

*Teória psychoterapie***Vývin psychoterapeutického vzťahu v hlbinej psychoterapii z historického a teoretického hľadiska**

D. Mago

**Evolution of psychotherapeutic relationship in deep psychotherapy by historical and theoretical points of view****Súhrn**

Autor podáva v práci krátky prierez historickým a teoretickým vývojom vzťahu medzi terapeutom a pacientom v hlbinej psychoterapii. V priebehu vývoja hlbinných psychoterapií sa dôraz posúval od skúmania psychosexuálnych konfliktov ku skúmaniu konfliktov vzťahových. K tomuto posunu prispel i výskum raného vzťahu medzi matkou a dieťaťom s preukázaním, že vedúci organizačný princíp vývoja človeka nie je sexualita a slasť, ale potreba bezpečného vzťahu determinujúceho bazálnu sebadôveru a dôveru k svetlu a i zdravé, prirodzené sebaaktualizačné tendencie k autonómii. Pozícia terapeuta v psychoterapeutickom vzťahu sa postupne presúva z polohy neprístupného vševedúceho mechanika ľudských duší do polohy aktívneho pozorovateľa, diskutéra, stimulujúceho spolucestujúceho a človeka i so svojimi ľudskými nedokonalosťami.

**Kľúčové slová:** psychoanalýza, psychodynamická psychoterapia, psychoterapeutický vzťah.

**Summary**

In this article you can find a historical and theoretical evolution of psychotherapeutic relationship for short. The interpersonal conflicts were becoming more important for an exploration than the psychosexual ones. One of the reasons of this change was a fact which appeared by an exploration of a relationship between a baby and its mother. It is said that they are not a sexuality and a delight which mainly organize a human psychic evolution but a need of a safe relationship. That relationship which can become a basis for both believing in own abilities and believing others and for a healthy natural inclinations to autonomy. The position of a therapist in a psychotherapeutic relationship was also changing. Nowadays he/she is less a cold mechanic of human souls, less a man/ a woman who knows everything but more an active partner for a discussion, more a man/a woman with all human imperfections.

**Key words:** psychoanalysis, psychodynamic psychotherapy, psychotherapeutic relationship.

*Motto:*

„Psychoterapia je – po prvé a predovšetkým – ľudským vzťahom“. (Wachtel, 1990, v Prochaska, Norcross, 1999, s. 377)

---

ESET Praha

**Adresa:** MUDr. Daniel Mago, ESET, Hekrova 805, Praha-4-Háje, Česká republika  
e-mail: esethekrova@volny.cz

**Úvod**

Pojem hlbinná psychológia navrhol E. Bleuler, aby napriek rozštiepeniu pôvodného jednotného prúdu psychoanalýzy na rôzne terapeutické školy (napr. neopsychoanalýza, selfpsychológia, psychodynamická psychoterapia) nedošlo k zanedbaniu spoločného základu týchto smerov, ktorým je uznanie významu nevedomej motivácie v správaní človeka (Hašto, 2005).

