*Systematická, komparatívna a integratívna analýza*

# Spása a zradnosť bezpečia - význam, podoby, zdroje a funkcie bezpečia z hľadiska psychoterapeutických teórií

Martin Podolan


## Súhrn

**V psychoterapii prevláda konsenzus: bezpečie je základňou a *sine qua non* zdravého psychického vývoja človeka a účinnej psychoterapie. Samotný pojem bezpečia (jeho význam, podoby, funkcie, zdroje) však nebol dosiaľ systematicky analyzovaný. Predchádzajúca prvá časť tejto práce ukázala, že bezpečie je mnohoraký koncept, ktorý môže spôsobovať ilúzie a nedorozumenia pri jeho vytváraní, prežívaní, chápaní alebo vysvetľovaní. Zároveň však potvrdila, že bezpečie sa v psychoterapii oprávnene priorizuje: terapia nemôže bez bezpečia fungovať, pretože v pacientoch by inak dominovali rôzne neurobiologické alebo psychologické defenzívne systémy, ktoré by terapeutický progres inhibovali. Predchádzajúca druhá časť tejto práce ukázala, že afektívne, behaviorálne a motivačné systémy vyhľadávajú, udržiavajú a automatizujú rôzne druhy homeostatického bezpečia, bez ohľadu na to, či je to z dlhodobého hľadiska prospešné alebo nie. Cieľom tejto tretej a najrozsiahlejšej časti práce bolo preskúmať a porovnať koncepty bezpečia naprieč hlavnými psychoterapeutickými školami, teóriami a štúdiami a všetky podstatné zistenia integrovať. Dospela k dôležitému záveru, že účinné fungovanie psychoterapie nevyžaduje maximum ale *dostatok* bezpečia, pretože nielen nedostatočné, ale aj nadmerné zážitky spojené s rôznymi formami bezpečia môžu byť kontraproduktívne. Hoci bezpečie terapiu umožňuje a podporuje, určité aspekty bezpečia môžu terapeutický progres u niektorých pacientoch spomaľovať, alebo blokovať. Okrem toho sa ukázalo aj to, že nielen pacient, ale i terapeut môžu bezpečie idealizovať alebo si ho mylne asociovať s rôznymi vhodnými aj nevhodnými podobami, zdrojmi, a funkciami. Z týchto dôvodov táto analýza poskytuje viaceré diferencujúce prehľady týkajúce sa bezpečia. Identifikuje hlavné pojmy bezpečia, ktoré symbolizujú pozitívne i negatívne aspekty psychického života. Konceptualizuje rôzne aspekty bezpečia z viacerých psychoterapeutických hľadísk, vrátane identifikácie hlavných zdrojov a funkcií bezpečia. Taktiež sumarizuje hlavné negatívne aspekty bezpečia a poskytuje aj niektoré príklady nevhodných foriem bezpečia, ktoré môže psychoterapeut vyhľadávať a udržiavať v súvislosti s psychoterapiou. Záverom poskytuje všeobecné praktické odporúčania v súvislosti s terapeutickou prácou s bezpečím. Pre účely zvýšenia prehľadnosti sú všetky podstatné zistenia zosumarizované v tabuľkách na konci tejto analýzy.**


**Kľúčové slová: bezpečie, psychoterapia, nebezpečie, hrozba, obrana, starostlivosť.**


## Summary

**Consensus prevails in psychotherapy: safety is the basis and *sine qua non* of healthy human development and effective psychotherapy. However, the very concept of security (its meaning, forms, functions, resources) has not yet been systematically analyzed. The previous first part of this work showed that safety is a multifaceted concept that can cause illusions and misunderstandings when creating, experiencing, understanding or explaining it. At the same time, however, the first part confirmed that safety is rightfully prioritized in psychotherapy: therapy could not work without safety, because patients would otherwise be dominated by various neurobiological or psychological defensive systems that would inhibit therapeutic progression. The previous second part of this work showed that affective, behavioral and motivational systems seek, maintain and automatize different types of homeostatic safety, regardless of whether it is beneficial from longer perspective or not. The aim of this third and largest part of the work was to examine and compare safety concepts across major psychotherapeutic schools, theories and studies, and to integrate all relevant findings. It came to the important conclusion that the effective functioning of psychotherapy does not require maximum but *enough* safety, because not only insufficient but also excessive experiences associated with various forms of safety can be counterproductive. Although safety enables and supports therapy, certain aspects of safety can slow or block the therapeutic progress with some patients. In addition, it came out that not only the patient but also the therapist can idealize safety or mistakenly associate it with various appropriate and inappropriate forms, resources, and functions. For these**

**reasons, this analysis provides several differentiated overviews related to safety. It identifies the main concepts of safety, which symbolize the positive and negative aspects of mental life. It conceptualizes various aspects of safety from a number of psychotherapeutic perspectives, including the identification of major sources and functions of safety. It also summarizes the main negative aspects of safety and provides some examples of inappropriate forms of safety that a psychotherapist can seek and maintain in connection with psychotherapy. In conclusion, it provides general practical recommendations in connection with therapeutic work with safety. For the sake of better overview, all relevant findings are summarized in the tables at the end of this analysis.**

**Key words: safety, psychotherapy, danger, threat, defense, care.**

## Úvod

V odbornej psychoterapeutickej literatúre prevláda konsenzus, že bezpečie má zásadný vplyv nielen na zdravý vývoj a psychiku človeka, ale i na účinnosť psychoterapie. Hoci psychoterapia akcentuje dôležitosť bezpečia, pojem samotného bezpečia ostáva naďalej pomerne nejasný, podlieha subjektívnym referenčným teóriám a môže vyvolávať nedorozumenia v komunikácii. Ukazuje sa, že bezpečie je mimoriadne pervazívny, komplexný a heterogénny fenomén, ktorý má mnohoraké definície, zdroje a funkcie (1). V závislosti od situácie alebo perspektívy môže mať alebo nadobudnúť podobu spásy, ochrany, obranného mechanizmu, zdravia, dôvery, pokoja, pohody, prežitia, istoty, celistvosti, blízkosti, lásky, slobody, spokojnosti, alebo mnohých iných kľúčových oblastí života.

Hlavným cieľom tejto analýzy je poskytnúť čitateľovi prehľad o význame bezpečia z pohľadu psychoterapeutických škôl, teórií, modalít a štúdií prostredníctvom systematickej, komparatívnej, a integratívnej analýzy významu bezpečia. Časť 1 poskytuje prehľad o hlavných pojmoch bezpečia, ktoré v psychoterapii symbolizujú pozitívne aspekty psychiky (tieto pojmy sú taktiež zosumarizované v tabuľke 1 na konci tejto analýzy). Časť 2 poskytuje prehľad o tom, z akých rôznych psychoterapeutických perspektív je možné bezpečie prežívať a definovať (tieto perspektívy pre definovanie bezpečia - vrátane hlavných funkcií a zdrojov bezpečia - sú zároveň zosumarizované v tabuľkách 2 až 4). Časť 3 poskytuje prehľad o tom, aké sú hlavné negatívne aspekty bezpečia (viď aj ich sumarizáciu v tabuľke 5). Časť 4 poskytuje príklady nevhodných foriem bezpečia, ktoré môže psychoterapeut vyhľadávať a udržiavať v súvislosti s terapiou (viď aj ich sumarizáciu v tabuľke 6). Záverečná časť 5 všetky zistenia sumarizuje a poskytuje aj všeobecné odporúčania do praxe.

## Mnohorakosť bezpečia

Autori a štúdie, ktoré sa zaoberali bezpečím v psychoterapii, pripisujú bezpečiu konzistentne vysokú dôležitosť, ale zároveň ho definujú nesystematicky a odlišne. Mnohí autori bezpečie používajú alebo ho považujú za *pocit* (feeling, sense) (2-9), alebo *emóciu* (emotion) (10-14), ktoré prežívame, najmä keď sme oslobodení od úzkosti, a keď sme bez starostí a pochybností, alebo keď sme v bezpečných vzťahoch.

Počnúc Freudom nebolo bezpečie charakterizované len ako pocit, alebo emócia, ale aj ako koncept, ktorý riadi ego (9). Následne opísali bezpečie obdobne aj iní autori, ktorí ho definovali ako *dominantné kritérium* (dominant criterion), *náležitosť* (asset), alebo ako *systém* ega (15-18), ktorý organizuje všetky percepcie, fantázie, rezistencie a obrany ega za účelom zredukovania alebo vyhnutia sa úzkosti. Literatúra zameraná na motivačné teórie spája bezpečie s *potrebou, pudom, afektom* alebo *motívom*, ktoré môžu byť spoločne definované alebo koncipované ako *motivačné systémy* (19), *behaviorálne systémy* (20), alebo *afektívne systémy* (21).

Niektorí psychoterapeutický autori vidia bezpečie v *základnej dôvere* (basic trust) (22), v *primárnej láske* (primary love) (23), alebo v *pocite bezpečia domoviny* (Geborgenheitsgefühl) (24). Špecialista na výskum bezpečia v psychoterapii, Paul Gilbert, dospel vo svojom výskume k záveru, že bezpečie je *osobitné afektívne prežívanie* (distinctive affective experience), ktoré sa líši od pozitívnych alebo negatívnych afektov, pocitov alebo emócií týkajúcich sa sociálnej podpory (25, 26). V neposlednom rade môže byť bezpečie charakterizované aj ako *ilúzia, imaginácia* alebo *fantázia*, ktorá robí náš život a svet znesiteľnejším (27-30).

Odborníci na duševné zdravie niekedy charakterizujú bezpečie ako psychologický *stav* (2, 24, 31), alebo ako *percepciu*, ktorá pozostáva z našich kognitívnych konštrukcií reality a fyzických stavov (32, 33). Iné zdroje bezpečie prepájajú s emočnou *klímou* (34-41), *atmosférou* (42-46), alebo *ambienciou* (ambiance) (19, 47-49).

Je zrejmé, že podobne ako lingvistická literatúra, aj psychoterapeutické štúdie a texty definujú a používajú pojem bezpečia rôzne. Môžeme ho chápať ako pocit, emóciu, osobitné afektívne prežívanie, percepciu, klímu, atmosféru, ambienciu, ktoré určitým spôsobom pociťujeme, prežívame alebo vnímame. Na druhej strane môže ísť o nerealistickú ilúziu, ktorú si iba predstavujeme vo svojich fantáziách, pretože niečo ako absolútne bezpečie nemá oporu v realite. Hoci sa môže zdať, že bezpečie nemá jednotnú definíciu, hĺbková analýza bezpečia v odbornej literatúre odhaľuje minimálne jednu konzistentnú charakteristiku bezpečia: psychoterapeutická literatúra opisuje pomocou slova „bezpečie“ alebo „bezpečný“ *optimálne* aspekty psychiky. Nasledujúci odsek ukazuje, akým spôsobom psychoterapeutické texty a štúdie odlišujú pomocou slova bezpečia prospešné, zdravé, adaptatívne aspekty psychického života od tých neprospešných, nezdravých a maladaptatívnych.

Fakulta psychoterapeutických vied, Sigmund Freud Universität, 1020 Viedeň, Rakúsko
**Adresa pre korešpondenciu: Dr. scient. pth. Martin Podolan, PhD, J.D.,** Fakulta psychoterapeutických vied, Sigmund Freud Universität, Freudplatz 1, 1020 Viedeň, Rakúsko

## 1 Hlavné pojmy bezpečia, ktoré symbolizujú pozitívne psychické aspekty

Psychoterapeutická literatúra používa koncept bezpečia predovšetkým na identifikáciu optimálnych, zdravých, vyvinutých, pravých, adaptačných, a fungujúcich aspektov a konceptov psychického života, a na ich odlíšenie od iných aspektov a konceptov - patologických, nezdravých, nevyvinutých, falošných, mal-adaptačných a disfunkčných. William Blatz ako prvý postuloval, že pre zdravý vývin človeka je nevyhnutné, aby dieťa prešlo zo štádia *nezrelej závislosti* (immature dependence) do *bezpečnej závislosti* (secure dependence), v ktorom si dieťa internalizuje zážitky *bezpečnej závislosti* (secure dependency) od opatrujúcej osoby, ktorú prežíva ako *bezpečnú základňu* (secure base) na prieskum okolia a zvládanie ťažkostí (31, 50). Blatz videl optimálne dovŕšenie vývoja človeka v dosiahnutí *nezávislého bezpečia* (independent security), v ktorom sa jedinec spolieha na svoje internalizované zážitky bezpečnej základne (31, 50). John Bowlby a Mary Aisnworthová neskôr zmenili *nezávislé bezpečie* na *autonómiu* a *bezpečnú závislosť* zmenili na *vzťahovú väzbu* (attachment), pretože pojmy ako „závislosť“ a „nezávislosť“ podľa nich naznačovali, že ide o sekundárne a nie primárne potreby človeka. Bowlby, ktorý vychádzal na rozdiel od Blatza z etológie a evolučnej teórie, videl vo vzťahovej väzbe primárnu potrebu (pud alebo inštinkt) k prežitiu, ktorej cieľom je prežívať bezpečie (51). Tieto svoje vízie klinicky preskúmal a následne ich rozvinul do teórie vzťahovej väzby (52, 53), pričom Ainsworthová identifikovala základné druhy vzťahovej väzby (53, 54). Vzťahová väzba, ktorú Ainsworthová charakterizovala ako *bezpečnú*, sa postupne stala synonymom pre zdravú, láskyplnú, a fungujúcu väzbu a pre odlíšenie od iných druhov vzťahových väzieb, ktoré sa spoločne označujú ako *neisté* (t. j. ambivalentné, dištancované, ustrašené, prípadne dezorganizované vzťahové väzby) (54-56). Potreby bezpečia a blízkosti, ktoré dosahujeme a udržiavame prostredníctvom vzťahových väzieb, existujú podľa Bowlbyho „od kolísky až po hrob“ (57). V tomto zmysle teda dospelý človek reguluje svoje afekty počas života takým spôsobom, akým boli jeho afekty v minulosti regulované zo strany blízkych osôb.

Ďalšou dôležitou oblasťou psychoterapie, v ktorej sa bezpečie používa na identifikáciu optimálneho prežívania a odlíšenie od menej funkčného prežívania, je self psychológia. *Bezpečné self* (secure self) sa používa ako synonymum pre zdravé (healthy), rezilientné (resilient), pravé (true), kohézne (cohesive), integrované (integrated), celistvé (whole), diferencované (differentiated) self. Bezpečné self je charakterizované zdravým narcizmom a používa sa aj pre odlíšenie od *neistého self* (insecure self), ktoré je synonymom pre poslušné (compliant), vzdorovité (defiant), falošné (false), fragmentované (fragmented), velikášske (grandious), zraniteľné (vulnerable) self, alebo také self, ktoré splýva v „obchodovaní“ s inými (fused trading self), self, ktoré splýva v „odpájaní sa“ od iných (fused cut-off self), prípadne také self, ktoré je charakterizované hladom po self-objektoch (self-object hunger), alebo odmietaním self-objektov (self-object denial) (58-69). Dôležitý poznatok, ktorý priniesla self-psychológia je, že bezpečné self udržiava koherentnosť svojich hraníc, znáša lepšie frustrácie a neistoty a na prežívanie stresu reaguje tak, že pomocou seba-regulácie a reziliencie sa aktívne vracia späť do stavu psychologickej homeostázy, pohody a celistvosti. Oproti tomu, neisté self používa svoje hranice príliš rigidne alebo priepustne, má zníženú rezilienciu a frustračnú toleranciu a na prežívania stresu má tendenciu reagovať implóziou (zníži nabudenie a stiahne energiu do seba alebo proti sebe) alebo explóziou self (zvýši nabudenie a fragmentuje energiu do okolia alebo proti iným) (70).

*Bezpečná seba-úcta* (secure self-esteem) sa používa ako synonymum pre optimálne sebavedomie (self-awareness), seba-hodnotu (self-worth), sebadôveru (self-confidence), silu ega (ego strength) a najmä pre odlíšenie od *neistej seba-úcty* (nezdravej, defenzívnej, podmienenej, krehkej, vysokej, nízkej sebahodnoty) (12, 55, 71-75). Naša sebaúcta sa kultivuje bezpečne, najmä ak sme bezpodmienečne (nie podmienene) prijímaní, ak dostávame realistickú spätnú väzbu (nie nafúknutú chválu) a zameriavame sa na rozvoj (nie na prekonávanie iných) (76, 77).

Bezpečnú sebaúctu prežívame, keď nie sme príliš zraniteľní voči hrozbám, keď nepotrebujeme kontinuálnu validáciu od iných, keď nie sme príliš verbálne defenzívni, keď nepopierame niektoré naše negatívne charakteristiky a vlastnosti v určitých oblastiach, keď sa nepotrebujeme cítiť nadradene a amplifikovať naše pocity sebahodnoty prostredníctvom seba-podporujúcich stratégií, keď sa nespoliehame na fantáziu a môžeme byť úprimný, keď naše nálady nekolíšu (napr. kvôli zvýšenej citlivosti voči hodnoteniu udalostí, zvýšenej obavy o svoj vlastný imidž a nadmerné spoliehanie sa na sociálne zdroje hodnotenia) (71, 75, 77, 78).

Z bezpečnej seba-úcty sa vyvíja aj *sebaistota* (self-assuredness), a to prostredníctvom zvnútornených medziľudských štandardov, princípov a hodnôt, ktoré sa jedinec v bezpečných vzťahoch naučí považovať za významné a váži si ich. Ľudia s bezpečnou seba-úctou dokážu ignorovať kritiku, ak majú pocit istoty, že taká kritika ich (alebo ich správanie) nevystihuje korektne alebo pravdivo (77). Dôležitým aspektom sebaúcty a sebaistoty je, že význam pripisovaný zážitkom a udalostiam (alebo obsahu kritiky) ostáva pod vnútornou (nie externou) a autentickou (nie falošnou) autoritou jedinca (79, 80). Bezpečná sebaúcta (sebaistota, sebahodnota) je preto určovaná vnútorne a nie je vôbec (alebo len do malej miery) ovplyvňovaná porovnávaním sa s druhými ľuďmi (81). Niektoré narcistické osobnosti, ktorým chýba autentický pocit sebaistoty a bezpečia, zvládajú svoje vedomé či nevedomé neistoty práve tým, že svoju vnútornú autoritu (sebaúctu, sebahodnotu, sebaistotu) určujú do značnej miery porovnávaním sa s inými alebo ju umelo amplifikujú a nadhodnocujú (79, 80, 82, 83). Voči kritike sú malo imúnni a prežívajú ju často ako pravdivú alebo ohrozujúcu bez ohľadu na to, či korešponduje s realitou.

