

Terapia

Umenie načúvať. K psychoterapeutickému vnímaniu

M. Rust

The art to listen. Notes to psychotherapeutical perception

Súhrn

Autor sa sústreďuje na problematiku psychoterapeutického načúvania, vnímania, pričom sa opiera hlavne o skúsenosti s psychodynamickými psychoterapiami, špeciálne s katatýmne-imaginatívnou psychoterapiou (KIP). Terapeutovo vnímanie má byť vyostrené nielen na obranné mechanizmy, ale aj na silné zdravé stránky, napr. kreativitu pacienta. Terapeut vníma a vyhodnocuje správy od pacienta v rovine aktuálnej životnej situácie, genézy, štruktúry osobnosti, obranných mechanizmov a špeciálne pri KIP musí „načúvať“ aj symbolike. O týchto rovinách sa podrobnejšie diskutuje a ilustrujú ich mikrokazuistiky (lit. 31).

Kľúčové slová: psychoterapia, katatýmne-imaginatívna psychoterapia, psychodynamická psychoterapia, pacient, terapeut

Summary

Author analyzes the problems of psychotherapeutical listening, perception basing on experience with psychodynamic treatment, especially with katathyme-imaginative psychotherapy (KIP). The perception of psychiatrist should be oriented not only to defense mechanisms, but also to strong healthy traits, e.g. patients creativity. Psychiatrist perceives and estimates the references of patient in given life situations, the genesis, personally structure, defense mechanisms and especially during katathyme-imaginative psychotherapy he must to „listen“ the symbolism. These levels are analysed, discussed and they are illustrated ny microcases (Ref. 31).

Key words: psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, patient, psychiatrist

Moje obrazy neznázorňujú svoj duševný obsah, skôr naň poukazujú. Zmysel nie je v nich, ale za nimi.

Henri Matisse

Budeme sa zaoberať načúvaním: načúvaním psychoterapeuta, ktorý sa v terapeutickej situácii sústreďuje na svoje načúvanie. A načúva mnohými ušami, svoju pozornosť zameriava na viacero rôznych úrovní, oblastí, pacientových oznámov. Mal by a môže načúvať siedmimi ušami.

Pre objasnenie tejto schopnosti uvediem príklady z hlbínne psychologicky fundovaných psychoterapií katatýmny obrazovým prežívaním a z arteterapií, pretože načúvanie a to, čo je počuté, sa dá zmysluplne ukázať v obrazoch,

ktoré pacient imaginuje a vytvára. Môžeme však zdôrazniť, že tento spôsob načúvania platí pre každú verbálnu psychotherapiu.

Uvedené formy terapie majú odhaliť hlavne kreatívne sily v pacientovi; kreatívne sily, ktoré môžu byť prebudené navzdory alebo dokonca práve v chorobe a môžu prispievať k odkrývaniu, rozpoznávaniu, spracúvaniu, zreniu, uzdraveniu. „Názornosti“ načúvania slúži aj videnie.

Prvým predstaviteľom katatýmneho obrazového prežívania alebo symbolickej drámy je Leuner (1983). Jeho metóda

Psychiatrická klinika, Remscheid, Nemecko

Adresa: Dr. med. M. Rust, Remscheider Str. 76, 42899 Remscheid, Nemecko.

je hlbinné-psychologickou metódou, ktorá vie o existencii nevedomých motivačných obranných procesov rovnako ako o významoch snových symbolov (Eibach, 1986).

Terapeut zadáva imaginácie, obrazy, ktoré sa pod jeho vedením spontánne ďalej rozvíjajú. Proces duševných zobrazovacích prejavov sa stáva predmetom sebapoznania, bránou k predvedomým a nevedomým oblastiam psyché, k všetkým formám konfliktov, a tak sa otvárajú pozitívne zážitkové jadrá (Leuner, 1985). Imaginované obrazy sú podstatnou mierou regulované afektmi a umožňujú terapeutovi načúvať vedomým a nevedomým prániam a konfliktom pacienta a pacientovi zase umožňujú vidieť ich na akejsi projekčnej ploche ako v zrkadle.

K zaobchádzaniu s obrazmi Leuner (1985) hovorí: „Z rešpektu pred naznačenými osobitými zákonitostami a pred vnútornou autonómiou prirodzenej schopnosti psychiky zobrazovať samu seba musí terapeutické vedenie pamätať na to, že by malo podporovať spontánny priebeh imaginatívnych procesov. Tie by mali byť najprv intuitívne a potom aj empiricky postihnuté až do svojich jemností a pre diagnostické a terapeutické účely prevedené do kognitívnej oblasti.“

Reik (1948) odporúča „spoliehať sa na všetky možné najsubtílnejšie správy, keď oni (terapeuti) zbierajú svoje dojmy; vystrčiť svoje tykadlá, aby sa zachytili tajné posolstvá smerujúce k druhým ľuďom z nevedomia.“

Vystrkovaním a rozprestieraním tykadiel sa myslí umenie načúvať, načúvanie siedmimi ušami, pričom toto načúvanie je niečím viac ako len „základným psychoterapeutickým postojom“ (Rust, 1986). Prvým udom je „aktuálne ucho“. Počuje pacientove správy o jeho *aktuálnej* životnej situácii a o jeho vedomých, predvedomých a nevedomých *aktuálnych* konfliktoch a prániach.

Druhým udom sa myslí načúvanie v pacientovej *genéze*, teda vnímanie vedomých a nevedomých konfliktových situácií jeho raného detstva, ktoré majú určujúci charakter pre pacientovu dnešnú situáciu (ako opakovanie).

Tretie ucho vníma *štruktúru*, resp. momentálnu štruktúrnú úroveň a hlavne správy o pudovej a egovej štruktúre. Môže načúvať funkčnému vývoju ega, ku ktorému patrí aj interpersonálny a interakčný vzťahový aspekt.

Štvrté ucho načúva *obránnym procesom*, odporom pacienta. Piate ucho počuje na *prenosovej úrovni*.

Šieste načúva dovnútra, do samotného terapeuta, počuje *protiprenos*.

Siedme ucho načúva na *symbolickej úrovni*, pacientovým oznamom zakódovaným do symbolov.

Toto načúvanie a rovnomerne rozložená pozornosť (Freud, 1912 b) patrí k sebe. Thomä a Kächele (1985) k tomu hovoria: „Ak analytik dodržiava Freudovo odporúčanie, potom sa presúva z jedného psychického nastavenia do druhého a syntetickú myšlienkovú prácu odkladá na koniec liečby“. A pokračujú: „Tieto úvahy ukazujú, že pravidlo rovnomerne rozloženej pozornosti obsahuje ťažko splniteľnú požiadavku sebakritického preverovania vlastného postoja k danému pacientovi v danej chvíli a trvalej konfrontácie so všeobecnými a špecifickými problémami psychoanalytickej teórie a terapeutickými technikami.“

Táto konfrontácia je podľa môjho názoru možná pri znázornení metafory o siedmich ušiach.

A) Načúvanie aktuálnym udom

Uvedieme si krátky výňatok z terapie denným snom teraz 45-ročného klinického lekára. Išlo o motív lesa.

