

*Kazuistika***Od Anny Freud ku narcistickému prenosu**

B. Čech, A. Říhová

From Anna Freud to narcissistic transference**Súhrn**

Odpor je v odkrývajúcej terapii vždy prítomný, počas terapie sa s ním treba vysporiadať. Freudom bolo popísaných 5 foriem odporu. Odpor z vytesnenia resp. obranné odpory plynú z obranných mechanizmov. Podstatou obrany je skreslenie vnímanej skutočnosti, ktorá ohrozuje tým, že je v rozpore so sebaaponímaním. Niektoré typy obranných mechanizmov. Manifestácia obranných mechanizmov v odpore u pacientov s neurózou, ranou poruchou osobnosti, závislosťou. Minikazuistiky.

Kľúčové slová: odpor, obranný mechanizmus, narcistický prenos.

Summary

Resistance is always present during psychoanalytic therapy and it must be dealt with. Five forms of resistance have been specified by Sigmund Freud. Repression resistance results from mechanisms of defence. The basis of defence is the alternation of perceived reality threatening by being in opposition with self-perception. Some types of mechanisms of defence. Resistance manifestation of mechanisms of defence by neurotic patients, early personality disorder, addition. Minicases.

Key words: resistance, mechanisms of defence, narcissistic transference.

Obranné mechanizmy

Obranné mechanizmy sú definované ako rozličné typy operácií, v ktorých sa môže špecifikovať obrana (Laplanche a Pontalis, 1996). Používa ich Ja na všetko, čo môže vyvolať rozmach úzkosti: pudové požiadavky, city, situácie, nároky Ja... (A. Freudová, 1991) s cieľom ochrany Ja.

Obrany sú nevedomé stratégie, ktoré slúžia k tomu, aby jedinca ochránili pred bolestnými afektami (úzkosťou či vinou). Tento afekt môže vzniknúť: pri konflikte ohľadne impulzov (Ja versus Nadja; napr. zákaz podvádzať proti podvádaniu pri skúške) a pri vonkajšej hrozby (Ja versus realita) (Fonagy a Target, 2005).

Freud veľkú väčšinu svojej pozornosti venoval vytesneniu, i keď potvrdil existenciu aj iných obranných mechanizmov.

Anna Freudová (2006) vo svojom diele Ego a obranné mechanizmy rozšírila prácu svojho otca o detailný opis desiatich základných obranných mechanizmov:

- regresia (znamená návrat ku ranejšiemu spôsobu fungovania, jeho úroveň je determinovaná existenciou fixačných bodov),
- reaktívny výtvor/formácia (zabezpečuje, že neprijateľný impulz je zvládnutý zvýraznením opačnej tendencie),
- izolácia (spôsobí, že neprijateľný zážitok stratí svoj afekt a asociatívne spojitosti, akoby sa veci človeka nedotýkali),
- odčinenie (redukuje vinu konaním dobra k odčineniu škôd, hoci človek si často len predstavuje, že spáchal vinu voči ambivalentne obsadenému objektu),
- introjekcia (znamená, že funkcie vonkajšieho objektu sú prebraté vlastnou duševnou reprezentáciou),

Psychiatrická klinika FN Nitra

Adresa: MUDr. Boris Čech, Psychiatrická klinika FN Nitra, Špitálska ul. 6, 949 01 Nitra, Slovensko,
e-mail: boriscech@hotmail.com

- vytesnenie (zabezpečí, že neprijateľný impulz, myšlienka či emócia sa stanú nevedomými),
- projekcia (znamená, že iným pripisujeme city alebo charakteristiky, ktoré sú našimi vlastnými, ale ich takto nerozoznávame),
- obrátenie proti sebe (je obrátením priania niekoho mučiť v sebatrestanie),
- obrátenie v opak (sa týka pudovej tendencie),
- sublimácia (znamená, že pudová energia sa vybieja v nepudových formách).

V neskoršom vývoji sa ešte rozlišovali tzv. zrelé (väčšina z vymenovaných obranných mechanizmov) a nezrelé/primitívne obranné mechanizmy. K primitívnym sú priradované projekcia hlavne projektívna identifikácia, štiepenie/rozštep a idealizácia. Stretávame sa s nimi pri nedostatočnej sile Ega u raných porúch vývoja osobnosti.

