

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

**Psychodynamika – súčasť či jadro integratívnych prístupov v psychoterapii**

Boris Čech, Alexandra Říhová

Ak nazrieme hlboko do histórie, zistíme, že už lekári v starovekom Grécku sa správali v súlade s modernými psychoterapeutickými princípmi. A psychoterapeutické intervencie sa využívali cielene tiež. Za prvého psychoterapeuta sa považuje Erasistratos (320-250 pr.n.l.). Okrem toho, že sa mu pripisuje prvenstvo v rozlišovaní tepien a žíl, motorických a senzorických nervových vlákien, opísal srdcové chlopne a vyslovil hypotézu o závislosti inteligencie zvierat od počtu a zložitosti mozgových závitov, tiež rozpoznal a napísal, že citové konflikty môžu viesť k zádumčivosti, ktorú má význam liečiť riešením psychogénnej traumatizácie. Konkrétne šlo o vyliečenie Antiochaz depresie vyvolanej nešťastnou láskou.

Tradiční i progresívni psychoterapeuti modernej doby sa snažia hlavne o **racionálny prístup**. Využívajú liečebné postupy založené na vedeckých princípoch a vedú svojich pacientov s profesionálnou podporou.

Psychoterapia ako odbor sa usilovala o dosiahnutie vedeckého prijatia. V dôsledku toho musela ožlieť kultúrnu rozmanitosť a individuálne zvláštnosti. V priebehu vývoja sa vyšpecifikovali tri základné psychoterapeutické smery tak, ako ich označil Karasu (1977): dynamický, behaviorálny a experienciálny.

Prvé koncepty integratívneho prístupu vychádzali od behaviorálnych terapeutov. Lazarus (in Prochaska a Norcross, 1999) v 60. rokoch minulého storočia priniesol teóriu multimodálnej behaviorálnej terapie a vyzýval k „technickému eklekticismu“, čo našlo odozvu aj u mnohých praktikujujúcich psychoterapeutov.

Známi americkí psychológovia a výskumníci Prochaska a Norcross (1999) sa od 80. rokov minulého storočia zasaďovali o eklektický prístup (je pragmatickou kombinácia psychoterapeutických procedúr) a integratívny prístup (ktorý ponúka i konceptuálny či teoretický zámer) v psychoterapii. Mimo iných realizovali i výskum so psychoterapeutickým prístupom, ktorý kombinoval protipodmieňovanie behaviorálnej terapie s predstavami, ktoré vychádzali z psychodynamickej interpretácie skúškovvej úzkosti. Prístup nazvali **dynamickou desenzibilizáciou** a v podstate spájal behaviorálny proces zmeny a psychoanalytický obsah. Výsledky výskumu

ich potešili. Dynamická desenzibilizácia dosiahla vyššiu úroveň generalizácie redukcie úzkosti v porovnaní s tradičnou systematickou desenzibilizáciou. Vnímali to ako jedno z potvrdení, že integračné hnutie je tou správnou cestou ku pozdvihnutiu účinnosti psychoterapie.

Prochaska predstavil svoj vlastný integratívny prístup, ktorý nazval transteoretickou psychoterapiou a Norcross bol jedným z hlavných rečníkov na konferencii v Lyone (1994), ktorá sa konala pod heslom „Psychoterapia druhého tisícročia – prelomenie terapeutických priehradiek“.

Iniciátor premyslenej snahy o teoretickú integráciu Paul Wachtel (in Prochaska a Norcross, 1999) prešiel psychoanalytickým výcvikom a začal pracovať ako psychoanalytik. Pripravoval publikáciu, ktorá mala byť kritickou k behaviorálnemu prístupu - objavil však, že jemu blízke psychodynamické poňatie presne zapadá do toho, čo robí mnoho behaviorálnych terapeutov. Vytvoril prístup, ktorý označil ako integratívna psychodynamická terapia. Jej hlavným rysom je kompatibilita interpersonálnej psychodynamickej psychoterapie s behaviorálnym variantom sociálneho učenia.

Ďalší prominentný výskumník v psychoterapii – Jarome Frank (in Holm-Hadulla, 2017) vyzýval v 90. rokoch minulého storočia k integrácii rozličných metód. Po dekádach výskumu dospel k záveru, že psychoterapia má byť chápaná ako komplexné umenie verbálnej výmeny a porozumenia.

Od 60. rokov minulého storočia prinášajú svoj model integrovanej psychoterapie aj Knoblochovci (1993). Mimo iného poukazujú na fakt, že už v období klasickej psychoanalýzy prichádza k preformulovaniu niektorých zásadných Freudových konceptov. Napríklad „puďenie k opakovaniu“, ktoré Freud vysvetľuje ako vrozený inštinktívny mechanizmus, označuje Harald Schulz-Hencke ako „circulus vitiosus“ a opisuje ho ako interpersonálny jav. Určitá porucha správania jedinca provokuje druhých k takej reakcii, ktorá podporí utvrdenie a zhoršenie pôvodnej poruchy. Poukazuje na jeho všeobecnosť a zdôrazňuje, že sa z bludného kruhu stáva stúpajúca špirála. Jeho výklad je teda kognitívny, skúsenosť utvrďuje jedinca v jeho mylnom úsudku o ľuďoch.

