Prehľadová práca

Cíl a proces změny v dynamické psychoterapii

Jan Poněšický

Souhrn

Autor se zabývá změnou zvnitřněných interpersonálních zkušeností (vzorců chování) očima dynamické psychoterapie v jejím průběhu. Zdůrazňuje, že během života člověk internalizuje jak způsoby interakce vztahových osob s ním, tak i představu jakou si o něm okolí vytváří. To se samozřejmě děje i během psychoterapie, z čehož plyne, že způsob jak terapeut zachází se svým pacientem i jak jej vidí má větší mutativní efekt nežli terapeutická metoda dle té či oné školy. Jde o to prožít s pacientem jeho dominantní vztahový vzorec chování (nechat se „zkusmo“ použít) a zároveň se otevřít pro nové možnosti (jak jinak uspokojovat obé základní potřeby, po jistotě i osobnostním růstu). Prvá zkušenost v tomto směru se odehrává mezi pacientem a terapeutem jako „moment setkání“, kdy by měl terapeut odpovědět autenticky svým „osobním rukopisem“ (D. Stern).

Klíčová slova: vzorce chování, dynamická psychoterapie, pacient, terapeut.

Můj pohled na výše udané téma je samotřejmě osobně i odborně subjektivní, jde o psychodynamické hledisko. **Psychodynamika se zabývá vytvářením typických vztahových vzorců, které tvoří naší osobnost.** Popisuje intrapsychické procesy, které určují naše prožívání i chování, poskytují člověku uspokojení jeho potřeb, stabilitu i identitu a umožňují sociální spolužití. **Osobnost** je pojata coby dynamická struktura, resp. organizace dosavadních kognitivních, emocionálních a behaviorálních interperzonálních zkušeností. Z těch rezultují naše přesvědčení a očekávání, normy chování a hodnoty, naše orientace ve světě. Během **procesu** psychoterapie dochází ke vzájemné **identifikaci i interakci (event. konfrontaci) dvou organizačních principů** (terapeutický faktor osobnosti terapeuta).

Co se týče **cíle** se trochu provokativně k názvu symposia ptám, zda lze hovořit o různých cestách ke společnému cíli, či naopak o vždy určité cestě k různým cílům.

Je vůbec možné hovořit o univerzálním cíli v psychoterapii při léčbě **různých psychických poruch** a chorob s rozdílnou psychodynamikou a strukturou osobnosti?

Vždyť např. **u hraniční, asociální** a antisociální poruše osobnosti provázené impulzivitou (často s následným abusem alkoholu či drog) jde hlavně o lepší selfmanagement, sebedisciplinu a sebekontrolu (o zlepšení funkce prefrontální mozkové kůry), a naopak jde u depresivní či perfekcionistické poruše osobnosti o překonání úzkostí a zábran ve prospěch větší spontaneity a autenticity.

Psychosomatische Abteilung der MEDIAN KINIK, Dresden, SRN
a Dresdner Institut für psychodynamische und psychoanalytische Psychoterapie, SRN
Adresa pre korešpondenciu: doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.
Psychosomatische Abteilung der MEDIAN KINIK
01819 Berggießhübel, Gersdorferstr. 5, SRN
e-mail: ponesicky@aol.com

Obecně lze rozlišit rozdílnou strategii a cíle o pacientů se **strukturální poruchou osobnosti, kde něco chybí** a kde jde spíše o jakousi dovýchovu - od psychoterapeutické strategie u neurotiků, kde té výchovy bylo příliš a kde jde tudíž o to, být spontánnější, sám sebou.

Podobně rozlišují psychoanalytici problematiku **tragického člověka**, jenž propásl řadu životních příležitostí, protože je zanedbal či si nevěřil – spíše nežli řešením konfliktu podněcují terapeuti pacienta k uskutečnění jeho možností - od problematiky **vinného člověka**, který trpí úzkostmi, zábranami a pocity viny za zakázané impulzy (stíny). A lze pokračovat tak, že **každý člověk je jiný** a dle toho se různí i cesta ke kýženému cíli i cíl samotný.

