregled ni potrebna le zato, ker imajo ljudje še vedno vrsto predsodkov, bojazni in zmotnih predstav o psihiatriji, temveč predvsem zato, ker je priprava na to zdravljenje potrebna zaradi posebnosti psihiatrične, še bolj pa psihoterapevtske obravnave in tesno povezana z njenim uspehom in izhodom. V današnji situaciji smo nenadejano dobili zelo dober selektiven mehanizem, ki se dotika odločitve in posledične motivacije za to zdravljenje, pregled ali razgovor. K psihiatru je tudi v naših razmerah sedaj mogoče priti takorekoč s ceste, se pravi brez napotnice osebnega zdravnika. To pa pomeni, da je človek ob takšni odločitvi vsaj v večji meri opravil s svojimi morebitnimi pomisli oziroma ga je k temu prisilila nuja ali stiska. Vse ostale bolnike, ki se ne odločijo sami za obisk pri psihiatru - ti so še vedno v večini - so na ta pregled usmeri splošni ali osebni zdravnik. Ker ob tej priliki govorimo o bolnikih z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami, se pravi, o tako imenovani "nepsihotični populaciji" bolnikov, odpade razprava o tem, kaj storiti s tistimi, ki psihiatrično ali psihoterapevtsko zdravljenje odklanjajo. Prisilnega zdravljenja ali zdravljenja proti volji bolnika pri tej vrsti bolnikov ni in ga ne more biti, z zelo redkimi izjemami, ko je takšen ukrep potreben pri ljudeh z jasno, aktualno suicidalno ogroženostjo.

Mogoče je reči, da uvidevnost za potrebo po psihiatričnem ali psihoterapevtskem zdravljenju ter posledična motiviranost zato padata v smeri od ljudi z nevrotskimi preko tistih s stresnimi do ljudi s somatoformnimi

motnjami. V skladu s tem obratno sorazmerno narašča odgovornost in odločitev za zdravljenje na strani splošnega oz. osebnega zdravnika. Takšna ugotovitev je še bolj razumljiva, če jo pogledamo le s simptomatske plati, kajti našteje duševne bolezenske motnje vsebujejo od nevrotičnih preko stresnih do somatoformnih vse več telesnih bolezenskih znakov, ki zato usmerjajo bolnika k "pravemu" zdravniku.

KDAJ TOREJ NAPOTITI BOLNIKA K PSIHIATRU ALI PSIHOTERAPEVTU IN NA KAJ JE PRI TEM POTREBNO MISLITI

Nimam namena pisati o indikacijah in indikacijskih področjih, ki zadevajo to odločitev, saj so po tej plati stvari več ali manj jasne in dogovorjene. Ne nazadnje je o njih govora tudi na drugih mestih v tej knjigi.

Omeniti želim nekaj elementov, ki so poleg poznavanja osnovnih znanj psihiatrije pomembni pri tej odločitvi na strani zdravnika, ki usmerja, vzpodbuja, prepričuje in motivira bolnika za psihiatrični pregled ali zdravljenje.

O *indikacijah*, ki so povezane z poznavanjem *psihopatologije, sindromov* in prepoznavanjem jasnih psihiatričnih bolezenskih stanj, na tem mestu ne bomo pisali. Morebiti le to, da pri tem zdravniku pomaga razlikovanje med pojmom nevrotične reakcije in nevroze kot bolezenske motnje. Pri nevrotični reakciji ali reagiranju gre za neustrezno, prekomerno ali nesmiselno vedenje in početje ob posameznih sprožilnih situacijah, nevroza pa pomeni "način življenja", ko gre za kvalitativno spremembo življenjskih navad bolnika in to posega na vse več področij njegovega funkcioniranja. To vedenje pomaga zato, ker lahko splošni zdravnik pri prvi skupini bolnikov stori marsikaj v terapevtskem smislu (z zdravili in pogovori) in jih redkeje usmerja k psihiatru, pri drugi skupini pa ima za terapevtsko pomoč res manj možnosti in znanja. Nevroza kot bolezenska motnja potrebuje predvsem in samo psihoterapevtsko zdravljenje ob minimalni uporabi zdravil in ob pogoju, da je bolnik za to motiviran. Enako velja za področje akutnih stresnih motenj in posttravmatske stresne motnje, še bolj pa za somatizacijske in somatoformne motnje.