Ukazuje sa, že v psychoterapii zmysluplné a rozumné aplikácie pravidiel pochádzajú z **terapeutickej praxe**, z interindividuálneho a naratívneho procesu vzájomného porozumenia účastníkov psychoterapie (pacienta a terapeuta). Pre zúročenie eklekticismu je rozhodujúcim jeho poňatie v zmysle pozitívnej integrácie elementov rozličných psychoterapeutických škôl, ktoré už samé osebe dokázali svoju hodnotu v praxi.

Psychiatrická klinika FN Nitra, Slovensko a Satalické terapeutické centrum s.r.o., Praha 9, Česká republika

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. Boris Čech, PhD.,  
Psychiatrická klinika FN Nitra, Špitálska 6, 949 01 Nitra  
e-mail: boriscech@gmail.com

Pre **integratívne prístupy** vystupuje potom náročnosť oslobodenia sa z reštrikcií toho-ktorého terapeutického výcviku. Je zrozumiteľné, že začiatočník cíti oporu v stanovených pravidlách. Jeho viera vo filozofiu tej-ktorej psychoterapeutickej školy mu dáva rámec, v ktorom sa v práci pohybuje, aj istotu v intervenciách, ktoré pacientovi prináša.

Prof. Holm-Hadulla je profesorom psychoterapeutickej medicíny na Univerzite v Heidelbergu a tréningový analytik Medzinárodnej psychoanalytickej asociácie. Tiež učí v rozličných psychoterapeutických inštitútoch a roky je na čele tímu psychoterapeutov s rôznym zázemím – humanistickým, kognitívne behaviorálnym, systemickým, psychoanalytickým a existenciálnym. Prof. Holm-Hadulla (2017) pokladá individuálnu skúsenosť za kardinálny faktor v psychoterapii. Opierajúc sa o svoje dlhoročné psychoterapeutické a poradenské skúsenosti zostavil integratívny model „**ABCDE model**“, ktorý pozostáva z takýchto 5 princípov:

**A-liancia:** vytvorenie produktívneho terapeutického vzťahu,

**B-behaviour:** modifikácia dysfunkčného správania,

**C-ognitions:** korekcia nevhodných kognitívnych konceptov a emočných schém / zmena dysfunkčných postojov a viery,

**D-dynamics:** vyriešenie nevedomých konfliktov,

**E-xistencialita:** bytostnosť umožňujúca porozumenie a komunikáciu.

Za dôležité pokladá poznamenať, že nie všetky princípy zohrávajú rovnakú rolu pre všetkých pacientov v priebehu ich terapie.

Proces psychoterapie opisuje nasledovne: Bežne psychoterapeutický proces začína vytvorením **terapeutického vzťahu (A)**. Potom rešpekt, záujem, empatia a profesionálne zameranie formujú základ pre podporné a stabilizujúce interakcie, ktoré poskytujú nádej pre budúcnosť. A táto úroveň je často nasledovaná intervenciami zacielenými na **zmenu správania (B)**. To potvrdzuje pacientovi správnosť jeho rozhodnutia pre terapiu. A verbálna výmena nevyhnutne a spontánne ponúka pacientovi aj model, v ktorom sa on môže angažovať. Viac či menej automaticky sa vyvíja aj **vyjasnenie dysfunkčných postojov a viery (C)**. Zmenené hodnotenia, postoje a pôvodné predsudky kolidujú a tak ukončia dysfunkčné vzorce „vytesané do kameňa“. Konfrontácia medzi pacientovými konštrukciami reality a názormi terapeuta - vedecky podloženými a skúsenosťou formovanými – vedie k prospešným vhl'adom. Vytvára sa rámec dôverného rezonovania, a tak i čas na odohranie **nevedomých vzťahových konfliktov (D)** - vo forme prenosu, protiprenosu a ich detailnej analýzy, čo môže byť pre nie dynamické smery akákoľvek výzva ku vstupu pacienta do kreatívneho dialógu s prostredím. Základom je aj na tejto úrovni verbálna výmena, komunikácia a porozumenie – ktoré sú nosnými prvkami nasej **existencie (E)**.

Pri podrobnejšom predstavení jednotlivých princípov zdôrazňuje Holm-Hadulla (2017):

**A)** Význam terapeutického vzťahu pre terapiu, ako aj to, že sa rozvíja od starostlivosti, ktorú sme dostali od rodičov. Tiež hovorí o tom, že proces vzťahovania zahŕňa „medzihru

s oboma pólmi – konštruktívnou i deštruktívnou silou“. Prináša aj príklad z Freudovej praxe – stretnutie s Margarete Walterovou – u ktorej fakt, že niekto o ňu prejavil záujem, že sa cítila konečne akceptovaná, mali veľký význam v terapeutickom procese.

