

Psychoterapia

Náčrt katatýmne-imaginatívnej psychoterapie – chápanie a práca s úvodným denným snom (imagináciou)

H. Ullmann

Guided affective imagery outline – understanding and analysis of initial day dream

Súhrn

Každá prvá imaginácia v prebiehajúcej terapii denným snom vyžaduje špeciálny prístup k jej pochopeniu a odporúčania vo vzťahu k technike. Teória katatýmne-imaginatívnej psychoterapie (KIP) sa vzťahuje ku psychoanalýze, ako aj k hypnoterapii. Takzvaný „úvodný denný sen“, čo znamená v KIP úvodnú imagináciu, má isté analógie k úvodnému snu, t.j. k úvodnému nočnému snu v psychoanalýze a k indukciu tranzu v hypnóze. V príspevku poukazujeme na podobnosti a rozdiely. Vychádzajúc z teórie, ako aj z praktickej skúsenosti navrhujeme určité technické postupy. Potreba využitia špecifických modifikácií úvodného denného sna závisí od konštelácie ochorenia (napr. pri psychosomatických ochoreniach alebo borderline stavoch). Úvodný denný sen ako diagnostický nástroj umožňuje rozlišovať medzi indikáciami a kontraindikáciami práce s KIP v konkrétnej situácii (lit. 45).

Kľúčové slová: katatýmne-imaginatívna psychoterapia (guided affective imagery, symbol dráma, terapia denným snom), psychoanalýza, úvodný sen, indukcia tranzu, hypnóza, hypnoterapia, psychosomatické ochorenia, borderline stavy

Summary

Every first imagination of an ongoing daydream therapy requires a special approach to understanding and technical advices. The theory of „symbol drama“ – with its German and English synonyms „Katathym-imaginative Psychotherapie“ (KiP) and „Guided affective imagery“ (GAI) – refers to both psychoanalysis and hypnotherapy. The so called „Initialer Tagtraum“ (ITT), which means the initial image, has an analogy in the initial dream i.e. the initial night dream in psychoanalysis and the trance induction in hypnosis. Similarities and differences are shown. Based on theory and practical experience, certain technical procedures are proposed. Depending on disease character, special modifications of initial day dream (in psychosomatic disorders or borderline states) can administered. Finally, ITT as a diagnostic instrument allows to discriminate between indication and contraindication of symbol drama in a given situation (Ref. 45).

Key words: daydream therapy, symbol drama, katathym-imaginative psychotherapy, KiP, guided affective imagery, GAI, psychoanalysis, initial dream, trance induction, hypnosis, hypnotherapy, psychosomatic disorders, borderline states

Quidquid agis prudenter agas et respice finem.

KIP je viac ako len hlbinne psychologicky fundovaná psychoterapia využívajúca materiál z denného snenia (imaginácia)

H. Ullmann, Nowackanlage 15, D-76137 Karlsruhe, Nemecko

cie). Denný sen je tu integrálnou súčasťou metódy – či už vo forme časovo ohraničených, tranzu podobných imaginácií, alebo vo forme prepracúvania materiálu, ktorý sa následne z obsahov denného sna (imaginácie) vynoria. V interakcii

oboch uvedených foriem vzniká ono mixtum compositum národnosti a emocionálnej výstižnosti, ktoré je charakteristické pre rečový i činnosť dialóg v katatýmne-imaginatívnej psychoterapii (KIP). Ďalšou zvláštnosťou tohto dialógu je jeho na preštrukturovaní založené smerovanie pohľadu, ktorý prináša aj asociačný materiál. Na rozdiel od psychoanalýzy sa spravidla veľmi skoro snaží nasmerovať na základné, ako aj čiastkové ciele terapie, čím sa približuje svojím charakterom rôznym metódam krátkodobej terapie. Toto sa darí vďaka „štrukturujúcim faktorom“ postupu, ktoré sa v terapii detailne skúmajú a opisujú (Kottje-Birnbacher, 1992).

Centrálny vzťahový konflikt (Luborsky, 1988) – kľúčový bod plánovaného a štruktúrovaného postupu vychádzajúceho z psychoanalytického základu – sa stáva v procese terapie veľmi skoro zreteľným práve vďaka, resp. prostredníctvom denného sna (imaginácie). Hnacia sila takejto možnosti fokusovania v KIP sa zakladá na vytvorení emocionálne i kognitívne ľahko zapamätateľného celistvého gestaltu, v ktorom sa symbolicky zobrazia problémy, konflikty a vnútorné zdroje. Tým sa naznačia i cesty k riešeniu podporované systematicky štruktúrovaným postupom, ktorý obvykle prebieha, v závislosti od schopností pacienta a pokrokov v psychoterapii, stupňovite.

Z tohto hľadiska nadobúda v terapii prvý, iniciálny denný sen, prvá imaginácia veľký význam. Úvodným denným snom (ÚDS) sa do rozbehnutého procesu dosiaľ hlbinné psychologické psychoterapie dostáva rozhodujúci a svojím charakterom nový parameter, ktorý zmení dianie v terapii a určuje jej ďalší priebeh.

O stupňovitom postupe metódy KIP – vrátane nevyhnutných modifikácií potrebných vo vzťahu k špecifikám liečby jednotlivých psychických porúch – ako aj o technikách a režijských princípoch – sa utvoril relatívne takmer všeobecný konsenzus. Prvej imaginácii, dennému snu sa však venovala len okrajová pozornosť. Postupne sa ukázalo, že motív kvetu v tzv. „teste kvetu“ (podľa G. Krapfa) nie je vhodný ako ÚDS pre každého pacienta/klienta. S rastúcimi poznatkami o použití úvodných motívov pri určitých skupinách porúch (psychosomatické ochorenia, poruchy štruktúry Ja...) sa časom ukázalo, že je potrebné presnejšie rozpracovať spektrum motívov, ich techniku, ako aj význam ÚDS.

To znamená, že to, čo robíme „bežne“, by sme mohli robiť obozretnejšie, vlastne aj cielenejšie. Ak povedané platí aj pre začiatok liečby, potom je vhodné pozrieť sa na koncepty príbuzných psychoterapeutických metód, ktoré vytvárajú špecifické postupy pri prvých krokoch terapie. Spomedzi metód, ktoré venujú osobitnú starostlivosť skúmaniu a systematizovaniu úvodnej situácie, sa pre naše potreby ukazujú ako najprínosnejšie predovšetkým obrátenie našej pozornosti k psychoanalýze a hypnoterapii.