Detailný rozbor pohľadov na obranné mechanizmy urobila N. Kaščáková (Kaščáková, 2005). Obranným mechanizmom pripisuje podobne homeostatickú hodnotu pre psychiku, ako má imunitný systém pre fyzickú rovnováhu organizmu.

Anna Freudová potvrdila, že detailné skúmanie obranných mechanizmov má vplyv na proces terapie. Terapeut zameriava svoju pozornosť na identifikovanie obranných mechanizmov svojho pacienta rovnako ako na obranné úsilie, ktoré vyvíja pacientove ego a ktoré sa prejavuje ako odpor voči terapii.

Presunutím dôrazu od pudov na obranné mechanizmy Anna Freudová urýchlila presun pozornosti psychoanalýzy a dynamickej psychiatrie od formácie neurotických symptómov ku charakterovej patológii. V súčasnosti je mnoho porúch osobnosti definovaných na základe svojich typických obranných operácií.

Dôsledný a systematický pohľad na obrany ponúka Schlegel (Schlegel, 2005). Vyberá odkazy z diela S. Freuda i A. Freudovej k téme obrany a obranných mechanizmov a systematizuje ich. Podľa obsahu vyčleňuje 5 kategórií psychických daností, s ktorými sa ego vysporiadava prostredníctvom obrán:

1. tendencie ku nebrzdenej realizácii elementárnych pudových prianí, ktoré hrozia vážnym konfliktom s realitou,
2. predstavy, afekty a hnutia, ktoré zraňujú etickú a estetickú sebaúctu prinášajúce so sebou emócie hanby a ujmy,
3. nezlúčenosť súčasne sa vyskytujúcich impulzov,
4. prijatie novej predstavy, ktorá je v rozpore s pôvodnými predstavami ega,
5. bezmocnosť spojenú s náhľadom, že určité priania sa nedajú realizovať.

Pojem obrany sa môže vzťahovať jednak k osobe, niekomu konkrétnemu (osobný prístup), jednak k určitej „sile“ (predmetné, neosobné hľadisko), ktorá môže byť aj personifikovaná (personifikujúci prístup) alebo sa ego bráni „na žiadosť superega“.

Schlegel rozdeľuje obranné mechanizmy (O.M.) do dvoch skupín, ku ktorým pridáva 3. skupinu podľa jeho názoru tvorenú nie pravými O.M.:

1. skupina – O.M. zodpovedajúce určitej medzere alebo výpadkovému symptómu – zahŕňa vytesnenie, popretie a izoláciu,
2. skupina – zahŕňa náhradné fenomény za tie, ktorým sa človek bráni – patrí sem: konverzia, presun (+odčinenie), zovšeobecnenie, sublimácia a cieľová inhibícia, reaktívny výtvar, projekcia, projektívna identifikácia, identifikácia, regresia, zvrat od aktivity k pasivite alebo obrátenia voči vlastnej osobe, obrátenie v opak a premena na úzkosť,
3. skupina – sporné O.M. – do ktorej zahrnul intelektuálizáciu, racionalizáciu a rozštep.

Poukazuje tiež na vzájomný vzťah rôznych O.M., napríklad medzi vytesnením a popretím, ktoré majú veľa spoločného, podobne ako reaktívny výtvar, obrátenie v opak a sublimácia. Identifikácia a projekcia sa zase javia ako protikladné pochody.

Odpor

Odpor je fenomén, na ktorý v odкрývajúcej psychoterapii vždy narazíme a počas terapie sa s ním musíme vysporiadať.

Freud definoval odpor ako všetko, čo bráni v pokračovaní terapeutickú prácu. Práca sa uskutočňuje v terapeutickom vzťahu, preto sa základný vzorec odporu (Thomä, Kächele-1993) zameriava proti aktuálne nevedomo hľadanému a vytváranému prenosovému vzťahu.

Proces zmeny je sám o sebe znepokojujúci, lebo raz dosiahnutá rovnováha garantuje určitú istotu a stabilitu (aj keď je dosiahnutá kompromisne, napr. neurotickým príznakom).