**B)** Behaviorálne intervencie sú spájané s intelektuálnym, tak i emocionálnym a nevedomým procesom. Dokladá, že ani S. Freud (in Holm-Hadulla, 2017) sa nikdy nevyhýbal behaviorálnym intervenciám. Opäť pri stretnutí s Margarete Walterovou dával priame rady vo veciach správania, poukazoval na dysfunkčné postoje: mala sa prestať sťažovať a začať rozvíjať vlastnú osobnosť, napĺňať vlastné túžby, mala sa začať správať rozhodne a rezolútne – napr. pri návštevách kina s otcom jej odporučil, aby napriek otcovmu odchodu, zotrvala v kine aj pri milostných scénach.

Poukazuje na fakt, že v úvodných sedeniach môže behaviorálna terapia viesť k zmene vyháňavých stratégií pacienta, čo je nápomocné procesu terapie. Priniesť návrh pravidiel na zmenu správania nevníma ako škodlivé, aj keď hlavný terapeutický fokus je zameraný na spomienky, sny a vzťahové problémy. Individuálne sedenia môžu byť využité aj na reflektovanie správania, postoja pacienta formovaného nevedomím, v ktorom sa môže odrážať nevedomý konflikt.

Pri reflexii tohto aj samotné behaviorálne intervencie môžu byť nápomocné. Uvádza príklad pacienta, ktorý má konflikt s autoritou otca, čo je dôvodom, že zanedbáva svoj talent a neštuduje. Vraj, prečo by nebolo vhodné dať mu efektívne rady k jeho správaniu? Doslova tvrdí, že uvedené intervencie nenarušia psychodynamickú prácu, naopak veľa pacientov sa cíti podporených. Potom viac veria terapeutovi a sú koncentrovanejší v práci na vnútornom konflikte.

**C)** Pri korekcii nevhodných emočných schém a kognitívnych konceptov odkazuje na Epikteta (Epiktetos - starorímsky filozof) „nie udalosti zasiahnu ľudí, ale to, ako ľudia pošliadia tie udalosti“.

KBT – terapeuti sa sústreďujú na systematickú modifikáciu dysfunkčných vzorcov vnímania, myslenia a postojov. Bežne to už nie je uskutočniteľné bez ocenenia nevedomého procesu, ktorý konštantne ovplyvňuje naše myslenie a cítenie – o čom svedčia aj neurovedecké dôkazy a čo aj skutočne v istých formách behaviorálnej terapie existuje. Niektorí používajú priame behaviorálne modifikácie a intelektuálne reflexie, iní dávajú priestor voľným asociáciám, snom a fantázii.

**D)** Psychodynamika zachytáva dôležitosť nevedomých psychických procesov, patologických konfliktov derivovaných súhrou dyspozičných faktorov a (opakovanej) traumatickej skúsenosti, dôraz sa kladie na zachytenie a porozumenie prenosu, protiprenosu.

**E)** Existenciálna dimenzia je fokusovaná na pozíciu jedinca vo vzťahu k svetu, spracováajúca témy smrti, slobody, zodpovednosti, izolácie, kreativity či významu života. Kľúčovú rolu pre ľudskú existenciu majú porozumenie a komunikácia. Od počiatku histórie ľudstva jednotlivci komunikovali o sebe, ich mieste vo svete v zmysle mýtov, náboženstiev a iných príbehov. Mýty ľudstvu dodali potrebné spoločenské väzby. Kým samotná ľudská evolúcia postupovala svojím obvyklým slimačím tempom, ľudská predstavivosť

budovala sieť nevidanej masovej spolupráce na celom svete (Harari, 2018).

Psychoterapia umožní existenciálny kontakt s významom v minulosti, súčasnosti a obrazom budúcnosti.

Filozofický koncept zmieneného modelu sa opiera o **hermeneutiku**, tá pozostáva z 3 kľúčových bodov, tak ako ich približuje Holm-Hadulla (2017):

1. **História** – znamená, že my všetci sme časťou historického vývoja, ktorý určuje cestu ako myslíme a cítime. Preto sa všetky psychoterapeutické školy zaujímajú o pacientove spomienky. A len vo vzdialenosti láskavo udelenej históriou vieme porozumieť skoršiu skúsenosť. Psychoterapia nám môže pomôcť získať vlastníctvo nad našou vlastnou históriou a cítiť sa tak viac celostne.

2. **Jazyk** – zahŕňa všetky formy ľudskej expresie/ vyjadrenia. Ako ľudia nemáme na výber, musíme sa vyjadrovať. Byť vidieť a reagovať na to, je základná ľudská potreba. A táto potreba potom využíva jazyk vo všetkých jeho formách (verbálny prejav, umenie, výtvarné, hudba, tanec, mimika, gestika...). Jazyk nie je len nástrojom, je kompendiom skúseností, do ktorej sme sa narodili. Jazyk nás obaluje a uzemňuje. Svoju cestu vo svete nachádzame prostredníctvom jazyka.