O univerzálním cíli nelze hovořit i proto, že se liší v závislosti na **společenském vývoji**. Dnes již nejde o odtabuisování sexuality jako za časů S. Freuda, nýbrž o empatii, komunikaci a utváření uspokojivých vztahů a skrze ně i vlastní identity v našem „tekutém“ (Baumann) globalizovaném, nejistém a zrelativizovaném světě. Tak v dnešní kompenzatorní fázi narcizmu nestaví psychoanalýza do středu svého zájmu (i vývojově-psychologicky) jedince poháněného sexuální, agresivní či narcististickou pudovostí, která se musí teprve socializovat, nýbrž považuje člověka od počátku života spjatého s okolím, jeho bazální motivací je puzení k objektům, navazování vztahů. Teprve sekundárně se dítě z původní symbiózy s matkou separuje a vytváří své „já“. Tak se staví psychoanalýza a z ní vycházející dynamická psychoterapie opět do opozice proti jednostraným společenským normám: zprvu to byla tabuizace sexuality, poté důraz na svoje „pravé já“ proti US konformizmu, a dnes jsou ve středu zájmu empatické procesy (intersubjektivita) oproti narůstající sebestřednosti.

Přesto se vrátím k tématu konference, zda je možné a smysluplné se **zamýšlet nad obecným cílem** a smyslem psychoterapie. Z psychopatologického hlediska je psychická porucha či nemoc **druhem omezení** jedince žít plně jako lidská bytost, o co tudíž v psychoterapii u všech pacientů jde (i např. u hraniční poruchy je život omezen nedostatečnou empatií a deficitní seberegulací).

Obecně by se dalo říct, že by se mohlo jednat o přibližování se k **ideální** sebeaktualizující se osobnosti, kde hraje stejně důležitou roli být sám sebou i být empatický a láskyplný ve vztazích.

Jedná se o **zlomení moci minulosti a otevření se pro nové možnosti**. O vyproštění se z uzavření v žaláři dosavadních zkušeností a získání kompetence a svobody (**autenticity) cítění, myšlení i jednání.** S. Mitchell to popisuje tak, že je pacient polapen v úporném opakování známého uspořádání zkušenosti, a že jde v psychoterapii o společnou konstrukci takového porozumění, které znamená obohacení a méně zničující existenci. H. Kohut by mohl dodat, že je na místě reparace a zhojení následků traumat a deficitů ve vývoji.

Terapeut se musí **otevřít pro pacientovu starou i novou zkušenost**. Tu starou zkušenost, kterou nazývají psychoanalytici přenosem, skrze kterou nás pacient vnímá a interpretuje, je třeba dekonstruovat, analyzovat či frustrovat neboť je maladaptivní, resp. nějak spojena s psychopatologií. Psychoterapeutické školy se liší ohledně toho, jak využít vzniklou nejistotu – otevřít se svému nevědomí, řeči těla, dítěti v nás, svému pravému já, vlastnímu „ontologickému svědomí“ (DA), budoucí možnosti seberealizace, hledání smyslu či nácviku adaptivnějšího chování (KBT). Co se však skutečně děje a působí bez ohledu na různé teorie je výše zmíněná vzájemná interakce a identifikace a tvorba vztahu. Analýza přenosu není samoúčelem, neboť otvírá cestu k bezprostřednímu kontaktu. To však předpokládá i ze strany terapeuta nahlédnutí a vyřešení jeho přenosu na pacienta, jeho problému, který byl aktivován terapeutickou situací. Teprve pak může dojít k **autentickému setkání**, v kterém, jak doporučuje D. Stern, se má terapeut odvážit „reagovat osobním rukopisem“, přičemž nikdo z obou neví, jak to dopadne. V každém případě jde – nyní hlavně ohledně pacienta – o projevení vlastní autentičnosti a zároveň o konfrontaci s prožíváním druhého (terapeuta) a tím o interperzonální zkušenost. **Selektivně autentické** reagování terapeuta a s tím spojená interperzonální zkušenost by měla být východiskem k tvorbě nových životních rozvrhů.

