

*Prehľadová práca***Nové trendy v psychoterapii**

K. Krippner

New trends in psychotherapy**Súhrn**

Analýza súčasnej psychoterapie nás vedie priamo k téme „Nové trendy v psychoterapii“, ktorá by mala doložiť, ako na hranice klasických metód pôsobia výsledky výskumov terapie na strane jednej a skúsenosti na strane druhej. Vzniklo mnoho terapeutických škôl. Mnoho aspektov, ktoré sme v zavedených terapeutických metódach nenachádzali, sa stalo centrálnymi bodmi vlastných terapií.

Kľúčové slová: psychoterapia, nové trendy v psychoterapii

Summary

Analysis of current psychotherapy clearly shows „New trends in psychotherapy“, which should state how the results of therapeutic studies on one side and experience on another side affect the classic methods. Many therapeutic schools have emerged. Many aspects, not found in established therapeutic methods, became the key points of new therapies.

Key words: psychotherapy, new trends in psychotherapy

Asi 35-ročná pacientka vyhľadala psychoterapiu, pretože mnoho rokov trpela nočnými morami, intrúziami, úzkosťou, sexuálnymi poruchami, pocitom bezcitnosti a mnohými ďalšími ťaživými symptómami. Pre vstup do terapie sa rozhodla po tom, keď bol aj jej nový vzťah ohrozený rozpadom. Doteraz si nebola schopná udržať nejaký vzťah dlhší čas. Sklon k zneužívaniu trankvilizérov navyše negatívne ovplyvňoval jej práceschopnosť a hrozilo jej prepustenie zo zamestnania. V podstate však touto symptomatikou trpela „kam až moja pamäť siaha“ (cit. pacientky).

Z anamnézy získanej počas úvodných rozhovorov upútava pozornosť dlhoročné pohlavné zneužívanie otcom, ako aj nevlastným bratom. Anamnéza, až ku skutočným prešlapom vo veku 9–14 rokov, je bohatá na známky tzv. borderline poruchy osobnosti a posttraumatickej stresovej poruchy.

Pacientka teda v najvlastnejšom zmysle slova trpela, mala ťažké psychické ochorenie a naliehavo vyžadovala psychote-

rapeutickú pomoc. Patrila ku skutočne častej skupine pacientov a bolo nevyhnutné zväziť, ktorá terapia by v tomto prípade bola vhodná. Každý terapeutický smer by síce tvrdil, že by s takýmto klinickým obrazom dokázal narábať, realita je však iná. Posttraumatická stresová porucha napríklad podľa formálnych kritérií psychoterapeutických Smer- níc Spolkového výboru lekárskeho a nemocničných pokladní Nemecka nepatrí k hrađeným klinickým obrazom. Vieme však, že pre takúto pacientku sú nevyhnutné modifikácie a rozšírenie obvyklých postupov, ako je psychoanalýza alebo behaviorálna terapia. Otázka, ako by mala vyzeráť taká terapia, nás vedie priamo k téme „Nové trendy v psychoterapii“, ktorá by mala doložiť, ako na hranice klasických metód pôsobia výsledky výskumov terapie na strane jednej a skúsenosti na strane druhej. Vzniklo mnoho terapeutických škôl. Mnoho aspektov, ktoré sme v zavedených terapeutických metódach nenachádzali, sa stalo centrálnymi bodmi vlastných terapií. Uvedme napríklad fokusing, telesné terapie, gestaltterapiu, tanečnú terapiu a ďalšie metódy. Iný smer sledoval napríklad Grawe, ktorý so svojimi spolupracovníkmi vyhodnotil 20 000 štúdií a odvodil z nich všeobecne

Nemecká spoločnosť pre katalýmne-imagitativnu psychoterapiu
Adresa: K.J. Krippner, Dr. med., Wiesenstrasse 19–21, 584 52 Witten, Nemecko

účinné faktory, akúsi esenciu zo všetkých terapeutických metód, aby z nich rozvinul jednotnú metódu, čo na prvý pohľad pôsobí lákavo. Túto terapiu potom označuje ako „všeobecnú psychoterapiu“. Dovoľte mi teraz v krátkosti načrtnúť základné rysy tejto všeobecnej psychoterapie, pretože táto terapia má nesmierny vplyv na rozvoj psychoterapeutických smerov.

Grawe vychádza z toho, že pacient v prvom rade neprofituje z behaviorálnej alebo psychodynamickej psychoterapie, že teda nejde o priradovanie určitých klinických obrazov určitým liečebným metódam. Mohlo by sa predsa zdať, že napr. fóbia obzvlášť dobre reaguje na behaviorálnu terapiu, kým k liečbe nejakej poruchy osobnosti sa skôr hodí psychoterapia opierajúca sa o vhlád, ako je psychoanalýza. Ale podľa Graweho existujú vo všetkých školách, v takmer všetkých formách terapie rovnaké možnosti z hľadiska terapeutickú účinnosti. Za terapeutický úspech teda nezodpovedá terapeutická škola, ale charakteristické rysy terapeuta a jeho metódy. Bolo by potom zmysluplné, aby terapeut postupoval nie podľa postupov určitej náuky alebo školy, ale aby si z najrozličnejších terapeutických foriem vybral metódy, ktoré mu najlepšie vyhovujú a zároveň jeho pacientovi prinášajú najväčší úžitok. Táto cesta sa označuje ako technický eklekticismus. Tento prístup vyzerá zmysluplný, skrýva však v sebe nebezpečenstvo ľubovoľnosti, oscilovanie medzi jednotlivými školami, čo by nakoniec mohlo viesť k zničeniu myšlienkového systému jednotlivých škôl. Predpokladom takéhoto systému by bol jednotný myšlienkový systém, ktorý by platil rovnako pre všetky školy. Doteraz sa však nepodarilo nájsť spoločných menovateľov ani pre dve najznámejšie školy, akými sú psychoanalýza a behaviorálna terapia. Sú z toho hľadiska príliš odlišné a Grawe okrem toho myslí, že veľa terapeutických prístupov je sporných. Ako príklad uvádza hypotézu presunu symptómov v psychoanalýze a hypotézu behaviorálne-terapeutických zmien prostredníctvom procesov podmienovania. Snaží sa preto postupovať inou cestou, ktorá sa vyvinula z výskumu terapie a konštituuje všeobecné princípy terapeutickú účinnosti. Sú nimi:

1. aktivácia zdrojov (ressources),
2. aktualizácia problému,
3. zvládanie problému,
4. objasnenie motivácie.