„*Vidím obrovské buky, stojím na koreňoch opretý dozadu, som veľmi malý, drobný, trpaslík. Každý ho môže zašliapnúť. Skáče medzi koreňmi. Je to jedinečné, zároveň sa i pozorujem, pravým okom tam vidím sám seba akoby trpaslíka, ľavým okom vidím ten obrovský strom. Je to veľmi nepríjemné, raz to vidím zhora, potom zase zdola. Nemám jasný obraz. Dole je zahnutý koreň, ktorý vytvára diery, sem by som rád zaliezol. A vľavo sú čučoriedky, aj tie sú obrovské. Idem teraz do tej diery pod koreňom. Vyvoláva to vo mne strach, mohlo by sa to predsa zrútiť.*“

Na základnej rovine sen oznamuje, že je celkom malý, drobný trpaslík, všetko okolo neho je obrovsky veľké, dokonca tie lesné plody visia nedosiahnuteľne vysoko. Tu je na vedomej úrovni jeho pocit malosti na klinike s mocným šéfom a primármi, naproti tomu je tu však aj jeho pranie po veľkosti, po vyrovnaní sa im. Nevedomo a až pri spracúvaní tohto obrazu denného sna je tu jeho obava, že zostane uviaznutý medzi svojou vlastnou túžbou po moci a grandiozite a prísnu inštanciou svedomia.

Ďalší príklad: 19-ročný mladík v adolescentnej kríze a v stacionárnej liečbe po samovražednom pokuse imaginuje dom v žiariacom slnku.

„*Je tu horúco, v celom dome je horúco, ale cítim sa tu vo vnútri celkom dobre. Presne nič nerozpoznávam, miesto okien sú temné diery, je však celkom pekne, horúco a príjemne.*“

V asociáciách k tomuto dennému snu a v namaľovanom obraze pacient objavuje svoju dosiaľ nevedomú zlosť na svoj rodný dom a na seba samého, svoje podpaľačské fantázie; fantázie, v ktorých by chcel všetko vyhodiť do povetria; aj svoju slasť z fantazírovania o spaľovaní. Ale aj svoje pocity viny, ktoré ho podnecujú, aby potrestal, prípadne zničil sám seba.

V inom dennom sne hovorí 32-ročná študentka v kríze po bratovom suicídii.

„*Tu je môj malý brat, dívam sa na neho a on na mňa. Tá tvár, neviem, je to on alebo som to ja? Chcela som sa tiež zabiť, keď bol mŕtvy. Cítim však, že si ešte treba niečo vyjasniť s mojimi rodičmi, to bratovi dlhujem.*“

Pacientka oznamuje, že váha a zmieta sa medzi agresívnymi fantáziami o pomste a depresívnou túžbou po sebaobetovaní sa. Akoby chcela opanovať tento vedomiu nie celkom prístupný aktuálny konflikt najprv depresívne inhibovaným postojom s poruchou vôle, rôznymi telesnými symptómami a hlbokým smútkom. Zážitkom denného sna si však ujasnila vlastnú konfliktovú situáciu, takže tu mohol začať terapeutický proces a ďalej sa rozvíjať.

B) Načúvanie „genetickým“ uchom

Genézou sa tu, ako je to obvyklé v psychoanalytickej terminológii, rozumie pacientova história raného vývoja.

Opäť jeden príklad: V dennom sne imaginuje 35-ročná pacientka k motívu lúky.

„*Stojím na nejakej lúke, uprostred tu stojí akýsi kolotoč. Točí sa dosť hnusne rýchlo, aj hudba je pekne hlučná a je tam veľa ľudí. Vzadu, dosť ďaleko odo mňa, vidieť nejakého muža, ktorý ide s barlamami, asi nemá nohu tak, ako ju nemal môj otec, a ja som náhle celkom malá, mám asi tak 8 rokov a musím hrozne plakať a neviem prečo. Po tvári mi stekajú slzy a ja sama sa teraz nemôžem pohybovať, som ako nejaká bábika. Je to hrozné, chcela by som preč, ale vôbec sa mi to nedá.*“

Na genetickej rovine pacientka v dennom sne oznamuje, že sa v detstve cítila osamelá. Medzi súrodencami bola najstaršia z troch detí, a teda musela prebrať zodpovednosť a cítila sa byť riadená a ovládaná matkou ako nejaká bábika. Hovorí: „Matka necháva bábiky tancovať.“ Otec – vojnový invalid – jej pripadal nedosiahnuteľný, zavčasu zomrel.

Prežitím tohto obrazu mohla dodatočne prežiť svoje detstvo v celej jeho nešťastnej túžbe po otcovskej náklonnosti pri súčasnej závislosti od ovládajúcej matky a mohla odhaliť v opakujúcom sa deji takpovediac aj naprogramovanú schému, ktorá jej dosiaľ bránila v autonómnom vývoji a správaní.

Uvedme si ešte jeden príklad v načúvaní genetickým uchom: 52-ročná bezdetná učiteľka, sama jedináčik, imaginovala k motívu kvetu:

„*Vidím sklený stôl s vázou, nie, vlastne je to džbán. Ten stojí pred oknom, je tu zatiahnutá hustá záclona. Nie, kvet tu nie je, sú tu však plody, dve paradajky ležia na stole vedľa vázy, a vedľa toho na stene poznávam obraz madony, áno, je to obraz, ktorý vtedy visel u nás doma.*“

Čo „snívajúca“ hovorí o genéze? A čo ukazuje v následnej utváranom obraze a svojich asociáciách?

Je tu prázdna váza: matka bola ťažko narušená, obsedantná žena, ktorej život bez zmyslu prebiehal v striedanosti, sterilite a ritualizovaní. „Matka božia s Jezuliatkom svojim“ v náručí sa v katolíckej rodine považovala za ideál čistej ženy. Otec sa v rodine sotva kedy vynáral, zostával celkom skrytý za matkinými obsesiami. Ústredná myšlienka dcéry, teda tejto pacientky, znela takto: „Iste som bola nečenená, musela som všetko podriaďiť tomu, aby som uspokojila matku.“

Pacientka sa vydala až vo veku 40 rokov, po matkinej smrti. Sexualita v tomto manželstve bola zriedkavá a len s pocitmi viny, čo zodpovedalo matkinmu príkazu panenskosti.

Pacientka teda v tomto obraze kvetiny oznamuje veľa o svojej rodinnej histórii, predovšetkým o svojej matke a vzťahu k nej, hovorí však veľmi veľa o sebe samej. Tento katatýmný obraz a ďalej utváraný obraz teda môžeme chápať na dvoch rovinách: na objektnej a subjektnej úrovni. Ako objekt sa v hlbinej psychológii označujú vnútorné obrázky blízkych vzťahových osôb, ako subjekt vnútorné pred-

stavy o sebe samom, v tomto prípade o snívajúcej žene. Na objektnej úrovni teda pacientka hovorí o svojej matke, na subjektnej úrovni o sebe samej. A analytickým uchom sa počuje objektná úroveň v genetickom kontexte a subjektná úroveň v aktuálnej súvislosti. Tu nie je ťažké rozpoznať vázu bez kvetov ako pacientkin obraz seba samej, ako obraz tej, ktorá nesmela nosiť žiadne kvety, pretože svet za hustými záclonami zostával uzatvorený a ona musela viesť madone podobný život, v ktorom dieťa na kolenách zostávalo púhym prianím. Pacientka však informuje ešte o ďalšom a významnom hľadisku subjektnej úrovne: v katatýmných obrazoch a primeraných útvaroch sa často ako na obrazoch objavujú znázornenia takzvaných *latentných reprezentácií*. Dá sa to chápať tak, že vedľa vonkajšej šupy, vedľa priamo viditeľného, v latencii, teda v pozadí, väčšinou nevedome sú prítomné celkom protichodné úsilia, priania, fantázie, pudové nároky, ktoré sa vzpierajú priamemu, vedomému prístupu.