## Klasická psychoanalýza z aspektu vzťahovosti

Freud (1913/2003) pred začiatkom každej psychoanalýzy odporúča skúšobnú lehotu niekoľko týždňov (obvykle dva), ktorá má dôležitú diagnostickú funkciu v odlišení psychických problémov, ktoré nie sú do analýzy vhodné (napr. začiatkové štádium schizofrenie). Ďalej sa skúšobné obdobie liečby používalo na dôkaz schopnosti pacienta vytvoriť s terapeutom liečebné spojenectvo. Podľa Freuda predbežná dôvera alebo nedôvera pacienta k liečbe nie je vôbec dôležitá, lebo jeho nedôvera je len symptóm, rovnaký ako ďalšie symptómy a neprejaví sa rušivo, ak bude pacient svedomito plniť, čo od neho vyžadujú pravidlá liečby. Freud pracoval so svojimi pacientmi obvyčajne šesťkrát do týždňa, len pre ľahšie prípady, alebo pri výrazných pokrokoch v liečbe, stačili tri hodiny týždenne. Pri zriedkavejšej práci hrozí podľa neho nebezpečenstvo, že lekár neudrží krok s reálnymi zážitkami pacienta, liečba stratí kontakt so súčasnosťou a odsunie sa na vedľajšie cesty. Čo sa týka terapeutovho honoráru za liečbu, Freud (1913/2003) odporúča terapeutovi hovoriť pred pacientom o peňažných otázkach s rovnakou samozrejmom úprimnosťou, k akej ho chce vychovať vo veciach sexuálneho života. Tým, že pacientovi bez okolkov oznámi, ako oceňuje svoju prácu, sa pre neho stáva modelom nepokryteckého postoja k životu napriek tlaku vtedajšej prudérnej spoločnosti. Platenie za terapiu má podľa neho i dôležitú regulatívnu funkciu, ktorá ak odpadne, tak sa celý terapeutický vzťah vymkne z reálneho sveta a pacient prichádza o dobrý motív, aby sa usiloval o ukončenie liečby. Usporiadanie psychoanalytickej liečby, keď pacient leží tak, aby na terapeuta nevidel Freud (1913/2003) vysvetľuje historickou tradíciou – zvyškom hypnotickej liečby, z ktorej sa psychoanalýza vyvinula. Ďalej osvetľuje túto zásadu zamedzením nebadanému prenikaniu vplyvu prenosu do pacientových nápadov ovplyvňovaním pacienta výrazom svojej tváre (tiež v Saic, 2005). Avšak ako hlavný dôvod Freud (1913/2003, s. 32) udáva osobný motív: „nezniesiem, keď na mňa osem hodín denne (alebo dlhšie) upierajú pohľady druhí ľudia“. Ak pacient odmieta zaujať navrhnutú polohu, má sa podľa Freuda táto požiadavka pacientovi zamietnuť. Ak sa pacientovi nedá zabrániť, aby predsa pred začiatkom alebo po ukončení oficiálneho „ležania“ nepovedal zopár viet, keď sa už zdvihol z polohy ležmo, treba, aby terapeut tieto jeho neoficiálne prejavy oddelil od regulárneho materiálu analýzy. Pacient je ďalej analytikom vyzvaný, aby dodržiaval „základné pravidlo“: má sa pokúšať prinášať všetky svoje spontánne myšlienky bez ohľadu na to, či mu pripadajú nedôležité, nezmyselné, k danej situácii sa nehodiace, alebo zahanbujúce (Mentzos, 2000). Na inom mieste Freud (1913/2003) odporúča analytikom, aby pacientovi dôrazne prikázali, že sa majú najmä na začiatku terapie snažiť zasväcovať do záležitostí liečby čo najmenej ľudí. Tým terapeuti ochránia pacienta aj pred nepriateľskými vplyvmi okolia, ktoré by sa ho pokúšali odradiť od psychoanalýzy. Prvým cieľom liečby je podľa zakladateľa psychoanalýzy pripútanie pacienta. Na to stačí serióznym záujmom terapeuta a odstraňovanie počiatkových odporov v terapii. Tento cieľ však podľa Freuda môžeme minúť, ak na-

príklad moralizujeme alebo sa správame ako zástupca tretej osoby (napr. partnera pacienta). Freud (1912, v Saic 2005) odporúča, aby sa analytik správal ako chirurg, to znamená, aby zachovával citový chlad podobne ako chirurg, ktorý dáva nabok dokonca aj svoj ľudský súcit. Freud ďalej požaduje (1912, v Sandler 1973/1994 alebo v Saic, 2005), aby bol analytik pre analyzanda nepriehľadný ako zrkadlo, ktoré nemá ukazovať nič iné ako to, čo je ukázané jemu samému. Podobnou metaforou ideálneho analytického postoja vo vzťahu je model „čistého plátna“, na ktoré pacienti premietajú svoje prenosové deformácie (Yalom, 2003). Ďalšou možnosťou popisujúcou analytický vzťah je Freudove (1912, v Saic, 2005) rozporné prirovnanie psychoanalytika, resp. jeho nevedomia k telefónnemu slúchadlu, ktoré sa má ako prijímač obrátiť k vysielajúcemu nevedomiu pacienta. Rozpor je v tom, že táto racionálne opísaná technika využíva iracionálne nevedomie (Saic, 2005). Ďalším zo základných princípov psychoanalýzy je „rovnomerne sa vznášajúca (rozložená) pozornosť“ (Freud, 1912/1997, v Saic, 2005, s. 21, tiež vo Wetzig-Würth, Müller, 2004), ktorá má zamedziť vedomému zameriavaniu pozornosti analytika a tým selekcii pacientových obsahov, čo by sa prejavilo skreslením analytických postrehov.

Nevedomé aspekty osobnosti odkrývajúci charakter psychoanalýzy a iných hlbinných psychoterapií inšpiroval Danzera (2001), aby prirovnal činnosť psychoanalytika k niekoľkým iným povolaniam. Napríklad k práci archeológa objavujúceho len zlomky a náznaky na povrchu a v hĺbkach pacientovej duše, na základe ktorých musí byť rekonštruovaná štruktúra charakteru pacienta. Prirovnanie psychoanalýzy k archeológii vyplynulo i z toho, že Freud sa o archeológiu sám zaujímal a jeho ordinácia bola plná starovekých antických sošiek a iných starožitností a pripomínala pracovňu archeológa, ktorý „nepátral v zemi, ale v mysli svojich pacientov a namiesto krompáča a lopaty používal nástroje analytickej interpretácie. vytvoril potrebné techniky, ktorými je možné odhaľovať skryté štruktúry ľudskej psychiky a osvetľovať dávne dejiny jednotlivých pacientov a celého ľudstva“ (Mitchel, Blacková, 1999, s. 44). Analytik má bezvýhradne uplatňovať pravidlo „neutrality“, teda záväzok zachovávať približne rovnakú vzdialenosť (respektíve podporu) ako k neprípustným impulzom (k id), tak aj k sebarealizácii a správaniu s ohľadom na okolie (k ego) a tiež aj k pacientovým morálnym zásadám (k superegu) (napr. v Ponešický, 2003).