Je potrebné kriticky poznamenať, že tieto princípy terapeutickú účinnosti sa v uplynulých 8 rokoch často menili a prispôbovali, pretože zrejme nie je také jednoduché vyvinúť všeobecné princípy, ktoré by na jednej strane neboli príliš všeobecné, na druhej strane však boli dosť špecifické. Čo ale znamenajú tieto štyri účinné princípy?

Aktiváciou zdrojov (ressource) rozumieme posilnenie a nabudenie zdravých častí. Je to postup, s ktorým sa dnes stretávame takmer vo všetkých formách terapie a ktorý sa stal podstatným účinným faktorom terapie. Dnes takmer udivuje, že na zdroje v psychoterapii sa tak dlho a tak trestuhodne zabúdalo, lebo vlastne vždy bolo známe to, čo okrem iných zdôrazňoval Senf: „Z psychoterapie profitujú v najväčšej miere tí, ktorí sú najzdravší“.

To znamená, že pokiaľ najskôr privediem k plnému rozvinutiu pacientove zdravé časti, bude riešenie problémov omnoho jednoduchšie.

Aktivácia zdrojov spadá do oblasti nešpecifických účinných faktorov, kam patrí aj motivácia pacienta a dobrý terapeutický vzťah. Zdroje prirodzene môžu byť aktivované len vtedy, keď je pacient k terapii motivovaný. Tak je to však len vtedy, keď k nemu pristupujeme, keď teda ideme za ním tam, kde práve je, a nie tak, že mu diktujeme určité predpoklady. Pacient so zlou vzťahovou skúsenosťou bude na začiatku terapie reagovať inak ako vysoko štruktúrovaný, neurotický pacient. Pravidelné terapeutické hodiny možno chápať už ako jeden z dôležitých cieľov terapie, kým pre neurotického pacienta sú predpokladom. To znamená, že veľká časť diagnostiky musí dbať na to, aké sily, aké špecifiká, aké zvyklosti, schopnosti pacient má, aby sme ich cielene využili v záujme procesu zmeny. Štandardne sa však diagnostika zameriava na vyšetrenie pacientových deficitov a problémov. Tu teda musíme zmeniť spôsob uvažovania. A verte mi, že pacient, ktorý sa po exploračnej fáze, to znamená po prvých dvoch až piatich hodinách terapie, dozvie, že disponuje aj množstvom schopností nepostrádateľných pre zvládnutie života, sa v terapii bude cítiť omnoho lepšie a bude dochádzať oveľa ochotnejšie ako ten, ktorému sme dokázali, že má vlastne omnoho viac problémov, ako si pôvodne myslel, a že to, čo hádam doteraz považoval za svoju prednosť, je iba konfliktnou obranou. Pacient posilnený vo svojich schopnostiach sa potom bude s oveľa väčšou dôverou oddávať terapeutickému vzťahu ako ten, ktorého neustále odkazujete na jeho nedostatky. A nálezy z výskumov potvrdzujú, že úspech terapie do značnej miery závisí od toho, nakoľko je terapeut prežívaný ako ten, kto poskytuje posilnenie, podporu a sebaúctu.

Druhý účinný princíp všeobecnej psychoterapie je aktualizácia problému alebo procesúalna aktivácia. To znamená, že to, čo má byť zmenené, musí byť najskôr aktivované. Potom možno problémy najlepšie riešiť v settingu, v ktorom sa reálne prežívajú. Napríklad generalizované medziľudské ťažkosti v skupinovej terapii, párové problémy v párovej terapii, rodinné problémy v rodinnej terapii atď. Vzťahové problémy možno samozrejme reálne prežívať a liečiť aj v individuálnej terapii, vo vzťahu s terapeutom, nie ale tak dobre a s mnohými ťažkosťami, lebo pacient musí byť schopný štiepenia ega, a to u pacientov s ťažšími poruchami nemožno očakávať. Asi už tušíte, čo to znamená pre katatýmne-imaginatívnu psychoterapiu (KIP).

Tretím účinným princípom je zvládanie problému, to znamená, že terapeut pacienta aktívne podporuje v tom, aby odstránil určitý problém celkom konkrétnymi opatreniami. Agorafóbiu možno ovplyvniť konfrontáciou s veľkým priestorom, určité bolestivé stavy zasa hypnózou.

Spoločný princíp spočíva v tom, že pacientov problém akceptujeme a berieme vážne a terapeut pacientovi ukazuje a dáva k dispozícii možnosti lepšie sa vyrovnáť s týmto problémom, než ako to bolo doteraz. Pacient musí dospieť k reálnej skúsenosti, že s tými prostriedkami dôjde k lepšiemu vyrovnaniu sa s problémom.

Štvrtým účinným princípom je motivačné vyjasnenie. Ide pritom o to, aby sme ujasnili pacientovi, prečo sa správa takto a nie inak, prečo sa stal takým, aký je, že nakoniec nemal inú možnosť, ako takto sa správať. Nejde teda o nič iné ako o zbavenie pacienta ujmy, že sa správal zle, neuroticky alebo inak neprimerane a ponúknuť mu náhľad, že sa vlastne správať správne vzhľadom na to, čo prežíval (validizácia).