V začiatkoch psychoanalýzy sa rovnaká pozornosť venovala asociovaniu v obrazoch i slovách. Už v čase, keď pred sto rokmi predložili Freud a Breuer svoje štúdie o hystérii, sa pozornosť upriamila na možnosť „vyvolania obrazov a nápadov“ pod sugestívnym tlakom. „Bolo to, akoby ste čítali vo veľkej obrázkovej knihe, ktorej strany sa premietali pred

vašimi očami,“ hovorí sa v prípade Elizabeth R. Lucy R. dostala direktívnu úlohu: „Pod vplyvom mojej ruky vás niečo napadne. V okamihu, keď sa tento tlak skončí, niečo pred sebou uvidíte alebo vašou hlavou prebehne nejaký nápad – pokúste sa to zachytiť. To je to, čo hľadáme“ (Freud, Štúdie o hystérii, 1895, zv. 1). V priebehu ďalšieho vývoja sa psychoanalýza pokúsila odpútať od sugestívnych a imaginatívnych elementov a za dôležité považovala skôr voľné asociácie vo forme slovných vyjadrení (Singer a Pope, 1986). Pre úplné porozumenie je potrebné preskúmať všetok prichádzajúci materiál vzhľadom na jeho psychoanalytický obsah – nápady pacienta, chybné výkony, symptómy, sny i denné sny. Denné snenie, Freudovým slovníkom aj „fantazírovanie“ (Freud, Formulovanie dvoch princípov psychického diania, 1911, zv. 3) – nebolo napriek jeho rozmanitosti, ako aj jeho diagnostickým a terapeutickým možnostiam primerane ocenené. Pre našu prácu je naproti tomu zaujímavá hodnota, ktorá sa pripisuje prvému interview a prvému v terapii rozprávanému nočnému snu.

V psychoanalytickom prvom interview nadobúajú nevedomé a predvedomé súvislosti scénický tvar (Argelander, 1970). Toto sa deje počas a na základe neštruktúrovanej situácie, v ktorej analytik zaujme vyčkávaciu, zádumčivo mlčanlivú a spontaneitu kontrolujúcu pozíciu, ktorá akceptuje všetko, čo pacient prinesie. Vnútorné vzťahové vzorce a konflikty sa aktualizujú nielen scénicky, ale aj v slovách a obrazoch, z ktorých analytik rekonštruuje pomocou svojich protiprenosových fantázií obsahy, ktoré sa pacientovi z vedomia strácajú. Vítaným materiálom je prvé „acting in“, vďaka ktorému môže analytik postrehnúť typický priebeh konfliktov a vzťahových vzorcov pacienta (Thomá a Kächele, 1985). S prijatím pokusných interpretácií zažíva pacient prvú skúsenosť zo spoluúčasti na procese poznávania. Diagnostická fáza prvého interview je takto doplnená aj o fázu terapeutickú.

Terapeutickému obsahu prvého rozhovoru sa pripisuje rozličná dôležitosť. Coleman sa napríklad prihovára za začatie terapeutického procesu tak, že ho terapeut pacientovi skôr demonštruje ako vysvetľuje, čím mu ponúka možnosť zúčastňovať sa na zážitku liečenia (Coleman, 1949/50). Argelander uvádza, že rozdelenie prvého diagnostického interview do dvoch fáz sa motivuje skôr didakticky, a tak označuje dve ťažiskové úlohy (Argelander, 1970). Wesiack hovorí v súvislosti s prvým interview so psychosomatickými pacientmi o „diagnosticko-terapeutickom kruhu“ (Uexküll a Wesiack, 1979), čím zachytáva novšie spôsoby nazerania prírodných vied a systémovej teórie, podľa ktorej sa predmet skúmania mení už priebehom vlastného skúmania. Na konci svojej už citovanej monografie o prvom interview v psychoterapii rozpracúva Argelander ciele terapeutické možnosti tejto „hraničnej situácie“ a opisuje prechod ku krízovej a krátkodobej terapii.

Využitie takejto koncepcie terapeutom, ktorý chce pracovať s KIP, sa začína už skutočnosťou, že aj na začiatku terapie, ktorá je plánovaná ako KIP terapia, má miesto prvý rozhovor. Tento rozhovor bude vedený podľa orientácie terapeuta viac či menej analyticky. Pre KIP je samozrejme

včasné sústredenie sa na obrazovo-pocitové elementy, či už sa týkajú prejavov pacienta alebo protiprenosových fantázií, ktoré sa môžu zosilniť do pôsobivých obrazov, či už spontánne alebo prostredníctvom dodatočného „nastavenia“ v supervízii. Jazyk s imagináciami pracujúceho terapeuta pôsobí plastickejšie a konkrétnejšie, a často sa formuje už aj tým, že v príprave na prvú imagináciu sa terapeut popri odoberaní anamnézy zaoberá aj históriou „hier a hrania sa“, ako aj fantáziami pacienta. U ľudí, ktorých priestor pre fantáziu v zmysle „psychosomatických fenoménov“ (Stephanos, 1979) sa javí ako zúžený a redukovaný priam len na plánovanie každodennej rutiny, sa osvedčuje tzv. „kvetnatý“ štýl rozhovoru – vedome využívajúci kreatívne, z vychodených koľají vybočujúce oblasti, ktoré sa pokúša zachytiť, a tým pacienta cielene pripraviť na prvú imagináciu.

ÚDS možno chápať ako pendant k prvému psychoanalytickému interview, v ktorom sa kondenzujú intrapsychické konflikty, objektové zážitky pacienta, ako aj jeho pohotovosť k prenosu, v ktorom sa zároveň aj prostredníctvom prvého „skušobného“ zážitku prvýkrát spoločne začne narábať so symbolmi. I tu spolu pôsobia diagnostické a terapeutické elementy. Vyváženosť medzi nimi, rovnako ako výber úvodného motívu závisí od charakteristík daného pacienta/klienta (problematika, faktory ochorenia...).

ÚDS možno chápať aj ako pendant iniciálneho sna v psychoanalýze, resp. hlbinne psychologickéj psychoterapii, pretože predstavuje prvú konkrétnu spoločnú skúsenosť so symbolicky objasniteľným, imaginatívnym materiálom.