Rozmanité formy odporu slúžia k udržaniu získanej rovnováhy. Z toho vyplývajú 4 aspekty odporu:

1. vzťahuje sa ku zmene, o ktorú pacient vedome usiluje, ale z nevedomých dôvodov sa jej obáva,
2. pozorovanie odporu je viazané na terapeutický vzťah,
3. neexistuje spôsob chovania, ktorý ak dosiahol určitú silu, by nemohol byť použitý ako odpor. Ak sa prekročí určitý stupeň intenzity takéhoto chovania, potom spolupráca trpí,
4. pri hodnotení odporu sa používajú kvantitatívne a kvalitatívne kritériá.

Pozitívny či negatívny prenos sa stanú napr. odporom, keď nadobudli intenzitu, ktorá sťažuje alebo znemožňuje kľudnú prácu.

Freud (1926) rozlíšil 5 foriem odporu (tri z nich sa vzťahujú ku JA):

- odpor plynúci z vytesnenia – ktorý bol vytvorením obranných mechanizmov rozšírený o tzv. obranné odpory (plynúce z obranných mechanizmov),

- prenosový odpor, ktorý v sebe zahŕňa: príliš pozitívny – erotizovaný prenos, negatívny – agresívny prenos, odpor proti uvedomeniu si prenosu, odpor proti zrušeniu prenosu,

- odpor na základe sekundárneho zisku z choroby,
- formou odporu je odpor plynúci z NADJA.

Ten podľa Freuda vyplýva z nevedomého obviňovania a potreby trestu, zahŕňa negatívnu terapeutickú reakciu (stav, kedy po korektnej + dobre načasovanej interpretácii + pacientom prijatej, dôjde ku zhoršeniu jeho zdravotného stavu.)

- formou odporu je odpor plynúci z ONO, napr. nezvládnutá prenosová láska – daná príťažlivosťou nevedomých prototypov k vytesnenému pudovému procesu.

Schlegel (2005) definuje odpor ako jav, ktorý je vždy zameraný proti odhaleniu takých faktov, zážitkov a súvislostí, ktoré sú podkladom neurózy. Používa triedenie odporov na asociálny odpor – pacient reprodukuje svoje nápady len v deformovanej forme alebo obmedzene, či zriedkavo aj celkom ostáva bez nápadov

- odpor k liečbe – pacient mešká na hodinu, či neprichádza,
- prenosový odpor – kedy prenos pacienta bráni postupu liečby,
- odpor voči úzdrave vyplývajúci z potreby utrpenia pacienta ako výrazu nevedomých pocitov viny, tendencie pacienta ku sebaškodovaniu či sebazničeniu z dôvodu odmietania pacienta vzdať sa sekundárnych ziskov z neurózy.

Sandler (Sandler a kol., 1994) konštatuje, že v pofreudovskej literatúre ostal pojem odporu v podstate nezmenený. Formy odporu boli len z určitých hľadísk detailnejšie popísané. Fenichel rozlišuje akútne a skryté formy odporu, Glover hovorí o „zrejmych a masívnych“ odporoch v protiklade k „nenápadným“. Dewald delí odpory na taktické a strategické. Sandler a kol. považujú za plodné skúmať zdroje odporov a ponúkajú 10 kategórií odporov, ktoré sa v mnohom s Freudovými formami prekrývajú, rozšírené sú o:

- odpor spôsobený reálnymi vzťahovými problémami pacienta,
- odpor spôsobený nevhodným postupom terapeuta, odpor z ohrozenia vyliečením,
- odpor z ohrozenia pacientovej sebaúcty terapiou, odpor zo vzdávania sa predchádzajúcich - adaptačných mechanizmov a charakterové odpory.

Vysporiadanie sa s odporom

Vysporiadanie sa s odporom je ťažiskom práce v dynamickej psychoterapii. V jednoduchosti by sa dalo povedať, že zahŕňa rozpoznanie odporu, jeho pomenovanie a vhodným spôsobom konfrontovanie s pacientom. Greenson odporúča pri zaoberaní sa odporom postaviť si 4 otázky:

Zbadať ho – či je prítomný?

Prečo je pacient v odpore – prečo to robí?

Voči čomu je odpor postavený?

Akým spôsobom sa to deje?

Na priblíženie obranných mechanizmov a odporu predstavíme 3 krátke kazuistiky.