Graweho výsledky sú na prvý pohľad pôsobivé, no predsa len majú jednu chybu: nie sú schopné zahrnúť špecifické účinné faktory ako časť terapeutického úspechu. Lebo takmer všetky psychoterapeutické štúdie, prinajmenšom na veľkých súboroch, sú tzv. outcome-štúdie, ktoré nedokážu vysvetliť, ako došlo k terapeutickým zmenám, ktoré boli zamerané.

Ale navyše neexistujú ani skutočne výpovedné výskumy špecifických účinných faktorov v špecifických terapeutických konceptoch, ak odhliadneme od individuálnych štúdií, ktoré napríklad publikoval Stigler. V budúcnosti bude žiaduce klásť väčšiu váhu na výskum špecifických faktorov v terapii. Aj keď sa Grawe a ďalší autori pokúšali rozvinúť na základe výsledkov štúdií všeobecnú psychoterapiu, doteraz sa to podarilo len sčasti a veľmi neúplne. A čím väčšia je snaha etablovať princípy ako všeobecne platné, tým viac skĺzava pohľad na špeciálne výsledky a dlhodobo už vlastne neexistujú klasické terapeutické formy. Tschuschke napísal v časopise *Imaginácie* 1/2001: „Existujú vlastne ešte klasické terapeutické formy, ktoré by sledovali pôvodné teórie? Neobsahujú hádam už všetky dnes obvyklé druhy terapie modifikácie a rozšírenia, takže sa vízia integrovanej, všeobecnej psychoterapie stáva fikciou? Neintegrovala hádam psychoanalýza už dávno krátkodobé, fokálne metódy, ktoré síce bazirujú na základných psychoanalytických koncepciách, technicky si však už dávno vypožičiavajú od iných techník, napríklad od egopsychológie, behaviorálnej terapie, na riešenie problému orientovaných postupov, od teoretických, sugestívne terapeutických prístupov, neberú sa hádam do úvahy aj kreatívne a dokonca na telo orientované prístupy prinajmenšom do istej miery?“ Aj Furstenau (1992) sa tomu venuje vo veľmi dobrej knihe *Psychoanalyticky chápať, systematicky uvažovať, sugestívne intervenovať* a Tschuschke sa ďalej pýta: „O čom to tu vlastne hovoríme?“ Psychoanalýza existuje práve tak málo ako behaviorálna terapia – psychoanalytické terapie napríklad majú rozsah od 3 do 300 sedení. Pokiaľ tu hovoríme o behaviorálnej terapii a psychoanalýze, potom máme na mysli tie obvyklé kliše a pritom dobre vieme, že obsahy spektra jednotlivých terapeutických foriem pri praktikovaných metódach môžu vyzeráť veľmi rozmanito. Nemáme tu dočinenia s mytológiou? Existujú vôbec ešte klasické teórie škôl? Naozaj neexistuje žiadna eklektická, integrujúca všeobecná teória, keď si takzvané teórie psychoterapeutických škôl od začiatku začleňovali nové prvky, teda ich integrovali? Dochádza k zmätku? Je táto téma vôbec nejakou témou? Nestavajú sa len umelé protiklady a antitézy? Nepochádza tu ku – skryte vedenej – konfrontácii medzi profesnými záujmovými zoskupeniami, ako sú psychoterapeutickí lekári na jednej strane a psychológovia na strane druhej? Podľa jeho chápania poskytujú klasické psychoterapeutické školy

vlastne už len rámeček, v najširšom zmysle slova orientačný rámeček, do ktorého možno zahrnúť nové prvky, ktoré sa zdajú kompatibilné. Na vznikajúcu konštrukciu potom podľa neho môžu byť pristavené aj ďalšie prvky, prípadne možno staré prvky odbúrať. Z tohto hľadiska by odstránenie rámečka, teda teórie prvého radu, existujúcej konštrukcie, bolo absurdné. Podobalo by sa to na odrezávanie konára, na ktorom sedíme.

Nesmieme zabudnúť ani na zahrnutie výsledkov neurobiologických výskumov, ktoré nám poskytujú návody pre terapeutickú činnosť. Tu sa opisuje hierarchické spracovanie informácií v mozgu a objasňujú základné zmeny v neuroanatomických centrách pri pôsobení extrémneho stresu. Neurobiologický výskum sa zaoberá dysfunkciami v rôznych systémoch neurotransmiterov a vysvetľuje centrálnu charakteristiku stresovej odpovede na osi hypotalamus–hypofýza–kôra nadobličiek po masívnom pôsobení stresu. Z výsledkov výskumov potom možno vyvodiť odporúčenie pre psychoterapiu. Chcel by som to priblížiť jednoduchou schémou. Z výsledkov tohto výskumu vieme, že iba prepojenie medzi implicitnou pamäťou na jednej strane a explicitnou pamäťou na strane druhej vedie k účinným zmenám správania a postojov, že teda metódy, ktoré pracujú iba kognitívne, sú účinné práve tak málo ako metódy, ktoré sú orientované len na prežitok. Môžeme povedať, že KIP je veľmi moderná metóda, pretože sa pri nej odohráva neustále prepojenie medzi emočne nesenými, symbolicky zahalenými obsahmi na jednej strane a kognitívnym spracovaním na strane druhej.