Strah pred ljudmi, ki imajo duševne motnje, se pravi pred *duševnimi bolniki*, ki izhaja iz predsodkov in pogostega mnenja, da so ti ljudje kar v večini nevarni sebi (avtoagresivni, suicidalni) ali pa drugim (heteroagresivni, nasilni) lahko vpliva na prehitro odločitev za napotitev k psihiatru, še bolj pa na to, da se pri tem skušajo uporabiti razne zvijače in pretveze v sodelovanju s svojci ali pa kar na njihovo sugestijo. Če pa je ta strah in

predsodek povezan še z *dvomom v zadostnost lastnega znanja*, pa je odločitev zdravnika lahko še posebej hitra, bolnik pa je oropan za potrebno razlago in spodbudo.

Da vsi poznamo sitne, nadležne, zoprne, zahtevne, nikoli zadovoljne, "hipohondrične", "rentne", "manipulativne", kverulantske in ne vem kakšne še bolnike, smo že zapisali in nemalokrat so to lahko razlogi, da jih hitro napotimo k psihiatru. Ne toliko zategadelj, da bi se jih znebili, bolj zaradi pričakovanj, če bo mogoče iz psihiatrovega izvida razbrati razloge ali celo bolezensko ozadje za bolnikovo vedenje, ker zdravnik v splošni ambulanti zaradi lastnih kontratransfernih težav ne ve več kako voditi zdravstvene postopke s tovrstnimi ljudmi. Ne želim reči, da nekateri od zgoraj opisanih posameznikov ne spadajo v psihiatrično ambulanto, vendar bi bilo koristneje v tem primeru opisati tudi del teh razlogov za usmeritev k psihiatru, ne pa svoje kontratransferne težave ali pa tudi objektivne izkušnje z bolnikom skrivati in zavijati v nejasne in zelo splošne diagnoze, npr. Psychosis, neurosis i.o., depressio in podobno.

Tako se kar hitro pokaže, da najdemo precej razlogov, motivov in razlag za hitro in prehitro napotitev k psihiatru, ki pogosto tudi ni v zadostni meri razložena niti bolniku niti psihiatru v sprejemnih dokumentih. Ta ugotovitev ne pomeni, da bi se mi psihiatri pritoževali zaradi prehitrega in prepogostega usmerjanja bolnikov k nam. Gre za to, da je tudi v tem segmentu medicine potrebno spoštovati jasne medicinske in psihiatrične indikacije in se izogibati prej naštetim čustvenim razlogom za odločitev o zdravljenju, predvsem pa si pri tem splošni zdravnik sam odvzema možnost, da bi v večji meri pomagal tudi tem bolnikom.

Najpogostejši razlog za obraten proces, se pravi, ko zdravnik v splošni ambulanti preveč odlaša z usmeritvijo bolnika v psihiatrično zdravljenje, če za to obstoje indikacije, pa so pomisleki in dvomi v ustreznost in učinkovitost psihiatričnega, še posebej pa psihoterapevtskega zdravljenja. Teh dvomov in stališč glede psihiatrije kot medicinske znanosti pa je žal med našimi kolegi, se pravi "somatskimi" zdravniki, še vedno presenetljivo veliko in po mojem mnenju odločno preveč glede na današnji hiter razvoj te stroke - tako v teoretskem kot tudi v organizacijskem smislu. Če se psihiatriji vsaj deloma še priznava "partnerstvo" v medicini, ker uporablja veliko zdravil in ima vsaj nekaj diagnostičnega instrumentarija, pa je glede psihoterapije bistveno več nepoznavanja, posploševanja in celo omalovaževanja. Za storilnostno, konkretno in pretežno biološko usmerjene zdravniške kolege je psihoterapija res predvsem potrpežljivo in dolgotrajno pogovarjanje z bolnikom. To pa pomeni zanikanje teoretičnih modelov in poznavanja osebnostnega razvoja človeka kot tudi metodologije različnih psihoterapevtskih tehnik.

