

14. dni dynamickej psychoterapie, Psychiatrická nemocnica Ph. Pinela Pezinok 2018

Intenzívna krátkodobá dynamická psychoterapia (IKDP)

Ludovít Juráš

Historické pozadie

Ide o Davanloovu metódu, ktorá bola budovaná 40 rokov analyzovaním videozáznamov zo sedení. Opiera sa o Freudovu teóriu, o teóriu pripútania od Bowlbyho, o krátkodobú na telo orientovanú prácu Alexandra a Frencha, Ferencziho a Ranka a geštalt terapiu, a buduje na krátkodobom prístupe svojho mentora Petra Sifneosa. Davanloova práca inšpirovala mnoho zážitkových dynamických terapií, v ktorých mnohí z jeho žiakov kombinovali jeho prístup so svojim.

Jedinečné črty

Už prakticky iniciálne sedenie tzv. „pokusnej terapie“, ktoré trvá 2-3 hodiny a niekedy aj viac, je veľkou zmenou, v ktorej sa terapeut koncentruje na intervenciu a hodnotenie reakcie pacienta. Intervencie sú veľmi aktívne, konfrontačné, s minimálnym rešpektom voči obranám, ktoré blokujú pravé self pacienta a udržiavajú jeho utrpenie. Okrem toho sa pozornosť sústreďuje nie na „vedomú alianciu“ medzi pacientom a terapeutom, ale na signály z „nevedomej aliancie“ – ako je spôsob, akým pacient vyjadruje slová, dvojité významy, gestá, reč tela, signály úzkosti, telesné symptómy a pod., ktoré poskytujú terapeutovi kľúče k nevedomým emóciám.

Kritika a limity IKDP

Neodporúča sa u pacientov so zlou impulzívnou kontrolou a s aktívnou psychotickou symptomatikou. Avšak vhodnosť k nej sa odporúča na základe reakcie pacienta v sedení pokusnej terapie. Ako emocionálne vyzývajúci prístup vyžaduje veľkú schopnosť tolerovať intenzívnu emóciu u terapeuta a pacienta, a u terapeuta uvedomovanie si protiprenosu. Nebezpečím je nedostatočné pochopenie, tréning a supervízia. Tlačiť na pocity, keď je pacient príliš anxiózný alebo používa regresívne obrany, to môže zvyšovať utrpenie.

Postup v terapii - centrálna dynamická sekvencia

Obsahuje päť fáz:

1. Spytovanie sa a skúmanie ťažkostí pacienta.
2. Analýza obrán.
3. Vznik a prelomenie komplexných prenosových pocitov.
4. De-represia významných spomienok a asociácií, ktorá dovoľuje zmysluplnú exploráciu vývojovej histórie pacienta.
5. Interpretácia a konsolidovanie vŕhadov získaných v prenose.

1. Spytovanie a skúmanie ťažkostí pacienta

Pacient pomenuje problém, s ktorým prichádza k terapeutovi. Terapeut žiada ilustráciu problému konkrétnou situáciou, v ktorej sa problém vyskytuje, pričom si všíma, ako v nej pacient reaguje. Či reaguje úzkosťou, obranou alebo pocitom. Ak reaguje úzkosťou, všíma si akou formou úzkosti reaguje (striátová, vnútorná, kognitívno-percepčná disrupcia, alebo kombináciou). Ak reaguje vnútornou úzkosťou alebo kognitívno-percepčnou - túto terapeut reštruktúruje na striátovú, pod ktorou je už dostupný pocit. Ak pacient reaguje obranou, terapeut si tiež všíma druh obrany (taktická, represívna alebo regresívna) a opäť hlbšie obrany reštruktúruje. Ak pacient reaguje pocitom, terapeut zvyšuje prežívanie pocitu.

Úzkosť môže mať viac foriem (pozri vyššie). Tzv. striátová zasahuje vôľové svalstvo – spájanie fyzickej tenzie s anxiétou. Kanalizovanie anxiety do tela – vnútro, hladké svalstvo. Kognitívna disrupcia – strácanie nití myšlienok, slabosť a závrate, disociácia, vypustenie anxiety impulzívnym spôsobom.

