

Od psychosomatiky k neuropsychoanalýze: Přínos pařížské školy

Joseph Dodds

Resumé

Tento článek se zabývá přínosem pařížské školy (École de Paris) pro psychosomatiku a psychoanalýzu. Pařížskou školu založili v roce 1963 Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David a Michel Fain. Pařížská škola stejně jako Pařížský psychosomatický institut (IPSO) rozvíjí klasickou freudovskou teorii. Jako první prosazovala psychoanalytický přístup k psychosomatu a lze ji považovat za zajímavou předchůdkyni neuropsychoanalýzy, k níž nyní významně přispívá podobě Francouzské skupiny pro psychoanalýzu, medicínu a neurovědu. Práci pařížské školy nadále rozvíjejí analytici, jako například Joyce McDougallová (1974, 1989), a takzvaná „druhá generace“: Marilia Aisensteinová (2006) a Jean Benjamin Stora (2007a).

Freud a kořeny psychosomatiky: konverzní hysterie, válečné trauma a aktuální neurózy

... není bez vyhlídek ani analytická léčba hrubých onemocnění jednotlivých orgánů (...), protože na vzniku a udržování těchto postižení se nezřídka spolupodílí psychický faktor. (Freud, 1923a [1922], s. 181)

Francouzská psychosomatická medicína se vyvíjela specifickým směrem v pařížské psychosomatické škole (École de Paris) a v Pařížském psychosomatickém institutu (L'Institute Psychosomatique, IPSO), který založil Pierre Marty. „Výchozím bodem pro přístup pařížské psychosomatické školy k pacientům s psychosomatickými chorobami“ (Aisenstein 2006, 667) se staly Freudovy práce o konverzní hysterii, aktuální neuróze a válečném traumatu. V práci *Mimo princip slasti* (1920) Freud zkoumá různé typy traumatu a všímá si pozoruhodné skutečnosti, že existence drobného fyzického poškození často zjevně uchránila jedince od traumatické neurózy.

Prudký nápor tělesného traumatu uvolňuje spoustu excitace... o to více dezorganizující..., protože na ni neproběhla žádná příprava prostřednictvím (signální) úzkosti. Tělesné zranění

však... někdy umožňuje inkorporaci nadbytečné excitace pomocí „nadměrného narcistického obsazení“ zasaženého orgánu... Freud upozorňuje, že patologické duševní symptomy, jako je melancholie nebo dokonce chronická předčasná demence, mohou přechodně zmizet, jestliže současně dojde k orgánovému poškození. (Aisenstein 2006, 668)

Podobná zjištění a psychosomatika jako taková obrací naši pozornost k věčnému problému mysli a těla: k „záhadnému skoku“ (Freud 1916—7, 229) mezi psyché a somatem, „neobjasněným rozporu“ či „závažnému problému“ (Chalmers 2004) moderní neurovědy. Tento aspekt lze vysledovat v celém Freudově díle. Freud se „velmi zajímal o vztah mezi tělem a myslí a o skutečnost, že psychické procesy vyrůstají z orgánových“ a „neustále zdůrazňoval tendenci lidského organismu fungovat jako celek“ (McDougall 1974, 441—2). Aisensteinová (2006, 667) v hodnocení pařížské školy uvádí: „...psychoanalytické objevy nabízejí naprosto přesvědčivé a jedinečné řešení známého problému mysli a těla. Při převedení duality psyché a somatu na dualitu pudů psychoanalýza klade původ myšlenkových procesů do těla.“ Freud se nesoustředí na konflikt „mezi tělem a jeho touhami na jedné straně a psychikou a jejími přáními na straně druhé; protichůdné síly se mohou střetnout na jednom somatickém bojišti“ (Aisenstein 2006, 668). Jeden příklad pochází z Freudovy práce *Psychogenní porucha zraku v psychoanalytickém pojetí* (1910), která se nejexplicitněji zabývá psychosomatikou. Freud zde popisuje, jak protichůdné síly vytvářejí orgánový symptom tím, že oko nutí, aby zároveň sloužilo dvěma pánům. Hysterická konverze „činí z těla jazyk, symptomy sdělují nevědomý příběh a veškerá duševní aktivita má zdroj v erotickém libidu“ (Aisenstein 2006, 668).

Freud se psychosomatickými tématy zabýval už v práci *Psychická (neboli duševní) léčba* (Freud 1890, viz Nadelman 1990) z roku 1890 a definoval „psychickou“ léčbu duševní či tělesné nemoci jako „prostředky, které působí v první řadě... na lidskou mysl“ (Freud 1890, 283). Symptomy se vyskytují v důsledku „změny působení mysli na tělo“ a tento vliv se projevuje převážně ve sféře emocí: „Velké afekty zjevně mají značný vliv na schopnost odolávat infekčním chorobám“ (Freud 1890, 287, citováno in: Nadelman 1990, 44). Toto tvrzení výrazně koresponduje s nejnovějšími trendy v psychoanalýze (Panksepp 2004, Solms a Turnbull 2003, Gerhardt 2004). Freud dále tvrdí, že k veškerému myšlení se nutně přidružuje nějaká emoce (ke stejnému objevu dospěla moderní neurověda, viz Damasio 2000), což vede k fyzickým excitacím, které je zapotřebí tělesně vybit. Na závěr této práce Freud popisuje zvláštní jev, kdy se symptomy zlepší, jakmile do místnosti vstoupí lékař.

[Práce] *Psychická (neboli duševní) léčba* za Freudova života již znovu nevyšla a v uplynulém století byla přehlížena. Tato práce již před sto lety zavedla psychosomatické hledisko a položila základy psychoanalytického přístupu v tomto oboru... Freud poprvé promluvil o pacientových pocitech vůči lékaři a o jejich významu pro výsledek léčby, ačkoli dosud nebyl zaveden termín „přenos“. Ve stejném kontextu je také jasně vymezen pojem protipřenosu, jakož i zákaz, aby si lékař ve vztahu s pacienty vybíjel pozitivní či negativní pocity... [a Freud tvrdí], že afekty, jako například deprese, se mohou podílet na zapříčinění tělesné nemoci. (Nadelman 1990, 446—7)

Podle Freuda „záhadný skok“ zahrnuje kombinované působení genetických, psychosomatických, environmentálních a psychodynamických faktorů, kdy jsou duševní a tělesné stavy v interakci prostřednictvím emocí, díky nimž je tělo schopno odolávat nemocem. Freud tudíž předjímal pozdější studie účinku psychologických faktorů na imunitní a hormonální systém. Na tento výzkum se soustředí pařížská škola a francouzská psychoanalýza: jejich přístup je více „orientovaný na tělo“ než hlavní neuropsychoanalytický proud, jenž se více zaměřuje na mozek. Důkazy ve prospěch Freudova stanoviska lze najít v rozsáhlé literatuře, spojující nepříznivé životní události (rozvod, úmrtí partnera/rodiče, válečné trauma, zneužívání/týrání) se zvýšeným výskytem somatických onemocnění, například rakoviny či srdečních chorob (Lillberg et al. 2003, MacKenzie 2005). Další výzkum prokazuje, že „psychická“ léčba může být účinná: například Spiegel (1981, 981) uvádí, že pacientky s rakovinou prsu, které podstoupily skupinovou terapii, žily v průměru dvakrát déle než pacientky v kontrolní skupině, kterým byla poskytována stejná somatická péče, ale bez psychoterapie. Autor dospěl k názoru, že „neuro-endokrinní a imunitní systém může být hlavním pojítkem mezi emočními procesy a průběhem zhoubného onemocnění“.

Freud rozlišoval dva hlavní typy *somatizace*: aktuální neurózu (neurastenie a úzkostná neuróza) a konverzní hysterii. McDougallová (1974, 440) podotýká: „Zatímco u hysterické konverze jsme svědky 'záhadného skoku' od mysli k tělu, u aktuálních neuróz se jedná o skok opačným směrem“.

Ve Freudově chápání byly „aktuální“ symptomy převážně... fyziologického rázu bez symbolického významu a tudíž zcela nespádaly do rámce psychoanalytické léčby... vznikaly v reakci na aktuální každodenní napětí a zvláště na blokaci libidinozního uspokojení... [a] úzce souvisely s určitými moderními koncepcemi psychosomatických reakcí, ačkoli dnes by pojem psychického „tlaku“ kladl stejný důraz na blokaci agresivních pohnutek a na vše, co by se dalo shrnout pod pojmem environmentální stres. [Podle Freuda] konverzní hysterie i aktuální neuróza měly sexuální původ, ale zatímco aktuální neuróza se týkala současných sexuálních potíží, konverzní hysterie pocházela ze sexuálních konfliktů z raného dětství a... zachovávala jejich symbolický význam (McDougall 1974, 440).