Prvý prípad ilustruje obranný mechanizmus projekcie

Jana – 30-ročná slobodná matka je dva roky liečená antidepresívami. Do psychoterapie prišla s problémom, že nedokáže byť spontánna, čo najviac pociťuje vo vzťahu k jej trojročnému synovi. Keby bola spontánna – len by naňho revala a ponižovala ho. Má z toho veľké pocity viny. Počas prvého sedenia rozpráva o svojich vzťahoch na škole, o svojej rodine, o vzťahu k synovmu otcovi. Z detstva si pamätá, že sa jej matka vždy vysmievala, bývala agresívna k deťom i manželovi. O sebe hovorí pacientka ako o ustráchanom dieťati, hoci to navonok nebolo vidno. Svojho syna hodnotí ako veľmi citlivého, nepriebojného, iného, ako sú ostatné deti. Keď je syn vonku medzi deťmi, má strach pozrieť sa z obloka, len aby ho nevidela izolovaného, samého kdesi v kútiku. A hovorí: „On je odraz mňa, on to cíti“.

Mechanizmom projekcie sú premietané pocity osamelosti z matky na syna, čo sa ešte výraznejšie prejaví počas 2. sedenia. Pacientka prichádza s tým, že jej stav sa zlepšil – v práci dokáže lepšie komunikovať, je uvoľnenejšia. Jediným problémom je syn. Keď bol syn malý, ona bola v depresii – teraz je z toho von, ale na synovi ostali známky jej zlej výchovy. Syn by potreboval psychologičku. V škôlke sa hrá sám, deti ho odmietajú. Núti im svoje hračky, aby si ho všimli. Veľmi by potreboval mať kamarátov, ale nevie ako na to. Je z toho celý nesvoj, prežíva stav úplnej prázdnoty. Je to horšie ako depresia. Pacientka hovorí: „Nechce sa mi ani žiť, ani nežiť, ani robiť, ani nerobiť. Nemám oporu ani sama v sebe. To prežíva môj syn. Prežíva to najhoršie zo všetkých mojich pocitov.“

Z príkladu je zřejmé, ako pacientka využíva projekciu s cieľom vyhnúť sa terapeutickému práci, tzn., že tento obranný mechanizmus sa prejavuje ako odpor. Pacientka premieta svoje negatívne prežívanie na syna. Tým syn potrebuje psychologičku a ona sa stáva bezproblémovou a jej terapia nepotrebnou.

V nasledujúcom prípade sa manifestujú ďalšie obranné mechanizmy – izolácia a vytesnenie

Lenka – dôsledná a cieľavedomá 37-ročná banková úradníčka vyhládala pomoc pre depresívne stavy. V psychodynamike je prítomná oidipálna problematika. Rozprávala

o vzťahu ku matke, ktorej vždy musela robiť poskoka. Raz, keď spravila zadanú prácu v domácnosti v predstihu, dostala hneď prácu ďalšiu. Nezúčastnene hovorí, ako to prijala v pohode a normálne, hoci mala už vlastné plány. O dve sedenia neskôr si k tejto udalosti vybavuje spomienku, ako ju až triaslo od zlosti voči matke.

Pri prvom spomínaní ostáva zážitok bez emócie zlosti – dochádza k jej izolácii. Neskôr, keď: a) je pacientka schopná

pripustiť rivalizáciu s matkou, b) pacientka prežíva, že terapeut s ňou vydrží, aj keď cíti jej incestuózne priania, pre ktoré má ona pocity viny, objavuje sa i spomienka na odizolovaných emócií.

Podstatne dôslednejšie využíva mechanizmus vytesnenia. Celé jedno obdobie v počiatku nástupu jej puberty aj s emóciami, s ktorými bolo spojené, jej z pamäti vypadlo. Pacientka má doslova „okno“ na toto obdobie, v ktorom jej matka podstúpila hospitalizáciu a následne kúpeľnú liečbu. Fungovali vtedy s otcom sami doma. Významné posunutie incestuózne túžby, ktoré sa dá predpokladať v tomto období musela vytesniť. Rovnako sa to týka aj úzkosti z hrozby Superega.

Ako terapia pokračuje, vynárajú sa postupne spomienky týkajúce sa oidipálnej problematiky, ku ktorým mala dovtedy pacientka zahataný prístup.