Tu nám padnú do oka dva červené plody vedľa tej prázdnej vázy. Tie by mohli poukazovať na latencie. Až v ďalších denných snoch sa za inhibovanou, cnostnou učiteľkou objavila žena so svojimi utajovanými prianiami, fantáziami a snami, ktoré v nej boli ukryté.

C) Načúvanie štruktúrnym uchom

Štruktúrnymi znakmi sa myslia osobnostné rysy v súčasnom priradení k štruktúrnemu modelu človeka. Roku 1923 vyskúšal Freud vo svojej práci *Das Ich und das Es* (Ego a id) predstavu topického modelu psychiky s vedomými, predvedomými a nevedomými oblasťami štruktúrnym modelom, ktorý opísal oblasti id, ega a superega. V klasickej psychoanalytickej teórii neurotických porúch, ako ju opísal Freud a neskôr aj Schultz-Hencke (1972), hovoríme o poruchách vo vývoji pudov spôsobených rozmaznávaním alebo frustráciou v ranom detstve, pôvodne predovšetkým sexuálnych pudov, prípadne motívov. Tu sú vývojovo-historické fázy priradené intencionalite, oralite, analite a falicko-oidipálnej fáze.

Pri poruchách v týchto vývojových krokoch môže dôjsť k utváraniu nevedomých komplexov cestou vytesnenia konfliktov; konflikty potom neskôr môžu viesť k vlastným neurózam. Popritom môžu kvôli inhibíciám v uvedených vývojových úsekoch vzniknúť postoje, ktoré opísal Schultz-Hencke (1972) a ktoré uvádzajú formy charakteru. Riemann (1975) opísal klasické osobnosti so schizoidným, depresívnym, nutkavým a hysterickým charakterom.

Treba zdôrazniť, že budeme najprv opisovať fenomény normálnej psychológie, ktoré sa až pri odchýlkach plynule stávajú patologickými štruktúrami.

1. Pri raných emočných poruchách dochádza k inhibícii vývoja vo všetkých pudových a motivačných oblastiach, k *intencionalnej poruche*, respektíve *schizoidnému charakteru* s jeho izoláciou od vonkajšieho sveta.

Intencionálnym motívom sa myslí prianie po emočnej náklonnosti smerované k svetu prostredníctvom zmyslových orgánov.

30-ročná emočne inhibovaná pacientka žije vo svojich úzkostiach: v úzkosti z blízkosti, z náklonnosti druhých, v úzkosti zo závislosti. V motíve lúky imaginuje čosi zelené. Hovorí k tomu:

„Vidím, že to je zelené. Zelené ako lúka. Šťasti trochu svetlejšie, šťastie trochu tmavšie. Mám ale strach.“

U inej pacientky, u ktorej bolo navyše možné pozorovať deficitný vývoj ega, sa zobrazil chýbajúci citový vzťah k svetu na veľmi detskej, infantilnej úrovni. Lúka okolo nej je zhlukom kvetov.

„Kvety predsa patria na lúku, alebo nie? Je to tak predsa v poriadku, alebo čo mám ešte vidieť?“

Alebo jedna 32-ročná zdravotná sestra ázijského pôvodu imaginovala osamelosť, krajinu s riekou alebo jazermami bez ľudí alebo iných živých bytostí; uprostred jazera nachádza bambusové lešenie, chce tam, odtiaľ totiž môže všetko vidieť.

Každý obraz opisuje intelektuálne, necíti žiadne zvláštne hnutia, je vlastne jedno, čo tam vidí. Tiež vo svojom rodinnom obraze pôsobivo utvára svoju izolovanosť, izolovanosť celej rodiny navzájom.

2. K depresívnemu človeku a rôznym formám depresie.

Najprv jeden príklad: 48-ročný inžinier sa vidí namiesto na nejakej lúke v bažinatej krajine.

„Všetko je šedivé a kalné, beznádejné, bezútešné, a ja vôbec neviem, ako z toho von, nie je tu ani nikto, koho by som sa mohol opýtať na cestu z tohto močariska. Som tu stratený, tu môžem stáť a čakať na zánik.“

25-ročná zdravotná sestra vidí na lúke len chaos, temnotu, potom sa vynára nejaká stena, za ňou je svet, hádam aj slnko.

„Ja sama som úplne vpredu, nemôžem však správne cítiť samu seba, som, akoby som tam bola viackrát, tiež som, myslím, tu dvakrát, cítim sa úplne bezmocná, som úplne vydaná napospas.“ Po krátkej prestávke: „Ale cítim akúsi silu.“

Tu popri depresívite zaznieva sila a zároveň obava z nej; prianie niečo nájsť, niečo pre seba získať, ale aj zároveň k tomu zákazy: obavy z odmietnutia, strach a inhibícia vznikajú pri pocite, že musí žiť v odpore proti zdravej túžbe k rozvoju.

Podľa Kohuta (1973 a) sa u depresívnych ľudí vyskytujú predčasne prežívané sklamanie primárnymi objektmi lásky. Tie znehodnotili detské ego a príliš rýchlo uviedli do chodu vývoj superega a egoideálu.

Takže sa vyskytujú agresívne pudové impulzy, ktoré nútia k bráneniu sa a vzpieraniu sa, ale nie sú dovolené a tým súčasne vedú k rozštiepenej osobnosti.

Jacobsonová (1978) hovorí: „V depresívnej osobnosti sa vždy nachádzajú agresívne hnutia v egu voči superegu, egoideálu alebo medzi reprezentáciami self a objektu.“

Irlé (1974) opisuje depresívneho takto: „Skôr sa často pokúša tomu druhému stále dávať, priamo ho rozmaznávať. V tomto dávaní je však obsiahnutá požiadavka dávať, aby niečo dostal, rozmaznávať, aby bol rozmaznávaný.“ Alebo na inom mieste Irlé (1974) hovorí: „Keď človek od toho druhého všetko chce, keď ho prežíva ako mimoriadne mocného

a veľkého, nie je možné, aby sa stále len sklamával. Prirodzene, že toto sklamanie prežíva tak, ako by ten druhý chcel človeku odopierať šťastie.“

V tejto súvislosti je vhodné uviesť aj prácu Nachta a Racemiera (1960), ktorí depresiu všeobecne definovali ako klinickú formu agresivity.

Ešte jeden príklad: 60-ročný ruský emigrant, ktorý prišiel na kliniku so suicidálnymi tendenciami, imaginoval pri motíve potoka riekou, ktorá sa stáva morom, vynárajú sa vonové lode, more sa farbí do krvavo červena.

„Človek nie je ničím, ja nie som ničím, sily sú veľké, brániť sa nepomáha, nič nie je, more je nekonečné, nebo je nekonečné, som stratený.“

Pacient hovorí o vonkajších silách, objektoch, ktoré ho ohrozujú. Ale sú to predsa jeho obrazy v ňom vzniknutých predstáv: podáva správu aj o sebe a dá sa tušiť, že na jeho duševnom mori sa pohybuje mohutné vojnové lode. Lode pre neho znamenajú aj slobodu, treba milovať; tie boli prijaté ako milované a nenávidené objekty do neho samotného, boli internalizované – a tú nenávidenú časť v sebe samom zrejme chce depresívny pokiaľ možno zničiť, potom zužuje svoje myslenie na suicidálne fantázie.