Pocity. Rozlišujeme nasledovné primárne pocity: radosť a šťastie, sexuálna túžba a vzrušenie, hnev a smútok alebo zármutok. Vždy je dôležité pri každom pociť sledovať tri parametre: kognitívny – označenie emócie, fyziologický – telesné a viscerálne pocity sprevádzajúce emócie, motorický – obsahuje mobilizáciu impulzu.

Obrany. Všetko čo bráni uvedomovaniu si pocitov. Rozlišujeme obrany 1. taktické – proti emocionálnej blízkosti (zmysluplnému interpersonálnemu kontaktu): sú verbálne - ako vágnosť, diverzifikácia, sarkazmus a argumentovanie, a neverbálne – ako vyhýbanie očnému kontaktu, usmievanie/smiech, plačlivosť, skrížené ramená/nohy. 2. formálne ob-

rany: represívne: intelektualizácia, racionalizácia, minimalizácia, premiestnenie, reakčná formácia, regresívne: projekcia, somatizácia, denial, acting out, vypustenie impulzu.

Obrany poukazujú na úroveň (narušenie) fungovania ega. Môžu byť 1. dystónne – pacient je schopný si ich uvedomovať (taktické). Vysoká úroveň ego-adaptívnej schopnosti - dobré pozorujúce ego, vyskytujú sa v kombinácii. 2. syntónne - sú vložené i do charakteru („som taký, aký som“).

Metapsychológia nevedomia

Davanloo tvrdí, že „väčšina neuróz pochádza z konfliktných pocitov z rodinných vzťahov“. Ako sa vyvíjajú zmiešané a konfliktné pocity? Frustrácia túžby k pripútaniu (u detí vrodenej) vyvoláva internú bolesť a zármutok. Následne vzniká reaktívny hnev na frustrujúcu a deprivujúcu osobu. Ak sú bolesť a hnev veľké a neznesiteľné – osoba sa nevedome rozhoduje, že už žiaden človek sa nedostane tak blízko, aby opäť zapríčinil takú škodu. Buduje si vrstvu obrany okolo celého intrapsychického systému. Táto ochranná vrstva slúži k odrazeniu reálnej alebo anticipovanej bolesti z interných alebo externých zdrojov. Davanloo to nazýva obranou proti emocionálnej blízkosti („charakterový pancier“ podľa Reicha, alebo „falošné self“ podľa Winnicotta). Táto obrana je rezistentná na liečenie – i medikáciu.

Davanloo vyvinul sériu techník (pozri centrálnu dynamickú sekvenciu) k prelomeniu obrán a rezistencie. Ak sú obrany penetrované a pocity v prenose sú prežívané a priamo vyjadrené, je dosiahnuté otvorenie do genetického nevedomia. Ak raz pacient môže vedome čeliť tomu, čomu sa predtým vyhýbal, už nemá potrebu spočívať na regresívnych a self-mrzačiacich obranách. Ego znova získava autonómiu a pacient môže fungovať na svojej najvyššej úrovni schopnosti. Treba si uvedomiť, že pacient prichádza s problémom v ambivalentnom stave. Jedna jeho časť chce pomoc od ťažkostí – oslobodiť sa od utrpenia (dôležité pre vývoj terapeutickú aliancie), zatiaľ čo druhá jeho časť pôsobí v opozícii voči terapeutovi – uteká, skrýva sa, a vyhýba sa bolesti a zármutku, ktoré terapeutický proces spôsobuje.

Obe tieto dve premenné sú v nepomere. Terapeut je hneď aktívny, prináša konflikt pacienta do fokusu, intenzifikuje afektívnu angažovanosť a vytvorenie intrapsychickej krízy, aby sa dalo čo najskôr pristúpiť k zmenám. Priamo apeluje na zdravú časť ega hľadajúcu oslobodenie, pričom vykonáva tlak na obrany.