U hysterické konverze jsou somatické symptomy symbolické a odkazují na fantazijní představu těla: „V současnosti panuje názor, že inhibice tělesného fungování, například zácpa, impotence, frigidita, psychogenní sterilita, anorexie, nespavost a tak dále, mají úzkou spojitost s klasickými konverzními symptomy. V každém případě symptom vypráví příběh.“ (McDougall 1974, 441). Freudův intuitivní vhled, zvláště co se týče „aktuálních neuróz“, je základem psychosomatického přístupu pařížské školy, kterou Aisensteinová (2006, 668) popisuje jako „logický vývoj psychoanalýzy“, a tvrdí, že „psychoanalytická léčba pacientů se somatickými poruchami je... návrat k prvotním zdrojům psychoanalytické práce“.

Pierre Marty, „mechanické myšlení“ a pařížská psychosomatická škola

Ve 40. a 50. letech 20. století vyvstal nový zájem o psychosomatiku, který zahrnoval i práce Helen Dunbarové (1939) a Franze Alexandera (1950) v USA a Jeana-Paula Valabregy (1974) a Pierre Martyho ve Francii. Marty působil jako psychoanalytik, psychiatr, psychosomatický terapeut a bývalý prezident Pařížské psychoanalytické společnosti (Société Psychanalytique de Paris, SPP), a proto byl přímo ve středu dění francouzské psychoanalýzy, když v roce 1963 založil pařížskou školu a v roce 1972 IPSO. Marty navrhl, aby somatičtí pacienti, kteří se léčí u různých specialistů, také podstoupili psychoanalytickou léčbu (Marty, M'Uzan a David 1963), a zjistil, že mnozí z jeho hospitalizovaných pacientů byli „uměření, racionální... bez emocí“ (Aisenstein 2006, 669). Tento stav označil za „mechanické myšlení“ (Marty a M'Uzan 1962). Termín se týká ztráty schopnosti fantazie, symbolizace a mentalizace, se „zploštělým afektem a dojmem nezvyklé odtážitosti“ a s „extrémně pragmatickými myšlenkami“:

„Jaká je vaše matka?“ ... „No, je vysoká a světlavá.“ ... „Byl jste rozrušený, když jste přejel tu ženu s dítětem?“ ... „Byl jsem pojištěný proti poškození třetí strany.“ Tyto výroky zní až psychoticky, ale v jiných aspektech života těchto pacientů neexistuje žádná podobnost s psychotickým fungováním ega... De M'Uzan zdůraznil, že výrazným rysem takového myšlení je odtážitost „od jakýchkoli skutečně živých vnitřních objektních reprezentací“. (McDougall 1974, 445).

Pozdější teoretici nahradili „mechanické myšlení“ výrazem „mechanický život“ nebo „mechanické fungování“, protože nejde o myšlení, nýbrž o anti-myšlení (Bionovo K), „obranu proti vnitřnímu narušení a poruše“ (Aisenstein 2006, 669). V programovém prohlášení pařížské školy *Psychosomatic Investigations* (Psychosomatický výzkum; Marty, M'Uzan a David 1963)

autoři předestírají svou teorii a vysvětlují, jak ztráta schopnosti fantazie (operativní myšlení) vede k „postupné dezorganizaci“, která může pokračovat neomezeně dlouho, když se rozpadnou normální psychologické obrany a struktury. Tělesné symptomy, utvářené prostřednictvím somatizace, jsou pokusem o zastavení dezorganizačního procesu a vyjádřením dezorganizace na somatické rovině: „V našem způsobu uvažování o ekonomii lidské bytosti jako psychosomatické jednoty může dezorganizace zahrnovat somatickou i psychickou poruchu.“ (Aisenstein 2006, 669) Duševní práce chrání tělo před somatickou dezorganizací a takové pacienty je možné léčit analyticky. Martyho teorie byla uvedena do praxe v Nemocnici Poterne-des-Peupliers, nyní pojmenované Nemocnice Pierra Martyho: v tomto světovém centru pro psychosomatickou medicínu, výzkum a výcvik působí 50 psychoanalytiků; centrum slouží jako institucionální základna pro klinickou validaci a teoretické tříbení přístupu pařížské školy.

Alergický objektní vztah

Názvem „alergický objektní vztah“ jsem pracovně označil takové vztahy, s nimiž se setkáváme u pacientů s... alergickými onemocněními, zvláště s astmatem nebo ekzémem. (Marty 1958, 98).

Nyní se důkladněji zaměříme na Martyho dílo, počínaje prací z roku 1958 „The allergic object relationship“ (Alergický objektní vztah). V tomto vztahu se jedná o „neustálou snahu subjektu co nejvíce se přiblížit k objektu, až s ním splyne... do nerozlišitelné masy“. Proces „je okamžitý, úplný a prudký a nese známku té nejarchaičtější povahy“ (Marty 1958, 97), což se projeví hned při prvním rozhovoru:

Během prvních minut rozhovoru se alergický pacient často několikrát přeřekne a z těchto přeřeknutí je patrné, že si plete osobnost lékaře se svou vlastní. „Přišel jsem za vámi, protože máte astma.“ Zjevně zde máme projektivní mechanismus, jehož účinek je nesrovnatelně rozsáhlejší, než jaký známe u neuróz a psychóz (Marty 1958, 97).

Navíc pacient „rychle pozná, co lékař chce, a ze všech sil se mu to snaží poskytnout ve stavu triumfální identifikace... „Určitě chcete, abych vám pověděla o vaší matce.“ Přestože autor píše, že zde jde o „projekci, která je nedílnou součástí procesu participace, jež se v zásadě týká identifikace“ (Marty 1958, 97), výslovně nevyužívá pojem projektivní identifikace (Klein 1946) nebo jeho rozvinutí v díle Biona (1984) a dalších (Ogden 1992). Martyho popis lze však z

tohoto hlediska plodně rozpracovat. Například, alergický „subjekt vytváří dvojí aktivitu v důsledku setření hranic mezi sebou a objektem... [je to] projektivní aktivita, při níž se subjekt snaží obdařit objekt svými vlastnostmi“, což „subjekt pevně váže k jeho objektu“ a „proměňuje objekt do nediferencované masy“ (Marty 1958, 97). Možná je zde ještě vhodnější použít pojem „adhezivní identifikace“, s nímž přišla Bicková (1968) a později Meltzer (1975), protože vystihuje „adhezivní“ i somatické aspekty. V Martyho teorii se jedná o narušení v nejranějším vztahu, stejně jako v případě „druhotně vytvořené kůže“ (Bick 1968) nebo „skin ego“ (Anzieu 1993).

Prvotní kontakt mezi matkou a dítětem je taktilní povahy a umožňuje kojenci, aby si vytvořil počáteční reprezentaci plochého psychického prostoru... skin ego.... [pokud není přiměřeně zformováno], neumožňuje „kontejnovat“ prudce intenzivní pocity... [Kojenec] zpevnil svůj excitační štít, z něž se stala „ulita“, „zeď“, která jej chrání, ale zároveň zabraňuje živému lidskému kontaktu... [tyto] poruchy neverbálního chování... odrážejí slabou organizaci ega vytvořenou v raném dětství. (Anzieu 1993, 46—7)

Tato raná tělesná interakce mezi matkou a dítětem a její účinky na psychologický vývoj nabývají v psychoanalýze stále větší význam (např. Stern 2000); neurověda i psychosomatika mohou přispět k integraci a komunikaci (viz též Szwec 2006). Marty přirovnává „kon-fúzi“ svých pacientů „k houbě, která pohlcuje a zadržuje“, a svůj postřeh ilustruje na klinickém materiálu: „Mám rád hlazení... Právě proto miluju kočky.“ (Marty 1958, 97) „Jsem na vás tak závislý... jsem vy.“ (Marty 1958, 101) „Nemůžu žít ve svém nitru, ale jen ve spojení s jinou osobou.“ (Marty 1958, 98) Marty používá pojem „hostitelsko-hostující“ objekt, který může být rychle obsazen, nebo z něj může být obsazení rychle staženo, jestliže je „opuštěn kvůli jinému 'hostitelsko-hostujícímu' objektu“ (Marty 1958, 98), a může zahrnovat i jiné než lidské a živé objekty:

...prostoupení subjektu a objektu nejprve probíhá jako aktivní, prudké a masivní uchopení objektu a poté plynuleji jako postupné ovládnutí... alergický pacient žije v rozrušeném stavu, protože má potřebu splnutí s objekty, s nimiž se setkává, a protože si vybírá určité objekty, které jsou snadno ovladatelné, pokud jsou téměř dokonalými „hostitelsko-hostujícími“ objekty. Identifikuje se s každým přítomným objektem a dokáže se od něj odpojit pouze identifikací s novým... alergické ego je teoreticky velmi slabé: jeho hlavní činností je ovládnutí objektů. Je nekonzistentní, zjevně postrádá samostatnou existenci a jeho hlavní hodnota spočívá v hodnotě nalezených objektů. (Marty 1958, 99)