3. Podľa opisu intencionálneho vývojového obdobia sa orálny, resp. orálno-kaptatívny vývojový stupeň priradil k depresívnemu charakteru. Teraz by sme sa mali zmieniť o nutkavom človeku, ktorý si svoje rozmaznávanie alebo frustrácie prežil na análnom vývojovom stupni.

41-ročný právnik opisuje svoj obraz lúky a potom svoj obraz hory nasledovne:

„Presne medzi horizontom a popredím ohraničiteľný zelený priestor, v ktorom, v zornom poli v prvej tretine vpravo vidieť strom, v druhej tretine vpravo je zachytené zapadajúce slnko. Slnko sa nedá vzhľadom na jeho dráhu presne definovať v obvode, ale vďaka lúčom je viac-menej rozťahnuté. Zeleň je rovnomerná a priama, obloha je modrá s bielymi nitkovitými mrakmi zľava doprava. Veľmi ďaleko, strašne ďaleko, nedosiadateľný, Matterhorn, štvertisícovka, totálne zľadovatený. Som od neho ešte štyri, nie, päť kilometrov vzdialený, na nejakej lúke, na nej sú rôzne výškové rozdiely, musel by som to nakresliť. Každopádne vzadu sa začína tá hora, je strmá, je nedosiadateľná. To by človek musel vedieť dobre liezť. To už by sa to človek musel veľmi dobre naučiť, aby sa dostal hore.“

Pri motíve okraja lesa po 15 terapeutických hodinách sa už zážitkovo prejavuje uvoľnenie, to znamená, že pacient pripustil, aby sa niečo dialo neorganizovane, a bolo to neostrejšie, nebolo to opísané tak precízne, ale nevynorilo sa u neho nič, čo by mohlo naznačovať pocity alebo vzťahy k ľuďom.

A pri motíve domu sa popri prejavoch svedčiacich o nutkavom charaktere objavili aj schizoidné štruktúrne komponenty, keď sa pacient stiahol späť do svojej osamelosti a vo svojom zamurovaní sa prejavila úzkosť pred blízkosťou a kontaktom.

Tu sa objavuje element, s ktorým sa niekedy stretávame v terapeutickom procese. V rámci terapie môže na jednej strane dochádzať k zreniu, človek je prístupný k libidinózn-

ným potrebám, poznáva život v jeho plnosti a učí sa ho milovať, alebo musí proti takým zmenám vybudovať svoj odpor a musí sa regresívne stiahnuť na vývinové mladšie stupne. V obraze pacient prejavil, po predchádzajúcom uvoľnení pri motíve okraja lesa, schizoidné stiahnutie sa do domu za zelenou, nepreniknuteľnou hradbou živého plotu.

Štruktúrne znaky nie sú pevne dané, môžu sa transformovať podľa životnej situácie a obzvlášť aj podľa terapeutické situácie sa môžu ďalej vyvíjať, alebo regresívne a obranne vracieť.

4. Nasleduje opis hysterických osobností.

V obraze kvetu sa u nich často objavujú ruže, kytice ruží, v ktorých sú ruže viac-menej voči sebe bez vzťahov, často sú odrezané, bez trňov; vždy by ich bolo možné vzájomne naranžovať nejako inak. Je zjavný strach pred definitívnosťou, pevnou danosťou, určenosťou.

31-ročná modistka imaginovala motív lúky a k tomu vysvetľovala:

„To je skvelé, tá lúka je zelená, ale pestrá, je tu skutočne veľa krásnych kvetov, bláznivo farebné je to všetko, tu sú červené, modré, žlté a iné kvety, áno, je to skoro ako nejaká vzorka, áno, tak to je, vôbec neviem, ako by som to mala opísať, je to neskutočne skvelé.“

Obrazy sa odvíjajú v rovnakom duchu: bláznivé, nepravdepodobné, šíalené, úžasné je to všetko, nedá sa to ustáliť, zmena, pretváranie, dôležité je to stále znova nové, čo sa nedarí zakotviť.

Táto pacientka imaginovala príliš mnoho motívov, bez toho že by bolo možné spracovať ich s ňou. Všetko sa jej emočne dotýka, tu je potok, veľké prúdenie, zo všetkých strán, aj zhora sa k tomu toho veľa pridáva, zlaté a strieborné trblietanie, je to veľmi vzrušujúce.

V motíve domu uvidela zjavne dôležité rysy a znaky, od ktorých však okamžite unikla.

„Štítý domov sú nado mnou, nepozerajú sa dole ako oči? Všetko okolo mňa sa točí, víri, je to strieborné a zlaté, veľmi ma to teší.“

V psychoterapeutickej práci s touto pacientkou je zjavné, že spočiatku nedokázala pocítiť pravé uspokojenie, zrelý vzťah, vážnosť. Vyžadovalo to veľkú trpezlivosť zo strany terapeuta, doviesť ju k zrejším formám prežívania.

5. Dosať sme preberali neurotické poruchy, resp. osobnosti, ktoré sa dajú opísať na pudovo-psychologickej rovine vývinu. Teraz prejdeme k štruktúrnym poruchám z hľadiska egopsychologického.

Fürstenau (1983) označil takzvané „štruktúrované neurotické poruchy“ ako funkčné egové poruchy (funktionelle Ich-Störungen), ktorým sú nadradené štruktúrne poruchy ega. „Z tejto rozšírenej paradigmy potom možno odvodiť klasickú terapiu neuróz ako *jednoduchší* špeciálny prípad.“

Podľa Kernberga (1978) môžu byť štruktúrne poruchy ega podľa aktuálnej zrelosti alebo nezrelosti vyvinutých ego-funkcií priradené k vyššej alebo nižšej úrovni a môžeme ich chápať ako kontinuum od neuróz cez hraničné (borderline) poruchy až po psychózy.

Ako príklad môžeme uviesť pacientku, ktorá sa prejavovala ako depresívne-masochistická charakterová štruktúra na hraničnej (borderline) úrovni a vývoj ega prebiehal fragilne a deficitne. Študovala umenie a na kliniku prišla v psychotickom stave. Rôzne suicidálne pokusy, ku ktorým u nej v minulosti došlo, slúžili k úľave od pocitov úzkosti a napätia, pričom sprievodným afektom, väčšinou bez vlastnej depresívnej rozlady, bola bezmocná zlosť. Agresívne a sexuálne pudové impulzy obvykle boli nezáväzne vedľa seba.

Pacientka imaginovala k motívu kvetu a hovorila:

„Vidím malý, bezfarebný kvet, áno, nemá žiadnu farbu, inak je všetko čierne. Ale je to tvár, tu sú oči, ktoré ma uprene pozorujú. Nenávidím tie oči, sú to oči mojej matky.“

Vo svojej impulzívnej agresivite sa cíti byť bezbranná a vydaná napospas; tak aj došlo k ďalšiemu suicidálnemu pokusu na klinike.

V priebehu ďalšej intenzívnej práce s pacientkou sa potom prvý raz objavili prvky krajiny, síce ešte odštiepenej: patrí tam, kde sa všetko rozpúšťa; samu seba prežívala ako nejakú amorfnú hmotu. Potom sa objavovali stále viac symbioticko-regresívne potreby, chcela mať pokoj, niekam zaliezť, nič nepociťovať.