Po vsem tem je mogoče reči, da je priprava bolnika za psihiatrično zdravljenje tesno povezana z odnosom zdravnika, ki se o tem odloča, do psihiatrije kot znanstvene vede, še bolj pa z odnosom do ljudi z duševnimi problemi. Tako se zdi logično vprašanje, ali gre v tem primeru za *manjvredne bolnike*. Manjvredne v tem smislu, da se njihova patologija ne doživlja tako resno kot telesne bolezenske težave; da obstoje dvomi in pomisleki ali tudi oni podobno trpijo kot drugi bolniki, in dvomi glede njihove dejanske ogroženosti v zdravstvenem kot tudi v življenjskem smislu. Na razumski ravni smo si gotovo edini v tem, da ti bolniki niso manjvredni, so pa zato zelo drugačni. Vprašanje pa je, če jih tako res tudi "vidimo" oz. doživljamo na čustveni in nezavedni ravni. Odgovore na to kaj hitro najdemo, če se soočimo že s tem, kako in v kolikšni meri se z njimi potrudimo - v časovnem in čustvenem smislu.

Odločitev in sočasna priprava bolnika na psihiatrično zdravljenje tako dozoreva že v fazi diagnostike. Ponovno je potrebno poudariti koristnost dobrega poznavanja še posebej področja somatoformnih bolezni (po starem psihosomatskih), še bolj pa somatizacijskih motenj, kot jih opisuje in pojmuje sedaj veljavna 10. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni. Poznavanje in že zgodnje etiološko razmišljanje v tej smeri skrajšuje čas telesnih preiskav in zmanjšuje možnost dodatne somatizacije pri teh bolnikih. Še več. Telesne preiskave pri teh bolnikih so zato bolj potrebne za potrditev diagnoze somatoformne motnje, ne pa za "iskanje" diagnoze.

KAJ POMENI DUŠEVNO, PSIHOLOŠKO, ČUSTVENO, PSIHOGENO, "ŽIVČNO" OZADJE (ETIOLOGIJA) BOLEZNI ALI MOTNJE

Osnovno je upoštevanje, poznavanje in sprejemanje *principa psihodinamičnosti* človekovega vedenja. S tem ni mišljeno samo to, da smo ljudje v stalnem dinamičnem odnosu z okoljem in da smo biološka, socialna in čustvena bitja. Gornje trditve so na deklarativni ravni sicer sprejete, toda koncept psihodinamičnosti pomeni precej več. Pomeni namreč, da sta človekovo vedenje in doživljanje posledica motivov, nagonov in duševnih konfliktov, ki so bolj ali manj izrinjeni in potisnjeni v področje nezavednega, od koder pomembno (pri nevrozi pa v največji meri) vplivajo in delujejo na človekovo doživljanje. Izrinjanje v področje nezavednega pomeni, da sta ozadje in vzrok konflikta posamezniku "nevidna" in neprepoznavna, zato je skupni cilj psihodinamskih psihoterapij premestitev nevrotičnega konflikta iz področja nezavednega v zavedno.

Duševna vzročnost oziroma ozadje motenj nadalje pomeni upoštevanje in prepoznavanje zapletov v tistih *razvojnih fazah*, ki najpomembneje oblikujejo človekovo osebnost in so lahko zasnova kasnejšim čustvenim in nevrotičnim motnjam.

Že pri telesnih boleznih velja, da sta klinični potek in izhod bolezni individualno obarvana in da je *osebnost bolnika* tista, ki o tem pomembno soodloča. Razumljivo je torej, da je zato upoštevanje individualnih in osebnostnih značilnosti pri ljudeh z duševnimi motnjami še toliko bolj pomembno. Osebnostne značilnosti se ne kažejo le v različnosti doživljanja, reagiranja, vedenja in delovanja ljudi, temveč se v teoretičnem jeziku sestoje iz treh elementov:

- temperamenta (biološke komponente),
- značaja (pretežno socialne komponente) in
- intelektualnih (umskih) sposobnosti.

Sodobna diagnostika duševnih motenj ni več mogoča brez tega, kar imenujemo *aktualna življenjska situacija*. V diagnostičnem postopku si je potrebno vzeti čas, pacienta povprašati in se spoznati tudi z njegovimi intimnimi razmerami (družinski, partnerski odnosi), delovnim okoljem (problem nezaposlenosti) in širšim socialnim in kulturnim okoljem.