U takových pacientů může nastat těžká regrese ve třech situacích. Zaprvé, když hostitelsko-hostující objekty zničehonic zmizí. To má katastrofální důsledky, protože, jak píše McDougallová (1974, 452), psychosomatici nejsou schopni truchlení ani duševního zpracování, a proto reagují somaticky, například její pacienti s tuberkulózou, kteří – až na jednu výjimku – „v životě vždy onemocněli, když se měli setkat se separací či opuštěním ze strany lidí, kteří nevědomě reprezentovali návykovou matku z raného dětství... Místo aby [tito pacienti] otevřeli svá srdce žalu, zdá se, že otevřeli své plíce vůči vpádu tuberkulózních bacilů“. Při četbě těchto vět člověku vytane na mysli Kafka. Nejde zde ani tak o „sexuální závislost jako o ochranu proti ztrátě identity, pocitu a hrozbě naprostého zničení“ (McDougall 1974, 451), a tudíž je tato závislost spojená s úzkostmi paranoidně-schizoidní pozice. Druhá „nebezpečná situace“ nastává, „když již obsazený objekt najednou odhalí novou vlastnost, s níž se subjekt není schopen identifikovat“ (Marty 1958, 99), a třetí, „když mezi dvěma 'hostitelsko-hostujícími' objekty začnou vyvstávat zásadní neslučitelnosti“. Tuto situaci Marty (1958, 100) přirovnává k oidipké situaci. Ať už se jedná o kterékoli z uvedených nebezpečí, jakmile dojde k regresi, „alergická reakce podle všeho začne hrát roli obranné linie a zamezuje dezintegraci osobnosti“ (Ziwar, citováno v Marty 1958, 100). Za takových okolností:

„... symptom propukne v plné síle a na více či méně dlouhou dobu se dostaví somatický syndrom. Pro psychosomatické chápání nemoci je nesmírně důležitý fakt, že **emoční obrana je u alergie regresivní náhradou objektního vztahu**... týká se velmi archaické a podle mého názoru prenatální úrovně fixace.“ (Marty 1958, 101)

V závislosti na dynamice přenosu se tyto symptomy mohou během analytického sezení velmi rychle objevit a zase zmizet a ve skutečnosti mohou nastat u všech lidí: „V konečném důsledku tato intenzivně aktivní a naprostá identifikace alergických pacientů... není ničím jiným než razantním a nezměnitelným vyjádřením faktu, který existuje v nás všech: „bytí“ druhou osobou... pacienta činí alergickým teprve stupeň této aktivity“ (Marty 1958, 102).

Somatizace, dezorganizace a základní deprese

Progresivní dezorganizaci lze definovat jako destrukci současných libidinozních organizací... Částečně odpovídá freudovskému pojmu difuze... Ve většině případů dezorganizace končí procesem somatizace, protože pokračuje na somatické úrovni. (Marty 1968, 246)

V pozdější práci „A Major Process of Somatization: The Progressive Disorganization“ (Hlavní proces somatizace: Progresivní dezorganizace) Marty (1968) vysvětluje, co považuje za hlavní proces, jenž je v základu somatizace u psychosomatických pacientů, a jasně odlišuje psychosomatickou strukturu od neuróz (včetně hysterických konverzí) a psychóz. Tvrdí, že „progresivní dezorganizace a neurotická regrese jsou klinicky neslučitelné... dezorganizující pohyb naráží na systematizované obrany, kterým se jej podaří zcela zastavit... nejlépe organizované libidinozní obrany... tvoří neúčinnější překážky proti dezorganizaci“ (Marty 1968, 246). Jak tedy dezorganizace funguje? Marty (1968, 246) píše: „...po rozbití první emoční vazby řetězová reakce postupně vede k rozpadu všech emočních vazeb“, což má za následek celkové „stažení obsazení ze všech libidinozních oblastí“ neboli to, co se nazývá základní depresí. V tomto stavu:

...nelze nalézt klasické regresivní mechanismy ani žádnou libidinozní vazbu neurotické, psychotické či sublimační povahy... žádné známky úzkosti, viny nebo sadomasochismu, které jsou přítomny u jiných druhů deprese. Pacient ztrácí zájem o život, který mu připadá prázdný. Nezabýváme se zde masochistickým odtažením ani... masivní depresí, ale generalizovanou dezorganizací. (Marty 1968, 246)

Základní deprese je „charakterizována nikoli smutkem či bolestí, ale nedostatkem touhy: pacienti jsou unavení, nic nechtějí, působí dojmem, že jsou duchem nepřítomní, a nestěžují si“. Objevuje se také „nepřítomnost emočního života a fantazií“, a proto se tomuto stavu říká „bílá deprese“ nebo „deprese bez objektu“, protože pacienti popírají, že truchlí nebo že někoho či něco postrádají, místo toho si „prostě připadají prázdní“ (Aisenstein 2006, 669). Účinky dezorganizace jsou katastrofální. Libidinozní systémy postupně „ustupují funkční destrukci subjektu“ a „skutečné fyziologické anarchii“ (Marty 1968, 247).

Z topografického hlediska pozbývají psychické instance původní funkce... superego (nadjá) se odděluje od své osobní historie, vytrácí se, až nakonec nabude archaickou formu, idealistickou, absolutní, beze stínu. Osobní život je omezen jen na aktuální a banální. Z původní osobnosti přetrvává jen prázdná forma... V takové progresivní dezorganizaci, která... vyvolává základní depresi a ... navozuje 'provozní' systém života, jsou dobré podmínky pro somatizaci. Tehdy se střídavě objevují a mizí... nejrůznější psychosomatické poruchy... původní destruktivní pohyb si razí cestu, aniž se setká s nějakým předem ustanoveným systémem odchylky či blokáce. Pomalu, ale jistě otřásá funkčními celky a způsobuje závažnou ztrátu libida. Křehké obranné mechanismy se jeden po druhém hroutí. (Marty 1968, 247)

Marty svou práci uzavírá tvrzením, že psychoanalýza by se měla zajímat nejen o neurózu a psychózu, ale též o studium psychosomatiky a dezorganizace. Tento proces výstižně shrnuje:

Mírné trauma, působící jako narcistické zranění, podnítl subjekt, aby se vzdal určitých emočních zájmů. Následuje postupná řetězová destrukce různých obsazených sektorů a dosavadních libidinozních organizací. Vzniká „základní“ deprese, s níž se objevují závažné psychosomatické poruchy, které celkovou dezorganizaci rozšiřují na somatickou úroveň. Tyto klinické jevy patří k nejzřetelnějším projevům pudu smrti (Marty 1968, 248).

Marilia Aisensteinová a druhá generace pařížské školy

Klinická práce s pacienty s těžkými somatickými onemocněními je náročná a vždy v ní „zůstává přítomná možnost úmrtí“ (Aisenstein 2006, 671), což má důležité důsledky pro protipřenos. Jako příklad moderní psychosomatické léčby zde rozebereme případ popsáný u Aisensteinové (2006, 670). Pacientka P., půvabná, sportovně založená třiatřicetiletá žena, „se cítila naprosto odpojená od několika závažných chorob, kterými onemocněla“, a „nechápala žádnou souvislost mezi svým niterným světem a vážnými a 'objektivními' somatickými zdravotními problémy, jež ji v předchozích dvou letech postihly: rakovina obou prsů, léčená chemoterapií a mastektomií, a posléze následovaná cerebrovaskulární příhodou“ (Aisenstein 2006, 671). Projevovala se u ní „negativita, absence duševní symptomatologie, vyhlazení veškerých známek emocí“, včetně smyslové anestezie, necítila „horko ani chlad... což souviselo s příkazem necítit a nemyslet“, který spojovala se svou první menstruací. Pacientčin stav výstižně shrnul sen z konce druhého roku analýzy: „*krajina jako zátiší, v němž bylo všechno bílé a zmrzlé – a přesto led nebyl studený*“ (Aisenstein 2006, 671).

Soustředím se zde na tři dramatické okamžiky v terapii. První následoval po úspěšné operativní rekonstrukci prsů a po zrušeném sezení (ze strany terapeutky). P. měla sen: „*Bolel ji mozek... všechno je rudé, všechno hoří; volá hasiče a probudí se s nepopsatelnou hrůzou... s bodavou bolestí hlavy, pokusila se vstát, ztratila rovnováhu, dověkla se do mezipatra a zavolala hasiče.*“ Cítila, že sen ji zachránil před smrtí v důsledku druhé mrtvice, protože ji „varoval a pomohl jí 'správně zareagovat'“ (Aisenstein 2006, 672). Druhý okamžik nastal, když P. podstupovala řadu testů, které měly zjistit příčinu cerebrovaskulárních příhod. Jeden

odborník měl podezření na paroxysmální tachykardii. P. s jeho názorem souhlasila.