Analýza obrán

Obsahuje nasledovný postup:

- a) identifikáciu a klarifikáciu obrán,
- b) obrátenie ega proti obranám,
- c) tlak a výzvu vzdáť sa obrán.

a) *Hneď v interview si všímame obrany* – druhy obrán, ktoré operujú – očný kontakt, skrížené ruky na hrudníku; usmievanie sa; racionalizácia – intelektualizácia; úloha je identifikovať a objasniť obrany v operácii: „Keď sa začneme

pozeráť na vaše pocity k vašej manželke, všimli ste si, že sa vyhýbate mojim očiam, krížite si ruky na hrudníku, smeje sa a potom ponúkate racionalizáciu?“ Treba hodnotiť, či si to pacient uvedomuje alebo je blízko uvedomovaniu – potom to treba pacientovi objasniť ako obranu. „Nie je to spôsob, ktorým sa vyhýbate pozrieť sa na pocity k vašej manželke?“ Ak to pacient prijíma (že sa vyhýba pocitom) - to naznačuje, že obrana je dystónna. V iných prípadoch pacient nevie rozlíšiť medzi pocitmi (I/F) a tým, čo robí (D), aby sa tomu vyhol. Je vysoko identifikovaný s obranou a povie „To je môj spôsob“, „Som taký, aký som“. V týchto prípadoch to indikuje pomerne vysoký stupeň syntonicity. Treba opakované úsilie na identifikovanie a objasnenie defenzívneho vyhýbania sa pocitom vo všetkých oblastiach pacientovho života (niekedy poukazované ako „pracovanie trojuholníkov“).

b) *Obrátenie ega proti obranám*. Poukázať na negatívne, self-mrzačiacie dôsledky ich použitia. Osvetlenie nákladov obrán a posunúť rovnováhu z rezistencie k aliancii. „Tak teraz sa pozrite, že sa vyhýbate vašim pravým pocitom vysmievaním a racionalizáciou. Pozrime sa na dôsledky udržiavania tohto vyhýbavého postoja. Predovšetkým, keď skrývate a zakrývate vaše pravé pocity tu so mnou, nemôžem vám v žiadnom prípade pomáhať. Potom si nesiete svoje utrpenie so sebou a nebudete vôbec na tom lepšie. Je to to, čo chcete?“ Je dôležité, aby pacient videl negatívne dôsledky svojich obrán. Táto technika je najefektívnejšia vtedy, ak pacient sám môže načrtnúť negatívne dôsledky.

Ak sa terapeut opýta: „Čo sa prihodí dnes tu, ak budete pokračovať v racionalizácii a vyhýbať sa téme a obchádzať obtiažne pocity?“ Pacient môže povedať „marím svoj čas“, potom je ego pripravené začať sa obracať proti obranám. Terapeut potom môže zvyšovať tlak, aby pacient vzdal obranu.

c) *Tlak a výzva*. Keď si pacient uvedomuje, že sa bráni voči pocitom - a robí to, odporuje práci, ktorú s ním terapeut robí, a vtedy je čas na tlak a výzvu. Pacientovi je jasné, že samotný vhlád nestačí.

Keď pacient vyhlási, že sa bráni, zostáva v defenzívnej pozícii, terapeut ho vyzýva „Tak prečo by ste chceli mariť svoj čas? Pozrite sa, čo robíte pri tomto vyhýbaní sa vašim pravým pocitom?“ (*čelná zrážka s rezistenciou*). Tieto otázky často vyvolávajú veľmi silné pocity k terapeutovi. Terapeut si všima prejavy pacienta – verbálne: „začínam byť na vás podráždený“ alebo neverbálne: napr. zatínanie zubov, kríženie rúk na hrudníku – čo naznačuje, že pocity sú blízko na povrchu a treba sa presunúť z fokusu na obranu na priamy prístup k pocitom. Treba však upozorniť, že toto možno realizovať až vtedy, keď je ego obrátené proti svojim obranám. Ak tomu tak nie je, pacient sa bude cítiť kritizovaný (atakováný), čo môže negatívne ovplyvniť terapeutický vzťah a ďalšiu terapiu.

Prelomenie pocitov v prenose

Pevný fokus na obranách a tlak na vzdanie sa ich, vyvoláva intenzívne zmiešané pocity voči terapeutovi, vzniká intrapsychická kríza. Tlak je udržiavaný dovtedy, dokiaľ nie je signál z nevedomia, že pocity a impulzy sú blízko k povrchu. Treba sa potom presunúť z fokusu na obrany na priame prežívanie pocitov v prenose. Terapeut vyzýva pacienta, aby bol

otvorený a čestný k pravej povahe svojich pocitov a impulzov. Každá obrana proti tomu je okamžite identifikovaná:

T: Všimáte si, že máte ruky zaťaté v päsťe? Myslím si, že máte veľa pocitov vo vzťahu ku mne.

