

29. česko-slovenská psychoterapeutická konferencia, Trenčianske Teplice 2013

Poznámky k psychodynamike suicídia

Ludovít Juráš

Súhrn

Autor pristupuje k psychodynamike suicídia z pohľadu intenzívnej krátkodobej dynamickej psychoterapie - prístupu, ktorý sa zameriava na odkrývanie bolestivých pocitov v prenose, uvoľňovaním odporov a obrán a redukciami anxiety inhibujúcich procesov; protiprenosovým prežívaním - pascou v liečení suicidality.

Kľúčové slová: riziko suicídia, zúfalstvo, beznádej, konflikty, psychodynamika, terapeutický vzťah, prenos a protiprenos, triangel porozumenia.

Psychodynamický prístup k pochopeniu suicídia je jedným komponentom zvládania suicídneho pacienta. Treba zdôrazniť, že samotné vyjadrenie dynamických suicídnych tém pravdepodobne „nelieči“ suicidálnu. Úspešne liečiť suicidálnu znamená, že terapeut musí diagnostikovať a liečiť základnú psychopatológiu. Občas to môže vyžadovať kombináciu terapeutických modalít, obsahujúcu psychoterapiu, farmakoterapiu a ovplyvňovanie prostredím (napr. hospitalizáciu). Neexistuje jeden typ psychiatrického liečenia, ktorý je najefektívnejší pre všetkých suicídnych pacientov. Adekvátne liečenie bude závisieť od mnohých faktorov, ktoré zahŕňajú jednak psychopatológiu a psychodynamiku konkrétneho pacienta, povahu suicídneho rizika a povahu vzťahu medzi pacientom a terapeutom. Vzťah terapeut - pacient môže mať enormný vplyv na suicídneho pacienta a tento vzťah musí byť zvažovaný pri zvládaní suicidality.

Afekty vysoko korelujúce s rizikom suicídia sú zúfalstvo a beznádej. Zúfalstvo charakterizuje intolerovateľná emocionálna bolesť a zrieknutie sa (opustenie) selfu (abandonment of self). Je často spájané so subjektívnym pocitom osamelosti, v ktorej osoba cíti postrádanie všetkých externých a self-regulačných podporných štruktúr a je bez nádeje, že osamelosť sa bude môcť uvoľniť. Subjektívna skúsenosť bezcennosti je taktiež vo vzťahu k suicídneho zúfalstvu, ak pacient verí tomu, že si svoj stav osamotenosti zaslúži.

V psychodynamickom liečení suicídnych osôb je podstatné zaoberanie sa tým, ako je terapeutický vzťah prežívaný z hľadiska prenosu a protiprenosu. Je to vyzývajúca situácia, pretože povaha suicidality je taká, že môže uniknúť vedomému poznaniu, pozorovaniu a priamej explorácii, keďže účel a význam suicídia leží mimo vedomia pacienta. Na druhej strane, vzťahy so suicídnymi pacientami sú často poznamenané negatívnymi emocionálnymi reakciami, reflektujúcimi hostilitu a násilie suicídia, agresiu zameranú proti

selfu a projikovaním ich do terapeuta, ktorý môže (nevedome) byť tlačný do hrania role „kata“ - ak neintervenuje alebo reaguje neadekvátne na zabránenie suicídneho impulzu (Campbell, 2008; Maltzberger a Buie, 1974).

Zákerný charakter suicidality a prítomnosť negatívnych emocionálnych reakcií (prenos a protiprenos) prispievajú k tiesnivému a často k úzkostnému terapeutickému prostrediu. Úzkosť sa často zvyšuje na začiatku terapeutického vzťahu, keďže dôsledky sú potenciálne fatálne. Preto je významné pri diagnostike a terapii suicidality, aby terapeut bol flexibilný vo vyrovnávaní sa s iniciálnym kontaktom a vzťahom. Vyžaduje to od neho schopnosť komunikovať empatické porozumenie pacientovi a využívanie protiprenosovej skúsenosti (zážitku) v prospech pacienta.

K vysvetleniu procesu terapeutického vzťahu s pacientom sa využíva tzv. triangel porozumenia. Týka sa hodnotenia všetkých troch dimenzií „trojuholníka porozumenia“ za účelom vysvetliť zvláštne kvality každej z troch jeho dimenzií:

1. Prenos-protiprenos (t.j. čo sa príhodi medzi pacientom a psychoterapeutom v psychoterapii a ako tomu rozumieť).
2. Súčasné vzťahy a (psychopatologické) symptómy.
3. Minulé (v detstve) vzťahy, biografie a dôležité životné udalosti.

Porozumieť pacientovi cestou troch dimenzií vyžaduje od terapeuta vytvorenie intenzívneho terapeutického vzťahu s pacientom.