Tento problém si už delší dobu uvědomovala... „Cože? Vy jste to cítila, vy jste o tom věděla, a nikdy jste mi o tom nic neřekla – ani mně, ani nikomu jinému?“ Byla jsem zároveň ohromená i znepokojená a připadala jsem si zrazeně. „Ne,“ odpověděla klidně, „nemluvila jsem o tom, protože to mám ráda... *Díky tomu jsem se cítila naživu.*“ Její odpověď mi připadala neuvěřitelná. Vzedmula se ve mně zlost... což je u mne neobvyklé, a díky tomu jsem si uvědomila, ... že P. si umožnila somatické znaky zamilovanosti, a přitom se skutečné zamilovanosti vyhýbala, a tak se obešla bez objektu. Takové přesměrování do těla... lze u psychosomatiků často pozorovat... v případě mé pacientky mi připadalo patognomické pro její vyhýbání se subjektivitě. (Aisenstein 2006, 672)

Díky analýze tohoto problému P. poprvé promluvila „o tom, že nemá žádný milostný život“, což „souviselo s matčíným sklonem k nymfomanii“. P. si vybavila „řadu bolestných vzpomínek, v nichž převažoval pocit hanby, který pocházel z vniknutí brutální sexuality do jejího imaginárního dětského světa“ (Aisenstein 2006, 673). Třetí okamžik následoval bezprostředně poté, kdy pacientka kvůli bolestem břicha na celý týden zrušila sezení, a když se vrátila, řekla, že jí gynekolog diagnostikoval cystu na vaječniku a zařídil neodkladnou operaci a biopsii: „P. byla velmi znepokojená a skleslá. I já jsem byla otřesená, znepokojená a vyděšená ve střetu s tím, co jsem považovala za brutálně násilný vpád somatu do dlouhého procesu konstrukce erotického těla.“ P. se potom zdál sen:

Jsem na klinice, kde mi mají operovat cystu na vaječniku. Ležím v posteli a čekám na testy. Bolí mě obě prsa. Do místnosti vejde sestra, což mě vyruší. Chce mi udělat nějaké testy. Dělán, že spím, abych se jí zbavila, ale ona mi foukne do úst a nosních dírek anestetický plyn. Vyděsí mě to a za zavřenými víčky si představuji, že jsem uvězněná za bílým závojem. Zmítám se, až se nakonec probudím. P. tiše plakala a potom řekla, že se bojí celkové anestezie. Dokonce trvala na tom, aby jí dali epidurální anestezii, aby zůstala při vědomí. (Aisenstein 2006, 673)

Potom P. analytičce vyprávěla, jak po operaci prvního rakovinného nádoru zjistila, že se jí lékaři na matčinu žádost „hrabali v děloze“, jestli nemá polypy. O této vzpomínce, z níž se jí dodnes zvedal žaludek, se analytičce nikdy nezmínila. (Francouzsky se „nevolnost, zvedání žaludku“ řekne *haute-le-coeur* tj. „zvedání srdce“.)

Řekla jsem: „Zvedal se vám žaludek?“ Usmála se: „Ne-erotická tachykardie.“ Odpověděla jsem: „Přesto je to však traumatická a sexuální tachykardie, protože jste mi právě sdělila, že jste přede mnou celých deset tajila něco, co jste prožívala jako znásilnění, které zorganizovala vaše matka.“ P. dlouho tiše plakala a potom mi řekla, že si myslela, že si tento problém dokáže vyřešit sama. Vzápětí zamyšleně dodala, že se jí často zdává o anestezii a o tom, že spí... Koncem týdne zavolala, aby se mé sekretářky zeptala, jestli její obvyklý termín konzultace zůstal neobsazený. Při předoperačním ultrazvukovém vyšetření se totiž ukázalo, že bulka úplně zmizela... Plánovaná operace byla tedy zrušena. (Aisenstein 2006, 673—4)

Samozřejmě není možné určit kauzální účinek analytické práce a pacientčina duševního stavu na objevení a zmizení cysty, tato událost však byla předzvěstí zásadního posunu v analýze. Ve všech třech uvedených okamžicích je patrný důležitý bod obratu, spočívající v hlubokém a složitém vztahu mezi myslí a tělem, který musí citlivý psychosomatický terapeut rozpoznat, ať už se jedná o varování před blížící se mozkovou mrtvicí ve snu, o psychologický stav, který zabraňuje hledání vhodné léčby, nebo o možný účinek analytické práce na pacientčinu cystu. Aisensteinová zdůrazňuje, že je důležité, aby si této dynamiky byli vědomi všichni analytici, nejen ti, kteří pracují s psychosomatickými pacienty. Tento názor sdílí i McDougallová (1974, 438), když tvrdí, že si nedokáže vybavit jediný psychoanalytický případ bez nějakých psychosomatických symptomů: „Ve snaze udržet jakousi formu psychické rovnováhy... je každá lidská bytost schopna vytvořit neurózu, psychózu, patologický charakterový vzorec, sexuální perverzi, umělecké dílo, sen nebo psychosomatickou chorobu.“

Marilia Aisensteinová patří ke druhé generaci pařížské školy, do níž se řadí také Claude Smadja a Benjamin Stora. První generace (Marty, Fain, David a M'Uzan) „vybudovala soudržný teoretický systém založený na pudovém monismu, v němž pouze pud života podléhá „pohybům života“ nebo „pohybům smrti“ (nebo okamžikům dezorganizace)..., které se vztahují k velmi ranému traumatu, jež brání završení oidipského komplexu“ (Aisenstein 2006, 678). Další generace se pokusila přehodnotit Martyho koncepty vycházející z práce André Greena o narcismu, negativitě a pudu smrti, „pro něž je charakteristické naprosté uvolnění“. Aisensteinová (2006, 678) však uvádí: „...samo uvolnění pro vysvětlení jevu 'mechanického fungování' nestačí, pokud takové fungování není přechodné. Držím se Martyho hypotézy, která předpokládá existenci velmi raného traumatu.“ Aisensteinová (2006, 678) také tvrdí, že pro druhou generaci „už není možné přehlížet koncept rozštěpení v oblasti psychosomatiky“.

Původní rozštěpení, klinicky neprojevené, protože se týká endosomatických vjemů, zhoršuje účinek radikálního uvolnění odjištěných pudů smrti... [To možná] vysvětluje destrukci

psychického propracování a spuštění onoho záhadného systému přežití, jemuž říkáme mechanické myšlení: forma anti-myšlení, které je konkrétní, odtržené od vlastních kořenů svých pudů a odtělesněné.

Díky druhé generaci tedy můžeme prozkoumat spojitosti s dalšími vývojovými trendy v psychoanalýze; nejde jen o vyvinutí teorie a techniky, práce těchto autorů též umožňuje zájemcům, kteří se nacházejí mimo kontext pařížské školy, aby její poznatky začlenili do každodenní terapeutické praxe. S tímto vědomím se nyní zaměříme na dílo Joyce McDougallové.

Dramata těla: pařížská škola a psychoanalýza

Moje úvahy o tomto jevu značně obohatil rozsáhlý výzkum psychosomatického onemocnění, který vedli mí kolegové z Pařížské psychoanalytické společnosti. Odkazují především na práce Martyho, Faina, Davida a M'Uzana... Zkoumání významu a léčby psychosomatického onemocnění se nachází na křižovatce různých vědeckých disciplin... Mohu popsat pouze obraz, jež lze získat nazíráním přes psychoanalytický mikroskop. (McDougall 1974, 438—9)

Nyní se budeme zabývat vynikajícím článkem Joyce McDougallové „The Psychosoma and the Psychoanalytic Process“ (Psychosoma a psychoanalytický proces, 1989) a její pozdější knihou *Theatres of the Body* (Dramata těla, 1989). Tyto práce spojují psychosomatiku pařížské školy a obecnější teorii a praxi psychoanalýzy se zaměřením na nejranější fázi života, kdy „se může zdát, že psyché a soma se shodují“, ale „hlavní kartografové [této oblasti] po Kleinové — Winnicott a Bion... spíše dokazují, že psychika vyrůstá z těla téměř již od narození“.