Aj z ďalšieho hľadiska považujem záver, že by sa mala založiť nová terapeutická škola ako výsledok terapeutického výskumu, za málo opodstatnený. Tento nový smer by sa raz opäť stal „mottom“ nejakej školy a mohol by obsahovať rovnakú chybu, ktorá platí všeobecne pre tézy rôznych škôl, že sa totiž príliš vymedzujú voči iným školám. Omnoho zmyslupnejšie by bolo zostať verný jednej škole, získať tu istotu, akýsi rámeček, vnútri ktorého sa možno pohybovať, ktorý by však mal poskytovať dostatok priestoru pre zmeny. Podobne sa vyslovil Irvin D. Yalom vo svojej knihe *Panamák, alebo čo robí dobrého terapeuta*, slovami: „Študentom radím, aby sa vyhýbali sektárstvu a navrhujem im terapeutický pluralizmus, pri ktorom sa dobré intervencie spájajú z rôznych terapeutických prístupov. Dnes stále ešte neexistuje skutočná alternatíva na rôzne psychoterapeutické metódy. Môžeme si však pomôcť metódami veľmi dobrých osvedčených skúseností iných terapeutických škôl, a to sa i v praxi prirodzene dlhšie deje. Tak ako behaviorálna terapia odhalila emócie, neboli sa ani psychoanalýza dávať konkrétne rady, čo sa potom skromne označuje ako modifikácia analytického settingu“. V tomto smere hovorí aj Senf, ktorý považuje za zmysluplné integratívne doplnujúce prístupy, ktoré vedľa solidnej skúsenosti v hlbine psychologicky fundovanej psychoterapii obsahujú aj znalosti a dostatočnú skúsenosť v behaviorálnej terapii a naopak. Tieto predstavy sa v Nemecku presadili do nadstavbového vzdelávania v psychoterapii a u odborných lekárov v odbore psychiatrie, psychoterapie a psychoterapeutického lekárstva. Odzrkadľuje skutočný vývoj a správanie psychoterapeutov, ktorý sa skúmal v rámci široko založenej International Study

of the Development of Psychotherapies (Orlinsky a spol., 1991). U 1225 skúmaných nemecky hovoriacich psychoterapeutov sa ukázalo, že najviac sú zastúpení tí s primárne analyticko-psychodynamickou orientáciou v porovnaní s primárne behaviorálne, kognitívne alebo systemicky orientovanými. Pre evidované 4 hlavné orientácie bolo možné konštatovať:

Väčšina psychoterapeutov zostáva verná svojmu pôvodnému teoretickému zameraniu, pričom ho však v priebehu svojho ďalšieho vzdelávania modifikujú a rozširujú o ďalšie orientácie.

Medzinárodne je najrozšírenejší psychodynamický psychoterapeutický prístup predovšetkým vo svojej eklektickej podobe, ako dokazuje výskum realizovaný v USA Norcrossom a spolupracovníkmi roku 1989. Záver znie: „V USA stále rozkvitá psychoanalyticky inšpirovaná psychodynamická psychoterapia, podľa posledných ankiet dominuje táto orientácia, väčšinou vo svojej eklektickej podobe v praxi väčšiny psychoterapeutov“.

Pre obsahové a formálne utváranie ďalšieho vzdelávania v psychoterapii Senf vyzýva, aby sa bralo do úvahy, že okrem empirických výskumov psychoterapie existuje mnoho odkazov na to, nakoľko určujú úspech terapie osobné a profesné charakteristiky spolu s osobným vývojom terapeuta. Pre ďalšie vzdelávanie sa kladú otázky: Pre akú terapeutickú metódu sa psychoterapeut rozhodol primárne? Zahrňuje do svojho repertoára ďalšiu metódu? Keď áno, akú?

Orlinsky (1994) v tejto súvislosti hovoril o prístupe, ktorý sformuloval ako „Learning from many Masters“, ktorý znázorňuje rôzne funkcie a ovplyvňujúce faktory všeobecného základného modelu terapie, v centre ktorého stojí terapeutický vzťah. K tomu sa môžeme pripojiť a doplniť, že pre účinnú psychoterapiu musia byť splnené nasledujúce tri body:

1. bezpečný rámec,
2. rozvoj zdrojov,
3. riešenie konfliktu.

Doplniť by sa to dalo ešte o podporu kreativity. Pravdepodobne existuje ešte veľa ďalších bodov, ktoré sú práve také dôležité a možno v priebehu ďalšieho vývoja výskumu psychoterapie sa ich dôležitosť ešte preukáže.

Ďalej sa pokúsím ukázať, nakoľko tieto 4 faktory pôsobia v KIP, prípadne ako možno KIP modifikovať, aby sme tieto poznatky využili. Nakoniec by som chcel ukázať, že KIP je na jednej strane veľmi osvedčenou metódou, na druhej strane má veľkú možnosť integrovať novšie výsledky výskumov. Dovoľte mi, aby som najskôr v krátkosti predstavil vývoj KIP, ako ho postrehla Kottje-Birnbacher.

Imaginatívne procesy sú už dlho prostriedkom liečby psychických porúch, lebo všetci ľudia majú schopnosť vyjadrovať vlastnú situáciu alebo svoje vnútorné naladenie formou obrazov. Pripomeňme si šamanov, rituály v starom Grécku a slávny príklad Jozefovej interpretácie sna v Egypte. Objavenie psychoanalýzy Freudom videlo v snoch kráľovskú cestu – via regia – k nevedomiu. Silberger roku 1909 pracoval s evokovanými snami na rozhraní spánku a precitnutia. C.G. Jung