3. **Intersubjektívna skúsenosť** – rýdze porozumenie je jadrom zdieľanej skúsenosti. Pokiaľ sa vytvorí dôverná terapeutická aliancia, pacient ventiluje na terapeuta svoje myšlienky, fantázie, nálady, ktoré od neho dostáva späť v novej zrozumiteľnej forme. To je to, čo sa nazýva mentalizáciou, tzn. porozumenie pocitom, mysleniu, módom skúseností v procese dynamickej intersubjektivity.

Margaret Walterová povedala, že interview s Freudom ju „otvorilo“ a „umožnilo stať sa jej sebou samou“. Freud poskytol rozhodujúci impulz a uvoľnil ju „k slobode ísť kamkoľvek chce“ (Roos, in Holm-Hadulla, 2017). Pacienti opísaní Holm-Hadullom (2017) boli schopní prežiť prospesný účinok dialogického porozumenia. Viedlo to ku kreatívnej transformácii rozkolísanej nálady, úzkosti a vzťahových problémov. Viedlo to ku zvýšeniu ich emočnej a kognitívnej koherencie. Holm-Hadulla vyzdvihuje akt kreatívneho stretnutia, ktorý je podľa neho i základným integrujúcim činiteľom rôznych psychoterapeutických prístupov.

Na doloženie teórie zmieneného modelu predstavíme 2 kazuistiky. Prvá je zo psychoterapeutickej praxe profesora Holm-Hadullu a druhá odzrkadľuje prácu autorky.

### Kazuistika 1

Mária je 28-ročná žena, ktorá vyhľadala terapiu pre výrazné zhoršenie stavov úzkosti a nervozity spojenej s palpitáciami, tremorom a zvýšeným potením. Ostávala plachá a chvíľami sa cítila skutočne zúfalá. Úzkosti ju trápia už roky, vždy mala problém nadväzovať nové vzťahy. Aj malé zmeny v okolí jej spôsobovali pocit bezmocnosti. V škole sa červenala, keď sa jej učiteľ niečo pýtal. Mala roky trvajúci strach ostať sama. Vyhýbala sa lietaniu. Posledné týždne to bolo skutočne zlé. Budila sa na nočné mory, kedy jej rodičia

umierali, ich dom horel... Mala nasadené benzodiazepíny, ale tie nie sú dlhodobým riešením. Trpela stále infekciami, vyrážkami aj bolesťami chrbta. „Všetko šlo prudko z kopca.“ A to práve rozbehla úspešnú kariéru pianistky. Strach z lietania ju výrazne limitoval. Úzkosti dávala do súvislosti s opustením domova.

Detstvo opisovala ako „nádherné“, s rozžiarenými očami hovorila o milujúcej matke. Po pár sedeniach podávala aj iné informácie. Matkinu tehotenstvo s jej mladšou sestrou bolo veľmi komplikované. Mama bola často chorá a nemala na ňu veľa času. Sama si to nepamätala, ale otec jej o tom rozprával. Po narodení sestry mama všetku pozornosť venovala sestre. Sestra bola postihnutá a bolo okolo nej ozaj veľa starostí. Máriina prvá spomienka na sestru bola, ako jej rozhadzuje hračky a všetko rozbíja. Cítila sa celkom bezmocná, nedokázala nič urobiť a nemohla prejaviť ani hnev či odpor.

Keď mala Mária 6 rokov, matke sa narodila tretia dcéra. Mária sa „vrhla na ňu a nenechala nikoho iného, aby sa o ňu staral“. Bola hrdá na to, že „vždy bola, ako jej matka“.

Pubertu mala veľmi nenápadnú, len vývoj sekundárnych pohlavných znakov ju zaskočil. Doteraz ich vníma ako niečo cudzie. „Skutočne uprednostňovala byť dieťaťom“. Bola veľmi dobrá v škole, čo mamu vedelo potešiť. Hudobné nadanie sa u nej prejavilo zavčasu a smerovalo ju k štúdiu hry na klavír. No vždy mávala pri vystupovaní pred publikom „pocit vznášania sa vo vákuu a straty kontaktu so zemou“.

Mama bola úspešná lekárka, až veľmi oddaná svojej profesii. Otec – právnik bral veci viac pohodovo, nikdy sa nešiel „zodrat až na kosť“. Mária je veľmi šarmantná, s veselými žiarivými očami. Neskôr odhalila svoju plachosť, neschopnosť a sklúčenosť. Terapeut mal pocit, že vtedy akoby vstúpila do svojej ríše tieňov, čo silne kontrastovalo s jej predchádzajúcou jasnou stránkou. Pôsobila naňho ako milá, dobre vychovaná dievčina, ktorej hlavná obava je, aby bola príjemná pre druhých. Postupne priznávala, že vášnivú stránku svojej povahy zažíva ako ohrozujúcu.

Opisovaním celého sledu katastrof, ktoré zažívala v snoch sa dostáva k **pocitom opustenia a osamoteniu**. Uvedomuje si, že kariéra pianistky znamená opustenie mnohých vecí a najmä rodičov, tiež vzťahu s mužom, o ktorého až tak nestojí, ale nevie ho opustiť, lebo by sa cítila ešte viac osamotená. Nezávislosť je pre ňu synonymom opustenia a izolácie.