Jistou podobnost s tímto konceptem vykazuje **paradoxní teorie změny** zakladatele gestaltterapie F. Perlse, jež zní: „člověk se nezmění tím, že usiluje o to být (někým) jiným, nýbrž tím, že se stane sám sebou.“ Zde jaksi psychoterapie končí, neboť pak člověk může dělat konečně autentické zkušenosti s lidmi v běžném životě.

Ve výše zmíněné situaci nejistoty vzniká tendence k opakování starého vzorce chování, Jak mu může terapeut zprostředkovat **novou vztahovou zkušenost**? Tím, že si uvědomí, že pacient neopakuje jen dosavadní přenos, nýbrž reaguje i na přenos, na subjektivitu terapeuta, jedná se vždy o nový vztah (viz daseinsanalýza). Jde tudíž o to, neztratit svůj pohled a nezávislý postoj. Častým námětem diskuze je otázka, zda působí změnu (zda stačí) náhled, sebeporozumění, či zda je nutná nová mezilidská zkušenost během terapii (v situaci „zde a nyní“). Přitom se zapomíná, že interpretace, jež slouží náhledu jsou vždy i (často neuvědomovanými) reakcemi na pacienta: slova naléhají, vynucují, zraňují, odstrkují, lákají, povzbuzují či objímají. Jde tudíž vždy o vzájemné jednání, o interaktivní zkušenost.

Jak já sám uvažuji nad každým pacientem?

Vycházím z toho – což by vydalo na další přednášku – že člověkem hýbou dvě základní motivace: potřeba kontaktu a s tím spojené komunikace, jistoty, uznání a lásky, a druhá potřeba se týká naopak separace, individualizace a seberealizace. Zabývám se tím, jakým způsobem se snaží pacient dosáhnout uspokojení těchto vitálních potřeb a na to, co mu brání v tom je úspěšně realizovat (to znamená obě, a nikoli jednostrannost od splynutí k naprosté autarkii). S tím je možno začít během interakce s klientem („zde a nyní“).

V poslední době jsem udělal řadu zajímavých zkušeností skrze terapeutický postoj empatického napojení na pacienta. Co se v takovéto situaci mezi pacientem a terapeutem odehrává? Nejde jen o interakci v užším slova smyslu (a tomu odpovídající komplementární protipřenos u terapeuta), nýbrž i o vzájemné empatické procesy (konkordantní protipřenos).

Internalizace interakcí a identifikace s nimi

V anamnezách našich pacientů se opakuje následující zákonitost: Tak, jak jednají vztahové osoby s dítětem - jedná posléze dítě samo se sebou i s ostatními, t.zn, že empaticky přejímá interakce („program,“ „organizační princip“ (Orange)) včetně jeho emočního významu od druhých, sebehodnocení a životní postoje. To je však příliš zjednodušující. Dítě sice přejímá intence a poselství např. od rodičů, avšak ihned na ně reaguje, takže ***internalizuje výslednou interakci. Tak dochází nejenom přejímání reakcí a chování vztahových osob k sobě a tím i k druhým, nýbrž i přejímání jejich zrcadlení sebe sama, jejich obrazu o sobě.***

Tak může přejmout pacient během terapie tolerantnější, kritičtější či sebeexplorativní, empatický způsob zacházení se sebou (stanou-li se pro něj tyto hodnoty významné). *(Cave: přejímá skutečný postoj).*

Zde je možno hovořit o psychoterapii postojem*, který pacient automaticky přejímá, resp. se s ním konfrontuje, samozřejmě jen v situaci vzájemné akceptace a též jen tehdy, když není v příkrém rozporu s jeho dosavadním přesvědčením. Pacient se např. učí vést dialog sám se sebou a navazovat k sobě kladný vztah, což je důležité jak u depresí, tak i u psychosomatických onemocnění. Proto je mnohdy vhodné, když terapeut pacientovi zároveň zprostředkuje vlastní prožívání a tím podpoří jeho empatii, což se ve skutečnosti děje již skrze jeho nonverbální i dialogické chování.*

(Je třeba si uvědomit, že jde během psychoterapie u pacienta jednak o interiorizaci výsledných interakcí - vztahu k sobě i druhým - a jednak o postupné převzetí nového sebepojetí, vyjadřovaného např. úctou k sobě, skutečným zájmem, vírou v sebe, což je zvláště významné u nízkého sebevědomí, sociální fobie či difuzní identity.)