Alebo mala spor s matkou, čo bolo spojené s pocitom závidi a túžby po nasycovaní:

„Matka ma nechcela, nič som od nej nedostala, závidím všetkým deťom, ktoré majú skutočnú mamu, ktorá sa o nich stará, ktorá svoje deti dojčí.“

Nakoniec pacientka rozvinula schopnosť prežívať smútok, prežila si so všetkou bolesťou pocity osamelosti, opustenosti, pocit, že trpela nedostatkom, až nakoniec mohla kliniku opustiť s prežívaním tohto dôležitého afektu, aby sa pustila do štúdia a v terapii pokračovala ambulantnou formou.

6. Nasleduje príklad k narcistickej poruche osobnosti.

30-ročná hráčka na priečnu flautu s ťažkou narcistickou poruchou a hysterickými rysmi imaginuje v podstate prostý potok a hovorí:

„Áno, tá lúka je krásna, nádherná, stromy sú tu viac vzađu. Ale áno, vpredu vidím potok. Ach, ten je krásny. Áno, voda. Pravý potok. Mohla by som si teraz ľahnúť na slnko a opaľovať sa. Slnčný kúpeľ. Áno, je to skutočne príjemné.“

K tomuto katatýmnemu prežívaniu utvára potok v rôznych ročných obdobiach, to isté stále novým spôsobom. A Goetheho óda Na mesiac k tomu patrí ako akési venovanie na obrázku.

Pri dobrom sociálnom začlenení vykazuje pacientka výrazný egocentrizmus, malé vnímanie druhých, malú empatiu a citeľný chlad za grandióznou fasádou. V popredí je sklon využívať druhých. Spolupacientov a zdravotné sestry bez toho, že by si to hneď všimli, využívala k najneobvyklejším službám.

7. Ako ďalší príklad poruchy štruktúry ega posluží pacientka s infantilnou štruktúrnou úrovňou pri inak nutkavej osobnosti.

22-ročná predavačka imaginuje síce farebne, pritom však nutkavo obmedzene. Každú farbu, každé pozorovanie musí opísať numiciózne, teda až malicherne podrobne.

V prezentovanom obraze je to zrejme, do očí bije aj pacientkin nezrelo infantilný spôsob myslenia a prežívania.

„Ach áno, aké krásne kvety. Kvetok vedľa kvietku, červený a žltý. A mama, mama a ja. Dom je krásny, to sa mi páči, matka by musela mať taký dom.“

8. V obrazoch mladej pacientky trpiacej paranoidne-halucinačnou psychózou sa objavili depresionalizačné a de-realizačné fenomény v okamihu, keď mala pocit, že je pred zrkadlovou stenou, ktorá jej predlžovala podlahu reality do nekonečna.

Prežíva sa rozštiepene, keď hovorí, že vraj je mierumilovná ako Afrodita, ale ako Pallas Athéna vedie do vojny, pričom obe tieto stránky neintegruje vo svojej celistvej osobnosti, ale prežíva ich ako dva oddelené stavy bytia.

Alebo sa zbavuje reálneho sveta v svetoch vytváraných primárnym procesom, ktoré sú spojené s rozprávkami a mýtmi. Je Šípkovou Ruženkou a vznáša sa nad zámkom. Poletuje, pospáva, smeje sa a má prestávku v úzkosti. Nič nemá pevný základ.

Táto pacientka dokáže vyjadriť svoje psychotické spôsoby prežívania, svoje dezintegrácie ega v obrazoch zreteľnejšie ako slovami. Slová naznačujú jej úzkosť, bezradnosť, ambivalenciu, stratenosť, odcudzenosť a osamelosť. Jej obrazné znázornenia vo svojej zhustenej, neobvyklej, svojhlavej a pôsobivej forme nám umožňujú urobiť si dojem o jej vnútornom prežívaní (Scharfetter, 1986).

D) Načúvanie obrane a odporu

„Odpor sprevádza terapiu na každom kroku“, hovorí Freud (1912 a) a Anna Freudová (1936/87) vysvetľuje: „Všetky obranné funkcie ega proti id totiž prebiehajú bez slov a nepozorovateľne. Vždy ich môžeme rekonštruovať až následne, nikdy ich nemôžeme skutočne sledovať“. Všetky obranné procesy v človeku slúžia obrane voči pudom, ľudské ego sa musí brániť proti rôznym nebezpečenstvám, napr. proti úzkosti zo superega, reálnej úzkosti alebo úzkosti z pudovej sily. Do značnej miery zdravé a životne dôležité obranné mechanizmy človeka sa potom stávajú odporom, ak ich pacient v psychoterapii nevedome nasadí proti postupu terapie.

Poznanie a spracúvanie odporov predstavuje podstatný prvok terapeutickje práce. Pacientovo racionálne ego musí byť schopné vyrovnáť sa so starými hrozbami z konfliktov. V práci Greensona (1975) si o tom môžeme prečítať: „Uvedomenie si nevedomého je nevyhnutné iba vtedy, pokiaľ sa tým zmení dynamika neurotického konfliktu. Nemá zmysel odkrývať vytesnené, keď sa zase narazí na tie isté obranné sily, ktoré spôsobili to prvé vytesnenie. Najprv musí prebehnúť zmena v inštancii, ktorá vykonáva odpor“.

Na to príklady: 54-ročný remeselník s depresívnymi symptómami a poprenou problematikou závislosti imaginuje k motívu domu:

„Áno, vidím nejaký dom, nie, domy, áno, prirodzene vidím domy, to sú tu tie domy na klinike tam vonku, vidím to celkom zreteľne, je to tam ten kostol. Áno, keď vyhlídnem zo svojej izby, vidím presne tie isté domy, áno, celkom zreteľne to môžem všetko presne vidieť. Mohol by som teraz opísať každý z tých domov.“

Tento pacient, aj keď sa javí ako prispôsobený a povolný, by v skutočnosti rád oznámil o sebe a svojich problémoch čo najmenej. Strach z odmietnutia, trestu, obvinenia ho vedú k nevedomej výstavbe obrán, k jeho psychickým mechanizmom patrí hlavne vytesnenie, poprenie, racionalizácia a reaktívne výtvyry.

Alebo mladší pacient izolujúci afekty a tlmiaci agresie síce stále imaginuje scény zo svojej genézy, v ktorých vidí dom svojho detstva, vyčerpáva sa však presným opisom domu a bytu rodičov. Začínajúci ústup tejto izolácie afektu sa prejavuje v priebehu terapie vtedy, keď sa začínajú vynárať ľudia a život môže vstúpiť do prežívania.

19-ročná pacientka rozprávala terapeutke k motívu jaskyne o sklenej hore, strmej a neschodnej. Pacientka hovorila:

„Tu na boku je jaskyňa, každopádne vstup. Ale sem nemôžem, je to tu príliš kamenisté. Vchod je aj príliš úzky, než aby som ním mohla prejsť. Zostávam aj tak radšej tu vonku.“

Pacientka sa zjavne nechcela pustiť do hĺbky tejto hory. Terapeutka sa pokúšala obísť odpory ponúknutím rýchlej interpretácie, keď povedala: „Možno by ste chceli preniknúť do podzemia ako rozprávková princezná, aby ste tam hľadali poklady.“ Pacientka si s touto interpretáciou nevedela poradiť, pokrčila ramenami.