Psychodynamika suicídneho aktu. Furst a Ostow (1979) postulovali, že žiaden suicídny akt nie je úplne oslobodený od konfliktu a naznačili, že závažnosť zámeru je determinovaná dvomi súťažiacimi faktormi:

1. intenzitou suicídnej motivácie,
2. stupňom, v akom táto motivácia je vyvažovaná konfliktnou túžbou žiť.

Oba tieto súťažiacie faktory musia byť pri hodnotení a liečení suicidálnych pacientov explorované.

Vždy prítomná možnosť smrti evokuje intenzívne emócie v terapeutovi. Schopnosť terapeuta liečiť suicidálneho pacienta z veľkej časti závisí od stupňa v akom terapeut je schopný čeliť a dohodnúť sa s jeho vlastnými nevedomými fantáziami a konfliktami o smrť a bezmocnosti - byť schopným to kontrolovať.

Práca so suicidálnym pacientom oslovuje osobný narcizmus a pocit profesionálnej grandiozity. Terapeuti suicidálnych pacientov prežívajú intenzívne uvedomovanie si vlastných osobných a profesionálnych obmedzení. F. Fromm Reichmanová upozorňovala klinikov, aby si dávali pozor na svoje vlastné postoje o ich emocionálnom záujme o prežitie ich pacientov. Rosenbaum argumentoval, že niektorí pacienti nevyhnutne spáchajú suicídium, bez ohľadu na kvalitu liečenia, ktoré dostávajú a terapeut musí akceptovať túto realitu uniknutím kompromitovaniu osobnej integrity a profesionálnej zručnosti.

Záverom možno súhlasiť, že vo všeobecnosti skúsenosť z práce so suicidálnym pacientom má hlboký vplyv na profesionálnu (a niekedy i osobnú) integritu terapeuta. Jedna z najzákladnejších a najdôležitejších úloh klinika v práci s akýmkoľvek pacientom v riziku je pýtať sa na suicidalitu. Neskúsení klinici sa často boja na to pýtať, aby to neposilnilo myšlienky pacienta na suicidalitu a aby nezvýšili nebezpečie suicídia. V skutočnosti však „nepýtanie sa“ najpravdepodobnejšie vedie pacienta k domnienke, že terapeut je z tohto problému úzkostný, čo môže viesť k zvýšeniu emocionálneho distresu pacienta a k zvýšeniu rizika suicídia.

Iným dôvodom k vyhýbaniu sa pýtať na suicidalitu, je vyhnutie sa zodpovednosti, že prichádza k poznaniu takejto informácie. Je často ťažké poznať jemný, ale významný rozdiel medzi tým, byť zodpovedný za liečenie suicidálneho pacienta a byť zodpovedným za suicídium pacienta. V skutočnosti terapeuti majú extrémne obmedzenú moc v predikcii, liečení a prevencii suicídia. Fromm - Reichmanová upozorňovala na potrebu pripomínania suicidálnemu pacientovi, že žiadna osoba, ani terapeut, nemôže niesť totálne bremeno zodpovednosti za selfom-indukovanú smrť pacienta. Terapeut však môže vyjadriť záujem a túžbu explorovať a pomôcť pacientovi so suicidálnymi pocitmi.

Okrem toho, dopytovanie na suicidálnu ideáciu slúži dôležitej psychoterapeutickej funkcii - komunikovať pacientovi, že hodnotenie a liečenie suicidalít je časťou rutínnej klinickej praxe. Terapeut musí priniesť pacientovi, že premýšľanie o suicídii nie je ani zahanbujúce ani odsudzujúce. Spytovanie sa na suicidalitu profesionálnym spôsobom môže samo osebe byť terapeutické pre suicidálneho pacienta, ktorý sa často ním uvoľňuje a je schopný konečne hovoriť o tejto „tabu“ téme a začať exploráciu svojich pocitov.

Protiprenosové pasce v liečení suicidalít

Protiprenos je často intenzívny a niekedy problematický pri liečení suicidálneho pacienta. Suicidálny pacient vzbudzuje protiprenosovú nenávisť v klinikovi, ktorý ho lieči. Maltzberger (1986) opísal dva komponenty tejto nenávisti: ako vyvolávanie nevraživosti (zlomyselnosti) a averzie, pri-

čom zaznamenal, že averzívny komponent je paradoxne viac nebezpečný pre pacienta, pretože môže viesť k jeho zanedbávaniu. Zlomyselný, sadistický komponent, na druhej strane, má za následok pretrvávajúce vzťahy terapeut - pacient formou sadomasochistického zápasu; suicidálni pacienti všeobecne majú vyššiu toleranciu na sadomasochistické interakcie než na zanedbávanie.