Freud považuje iniciálne sny za „takpovediac naivné, ktoré načúvajúcemu prezrádzajú veľmi veľa“. Tu vzniká otázka, či by mal terapeut pacientovi „preložiť“ všetko, čo z jeho sna „prečítal“. K tomu možno pripojiť otázku, v ktorej fáze terapie a akým tempom by mal byť pacient privedený (terapeutom) k poznaniu skrytých duševných obsahov – so zreteľom na skúsenosť, že všetky nadobudnuté poznatky o snoch slúžia ako varovanie (Freud, *Zaobchádzanie s výkladom snov v psychoanalýze*, 1911, zv. 8). Altman formuluje ešte precíznejšie: „To, čo vieme, by sme pacientovi nemali prezrádzať ani vtedy, keď sme toho schopní. Intervenencie tohto druhu vyvolávajú v analýze strach a odpor. Unáhlené interpretácie posilňujú úzkosť a obrany. Našou hlavnou myšlienkou by mala byť obozretnosť, a to tak pri vytváraní terapeutického spojenectva, ako aj počas celej analýzy, obzvlášť na jej začiatku“ (Altman, 1981). Na inom mieste uvedený autor pripája v súvislosti s úvodným snom, v ktorom sa zhustili dôležité skúsenosti, nádeje a strachy do tvaru malého plyšového medvedíka, jednoduchý poznatok: „Väčšinou sa význam raného sna stane zrozumiteľným až niekoľko mesiacov, dokonca rokov potom, čo sme ho počuli.“

Podobnú obozretnosť považujem za vhodnú aj vo vzťahu k našej forme terapie. Symboly sú viacnásobne kódované umelecké diela pacienta, ktoré sa sotvakedy dajú preložiť 1:1. Podľa smeru hlbinne psychologickéj prípravy sa terapeut pokúsi interpretovať ich skôr „imanentne“ alebo „transcendentne“ (Saner, 1989; Eckes-Lapp, 1989), teda buď viac v zmysle „kauzálnu-reduktívneho“ chápania Freuda a Jonesa (Jones, 1972) alebo v zmysle „finálne-

prospektívnych“ postupov C.G. Junga (Jacobi, 1957). Lerner naznačil základné črty porozumenia symboliky denných snov (1978). Nech sa im akokoľvek priblížime – na každom symbolmi naplnenom fantazijnom výtvore, ktoré sú indukované v KIP, zostáva rozprestretý posledný čarodejný závoj. Ak by sme tento závoj nerešpektovali a zodvihli ho priskoro prezentujúc sa ako vševedúci čarodeji, mohli by sme nečakane zraniť intímny zážitkový priestor majúci charakter prechodného objektu, ktorý sa pripravuje na otvorenie sa terapeutovi (Ullmann, 1988 a, b) a ktorý sa len pri dostatočnej stabilite môže stať priestorom upokojenia, utešenia a znovuvytvorenia triangulovaných intrapsychických štruktúr (Ullmann, 1990). Winnicott, ktorý sa pokúsil uchopiť terapeutický priestor prostredníctvom metafory prechodného priestoru, dôrazne varuje pred nebezpečenstvom zranenia unáhlenými interpretáciami (Winnicott, 1973). Toto považujem za veľmi dôležité obzvlášť vo vzťahu k ÚDS a k citlivej, ale i zraniteľnej fáze vynárania sa z hypnoidu, ktorá je primeranejšia skôr pre úžas ako vedomosti.

Hypnoterapia ako druhá metóda, ktorá pripisuje úvodnej situácii špeciálny význam môže prispieť ku konceptualizovaniu a štruktúrovaniu ÚDS ďalšími aspektmi. Ak ÚDS chápeme ako prvú skúsenosť s tranzom, musíme v priebehu prípravy a vytvárania prvej imaginácie prihliadať na viacero faktorov.

V prípravnej fáze by sme si mali položiť otázku, s akým stupňom sugestibility pacient prichádza, a odhadnúť, či tento stupeň pre neho znamená šancu alebo nebezpečie. U veľmi „senzibilných“ ľudí, prípadne ľudí so slabým Ja niekedy zaznamenávame v prvých sedeniach veľkú vnímavosť na dojmy, poznámky a obrazné vyjadrenia, ktoré sa už v ÚDS môžu zhustiť do formy nosného elementu obrazu. Spomínam si, ako jedna pacientka, ktorá sa práve nachádzala v kríze odlúčenia – znovupriblíženie, náhodne videla svojho terapeuta ísť na bicykli. Bicykel sa následne objavil v ÚDS pacientky a neskôr prebral funkciu dôležitého „posunovacieho prostriedku“ – a to nielen pre denný sen (imagináciu). Z psychoanalytického hľadiska by sa tu hádam dalo hovoriť o „zvyšku dňa“. Z hypnoterapeutického hľadiska ide o „seeding-fenomén“, v ktorom sa náhodne alebo cielene „zasejú“ jadrá zážitkov, ktoré bude možné neskôr „žať“ („seeding“ je technika z hypnózy: pacientovi sa ponúknu podprahové podnety, ktoré sa objavili v rozhovore, ako osivo, ktoré sa neskôr stane obilným polom – bez toho, že by pacient vedome vnímal sejbu, alebo si na ňu spomínal). To isté môžeme použiť – zodpovedne a cielene – u pacientov, ktorí majú ťažkosti s rozvíjaním fantázie, a to prostredníctvom štýlu rozhovoru, ktorý používa metafory a krátke príbehy („story tellig“). Hypnoterapeut obvykle popri obsahovej príprave prvého tranzu pripravuje aj bázu pre spoločnú prácu – psychoanalyticky povedané „pracovné spojenectvo“ (Greenson, 1975). Rozpráva sa so svojim klientom o jeho doterajších zážitkoch tranzu, o jeho výhradách, predsudkoch, strachoch, námietkach, a nakoniec dôjde i na priebeh plánovaného cvičenia – a na rozdiel od predošlých, tzv. „autoritatívnych“ hypnóz, si tým pripravuje istý druh partnerstva. Tranz tým stráca laickú prichuť mágie a môže

sa chápať ako úplne všedný zážitok, či pri určitých podmienkach dokonca takmer nezadržateľne prebiehajúci fyziologický jav (Meinhold, 1989).

Pre uvedenie denného sna v KIP sa ponúkajú v podstate dve metódy. Prvá uprednostňuje ľahké sugescie pokoja, druhá sa spolieha prevažne na autosugestívne pôsobenie koncentrácie na obrazový motív. Z pohľadu ide o indukčnú metódu fixácie podporovanú verbálnou sugesciou – s tým rozdielom, že tu nedržíme pacientovi pred očami, až pokiaľ sa neunavia, predmet – túto funkciu spĺňa, pri zavretých očiach, práve ponúknutý motív. Dalo by sa hovoriť o akejsi „autogénnej fixačnej metóde“. Verbálne sugescie sú často nielen zbytočné, ale môžu byť prežívané i rušivo (napr. keď interferujú s formulami už naučeného autogénneho tréningu), či znepokojujúco (pri problematike obetavosti, príp. autonómie). Ak sú nevyhnutné, pôsobia najlepšie vtedy, keď sa orientujú podľa prirodzeného rytmu pacienta (napr. verbalizácia terapeuta sledujúca rytmus pacientovho dýchania), keď uprednostňujú formu „možnosti“ („môcť“ sa uvoľniť namiesto „byť“ uvoľnený) alebo vedome oslovujú nastavenie k spolupráci („prosím“, „pokúste sa...“).