odporúčal svojim pacientom, aby doma nadväzovali vzťah so svojím nevedomím, čo poznáme ako „aktívnu imagináciu“. Leuner bol potom prvým, kto systematicky skúmal imaginatívne procesy a konštatoval, že okrem veľkého diagnostického významu sú predovšetkým terapeuticky účinné. Už roku 1955 opísal fixované obrazy, teda obrazy, ktoré nastupujú stále rovnako a hovoril o „fenoménach zmeny“, keď sa po interpretácii zmenili. Leuner odhalil, že obrazy sledujú vlastné zákonitosti a dajú sa len málo ovplyvniť vôľou. V rokoch 1955 a 1957 publikoval práce *Konfrontácia so symbolom, neinterpretujúci postup v psychoterapii a Symboldráma, aktívny neanalyzujúci postup v psychoterapii*. V nich ukázal základy terapeutického zaobchádzania so symbolickými tvarmi. Po konfrontácii so symbolmi rozvinul ďalšie režijné princípy, napr. „ničť a mierniť“, „nasycovať a obohacovať“, „zmieriť a objasniť“, „použitie magickej tekutiny“ a „vnútorného vodcu“. Je to mimoriadne prezieravé, pokiaľ zväzíme, aké uplatnenie dnes nachádzajú tieto postupy napríklad v terapii traumy. V ďalších rokoch sa práca s KIP ďalej rozvíjala, premýšľala sa teoreticky, prepracovala sa diferencovanejšia terapeutická technika, ktorá sa overovala na rôznych skupinách pacientov. Boli rozpracúvané indikačné kritériá a vypracúvané terapeutické zvláštnosti, vyvíjali sa nové motívy pre určité problémové okruhy a adaptovala sa metóda pre rôzne formy settingu. Roku 1985 vyšla podrobná učebnica, potom boli založené národné a medzinárodné spoločnosti. Do roku 1970 sa metóda označovala ako *katatýmne prežívanie obrazov*, niekedy aj ako *symbolická dráma*, roku 1994 sa premenovala na *katatýmne-imaginatívnu psychoterapiu*, aby bolo zrejme, že ide o diferencovanú psychoterapeutickú metódu. Vývoj štandardných motívov bol neustálym procesom, aj terapeutický proces prešiel zmenami od analyticky známej plynúcej pozornosti až k suportívnemu postupu. Skoro bolo zrejme, že KIP vďaka možnosti hlbkej a rýchlej regresii v sebe skrýva aj niektoré nebezpečenstvá, predovšetkým nebezpečenstvo, že pri zúzkostňujúcich obrazoch dôjde k emočnému zaplaveniu pacienta až po psychotické vykoľajenie. Preto sa v raných prácach hraničné poruchy osobnosti (borderline) a ťažké narcistické neurozy považovali za neliečiteľné, lebo vznikol názor, že je to pre ne príliš nebezpečné. Intenzívna konfrontácia so zvláštnymi potrebami hraničných pacientov potom nakoniec viedla Heinza Jolleta, Christine Krägeloh a Klaua Krippnera k zavedeniu ochraňujúceho priestoru, čím sa rozšírila indikačná oblasť o stále sa rozrastajúcu skupinu pacientov. Tento motív podporuje mechanizmy štiepenia a poskytuje tak prvú štrukturačnú pomoc. Wilfried Dieter k tomu roku 1996 napísal: „Pokiaľ je možné lokalizovať to dobré vo vnútri a to zlé vonku, je ohrozené self ohraničené ako od vlastných neznesiteľných agresíí, tak i od reálnych útokov, takže môže vzrásť pocit istoty a ochrany“.

Ku klasickým motívom pribudli ďalšie nové motívy, myslím tým cestu, mocné zviera, múdru bytosť, aby som uviedol aspoň niektoré.

Ak myslíme na vývoj, nedá sa obmedzovať len na motívy, treba spomenúť i nové koncepty. Lebo ďalšia požiadavka, optimalizácia terapie, vyžaduje rozvíjanie špecifických inter-

venčných stratégií pre špecifické obrazy ochorenia. Prvý krok v tomto smere urobili Eda Klessmann a Hanelore Eibach roku 1996, keď použili motív cesty k vývoju individuácie, pričom tento motív sa nezadáva len raz, takže sa tiahne celou terapiou.

Celá terapia sa teda vyvíja na tejto ceste. Ako prvý ucelený terapeutický koncept vypracovali Klaus Krippner a Beate Steiner koncept pre terapiu traumatizovaných osôb. Ďalšie koncepty sú rozpracúvané, napríklad pre liečbu psychosomatických pacientov a krízovú intervenciu.

1. Bezpečný rámec

Všetci ste už asi počuli o bezpečnom priestore alebo mieste. Pre mňa sa stal východiskom a podmienkou každej ďalšej terapie. Navonok je bezpečným miestom priestor terapie, ktorý zahŕňa bezpečný vzťah a spoľahlivý setting a imaginatívne sa znázorňuje v najrozmanitejších priestoroch. I keď spočiatku býva vyhľadanie tohto priestoru často spojené s ťažkosťami, predsa len je k dispozícii v každom človeku a jeho vyhľadávanie je vždy sprevádzané prvým pocitom nádeje. Predpokladom, že sa ochraňujúci bezpečný priestor nájde, je pozitívny terapeutický vzťah. Je dôležité pochopiť, že nejde o terapeuta a jeho pocit, aby sa v tomto priestore cítil dobre, je to pacient, ktorý musí mať pocit istoty a bezpečia. To môže znamenať, že je priestor veľmi vzdialený, napríklad vo vesmíre, alebo že je zariadený nanajvýš skromne až skúpo. V krajnom prípade som zažil, že týmto miestom bol mesačný jas uprostred temného lesa, pacientka sa tam však cítila bezpečne. Toto bezpečné miesto prirodzene nie vždy vystačí objektívnym kritériám pre bezpečie. Nejde ani o to, ale najskôr musí byť daný vôbec ten pocit bezpečia. A keď my sami neveríme na bezpečné miesta, ako by to potom mal urobiť sám pacient? Rozvoj bezpečného miesta je dobrým príkladom, že terapeutická metóda nemusí byť opustená preto, že určitým pacientom neposkytuje vhodné liečebné nástroje, ako to bolo u „borderline“ pacientov. Tí boli otvoreným motívom lúky často vystavení zahlcovaniam, ktorým sa necítili byť zrelí a ktoré v krajných prípadoch navodzovali záchvaty paniky. Niektorí pacienti sami od seba našli bezpečné miesto, čím sami zrušili nebezpečenstvo zaplavenia. To nás priviedlo na nápad zaviesť motív ochraňujúceho priestoru a terapia „borderline“ pacientov potom mohla byť zahrnutá do indikácií. Je teda dôležité vidieť, ako možno rozvíjať existujúcu metódu.