*Bezpečná identita* (secure identity) sa používa pre identifikáciu zdravej, pevnej, integrovanej, stabilnej identity, charakterizovanej napríklad pevným zmyslom pre sebaurčenie, personálnou kontinuitou, súborom jadrových hodnôt a rôznymi sebaurčujúcimi rolami (84-88). Bezpečná identita, alebo sebaobraz vzniká kontinuálne prostredníctvom zrkadlenia a identifikácie sa s inými (obrazmi, vôňami, zvukmi, pohybmi) a ako aj objektmi, v dôsledku čoho sa naše self transformuje a uvlastňuje - vytvára sa novšia séria mentálnych obrazov o sebe samom (89). Pojem bezpečná identita sa zároveň používa aj na odlíšenie od *neistej identity* (insecure

identity), ktorá je charakterizovaná napríklad nestabilitou, premenlivosťou alebo tendenciou porovnávať sa s inými (90-92). Zdá sa teda, že bezpečná identita koreluje najmä so stabilitou a kontinuitou svojich jadrových hodnôt, obrazov a rolí. Ak máme bezpečnú identitu a vieme odlíšiť naše self of ne-self, tak uprostred interného a externého chaosu a stresu dokážeme napriek prežívanej konfúzii lepšie spoznať naše jadrové self a odlíšiť, čo s ním rezonuje a čo nie.

*Bezpečné interpersonálne hranice* (secure interpersonal boundaries) alebo *bezpečné hranice self* sa používajú pre identifikáciu zdravých, pevných, flexibilných, koherentných, a selektívne priepustných interpersonálnych hraníc (93-98) a na odlíšenie od *neistých hraníc* (tenko-kožích, priepustných, hrubo-kožích, rigidných, nepriepustných) (96, 97). S bezpečnými interpersonálnymi hranicami úzko súvisia *bezpečné terapeutické hranice*, ktorými sa označujú pevné a primerane flexibilné pravidlá a podmienky psychoterapie (týkajúce sa napríklad platieb, frekvencie stretnutí, dôverností, dotyku, darov atď.) (35, 37, 97, 99-101). (Odsek 2.4 sa téme bezpečných hraníc venuje detailnejšie).

Predchádzajúci odsek ukázal, že bezpečie sa v psychoterapeutickej literatúre považuje za nevyhnutné pre terapiu, a že jeho pojmami sa označujú tie aspekty a činnosti psychiky, ktoré považujeme aj za optimálne a zdravé. Tieto pojmy sú zosumarizované v tabuľke 1 na konci tejto analýzy. Avšak ani to, že aspekty bezpečia sú "nevyhnutné pre terapiu" alebo "optimálne pre zdravie" stále neposkytuje o bezpečí ucelenejšiu predstavu. Nasledujúca časť preto integruje, systematizuje, konceptualizuje hlavné analyzované poznatky s cieľom identifikovania základných druhov a spôsobov, pomocou ktorých psychoterapeuti bezpečie prežívajú, definujú, identifikujú alebo používajú.

**Tabuľka 1. Hlavné pojmy bezpečia, ktoré symbolizujú pozitívne psychické aspekty.**

| **Hlavné pojmy bezpečia, ktoré symbolizujú pozitívne psychické aspekty** | |
|---|---|
| **Vývoj** (William Blatz) | • Prechod z *nezrelej závislosti* do *bezpečnej závislosti* prostredníctvom závislosti od *bezpečnej základne*<br>• Prechod z *bezpečnej závislosti* do *nezávislého bezpečia* prostredníctvom zvnútorňovania zážitkov *bezpečnej základne*<br>Poznámka: Tieto pôvodné Blatzove koncepty dnes už nie sú veľmi používané. Boli nahradené konceptmi *teórie vzťahovej väzby*. Podobné vývojové koncepty rozvinuli neskôr aj mnohí iní autori, ktorí ich však označili inak. Napríklad Mahlerová (*fúzia* s matkou, *dopĺňanie emocionálneho paliva*, *bezpečná separácia*) či Winnicott (*podporné prostredie* a *schopnosť byť sám*) atď. |
| **Vzťahová väzba** (Bowlby, Ainsworthová a iné pramene) | • *Autonómia* (ako modifikácia Blatzovo *nezávislého bezpečia*) a *vzťahová väzba* (ako modifikácia Blatzovej *bezpečnej závislosti*)<br>• *Teória vzťahovej väzby* – blízkosť s opatrujúcou osobou je primárnou (nie sekundárnou) potrebou (pudom, inštinktom) k prežitiu, pričom jej cieľom je prežívanie *bezpečia* vo vzťahu<br>• *Bezpečná vzťahová väzba* (synonymom pre zdravú, láskyplnú, a fungujúcu vzťahovú väzbu)<br>• *Neistá vzťahová väzba* (synonymum pre ambivalentnú, dištancovanú, ustrašenú, prípadne dezorganizovanú vzťahovú väzbu) |
| **Hranice** (Epstein, Hartmann a rôzne pramene) | • *Bezpečné hranice* (synonymum pre zdravé, dostatočne pevné, primerane flexibilné, koherentné, selektívne priepustné, interpersonálne, alebo terapeutické hranice)<br>• *Neisté hranice* (synonymum pre tenkokožie, hrubokožie, priepustné, nepriepustné interpersonálne, alebo terapeutické hranice) |
| **Self** (Kohut, Kernberg a iné pramene) | • *Bezpečné self* (synonymum pre zdravé, odolné, rezilientné, pravé, kohézne, integrované, celistvé, diferencované self)<br>• *Neisté self* (synonymum pre zraniteľné, vulnerabilné, velikášske, poslušné, vzdorovité, falošné, fragmentované self, prípadne self, ktoré odmieta self-objetky, alebo ich vyhľadáva a splýva s nimi). |
| **Seba-úcta** (rôzne pramene) | • *Bezpečná seba-úcta* (synonymum pre zdravé a pevné sebavedomie, seba-hodnotu, sebadôveru, a silu ega)<br>• *Neistá seba-úcta* (synonymum pre nezdravú, defenzívnu, podmienenú, závislú, krehkú, príliš vysokú, alebo nízku seba-úctu) |
| **Identita** (rôzne pramene) | • *Bezpečná identita* (synonymum pre zdravú, pevnú, integrovanú, stabilnú identitu, charakterizovanú napr. pevným zmyslom pre sebaurčenie, personálnou kontinuitou, jadrovými hodnotami a seba-určujúcimi rolami)<br>• *Neistá identita* (synonymum pre nestabilnú, premenlivú identitu charakterizovanú napr. tendenciou porovnávať sa s inými) |

# 2 Psychoterapeutické perspektívy pre definovanie a prežívanie bezpečia

## 2.1 Neurobiologické aspekty bezpečia

Neurobiologické a neuropsychologické štúdie definujú bezpečie v psychoterapii prostredníctvom fyzického a emocionálneho prežívania, ku ktorému dochádza, keď je náš novší *myelinový vágový nervový komplex* a *parasympatikový nervový systém* aktivovaný a dominuje nad naším a starším *nemyelinizovaným vágovým nervovým komplexom* a *sympatikovým nervovým systémom* (102, 103). Výskumníci v tejto súvislosti dodávajú, že bezpečie môžeme definovať aj prostredníctvom takých skúseností a zážitkov, pri ktorých dochádza k uvoľňovaniu hormónu oxytocínu (104-106), a/alebo k znižovaniu produkcii kortizolu, noradrenalínu a adrenalínu (107).

Práce Stevena Porgesa, Paula Gilberta a Allena Shora naznačujú, že medzi slovami, akými definujeme bezpečie, a telesnými pocitmi bezpečia, je rozdiel (108-112). Zdá sa, že prežívanie bezpečia by mohlo byť podľa nich identifikované pomocou zóny bezpečia, v centre ktorej je prežívanie bezpečia najsilnejšie a na okrajoch najslabšie. Úroveň prežívania bezpečia sa podľa nich odvíja od toho, do akej miery sú aktivované naše neurobiologické systémy (napr. ventrálny vágový systém, parasympatikový systém a systémy zabezpečujúce vyplavovanie oxytocínu).

Hoci rozbor a integrácia ich výskumu nie je cieľom tejto analýzy, jednotlivé zóny neurobiologického bezpečia uvediem sumarizačne. V strede zóny bezpečia je najhlbšie neurobiologické bezpečie, ktoré prežívame počas nízkeho fyziologického nabudenia – počas pre-natálneho a post-natálneho spánku a snenia, počas emocionálnej pripútanosti k milujúcej a opatrujúcej osobe, ako i počas stavov fyzickej relaxácie, meditácie, pohody a pokoja. Počas týchto stavov je náš pulz pokojný a nízky, parasympatikový ventrálny vágový komplex je aktivovaný a sympatikový systém je inhibovaný. Dochádza k prekrvovaniu vnútorných orgánov, hladkých svalov a k rozšíreniu kapilár, pričom dýchanie je pokojné a telo je príjemne teplé. Náš ventrálny vágový tonus vtedy dosahuje najvyššiu úroveň a signalizuje, že sme v stave emocionálnej a fyziologickej homeostázy (108).

Medzi stredom a okrajom zóny neurobiologického bezpečia je o čosi menšie bezpečie, ktoré prežívame v bezpečných sociálnych kontaktoch (napr. keď spolupracujeme) alebo v bezpečných vzťahových väzbách. Môžeme ho prežívať aj počas prehĺtania, explorácie, vyhľadávania novôt, hrania, tancovania, alebo kreatívneho vyjadrovania sa. Hoci náš pulz je stále relatívne pokojný, môže byť variabilný. Náš parasympatikový ventrálny vágový komplex dominuje nad sympatikovým nervovým systémom, ktorý je však variabilne aktivovaný, a preto môže príležitostne dochádzať k difúziám s fyziologickými obrannými reakciami, akým je napríklad mechanizmus uteč (flight) alebo bojuj (fight) (113-117). Typickým príkladom môže byť napríklad hra, počas ktorej sa síce opierame o bezpečie, ale zároveň môžeme čeliť frustráciám a zvládať určité a neistoty.

Na vonkajších hraniciach zóny neurobiologického bezpečia prežívame najnižšiu úroveň bezpečia. Sme stále v rámci zóny bezpečia, ale náš parasympatikový systém dominuje nad sympatikovým systémom už iba hranične. Hoci počas týchto stavov naše fyziologické a psychologické obrany ešte nedominujú, sociálneho angažovania sa sme schopní už iba limitovane. Počas stresujúcich situácií síce stále dokážeme udržať relatívnu mieru pokoja a rozvahy, ale prežívame už stavy, kedy musíme znášať zvýšenú - hoci stále tolerovateľnú - mieru iritácií, frustrácií a bolestí. Sem patrí napríklad zvládanie a regulovanie našich afektov počas sexuálneho styku alebo dojčenia.

Za hranicami tejto bezpečnej zóny prestávame prežívať bezpečie, pretože s pribúdajúcim nebezpečenstvom sa v nás automaticky spúšťa a začína dominovať náš sympatikový systém a neurobiologické defenzívne mechanizmy: znehybňujúca ochrana – *stuhni v pohotovosti* (freeze-alert), mobilizačná ochrana *uteč* (flight), alebo *útoč* (fight), ako aj imobilizačná ochrana *zamrzni v hrôze* (freeze-fright) alebo *skolabuj* (colllapse) (118). Počas týchto stavov začíname prežívať fyziologickú úzkosť vo forme rôznych telesných symptómov. Zároveň začína dochádzať k implózii alebo fragmentačnej explózii nášho self (119-121). Následne v nás začínajú dominovať naše psychologické obranné mechanizmy (napr. humor, racionalizácia, projekcia, popretie, disociácia), zabezpečovacie správania alebo iné formy psychologických obrán a zabezpečovacích stratégií.

## 2.2 Afektívne, behaviorálne a motivačné systémy a ich aspekty bezpečia

Naše archaické časti mozgu sa vyvíjali na kontinuu interakcií organizmu medzi kontextom nebezpečia (obrana voči hrozbám) a bezpečia (odpočinok, zotavovanie, regenerácia a vyhľadávanie potravy) (108, 122). Afektívne, behaviorálne a motivačné systémy sa vyvinuli práve z týchto starých subkortikálnych mozgových štruktúr, aby mohol organizmus adaptívnejšie regulovať rôzne homeostatické procesy (123, 124) vo vzťahu k sebe ak vonkajšiemu prostrediu. Analýza týchto systémov a ich prepojenosti s bezpečím ukazuje, že homeostatické princípy organizmu povolávajú do svojich služieb všetky dostupné afektívne, behaviorálne a motivačné systémy s cieľom prežitia (t.j. vyhľadanie bezpečia), regenerácie (načerpania bezpečia) a rastu (opieranie sa o bezpečie) (125).

Väčšina z týchto systémov slúži na to, aby pomohli organizmu prežiť a bezpečie udržať a vyhľadať. Do tejto prvej skupiny patrí najmä systém strachu, slasti, zlosti, smútenia, vzťahovej väzby, hnusu, či moci. Slúžia primárne k tomu, aby sme mohli pomocou nich vyhľadať psychické útočiská alebo bezpečné prístavy, keď sme v ohrození, vzrušení, alebo inom napätí.

Do druhej skupiny patria systémy, ktoré nám bezpečie umožňujú nielen vyhľadávať a udržiavať, ale aj načerpávať. Patrí k nim najmä systém starostlivosti, seba-utišovania, ako aj kooperatívny systém, recipročný systém, afiliatívny systém, a intersubjektívny systém. Slúžia primárne ako zdroje lásky, výživy, domova, oázy, alebo zotavovne, pomocou ktorých sa upokojujeme, utišujeme, uvlastňujeme, uzdravujeme a odpočívame, potom, ako sme toto bezpečie našli a vyhľadali.

Tretia skupina systémov, nám umožňuje načerpané bezpečie slobodne využiť. Patrí sem najmä systém vyhľadávania, explorácie a hry. V súvislosti s týmito systémami slúži načerpané bezpečie primárne ako ich základňa, platforma, alebo palivo, ktoré ďalej podporujú nás rast a rozvoj tým, že nám umožňujú sa hrať, zvedavo explorovať samého seba, iných a svet.

Všetky tieto systémy dokážu spolupracovať takým spôsobom, aby mohli zachovávať homeostázu aj patogénnych a disfunkčných prostrediach. V závislosti od prostredia sa niektoré z nich môžu posliniť a iné zoslabiť, aby bolo možné prežiť a zachovať homeostázu alternatívnymi spôsobmi. V dôsledku toho dokážu bezpečie vyhľadávať, načerpávať alebo sa oň opierať i za cenu, že to môže byť pre organizmu dlhodobo neefektívne a neprospešné.

## 2.3 Defenzívne aspekty bezpečia

Aby organizmy mohli prežiť, musia sa chrániť pred hrozbami vonkajšieho prostredia. Ochrana ich bezpečia je prvoradá. Pre účely prežitia v premenlivom externom prostredí musia udržiavať homeostázu (vnútornú stabilitu) (126-129) a homeorhézu (dynamickú rovnováhu s externým prostredím) (130-132). Keďže organizmy sa musia chrániť voči rôznym stupňom vonkajšieho nebezpečenstva, vyvinuli sa v nich neurobiologické defenzívne mechanizmy (napr. stuhni v pohotovosti, uteč, útoč, zamrzni v hrôz, skolabuj) ako aj afektívne (21), motivačné (19) a behaviorálne (20) systémy, ktoré im umožňujú vyhľadať a zachovať bezpečie prostredníctvom (mal)adaptácie na rôzne podmienky.

Psychika človeka je okrem iného charakterizovaná ochrannými tendenciami voči vnútorným hrozbám, ktoré ju chránia pred internou konfúziou, chaosom, nepredvídateľnosťou a nekonzistenciou: *princíp konštantnosti* (133-136), *princíp konzistencie* (107, 137), alebo *konfirmačné skreslenie* (138, 139). Aby naša psychika prežila v širokom spektre okolností, všetky jej činnosti sú podriadené potrebám ochrany a zachovania bezpečia (9, 17, 108, 140-142).

V tejto súvislosti je naša psyché, ego, alebo self chránená aj pomocou *obranných mechanizmov* (Abwehrmechanismen) (143), *nástrojov bezpečia* (safety devices) (144-146), *zabezpečujúcich tendencií* (Sicherheitstendenzen) (147, 148), *bezpečnostných operácií* (security operations) Harryho Sullivana (140, 144), alebo *bezpečnostných správaní* (safety behaviors) (9, 144, 149-155). Všetky tieto obrany sú mechanizmy, ktoré vytvárajú, spravujú, udržujú alebo chránia bezpečie našej psychiky (45, 49, 156). Potreba bezpečia je prvoradá bez ohľadu na to, či je pozitívna, negatívna, prospešná, neprospešná, zdravá, nezdravá, adaptatívna, alebo mal-adaptatívna (108, 157).

Zdá sa, že evolúcia zariadila veci tak, že ak ktorýkoľvek z uvedených systémov a mechanizmov dosiahne svoj cieľ, tak prežívame príjemné asociácie a pocity bezpečia, pretože sme sa pred niečím nepríjemným alebo nebezpečným ochránili. Tieto pocity bezpečia sa v týchto prípadoch dostavujú predovšetkým v podobe úľavy od neúnosných, neregulovateľných, netolerovateľných, neznesiteľných zážitkov a skúseností. Ako bolo naznačené vyššie, navodzujeme si ich – vedome či nevedome - prostredníctvom rôznych *obranných mechanizmov*, vrátane napríklad *regresie* (napr. ak unikám z nebezpečia do detského správania a prežívania, v ktorom za mňa zodpovedali rodičia (spolieham sa na iných, aby sa o mňa starali), tak sa cítim bezstarostnejšie a bezpečnejšie), *štiepenia* (napr. ak odštepujem zlé od dobrého (partnera buď idealizujem alebo znehodnocujem), tak zachraňujem dobrú časť svojej duše, mám lepší prehľad a cítim sa neporušenejšie a bezpečnejšie), *disociácie* (napr. ak sa odpájam od tela alebo neznesiteľného zážitku (napr. znásilnenie opisujem eufemizmami), tak ostávam v menšom nebezpečí), *projekcie* (napr., ak externalizujem vnútorné hrozby (napr. prenášam vinu na niekoho iného), tak sa cítim menej ohrozený zvnútra), *identifikácie* (napr. ak sa správam, premýšľam alebo konám ako niekto mocnejší (preberám postoj a názor svojho mentora), tak sa cítim byť vo väčšom bezpečí), *reaktívneho výtvoru* (napr. ak svoje emócie vyjadrujem protichodným správaním (svoju agresiu voči dieťaťu zvládam simultánne zdôraznením svojej lásky a starostlivosti), tak sa môžem cítiť menej úzkostne), *agovania* (napr., ak vyjadrím svoju emóciu správaním bez jej uvedomenia a verbalizovania (napr. udriem po stole bez toho, aby som povedal, že sa na druhého hnevám), tak to prežívam ako bezpečnejšiu formu vyjadrenia hnevu a uvoľnenia napätia), *popretia* (napr., ak nevnímam hrozivé a negatívne zážitky (napr. ignorujem hrozbu nákazy počas pandémie), tak sa cítim bezpečnejšie a menej ohrozene). Napríklad narcistické osobnosti sa môžu pred svojimi hlbokými pocitmi menejcennosti alebo neistoty chrániť tak, že pomocou týchto obranných mechanizmov začnú prežívať *defenzívne bezpečie* (158, 159), ktoré môže pozostávať z ich pocitov dokonalosti, výnimočnosti, symbiotickej „lásky“, alebo z pocitov, že nie sú osobne zodpovední za následky svojich činov (158).