Takisto má dodržiavať pravidlo „abstinenencie“ (Mentzos, 2000, aj v Rycroft, 1968/1993), teda má zostať pre pacienta „neznámy“ a „neurčitý“, „anonymný“, čo v praxi znamená vyhnúť sa tomu, aby pacienta zahŕňal výslovnými prejavmi lásky, útechy, účasti a upokojovania, ale tiež príkazom, zákazom, radám, poučeniam, hodnotiacim súdom o pacientovi a akýmkoľvek súkromným názorom. Freud však všetky uvedené zásady sám nie vždy dodržiaval. V závislosti od situácie vedel pacienta systematicky podporovať, oceňovať, radiť v dôležitých životných otázkach (Marlinová, 1999, v Saic, 2005) alebo naopak prejavil pacientovi aj svoje negatívne emócie – hnev (tíkol päšťou do pohovky), alebo aj spontánnu radosť nad brilantnosťou svojich interpretácií. Freud spomenuté zásady chápal skôr ako odporúčania a vyjadril

presvedčenie, že u psychoanalytika iného osobného založenia by bolo potrebné dať prednosť inému postoju k pacientovi a cieľu terapie. Nasledujúce generácie psychoanalytikov si ich však často odovzdávali ako záväzné pravidlá (Saic, 2005). Bolo to podmienené najmä potrebou vymedziť sa voči iným psychoterapeutickým školám odvodeným zo psychoanalýzy, čím začala byť „ortodoxná“ najmä americká freudovská analýza dosť formalizovaná, analytik bol v roli neprístupnej autority, jeho rola – „Freudove pravidlá hry“ boli ritualizované (Mitchel, Blacková, 1999, tiež Thomä, Kächele, 1993, v Saic, 2005).

### Vývin koncepcie pracovného spojenectva

Freud pôvodne nikdy „pracovné spojenectvo“ ako zvláštny pojem nevyčlenil, ale zahŕňal ho pod všeobecný pojem prenosu, ktorý delil na prenos pozitívnych a negatívnych citov k terapeutovi (1912, v Sandler, 1973/1994). Pozitívny prenos Freud ďalej delí na prenos, ktorý v skreslenej podobe predstavuje návrat erotických citov z detstva a na prenos priateľských a nežných citov, ktorý chápe ako „vehikulum úspechu v psychoanalýze a iných liečebných metódach“ (1912, v Sandler, 1973/1994, s. 15). Pracovné alebo aj liečebné spojenectvo vychádza z relatívne neneurotického, racionálneho a realistického vzťahu k analytikovi. Toto spojenectvo je predpokladom úspešnej analýzy. Z pozície pacienta je to vedomie, že terapeut v zásade akceptuje jeho osobnosť a dôvera v analytikove profesionálne schopnosti (Beck, 1974/2005). Ďalej je podmienené aj sebaopozorovacou a sebakritickou schopnosťou pacienta a schopnosťou znášať určitú mieru frustrácie, ktorú mu liečba nevyhnutne priniesie. (Sandler 1973/ 1994). Podľa Greensona (1965, v Beck, 1974/2005, v Ponešický 2003, v Sandler 1973/1994) je nevyhnutným predpokladom vytvorenia liečebného spojenectva tzv. bazálna vzťahovosť (alebo „základná dôvera“ – Erikson, 1950, v Sandler, 1973/1994). Bazálna dôvera spočíva vo všeobecnom pozitívnom postoji k ľuďom a svetu založenom na zážitkoch bezpečia v prvých mesiacoch života. Neschopnosť vyvinúť liečebné spojenectvo u niektorých pacientov (psychotikov a pacientov s ťažkou emočnou depriviáciou v detstve) je dané nedostatkom v detstve sa formujúcej „bazálnej dôvery“ (Sandler, 1973/1994).

Bowlby (1973, 1975 – v Hašto, 2005) v rámci svojej teórie vzťahovej väzby (attachmentu – pripútania) považuje liečebné spojenectvo za „bezpečný prístav“, „bezpečnú základňu“, v ktorej sa pacient cíti podobne ako dieťa pri bezpečnej vzťahovej väzbe na svoju matku. Pripútavacie správanie vzhľadom na jeho vrozený charakter sa dá chápať aj ako biologicky determinovaná báza terapeutického vzťahu (D'Elia, 2001 – v Hašto, 2005).