P: Dobre, hádam nie som rád tomu, čo hovoríte...

T: Hádate? Ste tomu rád alebo nie ste tomu rád?

P: Nie, nie som.

T: Potom sa môžeme pozrieť na vaše pocity? Čo cítite ku mne?

Pacienta, ktorý je schopný deklarovať pocity, treba požiadať, aby aj opísal vnútorné prežívanie týchto pocitov. Možno tak hodnotiť úroveň emocionálneho angažovania sa v procese a zachytiť akúkoľvek zostávajúcu obranu. Treba k plnému prelomeniu pocitov zaznamenať všetky tri elementy (kognitívny, fyziologický, motorický).

Keď pacient prežíva fyziologický komponent afektu, terapeut ho požiada o impulz, ktorý tento pocit mobilizuje. „Tak, keď ste rozpálený a cítite, ako to narastá; ak táto energia a zohrievanie z vás vychádza na mňa, aký by mohol byť tento pohľad?“ Pacientovi je jasné, že terapeut neobhajuje acting out impulzu (regresívna obrana), ale má čestný pohľad na jeho pocity a impulzy. K dosiahnutiu plnej expresie impulzu sa používa fantázia a vizualizácia - technika, ktorú Davanloo nazval „portrétovanie impulzu“.

Treba, ako povedal Davanloo, akúkoľvek známku negatívneho pocitu v prenose, ak je prežívaný, objasniť čo najrýchlejšie, lebo to veľmi pomáha vývoju silnej terapeutickej aliancie (názor aj Ferenziho).

Pocity v prenose sú komplexné. Najtypickejší scenár - hnev je prežívaný prvý, nasledovaný je vinou, zármutkom (grief) a vynorením nežnosti, milujúcich pocitov. Napr. portrét hnevu vyličený nebezpečným impulzom znásilniť a uskrtiť terapeutku, vystriedal plač pacienta. „Cítim sa strašne. Práve si uvedomujem (predstavujem), že vám robím niečo brutálne a vy si to nezaslúžite - veď práve sa mi snažíte pomáhať.“ Je veľmi dôležité, aby všetky zmiešané pocity voči terapeutovi boli prežívané a vyjadrené, nielen hnev, ale tiež vina a zármutok (grief), ktoré nasledujú.

Pacient je povzbudzovaný prežívať každý pocit plným a priamym spôsobom. Je nevyhnutné, aby terapeut zvládol zármutok a bolesť presne tým istým spôsobom, ako hnev, t.j. vyzývať obrany proti pocitu za účelom dostať ho na povrch. Terapeut môže povedať „Cítim vo vás hlboký smútok a zdáte sa byť na pokraji plaču, ale prehltáte slzy. Prečo chcete skrývať smútok vo vašom srdci?“ Pod bolesťou a smútkom sú láska a vďačnosť. Tieto pocity sú tiež vizualizované.

T: Tak pod hnevom je bolesť a ešte hlbšie vaša nežnosť a milujúce pocity. Ako sa cítite, ak to vyjadríte?

P: Práve vás chcem zdvihnúť zo zeme a držať vás v mojom náručí. Chcem vás dať späť.

Terapeut užíva vysoko emocionálne nabitý jazyk, ktorý hovorí priamo k nevedomiu.

Derepresia nevedomého materiálu a preberanie histórie

Slobodná expresia pocitov v prenose sa považuje za kľúč k odomykaniu nevedomia. Významné spomienky a asociácie majú tendenciu sa celkom ľahko vynárať po prelomenom afekte v prenose.

Niekedy pacient dokáže robiť spontánne spojenia s minulosťou. Napr. muž, ktorý imaginoval, že ma znásilnil (terapeutku), potom povedal: „To je práve to, ako som sa cítil pri mojej matke. Ona bola taká problémová žena, vždy odo mňa chcela všetko. Preto som ju chcel zabiť. Ale pretože zomrela, cítim sa mizerne. Chýba mi. Keď som bol malý chlapec, boli sme si blízki. Bol som jej favoritom.“

Príležitostne však nie je spontánne vynorenie podporného materiálu. V týchto prípadoch sa urobí krátky prehľad toho, čo sa vyskytlo v prenosovom vzťahu a terapeut sa spýta, kto ešte prichádza pacientovi na myseľ. Spravidla je to dostatočné k tomu, že sa facilituje derepresia významných spomienok.