Pri oceni je pomembno tudi poznavanje njegove pripravljenosti in opremljenosti za stresne situacije. Tudi po tem, ko so upoštevani vsi ti elementi, ko je postavljena diagnostična ocena in skupno s pacientom sprejeta odločitev, da gre k psihiatru, se lahko stvari zapletejo pri nekaterih posameznikih zaradi njihove nesposobnosti uvidevanja za vse, kar je psihološko in duševno. V tem primeru ne gre za odpore in obrambe bolnikov, ki jih je mogoče načeti in odpraviti v terapevtskem postopku. Ljudje se razlikujejo tudi po tem, da so eni bolj "psihološko misleči", drugi manj. To pa pomeni večjo ali manjšo sprejemljivost za vse čustveno in psihološko in seveda posledično pripravljenost soočati se s tem ozadjem našega bivanja in delovanja. S sposobnostjo uvidevanja psihogeneze motenj se pogostejše sreča psihiater, še bolj pa psihoterapevt, v fazi zdravljenja, ni pa odveč, če tudi splošni zdravnik upošteva to našo različnost in je pri bolnikih ne pripiše kakim drugim "zdravorazumskim" razlagam.

Poskusimo torej tovrstne bolnike:

- slišati,
- poslušati,
- jih razumeti,
- jim verjeti,
- biti empatični in
- dopustiti, da res trpijo.

Diagnostična ocena naj temelji na prej omenjenih postopkih in se izogiba opisom, ki bi temeljili na:

- vrednostni presoji,
- moralistični oceni,
- osebnih stališč ali
- "splošno znanih dejstvih".

Ko je bolnik usmerjen k psihiatru bodo temu v pomoč bolj kot najbolj natančna diagnoza sledeči podatki:

- opis aktualne življenjske situacije bolnika, ki je osebnemu zdravniku neprimerno bolj jasna in dostopna kot psihiatru ob prvem stiku z bolnikom,
- objektivni podatki svojcev, ki naj bolnika spremljajo, kadar je to potrebno in kadar on to želi,
- opis bolezenskih znakov in sprememb, posledičnega vedenja in reagiranja in le orientacijska diagnostična ocena, ki pa niti ni nujna, če so izpolnjeni zgornji pogoji.

Ko je vse to opravljeno in ko pacient že ve, *kam, h komu* in zakaj bo šel, mu je potrebno še povedati:

- psihiatrično, predvsem pa psihoterapevtsko zdravljenje ne pomeni le jemanje pomirjeval in drugih zdravil,
- psihiater ali psihoterapevt se bo z njim tudi pogovarjal, vendar to ne bo le običajen razgovor, temveč strukturirano voden razgovor s terapevtskim ciljem.

Da bo mogoče vse to pacientu povedati in napisati, ter ga seznaniti z bodočimi postopki in se s tem izogniti raznim izmikanjem, površnim ali pa romantičnim opisom, pa tudi ukrepom v smislu "mi smo svoje naredili, sedaj pa je na vrsti psihiatrija", bi ob koncu tega besedila veljalo le še podrobneje razložiti, kaj je psihoterapevtsko zdravljenje, transfer, kontra-transfer in pojem nezavednega.

Psihoterapija je terapevtska metoda, kjer se s psihološkimi metodami vpliva na izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja. Gre za strukturirano terapevtsko situacijo, ki jo vodi za to posebej izvežban (educiran) strokovnjak, in ima za cilj odpravo in izboljšanje bolezenskih simptomov, ki imajo psihološko ozadje, pogosto pa tudi določeno rekonstrukcijo človekove osebnosti.

Transfer (slov. prenos) pomeni v najširšem smislu opis vseh oblik bolnikovih čustev in vedenja do terapevta oziroma do zdravnika. Freud je transfer smatral kot bistveni del psihoanalitičnega procesa in ga razumel

kot proces prenašanja čustev, misli, spominov, vzgibov in fantazij iz bolnikovega otroštva na analitika v analitični situaciji. Seveda pa se takšen prenos čustev dogaja v vsakem terapevtskem odnosu in ne le v analitičnem, pa tudi sicer v življenju. Gre za ponavljanje otroških vtisov, spominov in vzorcev, ki jih posameznik doživlja kot aktualne. V analitični situaciji je transfer po pravilu ambivalenten, drugje pa govorimo o pozitivnem ali negativnem.