Liečebné spojenectvo nie je konštantou veličinou, ale v priebehu psychoanalytickej liečby slabne s odpormi a posilňuje sa rastom reálnych pozitívnych emócií k terapeutovi a veľký kus analytikovej práce práve spočíva v asistencii pri jeho rozvoji (Sandler, 1973/1994). Veľmi dôležitou súčasťou liečby v súvislosti s už spomínaným terapeutickým pracovným spojenectvom je terapeutická zmluva. V terapeutickú

zmluve všetci účastníci terapeutického záväzku (pacient, terapeut, príp. aj iné osoby) presne jednoznačne formulujú (najčastejšie písomnou formou), čo od seba vzájomne očakávajú a za akých podmienok sú ochotní spolupracovať (Knobloch, Knoblochová, 1999).

### Vývin pohľadu na prenos a protiprenos v psychoanalýze

Vzájomnou komunikáciou vzniknutý psychoterapeutický vzťah je okrem vedomého aspektu prejavujúceho sa v genéze pracovného spojenectva veľmi intenzívne určovaný nevedomým prenosom pacienta a protiprenosom terapeuta (Mentzos, 2000).

Pod prenosom hlbinná psychoterapia rozumie predovšetkým deformácie vnímania a neadekvátne spôsoby prežívania a správania sa pacienta v rámci terapeutického vzťahu (Mentzos, 2000). K tým dochádza preto, že sú reaktivované vzorce správania a prežívania (pocity, želania, fantázie), ktoré pochádzajú zo skúseností so skoršími vzťahovými osobami a teda sa netýkajú aktuálnej situácie a reálnej vzťahovej osoby. Aby reakcia mohla byť považovaná za prenos musí mať dve charakteristiky: musí byť opakovaním minulosti a musí byť neprimeraná prítomnosti (Greenson, 1965, v Sandler, 1973/1994).

Niektorí analytici (Glover, 1937, Rosenfeld, 1965, v Sandler, 1973/1994) považujú za prejav prenosu dokonca každú verbálnu alebo mimoverbálnu reakciu pacienta objavujúcu sa počas terapie. Prenos je teda totalitou všetkých stránok vzťahu pacienta k terapeutovi. Prenos odráža podľa Glovera (1937, v Sandler, 1973/1994) aj totalitu vývinu jedinca, teda akoby pacient prenášal na analytika nielen afekty a myšlienky ale celé svoje životné skúsenosti.

Niektorí autori nevnímajú prenos ako špecifickú kvalitu psychoterapeutického vzťahu – teda jav vyhradený len pre terapeutickú situáciu, ale považujú ho za fenomén prítomný vo všetkých medziľudských vzťahoch (napr. Mentzos, 2000; Greenson, 1965, v Sandler 1973/1994).

Pojem protiprenos je v obsiahlej psychoanalytickej literatúre nespočetnekrát pertraktovaný a často rôzne chápaný. Prvýkrát ho Freud použil v roku 1910 v zmysle následku vplyvu pacienta na terapeutove nevedomie a považuje ho za prekážku slobodného porozumenia pacientovi, za druh „odporu“, ktorý sa v analytikovi objaví po prebudení nevedomých konfliktov tým, čo pacient hovorí, robí, alebo koho terapeutovi z jeho minulosti predstavuje (Sandler, 1973/1994). Sebaopozorovaním – Freudom navrhnutou priebežnou sebaanalýzou (1910, v Sandler, 1973/1994) je možné si uvedomiť tieto psychologické „slepé miesta“, odhaliť ich podstatu a eliminovať ich nežiaduce následky skôr ako sa na ich báze vyvinie nežiaduca protiprenosová reakcia. Freud (1912, v Sandler 1973/1994) však rýchlo usúdil, že sebaanalýza na prekonanie vlastných odporov nestačí a odporúčal cvičnú analýzu, neskôr (Freud 1937, v Sandler, 1973/1994) dokonca uvažoval o potrebe reanalýzy každých päť rokov.

Už za života Freuda (H. Deutchová, 1926, Ferenczi, 1932, v Saic, 2005), ale akcelerujúco po jeho smrti sa v psychoanalýze v chápaní protiprenosu objavilo množstvo rôznych línii.

Niektorí autori trvali na tom, aby sa termín „protiprenos“ používal len v pôvodnom zmysle – teda ako analytikov prenos (prenos nevedomých konfliktov z terapeutovej minulosti prebudených prácou s pacientom) na pacienta, ktorý narúša terapeutický proces (Stern, 1924, Fliess, 1953, v Sandler, 1973/1994).