Psychický materiál vstupující do prvotní fúze matky a kojence sestává z pachů, zvuků a vizuálních a taktilních vjemů. To jsou samy o sobě faktory zbavující prostorovosti... [působí ve prospěch] spuštění jednoho z nejranějších psychických mechanismů, shrnutého pod pojmem projektivní identifikace, [která] převládá až do doby, kdy jazyk vymezí prostor psychické struktury... ohraničí niterný a vnější svět, zatímco kojeneček zároveň začne obývat své soma. Vtělí se. (McDougall, 1974, 437—8)

Je to oblast před světem „malého Oidipa“, kde se „mnohem menší Narcis musí vyrovnat s definitivní ztrátou magického prsu-matky a s neodvratným požadavkem vytvářet psychické objekty, které kompenzují jeho ztrátu... Úzkosti, jimž dává vzniknout tato prvotní separace, jsou

obvykle vymezeny termíny, jako je anihilace a dezintegrace“ (McDougall, 1974, 438). Aby dítě překonalo tyto potíže spojené s utvářením jedince, s oddělením „mne“ od „mně-cizího“, „musí být nejprve matkou svedeno k životu“ (ibid.), což je tvůrčí proces vedoucí k psychické strukturaci. Nezdary v této oblasti jsou „globálnějšího, více 'psychosomatického' rázu než potíže spojené s vyrovnáním se sexuální realitou“, což jsou úkoly „malého Oidipa“, a také vedou ke „katastrofičtějším následkům“. Přesto však „mohou zůstat nepovšimnuty, zatímco zákeřné účinky nadále tiše působí stejně jako freudovský pud smrti. Když k tomu dojde, tělo a mysl jaksi ztratily vzájemné spojovací články“ (ibid.).

U samotné psychosomatiky McDougallová stanovuje následující základní principy psychoanalytického přístupu podle pařížské školy. Především: „Psýché-soma funguje jako entita... každá psychologická událost má svůj dopad na fyziologické tělo, stejně jako má každá somatická událost odezvu v mysli, byť není vědomě zaregistrována.“ Tudíž, kdykoli se nám nepodaří psychologicky zpracovat duševní bolest, může ji převzít psychosomatický proces, a proto můžeme říci, že psychoanalytický proces je „antitezí psychosomatických procesů“. Nakonec, psychosomatické symptomy se vyskytují u všech typů pacientů i u analytiků a jsou „běžným jevem u široké populace“ (McDougall, 1974, 439—442).

Psychosomatická struktura osobnosti vs. neuróza a psychóza

Jestliže o psychosomatických osobnostech se dá říci, že jsou „antineurotické“ vzhledem k neschopnosti vytvářet neurotické obrany..., lze je též považovat za „antipsychotické“ v tom smyslu, že jsou „přehnaně adaptované“ na realitu... Zoufale hledají fakta a věci ve vnějším světě a mají tendenci zacházet s lidmi jako s věcmi ve snaze „zachytit se nějakého fragmentu prožívání.“ (McDougall 1974, 448—9)

McDougallová objasňuje myšlenku „psychosomatického charakterového vzorce“, s níž přišla pařížská škola (Marty, M'Uzan a David 1963), a přirovnává jej k „mechanizovanému robotu“ ze science fiction, „bez kouska emoce nebo identifikace s lidskými přáními a konflikty“ (McDougall 1974, 441). Má pět hlavních aspektů:

1. Zvláštní objektní vztahy, bez libidinozního afektu.
2. Ochuzené, vyprázdňené užívání jazyka s charakteristickým „mechanickým myšlením“.

3. Výrazný nedostatek neurotických symptomů a neurotických charakterových adaptací.
4. Tam, kde by se daly očekávat neurotické projevy, se objevují pohyby obličejového svalstva, tělesná gesta, senzomotorické projevy a fyzická bolest.
5. Při úvodních rozhovorech se projevuje určitý typ netečnosti (McDougall 1974, 450).

McDougallová stejně jako Marty, M'Uzan a David (1963) odlišuje psychosomatické onemocnění od hysterie: „U hysterie tělo propůjčuje sebe a své funkce mysli, aby je využívala podle libosti, kdežto při psychosomatickém onemocnění má tělo vlastní 'myšlení'... vykonává je, někdy doslova, se smrtící přesností.“ V porovnání s hysterií se zde „vyjadřuje drama, které je archaičtější a jeho prvky byly jinak uloženy“ (McDougall 1974, 441). Psychosomatické struktury jsou tudíž v něčem blízké psychózám, v obou případech „mysl, která vede existenci odtrženou od reality těla, jež ji obsahuje, utrpí nezměrné poškození. Spojení... byla zničena (nikoli vytěsněna)“ (McDougall 1974, 444). Jsou zde však zásadní rozdíly:

Místo odtažení od vnější reality si ego může vytvořit jiný druh rozštěpení, při němž pudové tělo není halucinováno, ale je mu odepřena existence prostřednictvím *duševního vyprázdnění*. Místo nějaké formy psychického zvládnání rušivého afektu nebo nevídaného poznání či fantazie může ego dosáhnout naprostého zničení příslušných reprezentací nebo pocitů... Výsledkem pak může být super-adaptace na vnější realitu, jakési robotické přizpůsobení..., které zkratuje imaginární svět. Tato „pseudonormálnost“ je ve skutečnosti značně rozšířeným charakterovým rysem... výstražnou značkou, která poukazuje na případnou budoucí možnost psychosomatických symptomů (McDougall 1974, 444).

Psychosomatik si vytvoří somatický symptom, aby „se pokusil přimět náhradní objekty ve vnějším světě, aby zastoupily symbolické objekty, které jsou nepřítomné nebo poškozené ve vnitřním psychickém světě“ (McDougall 1974, 449). To však má za následek „nekonečné opakování a návykové přimknutí k vnějšímu světu a vnějším objektům“ (McDougall 1974, 449). Ve skutečnosti často bývá důležitou známkou pokroku, když se objeví psychotické nebo neurotické fantazie, protože psychosomatické ego od samého začátku ututlalo „archaické prvky fantazie“ a tudíž je „odštěpeno od svých pudových kořenů a zanechává jen několik prvků vhodných pro vytváření psychotických bludů“. (McDougall 1974, 450).

Zatímco psychotické dítě se upíná na bludnou „nestvůru“, aby zmírnilo nedostatek vnitřního

objektu brutálně promítnutého směrem ven, psychosomatik předčasně uložil své nestvůry k odpočinku... [jako] hluboko pohřbené archaické fantazijní prvky zapouzdřené kdesi v nevědomí... na předsymbolické rovině... My všichni v sobě máme takové mrtvě narozené nestvůry..., které nesměly vyrůst ani se nepromítly do halucinací, ale jednoduše zůstaly zanedbané... chybí však cosi nepostižitelnějšího. Možná se zde nabízí cosi jako negativní halucinace, [které] různým způsobem zkoumali Bion (1988), Green (1973) a Fain (1971) (McDougall 1974, 449).

Psychosomatik se potřebuje dostatečně dovyvinout, aby byl *schopen* „obnovit své psychotické nestvůry a na nějaký čas s nimi žít dokonce i v promítnuté formě, až do doby, kdy je bude možné pojmout a začlenit“, což mu umožní „cítit se naživu novými způsoby“ (McDougall 1974, 449). Tento proces přeměny psychosomatických symptomů na psychotické či neurotické (prostřednictvím „hysterikalizace“ či „obsesionalizace“) obnáší vážná nebezpečí, protože takové fantazie často bývají díky své archaické a sadomasochistické povaze znepokojivé a „ožívá v nich spousta perverzních a 'šiléných' výtvorů“ (McDougall 1974, 450). U jednoho pacienta s žaludeční patologií a kožními alergiemi se vyvinuly hysterické tendence a „roztrpčeně si stěžoval na děsivé fantazie, které mu zahlcovaly mysl, když byl ve stavu sexuální frustrace, a na analýzu, která umožnila, aby takové fantazie existovaly“.

Neustále si představuji, že mi nějací muži svázali drátem varlata... opakovaně mě srážejí do jakési propasti, dokud mi varlata neodtrhnou... Ale nejhorší je obrovské sexuální vzrušení, které to ve mně vyvolává. Určitě z toho zešílím a je to vaše vina!“ (McDougall 1975, 454)

Další pacient zničehonic začal mít fantazie o požívání výkalů své partnerky, provázené „masivním erotickým vzrušením“. Fantazie začaly nabývat obsedantních rozměrů.

Zatímco nadále experimentoval s vytvářením fantazií kolem prchavých emočních stavů a tělesných pocitů, začal se oddávat dennímu snění, kdykoli pocítil bolest, která, jak věděl, upozorňovala na znovuoživení jeho gastropatie. Tyto fantazie byly obvykle inkorporační povahy: pití spermatu, požívání kůže, odkusování bradavek a žaludu penisu atd. (McDougall 1974, 454).