Terapeutická hodnota. Prežívanie intenzívneho afektu má tri hlavné funkcie:

1. Desenzitizuje ego na prežívanie predtým toxických afektov.
2. Vedie k uvoľneniu v intrapsychickom systéme s derepresiou významných spomienok, snov a asociácií odhaľujúcich povahu jadrových konfliktov, ktoré sú podkladom neurózy.
3. To dovoľuje pacientovi a terapeutovi robiť zmysluplné spojenia medzi trojuholníkom konfliktu a trojuholníkom osoby.

Vývojová história. Teraz, keď obrana a rezistencia sú odstránené a je priamy prístup k nevedomiu, situácia je priaznivá pre zmysluplnú exploráciu vývojovej histórie pacienta. Davanloo varuje, že ak história je získaná predtým, ako sú obrany rozptýlené (odstránené), získaný materiál môže byť deformovaný a nepresný.

Interpretácia

Ak sa raz dosiahlo prelomenie obrán a rezistencie, nasledované intenzívnym zážitkom afektu v prenose, s vynorením nevedomého materiálu, sú možné zmysluplné interpretácie.

Interpretácie obsahujú spojenia medzi trojuholníkom konfliktu a trojuholníkom osoby. Príklad:

„Tak teraz sa pozrieme, že vaše usmievanie - submisívny, postoj vyhovenia (súhlasu), ktorý ste mi spočiatku vykazovali, bolo zakrývanie všetkých hnevlivých pocitov, s ktorými ste prišli. Keď ste tomu priamo čelili, vynorili sa pocity smútku a hlbšie za nimi sme videli pozitívne pocity a túžbu po blízkosti. Bolo potom jasné, že to bolo temer identické so všetkými zmiešanými pocitmi, ktoré ste mali voči vašej matke. To znie, ako sa to dostáva do hry, v skutočnosti vo všetkých vašich vzťahoch so ženami.“ Táto reanalýza terapeutického procesu je podstatnou k získaniu vhladu a konsolidovaniu procesu zmeny. Okrem toho, ak raz T-C-P spojenia boli urobené, rozlišovanie medzi ľuďmi sa stáva jasnejším.

Pokračovanie v príklade. Pacient bol schopný povedať: „Keď ste ma tlačili, cítil som sa nahnevaný a uvažoval som, že ste boli ako moja matka. Ale moja matka sa nikdy nezaujímalala o moje pocity a ja som cítil, že vy ste sa o ne zaujímali.“

Terapeutický kontrakt. Ak raz proces bol ukončený, môže byť urobený zmysluplný terapeutický kontrakt. Terapeut zdôrazní, že to je začiatková práca a je potrebná ďalšia terapia, ktorá bude ťažkou prácou. Pociť uvoľnenia a oživenia nádeje, ktorý často sprevádza iniciálnu prácu je mocnou motivačnou silou u pacienta. Kontrakt môže byť urobený. Často terapeut odhadne trvanie liečenia, pričom zdôrazňuje, že nie časový limit, ale dosiahnutie terapeutických cieľov je rozhodujúcim faktorom.

Terapeutický tón – jemný ale pevný. Neprišť do argumentácie (hádky), presmerovať pacienta na interný zápas, ktorý prežíva. Pacient sa často identifikuje len s jedným aspektom jeho konfliktu a má tendenciu projikovať druhý aspekt konfliktu do terapeuta, čím sa vyhýba tenzii a diskomfortu z obsiahnutia oboch aspektov zápasu. V IKDP sa snažíme intenzifikovať interný konflikt pacienta. Následná intervencia je určená k dosiahnutiu tohto cieľa:

„Teraz chcete argumentovať so mnou. Ale toto rozhodnutie nie je na mne. Len môžete povedať, či skrývate a prikrývate vaše pocity intelektualizáciou a racionalizáciou. Čo myslíte, je to to, čo sa príhodi so mnou alebo nie?“ Opäť je terapeut pevný, ale nie ostrý a musí byť pripravený „rozšíriť ruku v teplom a blízkosť momentu k pacientovi“ (Malan).