Bálint, Bálintová (1939, v Sandler, 1973/1994 a v Saic, 2005) považujú za súčasť protiprenosu aj analytikov prenos daný opakovaním podmienok a charakteru výcvikovej analýzy, ktorý je výrazným zdrojom charakteristických rysov práce analytika (od jeho profesionálneho postoja až po usporiadanie jeho pracovne). Zvrat vo vnímaní protiprenosu nastal vtedy, keď sa naň začalo pozeráť ako na dôležitý jav, „nástroj“, pomáhajúci lepšie porozumieť významu pacientovho skrytého materiálu, pričom princíp jeho fungovania je založený na predpoklade, že „analytikove podvedomie rozumie pacientovmu podvedomiu“ (Heinmanová, 1950, 1960, v Sandler, 1973/1994, s. 35). Táto myšlienka je implicitne obsiahnutá už vo Freudovom opise „vznášajúcej sa pozornosti“ alebo v metafore analytika ako telefónneho slúchadla (Sandler, 1973/1994, Saic, 2005). Heinmanová (v Sandler, 1973/1994, Saic, 2005) protiprenos vzťahla k všetkým pocitom analytika k pacientovi, pričom analytik by mal tieto objavujúce sa pocity vydržať, použiť ich ako kľúč k pacientovmu nevedomiu a v žiadnom prípade ich neukázať. Analytik si teda uvedomuje ako jeho emočné reakcie na pacienta rastú, povrchným obsahom asociácií sa vysvetliť nedajú, ale naznačujú rolu, ktorú pacient analytikovi nevedome vnucuje.

Protiprenos pre niektorých autorov (Reichová, 1951, v Sandler, 1973/1994) nie je len pomôckou a už vôbec nie prekážkou, ale naopak sa stáva nevyhnutnou podmienkou psychoanalýzy. „Pokiaľ neexistuje, chýba aj potrebný talent a záujem. Má však ostať v tieni a v pozadí“ (s. 36). Avšak prílišná obava, resp. rigidný negatívny pohľad na protiprenos by mohol viesť u analytika k „fobickému“ prístupu k vlastným emočným reakciám, čo by obmedzilo jeho schopnosť pacientovi porozumieť (Kernberg 1965, v Sandler, 1973/1994, tiež Littleová, 1951, v Saic, 2005).

## Terapeutický vzťah za rámcom klasickej psychoanalýzy

Dynamická psychoterapia podľa Mentzosa (2000) toľko neuprednostňuje regresiu pacienta, ale snaží sa skôr zabrániť príliš intenzívnemu prenosu. Ak sa však prenos objaví, treba ho interpretovať a spracovať. Na rozdiel od psychoanalýzy je terapeut s pacientom v kontakte „zoči-voči“, väčšinou vo vzájomnej polohe „stretávajúcich sa lodí“ v sede. Dynamická psychoterapia sa zameriava predovšetkým na analýzu nevedomých motivácií a závislostí s ohľadom na iné predchádzajúce i aktuálne vzťahy. Podľa druhu poruchy a povahy pacientovho „ja“ sa v terapii kladie väčší dôraz buď

na výkladovú prácu podporujúcu náhľad pacienta (dodávam – neurotickí pacienti z relatívne stabilnými „jaskynami“ funkciami) alebo na funkciu terapeuta spočívajúcu v podpieraní alebo nesení pacientovho „ja“ (dodávam – pacienti s ranými poruchami štruktúry „ja“ – borderline, narcistický). S ohľadom na voľbu vhodného terapeutického vzťahu a metódy, bývajú nesmierne dôležité terapeutove protiprenosové pocity (Mentzos, 2000). U pacientov s ranými poruchami osobnosti dochádza vo vzťahu i mimo neho k výraznej distorzii reality, píše Ponešický (2003). Druhý človek (terapeut) je pacientom vnímaný len podľa toho, čo sám pacient potrebuje. Pacient vníma len časť reality, štiepi ju v zmysle čiernobielyho vnímania sveta a to, čo ho ohrozuje projikuje na iného. Uvedení pacienti vykazujú deficitnú funkciu internalizácie, symbolizácie a vnútornej reprezentácie vzťahových osôb, resp. vzťahov, čím u nich nastane stav podobný prísloviu „zide z očí, zide z mysle“ (Ponešický, 2003, s. 126). Podľa Ponešického (2003) sú preto závislí na stálej fyzickej prítomnosti ostatných.

Prenos i protiprenos sa v terapii s pacientmi s ranou poruchou osobnosti vytvára prakticky ihneď, je veľmi intenzívny, pričom prenos je menlivý podľa momentálneho stavu uspokojenia potrieb pacienta (Ponešický, 2003). Terapeutickým cieľom u týchto pacientov je zistiť, čo chýba, čo nie je a nebolo (Ponešický, 2003). Dôležité je nechať sa pacientovi k dispozícii, snažiť sa dovybudovať chýbajúce časti cez suportívnu funkciu terapeuta a teda reštrukturalizovať, vybudovať koherentnú osobnosť, koherentné „ja“. Teda miesto role „archeológa“ má terapeut skôr rolu „architekta“ (Ponešický, 2003, s. 125). Podľa neho sa pacient postupne učí prijať inakosť druhého, učí sa vydržať vlastné aj cudzie ambivalentné postoje, že svet už nie je čiernobiely, ale ďaleko pestrejší a zložitejší, že je nevyhnutné brať na ostatných ohľad. Toto všetko sa deje vo vzťahu medzi pacientom a terapeutom, ktorý sa sám stáva terapeutickým fokusom, novou medziľudskou skúsenosťou. Preto je tu podľa Ponešického (2003) vhodný interakčný prístup, charakterizovaný neustálou bdelou prezenciou a aktivitou terapeuta.