Kým primárne psychoanalyticky vzdelaný KIP terapeut usmerňuje svoje vnímanie obrazových obsahov z diagnostického hľadiska na zobrazenie Self a objektových reprezentácií, na obrany, na pohotovosť k prenosu a prechodné fenomény, pátra hypnoterapeuticky vzdelaný terapeut po rôznych kritériách raportu. V Eriksonovskej forme hypnózy (Rossi, 1980) existuje množstvo faktorov, ktoré sú naučiteľné a učiteľné a ktoré môžu mať pre budúcu interakciu medzi klientom a terapeutom význam v zmysle „akčnej diagnózy“ (Ullmann, 1991). K nej patrí pohľad na svet, hodnotový systém klienta („frame of reference“), osobnostné zvláštnosti („on-up“ alebo „on-down“ – pozícia vo vzťahoch), jeho vnútorné potenciality a zdroje, z predchádzajúcich vzťahov, či udalostí odvodené, symptómy udržiavajúce, pacientom utvorené hypnotické formulky, ako aj preferované systémy vnímania, resp. reprezentácie (vizuálne, auditívne, kinestetické, čuchové, chuťové). Dôležité je pripomenúť staré odporúčanie, že už pri prvom dennom sne treba venovať pozornosť všetkým zmyslovým orgánom. Tak sa katatýmne „prežívanie obrazov“ už od začiatku rozširuje takmer na „prežívanie zmyslov“.

Na konci prvého zážitku tranzu hypnoterapeut spravidla pozitívne ocení vydarené prejavy sugestibility a zároveň si kladie otázku, ktoré posthypnotické sugescie pretrvávajú. KIP terapeut ocení predstavivosť svojho pacienta a s úžasom by mal vnímať, ako v napojení na prvú imagináciu začína pôsobiť čosi, čoho posthypnotickú potenciu možno skutočne oceniť až po niekoľkých nasledujúcich sedeniach.

Pôvodný opis uvedenia motívu iníciaľného denného sna, tzv. „testu kvetu“, môže vzbudzovať dojem jednoduchosti postupu – čo je často pravdivé, pokiaľ z takejto premisy vychádzame. Na konci druhej alebo tretej hodiny, v ktorej odoberáme anamnézu, povieme pacientovi, že by sme s ním radi urobili jeden malý test. Požiadame ho, aby sa v kresle, v ktorom práve sedí, uvoľnene a pohodlne usadil, ako keby si chcel dopriať malú obedovú prestávku. Pacient už sprá-

vidla nadobudol toľko dôvery, že túto výzvu, i keď možno prekvapený či váhajúci, prijíma. Od otázky „Mohli by ste si predstaviť nejakú kvetinu?“ sa potom odvíja kruhový proces imaginácie a uvoľnenia (Leuner, 1970).

Učebnica KIP (Leuner, 1994 a) na rôznych miestach obsahuje aj ďalšie detaily týkajúce sa inštruovania pacienta, ako aj zmyslu tohto cvičenia (návrik, úvod do imaginácie, odhadnutie prognózy). Systematické zhrnutie týchto kritérií však dosiaľ neexistuje. Nasleduje konkrétny prípad, ktorý bol prezentovaný v supervízii, na ktorom ukážeme, aké hľadiská je potrebné brať pri úvodnom dennom sne do úvahy.

Ide o terapiu automechanika, ktorého čakala záverečná odborná skúška a ktorý trpel stále častejšími panickými atakmi. Po oslave narodenín, na ktorej bol so svojou priateľkou, nemohol telefonicky zastihnúť rodičov, ktorí boli na dovolenke. Prvýkrát si uvedomil, že rodičia nie sú pre neho vždy dosiahnuteľní. Následne sa objavili panické ataky.

Imaginácia motívu kvetu: „... nepríjemný kruh“ – nakoniec zasahuje terapeutka: Mohol by si vyvolať pred svojím vnútorným zrakom vchod do svojej záhrady – z tohto pohľadu pacient rýchlo zbadá fialový tulipán s tromi listami, „veľmi pekný, ako to kreslia deti...“ (nasleduje detailný opis usmerňovaný terapeutkou) „... teraz opäť vnímam kruh, ale skutočne príjemný, ako na vzdušnom matraci“ (a otvára oči) – porozhovor si pacient neželá.

Čo možno odvodiť z priebehu uvedeného „testu kvetu“?

- prevaha včasnejších, nediferencovaných šablón vnímania, podľa princípu príjemné–nepríjemné (regresívna úroveň psycho-fyziologickej jednoty),
- zaplavenie afektmi úzkosti a neschopnosť činu pri nepríjemne prežívaných emóciách,
- pozitívne pôsobenie štruktúrovanej pomoci, pri „remeselnom“ vedení,
- tri listy ako upozornenie na problematiku triangulácie, ktorú bude možné vypátrať neskôr?
- pohotovosť k regresii na detskú úroveň vnímania obrazov,
- silný dôraz na kinestetické systémy vnímania a reprezentácií,
- otvorenie očí ako prejav potreby autonómie a kontroly,
- pozitívne obsadenie samotnej sféry denného sna. Ak sa o obsahu denných snov príliš veľa rozpráva, robíme ich banálnymi, a tým ničíme ich bohatú symboliku. Najmä v KIP terapii u detí sa možno naučiť, že by sme nemali príliš veľa interpretovať,
- na druhej strane však zaznamenávame aj výhrady voči tretiemu elementu vo forme reči (porucha triangulácie).

Pozitívnu základnú skúsenosť s kinestetickým prvkom, ktorý sa mení z nepríjemného na príjemný kruh a zosilňuje sa metaforou vzdušného matraca, bude pacient v ďalších v denných snoch prežívať ako prechodný objekt.

Potok 1: „... pomalý prúd – chcem ísť radšej do domu, do postele...“ – intervencia: „Pokúste sa predsa len naprieč

tomu ešte raz si predstaviť vodu“ (štruktúrované a usmerňujúco – porovnajte s učením sa v „teste kvetu“) – „... teraz stojím s roztlahnutými nohami nad potokom – s takým dobrým pocitom ako predtým na mojom vzdušnom matraci – či by som sa nemal teraz rozhodnúť, či sa mám hnať k moru alebo ísť opäť do potoka?“

Potok 2: (ďalšia hodina – podľa princípu pracovania s tým, čo tu zostalo!) „... mohol by som okúsiť vodu – je ľadová – dám si ruku radšej do vrečka – zrazu sa potok zmenil na horský prameň uprostred lesa – niekto ma videl pri kúpaní – spomínam si na školskú slávnosť s jedným priateľom pri prameni, ktorý vychádzal zo studne... teraz práve myslím na moje nové úlohy ako futbalového trénera – mám predsa trénovať detské mužstvo – túto výzvu prijmem – začiatok hry na mojom matraci – dobrý pocit.“

Medzitým pacient ku koncu terapie úspešne zvládol záverečné skúšky.