Terapeuti mobilizujú rôzne defenzívne manévry proti protiprenosovej nenávisti, pričom niektoré z nich môžu viesť k narušeným (disturbed) a potenciálne nebezpečným interakciám medzi terapeutom a pacientom (Maltzberger a Buie, 1974). Protiprenosová nenávisť môže byť potlačená a terapeut sa môže ocitnúť ako odpútaný (detached) a neschopný venovať pozornosť, pričom to pacient môže prežívať ako nedostatok záujmu o neho. Protiprenosová nenávisť môže byť obrátená proti selfu a terapeut sa môže zaoberať skôr vlastnými pocitmi inadekvátnosti a bezmocnosti, než fokusovaním na tieto pocity u svojho pacienta. Niektorí terapeuti môžu využívať i reaktívny výtvor (reaction formation) a cítiť sa zaplavovaní urgentnosťou chrániť suicidálnych pacientov, čo vedie k excesívnej reštrikcii a hospitalizácii. Protiprenosová nenávisť je niekedy projikovaná do pacientov; niektorí terapeuti potom môžu mať ťažkosti v rozlíšení medzi ich realistickými záujmami a ich preháňanými záujmami o bezpečnosť ich pacientov. Napokon, pri uplatnení protiprenosovej nenávisti, terapeut môže narušiť (distort) alebo poprieť (deny) realitu, nazerať pacienta ako úplne beznádejného. V tomto prípade by mohol byť bez empatického porozumenia a v nebezpečnosti nevhodného vzdávania sa liečenia pacienta.

Terapeuti pri liečení suicidálnych pacientov sa musia naučiť protiprenos využívať konštruktívne, vyhýbať sa vytváraniu patologických klinických interakcií, v ktorých je pacient atakovaný alebo odmietaný. Po prvé, terapeut musí poznať a uznať svoje emocionálne reakcie na pacienta a zostať pozorným k impulzom, odchyľujúcich ho od empatického naladenia a vhodnej profesionálnej role. Po druhé, musí upraviť protiprenos do perspektívy identifikovaním jeho zdroja. Po tretie, musí rozhodnúť či a kedy uzná (potvrdí) protiprenosové pocity pacientovi. Zdieľanie pocitov terapeuta môže byť neúčinné a dokonca nebezpečné s aktívne suicidálnym pacientom, ale môže byť pre terapeuta užitočné diskutovať protiprenosové reakcie v čase pokračujúcej psychoterapie epizodicky suicidálneho pacienta pomôcť mu poznať, ako jeho reakcie alebo správanie pôsobia na iných ľuďoch.

Napokon treba zdôrazniť špeciálnu úlohu konzultácie a supervízie pri liečení suicidálnych pacientov – obzvlášť, ak sa terapia dostane do slepej uličky. Pomáha to nielen k otvoreniu novej perspektívy liečenia, ale môžu byť explorované i protiprenosové problémy, ktoré často bývajú sprievodnými pri probléme terapie. Musí sa však zväziť riziko pocitu suicidálneho pacienta, ktorý je vynechaný v reakcii terapeuta na požiadavku o konzultáciu, ale často konzultácia osvetlí povahu slepej uličky a dovoľí pokračovanie terapie.

Záver

Nepochybne dôležitými prostriedkami úspešného liečenia suicidálnych pacientov je zvládnutie protiprenosu, ktorý

indukuje pacient v terapeutovi cestou vedomého uvedomovania, inhibícia antiterapeutického acting-outu a príležitostne vhodná a potrebná konzultácia.

Literatúra

- Durkheim, E.:** Suicide (1897). New York: Free Press, 1951.
- Furst, S.S., Ostow, M.:** The psychodynamics of suicide. In: Suicide: Theory and Clinical Aspects. Edited by Hankoff, L.D., Einsidler, B., Littleton, M.A. Publishing, 1979, s.165-178.
- Horney, K.:** Neurosis and Self-Growth. New York: WW Norton, 1950.
- Maltsberger, J.T.:** Suicide Riek: The Formulation of Clinical Judgement. New York: New York University Press, 1986.
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H.:** Countertransference hate in zhe treatment of suicidal patients Arch. Gen. Psychiatry, 30, 1974, s. 625-633.
- Rosenbaum, M.:** Recognition of the suicidal individual. In: Symposium on Suicide. Edited by Yochelson, L. Washington, D.C.: George Washington University, 1967, s. 73-82.
- Sifneos, P.F., McCourt, W.F.:** Wishes for life and death of some patients who attempted suicide. Mental Hygiene, 46, 1962, s. 543-552.

Do redakcie došlo 10.1.2014.