2. Rozvíjanie zdrojov

Rovnako cenná a postupne i očividná bola myšlienka nezačínať terapiou orientovanou na problém, ale posilnením pacienta v jeho schopnostiach. Keď si pomyslím na začiatky svojho terapeutického vzdelávania, tak bolo zakázané odvádzať od problémov a vedome si vôbec problémy nevnímať. A keby vtedy niekto prišiel na myšlienku odložiť jednoduché problémy do trezoru, bol by okamžite vylúčený z cviků. Medzitým sa nabudzovanie zdrojov stalo takmer sa-

mozrejmostou, lebo problémy môžeme riešiť omnoho lepšie, keď disponujem všetkými svojimi silami. Už u Leunera sa objavujú tendencie využívať pacientove zdroje, keď etabloval pomocníka alebo vnútorného vodcu. Označoval ich ako „vnútorných priekopníkov, vodcov“ (tí, ktorí pre iných pripravujú cestu, uľahčujú výkon). Sú využívaní stále viac predovšetkým pri ťažších poruchách a príklady možno nájsť u Reddemanna a Sachsseho alebo Assagioliho. Patria do konceptu traumaterapie v KIP vypracovaného Steinerovou a Krippnerom, ktorí ich systematicky rozvinuli.

Vnútorní pomocníci sú doteraz neprístupní reprezentanti dobrých raných objektov a zároveň prejavom zdravých síl ega, odkiaľ môžu byť prirodzene k dispozícii, pokiaľ už raz ako pomocníci boli rozpoznaní. Vnútornými pomocníkmi môžu byť postavy mýtov a ság, či báji, anjeli a podobne. Nemali by sa priradovať k reálnym postavám, pretože tie sú vždy obsadené ambivalentne. Na rozdiel od Reddemanna a Sachsseho aj Assagioliho považujem za potrebné mať viac pomocníkov s rôznymi kvalitami, ktorí by mohli byť nasadzovaní v rôznych situáciách, primerane ich hlavným silám, ktoré reprezentujú. Stelesňovať by mali okrem iného silu, agresiu, prehľad a múdrosť. V zmysle integrácie rôznych síl na záver zhromaždím všetkých vnútorných pomocníkov k spoločnej ceste, pikniku a podobne, aby som aj v tomto cvičení ukázal, že sa bezpodmienečne musia podriaďovať pacientovej vôli.

Iným motívom podporujúcim zdroje je múdra bytosť ako motív podporujúci špirituálnu skúsenosť, ako o tom hovoril Assagioli. Z hľadiska hlbinej psychológie to odpovedá ego-ideálu. Mnoho pacientov s traumatizáciou získava veľkú oporu v špirituálnych zážitkoch, majú k nim dobrý prístup. Špiritualita im slúži ako zdroj sily a dôležitá kopingová stratégia na prežitie. Tieto motívy môžu byť nasadzované predovšetkým v tých fázach terapie, pre ktoré sú príznačné beznádej, pocity prázdnoty a nezmyselnosti a potom má často len malý zmysel pracovať na odporoch. Osoznejšie je namiesto toho hľadať znova pripojenie na vnútornú múdrosť.

Kazuistika

Pacient, ktorý utrpel akútnu traumatizáciu po veľmi ťažkej dopravnej nehode, pri ktorej bol uväznený v horiacom aute, utrpel mnohopočetné zlomeniny, následne bol 14 dní v kóme, po ktorej nasledovala niekoľkotýždňová intenzívna liečba s množstvom kostných operácií. V terapii sa doteraz uskutočnilo vyše 30 sedení a terapia sa sústredila hlavne na stabilizáciu, pričom pohľad na obrázky nemocníc v televízii alebo zápach dymu a iné podnety občas vyvolávali panické záchvaty. Pred poslednou hodinou terapie mal pacient dovolenku, počas ktorej musel viac hodín jazdiť autom a na ceste tam i späť obchádzal horiace auto. Opäť sa dostavili búrlivé panické záchvaty.

Pohovoril som si s pacientom o situácii a požiadal ho, aby si predstavil nejakú osobu alebo časť v ňom, ktorá má paniku. Potom videl sám seba, ako leží v posteli, úplne bezmocný a v úzkostiach. Pýtal som sa ho, čo by bolo teraz správne a dobré pre tohto človeka. Povedal, že by musel od-

ist, aby ho pokiaľ možno nevidel. To som nepovažoval za riešenie, pretože sa predsa ukázalo, že odvrátenie sa v akútnej situácii nestačí k zmene symptomatiky. Požiadal som ho preto, aby premýšľal, kto by mu mohol pomôcť. Najskôr mu nikto nenapadal a ja som ho ešte požiadal, aby si niekoho predstavil a ďalej som mu povedal, že iste existuje niekto, kto by tejto osobe, v tomto okamihu pomohol. V imaginácii sa potom vynoril kňaz s dôveryhodným výrazom v tvári. Ten sa prihovárал pacientovi ležiacemu v posteli, vypočul si jeho obavy a vysvetlil mu, že výkon, ktorý sa teraz plánuje, nie je nebezpečný, že ide len o napichnutie cievy a nemusí mať žiadny strach. On bude pri ňom i po výkone a bude ho celý čas sprevádzať.

Po tejto sekvencii, ktorá trvala asi 15 minút, ťažkosti úplne zmizli. Neprijemné pocity, svrbenie (mravčenie) v rukách, ktoré boli predzvesťou panických záchvatov, boli preč.

Dôležité na tomto príklade je to, že pacient vykročil z identifikácie s bezmocnou časťou seba, bol tu síce bezmocný, ale už nie je – a že sa utvrdil vo svojej dospelej, zdravej časti a nasadil ju k tomu, aby sám seba upokojil.