V tomto ÚSD bol načrtnutý dialektický princíp spočívajúci vo vyčkávaní, na diagnostiku zameranej neutralite a aktívnom postoji skúmajúcim možné intervencie a následné terapeutické kroky. Podľa mojich skúseností sa v bežných prípadoch osvedčilo pravidlo nepreťahovať iniciálny sen nad 5–10 minút. Tým sa zachová pôvodný charakter kvázi autogénneho, projektívneho testu. Imaginovaný materiál možno skúmať z relatívne nezávislej hlbiny psychologickú pozície: z objektového i subjektového hľadiska, z hľadiska prenosu, z hľadiska potenciálneho prechodného fenoménu. Možno pozorovať, ako pacient zaobchádza s imaginovanými štruktúrami a sprievodnými pocitmi a toto cieľne nacvičovať cez obraz v zmysle základného stupňa (od koreňov ku kvetu alebo naopak...). Všimame si, ktoré zmyslové kanály pacient spontánne uprednostňuje, a vytvárame si hypotézy, v ktorých systémoch reprezentácií sa mu môžeme čo najlepšie priblížiť a podnietiť ho k čo možno najplnšiemu zmyslovému zážitku. V malých množstvách energie, ktorá sa v obraze prejavuje, môžeme vnímať, ktoré vzorce interakcie vedú k problémom, resp. sa ukazujú ako nápočné. V každom prípade sa už tu začal liečebný aspekt diagnosticko-terapeutického kruhu, a to prvou, pre budúcnosť potenciálne rozhodujúcou skúsenosťou vzťahu.

ÚSD by mal byť už od začiatku schopný sprostredkovať dobrý zážitok, v ktorom sa potvrdí schopnosť prežiť denný sen, a následne samostatne porozumieť jeho priebehu. Súčasne by mal pomôcť vytvoriť vzťah k terapeutovi, ktorý umožní práve spomenuté. Tým sú zároveň vyznačené hranice prevažne inertného, diagnosticky orientovaného utvárania „testu kvetu“, ako aj hranice úvodného motívu celkovo. Ak sa ukáže ako nevyhnutná zvlášť aktívna spoluúčasť terapeuta na dianí, rozšírenie času na viac ako 15 minút a/alebo potreba priestorového rozšírenia motívu na celú kvetinovú lúku, či záhradu, ide často o poukaz v smere indikácie alternatívneho motívu ÚSD, či jeho postupu. Často však pozorujem, že prekročenie rámca „testu kvetu“ možno dávať do súvislosti skôr so štruktúrnymi charakteristikami pacienta (a/alebo terapeuta!). K situáciám, ktoré vyžadujú obzvlášť aktívnu účasť na dianí, patria: krehké hranice Ja,

ktoré potrebujú podporu, konfrontácia so silno rozštiepenými a popretými časťami Self, ktoré potrebujú sprostredkovanie, prílišné reaktivovanie zážitkov úzkosti, ktoré potrebujú ochranu, psychosomatické krízy s prechodnými zlyhaniami fantazijných funkcií, ktoré potrebujú vedenie k pozitívne sýteným, liečivým imaginatívnym zážitkom. Uvediem prípad komplikácií, ktoré môžu vyplynúť z využitia „testu kvetu“ pri krehkých hraniciach Ja, raných obranných mechanizmov z oblasti štiepenia a nedostatočného fantazijného priestoru.

Z terapie slobodnej učiteľky, ktorá roky žila na diaľku vo vzťahu s mužom, ktorý chcel zrazu a neočakávane pristúpiť na jej zdanlivo nenaplnené želanie vydať sa. Pacientka vzápätí priam v panike vzťah ukončila. Následne nastali u nej depresie a zdanlivo sa pomocou práce a úspechu v oblasti školstva rýchlo opäť zotavila a stabilizovala. Starý vzťah chcela nechať za sebou, venovať sa svojim ďalším priateľstvám a nachádzať viac potešenia vo svojom voľnom čase.

V „teste kvetu“ sa ukázala biela ľalia, nedotknuteľná a krehká, ktorá zrazu zmeravela, čím sa zmenila na pohrebnu kvetinu. Pacientka bola frapovaná, ale potom, ako sa následne upokojila, mala v úmysle imagináciu aj namaľovať. V dôsledku tohto sedenia bol však kontakt s terapeutom prudko prerušený bez slova vysvetlenia z jej strany. Po obdržaní účtu a listu, v ktorom sa terapeut pýtal na vysvetlenie, sa mladá žena rovnako znenazdajky opäť objavila. Následne sa v terapii mohli začať spracúvať rané zážitky odlúčenia a straty. Diagnosticky sa stala zrejماً v ranej triangulácii fixovaná borderline štruktúra, ktorá sa tak dlho udržiavala v stabilite zjavne vďaka kolúznemu vzťahu s priateľom, a to dovtedy, pokiaľ nevypadol z role neočakávanou ponukou sobáša. Zreteľnou sa stala vnútorná prázdnota učiteľky dbajúcej na poriadok a rutinu, ktorá sa nenaučila hrať sa a nedisponuje priestorom pre voľný čas a fantáziu. Pomaly začala pociťovať niečo ako ľútosť nad náhlym prerušením kontaktu a jedného dňa priniesla obrázok z denného sna.

Zadanie „bezpečné miesto“ ju priviedlo do prechodného priestoru ranných hodín, ktoré patria iba jej samej, so šálkou kávy v ruke, keď z arkierového okna pozoruje zhon na ulici. Ďaleko od všetkých prehmatov, ktoré kedysi musela znášať a ktoré sa pokúsila podržať mimo seba nečakaným agovaním. Nájdenný priestor uvoľnenia je spojený s pokojným a šťastným pocitom bytia osamote, ktorý sa ukázal ako nosný pre ďalší priebeh terapie.

Úvodný motív „bezpečné miesto“ vytvorila a rozpracovala pracovná skupina, ktorá sa dlhšie zaoberala liečbou porúch štruktúry Ja (Jollet, Krägeloh, Krippner, 1989). Medzičasom sa tento motív osvedčil v terapii ľudí, v anamnéze ktorých nachádzame údaje o zneužívaní, či týraní (Sachsse, 1995 b). „Bezpečné miesto“ predstavuje, podľa môjho názoru, metaforu s veľmi širokým záberom. Jaskyňa, ktorá niekomu poskytuje istotu a bezpečie, spôsobuje u druhého klaustrofobický panický stav (na tomto mieste myslím na pacientku, s ktorou sa pri terapeutickú práci postupne zosilňovalo moje podozrenie, že bola sexuálne zneužívaná). Kým sa pre niekoho jeho „bezpečné miesto“ nachádza napr. ráno v spálni, iní ho radšej hľadajú vo väčších priestoroch a uprednostňujú

bezpečnosť neustáleho pohybu. (Spomínam si na borderline pacienta, ktorý sa pri tomto motíve vybral na prechádzku po horskom hrebeni). Širšie formulovaná ponuka motívu prináša pre začiatok viac možností výberu, ako aj vyhnutia sa. Ponuka motívu „bezpečné miesto“ znie približne takto: „Predstavte si, prosím, miesto alebo situáciu, kde sa môžete cítiť bezpečne a kompetentne.“