Konfliktná situácia je stále viac zrejmalá. Na jednej strane berie **ponuky koncertov v zahraničí, na druhej strane nie je ochotná zanechať lekcii klavíra, ktoré dáva doma**. Táto ambivalencia je charakteristická aj v rovine jej ženskosti. Na jednej strane chce byť láskavým, starajúcim sa dievčaťom, ktorým vždy bola, na druhej sa intenzívne uchádza o obdiv a ocenenie.

Prináša sen: *Je celkom zúfalá, lebo počas koncertného turné zabudla na to, že jej rodičia a manžel zomreli*. Aj tento sen ukazuje na **konflikt medzi autonómiou a závislosťou**.

Po úvodnom stretnutí pacientka rozobrala s terapeutom **praktické rituály** dňa tak, aby dokázala zvládnuť svoju úzkosť. V prítomnosti terapeuta si predstavuje ohrozujúcu situáciu a objavuje spôsoby ich zvládania. Terapeut ju tiež povzbudzuje k dlhým vychádzkam a relaxačným cvičeniam, ktoré jej v minulosti pomohli. Pacientka sa postupne cíti bezpečnejšie.

Zvyšuje sa jej odvaha k vnímaniu potlačených túžob a nevedomých pudení. Úzkosti sa zmierňujú.

Uvedomila si, že v skutočnosti **nemá strach z lietania, ale má strach zo straty**, ktorý ju okupoval celý život. Je spokojná, že sa v terapii môže „slobodne vyhrať so svojimi túžbami, nádejami a strachom“.

Z terapeutovho hľadiska jej naučené rituály pomohli k redukcii úzkosti a strachu z lietania, ale hlavná vec pri tom bola, že **našla priestor, v ktorom mohla vnímať potlačené túžby**, stretla sa s existenciálnymi konfliktami ako s **rivalitnými nárokmi** ostať v pohodlí domova, či odísť dobíjať svet. Tiež, či sa stať matkou, alebo rozvíjať kariéru pianistky. Získala väčšiu sebadôveru a jej profesionálna kariéra ju vytiahla do zahraničia.

Po 2 rokoch poslala terapeutovi oznámenie o narodení dcéry a pripísala, že zmenila životný kurz, učí a je veľmi šťastná. Retrospektívne považovala za najviac terapeuticky nápomocné mať príležitosť k rozhovoru v bezpečnej atmosfére, kde mohla povedať všetko, čo sa jej páčilo.

## Kazuistika 2

Filip je 40-ročný muž, učiteľ matematiky, športovec. Pár mesiacov pred vstupom do terapie sa oženil. S manželkou čakajú dieťa. Jeho problém je **nutkavé kontrolovanie**. Nie si je istý, či vypol všetky spotrebiče v domácnosti, či je vypnutý sporák, rúra, hriankovač, mikrovlnka... nemôže ísť spať, opakovane chodí a kontroluje znova a znova. Aj keď si ľahne, stále to premieta v hlave, má poruchy spánku, niektoré noci nespí vôbec. Má pocit, že mu ide o život, cíti ohrozenie v súvislosti s pochybnosťami o odkontrolovaní všetkých spotrebičov. Je to prítomné posledné tri roky vždy v domácom prostredí. Po prechodnom zlepšení vplyvom **behaviorálnej** terapie sa opäť postupne intenzita nutkania zvyšuje. Deje sa mu to doma, kde cíti zodpovednosť na svojej hlave. V cudzom prostredí napr. počas dovoleniek nie. Lieči sa psychiatricky a psychoterapeuticky epizodicky posledných 8 rokov. Ťažkosti začali úzkosťou, ktorú pociťoval v období, keď chcel vystúpiť z cirkvi, v ktorej bol 10 rokov členom. Cítil sa vtedy pod tlakom, svojim odchodom nechcel nikomu ublížiť. V cirkvi ten pocit nezažíval, viera mu dávala istotu, že je niekto nad ním, ale cítil sektárstvo, čo mu nebolo príjemné. Pred 3 rokmi sa chystal na konkurz na miesto, na ktorom mu veľmi záležalo. Neuspel, skončil na druhom mieste. Bol vyčerpaný, nevedel spať, zúskostnel a objavili sa obsesie i kompulzie kontrolovania. Bolo to vždy sýtené strachom, že niekomu či sebe ublíži. Pri zintenzívnení ťažkostí bol odporúčaný na psychoterapiu. Pre psychodynamiku životného príbehu Filipa je dôležité, že ako 2-ročného ho rodičia priviezli k babičke na opatrovanie počas asi 1 roka. Rodičia za ním dochádzali vždy na víkend. Babičku vnímal ako chladnú, odťažitú a odlúčenie od matky znášal zle. Pri odchode rodičov od babičky ho dospeli vždy zaujali tak, aby si odchod rodičov nevšimol. Snažil sa ustriechnuť, keď budú chcieť odísť, ale vždy ho preľstili.