V nasledujúcej hodine bola znova vyzvaná, aby nechala, nech sa vynoria obrazy. Videla lúku a povedala:

„Tu predom mnou je lúka, prechádzam kamenou bránou, je to miesto obklopené stenou, nemôžem nikam ďalej.“

U tejto pacientky prebudila príliš rýchla interpretácia úzkosti z vlastných prianí a pudových potrieb, táto úzkosť vyvolala odpor proti ďalšiemu odkrývaniu nevedomých duševných procesov, pacientka sa zároveň sama zamurovala.

E) Načúvanie prenosovým a protiprenosovým fenoménom

Freud uplatňoval už vo svojich *Studien über Hysterie* (Štúdie o hystérii, 1885) pojem prenos. Roku 1910 uviedol v práci *Über Psychoanalyse* (O psychoanalýze): „Prenos sa navodzuje vo všetkých medziľudských vzťahoch, spontánne... Psychoanalýza ho teda nevytvára, jednoducho ho len odhaľuje vedomiu a zmocňuje sa ho, aby riadila psychické procesy podľa žiaduceho cieľa.“

Dochádza teda k opakovaniu zabudnutého v minulosti, toto znovuoživenie ranejších postojov, ktoré sa stali nevedomými, sa neobjavuje tak, ako by patrilo k minulosti, ale vzťahuje sa k terapeutovi v prítomnosti. Pacient v ňom vidí, ako hovorí Freud (1940) v diele *Abriss der Psychoanalyse* (Náčrt psychoanalýzy), „navrátenie – reinkarnáciu – dôležitej osoby z jeho detstva, uvidí v terapeutovi minulosť a pre-

nesie na neho pocity a reakcie, ktoré celkom iste patrili toľmu vzoru... Tento prenos je ambivalentný, zahŕňa pozitívne, nežné, rovnako ako negatívne, nepriateľské postoje voči analytikovi.“

Protiprenosom sa myslí súhrn nevedomých reakcií terapeuta na osobu pacienta a celkom špeciálne na jeho prenos. Freud v spise *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie* (Budúce možnosti psychoanalytickej teórie, 1910 b): „Sme upozornení na protiprenos, ktorý sa u lekára samotného ustanovuje vplyvom pacienta na nevedomé cítenie lekára, a nie sme ďaleko od toho, aby sme požadovali, že lekár by tento protiprenos v sebe mal rozpoznať a zvládať.“

Podľa dnešného stavu teórie, predovšetkým podľa Kernberga (1978), zahŕňa protiprenos všetky vedomé a nevedomé reakcie terapeuta na:

- a) realitu pacienta,
- b) jeho prenos,
- c) reálne a neurotické potreby terapeuta.

Uvedme si na to príklad: 35-ročná hysterická pacientka rozvíja v terapii mocné milostné pocity voči mužovi, ktorý ju stále sprevádza v obrazoch. Zo začiatku si nie je vedomá, resp. jej obrana jej prekáža uvedomiť si, že ide o terapeuta. Staví tak nad líkou vzdušný zámok, vysoko v horách. Alebo dosiahne vrchol nejakej hory pomocou sedačkovej lanovky, kochá sa tam hore výhľadom a vidí na dom, v ktorom by s tým mužom chcela bývať.

A k motívu potoka imaginuje začarované jazero s palmami, ponúka sa tam ako nymfa a vedie si milého do kostola k oltáru.

Pri motíve „autostop“ by chcela byť zvezená, mieru svojho exhibicionisticko-zvädzavého správania pritom nie je schopná prežiť vedomo. Súčasne ku genéze a prenosu uvádza, že jej láskou k otcovi tento otec pohrdal a matka ju zakazovala. Doma sa odohrávali veľmi ťažké konfrontácie. V veku 17 rokov vraj „vypadla“ z domu a odišla do Berlína. Až dodnes neustále mala rovnako zlé skúsenosti s mužmi: žiaden nechápal jej pranie, všetci chceli to isté, ona sama vôbec nepomyslela na väčšiu blízkosť. Jedno manželstvo už stroskotalo.

Tu bolo mimoriadne dôležité prežívanie prenosových a protiprenosových pocitov, aby bolo možné terapeuticky reagovať na búrlivú prenosovú lásku. Terapeut sa pokúsil vo vzťahu interpretovať prenosový aspekt, teda znovuoživenie skorších emočných skúseností a umožniť tak pacientke, aby si uvedomila opakovací charakter svojich doterajších vzťahových skúseností. Tieto interpretácie viedli k zmene pacientkiných doterajších postojov.

Iný príklad z terapie obsedantne neurotického pacienta: ten vystupoval väčšinou úplne adaptovane a zdvorilo.

Počas niektorých hodín terapeut napriek tomu cítil olovenú únavu, ktorej zo svojej reálnej situácie vôbec nerozumel. Pri sprevádzaní pacienta imagináciami sa cítil vo svojej nesmiernej únave celkom bezmocný, ako vypálený, sotva bol schopný vydať zo seba „áno“ alebo „uhm“.

Pri analýze tohto diania v kontrolnej hodine rozpoznal terapeut svoje reakcie ako možnú cestu, ako zaobchádzať

s najbúrlivejšou agresivitou, ako sa to pre seba naučil samotný pacient, keď ho pochytil zničujúci výbuch zlosti na otca. Inými slovami: ucítil pacientove pocity, ktoré sa vynorili vtedy, keď pacient vo svojich prenosových pocitoch zažíval voči terapeutovi znovuoživenú starú zlosť na svojho otca, ale vďaka pokračujúcim reaktívnym výtvorom (ako obranným procesom pacienta) si terapeut nemohol uvedomiť, že tieto pocity patrili práve tak jemu, terapeutovi.

Akonáhle mohol vedome prežiť tento svoj protiprenos a aj svoju vlastnú problematiku agresivity, bolo možné dotknúť sa pacientovho konfliktu s otcom a spracúvať ho.

Ešte príklad zo supervízneho sedenia: Jeden kolega rezignovane a zúfalo oznamoval, že terapia s jeho pacientkou, 45-ročnou učiteľkou, vraj stagnuje, on nepostupuje ďalej, má dojem, že pacientke nerozumie, a kladie si otázku, či vôbec má psychoterapeutické schopnosti.

Pacientka mala veľmi ambivalentný vzťah k otcovi, ktorého na jednej strane zbožňovala a na druhej strane z hĺbky duše nenávidela pre jeho národne socialistickú minulosť, pričom sa nazdávala, že sa otec v Dachau zúčastňoval na vyvražďovaní Židov. Tieto pocity pacientka prenášala na terapeuta a reagovala na to obranne izoláciou, poprením, sčasti štiepením, takže v nej vznikali pocity prázdnoty, vypálenosti, rezignácie a zúfalstva.

U terapeuta, ktorý o svojom otcovi v priebehu vojny rozvíjal podobné fantázie, o ktorých ale sám so svojím otcom nedokázal hovoriť, došlo k vyvinutiu komplikovaného protiprenosu, ktorý ho priviedol až k pochybnostiam o vlastných terapeutických schopnostiach.

Tu bolo možné odhalením nevedomých konfliktových prenosových a protiprenosových procesov dospieť k úspešnému pokračovaniu terapie.