Dührssenová (1998) hovorí o psychoterapeutovi ako o „pomocnom egu“, ktoré pomáha pri riešení vnútorných konfliktov. V kontraste k neutralite klasickej psychoanalýzy voči všetkým trom inštanciam pacientovej psychiky (egu, id i superegu) vstupuje psychodynamik podľa okolností do koalície alebo role obhajcu niektorej hypotrofickej alebo zatlačenej inštancie a tým pomáha k jej dovyvinutiu a k reštrukturalizácii celej psychiky.

Pre Kernberga (1975, v Prochaska, Norcross, 1999) je pre prácu s hraničnými pacientmi dôležité stanoviť hranice, napríklad limity počtu telefonátov, prejavov agresie voči terapeutovi a frekvencie terapeutických sedení. Stanovenie limitov agovania vyvolá v pacientovi úzkosť, ktorá môže za pomoci interpretácií objasniť skrytý význam agovania. Agovanie (acting out – prehrávanie) znamená nahrádzanie myšlienok činom ako substitúciou spomínania na minulé udalosti a je typické pre rané poruchy osobnosti (Rycroft, 1968, 1993). Jasné limity a ich dodržiavanie z oboch strán sú podmienkou použitia interpretácií. Len v terapeutickom vzťahu,

ktorý kombinuje emocionálnu podporu s jasne stanovenými pravidlami, si klienti môžu uvedomiť odštiepené časti seba samých (Kernberg, 1975, v Prochaska, Norcross, 1999).

V dynamickej psychoterapii všeobecne (nielen pri terapii raných porúch osobnosti) je teda veľmi dôležité a zároveň veľmi ťažké vedieť kombinovať potrebnú vzdialenosť a abstinenčný postoj s postojom a atmosférou, ktoré pacienta podporujú, povzbudzujú a dodávajú mu pocit, že je pochoopený (Mentzos, 2000). Mentzos (2000, s. 178) uvedené vyjadruje i nasledovne: „je treba nájsť správnu cestu medzi rigidným, dištancovaným a na pravidlách lipnúcich postojoch terapeuta (vyplývajúcich často z jeho obranných postojov) a nedíštancovanou, nekontrolovaným súcitom motivovanou identifikáciou s pacientom, ktorá hraničí až so splynutím“.

### Vplyv osobnosti terapeuta na charakter psychoterapeutického vzťahu

Jedným z najvýznamnejších zdrojov problémov s protiprenosom u terapeuta sú jeho osobnostné charakteristiky a aj ďalšie jeho vlastnosti (napríklad vonkajší zjav) (Dührsenová, 1998). Terapeut pacientovi (podobne ako pacient jemu) vytvára určitú „ponuku vzťahu“. Touto vzájomnou ponukou je terapeutický vzťah výrazne podfarbený. Okrem toho terapeutický vzťah významne ovplyvňujú tzv. situčné premenné ako je napríklad to, či platí pacient v hotovosti, alebo mu jeho liečbu hradí poisťovňa. Patrí sem aj výška honorára a aj špecifická pracovná situácia terapeuta, teda či pracuje v ambulancii, v nemocnici, alebo na univerzitnej klinike.

Podľa Becka (1974, 2005) terapeutove osobnostné črty môžu negatívne (ale i pozitívne) ovplyvňovať terapeutický vzťah. Napríklad:

Schizoidný terapeut s narcistickým sebaoprečovaním a omnipotentnými terapeutickými túžbami nie je schopný v súvislosti so svojimi totalitnými terapeutickými nárokmi akceptovať u pacienta čiastočné riešenie. Rýchlo sa dostavuje sklamanie z reality, často už pri prvom sedení s pacientom. Pozícia v tvárou v tvár pacientovi navodzujúca blízkosť môže v schizoidnom terapeutovi vyvolať úzkosť a obranné emočné stiahnutie. Sklamanie jeho omnipotentných predstáv o terapii sa odrazí v jeho sebaoprečovaní, rezignácii i k agresívnemu postojovi voči pacientovi. Naopak medzi jeho prednosti patria ostrosť jeho terapeutického pohľadu, jasnozrivosť pre ohraničené problémy, trpezlivosť dištancovanosť a chladná vecnosť v zamotaných terapeutických situáciách.

Depresívne štruktúrovanému terapeutovi chýba optimistický postoj k bežným problémom, takže sa mu niektoré veci zdajú ťažšie než sú. Pacient má pri ňom sklon naviazať sa a nechať sa „krímiť“, čo obvykle znamená zbytočné predlžovanie terapie. Medzi jeho silné stránky patria schopnosť empatie a ochota pomáhať.

### „Odhaľovanie“ terapeuta

Dôležitým problémom vzťahu pacient a terapeut je otázka nakoľko sa má terapeut správať vo vzťahu spontánne a autenticky, či a nakoľko sa má sám v terapii odhaľovať (nie vo fyzickom význame), a či toto odhaľovanie znamená aj hovorenie o vlastných skúsenostiach a názoroch (Ponešický, 2003).