Mohli by sme sa domnievať, že s motívom „bezpečné miesto“ sme našli vo vzťahu k spomenutým diagnózam priam „kameň mudrcov“. Môže to platiť v prípade, keď je diagnóza a problematika jasná už od začiatku terapeutickú prácu. V takomto prípade sa pomerne ľahko rozhodneme v prospech posledného uvedeného motívu. Na druhej strane sa však často stáva, že závažnosť, prípadne hĺbka poruchy sa ukáže až v priebehu času. Keď použijeme epigenetický model Geda, podľa ktorého sa rôzne vrstvy psychického fungovania vzájomne prekrývajú (navrstvujú), prenikajú a v závislosti od charakteru konfliktu, resp. úrovne regresie sa môžu v rôznych fázach vzájomne oddeľovať (Gedo, 1979; Gedo a Goldberg, 1973), potom ťažšie veriť, že existuje ideálny úvodný motív pre borderline pacientov. Kottje-Birnbacher odvodzuje z menovaného modelu pre KIP „ako funkciu, ktorá riadi prax“ požiadavku, podľa ktorej každá štruktúrna modalita vyžaduje od terapeuta iný typ intervencie, ktorý závisí od jej, pre tú-ktorú fázu, špecifických charakteristík (Kottje-Birnbacher, 1992). Táto skutočnosť by sa mala odraziť aj v rozhodnutí, či ako úvodnú imagináciu zadať motív „bezpečného miesta“ alebo „kvetu“. Dokonca môžu – sledujúc načrtnutý fázový model – rôzne etapy terapeutického procesu vyžadovať odlišný úvodný motív. Príliš rýchlym zrieknutím sa „testu kvetu“ ako ÚDS môžu zostať nevyužitá aj možnosti diagnostického nahliadnutia do problematiky pacienta a „mäkkého“ terapeutického začiatku.

Ďalšou otázkou je voľba vhodného časového bodu v terapii pre použitie jedného, či druhého úvodného motívu. Môžeme sa stretnúť so spočiatku silným, niekedy priam agujúcim typom borderline pacienta, s ktorým nemožno od začiatku pracovať s metódou KIP, a to ani motívom bezpečného miesta, či kompetentne prežívanej situácie. Napriek povzbudzujúcej skúsenosti zmienenej pracovnej skupiny nemožno jednoducho odložiť ad acta ani Sachssove (1989 a) upozornenie na ťažko kontrolovateľné regresie a štiepenia a ním vyjadrenú skepsu. KIP čerpá okrem iného z bálintovského princípu vzájomnej hry medzi agovaním a znovuzačatím (Balint, 1970), ale len vtedy, keď agovanie sa nerealizuje pod tlakom tendencie k opakovaniu, a je aspoň sčasti presunuté z agovania v prenose do agovania na „skúšobnom javisku“ imaginatívneho sveta. Toto umožňuje aspoň sčasti posunutie terapeutickú prácu vpred. Táto sa potom, v priaznivom prípade, menej zameriava na prenos a viac na vnútorné projektívne plochy – zodpovedajúce KIP typickému modelu „projektívnej neurózy“ (Leuner, 1994 a). Obzvlášť sebaistí sa spočiatku javia takí borderline pacienti, u ktorých prevažujú mechanizmy projektívnej identifikácie.

Príklad

Z terapie narcisticky narušeného borderline pacienta so sadomasochistickými vzťahovými vzorcami, ktorý vyhľadal pomoc kvôli ejaculatio praecox a problémom v manželskom vzťahu. Čoskoro sa ukázalo, že sexuálna porucha celé roky slúžila koluzívne udržiavanému vzťahovému vzorcu a umožnila zmeniť neuspokojivé vnímanie a hodnotenie seba samého na aktívnu pomstu. Každú osobu, ktorá sa nechala „zviest“ do pozície materinského priblíženia sa, potrestal prostredníctvom jej neúspešnosti (vo vzťahu k pacientovi) a držal takto na odstup („help rejecting complainer“ – „pomoc odmietajúci sťažovateľ“).

V „teste kvetu“ sa okrem iného ukázal falicko-hadovitý úvar, ktorý sa otočil sám okolo seba rovnako ako pacient, ktorý nevnímal a ani nemienil pripustiť terapeuta ako účastníka diania. Podobne solipsisticky prebiehal i rozhovor nad namaľovaným obrazom.

Medzičasom sa manželstvo rozpadlo. Klinická liečba pokračovala. Dym z pušky jeho nenávisťných sťažností ešte visel vo vzduchu, keď si pacient našiel novú životnú partnerku, ktorá mu poskytla tak dlho očakávaný zážitok uspokojivého sexuálneho fungovania, ale bez toho, že by vďaka nemu mohol prežiť trvalejšie emocionálne naplnenie. Neskôr došlo k samovražednému pokusu s ďalšou hospitalizáciou na klinike, pri ktorej bola terapeutovi pridelená rola bezmocne prizerajúceho sa štatistu.

Imaginácia bezpečnej a kompetentne prežívanej situácie ukázala človeka so sklonenou hlavou uzavretého vo svete popínavých rastlín, ku ktorému sa nikto nemohol dostať bližšie. V narastajúcom utrpení veľmi túžil po pomoci. Terapeut mu asistoval pri štruktúrovaní znepokojujúceho okolia džungle, aby následne zistil, že pocitu kompetencie pacienta by v konečnom dôsledku najviac zodpovedal pôvodný postoj so sklonenou hlavou. Terapeut sa teda dostal do pasce, v ktorej sa vďaka „trikom“ projektívnej identifikácie stal hyperaktívnym a neškodným.

Pomocou tohto odhalenia sa pre pacienta stal prístupnejším potenciál hnevu, ktorý si dovtedy mohol preraziť cestu len zvrátenou formou... Následne bolo možné prepracúvať mechanizmy externalizácie hnevu a zlyhania. Pacient prebral opäť zodpovednosť za svoje konanie. Tým sa uvoľnila cesta pre neškodnú formu agovania v dennom sne (imaginácii), ktorá terapeutovi priznáva právo spolurozhodovania, či už v dennom sne, alebo – ako v tomto prípade – v nadväzujúcej psychoanalytickej terapii.