Možné sú aj pokrivené vnímania protiprenosu a treba ich rozpoznávať (Rust, 1990). Na tomto mieste považujeme za vhodné zdôrazniť dôležitosť supervízie psychoterapeutickej činnosti. Práve s nárastom výskytu raných porúch v zmysle vyššie opísaných štruktúr na nižších až nízkych úrovniach a v tejto súvislosti častejším výskytom výrazne agresívnych, deštruktívnych a seba-deštruktívnych tendencií u pacientov je dôležité, aby si terapeut pre pacienta uchoval starostlivý postoj. Tento starostlivý postoj Kernberg (1978) chápe nasledovne: „Konkrétne sa (starosť) prejavuje schopnosťou stálej sebakritiky, zdráhaním akceptovať nemožné situácie pasívnym spôsobom a hľadaním nových možností zvládania kríz, ktoré neustáva dlhšiu dobu.“ Dobrým indikátorom takejto starosti by mohla byť ochota predniesť prípad terapie v supervízii, hovorí Kernberg (1978).

F) K načúvaniu symbolike

Symbolikou chápeme všeobecne vnímateľný znak, prípadne obraz, či symbol, ktorý zastupuje niečo, čo vnímateľné nie je. V symbole sa teda skrýva vnímateľné s nevnímateľným. Laplanche a Pontalis (1972) rozlišujú pri pojme symboliky:

- a) v širšom zmysle: nepriamy a prenesený modus vyjadrenia nejakej idey, konfliktu, nevedomého prania;

- b) v užšom zmysle: modus znázornenia, ktorý sa vyznačuje hlavne konštantnosťou súvislosti medzi symbolom a nevedomo symbolizovaným, pričom takáto konštantnosť sa nevyskytuje len u toho istého individua a u rôznych individuí, ale aj v najrôznejších oblastiach.

Anna Freudová (1936/87) hovorí: „Symboly sú zakotvené, všeobecne platné vzťahy medzi určitými idovými obsahmi (pudovými prianiami) a určitými nevedomými slovými alebo vecnými predstavami.“

Ferenczi (1913/1970) vysvetľuje: „Nie všetky obrazy sú teda symbolmi, ale len tie, u ktorých je jeden člen rovnice vytesnený do nevedomia.“ A Freud píše (1900), že „pole symbolizovaného je úzko vymedzené: telo, rodičia a pokrvní príbuzní, pôrod, smrť, nahota a hlavne sexualita (pohlavné orgány, pohlavný akt).“

O katatýmnej imaginácii Leuner hovorí (1985): „Všetky obsahy majú symbolický charakter, aj tie krajinné. Okrem iného môžu byť chápané ako reprezentanti raných objektov lásky (introjektov).“

Podstatné je, že je tu symbolika chápaná v spojení s introjektmi. K tomu niektoré pojmy, ktoré už sčasti boli uvedené:

Každý medziľudský vzťah, teda hlavne vzťah medzi matkou a dieťaťom, sa od prvých okamihov utvára v reálnom a fantazírovanom priestore. Dieťa si robí obraz svojej matky. Tento obraz prijíma do seba, introjektuje matku, tá sa stáva introjektom alebo imágom, tak to označil Jung (1921). Toto imágo, tento introjekt, je vnútornou reprezentáciou matky; táto reprezentácia nemusí vo všetkom zodpovedať realnej matke, pretože vždy sú u dieťaťa v hre fantazijné komponenty, ktoré súvisia s prianiami, úzkosťami, frustráciami, zlyhaniami alebo rozmaznávaním atď.

Schopnosť symbolizácie je tak jednou z najpozoruhodnejších ľudských vlastností, ktorá vedie k tomu, že v symbolizovanej forme môžu byť vyjadrené celé introjekty alebo ich časti. Tieto fenomény sú známe z oblasti kreativity, napr. z literatúry, maliarstva, sochárstva.

Vďaka tomu môžeme u našich pacientov v spodobnení vnútorných obrazov, v imagináciách, vidieť a počuť symbolizovaný materiál. K tomu sa musíme snažiť nájsť popri všeobecných symbolizáciách (Jung, 1928, hovorí o kolektívnom nevedomí) aj pacientove osobné symbolizácie. Tu je nevyhnutné, aby sme ako terapeuti k obrazom najprv pristúpili asociatívne, aby sme si vytvorili domnienky (Brenner, 1979), z ktorých by sme sa potom mohli dopracovať k pochopeniu pacientových symbolov a dosiahli tak prostredníctvom príslušných intervencií klarifikáciu až po interpretáciu a spracovanie symbolu.

Na to niekoľko príkladov: 45-ročná účtovníčka imaginovala pri zadaní „dom“ obraz domu bez vchodu, samu seba vo vekovej regresii na približne 2-ročné dieťa vo svojráznej zelenkavej prikrývke.

V asociáciách k dennému snu ju nič nenapadalo. V utváranom obraze spoznala potom samu seba ako dieťa odložené matkou, s bolesťou si pripomenula rozprávanie svojej babičky, z ktorého si musela urobiť záver, že ju matka chcela potrať.

Pacientka sa už v dennom sne imaginovala v matkinom tele, prežívala tam veľkú úzkosť a nemohla nájsť prístup k domu.

Alebo 22-ročný bankový úradník imaginoval pri motíve vulkánou vyhasnutý, vypálený vulkán, symbolizoval sa so svojou (agresívnou) silou v podobe buldozéra, ktorým mohol v tejto grandióznej krajine bojovať so všetkými prírodnými živlami.

Vysoko na hore gréckeho ortodoxného kláštora symbolizoval, ako sme zistili v spoločnej práci, svoje latentné homosexuálne sklony, pretože popovia mohli nosiť dlhé vlasy spletené do copu, čo v jeho svete predstav zodpovedalo jeho pasívne feminínnym tendenciám.

G) Zhrňujúci príklad

V zhustenej podobe budeme konkretizovať doterajšie výpovede. Podrobné demonštrovanie prípadu s odvodením poučiek sa však zámerné konať nebude.

52-ročná žena, pochádzajúca z chudobných dedinských pomerov, konfrontovaná v priebehu vojnových rokov s existenciálnymi úzkosťami, bola po prvej láske vo veku 16 rokov matkou umiestnená v kláštore, kde bola neskôr 10 rokov mníškou, potom z kláštora odišla a pracovala ako učiteľka. Prijatá bola v hlbokéj depresii.

V súčasnosti sa cíti bez obrysov, vydaná napospas. Nemá žiadnu perspektívu, jej doterajší život nemal žiadny zmysel, svoju prácu už nemôže vykonávať. Nedokáže riešiť konflikt medzi nezmyselnosťou a pracovnou povinnosťou. Je hlboko uviaznutá v nejakej jaskyni, nevidí žiadne východisko, už sa neodvažuje medzi ľudí, nemá žiadnu hodnotu.

Doma (*genéza*) bola vraj tiež ako zatvorená, často u seba objavovala vinu za chudobu. Neskôr v kláštornej cele sa cítila podobne, mávala strach, že príliš veľa je, pretože by tým mohla poškodiť kláštor. Za múrmi kláštora bol život niekde veľmi vzdialený.

Pri vnímaní na *štruktúrnej* rovine boli nápadné najprv temne-depresívne komponenty, ktoré ovládali obrazy. Zjavné boli aj veľké výkonové aspirácie, ktoré sa prejavili výškou hory.