3. Riešenie konfliktu

Veľký priestor v práci s pacientmi s ťažkými poruchami zaberá práca s „vnútorným dieťaťom“. Tento motív Leuner explicitne neskúšal. My pacientovi ponúkame, aby v imaginácii našiel svoje „vnútorné dieťa“, aby sa oň postaral zo svojej dospelej pozície, to znamená, že využívame proces štiepenia. Terapeut tu má za úlohu iba to, aby pacientovi pomohol nestrácať dospelú pozíciu, teda aby neregredoval na detskú pozíciu. Práca s „vnútorným dieťaťom“ pritom rozlišuje medzi zaobchádzaním so zdravým nezraneným „vnútorným dieťaťom“, ktoré môže slúžiť ako zdroj energie, a zraneným dieťaťom, ktoré väčšinou žije svoj vlastný život a vyhýba sa pozorovaniu a kontrole dospelých, rozumne konajúcim egom. Toto dieťa je vo svojom spôsobe reagovania predovšetkým zodpovedné za zážitky typu „flash-back“, zaplavenie psychiky a disociácie. V terapii platí, že toto „vnútorné dieťa“ treba odhaliť, venovať sa mu ako terapeut pacientovi, pochopiť jeho zranenie, ujať sa ho a nakoniec liečiť. To vyžaduje láskavé zaopatrenie pacientom, čo je spočiatku sťažné, kým sa pacient identifikuje s agresorom. V priebehu práce s „vnútorným dieťaťom“ sa často dostavia pocity beznádeje, agresívne výbuchy, či recidívy nočných mor a intrúzií. Práca s „vnútorným dieťaťom“ už patrí do rámca riešenia konfliktu. Predpokladom toho je, že pacient stále disponuje všetkými svojimi zdravými silami. Konflikty nemôžu byť riešené ani identifikáciou s agresorom, ani v roli obeť, ale iba z dospelej pozície. Stále teda treba vidieť, ktoré časti v pacientovi sú zodpovedné za konflikt, aby sa potom anulovali polarít. Preto má nesmierny význam školenie vnútorného pozorovateľa a už u Leunera nachádzame smerovanie k práci v tomto smere. V jeho učebnici nachádzame príklady práce, ktorá sa podobá nášmu súčasnému štýlu. Označoval a opisoval to však inak: „... teraz alebo v nasledujúcom sedení sa o téme diskutuje a pacient je vyzvaný, aby nechal plynúť nápady, ako by problém riešil na základe svojich dospelých,

reálnych skúseností, aby hľadal „novú cestu“ z traumatizujúcej situácie.“ A trochu ďalej: „... iná cesta pre skúseného a citlivého terapeuta dovoľuje už tvárou v tvár imaginovanej traumatickej scény dávať pacientovi opatrné navody a verbálnu útechu, aby sám od seba (s podporou svojho zrelého ja a pomocou terapeutových intervencií) našiel riešenie problému“ (Leuner, s. 250).

Tento vnútorný pozorovateľ, ktorého do terapie uviedol predovšetkým Assagioli, sa môže označovať aj ako organizátor ega. U väčšiny pacientov vedie skrytý život, sčasti vôbec nie je uchopiteľný a stranami konfliktu býva úplne potlačený. Ako terapeuti sme však presvedčení o tom, že pacient o sebe vie najlepšie a vlastne v sebe nosí všetky možnosti riešenia. To znamená, že ako terapeuti nie sme tými, ktorí vedia, čo je pre pacienta dobré. Vieme toho o ňom oveľa menej ako on sám o sebe a naše riešenia nemusia byť bezpodmienečne aj jeho riešeniami. Môžeme ho iba podporovať ako partneri v procese odhaľovania svojej vlastnej vnútornej múdrosti. A ja súhlasím s Linehanovou, ktorá vo svojej knihe *Dialekticko-behaviorálna terapia borderline porúch osobnosti* roku 1996 napísala: „Tá istá idea ma priviedla ku konštrukcii „wise mind“, kde ťažisko spočíva na pacientovej intuitívnej múdrosti. DBT vychádza z toho, že každý človek je vo vzťahu k svojmu vlastnému životu vybavený múdrosťou, i keď táto schopnosť nie je vždy zrejmá alebo prístupná. DBT terapeut potom verí, že pacient v sebe nosí potenciál nevyhnutný pre zmenu. V aktuálnej situácii sú obsiahnuté všetky dôležité prvky rastu, alebo inak povedané, každá jednotlivá bunka v tele má informácie o celom organizme“. Prípadá mi pozoruhodné, že táto veta pochádza od behaviorálnej terapeutky. Ak nahradíme teraz DBT, teda dialekticko-behaviorálnu terapiu za KIP, potom túto vetu môže prevziať. Táto pacientova múdrosť je však prístupná len vtedy, keď sa neidentifikuje s „vnútorným dieťaťom“ alebo osobou, ktorá ho vtedy zranila. Rozvinuli sme preto rôzne techniky na dizidentifikáciu, prípadne sme ich prevzali z iných terapeutických metód, ktoré pacientovi umožňujú pohľad na traumatickú scénu zvonka, aby tak získal prístup k vlastnému vnútornému poznaniu. Táto technika pacientovi umožňuje použiť teraz pre danú situáciu nevyhnutné riešenie, ktoré vtedy, napríklad ako dieťa, prirodzene ešte nemal k dispozícii, aby tak situáciu teraz riešil inak. Lebo symptomatické správanie nie je predsa ničím iným, než ako povedal Freud, omylom v čase, to znamená, že sa pacient teraz správa tak, ako by bol bezmocný, rovnako ako vtedy, ale tak to už nie je. Je bezmocný len vtedy, keď sa vzdá svojej dospelej úlohy a identifikuje sa s vtedajšou situáciou. Jednoduché otázky, ktorými možno pacienta uviesť späť do dospelej úlohy, sú napríklad tieto: „Kto alebo čo by mohlo v tejto situácii pomôcť?“ alebo „Ktorý z vašich vnútorných pomocníkov by vám mohol byť k dispozícii?“ alebo „Čo by ste teraz hovorili alebo robili na mojom mieste?“ Táto technika existuje i v iných metódach, vtedy sa jej hovorí kompetentný pacient a podobne. Rád nechám na javisku odhrať scénu, pričom pacient je jej divákom a potom ho požiadam, aby ju ako režisér režíroval tak, aby sa mu páčila.