Obsedantná symptomatika u Filipa by mohla súvisieť so silnými agresívnymi impulzami voči rodičom, keď ho opúšťali. Tie ohrozovali jeho self. Obsedantnými úkonmi chráni seba aj svoje okolie pred tými agresívnymi impulzami. Mô-

žeme ich vnímať ako kompromisné riešenie medzi impulzami, ktoré nie je možné pripustiť a obranou proti týmto impulzom. **Agresia** má pri obsedantných poruchách významné postavenie. Freud (in McWilliams, 2015) hovoril o ustrnutí v análnom štádiu vývoja, a dôraz pripisoval hlavne agresívnej hnacej sile. Terapeuti môžu u obsedantného človeka cítiť prítomnosť reaktívneho hnevu, ale pacient ho obvykle popiera. Zodpovedá to aj podielu obranného mechanizmu, ktorý obsedantný človek využíva. Tým je **izolácia afektu**. Lepšie fungujúci obsedantní jedinci uprednostnia zrelšie podoby oddeľovania emócií – a to racionalizáciu, moralizovanie, oddeľovanie, intelektualizáciu ako aj reaktívny výtvor. McWilliams (2015) zdôrazňuje, že obsedantní ľudia majú tendenciu odsúvať svoje pocity do nimi znehodnocovanej oblasti spojenej s detinskosťou, slabosťou, stratou kontroly, zmätkom a u mužov i neprijateľnej ženskosti. Na jednom z nasledujúcich sedení zadala autorka Filipovi tému Okraj lesa (KIP). Chcela osloviť tému agresie.

V imaginácii sa dialo nasledovné: *Filip vidí okraj smrekového lesa, sú tam stredne staré stromy. Les už má niečo za sebou. Je leto alebo jeseň. Je počuť veľa vtákov. Les je dosť hustý, ťažko priestupný... Má zadanú inštrukciu počkať, či niečo z lesa vyjde. Zazrel medveďa – je to dobrý medveď, priateľský, má vystreté horné laby, stojí na zadných. Ponáhľa sa k nemu, chce mu niečo povedať, nejakú informáciu. Filip z neho vôbec nemá strach. Keď má ponúknuť medveďovi niečo na žranie, zbadá hrib, ale o ten medveď nejavi záujem. Keď je však na všetkých štyroch labách, už je to šelma, treba sa jej báť. Ďalej hľadá, čím by ho mohol nakrmiť. V batochu nájde salám. Medveď je stále nespokojný. Niečo chce, ale Filip nevie čo. Zrazu vidí, že medveď je priviazaný na reťazi. Štve ho tá reťaz, pomohlo by odviazať ho. Medveď sa chce odpútať... možno... Filip dostáva inštrukciu skúsiť uvoľniť reťaz. Reťaz je veľká a k niečomu priviazaná... nie je vidno, kde končí. V pozadí je rieka a cez ňu pontónový vojenský most. Ten spája jednu časť lesa s druhou. Filip zatiaľ nevie ako medveďa uvoľniť. Potom zbadá, že medveď je priviazaný k stromu. Reťaz omotaná okolo vetvi. Odmotá ju. Medveď je uvoľnený, teraz chce, aby šiel s ním. Filip sa cíti dobre s medveďom. Medveď ťahá reťaz po zemi, idú k rieke. Filip pomôže medveďovi s reťazou cez riekou. Za mostom sa medveď rozbehne preč. Reťaz už neťahá za sebou. Chce byť sám, tak beží preč.*

Na ďalšiu terapiu priniesol Filip obrázok, ktorý je rozdelený na 3 časti:

1. zachytáva medveďa pripútaného reťazou k pevnému bodu v zemi; Filip zažíva pocity ľútosti, smútku, tiesne, zúfalstva a hnevu; hnev má Filip v živote spojený so zúfalstvom;
2. vidno medveďa pripútaného reťazou omotanou okolo vetiev stromu;
3. medveď je voľný, bez reťaze beží preč.

Nechávame pacienta asociovať k hnevu: Pri hneve cíti bezmocnosť. Hnev dokáže vypustiť v aute, alebo doma nad písomkami, ktoré opravuje. Tento hnev nie je konfrontačný, je „bezkontaktný a zúfalý“. Hovorí, že jeho „nádoba zlosti je preplnená“, že má „chuť niekomu rozbiť hubu“. Hoci máva veľké impulzy hnevu, nikdy nevybuchne. Kontroluje impulzy, aby neublížil.

Spontánne sa vracia k obrazu KIP. V krajine je niečo rušivé, je to ten studený oceľový vojenský most. Spája dve časti lesa. Objavil sa tam vtedy, keď bol medveď na reťazi. Krajina je narušená a medveď je na reťazi. Tu sa mu vynára spomienka na pobyt u babičky. Narušená krajina mu pripomína narušený vzťah k matke. Mama ho na rok odložila k „studennej“ babičke. Most je symbolom vzťahu – umožňuje mu vzdáľovanie a približovanie. Pacient hovorí, že jeho životnou témou je **citlivosť na vzťahy**. Vzťahy má nadštandardne dobré vďaka svojej citlivosti na ne. Obáva sa, aby neboli porušené.