Tato léčba měla dramatické výsledky, zmizely dlouholeté žaludeční symptomy, které se společně „s celou zažívací oblastí pro mého pacienta staly objektem psychického zájmu a v

mnohém osvětlovaly další aspekty jeho života a charakterové struktury“. Umožnil svým obsedantním fantaziím, aby se „vyvíjely a propojily s jinými myšlenkami, především s růstem autentické sexuální touhy a s jeho prvními skutečně libidinozními milostnými vztahy“ (McDougall 1974, 454). V případech obou pacientů se vynořily perverzní (obsedantní nebo hysterické) fantazie, které představovaly příležitosti k duševnímu růstu. Analytička je byla schopna „kontejnovat“ a účinně zpracovat, a v každém případě, „*ačkoli existují vytříbenější výtvoř ducha než perverze a psychóza, nakonec je lepší být blázen než umřít*“ (McDougall 1974, 450, kurziva autora).

Sémiotika psychosomatiky: znaky, symboly a preverbální signifikanty

... analytici se nevyhnutelně museli začít zabývat psychosomatickými symptomy, které se u jejich analyzantů objevovaly, a snažili se dešifrovat jejich význam..., rekonstruovat skryté fantazijní výtvoř, které by somatické symptomy mohly symbolizovat, což je známo už z léčby hysterie. (McDougall 1974, 442)

McDougallová (1974, 442) vyslovuje názor, že psychoanalytikům, kteří se z podstaty svého profese soustředí právě na působení symbolična v duševním životě, hrozí nebezpečí, že učiní zásadní chybu a nerozpoznají asymbolickou, či dokonce antisymbolickou povahu psychosomatických symptomů a budou například předpokládat, že „peptický vřed je způsoben fantazií o pohlcující a pronásledující matce nebo že bacil tuberkulózy je introjovaný částečný objekt se špatnými úmysly“. Na toto riziko psychosomatické medicíny, kterou nazvala „novým vitalismem“, upozornila Marie Bonaparteová (1960), ačkoli Joyce McDougallová (1974, 443) podporuje propracování takových fantazií, které sice nejsou kauzální, ale v důsledku analytického procesu se budou přimykát k somatickým symptomům, a tudíž „mohou analyzantovi poskytnout nové způsoby zvládnání psychické tenze“ propojením „primárních a sekundárních modů myšlení a vytvářením nových způsobů cítění a prožívání“.

Vyvstávají zde důležité otázky protipřenosu, protože analytici se „primárně zajímají o lidské tělo jako mentální reprezentaci **zachycenou sítí jazyka**“ a „bez svých symbolů si mohou připadat ztracení“ (McDougall, 1974, 444). Psychosomatické symptomy mohou představovat „narcistickou urážku interpretačním schopnostem [analytika]“ (Fain a Marty, 1965) a způsobit „nezájem o pacientovu psychosomatiku, jestliže se chová způsoby, které ji staví mimo dosah analytickovy sféry vlivu“ (McDougall, 1974, 444). Psychosomatické symptomy *nejsou* symboly, ale znaky, které se chovají „spíše podle somatických než psychických zákonů“ (McDougall

1974, 441).

Znaky reprezentují tělo nebo od něj přinášejí sdělení; nesymbolizují je. Tělo se stává symbolickým pouze tehdy, když zaujme místo něčeho vytěsněného a vstoupí do významových vztahů s ostatními psychickými reprezentacemi. (McDougall, 1974, 444)

Tělo v psychosomatice není imaginárním nebo symbolickým tělem jako při hysterii, ale „aktuálním“ tělem (podle Freudových „aktuálních neuróz“ — „actual“ v angličtině znamená „současný, aktuální“, ale též „skutečný“), neboli tím, co by se v lacanovských termínech dalo nazvat Reálným tělem. V práci *Theatres of the Body* McDougallová (1984) zkoumala, jak narušení rané dyády vytvářejí u kojence, který nedokáže symbolizovat prožívání jazykem, somatické reakce. U psychosomatiků nedochází k vytěsnění, ale spíše k „zamítnutí“ (*Verwerfung*, Freud 1918; franc. *forclusion*; angl. *foreclosure*), které Lacan (1959) v souvislosti s psychózou popsal jako „prvotní vypuzení základního signifikantu... ze symbolického vesmíru subjektu“ (Laplanche a Pontalis 1973, 166). „Návrat z reálného“, jež Lacan popisuje v případě psychotické halucinace, se u psychosomatiků odehrává v „reálnu“ těla. Psychosomatici „neodehrávají“ mimo tělo, ale „přeohrávají v těle“ (Aisenstein 2006, 670). Na rozdíl od lacanovského pojetí, zamítnutí není symbolizováno a pak vypuzeno, protože psychosomatické potíže mají původ v „presymbolickém řádu, který vylučuje užití slov“ (McDougall 1989, 168). McDougallová zde vychází z Freudova chápání znaku, kde nejsou přítomny „slovní prezentace“ a zůstávají pouze „věčné prezentace“, neboli to, co McDougallová (1989, 168) nazývá „preverbálními signifikanty“. Daly by se vykládat jako bionovské beta-elementy, které nelze strávit nebo pospojovat v symbolických řetězcích myšlenek. Bez alfa-funkce pro myšlení, fantazii či snění (Bion 1984) psychosomatik uvízne v preverbálním splynutí „jednoho těla pro dva“, což je myšlenka spjatá s neurovědeckým výzkumem empatie (Watt 2007) a s Galleseho pojmem „sdílených neur(on)álních reprezentací“* (Mancia 2006).

Zde se otevírá cesta k širšímu pojetí sémiotiky pro pochopení „znaků těla“, jako je například „sémiotično“ těla (Kristeva 1984), které kontinuálně narušuje a dislokuje symbolično jazyka; tento argument podpořila též Kalinichová (1994). „Sémiotično“ dle Kristevy předchází jazyku a utváří se v mateřské „chóře“, archaické matrix matky a dítěte, sféře zahrnující hudební a rytmické rozměry jazyka. Takové „preverbální signifikanty“ jsou „dynamicky mocné, nevědomé prvky vyjádřené ve formě percepční nebo somatické registrace emočního vzrušení, které musí

poté psýché dekódovat a následně uvést v chod“ (McDougall 1984, 53). Současná neuropsychoanalýza přistupuje k této oblasti z různých úhlů včetně širšího sémiotického přístupu (Olds 2000) a jasnějšího pochopení, jak je tato dynamika vyjádřena v neurochemii mozku a těla. Patří sem i studia implicitní paměti a „raného nevytěsněného nevědomí“. Podle Mancii (2006) je tato sféra dosažitelná prostřednictvím snů, „muzikálního“ rozměru přenosu i prostřednictvím tělesných reakcí a vjemů pacienta i analytika.

Psychoanalýza, psychosomatika a pozorování kojenců: integrace pohledů na ranou dyádu

Často jsem se setkala s pacienty, kteří se ke svému tělu chovají jako k cizímu území... [To] mě přivedlo k Winnicottově tezi, v níž „integrace psýché a somatu“ tvoří základ pravého self (Winnicott 1984). Lze si povšimnout určité blízkosti mezi mechanickým fungováním a falešným self... [konkrétně] v „konformitě“ těchto pacientů. Tato otázka, kterou jsem se teprve začala hlouběji zabývat, však vyžaduje další úvahy. (Aisenstein 2006, 678)

Řada dosavadních prací poukazovala u psychosomatických poruch na narušení rané dyády, a tudíž se o psychosomatice můžeme něco dovědět z pozorování kojenců. Například Michel Fain (1971), Martyho kolega z pařížské školy, se zabýval „nejranějšími počátky fantazijního života a jejich rolí v predispozici k psychosomatickému onemocnění“ a zjistil, že u mnoha případů dětského astmatu, alergií a závažných potíží s usínáním se projevovaly podobné vzorce, kdy matky dovoľovaly kojencům uspokojení pouze z přímého kontaktu s nimi. Fain (1971, in: McDougall 1974, 446) vyslovuje názor, že „tyto matky si nevědomě přejí navrátit své děti zpět do fetální blaženosti v mateřském těle.“ Při ruminaci (*mérycism*) kojenci opakovaně dáví a polykají obsah žaludku; často mívají matky, které je omezují přísnými zákazy a reagují na „dumání palce, jako by to byla vskutku oidipická masturbace, kterou je za každou cenu nutné potlačit“ (Fain 1971). Tyto děti obvykle dobře spí, protože „si předčasně vytvořily autoerotický objekt, který jim umožňuje, aby se obešly bez matky... nicméně zde existuje vážná symbolická trhlinka, protože matčina nepřítomnost není nijak psychicky kompenzována; je zcela popřená“, což může vést k rozštěpení psýché a somatu (Winnicott 1966).