V trefom prípade sa objavuje charakteristický prenos u narcisticky štrukturovaného pacienta

Filip – 31-ročný manažer prichádza pre 4 roky trvajúce hypochondriazie. Počas

prvého interview cítiť silnú idealizáciu terapeuta – pacient vyjadruje obdiv, rešpekt, úctu až sa zakoktáva. Na nasledujúcom stretnutí dobre pracuje. Získava poznanie potreby ocenenia od otca, ktorého sa mu nedostáva. Túto potrebu terapeut zrkadlí – pacienta chváli za dobrú prácu. V ďalšom stretnutí sa vzťah ale výrazne mení – u pacienta vzniká odpor voči idealizovanému prenosu. Vstupuje isto, prvý podáva ruku, hovorí ako sa dokázal presadzovať voči otcovi, prezentuje, čo sám zvládol a nakoniec znehodnocuje terapeuta, keď na interpretáciu reaguje postojom „len toľko mi viete k tomu povedať?“. Terapeut znáša zmenu vzťahu, nepoukazuje na odpor, ani na negatívny prenos, ale v takto počiatočnej fáze terapie (druhé terapeutické sedenie) necháva rozvíjať reálny vzťah.

Na nasledujúcom sedení je opäť cítiť pozitívny prenos, pacient spontánne rozvíja interpretáciu, ktorú pri minulom stretnutí znehodnotil a práca môže napredovať.

Aj tento malý fragment kazuistiky odráža terapeutický postoj s ponechaním znovaoživenia narcistickej potreby pacienta, čo neskôr umožní jej prepracovanie.

Rovnako ako pacient aj terapeut disponuje všetkými formami odporu. Častou formou odporu terapeuta býva spolupogovanie s pacientom, pacient napr. žiada rady – my k tomu máme sklon, tak prečo by sme mu zopár neposkytli . . .

A terapeutický čas sa premrháva. Alebo sme na pacienta nahnevani, nehladáme však čo to vyvoláva, ale povieme si napr., že je to pacientova vec.

Odpor terapeuta sa prejaví aj každým vystúpením z rámca terapie – napr. zapojením príbuzných do duchovného priestoru terapeutickéj práce, či zmenou trvania terapeutickéj hodiny. Keď sa stane, že už ani nevieme prečo pacient prichádza – tiež je to náš odpor. Rovnako problémy s ukončením terapie môžu často zahŕňať odpor terapeuta. Terapeutická práca vyžaduje, aby sme percipovali a uvedomovali si nielen pacientove, ale aj svoje odpory, aby sme ich vnášali do terapie čo najmenej, resp. boli schopní vysporiadať sa s nimi.

Odpor – či už plynúci z obranných mechanizmov alebo špecifický prenosový odpor či iná forma odporu – je na jednej strane kľúčovým úskalím terapeutického procesu, na druhej však aj dobrým indikátorom nevedomého konfliktu pacienta, či spôsobu, ako s ním zaobchádza a práve preto stojí v centre pozornosti dynamicky orientovaného terapeuta.

Literatúra

Freud, A.: Já a obranné mechanizmy. Portál, Praha 2006, s. 35-73.

Freud, S.: Hemmung, Symptom und Anst. 1926. In: Laplanche, J., Pontalis, J.B.: Psychoanalytický slovník. Veda, vydavateľstvo SAV, Bratislava 1996, s. 329.

Fonagy, P., Target, M.: Psychoanalytické teorie. Portál, Praha 2005, s. 59-63.

Kaščíková, N.: Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu, písomná práca k špecializačnej skúške v odbore psychiatria, SZU, FZŠŠ, okt. 2005, s. 4-52.

Laplanche, J., Pontalis J.B.: Psychoanalytický slovník. Veda, vydavateľstvo SAV, Bratislava 1996, s. 264-267.

Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A.: Pacient a analytik. Psychoanalytické nakladateľství, Praha 1994, s. 39-44.

Schlegel, L.: Základy hlbinej psychológie so osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu. Diel I.: Teória obrany pri neurózach, Vydavateľstvo F, Trenčín 2005, s. 76-135.

Thomä, H., Kächele, H.: Psychoanalytická praxe. Hradec Králové, MACH 1993, s. 89-90.

Do redakcie došlo 9.10.2006.