Pokusná terapia

Systém na hodnotenie vhodnosti na liečenie. Je to komplexná a systematická metóda na hodnotenie symptomatických a charakterových ťažkostí, ktoré determinujú nevedomé sily pod týmito ťažkosťami a hodnotenie súčasnej ego-adaptívnej schopnosti pacienta. Hodnotenie trvá 2-4 hodiny a poskytuje príležitosť k hlbokému porozumeniu nevedomým silám zodpovedným za utrpenie pacienta.

Tabuľka č. 1. Spektrum psychopatológie.

Neurotik	Charakterová porucha	Fragilné ego
jednoduchý fokus	multi-fokus	multi-fokus
anxieta striátová	anxieta - hladké svaly	anxieta - kognit. disrupcia
represívne obrany	mix repres. a regres. obrán	regresívne obrany
žiadne obrany proti emoc. blízkosti	mierna úroveň obrán proti emoc. blízkosti	signifik. obrany proti blízkosti
dystónne obrany	syntónne obrany	syntónne obrany
veľmi funkčný	narušené sociálne a zamest. fungovanie	narušenie v self-starostlivosti
veľká motivovanosť	ambivalencia k liečeb. procesu	motivácia závažne kompromisná

Neurotici: malý problém, anxiety pomerne nízka, obrany represívne a typicky dystónne, žiadna bariéra proti emocionálnej blízkosti, terapeut je vnímaný ako užitočný, participujú aktívne, reagujú na intervencie rýchlo. Centrálna dynamická sekvencia sa dostáva ľahko k prelomeniu pocitov, obvykle k signifikantným ľuďom v ich súčasnom živote, so zmysluplnými spojeniami s osobami v minulosti.

Charakterové poruchy: najčastejšie sa s nimi stretávame v dennej praxi. Anxiety je dostatočnej intenzity, ktorú samotné represívne obrany neudržia. V dôsledku toho sa uchýľujú k regresívnym obránam (napr. acting out a externalizácia). Ich charakteristické obrany (ako bezmocnosť alebo vzdor/odpor) rýchlo vytvárajú bariéru proti zmysluplnnej komunikácii a môžu sa stať prekážkou v liečbe. Hoci symptómy môžu byť početné a pomerne závažné, zapríčínujú tiež signifikantný distress a interferujú s fungovaním, poskytovaním reálneho podnetu k práci, ktorý miernejšie poruchy (psychické) neposkytujú. Tento distress môže byť terapeutovým spojencom.

Fragilné ego: tendencia vykazovať určité kognitívne poškodenie, keď sú anxiózní a uchýľujú sa k veľmi regresívnym obránam, ako je disociácia. Majú ťažkosti rozlišovať medzi pocitmi a obranami a dokonca hoci obrany sú odstránené, majú ťažkosti diferencovať medzi rôznymi afektívnymi stavmi. U nich je v trojuholníku konfliktu anxiety, pocity a obrany sú zmiešané a nedostatočne definované. Nie sú vhodnými kandidátmi pre rýchle odkrývanie, keďže ich ego je príliš slabé, aby to vydržalo. Liečenie musí byť zamerané na budovanie ego-štruktúr, ktoré sú pružnejšie a adaptívnejšie ako tie, ktorými súčasne disponujú.

Na ľavej strane spektra - zriedkaví pacienti – majú úzko definovaný problém, pomerne nízku anxiety, ktorá je kanalizovaná do striátového svalstva. Obrany sú represívne a celkom dystónne. Nestavajú žiadnu bariéru proti emocionálnej blízkosti a majú tendenciu vnímať terapeuta ako užitočného (nápomocného). Utilizujú túto pomoc, participujú aktívne pri liečení a reagujú rýchlo na intervenciu. Centrálna dynamická sekvencia sa dostáva ľahko k prelomeniu pocitu, obvykle voči významnému druhému človeku v ich živote, so zmysluplnými spojeniami s figúrami z minulosti.