Iná práca, ktorá mieri rovnakým smerom, je práca s čiastkovými osobnosťami, ktorú som prevzal z Assagioliovej psychosyntézy.

Kazuistika

S prácou na riešenie problému súvisí aj práca „s páchatelom, ktorého je v prvom kroku nevyhnutné eliminovať“. Veľmi dôležitá je práca smerujúca ku konfrontácii s páchatelom v traumaterapii, kde ide o to, aby sa pacientovi prístupnili skutočne všetky možnosti, ktoré v sebe nosí. Práca je potom uvedená nasledovne: „Ste na nejakom mieste s dobrým výhľadom, vidíte na všetky strany, pomocníci sú s vami a niekde, ešte dosť ďaleko, sa vynorí páchatel. Máme možnosť ho kedykoľvek zastaviť, zmraziť obraz a dovoliť páchatelovi, aby sa priblížil len na takú vzdialenosť, ktorú dobre unesiete.“ Táto práca vyžaduje stále veľmi presné vypytovanie sa, či je pacient ešte v dospelej úlohe a musíme ho chrániť aj pred sklznutím do identifikácie s dieťaťom, lebo v tejto úlohe je bezmocný.

Pokiaľ takto pracujeme, je podpora kreativity vlastne niečím, čo sa v KIP odohráva neustále, pretože každé nové riešenie, ku ktorému sa dospeje, je kreatívnym aktom a my využívame pacientovu fantáziu na hľadanie neustále nových možností riešenia problémov. Aj my ako terapeuti by sme sa mali snažiť byť kreatívni a nepostupovať pri všetkých pacientoch v terapii podľa rovnakej schémy, ale stále znova by sme mali veľmi presne načúvať potrebám a vstupovať do kreatívnych procesov. Aj maľovanie, ktoré v našej práci veľmi podporujeme, je pre väčšinu ľudí kreatívnym aktom.

Na záver by som sa rád zmienil o množstve neriešených otázok, ktorými sa v budúcnosti budeme zaoberať a ktoré vyplývajú z aktuálneho stavu výskumu terapie. Nadalej nedoriešená je otázka, či má zmysel pripravovať určitých špecialistov pre určité obrazy ochorení, alebo či by psychoterapeut mal vedieť liečiť všetky psychické ochorenia. Domnievam sa, že špecializácia nepôjde tak ďaleko, aby niekedy boli len terapeuti, ktorí by liečili iba traumatizovaných a úzkostných pacientov, lebo si myslím, že bez premiešania práce s ľahšími a ťažšími pacientmi sa toto povolanie nedá vykonávať dlho. Na druhej strane je prirodzene jasné, že získavam stále lepšie vedomosti, čím viac sa zaoberám určitým klinickým obrazom.

Určite bude mať väčšiu úlohu otázka výraznejšej flexibility. Budeme upúšťať od pevných schém – raz týždenne terapia, a to 100 hodín, alebo trikrát v týždni a 300 hodín. O tom už sme počuli na tomto mieste hovoriť minulý rok. Iste je potrebná väčšia flexibilita vo vzťahu k frekvencii a trvaniu terapie.

Nebudem sa môcť spoliehať ani na to, že to, čo som sa raz naučil, možno použiť u každého pacienta. Budem sa musieť obzerať aj po iných metódach, aby som videl, aké užitočné nástroje mi dávajú k dispozícii. Menej dôležité bude aj izolovať sa voči iným školám, ako byť otvorený pre ne.

Terapia sa možno stane skôr sprevádzaním, čo môže znamenať, že pacienta budeme liečiť častejšie a kratšie v rôznych obdobiach života. Nie teda terapia ako jednorazové riešenie všetkých problémov, ale skôr sprevádzanie v určitých situáciách. Najdôležitejšie bude, že sa terapeut bude stávať stále viac pacientovým partnerom a bude upúšťať zo svojej úlohy vedúceho. Musí nám byť jasné, že pacienti, ktorí nemôžu prijať našu pomoc, netrpia malignou regresiou, alebo nie sú nejakým deficitní, ale že my im nie sme schopní ponúknuť vhodné prostriedky pomoci, že práve v takýchto situáciách musíme, pokiaľ možno, kreatívne nasadzovať svoje schopnosti a tie nemusia byť v symbióze s tým, čomu sme sa kedysi naučili.

Predovšetkým však dúfam, že môžeme mať z terapie radosť a prirodzene aj pacienti. Konečne musíme upustiť od predstavy, že terapia je otroctvo. Terapia dobre prebieha skôr vtedy, keď je pre nás i pre pacienta ľahká. Pripustíme, že je to veľká opovázlivosť, ale je možná.*

*Prednesené na 7. medzinárodnom seminári pre katatýmne-imaginatívnu psychoterapiu v Žďari nad Sázavou 15.5.2003.

Publikovanie v slovenčine so súhlasom autora.

Preklad: O. Bajger a J. Hašto

Poznámka prekladateľa: Kniha I.D. Yalloma vyšla v nemeckom jazyku pod názvom: Der Panama – Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht. München, V. Goldmann Verlag 2002.

České vydanie knihy I.D. Yalloma: Chvála psychoterapie – otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a ich pacientů. Praha, Portál 2003.

Autor je v súčasnosti predsedom Nemeckej spoločnosti pre katatýmne-imaginatívnu psychoterapiu.

Do redakcie došlo 2.1.2004.