Medveď má reťaz, tá ho ťaží. K tomu pacient asociuje: reťaz je ťaživá kontrola. Čo oko reťaze na medveďovi, to Filipov jednotlivý kontrolný úkon. Zachytávame zrejmu paralelu.

Tesne po KIP imaginácii okraju lesa má pacient sen: *Je s manželkou u babičky. Boli na kurze tanca, ktorý sa konal v súkromnom rodinnom dome. (V skutočnosti partnerke sľuboval, že ju vezme tancovať, ale zatiaľ sa to nenaplnilo. Partnerka nevie tancovať.) V sne s ľahkosťou tancovala, spolu im to išlo hladko. V šatni, kde sa prezliekali, utiekol had. Povedal: „No s hadom tu nebudeme!“ Majiteľka to neriešila. V sne ho napadalo: Čo keď had vlezie do tašky? Mohol by ohroziť partnerku alebo dieťa v maternici. V hlave rieši, kde je had. V predstavách prechádza jednotlivé miesta tak, ako keď kontroluje spotrebiče. Had je nepríjemný, nepekný.*

Had je aj symbolom mužskej sexualita. K tomu pacient hneď hovorí: „Vždy som bol hanblivý, mal som strach zo zosmiešnenia. Nevieť úplne uvoľniť svoju pudovosť. Cítim obavy.“

Téma agresie je v terapii prítomná aj vo zvyšných pacientom prinesených snoch: *Cestoval autobusom na miesto, kde bývajú jeho rodičia. Mal asi 10 rokov. Bola už noc, všetko pôsobilo veľmi tajomne. Mal z toho taký divný pocit. Všimol si chlapa asi 25-ročného, sediaceho v autobuse, ktorý ho pohľadom sledoval. Mal z neho strach. Keď na zastávke vystúpil, chlap šiel za ním. Dobehol ho a snažil sa mu prihovoriť, bol to gay. Filip v sne cítil obavy.* Ku snu asociuje: Vníma toho 25-ročného chlapa ako súčasť seba, ale nevie prijať túto svoju „nemužskú časť“. Má obavy, že neobstojí v „agresívnom mužskom svete“, nie je na to pripravený.

Hneď potom sa mu sníval druhý sen: *Zbadal na zemi PET fľašu. Kopol do nej. Zo švandy jej povedal: „Ty za to môžeš.“ Akoby bola živá. Zrazu sa zväčšovala. Kopol znova. PET fľaša sa odrazila a letela naňho veľkou rýchlosťou. Zohol sa, preletela nad ním.* Ku druhému snu ho napadá, že v reakcii na jeho agresiu, sa voči nemu prejaví ešte väčšia agresia.

Deskriptívny klinický obraz obsedantnej poruchy je Stavrosom Mentzosom (2012) opísaný takto: Postihnutý človek má silné nutkanie robiť obsedantné úkony. Pokiaľ sa tomu snaží odolať, dostaví sa silné a nepríjemné vnútorné napätie a úzkosť. Stav úzkosti je spravidla sprevádzaný obavami, že sa v prípade nevykonania nutkavých úkonov niečo stane nejakej inej osobe. A za takéto opomenutie by sa pacient cítil vinný. Obraz dopĺňajú rôzne kontrolné protiopatrenia, ktoré majú zamedziť nepríjemným dôsledkom. Mobilizované protiopatrenia majú často symbolický či magický charakter. Mobilizácia nutkavých opakovaní a kontroly je z hľadiska psychodynamiky zjavne súčasťou ontogeneticky starších kontrolných a obranných mechanizmov pre prípad závažne poškodennej kohézie a identity self. Magické jednanie neslúži ani tak k pseudoriešeniu konfliktu ako skôr stabilizácií self,

prípadne obrane pred hlbším vnútorným a vonkajším nebezpečenstvom.

V klinickom obraze Filipa sa pri kontrole spotrebičov objavuje jeho **nedôvera voči vlastnému vnímaniu**. Tu môžeme postaviť dynamickú hypotézu práve na neschopnosti pacienta opakovane ustriechnúť odchod rodičov/ matky. Podobnú neschopnosť v súčasnosti pacient zažíva pri snahe vnímať, zafixovať a zapamätať si aktuálny stav a okolnosti. Opakovane sa vracia k spotrebičom, pochybuje o ich správnom vypnutí, cíti ohrozenie z toho, že niečo prehliadol.

K tejto problematike stanovujeme fokusovú vetu: „Som úzkostný, neverím svojmu vnímaniu a neustále musím kontrolovať, pretože v ranom detstve som nedokázal opakovane ustriechnúť odchod svojej mamy.“

Spracovávanie aktuálneho konfliktu s nevedomou dynamikou pacienta má i rozmer kognitívneho prerámcovania strachu z nevypnutých spotrebičov na úzkosť, ktorá súvisí s pacientovou biografiou a vnútorným konfliktom.