McDougallová (1974, 447) tyto děti přirovnala k těm, které studoval Spitz (1962): „...v důsledku raného mateřského selhání se nikdy neoddávají tomu, co [Spitz] popisuje jako 'normální genitální hra', tedy spontánní hře rukou s genitáliemi u kojenců, kteří mají harmonický a stabilní vztah s matkou“, a proto [tyto děti] nedokáží 'použít objekt' v tvůrčí hře (Winnicott 1971).

McDougallová (1974, 447) píše: jde o to, že dítěti je ponecháno příliš mnoho, nebo příliš málo psychického prostoru, v němž může být samo duševně kreativní.“ Nebo obojí. Jeden pacient si stěžoval, že matka jej zároveň opouštěla i ovládala. Řekl: „Kdykoli mám pocit, že mě moje snoubenka opouští, znovu se mi vyrazí ekzém. A taky když jsme na dovolené! Ale kdykoli si připadám zmanipulovaný a ovládaný, zase mě chytanou záda. Pocit opuštění a zároveň ovládnutí – to jsou způsoby, jak navracím zpět svou matku.“

V tomto kontextu McDougallová vychází z Bionovy myšlenky, že „dříve, než je možná symbolizace, musí se nejprve rozvinout schopnost reprezentovat stav 'bez prsu'“ Na rozdíl od psychotických stavů, kde se „dobrý“ a „špatný“ prs promítá navenek jako idealizovaný a perzekuční objekt“, u psychosomatiků „jsou různé reprezentace prsu jednoduše vyloučeny ze symbolického řetězce a bez kompenzace zůstanou neobsazené“ (McDougall 1974).

Transformace beta-elementů do „stravitelných“ alfa-elementů umožňuje, aby „larvální fantazie“ psychosomatika našly symbolické a afektivní vyjádření, čímž se sníží potřeba tělesných vypuzování. Bionovy (1959) „útoky na spojení“ lze uplatnit na psychosomatiku, kde nabývají podobu „útoku na fantazijní život a na schopnost reprezentace afektu“ (McDougall 1974, 455). Nakonec také Bionovu teorii „zárodečného duševního systému“, kde psyché a soma zůstávají nerozlišené, lze také užitečně aplikovat v kontextu pařížské školy, například na Valabregovy (1974) pokusy pojmově vyjádřit „jeden způsob organizace, který je v základu obou [psychického i somatického] mechanismů“. Navíc psychosomatika ve spojení s pokroky v neuropsychoanalýze může oživit Bionovy abstraktnější teorie v této oblasti. Ke zmapování těchto složitých interakcí mohou přispět některé nejnovější práce o Bionovi a moderní neurovědě (Kennel 1997, Dodds 2008).

Příspěvky Biona, Winnicotta a Spitze mohou pomoci specifikovat charakter rané interakce mezi matkou a kojencem u psychosomatických pacientů; přínos těchto autorů je užitečný pro „promyšlení“ práce pařížské školy, protože „všichni se snaží vypořádat se stejnou komplikovanou oblastí lidské zkušenosti“, v níž jde o „zhroucení objektních vztahů v důsledku snahy přimět vnější objekt, aby se choval jako symbolický, a tudíž zacelit psychickou trhlinu“ (McDougall 1974, 455). Psychoanalýza, psychosomatika, pozorování kojenců, neurověda a interdisciplinární projekt neuropsychoanalýzy – všechny tyto obory mohou poskytnout různé „mikroskopy“, s nimiž lze vést výzkum „významu a léčby psychosomatického onemocnění... na křižovatce různých vědeckých disciplin“ (McDougall 1974, 439).

Neuropsychosomatika: Stora a francouzská skupina pro psychoanalýzu, medicínu a neurovědu

Když lidskou bytost zahltní excitace, tenze a frustrace, které křehký a oslabený psychický aparát už dále nedokáže vstřebávat, *pak přijde na řadu tělo*. (Stora 2007a)

Na závěr této práce pohlédneme na vznik francouzské neuropsychoanalýzy. Francouzská skupina pro psychoanalýzu, medicínu a neurovědu je regionální odnož Mezinárodní neuropsychoanalytické společnosti; v jejím čele stojí Jean Benjamin Stora, psychoanalytik (SPP) a odborník na psychosomatiku, bývalý prezident Psychosomatického ústavu Pierra Martyho (1989—1992) a Francouzské asociace psychosomatické medicíny (2000—2002). Francouzská skupina vzešla přímo z pařížské školy a francouzské psychoanalýzy a sdružuje psychoanalytiky, psychology, lékaře a badatele z různých oborů medicíny, kteří usilují o propojení psychoanalytických, neurovědeckých a somatických objevů a přístupů k široké škále různých problémů. Pravidelně pořádají konference, dílny, semináře, mají ordinaci pro konzultace a ze své jedinečné interdisciplinární perspektivy, vycházející z pevného psychoanalytického jádra, probádali celou řadu různých témat, například studovali spánek a snění u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, roli pudu smrti u *syndrome de glissement* (*slipping-away syndrome*; syndrom stařeckého neprospívání), chorobný návyk a narcismus u osob s látkovou závislostí a psychodynamické důsledky amputace (Stora, 2004, 123). Nedávné semináře se soustředily na femininitu a somatizace, například rakovinu prsu, amenoreu a obezitu v kontextu fixace, schopnosti reprodukce, reakce na stres a náboženských aspektů femininní sexuality (Matthis a Stora, 2005, 115—6).

V roce 2006 Stora vydal *La neuro-psychanalyse* (Neuropsychoanalýza), první francouzskou knihu o neuropsychoanalýze. Pokouší se tento obor zakotvit v epistemologickém modelu, jenž spojuje psychosomatiku, psychoanalýzu a neurovědu, a vybudovat pevnou základnu pro interdisciplinární výzkum. Kritizuje neurovědecké modely, které nahlízejí mysl/tělo jako „biologický automat“; místo toho vychází z teorie komplexnosti a předkládá argumenty ve prospěch modelu „živého organismu“, kde „na každé úrovni budou vyvstávat nové vlastnosti... Na nejvyšší úrovni najdeme 'psychický aparát', jak jej popsal Freud, a tento aparát je propojen s centrální nervovou soustavou. Takový model by mohl tvořit základ pro neuro-psychoanalýzu“ (Stora 2004, 123—4). Podle Stora názoru by klasická neuropsychoanalýza („mysl-mozek“) měla pojmout neuropsychosomatickou perspektivu včetně neuro-hormonálního a neuro-endokrinního systému: „Člověk není jen nervový systém, ale v zásadě psycho-neuro-

hormonální organismus“. (Stora 2007b, 232) Navrhuje neuropsychosomatický přístup k Freudovým psychosexuálním stadiím vývoje, „vytvořit z nich komplexní organizace, které už nejsou omezeny pouze na psychický aparát... umožnit kontinuální proces integrace psychiky, orgánových funkcí a centrální nervové soustavy“ (Stora, 2007b, 232).

Ve své nejnovější knize *When the Body Displaces the Mind* (Když tělo vytlačí mysl), kterou Mark Solms nazval „prvním neuropsychoanalytickým výpadem do fascinující a důležité sféry psychosomatické medicíny, Stora (2007b, 232—3) tvrdí: „...už se nejedná o otázku psychosomatických onemocnění, ale o roli, kterou psychika hraje ve všech onemocněních, aniž by ve skutečnosti byla jejich příčinou. Psychika se podílí na obraně organismu a imunitního systému a musí být zkoumána ve vztahu k somatickým funkcím a orgánům.“ Stora zde vyslovuje námitky proti stále větší specializaci vědních oborů v době, kdy, jak píše Solms, „neurovědy vážně ohrozily hranice mezi jednotlivými disciplinami“ (Solms, in: Stora 2007a); specializaci považuje za oddělování, jež brání komplexnějším pokusům o řešení komplikovaných problémů na rozhraní mysli a těla, které považuje za hlavní výzvu pro myšlení 21. století.

Budoucnost

Jakou má pařížská škola budoucnost? Je sice těžké ji předpovědět, ale zdá se slibná, v souvislosti s objevením neuropsychoanalýzy a Mezinárodní neuropsychoanalytické společnosti, které vedlo k oživení zájmu o psychosomatiku – a pařížská škola doplnila některé chybějící články propojení psychiky s tělem. Dalším pozitivním znamením je nový diplomový kurs „Integrační psychosomatika, psychoanalýza, medicína a neurovědy“, zahájený v roce 2006; nyní jej ukončuje první vlna nových odborníků na psychosomatiku, badatelů a klinických lékařů. A nakonec, s rozbořením některých odolnějších zdí bránících interdisciplinárnímu výzkumu a s rostoucím vědeckým zájmem o jevy, k nimž dochází na hranici mysli a těla, mají bohaté znalosti pařížské školy, pevně zakotvené v psychoanalytické tradici, jistě co nabídnout. Představuje jeden z nejpropracovanějších a nejlépe klinicky ověřených pokusů o výzkum psychosomatiky, oblasti „na rozcestí různých vědeckých disciplin“ (McDougall 1974, 439). Francouzská skupina se nyní pokouší tento obraz popsat z různých úhlů a otevírá nové perspektivy pro psychoanalytický „mikroskop“ Sigmunda Freuda.