Ako ďalšie príklady defenzívne prežívaného a pociťovaného bezpečia možno uviesť niektoré kognitívno-behaviorálne *zabezpečovacie správania* a *dysfunkčné myšlienkové schémy* (napr., ak sa vyhnem rizikám alebo ich znížim, alebo udržím pod kontrolou, tak môžem byť vo väčšom bezpečí), Sullivanove *bezpečnostné operácie* (napr., ak sa budem hnevať na druhého, tak sa ochránim pred vlastnou úzkosťou a stratou sebaúcty a môžem ostať v bezpečí) alebo Adlerove *zabezpečujúce tendencie* (napr., ak prekonám svoje pocity menejcennosti, tak ochránim svoju seba-hodnotu pred hrozbou a môžem dosiahnuť bezpečie), alebo Horneyovej *nástroje bezpečia* (napr., ak sa podriadim, tak ochránim seba a iných pred vlastným strachom z vyjadrenia svojej skrytej agresivity a môžem byť v bezpečí), Bowlbyho *pripútavacie správania* (napr., ak sa adaptujem na akékoľvek správanie opatrujúcej osoby a ostanem v jej blízkosti pomocou akejkoľvek stratégie, tak môžem byť v bezpečí). Všetky tieto psychologické obrany chránia psychiku a zabezpečujú jej prežitie a bezpečie bez ohľadu na to, ako pozitívne/negatívne, prospešné/neprospešné, zdravé/nezdravé, adaptatívne/mal-adaptatívne to môže byť.

Keďže bezpečie a spokojnosť môžu byť pocitovo vzájomne previazané (160, 161), tak je zrejmé, že prostredníctvom psychologických obrán sa môžeme cítiť vskutku bezpečnejšie a spokojnejšie. Pomocou psychologických obrán sa môžeme zároveň naučiť vyhodnocovať, prežívať a preciťovať rizikové, škodlivé a nezdravé správania a situácie ako bežné, tolerovateľné a bezpečné. Avšak takto nadobudnuté

pocity bezpečia sú skôr defenzívne (prípadne falošné), pretože môžu nahrádzať chýbajúcu a autenticky bezpečnú sebadôveru, sebe-úctu, seba-hodnotu, alebo bezpečné interpersonálne hranice, ktoré je možné prežívať v bezpečnom prostredí.

Falošnosť a zradnosť defenzívneho bezpečia pramení najmä z pozitívnych asociácií, sekundárnych ziskov a pocitov úľavy, ktoré v tejto súvislosti prežívame. Napríklad, kým pravé self by mohlo evokovať pocity menejcennosti, depresie a úzkosti, falošné self zabezpečuje skôr obdiv, pozornosť a uznanie. Falošné self v podobe patologického altruizmu môže zvyšovať pocity stálosti objektov a minimalizovať riziko odmietnutia a opustenia. Falošné self môže prechovávať psychosomatické prežívanie choroby, pretože mu to môže prinášať „bezpečie“ v podobe peňažného príjmu z poisťovne, ktorá chorého a diagnostikovaného jedinca dotuje.

Obranné mechanizmy môžu pôsobiť prevenčne voči kríze, distresu či k regresii do hlbšie zakorenených traumatických zážitkov. Akokoľvek ohrozujúce pocity neistoty, bezmocnosti či prázdnoty môžu vytesniť a nahradiť ich síce iluzórnymi a dočasnými, ale príjemnými pocitmi kontroly a moci. Hoci obrany sú defenzívne, zakaždým zvyšujú pocity sebaúcty, sebaúčinnosti a bezpečia veľmi rýchlym a efektívnym spôsobom. A ak okrem toho okolie konanie takéhoto falošného self dodatočne obdivuje, podporuje, či toleruje, tak sila falošnej masky, psychologických obrán a iluzórneho defenzívneho pocitu bezpečia sa zväčšuje.

Za príjemným defenzívnym pocitom „bezpečia“ sa teda môže skrývať pocit menejcennosti, neistoty, alebo iná emócia, ktorú sme pomocou obrán zamaskovali a vytesnili. Defenzívne bezpečie môžeme cítiť napriek tomu, že tieto vytesnené negatívne emócie v našom tele ďalej pôsobia v podobe rôznych iných (napr. fyziologických) prejavoch. Hoci pritom môžeme prežívať príjemné asociácie a pocity úľavy (napr. v dôsledku úniku pre nebezpečím), tieto stavy „bezpečia“ môžu byť prechodné, nestabilné, a iluzórne navodené. No predovšetkým sú závislé od aktivácie psychologických obrán alebo od ich úspešného dosiahnutia svojich defenzívnych cieľov. V ďalšom odseku poukážem na to, že defenzívne pocity bezpečia sa odlišujú od pocitov nedefenzívneho bezpečia najmä v tom, že nedefenzívne pocity bezpečia prežívame v bezpečných vzťahoch, počas ktorých nie sme odkázaní na obrany.

## 2.4 Interpersonálne aspekty bezpečia

Hlbinné psychoterapie kladú pri identifikovaní zdravého pocitu bezpečia dôraz na rané detstvo a interakcie dieťaťa s matkou. Bezpečie obvykle považujú za *interpersonálne* (alebo *intersubjektívne*) prežívanie, ktoré sa vývojom jedinca vo vzťahu s matkou premieta do *intra-psychických* schopností dieťaťa. Prenatálne štúdie vnímajú interpersonálne bezpečie prostredníctvom prenatálnych imaginácií o vzťahu s plodom ako aj prostredníctvom bezpečného vnútromaternicového prostredia, v ktorom sa plod vyvíja. Takéto bezpečie napríklad vzniká, ak je počatie plánované a vytúžené, ak k nemu dochádza v období psychickej a fyzickej pohody rodičov, ak je matka počas tehotenstva na dieťa pozitívne naladená a vytvára si s vyvíjajúcim sa plodom láskyplný a intímny vzťah vo svojej predstavivosti (162 - 164). V tomto zmysle môže interpersonálne bezpečie prameniť najmä z mysle matky a to ešte predtým, než dôjde k počatiu alebo k pôrodu. K interpersonálnemu bezpečiu môžeme zaradiť Henselorov *pocit bezpečia domoviny* (Geborgenheitsgefühl), ktorým sa má na mysli prenatálny stav „primárnej harmónie“ (24) vo vnútromaternicovom priestore, v ktorom sme „ukrytí“ a „spasení,“ v ktorom prežívame symbiotické pocity „zastrešenia“ alebo „zahniezdenia“ (165). Toto ideálne bezpečie sa končí pôrodom, kedy zažijeme „primárnu neistotu“ (24) alebo „pôrodnú traumu“ (166).

Štúdie, ktoré sa zamerali na výskum bezpečia v detských alebo dospelých vzťahoch, dospeli k záveru, že vzťahové bezpečie pramení z *puta* (bond) a z *bezpečnej vzťahovej väzby* (61, 167 - 168), ku ktorým dochádza medzi novorodeniatkom a matkou (podobne ako medzi partnermi alebo medzi pacientom a terapeutom). Takéto puto a väzba vzniká prostredníctvom sluchu (novorodeniatko je prepojené s mamou prostredníctvom jej hlasu, tónov, piesní alebo jej dychu či tlkotu srdca), dotyku (novorodeniatko je prepojené s matkou prostredníctvom kontaktu koža-na-kožu a cicaním bradaviek), čuchu a chuti (matkina koža, prsník a mlieko obsahujú tie isté feromóny ako v maternici) (63, 169, 170 a 171) a zraku, pretože pohľad do matkiných očí a jej tváre je pre dieťa „sprievodným svetlom“ (172) v spoznávaní seba a okolitého sveta (63, 173). Symbolom takéhoto rodiaceho sa interpersonálneho bezpečia môže byť aj slávna Ariadnina niť, o ktorej sa krásne vyjadril Edward Edinger:

*„Ariadnina niť, ako niť pocitu; je bezpečnejšie konfrontovať nesformovanú zlosť, slasť, a pudovosť, ak môžeme pritom držať niť pocitu vzťahovosti, ktorá nám poskytuje orientáciu a bráni nám stratiť sa v labyrinte nevedomia” (174).*

Z uvedených dôvodov definujú niektoré zdroje bezpečie ako *vzťahovú skúsenosť* (relational experience) (175-178). Takéto interpersonálne bezpečie je spoluutvárané aj Kohutovým *pocitom prepojenosti* (sense connectedness), ktorý pramení z empatizovania, identifikácie s iným ako aj z prepájania sa so sebou, inými ľuďmi (179, 180) alebo so svetom (181, 182). Bezpečie prameniace zo vzťahových skúseností je spoluutvárané aj našimi interakciami s rodinou ako celkom (najmä, ak dieťa vníma rodinu ako zdroj bezpečia) ako aj vplyvom, ktorí na nás majú interakcie medzi samotnými členmi rodiny (13, 183-186).

Bezpečie vo vzťahoch prežívame najmä vtedy, keď sme vo vzťahoch *držaní* (held) (29, 187), *zrkadlení* (65), *kontejnovaní* (44, 188), *mentalizovaní* (189), keď sa v nich na naše signály reaguje správne, promptne, jemnocitne, konzistentne a predvídateľne (53, 173), keď sme v nich empaticky chápaní, nepodmienečne a kongruentne prijímaní, nehodnotení a nesúdení (190, 191), alebo validovaní (192). Opatrovateľ vytvára bezpečie vo vzťahu aj prostredníctvom empatickej regulácie svojich vlastných strachov ako aj hostilných, nenávistných, zneužívajúcich, vykorisťujúcich a iných negatívnych impulzov a protiprenosov (193, 194). Vo vzťahoch sa môžeme cítiť bezpečne aj vtedy, keď máme pocit, že sa o nás niekto stará (195, 196), keď nás cíti/prežíva v prítomnom okamžiku (197-199), alebo keď pri ňom neprežívame pocity hanby (200-203). Pocity bezpečia vo vzťahoch sa stabilizujú, ak spontánne vyhľadávame kontakt a vyjadrujeme lásku a spojenie, vzájomne sa tešíme z prítomnosti druhého a zdieľame pozitívne zážitky a spoločné hry (204, 205). Prežívanie

bezpečia vo vzťahu podľa Virgínie Goldnerovej znamená, že sme dosiahli interpersonálne fungovanie na veľmi hlbokej úrovni (159).

Bezpečie vo vzťahu môžeme prežívať aj počas nebezpečenstva (napr. pociťujeme úzkosť, distres) najmä vtedy, keď sme v kontakte s blízkou osobou, alebo sa k nej približujeme, pričom ju používame ako *bezpečný prístav* (69, 206), v ktorom si nielen odpočinieme a obnovíme sily, ale v ktorom uspokojíme aj naše závislé a vzťahové potreby: „chráň ma“, „upokoj ma“, „staraj sa o mňa“, „teš sa zo mňa“, „usporiadaj moje pocity“ (204, 207). Bezpečie vo vzťahu môžeme prežívať aj počas skúmania seba a sveta - najmä vtedy, keď sa spoliehame na blízku osobu, od ktorej sa síce vzďaľujeme, ale používame ju ako *bezpečnú základňu* (69), v ktorej *dopĺňame emocionálne palivo* (208) na ďalší prieskum a uspokojujeme naše autonómne potreby: „prijmi moje prejavy autonómie“, „podpor moje skúmavé tendencie“, „ubezpeč ma”, „dohliadaj na mňa“, „pomôž mi“, „užívaj si to so mnou“ a „uvítaj môj návrat k tebe“ (204, 207). Aj z týchto dôvodov pramení pocit bezpečia najmä zo skúsenosti, že nás podporuje skutočná alebo zvnútornená blízka osoba, ktorá je „staršia“, „múdrejšia“, „silnejšia“ a „milšia.“

*Bezpečná základňa* a *bezpečný prístav* majú pre terapiu mimoriadny význam, pretože pacientovi umožňujú, aby sa „naladil“ na exploračné správanie a voľné asociovanie. V takej situácii môže mať pacient bezpečie v sebe uložené ako zážitkový alebo situačný zdroj, s ktorým udržuje neustály kontakt (terapeutov bezpečný prístav a bezpečná základňa sú pacientovi počas explorácie a voľného asociovania kedykoľvek dostupné a môže sa k nim kedykoľvek vrátiť). Toto interpersonálne bezpečie môžeme prirovnať k zdieľanému „laboratóriu,” ktoré umožňuje obom stranám explorovať očakávania, reakcie a negatívne emócie.

Vzťah s pacientom sa napĺňa bezpečím aj vtedy, keď vo vzťahu spolupracujeme (49, 209), alebo keď v ňom zosúlaďujeme naše plány a ciele (210, 211). Najmä *dohoda na terapeutických cieľoch* (212, 213), *zachovávanie úloh* (210), a *dôverná kolaborácia* (167), môže významne zvyšovať pocity dôvery a bezpečia, pretože umožňuje terapiu prežívať ako „spoločný projekt.“

Vzťahové bezpečie môžeme v neposlednom rade prežívať aj vtedy, ak vo vzťahoch môžeme riskovať a prejavovať „negatívne“ emócie (hnev, smútok, strach, vinu, hanbu, odpor), pretože všetky neistoty, frustrácie a iné hrozby, ku ktorým počas takého riskovania a prejavovania emócií dochádza, sú v takom vzťahu dočasné, tolerovateľné, znesiteľné, regulovateľné a dostatočne bezpečné (156, 159). V tomto zmysle teda terapeut a pacient transformujú akékoľvek hrozby na vzájomne prežívanie bezpečia. Zážitky spojené s „negatívnymi“ emóciami, ktoré pacient/pacient opätovne prežíva v bezpečnom a prijímajúcom vzťahu s terapeutom, môžu mať pre pacienta mimoriadny význam. Napríklad pacient s inhibovaným afektom hnevu voči matke môže profitovať z toho, ak sa počas terapie dokáže hnevať na terapeuta (napr. za meškanie terapeuta) a naďalej si užívať pohodu terapeutického vzťahu. Ak sa mu terapeut úprimne ospravedlní, pacient zistí, že terapeut nie je ako jeho matka, ktorá nedokázala prejaviť ľútosť a povedať „prepáč“, a že vzťah s terapeutom je preto bezpečný.

Ďalší autori upresňujú, že bezpečie vo vzťahu vzniká v dôsledku *spoločnej regulácie* (ko-regulácie) afektov (108, 214, 215) a *spoločného konštruovania (ko-konštruovania)* koherentností, významov, zmyslov alebo narácií na základe spoločného prežívania afektov, myšlienok a udalostí (215-217). Vzťahové bezpečie môžeme prežívať aj vtedy, keď máme pocit, že naše vitálne záujmy sú chránené nielen osobou, ale aj komunitou alebo spoločenstvom (218, 219).

Hlbinné psychoterapeutické zdroje poukazujú aj na to, že bezpečie vo vzťahu vzniká v okamihoch *zosynchronizovania* vzájomného prežívania. Tento krátko trvajúci fenomén v psychoterapii, počas ktorého dochádza k interpersonálnym prepojeniam a synchronizáciám, bol prvýkrát identifikovaný Jungom, ktorý sa ho snažil zadefinovať ako *princíp akauzálneho prepájania, akauzálny paralelizmus* alebo ako „zmysluplnú zhodu dvoch alebo viacerých okolností, počas ktorých ide o čosi viac než len náhodu“ (220). Vedomé alebo nevedomé psychické procesy, ktoré by mohli symbolizovať takéto *akauzálne, prepojené,* a *zosynchronizované* prežívanie, by sme z pohľadu fyziky mohli azda prirovnať k fenoménu *kvantového previazania*, ktorým sa označuje jav, kedy skupina častíc vznikne alebo spolu interaguje spôsobom, ktorý vylučuje, aby ich stavy boli opísané nezávisle (ale iba ako stav celého systému) (221). Z pohľadu internetových interakcií s bankou by sme to mohli prirovnať k priebežnému a obojstrannému generovaniu, overovaniu a potvrdzovaniu kódov a hesiel, pomocou ktorých sa otvára vstup do dôvernej zóny. Z pohľadu motivačných systémov by sme tieto synchronické okamihy mohli napríklad zatriediť do zosúladenej a harmonickej interakcie medzi systémom vzťahovej väzby a systémom starostlivosti (21).

Tieto prepojenia alebo biologické rytmy, pomocou ktorých sa zosúlaďujú fyziologické správania dvoch alebo viacerých organizmov, môžeme napríklad pozorovať pri zosynchronizovanom a jednotnom pohybe húfov rýb alebo kŕdľov vtákov. U ľudí sa tento jav objavuje najmä v interakciách medzi matkou a dieťaťom, ktoré napríklad koordinujú srdcové rytmy prostredníctvom epizód interaktívnej synchrónie (222). Štúdie zaoberajúce sa interakciami medzi matkou a dieťaťom naznačujú, že k týmto zosynchronizovaným interakciám dochádza prechodne v dôsledku rôznych fyziologických mechanizmov, vrátane oscilačných systémov akými sú biologické hodiny, prevodový systém srdca, alebo attachmentové hormóny, akým je napríklad oxytocín (223-226). U dospelých ľudí sa napríklad preukázalo, že ak si dve blízke osoby sadnú približne jeden meter oproti sebe a hľadia si priamo do očí (bez toho, aby sa rozprávali alebo držali za ruky), tak sa ich dýchací rytmus a tep srdca po určitom čase zosúladia (227). Taktiež sa napríklad zistilo, že hudba určuje variabilitu srdcového tepu spievajúcich, pretože počas chóru sa ich srdcia zosynchronizujú (228). Iná štúdia napríklad ukázala, že ak spolupracujeme na plnení spoločnej úlohy, tak práve vďaka dôvere a bezpečiu začnú naše srdcia biť ako jedno (229). Ďalšia štúdia ukázala, že ak empatický partner drží ruku milovanej osoby, ktorá prežíva utrpenie, tak sa ich dýchacie a srdcové rytmy zosynchronizujú a bolesť druhého partnera ustúpi (230).

Tieto kuratívno-synchrónne fenomény boli v súvislosti s bezpečím a zosynchronizovanou interakciou v psychoterapii pomenované rôzne, ako napríklad *rytmus bezpečia* (rhythm of safety) (231), *rytmus vzájomnosti* (rhythm of mutuality), *obálka reciprocity*, (reciprocity envelope) (232, 233), *zladenie afektov* (affect attunement), *afektívna rozonancia* (affective resonance), *intresubjektívne zdieľanie afektov* (intersubjective sharing of affects), *prítomné okamihy* (now moments) (63), *momenty stretávania* (moments of meeting) (234), *smerovanie k zosúlaďovaniu* (directional fittedness) (235), *rytmický vzťah* (rhythmic relationship) (236), *rytmické zlaďovanie* (rhythmic attunement) (237), *synchrónne interakcie* (synchronous interactions) (238) alebo *dyadické uvedomovanie* (*dyadic consciousness*) (239).