V pasci malígneho agovania je prvýkrát získaný kúsok priestoru vtedy, keď sa v základe problematiky ležiace tendencie premietnu do scény imaginatívneho obrazu. Od tej chvíle sú obom účastníkom k dispozícii pre ďalšie spracúvanie. „Acting in“ prenosovej neurózy sa tým zmení na „acting in“ projektívnej neurózy KIP – po občas bolestivých zážitkoch zlyhania a zbytočnosti na strane terapeuta, ktorý bol odsúdený do role zle honorovaného spoluhráča v dráme, na réžiu ktorej čiastočne nemal žiadny vplyv. V takejto konštelácii je pre udržiavanie zdravia terapeuta a uzdravenie pacienta rozhodujúce, či a kedy sa podarí ponechať den-

nému snu jeho ako-keby charakter. Preto musí často pri pacientoch s ťažkými poruchami štruktúry Ja iniciálnemu dennému snu predchádzať alebo po ňom nasledovať dlhšia verbálna fáza terapeutickú prácu. Táto práca trvá dovtedy, kým nie je možné spoločne, v bezpečnom teréne „ukúť“ imaginatívny „výrobok“, ktorý by sa inak nemusel podariť, ale práve naopak, mohol by sa stať zbraňou v nepriateľsky ladenom vzťahu.

Ďalšie obmedzenie všeobecnej platnosti pravidla o použití alternatívnych úvodných motívov imaginácií sa zakladá na skúsenosti, že nikdy s istotou nemôžeme vedieť, ktoré skryté problémové oblasti sa nám ešte časom odkryjú. Túto dilemu nemožno odstrániť ani tým, že sa – sledujúc model Geda – vždy snažíme orientovať podľa štruktúrnej úrovne pacienta. Modely sa hodia len potiaľ, pokiaľ sa zhodujú so skutočnosťou. Platí to aj pre tie modely, ktoré sa pokúšajú korelovať typické choroby a problémy so zodpovedajúcim úvodným motívom a nasadením terapie.

Pre modelový typ psychosomatických chorôb sa ukázalo užitočných viacero zásad liečenia. Patrí sem i odporúčanie špeciálneho utvárania ÚDS. Prvé obrazy by mali byť pekné a príjemné (Sachsse a Wilke, 1987). Často možno tento cieľ lepšie dosiahnuť alternatívnymi zadaniami a nie „testom kvetu“. Osvedčili sa: motív peknej lúky, motív oblaku a motív miesta, kde sa možno cítiť dobre (Leuner a Wilke, 1990). Ideálnym adresátom by bol psychosomaticky chorý človek bez výrazných neurotických ťažkostí s pozitívne ladeným anaklitickým prenosom. Čo však robiť, keď sa vyskytne konflikt autonómia-závislosť, elementy borderline štruktúry alebo zneužívanie v životnej histórii? A čo ak o tom na začiatku ani len nevieme?

Posledný príklad

Z terapie pacientky s astmou, ktorej ochorenie sa začalo v pokročilom veku počas druhého manželstva s očividne ťažko osobnostne narušeným, krutým učiteľom, ktorý ju trýznil a obmedzoval. Po liečení pacientky na psychoterapeutickom oddelení, keď bola v životohrozujúcom astmatickom stave, sa začala podporná ambulantná terapia s malou frekvenciou sedení, ktorá rešpektovala pacientkinu potrebu odstupu. Umelecké nadanie pacientky bolo istým odporúčaním pre KIP.

V úvodnej imaginácii sa objavila roztrhnutá, umelo pôsobiaca orchidea podobná rastlina odpornej farby i zápachu. Pochopiteľne sa jej nechcela dotknúť, ani ju nakresliť. Skazilo jej to radosť z KIP. Namiesto toho ako posadnutá vymodelovala špinavohnedú, vreskom znetvorenú tvár, ktorú dala terapeutovi ako darček. Okrem toho mu darovala aj umelecké veľkonočné vajčko (nevinnej) bielej farby.

Po roku a pol sa zrealizoval nový pokus s KIP. Namiesto lúky sa objaví umelo zelený záves, ktorý sa zmení na debnu z dosiek, cez ktorú sa pacientka namáhavo a bolestivo prebije, až kým konečne neklesne na mäkkú lúku. Na ďalšiu hodinu zabudne a nepríde. Na nasledujúcu hodinu prinesie obraz, pri ktorom sa terapeutovi vybaví fantázia „introitus vaginae“. Zabudnutie predchádzajúcej hodiny sa ukáže ako

pokus o únik pred väčšou intimitou. Pacientka je schopná vyjadriť nežné, oddané pocity voči terapeutovi, ale aj strach zo zneužitia v situácii závislosti. Postupne sa objavujú spomienky na podobné situácie: so strýkom, s nevlastným otcom, a v inej forme s druhým manželom. Dostávajú sa pocity hanby a viny, neskôr zlosť a narastajúca schopnosť odlúčiť sa od manžela – v namáhavom procese, ktorý pripomínal debnu z dosiek, ktorú mala v imaginácii pred obrazom krásnej lúky. Na ďalšej lúke sa už mohla skutočne pohybovať a voľne sa nadýchnuť.

„Pri prechode od prvého interview k terapii sa musíme dostať k výhybke, ktorá nechá podľa možnosti veľa otvoreného a vytvorí nádej vzbudzujúci slobodný priestor“, píše Luborsky vo svojich „Princípoch psychoanalytickej terapie“ (Luborsky, 1988). V snahe preskúmať takéto nádeje a v nich obsiahnuté, praxou riadené štruktúry, je potrebné myslieť aj na vplyv, ktorý má na terapeutický proces predpokladaný obraz pacienta vznikajúci v psychoterapeutovi (Vogt, 1978). Tento proces bol modelovo opísaný ako „rad vzájomne na seba pôsobiacich psychických javov v pacientovi“, „kontinuita psychických síl a aktov, ktoré smerujú k uzdraveniu, alebo ho ovplyvňujú“ a „spravidla sú dané do pohybu prostredníctvom technických postupov“ (Greenson, 1975). Zaobchádzanie s prvým denným snom možno v tomto zmysle chápať, skúmať a bližšie opísať ako špeciálny postup začiatku samotnej KIP.

Pre voľbu a utváranie úvodného denného sna je potrebné dôkladne preskúmať a pochopiť indikačné oblasti, ako aj spôsoby narábania s ním. Príklady nám môžu ukázať, že pravidlá síce existujú, ale nikdy nemajú všeobecnú platnosť. Vyplýva to z neopakovateľnosti každého stretnutia a jedinečnosti každého individua, jeho utrpenia a vnútorných zdrojov*.

*Preklad: Mgr. H. Javorská, Psychiatrická klinika Ružinov, Bratislava, a PhDr. E.D. Uhrová, PhD., Katedra psychológie FFUK, Bratislava

Literatúra

Altman, L.L.: Praxis der Traumdeutung. Frankfurt am Main, Suhrkamp 1981.

Argelander, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1970.