Kontratransfer (slov. protiprenos). Ker je tudi psihiater, psihoterapevt in zdravnik človek s svojo osebno zgodovino, ki ob vseh zahtevah poklica nosi v sebi spomine, zaplete in frustracije iz otroštva in ima tudi svoje zavedno in nezavedno, je pričakovati, da se tudi zdravnik kot osebnost čustveno odziva in odgovarja na čustvena stanja in vedenje pacienta v terapiji. Čustveni odgovor na nezavedno pacienta je torej kontrantransfer. Opisan je tudi kot "skupek nezavednih reakcij terapevta na bolnika, še posebej na njegovo transferno dogajanje". Prvi opis prihaja od tistih avtorjev, ki z kontrantransferjem opišejo vse v osebnosti terapevta oziroma zdravnika, kar lahko vpliva na zdravljenje (v pozitivnem in negativnem smislu), drugi pa s tem mislijo le na nezavedne procese pri terapevtu, ki jih izzove transfer pri pacientu. Odkritje kontrantransferja je najprej pričelo spreminjati osnovne zahteve psihoanalize, da mora biti terapevt kot ogledalo, "prazen zaslon", "mirna gladina vode", da mora imeti negiben, "kamnit" obraz, in pripeljalo do današnjih spoznanj, da kontrantransferne reakcije v bistvu dajejo "življenjski pridihi" terapevtskemu procesu in ga lahko spodbujajo, pospešujejo in izboljšujejo, seveda pa tudi upočasnijo, zastavijo in uničijo. Razumevanje kontrantransferja nas privede do razmišljanja, da bi si moral pogosto vsak zdravnik oziroma terapevt odgovoriti na sledeča vprašanja: Na koga me spominja ta pacient? Zakaj sem mu naklonjen oziroma zakaj mu nisem? Kdo od meni čustveno pomembnih ljudi na takšen način govori o svoji bolezni? Kdo v moji družini se tako pogovarja z menoj?

Pojem nezavednega opisuje tiste duševne procese, ki se jih človek ne zaveda, jih ne "vidi" in ne prepozna pri sebi. Ti procesi, potisnjeni globoko v področje nezavednega, s težavo prehajajo v področje zavednega. Bistvo psihoanalitičnega zdravljenja je prav v prenosu nezavednih vsebin v zavedno. Psihoanaliza želi pripeljati v področje zavednega večino izrinjenih travmatskih vsebin iz otroštva, ostale psihodinamske psihoterapevtske metode pa le del teh zapletov oziroma vsebin. Nezavedni del človeka ne pozna omejitev niti v času in prostoru, zavedni pa je omejen s časom, prostorom in normami okolja, v katerem živimo, in zato tudi upošteva realiteto. Delo z nezavednimi vsebinami je res bistvo psihoana-

litičnega, psihoterapevtskega zdravljenja, vendar se elementi nezavednega prebijajo v zavest tudi v vsakodnevnem življenju (napake, pomote in spodrsaljaji v govoru, dejanjih, zamujanja in podobno), še bolj pa so prepoznavne v sanjah. Za sanje pa je že Freud rekel, da so "kraljevska pot v nezavedno človeka".

Prepoznavanje in terapevtska uporaba transferja in kontratransferja imata danes domovinsko pravico ne le v psihoterapevtskem zdravljenju, temveč tudi pri zdravljenju ostalih psihiatričnih bolezni pa tudi pri oblikovanju, vzdrževanju in poglobljanju osnovnega odnosa bolnik - zdravnik (terapevt). Temu se ne more izogniti niti splošni, osebni ali družinski zdravnik, pa tudi ne tisti, ki ne verjame v psihoterapijo ali pa se iz drugih razlogov ne želi z njo spoznati in jo uporabljati v korist vseh, ne le psihiatričnih bolnikov.

LITERATURA

1. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Clinical Examination of the Psychiatric Patient, str. 267-299. Seventh Edition. Williams & Wilkins, Baltimore 1994.
2. Klauber John and others: Illusion Spontaneity in Psychoanalysis. Free Association Books. London 1987.
3. Kottler Jeffrey A.: The Compleat Therapist. Jossey-Bass Publishers. Oxford 1991.
4. Mrevlje Gorazd V.: Psihodinamska psihoterapija. Besedilo v pripravi za tisk za novo izdajo učbenika Psihiatrija, Ljubljana 1993.