Prostredníctvom takýchto zážitkov bezpečia môže pacient v terapii regredovať viac do bezstarostných stavov alebo do primárnej závislosti, kedy sa nielen nasycujú jeho attachmentové a narcistické potreby, ale aktivuje sa jeho proces explorácie, sebapoznávania ako aj proces zmien (240, 241). Azda najdôležitejším prínosom spolupreživania bezpečia prostredníctvom synchrónnych okamihov je, že pacient sa tak „uvlastňuje" a posilňuje bezpečie svojho self, seba-úcty, identity, reziliencie ako aj schopnosti utvárať bezpečnú vzťahovú väzbu (222, 224, 242, 243), alebo schopnosť aktivovať attachmentové správanie (61), pričom sa zároveň znižuje jeho odkázanosť na obranné mechanizmy (240, 241). Zážitky synchrónie, zladenia či prepojenia vo vzťahu sa zdajú byť významným predpokladom pre vývin seba-regulačných funkcií, pomocou ktorých dosahujeme pocity bezpečia a identity v rámci nášho sociálneho alebo autonómneho fungovania. *Vytváranie spojení na bezpečnom mieste* alebo *proces tvorenia vzťahov v bezpečnom prostredí* je podľa Hartmanna hlavným zmyslom a princípom psychoterapie (97, 244).

Psychoanalytik Williams Gibbs sa venoval výskumu synchronicity viac ako 50 rokov. Dospel k záveru, že synchrónne prepájania sú „asociovane so signifikantnou psychologickou zmenou – transformáciou, transcendenciou a rozširovaním vedomia" (245). Synchrónne okamihy vo vzťahu sú podľa Williamsa prežívané ako sprievodcovia, pomocou ktorých človek objavuje to, čo je pre neho ultimátnou hodnotou, čo mu poskytuje jasný pocit zmyslu a smerovania vo vlastnom živote, čo identifikuje obsah jeho vedomia (pocity, myšlienky, intuície, kognitívne percepcie a telesné vnímania), čo mu pomáha vyznať sa a nájsť zmysel v zdanlivo surových dátach vlastného prežívania ako ja to, čo mu pomáha nájsť odpovede na primárne otázky vlastnej existencie: Kto je mojou finálnou autoritou a zdrojom bezpečia? Ja sám? Alebo externá a projikovaná autorita, akou je blízky človek, Boh, majster, učiteľ, anjel, rozprávková bytosť, vnútorný pomocník, víla, alebo bájna bytosť, prípadne mudrc, vedec a jeho štúdia, guru a jeho filozofia, ideológia, kolektívne nevedomie, archetypálny zdroj atď. (245).

Túto časť tejto analýzy možno zhrnúť tak, že literatúra týkajúca sa interpersonálneho bezpečia nasvedčuje tomu, že na to, aby mohol človek po narodení účinne čeliť nebezpečiu, musí najskôr načerpať dostatočné zážitky bezpečia prostredníctvom vzťahov s blízkymi osobami. Prostredníctvom týchto vzťahov si buduje také vnútorné zdroje bezpečia, ktoré mu umožňujú, aby mohol v dospelosti lepšie čeliť realite a zvládať rôzne nebezpečenstvá, straty a frustrácie, ktoré život prináša.

## 2.5 Intrapsychické aspekty bezpečia

Ďalší spôsob definovania bezpečia v psychoterapii je pomocou určitej *intrapsychickej* schopnosti alebo činnosti, ktorá sa môže vyvíjať paralelne, alebo v dôsledku interpersonálnych zážitkov bezpečia. Toto bezpečie môže prameniť z *internalizácie* (zosobňovania, uvlastňovania, zvnútorňovania, introjikovania, interiorizácie) rôznych vzťahových zážitkov a skúseností, ktoré v nás postupne vytvárajú jedinečné a unikátne intra-psychické zdroje bezpečia. Vývinová teória hovorí v tejto súvislosti o *stálosti objektov*, teória objektných vzťahov o *zvnútornených objektných vzťahoch*, a *dobrom internom objekte*, self-psychológia o *zvnútornených self-objektoch*, teória vzťahovej väzby o *zvnútornených pracovných modeloch* a transakčná analýza o *vnútornom dobroprajnom rodičovi*. Dieťa prijíma myšlienky, postoje, hodnoty a normy za svoje vlastné, začleňuje ich a vstrebáva do svojej osobnosti. Výsledkom môže byť akoby fotografický otlačok dobroprajnej matky vo vnútornom svete dieťaťa, ktorý v ňom pôsobí ako prameň bezpečia.

V psychoanalýze existujú hypotézy, že základom tohto instrapsychického bezpečia a vzniku self je *maternicové obalovanie* (uterine wrapping) (246), *obalovanie materstvom* (the wrapping of mothering) (247), alebo *habitatívne obalovanie* (habitat wrapping) (248) počas vývoja plodu v maternici. Dôležitým aspektom týchto materských a maternicových obálok (interakcií medzi plodom a matkou) je, že v plode podnecujú vývoj *kože ega* (ego skin) (246) so schopnosťou chrániť a imunizovať liahnuce sa a zraniteľné self ako aj so schopnosťou *zapuzdriť* (encapsulate) a *kontejnovať* (contain) všetky skúsenosti počas perinatálneho vývoja (246, 249). Tieto počiatočné ochranné obálky self umožňujú nielen to, aby sme si vyvýjali self vo *fúzii* (fuse) s matkou (M.S. Mahler a Furer, 1972), ale aj to, aby sme si vyvíjali *bezpečné hranice self* (93, 94), ktoré sa ďalej utvárajú po pôrode v bezpečnom vzťahu s matkou (63, 250).

Vnútorné zdroje bezpečia, ktoré sa vyvíjajú po pôrode boli pomenované rôznymi spôsobmi: *jadrové self* (63), *základná dôvera* (22), *ontologické bezpečie* (251), *internalizované reprezentácie* a *objektné vzťahy* (252-254), *self-objekty* (255), prípadne *internalizovaná bezpečná základňa* (69). Podľa niektorých zdrojov sa dá intrapsychické bezpečie definovať aj ako vnútorný *proces*, ktorý pozostáva z regulácie, integrácie a kohézie našich primárnych (nevedomých) a sekundárnych (vedomých) procesov a skúseností (65, 255-261). Ďalšie zdroje tvrdia, že intrapsychické bezpečie môžeme definovať alebo vnímať ako zvnútornenú *schopnosť* alebo *kapacitu* naladiť sa na exploračné správanie, skúmať neznáme a zraniteľné oblasti vlastného self a prijímať pritom tolerovateľné riziká (61, 262). Z pohľadu *rezilientnej terapie* by sa zvnútornenie bezpečia dalo definovať ako *zakonzervovanie* (ohraničenie a zachovanie) dobrých zážitkov, ktoré boli dekontaminované od regresívnych a negatívnych zážitkov (263).

Introjekcia starostlivého a reálne prítomného (prezentného) vzťahu, ktorý nám (pacientovi) poskytuje zážitky bezpečia (ochrany, priazne, spoľahlivosti, empatického zrkadlenia našich potrieb), umožňuje vytváranie intrapsychických štruktúr pre reguláciu afektov. Vzťahové terapeutické bezpečie sa teda postupne stáva súčasťou našej psychiky a mení sa na introjikované, internalizované a intrapsychické bezpečie

(napr. bezpečné self, bezpečnú sebaúctu, alebo bezpečnú identitu). Zvnútornené zážitky bezpečia nám umožňujú nielen to, aby sme vedeli, ako môžeme bezpečie vo vzťahoch vyhľadať a načerpať, ale aj to, ako byť vo vzťahoch nezávislý alebo ako sa od vzťahov vzdialiť, alebo ich opustiť. O toto introjikované alebo intrapsychické bezpečie sa môžeme opierať aj vtedy, keď vstupujeme do neznámych a vulnerabilných oblastí externého a interného sveta, alebo keď tolerujeme frustrácie a regulujeme negatívne emócie. Toto vnútorné bezpečie nám slúži ako bezpečná základňa alebo platforma, ktorá nám umožňuje rozvíjať a prehlbovať svoje (seba)poznanie. Zároveň môže fungovať podobne ako reziliencia, pomocou ktorej môžeme čeliť krízam a ťažkým životným situáciám takým spôsobom, že ich nielen prekonávame a zvládame, ale aj tak, že sa dokážeme dostatočne rýchlo vymaniť z distresujúceho prežívania a vrátiť do stavu vnútorného stavu pokoja, bezpečia a psychickej homeostázy.

Ak nemáme počas vývoja k dispozícii dostatočne bezpečné vzťahové zdroje bezpečia (napr. naše vzťahové väzby s našimi najbližšími sú neisté), tak sa musíme spoliehať na bezpečie z neistých vzťahových väzieb, alebo z rôznych iných zdrojov, ku ktorým môže patriť napríklad fantázia, Boh, alebo majetok. V týchto prípadoch sa musíme naučiť – vedome či nevedome – bezpečie vyhľadávať, chrániť a internalizovať iba dostupnými obmedzujúcimi spôsobmi a za cenu vzdania sa iných prirodzených potrieb. K týmto spôsobom vyhľadávania a ochraňovania bezpečia patria predovšetkým – rôzne psychologické obrany (napr. obranné mechanizmy, zabezpečovacie tendencie, bezpečnostné operácie, bezpečnostné správania, alebo iné zabezpečujúce stratégie) bez ohľadu na to, ako pozitívne/negatívne, prospešné/neprospešné, zdravé/nezdravé, adaptívne/mal-adaptívne môžu byť.

K znútorneným alebo defenzívnym aspektom bezpečia môžu patriť aj identifikácie s prísnym superegom – t.j. s internalizovaným súdiacim a kritickým hlasom opatrovateľských osôb (napr. súdiaci/kritický hlas mamy). Tieto hlasy počas destva najskôr imitujeme a následne si ich ukladáme do implicitnej pamäte (264). Vďaka týmto identifikáciám sa v detstve naučíme zachovávať bezpečie vo vzťahu s opatrujúcimi osobami, bez ohľadu na to, či je to pre nás prospešné alebo nie. Zachovávame ho najmä tak, že súdenie a kritiku opatrujúcej osoby obrátime proti sebe (*charakterová obrana*), proti iným ľuďom (*prenosový odpor*/*rezistencia*), alebu ju od iných ľudí očakávame (*projikovanie superega*) (265, 266). Tieto obrany (vzorce zachovávania bezpečia vo vzťahu) sa v nás reaktivujú automaticky a nevedome v odbobných situáciách a vzťahoch (267, 268). Aj preto sa tieto zinternalizované obrany (vzorce zachovávania bezpečia) môžu v dospelosti prenášať do iných vzťahoch, v ktorých dochádza k obdobnej kritike, či súdeniu.

## 2.6 Aspekty bezpečia týkajúce sa hraníc

Bezpečie je neoddeliteľne previazané s hranicami našej existencie. Hranice našej psyché alebo self sa podľa niektorých autorov liahnu už počas vnútromaternicového a prenatálneho vývoja plodu v podobe fantazijnej predstavy o spoločnom *vaku, koži, puzdre* alebo *narcistickej obálke*, ktorá ohraničuje a udržuje prvé fragmenty rodiaceho self a zároveň s nim splýva (164, 246, 269). Ide o hranice „my" vo význame „ty a ja", ktorým chýba na počiatku nezávislosť a subjektivita (97), a ktoré *zapuzdrujú* a *kontejnujú* všetkým perinatálne zážitky a skúsenosti (246, 249), pomocou ktorých sa môžu konsolidovať prvé zážitky a pocity self (93, 246).

Hranice self sa ďalej formujú prostredníctvom prenatálneho puta alebo citovej väzby medzi matkou a plodom, ktorá pramení najmä z kognitívnych a emocionálnych schopností matky, konceptualizovať a prežívať budúce dieťa (alebo plod v maternici) ako ľudskú bytosť (163). Ak je tehotenstvo plánované, matkine potreby sú zabezpečené, partneri sú vo vzťahu spokojní, otec má o dieťa záujem a matka nemá zvýšené hladiny depresie alebo úzkosti, tak je pravdepodobnejšie, že prenatálna vzťahová väzba a hranice self budú bezpečné (164, 270). Bezpečie citovej väzby a hraníc self môže ďalej narastať, ak si matka počas tehotenstva predstavuje nielen fyzické a emocionálne charakteristiky budúceho dieťaťa, ale aj rôzne afiliatívne a interaktívne scenáre vzťahu medzi ňou a dieťaťom (164, 269), alebo ak s nenarodeným dieťaťom interaguje – napríklad tak, že si s ním užíva zvuky a hudbu, alebo tak, prevráva k nemu, spieva mu piesne, číta mu rozprávky alebo mu rozpráva príbehy o svete, do ktorého sa má narodiť (271, 272).

V dôsledku pôrodu utrpia prenatálne hranice dieťaťa katastrofálne zranenie, pretože novorodenec stráca všetku ochranu poskytovanú vnútromaternicovým prostredím, amniotickým vakom a vodnatým médiom, a vstupuje do neznámeho, plynnatého a ohrozujúceho priestoru (273). Novorodenec vysiela okamžite signály (aktivuje sa systém vzťahovej väzby), ktoré symbolizujú jeho devastujúcu skúsenosť a nevyhnutnú potrebu vyhľadať bezpečie prostredníctvom opätovného splynutia s ochranným prostredím, ktoré stratil (274-277). Aj z toho dôvodu má pre vývoj bezpečných hraníc postnatálneho self obrovský význam *bonding*, ktorý novorodencovi umožňuje, aby sa prostredníctvom všetkých svojich zmyslov čo najskôr opätovne harmonicky spojil s matkou a nadobudol pocity ochrany, bezpečia a pokoja ako aj pocity puta, väzby a ohraničenia, ktoré chránia jeho liahnuce sa self (13, 61, 278, 279).

Približne vo veku 2 mesiacov po pôrode sa v novorodeniatku podľa Sterna utvára *jadrové self* (core self), ktoré za optimálnych podmienok nadobúda pocit self ohraničeného hranicami ako aj pocit minulosti a kontinuity svojej existencie (63). Self a jeho interpersonálne hranice sa stávajú bezpečnejšími, ak sú zážitky dieťaťa rýchlo a správne identifikované, jemnocitne ko-regulované a zatrieďované v bezpečnom vzťahu s matkou (63, 96, 173). V rámci bezpečnej vzťahovej väzby a mentalizačných interakcií s matkou sa dieťa na jednej strane pridŕža naučených vzorcov poznania a pravidiel (hranice hrubnú) a na druhej strane sa učí novému poznaniu a pravidlá obmieňa (hranice sa stenčujú). Vývoj bezpečia hraníc preto napreduje, ak sa neustále strieda ich *posilňovanie* a *spevňovanie* (zažívané schémy sú dostatočne známe – dochádza k asimilácii) ako aj ich *slabnutie* a *podliehanie zmenám* (zažívané schémy sú relatívne nové – dochádza k akomodácii) (97). Zdá sa, že hranice self sa stávajú bezpečnejšie aj vďaka osciláciám medzi takýmito protichodnými zážitkami, pričom synchronizácia takých oscilácií vedie postupne k *rovnováhe* medzi pocitom nezávislosti/autonómie (introjektívny vývin) a pocitom závislosti/potrebou vzťahov (anaklitický vývin) (97, 280).

Vyššie-uvedeným spôsobom nadobúdajú hranice self zároveň flexibilitu a elasticitu, ktorá im umožňuje meniť sa podľa rôznych situácií na relatívne *pevné* a *nepriepustné* (introjektívne) ako aj na relatívne *tenké, flexibilné* a *selektívne priepustné* (anaklitické) (96, 97, 280). Nepriepustnosť a pevnosť hraníc chráni self podobne ako chráni koža organizmus pred hrozbami, parazitmi, infekciami a toxínmi, pričom priepustnosť hraníc vpúšťa do self živiny a medikácie (98). Tieto flexibilné a selektívne schopnosti bezpečných hraníc umožňujú, aby mohlo dieťa identifikovať bezpečie, lásku, opateru a silu nielen v inej bytosti (matke), ale aj v sebe, a aby ich vedelo odlíšiť od vnútorných a vonkajších nebezpečenstiev a hrozieb (171, 281).

Z týchto dôvodov je významným aspektom bezpečných interpersonálnych hraníc alebo hraníc self práve to, že majú *schopnosť pre exklúziu* (capacity for exclusion), ktorou môžeme zablokovať prijímanie externých informácií a udalostí a chrániť sa pred externými vplyvmi (95), ako i *schopnosť pre inklúziu* (capacity for inclusion) (282, 283), ktorou môžeme spriepustniť hranice nášho self a prijímať určité informácie a vplyvy, ktoré pomáhajú nášmu self, aby sa liečilo, odbremenilo a rástlo, prípadne aby sa vzdalo kontroly, alebo umožnilo prepojenie s inou osobou (96, 284). Aby bolo naše self bezpečné a mohlo informácie a vplyvy prijímať, filtrovať, regulovať či vylučovať, jeho hranice musia mať schopnosť dešifrovať, diferencovať a rozpoznať, ktoré udalosti, emócie, myšlienky a správania (samého seba alebo iných ľudí), a za akých okolností (vnútorných alebo externých) sú pre self prospešné, blahodarné, zdravé, tolerovateľné, znesiteľné, regulovateľné a integrovateľné alebo naopak ohrozujúce, falošné, toxické, netolerovateľné, neznesiteľné, neregulovateľné a neintegrovateľné.

Hartmannov a Epsteinov výskum potvrdil, že bezpečie hraníc self spočíva aj v tom, že sa môžu meniť podľa situácie a fungujú ako améba či membrána – menia svoju hrúbku, pevnosť, priepustnosť a funkcie podľa miery prežívaného bezpečia alebo ohrozenia. Schopnosť hraníc nášho self zhrubnúť a znížiť priepustnosť nám umožňuje zvládať stres, znášať frustrácie, tolerovať neistoty, čeliť iným nebezpečenstvám a hrozbám a byť situačne autoritársky či s uzavretou mysľou. Taktiež nám umožňuje myslieť logicky, oddeliť myšlienky od pocitov a minulosť od prítomnosti, sústrediť sa na jednu úlohu, alebo mať jasnú sexuálnu a skupinovú identitu.

Na druhej strane, ak sme v menšom ohrození, tak bezpečie hraníc nášho self spočíva v tom, že sa môžu stenčiť a zvýšiť svoju priepustnosť. Vďaka ich tenkosti a priepustnosti môžeme prijímať lásku, opateru a utíšenie od iných, uvoľniť sa, oddávať sa fantáziám alebo sneniu a vytvárať širšie interpersonálne alebo intrapsychické zážitkové prepojenia. Umožňujú nám prežívať dôverné vzťahy v kategórii „my“ alebo „my versus svet“. Tenké hranice nám taktiež poskytujú možnosť myslieť abstraktne, prežívať väčšie množstvo senzorického materiálu, miešať pocity s myšlienkami a minulosť s prítomnosťou, pohrúžiť sa do denného snenia a rozjímania (až tak, že nerozoznáme hranice medzi realitou a fantáziou), byť si vedomí odchýlok v sexuálnej identite alebo patriť do viacerých skupín (97, 285).

Medzi psychické aspekty externých či interných psychických hraníc patrí aj schopnosť diferencovať medzi „ja“ a “ty,“ ako aj medzi vlastnými potrebami a potrebami iných ľudí. Rovnako tak sem patrí schopnosť odlíšiť fantáziu (vrátane obranných mechanizmov) od reality, dôveryhodnosť od nedôveryhodnosti, alebo bezpečie od nebezpečia. Môžeme sem zaradiť aj schopnosť odlíšiť, ktoré bezpečie je prežívané ako nedefenzívne (slobodné, zvedavé, rastové) a defenzívne (únikové, reaktívne, regresívne).