Čo sa týka **ABCDE modelu**, môžeme sa pokúsiť vzťahovať údaje z terapeutického procesu k jeho jednotlivým princípom:

- A. vrelý terapeutický vzťah, vysoká angažovanosť pacienta (žiada a chodí 2x v týždni, v sedeniach je veľmi produktívny, prináša veľa obrazov), citelná ústretovosť pacienta sa dá vnímať ako reaktívny výtvor vo vzťahu k nevedomým agresívnym impulzom;
- B. snaha po zmene dysfunkčného správania, znižovanie počtu kontrol, relaxácia;
- C. ponuka kognitívneho prerámcovania situácie strachu – zo spotrebičov na strach z ohrozenia z vlastných agresívnych impulzov;
- D. nevedomá dynamika, strach z opustenia rodičom v kritickom období a ohrozenie self agresívnymi impulzami z toho plynúcimi;
- E. zážitky existenciálneho ohrozenia, otázky viery, ambícií a zodpovednosti so schopnosťou prežiť a primerane prejavovať hnev.

Problematika agresie u Filipa bude v terapii určite ďalej spracovávaná, či už v súvislosti s jej pôvodom (viď fokusovú vetu), či v súvislosti s obrannými mechanizmami a stratégiami, ktorými Filip ku nej pristupuje. Cieľom je, aby sa agresia mohla stať viac vedomou a prítomnou v prežívaní pacienta. „Zvedomovanie“ obrán, ktoré tomu bránia cez verbálne spracovanie situácií zo života, cez sny a imaginácie je obsahom prepracovania Filipovej nevedomej problematiky.

## Záver

Profesor Holm–Hadulla (2017) nabáda absolventov psychoterapeutických výcvikov rôznych škôl k spolupráci. Dáva mu zmysel, keď frekventanti psychodynamických výcvikov navštevujú aj hodiny kognitívneho či systemického prístupu. Čo samozrejme platí aj naopak. Vníma ako veľmi užitočné, pokiaľ necháme rozvíjať existenciálny a kreatívny progres u našich pacientov, na rozdiel od koncentrovania sa na ochorenie

špecifické prístupy a úzko definované metódy. To ako integratívny prístup v praxi vyzerá závisí od teoretického základu, z ktorého terapeut vychádza.

Počas našej psychodynamicky orientovanej praxe sme mali možnosť robiť zážitkovú terapiu v skupine kognitívne behaviorálneho výcviku či supervízie frekventantom výcviku v relaxačnej a symbolickej terapii. V oboch týchto prípadoch sme sa spoločne so skupinou zhodli na tom, že stretnutie rôznych smerov bolo mimoriadne prínosné pre obe strany. V cvičnej terapii si budúci KBT terapeuti veľmi rýchlo „nabehli“ v rámci skupinovej dynamiky do nevedomo podmienených interakcií, ktorých objavovanie a spracovávanie – aj keď nie vždy spojené s príjemným prežívaním - vnímali ako vzrušujúce a obohacujúce. Pre nás bolo podnetným, ako prinášali behaviorálne intervencie k redukcii negatívnych emócií. Psychodynamika, ktorá sa odkryla v supervízii kazuistických prípadov druhej skupiny frekventantov často korešpondovala s prinášanou symbolikou, prístupom ich klientov k relaxácii alebo schopnosťou či neschopnosťou týchto klientov relaxovať.

Z pohľadu psychodynamického terapeuta je spracovanie nevedomej dynamiky ťažiskom a náplňou terapie. Rovnako špecifikom dynamických terapeutov v integratívnom prístupe je spracovávanie nevedomej dynamiky a to tvorí skutočne i jadro terapie. Bežne pri tom reflektujeme správanie pacienta a môžeme tiež využiť behaviorálnu intervenciu či kognitívne prerámcovanie, prácu so symbolmi či riadenú imagináciu pokiaľ je v súlade so zachytenou psychodynamikou a nebráni prejavu a spracovaniu prenosu. Ale to sa už z hľadiska dynamických princípov niekedy dostávame na tenký ľad.

Máme za to, že integratívny prístup terapeutov iných škôl bude odlišný práve v miere použitia špecifických prístupov a váhe, ktorú princípom tej ktorej psychoterapeutickej školy prikladajú.

## Literatúra

**Fonagy, P., Target, M.:** Psychoanalytické teórie. Portál: Praha, 2005, s. 56 a 103.

**Harari, Y.N.:** Sapiens - stručná história ľudstva. Aktuell: Bratislava, 2018, s.106.

**Holm-Hadula, R.M.:** The recovered voice. Karnac Books, Ltd.: London, 2017, s. 27-31 a 108-124.

**Karasu, T.:** Psychoterapia. 1977, samizdat, s.10-13.

**Knobloch, F., Knoblochová, J.:** Integrovaná psychoterapie. Grada: Praha, 1993, s.16-17 a 38.

**McWilliams, N.:** Psychoanalytická diagnóza. Portál: Praha, 2015, s. 294 a 296.

**Mentzos, S.:** Přehled psychodynamiky. Portál: Praha, 2012, s. 95-99.

**Prochaska, J.O., Norcross, J.C.:** Psychoterapeutické systémy. Grada publ., 1999, s.10, 367-368 a 378.

*Do redakcie došlo 20.11.2018.*