Potom v rebríku do neba symbolizovala svoje túžby a prania, ktoré čneli do výšky. Vitalita a energia, ktoré by mohli viesť k naplneniu týchto túžob a pranií, spočiatku rozkvitá len bojzливо, potom kvetov pribúda, pričom dvere ešte ukazovali, ako zakázané sú za nimi bohatstvá života.

Nakoniec si mohla v ďalšej terapii rozvinúť všetky dosiaľ inhibované prania a to do veľkej živosti. Pacientka vo svojom vývoji dosiahla zrelšiu (oidipálnu) štruktúrnu úroveň.

V celom terapeutickom procese treba spracúvať aj odpory: úzkosti zo svedomia sa prejavujú, keď pacientka hovorí:

„V gotickom okne kostola teraz vidím tvár, nejakú mníšku. To som ja sama, vzadu sa vynára nejaká tvár, napomína ma a volá ma, mám dbať na správnu cestu, mala by som pokračovať vo svojej ceste v božej pokore.“

Alebo pozoruje, že sa jej obrazy nemôžu rozvíjať, rozplývajú sa, prechádzajú do hmly, stávajú sa nepreniknuteľnými, nemôže ich ďalej rozpoznať.

Na *prenosovej rovine* je zrozumiteľné, keď hovorí, že hľadá nejaký most, že by chcela vidieť a prežívať inak. Teší sa zo svojich prianí, dokáže si ich pripustiť. Imaginuje samu seba a iné postavy okolo plápolajúceho ohňa.

„Je to také tajuplné teplo, ktoré cítim, je to pre mňa celkom nová skúsenosť, hľadím do ohňa a cítim to celé teplo, ktoré vychádza z toho ohňa. A aj cítim, že potom nie som sama, to posilňuje ten príjemný teplý pocit.“

Pocítovala potom stále väčšiu nezávislosť, tešila sa zo svojej narastajúcej sebaúcty, v tej dobe tiež utvárala vo svojej fantázii dom, ktorý si vykladala ako obraz svojej terajšej osobnosti, dom vnímala ako pevný, otvorený a voľný na slnečnom mieste pod horou a mohla sa s týmto domom v tejto krajine veľmi dobre identifikovať.

Na konci terapie priniesla obraz s básňou, ktorá k nemu patrila:

„Nie je to tak, akoby sme pozostávali z nespočetných vrstiev? Vrstiev, do ktorých sú zapustené ryhy, do ktorých sa dá položiť ucho ako na kolajnice?“

A potom, keď je dookola dosť ticho, niečo sa rozzvoní. Keď je naše ucho dosť jemné, dokážeme prijímať nekonečne mnohé; prijímať reprodukciu, ktorá kedysi bola tiež príjmom. Vedomý príjem, nevedomý príjem, vnútený príjem, zúfalý príjem, vydatený príjem, nevydatený príjem.“

Záverečná poznámka

Pokúsili sme sa ujasniť vnímanie terapeuta v priebehu jeho psychoterapeutickej práce pomocou obrazu načúvania siedmimi ušami. Asi bolo zjavné, že týchto sedem uší je metaforou toho, čo je umením vnímania a čo je sotva dosiahnuteľné.

A keď človek cíti v práci s pacientom sklamanie, rezignáciu, vyčerpanie a vníma, ako málo sa priebežne dokáže vyrovnávať s týmto nárokom, potom nech je povzbudením na ceste k tomuto umeniu kritická konfrontácia s vyžadujúcim nárokom a vlastnými schopnosťami a neschopnosťami.*

*Prednesené na 5. medzinárodnom seminári v katatýmne-imaginatívnej psychoterapii, Trenčianske Teplice 18.–21.5.2000. Publikovanie v slovenčine so súhlasom autora. Preklad: O. Bajger a J. Hašto

Red. poznámka k autorovi: Dr. med. Manfred Rust je neuroológ a psychiater, psychoterapeut, psychoanalytik. Je primárom III. psychiatrickej kliniky v Remscheide; pôsobí aj ako docent Nemeckej spoločnosti pre katatýmne-imaginatívnu psychoterapiu a vedie vzdelávacie semináre aj na Slovensku.

Literatúra

1. **Brenner Ch.:** Praxis der Psychoanalyse. Frankfurt/Main, Fischer 1979.

2. **Eibach H.:** Selbstentfaltung im katathymen Bilderleben. In: Z pers Psychol Psychoth 5.2, 1986.

3. **Ferenczi S.:** Zur Ontogenese der Symbole. Frankfurt/Main, Fischer 1913/1970.

4. **Freud A.:** Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: Die Schriften der Anna Freud. Frankfurt/Main, Fischer 1963/1987.

5. **Freud S.:** Studien Über Hysterie. GW Bd. 1, 1895.

6. **Freud S.:** Die Traumdeutung. GW Bd. 2/3, 1900.

7. **Freud S.:** Über Psychoanalyse. GW Bd. 8, 1910 a.

8. **Freud S.:** Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW Bd. 8, 1910 b.

9. **Freud S.:** Zur Dynamik der Übertragung. GW Bd. 8, 1912 a.

10. **Freud S.:** Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW Bd. 9, 1912 b.

11. **Freud S.:** Das Ich und das Es. GW Bd. 13, 1923.

12. **Freud S.:** Abriss der Psychoanalyse. GW Bd. 17, 1940.

13. **Greenson R.R.:** Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett 1975.

14. **Irlé G.:** Depressionen. Menschen in seelischer Not. Stuttgart, Kreuz 1974.

15. **Jacobson E.:** Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1973.

16. **Jacobson E.:** Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1978.

17. **Jung C.G.:** Über die Energetik der Seele. GW Bd. 9, 1928.

18. **Kernberg O.F.:** Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1978.

19. **Kohut H.:** Narzissmus. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1973 a.

20. **Kohut H.:** Überlegungen zum Narzissmus und zur narzisstischen Wut. In: Psyche, 1973, 6/73.

21. **Laplanche J., Pontalis J.B.:** Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/Main, Suhrkamp 1972.

22. **Leuner H.C.:** Katathymes Bilderleben. In: Corsini R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim, Beltz 1983.

23. **Leuner H.C.:** Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Toronto 1985.

24. **Nacht G., Racamier P.C.:** Die depressiven Zustände. In: Psyche 14, 1960.

- 25. Reik Th.:** Hören mit dem dritten Ohr. Hamburg, Hoffmann & Campe 1948/1976.
- 26. Riemann F.:** Grundformen der Angst. München, Reinhardt 1975.
- 27. Rust M.:** Zur Diagnostik struktureller Ich-Störungen in katathymen Bildern. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg): Strukturbildung im therapeutischen Prozess. Wien, Literas 1989 a.
- 28. Rust M.:** Die kleine Psychotherapie in der Praxis. In: Heigl-Evers A., Rosin U. (Hrsg): Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1989 b.
- 29. Rust M.:** Der Riss in der Hauswand. Herzinfarkt und Trigeminusneuralgie im Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Behandlung mit dem Katathymen Bilderleben. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Bern–Stuttgart, Huber 1990.
- 30. Scharfetter Ch.:** Schizophrene Menschen. München, PVU 1986.
- 31. Thomä H., Kächele H.:** Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin–Heidelberg–New York–Paris–London–Tokyo, Springer 1986.

Do redakcie došlo 24.4.2003.