V neposlednom rade je potrebné spomenúť, že prežívanie bezpečia v psychoterapii by nebolo možné dosiahnuť bez *bezpečných interpersonálnych hraníc*, ktoré spoluutvárajú obe strany pomocou intersubjektívneho a kooperatívneho motivačného systému. Tieto hranice poskytujú obom stranám bezpečný interpersonálny priestor, v ktorom môžu spolupracovať takým spôsobom, aby nedochádzalo k fyzickému, emocionálnemu, sexuálnemu nebezpečenstvu, hrozbe alebo k zneužívaniu bezpečia (97, 286). V prípade psychoterapie ide o *bezpečné terapeutické hranice*, ktoré zabezpečujú pre obe strany *prvenstvo bezpečia* (primacy of safety) (287) *bezpečnostnú bariéru* (safety barrier), *bezpečnostnú nádobu* (safety container) (288) alebo *atmosféru bezpečia* (atmosphere of safety) (37). Bezpečné interpersonálne hranice poskytujú pacientovi slobodný priestor (napr. voľné asociovanie), v ktorom sa simultánne rešpektujú a dodržiavajú jasné základné pravidlá a limity, ako napríklad doba trvania stretnutí, frekvencia stretnutí, výška a spôsob platby a absencia fyzického a sexuálneho kontaktu (35, 37, 97, 99-101).

Ak sú terapeutické hranice medzi terapiou a vonkajším svetom solídne a pevné (terapeutická miestnosť je tichá a izolovaná a terapeut vzbudzuje dôveru a zaručuje absolútne súkromie a dôvernosť), interpersonálne hranice pacienta sa môžu v terapii ľahšie otvárať, stenčovať a spriepustňovať (97). Práve vďaka vzájomnému utváraniu a rešpektovaniu týchto bezpečných interpersonálnych (terapeutických) hraníc môže pacient (ako aj terapeut) prežívať dostatok bezpečia, otvorenosti aj spontaneity (37), pričom pacient môže zároveň explorovať a rozvíjať svoje sociálne kompetencie a učiť sa utvárať afiliatívne a kooperatívne vzťahy s inými ľuďmi (37, 281). Donald Winnicott nazval terapeutické hranice slovom „setting” a zdôraznil, že so svojou spoľahlivosťou stabilitou predstavujú pre pacienta *podporné prostredie* (holding environment) (289).

## 2.7 Snové aspekty bezpečia

Spánok, snenie a bezpečie sú tiež neoddeliteľne previazané. K vedomým a nevedomým regulačným a integračným procesom nedochádza iba počas bdenia, ale aj počas denného snenia a najmä *snívania* (244, 290-293). Freud postuloval, že „stav spánku garantuje bezpečie“ (294), pričom sen prirovnal k „bezpečnostnému ventilu“, ktorý lieči a odbremeňuje preťažený mozog (291, 292).

Súčasní odborníci na sny tiež zhodne tvrdia, že snenie sa odohráva v „bezpečnom prostredí“ (290, 295, 296). Práve v takomto snovom bezpečí regulujeme naše emócie, vytvárame prepojenia a integrujeme naše zážitky do stabilného obrazu samého seba – do nášho novšieho self (255, 257, 297). Pomocou snenia sa adaptujeme na stresy, traumy a iné ťažkosti života (285, 298-300), pričom tieto nové zážitky „votkávame” do našej pamäte v súlade s existujúcimi skúsenosťami, ktoré sme v minulosti pociťovali podobne (301), pričom toto „votkávanie” sa vo sne odohráva kreatívnym, hravým a umeleckým spôsobom (285, 302, 303). Do snívania sa zapájajú aj naše

afektívne motivačné systémy vyhľadávania a hry, pomocou ktorých sa ďalej re-konfigurujú a re-integrujú naše zážitky (21, 304). Hartmann tvrdí, že spanie a snívanie funguje podobne ako psychoterapia, pretože v obidvoch prípadoch „vytvárame spojenia na bezpečnom mieste“ (244). V prípade spánku a snov je bezpečným miestom posteľ a bezpečným prostredím je snenie. V prípade psychoterapie je bezpečným miestom psychoterapeutická pracovňa s terapeutickými hranicami a bezpečným prostredím je psychoterapeutický vzťah.

## 2.8 Behaviorálne aspekty bezpečia

Paul Gilbert sa pokúsil definovať bezpečie podľa špecifického správania a emocionálneho prežívania. Zaviedol nový pojem *správanie v bezpečí* (safeness behavior), ktoré sa týka explorácie a odlíšil ho od *bezpečnostného správania* (safety behavior), ktoré sa týka defenzívneho bezpečia a konania (193, 305). Gilbert tvrdí, že cieľom *bezpečnostného správania* je vyhľadanie bezpečia a zvládanie, a redukovanie hrozieb (napr. pomocou agresie alebo vyhýbavého správania). Na druhej strane, jeho nový pojem *správanie v bezpečí* sa týka slobody správať sa tak, ako keď sa v bezpečí cítime: nepotrebujeme sa spoliehať na psychologické obrany, nie sme defenzívni, dokážeme prijímať riziká, konáme slobodne, zrelaxovane, exploračne a s otvorenou mysľou a pozornosťou (27, 193).

*Správanie v bezpečí* pramení najmä z intrapsychického alebo interpersonálneho bezpečia (bezpečná základňa, prístav, platforma, alebo doména), ktoré nám umožňuje prežívať behaviorálne bezpečie – skúmať vnútorný a vonkajší svet, zapájať sa do hier a sociálnych interakcií. Dôležitým aspektom tohto bezpečného prostredia je, že nie je ani staticky monotónne ani chaoticky variabilné, ale poskytuje optimálnu mieru premenlivosti a variability, ktoré sú podnetom k behaviorálnej explorácii seba/sveta. Práve nízka alebo stredná miera neistoty, nejasnosti, diskrepancie, inkongruencie a novosti v podpornom a bezpečnom prostredí je impulzom pre aktiváciu zvedavosti, explorácie ako aj túžby po kontrole, kompetencii a osobnom raste (napr. vedieť, ako veci fungujú) (306-308). Príliš veľa neistoty, komplexnosti, nejasnosti a novosti (alebo naopak žiadna neistota, komplexnosť, nejasnosť či novosť – t.j. bežnosť a familiárnosť) nemusí viesť k zvedavej explorácii a môže navodiť pocity nudy, alebo vyhýbavé správanie (306-308).

Podľa Cordovej, ktorá skúmala behaviorálne emocionálne bezpečie vo vzťahoch, sa naše vnútorné emocionálne bezpečie prejavuje v správaní aj tak, že sme ochotní slobodne sa vystaviť vulnerabilite (zraniteľnosti), vnárať sa do fyzickej alebo emocionálnej vulnerability alebo takej vulnerability, ktorá pozostáva z toho, že ostávame sami sebou a môžeme prejavovať nesúhlas (309-311). Ďalší autori sa zaoberali významom bezpečia z hľadiska seba-regulujúcej schopnosti, stratégie alebo kapacity, ktorá sa v správaní prejaví tak, že odvážne prehovoríme, ponúkame nápady, akceptujeme vlastné chyby, žiadame o pomoc, prijímame vzdelávacie príležitosti, zvládame výzvy, alebo vyžadujeme a poskytujeme spätnú väzbu od iných (312, 313). Gilbert v tejto súvislosti zdôraznil, že správanie v bezpečí pramení zo „sociálnych vzťahov” (193), vďaka ktorým môžeme počas explorácie prežívať úzkostné a stresujúce situácie relatívne bezpečne – t. j. bez pocitov izolácie, odpojenia, alebo opustenia (175, 314).

## 2.9 Experimentálne aspekty bezpečia

Ďalší dôležitý spôsob, ako definovať bezpečie v psychoterapii, je prostredníctvom zvládnutia pacientových experimentov alebo testov, ktorými overuje, či je pre neho psychoterapeutická metóda alebo psychoterapeut bezpečný (315). Odhalenie negatívnych zážitkov a skúseností v psychoterapii predstavuje pre pacienta zraniteľnosť a riziko. Na počiatku terapie môže mať preto strach a obavu, že bude nepochopený, znehodnotený, zneistený, znevážený, zosmiešnený, obviňovaný, kritizovaný, súdený, diagnostikovaný, alebo opätovne traumatizovaný. Alebo môže mať obavu, že psychoterapeut pre neho nebude dostatočnou oporou, alebo že by bolo riskantné dôverovať jemu alebo jeho metóde. Práve z týchto dôvodov pacient neustále vyhľadáva v terapii bezpečie prostredníctvom vedomých alebo nevedomých interakcií, ktorými terapeuta alebo jeho metódu testuje (167, 315, 316). Cieľom týchto testovaní je zistiť, či je pre pacienta bezpečné dôverovať cudzej osobe, neznámej metóde, odhaliť svoju zraniteľnosť a vzdať sa svojich patogénnych adaptácií (315). Úspešné testy sa pre neho stávajú zdrojmi bezpečia.

Pacient môže napríklad testovať terapeuta tak, že si overuje, či je potrebné plniť také terapeutove očakávania potreby, ktoré pacient sám predvída, pričom sa ich následne snaží napĺňať, aby sa tak vyhol možnej kritike, zahanbeniu alebo obvineniu. Ďalším spôsobom, ako otestovať terapeuta, je neplniť jeho domnelé očakávania a sledovať pritom, ako terapeut zareaguje (napr. pacient prejaví kritiku voči terapeutovi a sleduje či sa terapeut za niektoré svoje činy dokáže ospravedlniť). Niektorí pacienti sa k terapeutovi dokonca správajú tak, že na neho útočia a traumatizujú ho (podobne ako boli traumatizovaní oni sami) s cieľom zistiť, či je terapeut dosť silný, či dokáže zniesť to, čo pacient zniesť nedokázal, alebo či terapeut nezareaguje defenzívne alebo útočne, podobne ako blízke osoby pacienta. Terapeut môže týmito testami pacienta „prejsť“, najmä ak nereaguje interpretáciami, ale povzbudivo, empaticky, prijatím, pochopením, mlčaním, podporou alebo seba-odhalením (315). Aj niektoré interpretácie môžu pacientovi pomôcť cítiť sa bezpečne. Napríklad ak terapeut interpretuje pacientovo konanie tak, že svojím správaním by sa mohol snažiť terapeuta uspokojiť (podobne ako sa snažil uspokojovať rodičov), následne môže byť pre pacienta bezpečnejšie, aby sa takého uspokojujúceho správania v psychoterapii vzdal).

Najbezpečnejším testovaním pre pacienta je zrejme pozorovanie terapeuta a jeho správania, reakcií na pacientove poznámky a príbehy, overovanie terapeutovho vierovyznania, sledovanie vybavenia kancelárie (typ nábytku, kníh), oblečenia psychoterapeuta, jeho hygienických a upratovacích návykov, spôsobu fakturácie, účtovania alebo spôsobu trávenia voľného času a dovolenky. Cieľom takéhoto testovania je porovnávanie, či sa terapeut nepodobá na osoby, ktoré mu v minulosti ublížili. Aby terapeut v tomto teste obstál, musí ostať otvorený a nedefenzívny, pretože si nemusí byť vedomý toho, čo presne pacient pozoruje a testuje, a pretože nie je možné, aby svoje spontánne odpovede uspôsobil tak, aby vždy vyhoveli pacientovým potrebám (315).

## 2.10 Oscilačné aspekty bezpečia

Podľa iných výskumníkov môže bezpečie prameniť aj z predvídateľných, rytmických, zosynchronizovaných a vybalansovaných oscilácií medzi polaritami prežívania, akými je kontrola, bezpečie, a spokojnosť na jednej strane a chaos, ohrozenie, a strach na strane druhej (109, 117, 222, 224, 317). Inými slovami, ak dokáže naša snová a bdelá psychika predvídať, zosynchronizovať a zastabilizovať naše striedavé, kolísavé, oscilujúce a protichodné zážitky a nálady, tak pritom môžeme prežívať narastajúce pocity a stavy bezpečia.

Medzi takéto striedavé zážitky a prežívania by mohli patriť napríklad rytmické a predvídateľné kolísania a oscilácie medzi libidom a agresiou (292, 293), medzi homonymiou a autonómiou (318), medzi pocitmi slasti a pocitmi frustrácie (224), medzi bolestivými pocitmi separácie a príjemnými pocitmi spojenia (172, 319, 320), medzi potrebou empatického nalaďovania a potrebou realizácie svojho jadrového self (nuclear design) (179), medzi *pudením k bezpečiu* (safety drive) a *pudením k autonómii* (effectance drive) (321), medzi potrebou zachovávať homeostázu a potrebou expandovať existujúce funkcie (124), medzi prežívaním a pozorovaním (322-324), medzi potrebou byť rozpoznaný a potrebou byť autonómny (325), medzi schizoidnou a depresívnou pozíciou (326), medzi závislosťou a nezávislosťou (31, 327, 328), medzi potrebnými spojeniami a neodvratnými separáciami (329), medzi bezpečnou základňou a exploráciou (206), medzi stavmi pozornosti a nepozornosti (317), prípadne medzi autonómiou a sociotropiou (330), alebo medzi velikášskym a zraniteľným self (65, 331). Ak sú zážitky týchto oscilácií rytmické, predvídateľné a zosynchronizované, pričom pozitívne zážitky prevládajú nad negatívnymi, tak naše následné prežívanie bezpečia podporuje vývoj bezpečného self (222, 224, 242, 243), bezpečnej nádoby (container) self (332, 333), bezpečnej identity (251, 334) a bezpečnej sebaúcty (71, 75).

## 2.11 Psychotraumatologické aspekty bezpečia

Zdroje zaoberajúce sa traumou definujú bezpečie najmä prostredníctvom *miesta*, kde sa môže človek uvoľniť a upokojiť ako aj prostredníctvom zážitkov seba-účinnosti, kontroly, pocitov spolupatričnosti s inými a prežívaním nádeje (335-337). Teória traumy hovorí o „zvnútorňovaní“ alebo „zakotvovaní“ bezpečia (resp. bezpečného miesta), ktoré sa dosahuje pomocou rôznych techník. V terapii traumy môže ísť aj o modifikáciu vnútorného vzťahového sveta pacienta, prostredníctvom introjekcie oporného a ochraňujúceho terapeutického vzťahu, ktorý je v maximálnom kontraste s traumatickou situáciou (vzťah má kvalitu bezpečia, istoty, kontroly, transparentnosti, priazne, spoľahlivosti, rovnocennosti a reálnej prítomnosti (prezentosti) terapeuta) (338, 339).

Pri pacientoch, ktorí prežili traumatické zážitky, je „prvým opatrením terapie vytvoriť podmienky bezpečia v najširšom možnom rozsahu“ (340). V prvom rade sem patrí dohodnutie spôsobu komunikácie a sedenia v terapeutickej miestnosti tak, aby sa traumatizovaný pacient cítil bezpečne. Ak je v popredí porucha regulácie afektov, terapeut musí dočasne suplovať ego funkcie pacienta (v zmysle externého regulovania emócií), edukovať, stanoviť terapeutické hranice a aktivovať pozitívne zdroje (338).

V počiatočných fázach terapie má azda najdôležitejší význam nájdenie, vytvorenie, zazdrojovanie (zakotvenie, zakorenenie) spomínaného *bezpečného miesta* (335, 337, 341, 342). K tomu dochádza predovšetkým pomocou „vizualizácie... imaginácie... a identifikácie... osobného mentálneho bezpečného miesta“ (337) za prítomnosti psychoterapeuta (342). Terapeut vedie s pacientom dialóg a sprevádza ho pri hľadaní bezpečného miesta, ktoré slúži výlučne pacientovi, a ktoré sa nachádza aj pomocou pomáhajúcich fenoménov, predmetov, prístrojov alebo bytostí, ktoré poskytujú spásu, ochranu, istotu, dôveru, liečbu, radu alebo útechu (339). Pacientom sa takéto miesto typicky zjaví ako dom, neobývaný ostrov, pláž s výhľadom na more, alebo podobná lokalita, ktorá je považovaná za priestor relatívneho bezpečia (92). Toto bezpečné miesto sa do tela a psychiky pacienta ukotví a zakorení viac, ak ho počas nachádzania a vytvárania v terapii prepojíme s rôznymi zmyslovými prežívaniami vrátane vizuálnych (tvary, farby, objekty), auditívnych (hlasy, ambientné zvuky), kinestetických (pocit teploty, látky, váhy, tlaku ako i pohyby a pozície častí tela), chuťových (detaily týkajúce sa chutí), čuchových (detaily týkajúce sa čuchu a vôní), taktilných (detaily týkajúce sa kože, dotyku a hmatu) vestibulárnych (detaily týkajúce sa fyzickej stability) tak, aby bolo bezpečné miesto dostatočne bohaté na to, aby reálne vplývalo na jeho fyziologické naladenie a vnútorne prežívanie bezpečia (343, 344). Keďže zmyslové prežívanie je spojené s emocionálnym, tak takýmto prepájaním sa bezpečie v pacientovi ukotví ešte hlbšie.

Bezpečné miesto pramení z pozitívneho zdroja, ktorý nie je odkázaný na obrany. Ním môže byť napríklad miesto spojené s existujúcim príjemným zážitkom či spomienkou na blízku osobou. Je bezpečnejšie, aby bolo bezpečné miesto bez ľudí, pretože k ľudom môže byť traumatizovaný pacient ambivalentný. Ľudia by mohli bezpečné miesto kontaminovať (na mieste však môžu byť zvieratká alebo pomáhajúce bytosti). Ak takéto bezpečné miesto u pacienta k dispozícii nie je, môže prameniť z jednej pozitívnej charakteristiky pacienta (napr. z pozitívnej činnosti, cnosti, vlastnosti, schopnosti, zvládania situácie, relačného zdroja atď).

Je veľmi dôležité, aby bezpečné miesto nebolo zamenené za defenzívne *psychické útočisko* (Steiner), alebo tzv. *zónu bezpečia* (Barbanell), ktoré si pacient našiel, alebo ktoré vznikli počas traumy, alebo ako reakcie na traumu. Defenzívne *psychické útočiská* a defenzívne *zóny bezpečia* slúžia skôr ako obrany pred hrozbou a nebezpečenstvom. Aby bolo bezpečné miesto zdravé a pravé, jeho zrodenie musí prameniť z nedefenzívneho a nekontaminovaného bezpečia, a nie z adaptácie na traumu, pretože pre traumatizovaného jedinca môže byť „bezpečie“ aj také interpersonálne správanie, ktoré sa u pacienta zriadilo v dôsledku traumy, aby sa mohol vyhýbať retraumatizácii (345).