Balint, M.: The basic fault. Therapeutic aspects of regression. London, Tavistock 1968.

Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart, Klett 1970.

Coleman, J.V.: The initial phase of psychotherapy. Bull. Menninger Clin., 1949/50, č. 13/14, s. 195.

Eckes-Lapp, R.: Symbolbildung und Symbolik in psychoanalytischer Sicht. In: Benedetti, G., Rauchfleisch, U. (Hrsg.):

- Welt der Symbole. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1989.
- Freud, S.:** Studien über Hysterie. GW 1, 75–251, 1895.
- Freud, S.:** Bruchstück einer Analyse. GW 5, 163–286, 1905.
- Freud, S.:** Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW 8, 230–238, 1911 b.
- Freud, S.:** Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. GW 8, 349–357, 1911 e.
- Gedo, J.E.:** Beyond Interpretation. Toward a Revised Theory for Psychoanalysis. New York, Int. Univ. Press 1979.
- Gedo, J.E., Goldberg, A.:** Models of the Mind: A Psychoanalytic Theory. Chicago, University of Chicago Press 1973.
- Greenson, R.R.:** The Technique and Practice of Psychoanalysis Volume I. New York, International University Press 1967.
- Greenson, R.R.:** Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett 1975.
- Jacobi, J.:** Komplex, Archetypus, Symbol in der Psychologie. Zürich, C.G. Jungs Rascher 1957.
- Jollet, H.R., Krägeloh, C., Krippner, K.:** Das KB bei Objektbeziehungsstörungen. S. 99–108. In: Bartl, G.,
- Pesendorfer, F. (Hrsg.):** Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Wien, Literas Universitätsverlag 1989.
- Jones, E.:** Die Theorie der Symbolik. Teil IV. Psyche, 26, 1972, s. 581–622.
- Kottje-Birnbacher, L.:** Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. Prax. Psychother. Psychosom., 37, 1992, s. 164–173.
- Leuner, H.:** Grundzüge der tiefenpsychologischen Symbolik I. Materialien zur Psychoanalyse, 5, 1978, s. 166.
- Leuner, H.:** Katathymes Bilderleben: Grundstufe; Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik. Stuttgart, Thieme 1989.
- Leuner, H.:** Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Bern–Göttingen, Huber 1994.
- Leuner, H., Wilke, E. (Hrsg.):** Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Bern–Stuttgart–Toronto, Huber 1990.
- Luborsky, L.:** Principles of psychoanalytic psychotherapy. New York, Basic Books 1984.
- Luborsky, L.:** Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin–Heidelberg–New York–Tokyo, Springer 1988.
- Meinhold, W.J.:** Das große Handbuch der Hypnose. Theorie und Praxis der fremd- und Selbsthypnose. Genf–München, Ariston 1989.
- Rossi, E. (Ed.):** The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. New York, Irvington Publishers 1980.
- Sachsse, U.:** Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben bei Borderline-Patienten. Prax. Psychother. Psychosom., 34, 1989, s. 90–99.
- Sachsse, U.:** „Die ich rief, die Geister . . .“ Zum Umgang mit traumatisierenden Erinnerungen in der K.i.P. Vortrag zum 43. Lauterberg, Zentralen Weiterbildungsseminar der AGKB 1995.
- Sachsse, U., Wilke, E.:** Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Erkrankungen. Theoretische Überlegungen zu Erfahrungen in der Praxis. Prax. Psychother. Psychosom., 32, 1987, s. 46–54.
- Saner, H.:** Der Mensch als symbolfähiges Wesen. In: Benedetti, G., Rauchfleisch, U. (Hrsg.): Welt der Symbole. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1989.
- Singer, J.L., Pope, K.S.:** Anwendung der Imaginations- und Phantasietechniken in der Psychotherapie. In: Singer, J.L., Pope, K.S. (Eds.): The power of human imagination. New York, Plenum Press 1978.
- Singer, L.J., Pope, K.S.:** Imaginative Verfahren in der Psychotherapie. Paderborn, Jungfermann 1986.
- Stephanos, S.:** Das Konzept der „pensée opératoire“ und „das psychosomatische Phänomen“. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München–Berlin–Baltimore, Urban & Schwarzenberg 1979.
- Thomä, H., Kächele, H.:** Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin–Heidelberg, Springer 1985.
- Uexküll, T.V., Wesiack, W.:** Realität – soziale Wirklichkeit – und der diagnostisch-therapeutische Zirkel. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München–Berlin–Baltimore, Urban & Schwarzenberg 1979.
- Ullmann, H.:** Übergangsfunktionen des Katathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatisch kranker. Ärztl. Praxis Psychother., 10, 1988 a, č. 4, s. 3–10.
- Ullmann, H.:** Übergangsphänomene und restitutive Phantasiebildung im KB. Ein Ansatz zur Nachreifeung des frühen Vaterbildes psychosomatisch Kranker. Prax. Psychother. Psychosom., 33, 1988 b, s. 249–257.
- Ullmann, H.:** Re-Kreation des frühen Vaterbildes in der KB-Therapie psychosomatisch Kranker. In: Leuner, H., Wilke, E. (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Bern–Stuttgart–Toronto, Huber 1990.
- Ullmann, H.:** Alternative Methoden der Hypnotherapie. Versuch einer Antithese zur „klassischen“ Therapie mit Hypnose. Ärztl. Praxis Psychother., 13, 1991, č. 5/6, s. 15–20.
- Vogt, R.:** Das prospektive Bild des Patienten im Psychotherapeuten und seine Wirkung auf den therapeutischen Prozess. Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 24, 1978, s. 319.

Winnicott, D.W.: *Playing and Reality*. London, Tavistock 1971.

Winnicott, D.W.: *Vom Spiel zur Realität*. Klett-Cotta 1979.

O autorovi

Štúdium medicíny – Freiburg, Kiel a Viedeň. Špecialista pre internú medicínu, neurológ, psychoterapeut a psychoanalytik, vzdelanie v rodinnej terapii, hypnoterapii, katatýmne-imaginatívnej psychoterapii (KIP). Docent Nemeckej spo-

ločnosti pre KIP (AGKB) pre individuálnu a skupinovú terapiu a Českej spoločnosti pre KIP (ČSKIP). Pracoval vo vedúcich klinických pozíciách v oblasti psychiatrie, psychoterapie a psychosomatiky. V súčasnosti v súkromnej praxi v Karlsruhe, Nemecko. Ťažiská práce: psychosomatické ochorenia, špeciálne aspekty KIP (funkcia preoidipálneho otca, prechodné fenomény, úvodný denný sen, metaforická a naratívna dimenzia metódy). Dr.med. H. Ullmann vedie semináre KIP aj na Slovensku v rámci vzdelávania Slovenskej spoločnosti pre KIP (SSKIP).

Do redakcie došlo 25.3.2004.