Spôsob, akým pacient pristupuje ku vzťahom s druhými, sa podľa interpersonálneho psychodynamického prístupu prejaví hlavne vo vzťahu s terapeutom. Terapeut sa vzdáva patentu na absolútnu objektivitu a spolu s pacientom konštituuje realitu, ktorá je východiskom z konfliktného sebaoprečovania a vzťahov (Ponešický, 2003, podobne Ogden, v Saic, 2005 hovorí o „tretej subjektivite“ prítomnej v terapii). Racker (1953/1968, v Saic, 2005, s. 58) hovorí o konci „mýtu analytickej situácie“ ako interakcie medzi chorou a zdravou osobou, pretože v skutočnosti ide o interakciu dvoch osobností, ktoré sa obe vyznačujú vnútornými aj vonkajšími závislosťami, úzkosťami a patologickými obranami, obe sú taktiež deťmi vzhľadom k svojim internalizovaným rodičom a obe reagujú celou svojou osobnosťou na každú udalosť odohrávajúcu sa v analytickej situácii. Yalom (2003, s. 24) hovorí o sebe a svojich pacientoch ako o „spolucestujúcich“, čím odstraňuje rozlišovanie medzi „oni“ (postihnutí) a „my“ (liečitelia).

Priekopníkom v otváraní sa pacientovi bol už za Freudových čias Sandor Ferenczi. Podľa neho (1988, v Saic, 2005, s. 32): „Nie je možné poskytnúť bezmocnému dieťaťu, akým je väčšina pacientov, len teórie, keď trpí hroznými bolesťami“. Obhajuje otvorené vyjadrovanie pocitov analytikom nutnosťou neopakovať pokrytecké správanie rodičov voči deťom, ktoré je zdrojom neskoršej patológie. Odhalenie negatívnych pocitov a eventuálnych chýb zo strany analytika, môže viesť k stimulácii pacientovej odvahy prinášať vlastné potlačené pocity a tým prispieť k pokroku v terapii.

Yalom, (2003) odporúča terapeutom otvorene priznávať svoje chyby, lebo je to pre pacientov dobrým modelom správania a znamením, že sú pre terapeuta dôležité. Tiež podľa neho sebaodhalenie terapeuta podporuje sebaodhaľovanie pacienta.

Odhaľovanie určitých aspektov osobného života Yalom (2003) obhajuje tým, že pokiaľ terapeut ostane absolútne nepriehľadný vo vzťahu k pacientovi, nikdy s ním nenadviaže úprimný vzťah. Varuje však pred tým, aby odhaľovanie osobných stránok terapeuta nahradzovalo skúmanie osobných otázok pacienta. Je dôležité motívy, otázky mierené na súkromný život terapeuta podrobne rozobrať. Yalom odporúča terapeutom neskrývať svoje tzv. „temné stránky“ (ako príklad uvádza aj Winnicotta). Tým sa tieto stránky prítomné u všetkých ľudí oddémonizujú, zbavia sa nenormálnosti, čo pomôže pacientom prestať sa bičovať za svoje skutočné alebo domnelé nedokonalosti.

Yalom (2003) dáva v terapii priestor aj dotykom s pacientom, pričom je dôležité, aby sa dotyk stal „vodou pre interpersonálny mlyn“ a aby bol terapeuticky zreflektovaný (s. 178). Dotykom chce dať pacientovi najavo, že je

sním „prepojený spoločnou ľudskosťou“. Pokiaľ má terapeut obavy, že by si mohol pacient dotyky vykladať sexuálne, Yalom odporúča to s ním otvorene predebatovať. Terapeut musí pacientovi objasniť, že sice sexuálne pocity môžu byť obojstranne v terapeutickom vzťahu prežívané, ale nikdy nemôžu byť naplnené a mali by byť do terapie prinesené a prediskutované!

Napriek pre terapeutický vzťah a prácu prospšnému „odhalovaniu“ zo strany terapeuta, zostáva tento vzťah asymetrický. Táto nerovnosť medzi pacientom a terapeutom podľa Yaloma (2003) možno veľa pacientov popudzuje, ale je dôležitá a nevyhnutná. Podľa neho psychoterapia nie je náhradou života, ale „generálna skúška života“ (s. 173). T.j. napriek tomu, že psychoterapia vyžaduje dôverný vzťah, tento vzťah nie je účelom, ale je prostriedkom k dosiahnutiu určitého účelu.

### „Prekoná žiak svojho učiteľa?“

Ďalšou dôležitou otázkou týkajúcou sa terapeutického vzťahu v hlbínnej psychoterapii je dilema, či pacient môže v priebehu liečby prekonať úroveň svojej terapiou dosiahnutej integrácie úroveň terapeuta. Podobne ako žiak prekonáva svojho učiteľa vo vyššie uvedenom prirovnaní.