Tragickosť traumou vyvolaného bezpečia spočíva v tom, že pacientovi navodzuje pozitívne zážitky súvisiace s traumou (napr. pozitívne pocity či asociácie a predstavy spojené s disociáciou), ktoré ho však zároveň ponechávajú v nebezečných situáciách, pretože práve v nich je toto “bezpečie” aktivované (346, 347). Traumatizovaný jedinec preto neraz prežíva opakované interpersonálne deficity a zlé zaobchádzanie, ktoré boli s pôvodnou traumou spojené tiež (345). Toto svoje

"bezpečie" prežíva vo forme príjemnej aktivácie obrán v nebezpečnom svete. Správanie traumatizovaného jedinca sa preto podobá viac na defenzívne *bezpečnostné správanie*, ktoré pramení z hrozby, než na slobodné, zvedavé a pokojné *správanie v bezpečí*, ktoré pramení z bezpečia, a ktoré nie je odkázané na vyhľadávanie útočísk alebo na aktiváciu obrán.

Teória EMDR a psychotraumatológie kladie dôraz na to, aby boli traumatické zážitky spracúvané pomocou rôznych techník až potom, ako si pacient v sebe ukotví dostatočné pozitívne zážitky spojené s bezpečným miestom, ktoré sú oddelené a dekontaminované od negatívnych aspektov. Medzi osvedčené techniky, ktorými terapeut pomáha traumatizovanému pacientovi k spracovaniu negatívnych traumatických spomienok v kontexte bezpečia patrí technika *EMDR* (odblokovanie spracovávania traumatických zážitkov pomocou očných pohybov), *svetelného lúča* (pacient si predstaví svetlo alebo lúč/e, ktoré pôsobia a rozplývajú na nepríjemné telesné pocity), *vnútorného pomocníka* (pacient nájde chrániacu a upokojujúcu bytosť - môže ním byť anjel, rozprávková alebo bájna bytosť, prípadne zviera - s ktorou pacient nadviaže kontakt a požiada o radu a pomoc a poďakuje jej), *fantazijného prístroja* (pacient vytvorí prístroj na reguláciu emócií), *guľatého stola* (pacient pozve všetky časti ega, aby si sadli okolo konferenčného stola a spolupracovali v prítomnosti), *trezoru* (pacient vytvorí trezor - kontajner, mrazničku, – vloží do neho negatívne zážitky a intruzívne obrazy, filmy, a uzavrie ich tam), *televíznej obrazovky* (pacient manipuluje s nahrávkou (spomienkou) pomocou diaľkového ovládača - ktorý vytvorí a inštaluje jeho funkcie, - pričom môže meniť jas, ostrosť a farbu obrazu, spomaľovať, zastavovať či vypínať zvuk alebo film) (339, 348-350).

Literatúra zaoberajúca sa traumou prepája koncept bezpečia aj so schopnosťou diferencovať, modulovať, regulovať a integrovať emocionálne a zmyslové informácie. Ak je totiž jedinec traumatizovaný, zvyšuje sa riziko, že sa u neho tieto schopnosti narušia, v dôsledku čoho prežíva menej bezpečia (351). Z tohto dôvodu sa subjektívne prežívané bezpečie odvíja aj od schopnosti spracúvať a integrovať zmyslové vstupy (352, 353), diferencovať emócie (339), rozlišovať skutočné bezpečia od fantazijného, alebo disociovaného (27, 354) ako aj schopnosť uvedomovať si a vyhýbať sa regresívnemu a bezstarostnému správaniu (napr. „som v bezpečí, ak sa považujem za nezraniteľného") (335).

## 2.12 Existenciálne a ontologické aspekty bezpečia

Existenciálna a ontologická literatúra ponúka ďalšiu možnosť ako definovať iný aspekt bezpečia – prostredníctvom kontinuity, identity a zmysluplnosti (251, 355, 356). Skúsenosť, že keď ideme spať, tak svet (ako aj naše self) pokračuje v bytí, alebo skúsenosť, že ak príde noc, tak na druhý deň vyjde slnko, alebo skúsenosť, že ak mama odíde, tak sa zasa vráti, alebo skúsenosť, že ak sa osobnostne zmeníme, tak stále zostávame sami sebou – to všetko navodzuje ontologický pocit bezpečia, identity a zmysluplnosti bytia – jadrové presvedčenia o sebe, iných a svete (332). Podľa Erika Eriksona by ontologické bezpečie označovalo dôveru v kontinuitu vzťahov so signifikantnými druhými (22), podľa Biona by to zrejme označovalo nepretržitý vývoj a udržiavanie vzťahu, v ktorom sa emócie spájajú s myšlienkami (357) a podľa Kleinovej by to zrejme označovalo internalizáciu bezpečného vzťahu s matkou, v ktorom dieťa pociťuje lásku (358).

V psychoterapeutickej literatúre by sme teda ontologické bezpečie mohli prirovnať k Winnicotovej *kontinuite bytia* (359), Eriksonovej *základnej dôvere* (22), *dobrému internému objektu* Kleinovej (358), alebo Bionovmu konceptu *kontejnovania*, pomocou ktorého vo vzťahu zachovávame to, čo je *kontejnované* (357).V tomto duchu by sa dalo povedať, že ontologické bezpečie pozostáva z hlbšieho pocitu bezpečia, jadrových presvedčení a dôvery v identitu, v lásku, v kontinuitu a zmysluplnosť bytia, ako i v kontinuitu sveta a dôležitých vzťahov, napriek tomu, že sa stále menia.

## 2.13 Komunitné a spoločenské aspekty bezpečia

Evolučná literatúra nasvedčuje tomu, že jedným z najdôležitejších spôsobov, akým ľudia zvyšovali šance na prežite, bolo prostredníctvom života v skupinách a v spoločenstvách (360-362). Takéto *bezpečie v číslach* (safety number) významným spôsobom zvyšovalo ochranu pred predátormi a zefektívňovalo prístup k životodarným zdrojom (363).

Psychologické a psychoterapeutické zdroje v tejto súvislosti poukazujú na význam statusu a postavenia *v komunite a spoločnosti*, ktoré môžu pocit bezpečia významne umocniť. Sem môžeme zaradiť Baumeisterov *pocit spolupatričnosti* (sense of belongingnes), ktorými sa nemá na mysli potreba niekam patriť, ale pocit, že už patríme niekam (napr. rodina, bydlisko, partia priateľov alebo rovesníkov v škole či na pracovisku, susedstvo komunita, inštitúcia, organizácia), kde nepociťujeme pocity hanby, ale máme pocit, že sme sociálne oceňovaný a prijatý (364-367). Taktiež sem môžeme zaradiť aj Adlerov *cit spoločenstva* alebo *pocit komunity* (Gemeinschaftgefühl), ktorý pramení z členstva (ak som členom určitej komunity, tak mám identitu a cítim sa bezpečnejšie), vplyvu (recipročný vplyv medzi mnou a kominutou mi zaručuje bezpečie), naplnenia potrieb (ak sú moje potreby v komunite naplnené, môžem sa správať spôsobom, ktorý je pre kominutu akceptovateľný) a zdieľaným emocionálnym prepojením (moje pozitívne emócie pramenia z členstva v komunite) (368).

K spoločenskému bezpečiu patrí aj pojem *fúzia identity* (identity fusion), ktorým William Swann a Michael Buhrmester opísali pocit "jednotnosti" medzi jednotlivcom a skupinou (369). Tento pocit môže byť v čase ohrozenia a nabudenia impulzom k pro-sociálnemu správaniu i za cenu určitej osobnej obety. Jednotlivci takejto skupiny však môžu mať zároveň potrebu chrániť neporušenosť a jednotnotnosť svojej skupinovej identity. Táto potreba však môže viesť k vzniku segregovanej skupiny, ktorá je síce kontejnovaná v bezpečí (identita je chránená pred inakosťou tým, že ostáva ohraničená, jednotná a neporušená), ale je zároveň izolovaná od zvyšku sveta (v dôsledku ochrany identity sa obmedzuje potenciál pre rast a učenie). Hoci takéto komunitné bezpečie môže prameniť z pocitov, že sme jednotní a rovnakí ako iní členovia našej skupiny, zároveň môže oslabovať naše kritické myslenie a znižovať našu toleranciu voči rôznorodosti ľudí, ktorí majú odlišnú skupinovú, rodovú alebo sexuálnu identitu (370). Práve inakosť skupín a ľudí môže vyvolávať bolestivé medziľudské konfrontácie, ktoré prežívame počas kontaktu s inakosťou tak, akoby bola naša doterajšia identita a bezpečie v ohrození.

Vo všeobecnosti by sa dalo konštatovať, že keď sa cítime ohrození, opustení alebo zneistení, máme zvýšenú potrebu potvrdiť si svoju identitu a blízke prepojenie s užšou skupinou, vďaka čomu sa následne môžeme cítiť bezpečnejšie (371-373). V tejto súvislosti stojí za zmienku, že pocit bezpečia je spolu-utváraný aj občianstvom, ktoré je nielen symbolom toho, že sme sociálne prijatí, ale aj zárukou toho, že máme určité ľudské práva a právne nároky aj ak sme iní (374). Bez ohľadu na to, či patríme k väčšine, alebo k menšine "pocit bezpečia je tou najzákladnejšiou podmienku pre normálne psychické fungovanie" (375). Tento pocit bezpečia je blahodárny najmä vtedy, ak majú všetci ľudia v spoločnosti rovnaké práva (t.j. rodová rovnosť a identita bez ohľadu na pohlavie, rasový a etnický pôvod, náboženstvo alebo vieru, zdravotné postihnutie, vek alebo sexuálnu orientáciu), ktoré sú nielen pevne zakotvené v legislatíve, alej aj predvídateľné z inštitucionálnej a súdnej praxe (370, 375). Ak teda patríme do takej spoločnosti, kde je každý z nás vnímaný a akceptovaný ako jedinečná, ale zároveň rovnocenná ľudská bytosť, tak to v nás môže vzbudzovať nielen pocit ľudskosti, spojenectva a chránenosti (203, 365), ale aj pocit, že v spoločnosti máme bezpečnú základňu a bezpečný prístav (92).

## 2.14 Iné aspekty a druhy bezpečia

Vyššie uvedené aspekty možno považovať za druhy bezpečia, alebo za spôsoby ako bezpečie definovať. Sú však uvedené iba príkladom. Psychoterapeutická literatúra identifikuje aj iné druhy alebo spôsoby, pomocou ktorých môžeme bezpečie definovať, identifikovať alebo prežívať. Príkladom môžem spomenúť telesné/biologické bezpečie (napr. absencia negatívnych dedičných faktorov, choroby, alebo bolesti), fyzické bezpečie (napr. detská izba, dom, ostrov, kostol, loď, terapeutická miestnosť), sociálne bezpečie (napr. spoločenská ochrana základných sociálnych potrieb a ľudských práv), mierové bezpečie (napr. medzinárodná spolupráca, absencia zbrojenia, vojen a násilia) alebo environmentálne bezpečie (napr. prítomnosť zelene, udržateľné a stabilné klimatické podmienky, dostatok potravín a obnoviteľných prírodných zdrojov). Bezpečie môže mať mnoho iných druhov, podôb i zdrojov, ku ktorým by sme mohli zaradiť rôzne druhy bezpečia, ktoré pramenia napríklad zo spolupráce, náboženstva, mytológie, vedy, majetku, peňazí, jazyka, symbolov, morálky, práva, kontroly, moci, zmysluplnosti, logiky, jasnosti, rasy, etnicity, sociálnych médií, meditácie a mnohých iných aspektov života.

V tabuľkách 2 až 4 na konci tejto analýzy sú zosumarizované hlavné psychoterapeutické perspektívy pre definovanie bezpečia, vrátane hlavných funkcií a zdrojov bezpečia.

**Tabuľka 2. Psychoterapeutické perspektívy pre definovanie a prežívanie bezpečia.**

| **Psychoterapeutické perspektívy pre definovanie a prežívanie bezpečia** | |
|---|---|
| **Neurobiologické aspekty bezpečia** | • uvoľňovanie oxytocínu a/alebo znižovanie kortizolu, noradrenalínu a adrenalínu<br>• prekrvovanie vnútorných orgánov, hladkých svalov, rozširovanie kapilár, pokojný dych, teplé telo<br>• aktivovaný nedefenzívny parasympatikový systém a myelinový ventrálny vágový komplex a inhibovaný defenzívny sympatikový systém a nemyelinizovaný dorzálny vágový komplex |
| **Afektívne, motivačné, behaviorálne systémy a ich aspekty bezpečia** | • zachovávanie homeostázy a homeorhézy prostredníctvom afektívnych, motivačných a behaviorálnych systémov<br>• prežívanie rôznych aspektov bezpečia pri vyhľadávaní, udržiavaní a využívaní bezpečia prostredníctvom aktivácie či deaktivácie rôznych systémov (napr. úľava od bolesti, pocitov ohrozenia, či napätia; úľava z vyhnutia sa látkovej a nelátkovej odpudivosti; prekonanie nebezpečenstva; posilnenie puta; utíšenie, dôvera a ochrana vo vzťahu; spolupatričnosť, predvídateľnosť, stabilita vzťahov v skupine; rozšírenie poznania a získanie kompetentností) |
| **Defenzívne aspekty bezpečia** | • prežívanie úľavy pri redukcii napätia alebo vyhnutí sa distresu, či iným neznesiteľným zážitkom<br>• pozitívne asociácie a sekundárne zisky spojené s rôznymi psychologickými obranami a reakciami na traumy |
| **Interpersonálne aspekty bezpečia** | • prežívania harmónie, symbiózy a fúzie s matkou prostredníctvom zapuzdrenia, či obalenia materstvom<br>• prežívanie bezpečia prostredníctvom bondingu, symbiotickej membrány, extra-maternicového matrixu, primárnej lásky, základnej dôvery<br>• prežívanie bezpečia počas bezpečnej vzťahovej väzby, zladenia, zrkadlenia, držania, kontejnovania, empatizovania, validovania, bezpodmienečného prijatia, mentalizácie |

| | |
|---|---|
| | • prežívanie bezpečia počas ko-regulácie emocionálnych, kognitívnych a behaviorálnych zážitkov, ko-konštruovania významov, zmyslov, narácií ako aj počas dohadovania sa na terapeutických cieľoch a technikách pre ich dosiahnutie<br>• prežívanie bezpečia počas synchronizácie, zladenia afektov, emocionálnej rezonancie, intersubjektívneho zdieľania afektov, prítomných okamihov, momentov stretávania, smerovania k zosúlaďovaniu, rytmického zlaďovania, synchrónnych interakcií, dyadického uvedomovania |
| **Intrapsychické aspekty bezpečia** | • internalizácia, introjikovanie, interiorizácia, zvnútornenie aspektov bezpečia v podobe vnútorného dobroprajného rodiča, zvnútornených self-objektov, vnútorných pracovných modelov, internalizovaného bezpečného prístavu a bezpečnej základne, internalizovaných reprezentácií, objektných vzťahov<br>• seba-regulačné funkcie (napr. regulovanie afektov, či rovnováhy medzi potrebou autonómie a potrebou vzťahov)<br>• bezpečná separácia, schopnosť byť sám, dopĺňanie emocionálneho paliva, individuácia, autonómia, autenticita<br>• základná dôvera, bbezpečné self, bezpečná identita, bezpečná seba-úcta, stálosť objektov<br>• integrácia primárnych (nevedomých) a sekundárnych (vedomých) procesov; kohézia dobrého i zlého (celistvosť) |
| **Aspekty bezpečia týkajúce sa hraníc** | • pozitívne prežívanie známeho (asimilácia/spevnenie/nepriepustnosť hraníc) a nového (akomodácia/flexibilita hraníc)<br>• selektívna a adaptívna schopnosť pre exklúziu (nepriepustnosť) a inklúziu (priepustnosť)<br>• odlišovanie medzi „ja“ a „ty“ – medzi svojimi potrebami a potrebami iných<br>• odlišovanie medzi prijateľným (prospešné, blahodarné, zdravé, tolerovateľné, znesiteľné, regulovateľné, integrovateľné aspekty) a neprijateľným (ohrozujúce, falošné, toxické, netolerovateľné, neznesiteľné, neregulovateľné a neintegrovateľné aspekty)<br>• odlišovanie nedefenzívne prežívaného bezpečia (slobodné, zvedavé, rastové bezpečie) od defenzívne prežívaného bezpečia (únikové, reaktívne, regresívne bezpečie); odlišovanie obranných mechanizmov od reality<br>• prežívanie slobody, otvorenosti a spontaneity v ohraničenom vzťahu, simultánne rešpektovanie hraníc<br>• jasnosť a pevnosť terapeutických hraníc, limitov a pravidiel, vrátane ich dodržiavania |
| **Snové aspekty bezpečia** | • spánok a snívanie ako bezpečné prostredie pre nevedomé regulačné a integračné procesy<br>• hravé a kreatívne regulovanie, re-integrovanie, re-konfigurovanie a votkávanie nových zážitkov do pamäte a self v súlade s existujúcimi skúsenosťami a vytváranie prepojení medzi nimi<br>• sen ako „bezpečnostný ventil“, ktorý lieči a odbremeňuje preťažený mozog |
| **Behaviorálne aspekty bezpečia** | • zrelaxované a slobodné správanie v bezpečí (ochota, odvaha a komfort v slobodnom vystavení sa zraniteľnosti v intímnom a bezpečnom vzťahu)<br>• emocionálne a kognitívne aspekty sú vyjadrované ne-defenzívne, bez aktivácie psychologických obrán<br>• zvedavé, exploračné a hravé správanie sprevádzané s tolerovateľnou miery neistoty, frustrácie a nejasnosti |
| **Experimentálne aspekty bezpečia** | • testovanie bezpečia (odlišovanie bezpečia od nebezpečia)<br>• testovanie reality (odlišovanie fantázie od reality)<br>• testovanie dôvery (vyhodnocovanie kompetentnosti, spoľahlivosti a úprimnosti druhej osoby) |
| **Oscilačné aspekty bezpečia** | • zachovanie predvídateľnosti, rytmu a zosynchronizovanie opačných polarít prežívania<br>• harmónia, balans, a plynutie medzi emóciami a kogníciami, mocou a bezmocnosťou, realitou a fantáziou, nízkym a vysokým sebavedomím, poriadkom a chaosom, predvídateľnosťou a konfúziou, istotou a neistotou, dezintegráciou a integráciou, primárnymi |

| | |
|---|---|
| | a sekundárnymi procesmi, presnými a upravenými spomienkami, pamäťou a predstavivosťou, slobodou a kontrolou, separáciou a fúziou, závislosťou a nezávislosťou, nadmernou a nedostatočnou starostlivosťou atď. |
| **Psychotraumatologické aspekty bezpečia** | • bezpečné miesto (zážitok, alebo spomienka spojená s miestom, na ktorom sa človek cíti pokojne, uvoľnene, upokojene, slobodne, hodnotne, bez prežívania negatívnych emócií, rizík, starostí, neistôt, hrozieb a fyzického napätia alebo nepohody); prepojenie príjemných a imaginárnych spomienok so zmyslovým prežívaním<br>• zakotvovanie bezpečia pomocou psychotraumatologických techník<br>• schopnosť spracovať emocionálne a zmyslové informácie<br>• odlišovanie medzi iluzórnym bezpečím (odkázanie na obrany) a skutočným bezpečím (bez aktivácie obrán) |
| **Existenciálne a ontologické aspekty bezpečia** | • kontinuita vzťahov so signifikantnými druhými a blízkymi osobami<br>• kontinuita identity a jadrových presvedčení o sebe, iných a svete<br>• zmysluplnosť bytia |
| **Komunitné a spoločenské aspekty bezpečia** | • chránenosť, kontejnovanie a naplnenie potrieb v komunite, či spoločnosti<br>• členstvo, status, sociálna identita, postavenie, vplyv moc a v komunite a spoločnosti<br>• zdieľanie zdrojov, plánov a cieľov<br>• spolupatričnosť, rovnakosť a jednotnosť skupinovej, rodovej alebo sexuálnu identity |
| **Iné aspekty bezpečia** | • napríklad fyzické, sociálne, mierové, environmentálne a iné aspekty bezpečia |