Poznámky:

*Vittorio Gallese je jedním z objevitelů zrcadlových neuronů (původně objevených u makaků). Aktivně působí v oblasti neuropsychoanalýzy. Napsal několik zajímavých časopiseckých článků a je autorem kapitoly v knize *Psychoanalysis and Neuroscience* (Psychoanalýza a neurověda), jejímž editorem je Mauro Mancina. Přišel se základní intersubjektivní teorií utváření self (viz například <http://www.unipr.it/arpa/mirror/pubs/pdf/files/Gallese/Novartis2007.pdf>). Vychází z vlastního neurovědeckého výzkumu a v zásadě tvrdí, že přímá forma pochopení druhých na základě vlastního prožitku (zahrnuje simulaci) je dosažena modelováním chování jako záměrného prožitku (záměrné naladění), cítíme to, co cítí oni (klasické studie zrcadlových neuronů: opice vidí – opice dělá). Emoci atd. tudíž nejen „vidíme“, ale přímo ji prožíváme ve svém nitru. V pozorovateli jsou evokovány vnitřní reprezentace tělesných stavů spojených s činy, emocemi, vjemy. Můžeme tedy hovořit o „sdílených neur(on)álních reprezentacích“.

„Prostřednictvím sdíleného neu(on)rálního stavu realizovaného ve dvou rozdílných tělech, která se však podřizují stejným funkčním pravidlům, se 'objektní druhý' stává 'dalším self'. (Gallese 2006) Tento koncept se využívá speciálně pro výzkum empatie (ačkoli Douglas Watt v nedávném článku důrazně kritizoval Galleseho „reprezentacionalistické“ stanovisko a zasazoval se o afektivnější model). Také byl zkoumán jako možný mechanismus projektivní identifikace. Gallese však opomíjí, co se stane, když se z nějakého důvodu zhroutí naše pokročilejší symbolické zpracování (což se podle představitelů pařížské školy stává při psychosomatických poruchách), které normálně působí ve shodě, „navíc“ k těmto primitivnějším tělesným formám intersubjektivní se můžeme, jak říká McDougallová, znovu ocitnout v „jednom těle pro dva“.

LITERATURA

- Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- Aisenstein, M. (2006). The Indissociable Unity of Psyche and Soma: A View From the Paris Psychosomatic School. *Int. J. Psycho-Anal.*, 87:667-680.
- Anzieu, D. (1993). Autistic Phenomena and the Skin Ego. *Psychoanal. Inq.*, 13:42-48.
- Bonaparte, M. (1960). Vitalism and Psychosomatics. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:438-443.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49:484-486.
- Bion, W. (1990). *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Routledge.
- (1984). *Elements of Psychoanalysis*. London: Karnac.

- (1959). Attacks on linking. In: *Second Thoughts*. London: Heinemann 1967, ss. 93-109.
- Chalmers, D. (2004). How Can We Construct a Science of Consciousness? In Gazzaniga M. (ed) *The Cognitive Neurosciences III*. MIT Press.
- Dodds, J. (2008). Artificial Group Psychodynamics: Emergence of the Collective, in *Emulating the Mind*. Springer.
- Dunbar, F. (1939). Psychoanalysis and Somatic Disfunction. *Psychoanal Q.*, 8:108-111.
- Fain, M. (1971). Prelude la vie fantasmatique *Rev. franc. Psychanal.* 35 291-364.
- Fain M., Marty P. (1965) **chybí název díla**
- Freud, S. (1890) Psychological (or Mental) Treatment. SE: 7: 281-302. **bylo přeloženo do češtiny?**
- (1910). The Psycho-Analytic View of Psychogenic Disturbance of Vision. SE: 9: 209-218; **česky: Psychogenní porucha zraku v psychoanalytickém pojetí, Sebrané spisy 8, Psychoanalytické nakladatelství 1997, přel. M. Kopal, L. Kratochvíl, O. Friedman.**
- (1918). From the History of an Infantile Neurosis. SE: 17: 1-124; **česky: Z dějin případu dětské neurózy, Sebrané spisy 12, Psychoanalytické nakladatelství 2003, přel. M. Kopal, O. Friedman.**
- (1920). Beyond the Pleasure Principle. SE: 18: 1-283; **česky: Mimo princip slasti, Sebrané spisy 13, Psychoanalytické nakladatelství 1998, s. 7—59; přel. M. Kopal, J. Pechar.**
- Chybí anglický název díla (1923a) Psychoanalýza a teorie libida, Sebrané spisy 13, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1998, s. 165—188; přel. M. Kopal, J. Pechar.**
- Gerhardt, S. (2004). *Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brain*. London: Routledge.
- Kalinich, L.J. (1994). Theaters of the Body. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 42:258-260.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 27:99-110.
- Kristeva, J. (1984). Revolution in Poetic Language. New York: Columbia Univ. Press. **Česky: Revoluce v básnické řeči, Úvod, Sémiotično a symbolično in: Jazyk lásky, OWP, Praha 2004, ss. 1—125, přel. J. Fulka.**
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B (1988). *The Language of Psychoanalysis*. London: Karnac.
- Lillberg, K. et al. (2003) Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 415-423.
- MacKenzie D. (2005). Trauma of War Hits Troops Years Later. *New Scientist*. August 25, 2005.

Mancia, M. (2006). *Psychoanalysis and Neuroscience*. Springer.

Marty, P. (1958). The Allergic Object Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:98-103.

(1968). A Major Process of Somatization: The Progressive Disorganization. *IJPA*, 49:246-249.

(1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: Presses Universitaires de France

Marty P., M'Uzan M., David, C. (1963). *L'Investigation psychosomatique*. Paris: Presses Univ. de France.

Marty P., M'Uzan M. (1962). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, Spec. Issue, 345-36.

Matthis, I., Stora, J.-B. (2005) The French Group of Psychoanalysis, Medicine, and Psychosomatics: New Psychosomatic Horizons. *Neuro-Psychoanalysis*, 7:115-116.

McDougall, J. (1989). *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. London: FA.

(1974) The Psychosoma and the Psychoanalytic Process. *Int. Rev. of Psycho-Analysis*, 1:437-459.

Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psycho-Analysis*, 11, 289-310.

Nadelman, M.S. (1990). Centennial of an Overlooked Freud Paper on Psychosomatics. *Psychoanal Q.*, 59:444-450.

Ogden, T. (1992). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. London: Karnac.

Olds, D. (2000). A Semiotic Model of Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*: 48, 497-530. Solms, M., Turnbull, O. (2003). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. Other Press.

Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience*. USA: Oxford University Press.

Spiegel, D. et al. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer, *Lancet*, October 14, ss. 888-891.

Spitz, R.A. (1949). Autoerotism—Some Empirical Findings and Hypotheses on Three of its Manifestations in the First Year of Life¹. *Psychoanal. St. Child*, 3:85-120.

Stora, J.B. (2007a) *When the Body Displaces the Mind: Stress, Trauma and Somatic Disease*. London: Karnac.

(2007b) Psychoanalysis, Medicine and Neuroscience Group, Paris. *Neuro-Psychoanalysis*, 9:232-3.

(2006) *La neuro-psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

(2004) The French Group of Psychoanalysis, Medicine, and Psychosomatics: Nouveaux Horizons Psychosomatiques. *Neuro-Psychoanalysis*, 6: 123-4.

Stern D. (2000) *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books.

Szwec G. (ed.) (2006). *La Peau [The Skin]*. Paris: PUF.

Takahiro, M. (1999), The Current Trends of Psychosomatic Medicine in Other Countries. The Current Situation of Psychosomatic Medicine in France. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, sv.39, č. 1, 35-43

Valabrega, J.-P. (1974). Problèmes de théorie psychosomatique. In *Encyclopédie médico-chirurgicale: Psychiatrie*. Paris: E.M.-C. (původní práce vyšla v r. 1966).

Watt, D. (2007). Toward a Neuroscience of Empathy: Integrating Affective and Cognitive Perspectives. *Neuro-Psychoanalysis* 2007, 9:119-140.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.

(1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *Int. Journal of Psychoanalysis*.