Hojivý zážitek setkání

Zároveň se jedná během vzájemné empatie o zkušenost rezonance, můj svět rezonuje se světem druhého, jde o hojivý zážitek souznění oproti pocitu isolace*. To v sobě zahrnuje i* ***zkušenost vlastní sebepůsobnosti****, dosažení reakce – později chtěné a předvídatelné - od okolí, potvrzení vlastní existence, jak získat zájem a respekt apod.* (*Opět terapeutický faktor u depresí).*

Tvorba společného významu

*Dochází-li mezi pacientem a terapeutem ke vzájemnému vciťování a k přebírání perspektivy protějšku, k obohacování, rozšiřování vědomí o svět druhého, pak vzniká společné označení světa****, vytváření společné významovosti (****oproti jednostrannému vnímání a posuzování reality, např. i ohledně vlastní biografie či nynější rodinné situace, (v duchu narativní psychoterapie jde o novou společnou naraci). A opět: podmínkou je otevření se pro vzájemné vcítění. Z toho mohou mít jak pacienti, tak i terapeuti strach, neboť jde o velkou blízkost s nebezpečím konfluence, ztráty vlastního já, vlastní pozice. Není divu: Když bychom byli stále empaticky otevřeni a přejímali způsoby jednání i afektivitu druhých, bylo by tím ohroženo naše vlastní hledisko (s možností psychoterapeutického ovlivňování) či dokonce i naše vlastní identita.*

V terapii přejímá pacient naše představy a zacházení s ním, jistě ve spojení i konfrontaci s vlastním postojem a pak se chová určitým způsobem k terapeutovi – a jak on může rozeznat, že neanalyzuje vlastní vztahové vzorce chování, jež pacient převzal od něj? Nejedná se tudíž jenom o přenos původních vlastních tendencí pacienta na terapeuta, nýbrž i těch převzatých (a internalizovaných) od analytika. To připomíná mechanizmus projektivní a introjektivní identifikace.

Setkávám se s druhým a zároveň se sebou samým v něm zároveň. Terapeut je pozorovatelem i účastníkem psychoterapeutického procesu.

Změna se tudíž dosahuje **interakcí** s realitou (lidmi, terapeutem), jednak i dialogem se sebou, **otevřením se navenek i dovnitř**. To ovšem spolu souvisí, **psyché je vztahový orgán**, (analogicky mozek coby sociální orgán) spojující vnitřek s vnějškem, držícím pohromadě subjektivní, intersubjektivní a objektivní svět: Interakce zvnitřňujeme, stávají se částí našeho vnitřního života, a změna uvnitř nás má za následek pozměněnou interakci s okolím. A právě během momentu autentického setkání se děje obě najednou (na rozdíl od neautentické opakující se interakce).

Závěrem

Psychoterapie je a bude vždy subjektivní záležitostí. Vnímáme-li pacienta pouze subjektivně (perspektivní realizmus), pak mu nemůžeme zprostředkovat pravdu – o něm a o světě - nýbrž jen rozšířit jeho subjektivní svět o ten náš (realita coby konsensuální výtvor, zvl. co se týče významů a souvislostí, smyslu atd., ač nepopírám objektivní existenci reality). Ale i to je cenné, jde o začátek vytváření **intersubjektivity,** o zkušenost otevření se, rezonance, o zkušenost nalézání společného významu, smyslu a porozumění, ale i s tím, že ta **propast** mezi námi je nepřeklenutelná, něco zůstane cizí, co se brání uchopení, či dokonce zmocnění tím druhým, jak to formuluje filozof E. Levinas coby kladení etického odporu. Avšak to je právě to, čeho je nám dnes třeba: budování vzájemně uspokojujících vztahů, ale i přitakání své jedinečnosti, své subjektivitě, což jde opět ruku v ruce s respektem k jedinečnosti druhého.*

*Práca bola prezentovaná na C-S psychiatrickej konferencii v Piešťanoch 2017.

Literatúra u autora.

Do redakcie došlo 28.5.2018.