**Tabuľka 3. Hlavné zdroje bezpečia**

| **Hlavné zdroje bezpečia** | |
|---|---|
| **Neurobiologické systémy** | fyziologické zdravie, neurobiologické obrany vyhľadávajúce bezpečie (stuhni v pohotovosti, uteč, útoč, zamrzni v hrôze, skolabuj), neurobiologické prežívanie bezpečia (dominancia myelinového vágového nervového komplexu a nedefenzívneho parasympatikového nervového systému nad nemyelinizovaným vágovým nervovým komplexom a sympatikovým nervovým systémom); produkcia oxytocínu, znižovanie kortizolu, adrenalínu a noradrenalínu |
| **Afektívne, behaviorálne a motivačné systémy** | homeostáza (vnútorná stabilita), homeorhéza (plynulý vývoj a dynamická rovnováha s vonkajším prostredím)<br>adaptačné schopnosti afektívnych, motivačných a behaviorálnych systémov (aktivácia, deaktivácia, alebo kooptácia systémov s cieľom vyhľadať, nečerpať alebo využiť mnohoraké podoby bezpečia) |
| **Psychologické predispozície** | predstavivosť, fantázia, snívanie, pamäť, princíp konštantnosti, princíp konzistencie, konfirmačné skreslenie |
| **Psychologické obrany** | obranné mechanizmy, bezpečnostné a zabezpečujúce správania, (mal)adaptácie na traumy, (mal)adaptívne fungovanie afektívnych, behaviorálnych, alebo motivačných systémov |
| **Interpersonálne vzťahy** | attachmentové, dominantné, submisívne, rovnostárske, konkurenčné, afiliatívne, kooperatívne vzťahy |
| **Intrapsychické aspekty** | schopnosti vyvinuté vo vzťahoch (self, seba-úcta, seba-istota, interpersonálne hranice, vzťahová väzba, internalizované objektné vzťahy, self-objekty, vnútorné pracovné modely, vnútorní dobroprajní rodičia), identita, reziliencia; internalizácia bezpečného miesta (imaginácia, spomienka, zážitok, činnosť, vlastnosť) |
| **Skupinové a spoločenské aspekty** | rodina, skupina, etnicita, národnosť, rasa, spoločnosť, štát, spolupráca, zdieľanie (zdrojov, plánov a cieľov), zdieľaná ochrana voči predátorom a nepriateľom, status a moc v hierarchii, občianske práva, symbolika, jazyk, komunikačné prostriedky, sociálne médiá |
| **Environmentálne aspekty** | pokojné susedstvo, zeleň a príroda, mierové prímerie, dostatok potravín, obnoviteľné zdroje, predvídateľná a stabilná klíma |

| | |
|---|---|
| **Iné materiálne aspekty** | dostatok biologických potrieb (napr. voda, svetlo, teplo), práca, dostatok majetku a peňazí, domov, dom, prístrešok, prechodové a upokojujúce objekty |
| **Iné nemateriálne aspekty** | skúsenosti, viera, zmysluplnosť, jasnosť, poznanie, informácie, meditácia, veda, experimenty, hra, explorácia, testy, náboženstvo, mytológia, morálka, logika |

**Tabuľka 4. Hlavné funkcie bezpečia.**

| **Hlavné funkcie bezpečia** | |
|---|---|
| **Zabezpečovanie** | vytvoriť podmienky pre biologické a psychologické prežitie; slúžiť ako útočisko, bezpečný prístav, alebo ako primárny cieľ, ktoré nás priťahuje a ktoré vyhľadávame najmä počas nebezpečenstva, hrozby a napätia; metafory: záchrana, spása, psychické útočisko, rodič, lekár, boh, terapeut |
| **Prežívanie** | zachovať prežitie, konzistenciu a konštantnosť biologických a psychologických procesov; zachovať vnútornú stabilitu, plynulý vývoj a dynamickú rovnováhu s vonkajším prostredím; metafory: homeostáza, plynutie, homeorhéza |
| **Ochraňovanie** | poskytovať ochranu prostredníctvom neurobiologických a psychologických obrán, chrániť pre bolesťou, zranením, neznesiteľnými zážitkom a netolerovateľnými afektmi, napätiami a stresmi; metafory: obrana, moc, sila, múr, moc, štít, hať, blok, hrádza |
| **Stabilizovanie** | ustáliť, uvlastniť, zafixovať, konzervovať, ukotviť, zakoreniť, vybalansovať, upevniť: metafory: identita, bezpečné miesto, statika, balans |
| **Vyhýbanie** | vyhnúť sa alebo vyhýbať sa zraneniam, hrozbám, chybám, odpudivostiam; metafory: izolácia, opatrnosť, ostražitosť, bezpečnostné správanie |
| **Prevencia** | minimalizovať riziká, riadiť a kontrolovať hrozby; metafory: zámok, zábezpeka, bezpečnostný systém |
| **Ohraničovanie** | vymedziť bezpečný priestor (napr. pre jadrové self, identitu a sebahodnotu); zabezpečiť bezpečný kontakt s okolím prostredníctvom pevných a selektívnych priepustných hraníc; metafory: koža, membrána, améba, hranice |
| **Automatizovanie** | šetriť energiu prostredníctvom automatizácie procesov; dosiahnuť dlhodobú stabilitu a identitu; metafory: opakovanie, karbonifikácia, mumifikácia, fosilizácia, bezstarostnosť, statickosť, rigidnosť, nemennosť, vzorce v implicitnej pamäti |
| **Pamätanie** | zvečňovať skúsenosti, pamätať na negatívne zážitky (bezpečie v podobe upozornení a prevencie voči budúcim zraneniam a zlyhaniam), pamätať na pozitívne zážitky (bezpečie v podobe príjemných spomienok a skúseností); metafory: spomienky, vedomie, myseľ, retrospekcia |
| **Uisťovanie** | ubezpečovať, udržiavať exkluzivitu a záväzok, garantovať, poskytnúť prehľad a orientáciu, metafory: záruka; manželstvo; sprievodné svetlo, Ariadnina niť, orientačný maják |
| **Upokojovanie** | utíšiť, zaspávať; spať; sprevádzať, uspokojiť, utešiť, učičíkať: metafory: láska, neha, príjemný hlas, vrúcny pohľad, starostlivosť |
| **Regulovanie** | bezpečnostne regulovať emócie, myšlienky a správania; metafory: bezpečnostný ventil, (ko)regulácia |
| **Liečenie** | rehabilitovať, oddýchnuť, poskytovať (seba)dôveru a (seba)starostlivosť; metafory: liečivý prameň, slnečný lúč, liečebňa, oáza, zotavovňa, kolíska, posteľ, liek, minerál |
| **Diferencovanie** | odlišovať fantazijné od reálneho, bezpečné od nebezpečného, dôveryhodné od nedôveryhodného; identifikovať, diferencovať, kategorizovať, a zatriediť svoje prežívania; metafory: prehľad, kategorizácia, triedenie, diferenciácia, introspekcia |
| **Testovanie** | overiť (napr. dôveryhodnosť/nedôveryhodnosť, realitu/fantáziu (obranné mechanizmy), pokojné nedefenzívne bezpečie/defenzívne bezpečie); vyhodnotiť riziko; experimentálne otestovať; metafory: verifikácia (napr. cez zdieľané heslo, unikátny bezpečnostný kľúč, dešifrovací kód), overenie, previerka |
| **Odolávanie** | zvládať riziká, čeliť zraniteľnosti, znášať neistoty, tolerovať frustrácie, vyrovnávať sa so stratami, vracať sa do stavov pokoja a pohody; metafory: moc, seba-účinnosť, vládanie, ohýbanie bez zlomenia, imunita, reziliencia, elasticita |

| | |
|---|---|
| **Oscilovanie** | nachádzanie predvídateľnosti a stability medzi protichodnými zážitkami a prežívaniami, striedavo robiť medzi nimi periodické alebo rytmické pohyby; metafory: rytmus; kyvadlo; biologické hodiny, prevodový systém srdca; periodické pohyby; predvídateľnosť, pravidelnosť, spoľahlivosť, zrkadlenie; desensitizácia pomocou očných pohybov v rámci EMDR |
| **Synchronizácia** | zladiť, zosúladiť, zrytmizovať, nachádzať zmysel v prežívaní; metafory: zladenie, mentalizácia, harmónia, súlad, súzvuk, súhra, (ko)kreovanie významov a zmyslov, plynutie |
| **Integrácia** | integrovať, konfigurovať, konsolidovať, kombinovať, inkorporovať, akomodovať: metafory: únia, syntéza, aliancia |
| **Prepájanie** | kontaktovať, spojiť, prepojiť, nachádzať súvislosti a príčinné súvislosti, premostiť, asimilovať, zlúčiť, pripútať, zaceliť; metafory: celistvosť, mandala, kontakt (bonding, očný kontakt, dotyk, podanie rúk) |
| **Podporovanie** | slúžiť ako bezpečná základňa pre rastové činnosti, exploráciu, hru, umenie, kreativitu a s tým súvisiaci rozvoj a rast; metafory: platforma, opora, základňa, báza, palivo, pohonná látka, minerál, potraviny, správanie v bezpečí |
| **Spohodlňovanie** | regredovať do menej bolestných a zodpovedných stavov, ostať bez starostí, obáv a úzkostí, rozmaznať, zaostať, spomaliť, vyhnúť sa námahe a stresu; metafory: atrofia, obezita, hybernácia, ľahostajnosť, bezstarostnosť |

## 3 Hlavné negatívne aspekty bezpečia

Vyššie uvedená analýza ukázala, že bezpečie môže mať v psychoterapii mnohoraké definície, funkcie i zdroje, ktoré majú významný pozitívny vplyv na ľudský vývoj, zdravie, vzťahy a psychoterapiu. Hoci psychoterapeutická literatúra bezpečie prevažne idealizuje a spája ho s pozitívnymi aspektmi života jedinca, etymologická a lingvistická analýza (1) ukázala, že korene bezpečia sú prepojené nielen s pozitívnymi, ale aj s negatívnymi vlastnosťami a pojmami, akým je ľahostajnosť, nedbalosť, bezstarostnosť, prílišné sebavedomie, ľahkomyseľnosť, ľahkovážnosť, bezohľadnosť alebo nevšímanie, nepredvídanie, alebo zanedbávanie (376-384). Na podnet lingvistickej analýzy sa pri hlbšej analýze psychoterapeutickej literatúry ukazuje, že niektoré psychoterapeutické zdroje pripisujú bezpečiu aj určité negatívne aspekty, z ktorých v odsekoch 3.1 až 3.3 analyzujem tie najdôležitejšie (pre ich sumarizáciu viď tabuľku 5 na konci tejto analýzy).

### 3.1 Príliš málo alebo príliš veľa zážitkov spojených s bezpečím

Doterajší výskum v psychoterapii jasne preukázal, že neadekvátne prežívanie bezpečia v detstve môže mať významné negatívne dopady na vývoj a kvalitu psychického života dospelého jedinca. Ak rodičia neposkytujú dieťaťu počas vývoja dostatok bezpečia a výchova je charakterizovaná zlým zaobchádzaním (abuse), alebo ich výchovný štýl je príliš dominantný (over-domineering), autoritársky (authoritarian), zanedbávajúci (neglectful), neangažovaný (uninvolved), prípadne týrajúci alebo zneužívajúci, tak je viac pravdepodobné, že ich deti budú prežívať pocity menejcennosti a neistoty, alebo že sa u nich rozvinú neisté vzťahové väzby, poruchy osobnosti alebo mnohé iné psychické ťažkosti a psychopatológie (385-388). Avšak nielen zriedkavé a nedostatočné prežívanie bezpečia, ale aj príliš časté a nadmerné zážitky spojené s prežívaním bezpečia môžu byť v rozpore s prirodzeným vývojom a rastom jedinca (8, 389-391).

Predstava o úplne pohodlnom a bezrizikovom vývoji bez akýchkoľvek konfliktov, frustrácií a stresu by mohla byť nebezpečnou utópiou. Zážitky so zvládaním znesiteľného ohrozenia a nebezpečia sú pre optimálny vývoj psychiky potrebné. Patria sem najmä rodičovské zlyhania v empatii, prežívanie situačných frustrácií, sklamaní a destabilizácii (ktoré sa udržiavajú v optimálnom rozpätí a v tolerovateľných medziach). Tieto zážitky sú nevyhnutné pre zdravý vývoj mozgu dieťaťa (282, 321), pre vývoj bezpečného self (65, 389) ako aj pre vývoj bezpečných interpersonálnych hraníc a sociálnych kompetencií (281). Rôzni autori ukazujú, že self ako aj interpersonálne hranice self sa stávajú zdravými a bezpečnými, okrem iného, aj z dôvodu, že dieťa neprežíva iba symbiózu, harmóniu, slasť, splynutie či stabilitu, ale aj primerané separácie, destabilizácie a frustrácie (172, 283). Napríklad dojčenie dojčaťa prebieha bezpečne a správne vtedy, ak k nemu nedochádza ani nie príliš neskoro, ani príliš skoro, pretože zážitky *optimálnych frustrácií* pomáhajú dojčaťu k tomu, aby sa postupne naučilo oddeľovať svoje fantázie od prežívania reality (172, 392). Pre vývoj autonómie a *schopnosti byť sám* (393) je napríklad optimálne, aby rastúce dieťa nevyrastalo v ohrozujúcej separácii alebo v bezpečnej symbióze, ale skôr v *blízkosti* (206), v „bezpečnom priestore separácie*"*(172), alebo v „bezpečnom ukotvení v rámci symbiotického orbitu" (394), pretože práve vtedy, keď je matka nablízku a zároveň rešpektuje samotu dieťaťa, je možné, aby sa dieťa začalo postupne cítiť „bezpečnejšie vo svojej separácii" (172).

Rodičovský výchovný štýl je teda optimálny a pomáha dieťaťu vytvoriť si pocit vnútorného bezpečia, ak rodičia dieťaťu neposkytujú maximum, ale optimum, alebo dostatok zážitkov bezpečia. Ak rodičia počas výchovy ostávajú príliš blízko alebo príliš ďaleko od dieťaťa, alebo sú príliš protektívni (over-protective), príliš starostliví (over-caring/nurturing), príliš permisívni (over-pesmisive), tak môžu nielen oslabiť vývoj autonómie, odolnosti, reziliencie, bezpečného self a bezpečných interpersonálnych hraníc dieťaťa, ale aj zvýšiť pravdepodobnosť, že sa u nich rozvinú rôzne druhy závislostí a iných psychopatológií (270, 281, 344, 386, 395-398).

Existuje mnoho príkladov, kedy správania a zážitky, ktoré sú typické pre bezpečnú vzťahovú väzbu (napr. zážitky spojené s podporovaním, pomáhaním, chválením, dôverovaním, odpúšťaním) škodia, ak nezodpovedajú realite a sú prejavované v prehnanom rozsahu. Ak napríklad rodič dieťa nadhodnocuje a príliš ho chváli (namiesto realistickej spätnej väzby), tak to zvyšuje šance na vznik narcistických porúch v dospelosti (207, 399). Ak rodičia dieťaťu príliš pomáhajú (nestrpia, aby dieťa čelilo frustráciám), dieťa sa nemôže naučiť dôverovať svojim schopnostiam (majú pocit, že bez usmernenia úlohy nezvládnu) a nerozvíja sa v ňom kreatívne využitie frustrácií na naučenie niečoho nového (204). Prílišná dôvera, povoľovanie a nesledovanie (zanedbávanie) a nedostatok požadovania a monitorovania, oslabujú rozvoj kompetencií a výkonnosti (398, 400). Jedna štúdia dokonca ukázala, že ak dospelé dieťa poskytuje svojim rodičom príliš veľa sociálnej podpory (namiesto striedmej podpory), tak je pravdepodobnejšie, že aj rodičia budú depresívnejší alebo mať horšiu náladu (401). Štúdia Petra Burkeho a Michaela Harroda ukázala, že ak si blízke osoby poskytujú prehnane pozitívnu spätnú väzbu (namiesto realistickej), je pravdepodobnejšie, že neskôr budú trpieť na depresiu, alebo že sa rozídu, alebo rozvedú (402). Ak partnerovi príliš odpúšťame jeho urážky (nenecháme ho, aby občas prežíval vinu a výčitky svedomia), je pravdepodobnejšie, že jeho urážajúce správanie sa nezmení, a že dôjde k rozpadu vzťahu (403). Inými slovami, ak rodič dieťaťu alebo inej blízkej osobe nadmerne dôveruje, príliš ho/ju chváli alebo jej príliš pomáha alebo odpúšťa, tak to môže mať negatívne dopady na jeho/jej psychické zdravie a kvalitu ich vzťahu (404). Treba zdôrazniť, že všetky uvedené príklady môžu byť vnímané ako neprirodzené, umelé, alebo manipulatívne. Nie sú prejavmi bezpečnej vzťahovej väzby. Vypovedajú skôr o tom, že príliš veľa „dobrého“ (prehnané podporovanie, dôverovanie, odpúšťanie, chválenie, ktoré nemá oporu v realite) ignoruje zdravé potreby jedinca a zvyšuje pravdepodobnosť rozvoja psychopatológií.

Je zrejmé, že zdravý vývoj jedinca vyžaduje, aby jedinec neprežíval vo vzťahu výlučne pozitívne zážitky (symbióza, slasť, harmónia, nasýtenie), ale aj negatívne zážitky (separácie, frustrácie, sklamania, straty), pričom pozitívne zážitky musia samozrejme prevládať nad negatívnymi zážitkami (405-407). Takéto skúsenosti so zvládnutím zaťažujúcich situácií podporujú nielen vývoj vnútorného pocitu bezpečia a postoja k svetu, že „všetko bude nakoniec OK”, ale aj vývoj sebavedomia, sebaúčinnosti (self-efficacy) (408, 409), psychickej odolnosti, reziliencie (resilience) (410-412) i sebaúcty (self-esteem) (71, 75).