Častejšie však prichádzajú pacienti s niekoľkými symptomatickými poruchami a významným narušením v sociálnom a zamestnaneckom fungovaní. **Spadajú do stredného spektra** a sú najčastejšími pacientami v dennej praxi. Majú intenzívnejšiu anxiety, ktorú samotné represívne obrany nemôžu zvládnuť. Preto sa uchýľujú k regresívnym obránam (napr. k acting outu a externalizácii). Ich charakterové obrany ako bezmocnosť alebo vzdor (odpor-defiance) rýchlo stavajú bariéru proti zmysluplnnej komunikácii a môžu sa stať prekážkou pri liečení. Hoci symptómy môžu byť mnohé a pomerne vážne, zapríčínujú tiež významný distress a interferujú s fungovaním, poskytujú reálny podnet k práci, ktorý miernejšie formy psychickej poruchy neposkytujú. Tento distress môže byť spojencom terapeuta.

Na pravej strane spektra sú pacienti s fragilitou ega, ktorí spravidla vykazujú kognitívne poškodenie, keď sú anxiózní a uchýľujú sa k veľmi regresívnym obránam, ako je disociácia. Majú ťažkosti pri rozlišovaní medzi pocitmi a obranami, dokonca keď sú obrany odstránené, majú ťažkosti pri diferencovaní medzi rôznymi afektívnymi stavmi. U týchto pacientov je trojuholník konfliktu viac ako kruh konfliktu,

v ktorom sú anxieta, pocity a obrany celkom zmiešavané a nedostatočne definované. Títo pacienti nie sú vhodnými kandidátmi pre typ rýchleho odkrývania, keďže ich ego je príliš slabé, aby to ustálo (vydržalo).

Kontraindikácie - treba zdôrazniť, že žiaden jeden znak alebo symptóm získaný v pokusnej terapii nemôže byť zhodnotený mimo kontextu alebo len sám ako dôvod pre určenie vhodnosti alebo odmietnutia pokusnej terapie. Pacienti môžu mať epizódy disociácie alebo závažnej depresie v ich histórii, ale vykazujú vysoký stupeň motivácie a preukazujú veľkú vnímavosť na liečenie. Kontraindikácie sú pri psychózach, veľkých afektívnych poruchách, závažných poruchách v impulzívnych kontrolách alebo aktívnych stavoch alkoholizmu a drogového zneužívania. Ďalšími kontraindikáciami sú napr. život ohrozujúce stavy, ako je ulcerózna kolitída, ktoré sa môžu vynárať, keď hodnotenie pokračuje a stúpa úzkosť. Každá takáto informácia ukazuje, že je potrebný viac podporitívny prístup.

Reakcia na intervenciu - určiť vhodnosť pacienta na pokusnú terapiu: pacient musí byť vystavený vitálnym ingredienciám liečenia. Centrálna dynamická sekvencia a trojuholníky konfliktu slúžia ako vodidlá v tomto procese. Na každú terapeutickú intervenciu pacient reaguje a jeho reakcia poskytne informáciu so zreteľom na vhodnosť. Terapeut má aktívny postoj, zameriava sa na vnútorný život pacienta a vyzývanie obrán ako vznikajú. Pacient je vyzývaný pracovať na najvyššej úrovni svojich schopností.

Jestvujú tri kategórie reakcie na tento intenzívny a fokusovaný prístup. Pri najvnímavejších pacientoch vedie fokusovanie k produkcii afektívne ladenej nevedomej komunikácie, ktorá ľahko osvetľuje genézu ich neurotického konfliktu. Ďalšou často stretávanou reakciou je zvýšená obrana, obzvlášť vo forme prenosovej rezistencie. Častý je otvorený vzdor a vedomá rezistencia: „Nebudem odpovedať na žiadnu vašu otázku!“ Medzi týmito dvomi extrémami sú tí pacienti, ktorí reagujú zmiešanými pocitmi a obrannými pokusmi vyhýbať sa im.

Tieto reakcie na intervenciu poukazujú na súčasnú úroveň fungovania ega a slúžia ako vodidlá pre ďalšiu intervenciu. V prvom prípade môže terapeut jednoducho pokračovať do interpretatívnej fázy liečenia. V druhom prípade – pri opevnení obranou a mobilizáciou rezistencie v prenose - existuje potreba tlaku a výzvy na obrany. Tretí prípad vyžaduje mix držania na obrane počas povzbudzovania priameho prežívania vynárajúcich sa pocitov.

Literatúra

Z prekladu **P.C. Della Selva**: Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. H. Karnac, 2006.

Do redakcie došlo 4.12.2018.