Podľa Ponešického (2003, podobne Jung, 2000, zväzok I.) sa pacient nedostane ďalej, než je sám terapeut, to znamená len tam, kam to dovoľí vzájomná vzťahová dynamika a vzniknuté formy vzájomných interakcií. Aby sa zmenil pacient, musí sa zmena udiať najskôr u terapeuta!

Naproti tomu Karen Horney (v Yalom, 2003) vychádza zo svojej koncepcie sebaaktualizačného pudu, podľa ktorej: Ak terapeut odstráni prekážky, pacienti prirodzene dospejú a uvedomia si svoj potenciál, dokonca dosiahnu úroveň integrácie presahujúcu úroveň terapeuta, ktorý im túto cestu uľahčoval. Sám Yalom (2003, s. 108) často zostáva v období stáť s otvorenými ústami nad odvahou a zmenou, ktorú niektorí jeho pacienti v rámci psychoterapie dosiahli.

### Záver

V hlbinných psychoterapeutických systémoch je terapeutický vzťah nevyhnutným predpokladom úspešnej terapie, zároveň jedným z najdôležitejších procesov zmeny v pacientovi a je aj dominantným obsahom terapeutického práce. V priebehu vývoja hlbinných psychoterapií sa dôraz posúval od skúmania psychosexuálnych konfliktov ku skúmaniu konfliktov vzťahových. K tomuto posunu prispel i výskum raného vzťahu medzi matkou a dieťaťom s preukázaním, že vedúci organizačný princíp vývoja človeka nie je sexualita a slasť, ale potreba bezpečného vzťahu determinujúceho bazálnu seba dôveru a dôveru k svetu a i zdravé, prirodzené sebaaktualizačné tendencie k autonómii. Terapeut už nie je nejakým nadradeným „machrom“ na diagnostiku a liečbu psychických porúch, distancovaným bielym plátnom, do ktorého si pacient premieta svoju patológiu, ale empatickým, zúčastneným, aktívnym pozorovateľom a diskutérom, človekom i so svojimi ľudskými nedokonalosťami. Je už spome-

nutým stimulujúcim spolecustujúcim a v prípade potreby i bezpečným, zrkadliacim, prijímajúcim rodičom, ktorý poskytuje návody a hranice, ale i dostatok slobody a priestoru k sebaexplorácii a k objavovaniu sveta druhých ľudí.

### Literatúra

1. **Beck, D.:** Krátkodobá psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2005.
2. **Danzer, G.:** Psychosomatika. (Celostný pohľad na zdravie tela i duše.) Portál, Praha 2001.
3. **Dührssen, A.:** Dynamická psychoterapia. (Príručka hlbínne orientovaného prístupu k pacientom.) Vydavateľstvo F, Trenčín 1998.
4. **Freud, Z.:** Podoby psychoanalýzy. Slovenský spisovateľ, Bratislava 2003.
5. **Gabbard, O.G.:** Psychodynamická psychiatria in clinical practice. American Psychiatric Press, 1994 - digitálna verzia excerptov v slovenskom preklade MUDr. Ábelovej a kol.
6. **Hašto, J.:** Vzťahová väzba. (Ku koreňom lásky a úzkosti.) Vydavateľstvo F, Trenčín 2005.
7. **Jung, C.G.:** Výber z diela I. Základné otázky analytickej psychológie a psychoterapie v praxi. Nakladateľství Tomáše Janečka, Brno 2000.
8. **Knobloch, F., Knoblochová, J.:** Integrovaná psychoterapie v akci. Grada, Praha 1999.
9. **Marlinová, O.:** Vzťahovosť v psychoanalýze (Príbeh „Ledové princezny“), v Ponešický, J.: Úvod do moderní psychoanalýzy, Triton, Preha 2003, s. 181-192.
10. **Mentzos, S.:** Rozumíme sami sobě? Nakladateľství Lidové noviny, Praha 2000.
11. **Mitchell, S.A., Blacková M.J.:** Freud a po Freudovi. Triton, Praha 1999.
12. **Prochaska, J.O., Norcross J.C.:** Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi. Grada, Praha 1999.
13. **Ponešický, J.:** Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton, Praha 1999.
14. **Ponešický, J.:** Úvod do moderní psychoanalýzy. Triton, Praha 2003.
15. **Rycroft, Ch.:** Kritický slovník psychoanalýzy. Psychoanalytické nakladateľství, Praha 1993.
16. **Saic, M.:** Protipřenosen v psychoanalýze. Triton, Praha 2005.
17. **Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A.:** Pacient a analytik. Psychoanalytické nakladateľství, Praha 1994.
18. **Wetzig-Würth, H., Müller, P.:** Psychoterapeutický rozhovor. (Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi.) Vydavateľstvo F, Trenčín 2004.
19. **Yalom, I.D.:** Chvála psychoterapie. Portál, Praha 2003.

Do redakcie došlo 12.11.2006.