## 3.2 Zradnosť bezpečia

Problematickosť bezpečia netkvie iba v tom, že bezpečie je mnohoraké a heterogénne, že príliš málo alebo veľa zážitkov týkajúcich sa bezpečia, môže byť pre nás škodlivé, ale aj v tom, že tieto zážitky byť paradoxné, klamlivé, alebo iluzórne. Napríklad bezpečná vzťahová väzba medzi matkou a dcérou môže vzbudzovať iluzórne pocity bezpečia, avšak nemusí zaručovať dostatok bezpečia ani matke ani dieťaťu, pokiaľ musia žiť v domácnosti s násilným a agresívnym manželom/otcom. Dom s najvyššou možnou mierou zabezpečenia môže budiť zdanlivé pocity bezpečia, ale nie je ešte zárukou toho, že sa v ňom dieťa cíti bezpečne, pokiaľ verí na zlých duchov. Mierne poškodený most v nás môže vyvolávať pocit, že je bezpečné cez neho prejsť (najmä ak sme cez neho už prešli alebo ak cez neho naďalej prechádzajú iní). V skutočnosti však z objektívnych príčin nemusí byť bezpečné na takom moste stáť. Niektorí ľudia môžu súčasné životné prostredie vnímať stále ako dostatočne bezpečné, hoci pre dlhodobý a ťažko zvrátiteľný trend globálneho otepľovania nám životné prostredie žiadne „večné“ alebo „dlhodobé“ bezpečie zrejme neposkytne.

Ak nejaké situácie a rozhodnutia vyhodnotíme a pociťujeme ako bezpečné, ešte to nemusí znamenať, že sú objektívne bezpečné, alebo že sú pre nás prospešné. A práve v tejto možnej protichodnosti tkvie paradoxný, klamlivý, alebo iluzórny aspekt bezpečia. Zdá sa, že ľudský organizmus je akoby naprogramovaný k tomu, aby si akékoľvek nebezpečie automaticky asocioval alebo ho zvládal prostredníctvom akéhokoľvek bezpečia. Je to možno práve tento aspekt, ktorý nás môže viesť k chybným záverom pri prežívaní a definovaní bezpečia.

Ďalším dobrým príkladom môže byť analógia medzi ochranou dieťaťa a ochranou počítača. Ak si na počítači nainštalujeme dva antivírusové programy, môžeme si navodiť pocit, že je to pre počítač bezpečnejšie, hoci v skutočnosti tým môžeme ohroziť bezpečie počítača, najmä ak sú tie programy nekompatibilné. Ak kvôli dieťaťu udržujeme manželstvo, môžeme si navodiť pocit, že je to tak pre dieťa lepšie, a že tým zvyšujeme jeho pocit bezpečia alebo svoju manželskú zodpovednosť. Ak sú však manželia medzi sebou v otvorenom, skrytom no najmä hlbokom a dlhodobom konflikte, tak v dieťati to môže vyvolávať pocity nestability a ohrozovať jeho bezpečie a mentálne zdravie oveľa viac, než ak by sa rozviedli a vychovávali dieťa v stabilnom a predvídateľnom prostredí. Ďalším príkladom môže byť správanie tínedžera, ktorý si navodzuje pocity bezpečia, prepojenosti a spolupatričnosti tým, že na sociálnych sieťach neustále sleduje vývoj udalostí u priateľov a vo svete. V skutočnosti mu však tieto zabezpečovacie správania môžu oslabovať interpersonálne kompetencie a prehlbovať skryté a neuvedomené pocity neistoty, úzkosti alebo opustenosti.

Ukazuje sa, že bezpečie môže mať paradoxnú, klamlivú, a iluzórnu povahu. Určité situácie môžeme neadekvátne vyhodnocovať a prežívať ako bezpečné na úkor rozhodnutí a aktivít, ktoré by boli inak primerané. Naše vedomé alebo nevedomé psychologické obrany môžu zapríčiniť, že určité situácie sa naučíme mylne vnímať ako bezpečné. Hoci môžeme mať subjektívny dojem, že sme v bezpečí, automaticky to neznamená, že v bezpečí naozaj sme, alebo že také „bezpečie“ je pre nás prospešné. Hoci môžeme mať dojem, že sme v bezpečnom vzťahu, automaticky to neznamená, že vzťah je pre nás zdravý a prospešný. Hoci môžeme mať dojem, že naším správaním si bezpečie navodzujeme, nemusí to automaticky znamenať, že je to pre nás efektívne alebo užitočné. Hoci môžeme mať pocit, že naše psychologické obrany sú pre nás prospešné, v skutočnosti môžu byť nezrelé a môžu nám škodiť.

Naša ilúzia bezpečia môže preto silnieť, ak rizikové situácie dlhodobo vyhodnocujeme chybne ako bezpečné (alebo ak sa mylne naučíme nezdravé/bezpečné správania vnímať ako zdravé/bezpečné). Problematickosť bezpečia nanešťastie netkvie iba v tom, že môže mať paradoxné a iluzórne as-

pekty, ale aj v tom, že vyhľadávanie pocitu bezpečia je atraktívne, a že nás inštinktívne a podprahovo priťahuje a láka k tomu, aby sme v živote robili najmä to, čo už poznáme, čo je spoľahlivé a predvídateľné a čo raz fungovalo – čo je „bezpečné." Keďže sa riadime intuitívnymi a zažitými skúsenosťami, naše výsledné zautomatizované správanie môže byť funkčné aj disfunkčné a naše rozhodovanie môže byť správne aj omylné (413, 414).

### 3.3 Konzervatívnosť bezpečia

Konzervatívnosť bezpečia spočíva v tom, že bezpečie preferuje familiárne pred neznámym, vyskúšané pred nevyskúšaným, fakty pred zahadámi, identické pred inakým, stabilné pred krehkým, garantované pred rizikovým, skutočné pred možným, limitované pred neohraničenýn, bližšie pred vzdialenejším. Ak by sme ho prirovnali k politike, zrejme by dávalo hlasy dlhodobo existujúcim, starým, alebo "mŕtvym" politickým stranám.

Bezpečie našu psychiku gravitačne priťahuje k pôvodným a predchádzajúcim koľajam, ktoré nám v minulosti zabezpečili stabilitu a prežitie. Biologické a emocionálne homeostatické/ homeorhetické sily nás priťahujú späť na také životné cesty, k takým správaniam a k takým vzťahom, ktoré sú už spoznané, a ktoré sú konzistentné s našou doterajšou skúsenosťou (8, 9, 92, 140, 149, 415-419). Tieto sily sú ďalej zosilnené inými fenoménmi, ktoré sú v ľudskej podstate zakorenené: *princíp konštantnosti* (133-136), *princíp konzistencie* (107, 137), *konfirmačné skreslenie (confirmation bias)* (138, 139), *krycie* alebo *skreslené spomienky*, prípadne *skreslenie v spätnom pohľade* (hindsight bias) (138, 420, 421). K tendenciám a silám, ktorí majú za cieľ vyhľadať alebo udržiavať poriadok, bezpečie ako aj fyziologickú a emocionálnu homeostázu patria aj motivačné, afektívne a behaviorálne systémy (21, 422).

Všetky tieto sily, tendencie a systémy nás môžu slepo priťahovať k akémukoľvek bezpečiu, ktoré nám pomáha psychologicky prežiť, ktoré znižuje prežívanie neznesiteľných pocitov, alebo ktoré selektívne vyhľadáva správania a dôkazy potvrdzujúce naše predchádzajúce skúsenosti, presvedčenia, či hypotézy – bez ohľadu na to, či je to pre nás z dlhodobého hľadiska prospešné alebo nie. Tieto psychologické sily a tendencie ako aj motivačné systémy „bažiace" po fyziologickej a psychologickej homeostáze, homeorhéze, konštantnosti, konzistencii a konfirmácii nám však môžu brániť v tom, aby sme vnímali iných ľudí s rovnomerne rozloženou pozornosťou, aby sme prijímali informácie, aj keď sú v rozpore s našimi túžbami a očakávaniami, alebo aby sme vyhľadávali a explorovali niečo nové, nepoznané, niečo, čo nezapadá do našich predchádzajúcich skúseností, čo nie je konzistentné s naším doterajším poznaním. Všetky nové zážitky sú spracúvané vždy v historickom kontexte – v takom kontexte bezpečia, aké má jedince k dispozícii v čase prijatia novej informácie.

Takéto bezpečnostné správanie by sa dalo prirovnať k *rezistencii,* ktorá odoláva zmene a ktoré negatívne koreluje s progresom v psychoterapii. Odpor k zmene môže byť zároveň sprevádzaný presvedčením, že myšlienky, emócie a správania sú bezpečné alebo prospešné vtedy, ak ich už poznáme, ak sme ich v živote veľakrát použili, spoľahli sa na ne - alebo ich prekonali a zvládli ich. Freud v tejto súvislosti zaviedol pojem *nutkanie k opakovaniu* (Wiederholungszwang), ktoré definoval ako „nápor vrátiť sa do skoršieho stavu" (423), pričom tento nápor (Drang) bol podľa neho nezávislý od princípu slasti alebo princípu reality. Cieľom takéhoto náporu je dosiahnutie určitého stavu bezpečia, bez ohľadu nato, či je to pre jedinca uspokojujúce/neuspokojujúce alebo adaptívne/mal-adaptívne. Tieto pozitívne ladené pocity však môžu byť síce lákavé, ale môžu byť aj zradné. Zdanlivo bezpečné vzťahy a správania môžu byť pre nás síce atraktívne (napr. z dôvodu, že ich poznáme, že sú „odskúšané" a „vyšliapané," že v nich vieme „fungovať", alebo že nám pomáhajú vyhýbať sa strachu z opustenosti), no zároveň môžu byť pre nás neefektívne, vyčerpávajúce, a oberajúce o životnú energiu a spokojnosť so svojím životom (424-428).

Rezistencia, vzdanie sa iluzórnej seba-úcty, falošnej identity, ako aj iných zabehnutých postupov a rutín, či prijímanie nových vecí sa spája s neistotou a strachom zo zmeny (429-431). V tejto súvislosti môže pacient reagovať defenzívne, pretože môže mať oprávnené obavy a strach z opustenia svojej zóny bezpečia, komfortu, či identity. Túto prirodzenú rezistenciu môže pacient lepšie prekonať, ak ho terapeut nepresviedča a nevysvetľuje mu, či alebo prečo je zmena potrebná. Pre pacienta je prijateľnejšie zaoberať sa zmenami vtedy, ak sa cíti dostatočne bezpečne a k zmene pristupuje slobodne a aktívne (nie pasívne) (429, 432). V niektorých prípadoch (napr. attachmentové patológie, poruchy osobnosti) je však dosahovanie zmien efektívnejšie najmä vtedy, ak terapeut pacienta sprevádza a podporuje v tom, aby exploroval svoje nevedomé afekty nie uprostred, ale na hraniciach svojej zóny bezpečia (433, 434). V iných prípadoch (napr. ak je pacientove self identifikované s obrannými mechanizmami) môže byť nevyhnutné pacienta konfrontovať a interpretovať jeho obrany (266, 267). V každom prípade však musí pacient najskôr cítiť a veriť tomu, že je bezpečné, dôvodné alebo zmysluplné, aby sa vôbec nejakou zmenou vôbec zaoberal.

Kým sa však pacient a/alebo terapeut začne cítiť v psychoterapeutickom vzťahu natoľko bezpečne, že sa vzdá svojho doterajšieho bezpečia a bude ochotný vnárať sa do nepoznaných a zraniteľných oblastí svojho vnútorného a vonkajšieho sveta, musí prejsť najskôr cestou, ktorá môže byť neistá, šmykľavá a premenlivá (50). Nesprávna terapeutova otázka, mlčanie, pasivita, úsmev alebo iný prejav či výbava psychoterapeutickej ambulancie môžu bez ohľadu na zručnosť terapeuta za určitých okolností spôsobiť, že prežívané bezpečie pacienta sa v okamžiku zmení na prežívanie nedôvery, stresu, či úzkosti, ktoré pacient zvládne iba pomocou psychologických obrán, pomocou ktorých sa vracia späť na cesty, po ktorých sa v živote naučil chodiť. Ak pacient napríklad vydedukuje (napr. na základe svojej projekcie), že terapeut ho nepriamo nabáda k tomu, aby „sa zmenil", aby „si nechal pomôcť", aby „nadviazal vzťah" alebo, aby inak „vybočil z ciest" smerom k miestam, ktoré sú pre neho neznáme, nevyšliapané, nevychodené, tak to v ňom môže vyvolávať nedôveru, neistotu, strach a nebezpečie. Atraktívne a homeostatické a homeorhetické (t. j. defenzívne) sily bezpečia ho automaticky začnú priťahovať k tomu, aby sa pre istotu vrátil späť do svojich starých bezpečných koľají a neriskoval vstup na nové, neznáme a zraniteľné cesty.

Tragickosť plynúcu z potreby cítiť sa bezpečne, ktorá je zakorenená v ľudskej prirodzenosti, zaujímavo opísala Mari Rutiová:

*„Je dosť tragické, že naše nástojenie na bezpečí nám môže brániť v tom, aby sme naplno vstúpili do rytmu života... naše snahy znižovať nepredvídateľnosť našich životov z nich môže postupom času anihilovať to, čo je na nich najžiarivejšie" (427).*

Aby bola psychoterapia efektívna, terapeut musí nielen pochopiť akými psychologickými obranami sa pacient chráni, ale musí predovšetkým rozoznať svoje vlastné psychologické obrany a odolať svojim prirodzeným sklonom ku konštantnosti, konzistencii, konfirmácii alebo k inému bezpečiu, ktoré by bolo defenzívne alebo neterapeutické. V ďalšej časti uvediem niekoľko príkladov, kedy môže terapeut prežívať rôzne podoby bezpečia – v terapii ale i v súkromí - nevhodným spôsobom.

## 4 Nevhodne prežívané podoby bezpečia psychoterapeutom na úkor aktivít, ktoré by boli primerané - príklady

Cieľ psychoterapie nemusí spočívať v tom, aby sa našla pravda o vnútornom svete jedinca, ale spôsob, akým sa jedinec bráni voči realite (333, 435). Hoci nájdenie spôsobov, ako sa jedinec bráni voči realite ako aj spôsobov, ako vyhľadáva, načerpáva a využíva bezpečie, je nesporene dôležité, vnímanie a prežívanie bezpečia môže mať v psychoterapii nielen mnohorakú, ale aj dvojsečnú povahu. Nielen pacient, ale aj psychoterapeut môže vyhľadávať, vnímať, prežívať, alebo vyhodnocovať rôzne podoby bezpečia nevhodným a neadekvátnym spôsobom. Nižšie v častiach 4.1 až 4.6 uvádzam niekoľko príkladov.

### 4.1 Idealizovanie a zneužívanie bezpečia

Psychoterapeutická literatúra sa zhoduje v tom, že v terapii je potrebné v prvom rade vybudovať dostatok bezpečia na to, aby mohol pacient slobodne hovoriť o nebezpečných veciach (140, 252, 436, 437). Okrem toho je udržiavanie a idealizovanie bezpečia v terapii pre obe strany aj prirodzenou potrebou udržiavania bezpečia, ktoré je asociovaná s príjemnými pocitmi. Afektívne, motivačné a behaviorálne systémy vedú obe strany inštinktívne k tomu, aby zachovávali homeostázu (princíp konštantnosti) a homeorhézu (princíp konzistencie). Zo všetkých týchto dôvodov je pre terapeuta prirodzené a dôvodné, aby bezpečie udržiaval počas celého terapeutického procesu.

Avšak prílišné akcentovanie dôležitosti bezpečia a idealizovanie jeho známych konceptov (napr. bezpečná vzťahová väzba, bezpečné self, bezpečné hranice, bezpečná identita) by mohli smerovať k idealizácii a k zneužívaniu bezpečia. Z bezpečia by sa mohol stať terapeutický ideál, ktorý by sa mohol aktivovať v rôznych frustrujúcich, ohrozujúcich, neistých, alebo rizikových situáciách. Počas nich môžu terapeuti automaticky uprednostňovať bezpečie a riadiť sa známymi zásadami ako napríklad: „bezpečie je na prvom mieste", „prevencia je lepšia ako liečba" alebo „istota je istota" alebo „lepšie poistiť sa, ako potom ľutovať" prípadne „opatrnosti nie je nikdy nazvyš."

Terapeut však môže bezpečie v terapii vedome či nevedome využiť aj na stabilizáciu vlastných nespracovaných neistôt, prípadne môže bezpečie idealizovať, aby sa vyhol napätiam a neistotám v terapeutickom procese. Udržiavanie alebo uctievanie takéhoto bezpečia sa môže však môže najmä neskorších fázach terapie postupne transformovať na „príliš veľa bezpečia alebo pseudo-bezpečie vo forme slepej uličky" (156). Takou slepou uličkou sa môže stať etymologický koreň bezpečia: regresívny stav „*bez péče",* bez obáv, starostí, úzkostí, ktoré môže pôsobiť aj negatívne (1). Ak je prežívanie regresívneho bezpečia v terapii trvalo a úplne oddelené od pacientovej existencie mimo terapeutickej miestnosti, tak môže ponechávať pacienta málo odolného a nedostatočne pripraveného na frustrácie a neistoty dospelého života (263).

Takéto vedomé alebo nevedomé prežívanie či užívanie regresívneho bezpečia v psychoterapii, môžu zviesť nielen pacienta, ale aj terapeuta k tomu, aby sa v psychoterapii dlhodobejšie vyhýbali nebezpečenstvám, bolestiam, neistotám, frustráciám, konfrontáciám alebo stresom (49, 438) – čomukoľvek, čo by ohrozilo existenciu bezpečného prostredia. Permanentné vytváranie a zotrvávanie v takejto komfortnej zóne bezpečia (v opakujúcej sa predvídateľnosti a rovnakosti) môže začať pacientovi brániť tom, aby sa ďalej rozvíjal (49, 156, 439) a rozvíjal svoju odolnosť a reziliencu (263). Podľa Mitchella je takéto bezpečie natoľko ubíjajúce a otupujúce, že „dusí vitalitu" (30). Zen-budhisické pramene obdobne postulujú, že „príliš veľa bezpečia môže navodiť záhaľčivý komfort a spirituálny spánok" (440). Terapeutický vzťah sa preto môže v bezpečí natoľko „zabezpečiť", „učičíkať", "ukolísať", „učičíkať", "ukolísať", „rozmaznať", „spohodlnieť," alebo „zbestarostnieť", že utlmí dynamiku vzťahu a zároveň spomalí, alebo zablokuje rozvoj reziliencie a frustračnej, či a afektívnej tolerancie.

Počas práce s pacientom v psychoterapii by preto neustále ľpenie na bezpečí alebo zotrvávanie v regresii bránilo tomu, aby mohol pacient – podobne ako vyvíjajúce sa dieťa – rozvíjať svoju odolnosť voči stresu alebo svoju schopnosť znášať neistoty, tolerovať frustrácie a preberať zodpovednosť za svoj život a za svoj vzťah k iným a k svetu. Pacient, ktorý by mal výlučne opakované skúsenosti s tým, že svoje uspokojivé útočisko nachádza v regresii, v statickej a nedynamickej stabilite a „pseudo-bezpečí" psychoterapeutického vzťahu (441), by nemusel byť vybavený k tomu, aby dokázala čeliť realite vzťahov mimo terapie. Následne by mohol takéto pseudo-bezpečie očakávať alebo vyžadovať aj od svojich vzťahov mimo terapie (49, 156, 321, 442-444). Ak takéto bezpečie (v podobe regresie) tvorí „pre [pacienta] jadrovú stratégiu pre zvládanie životných výziev, [taký pacient] by mohol byť charakterizovaný ako niekto, kto má infantilnú osobnosť" (201).

Zdá sa teda, že averzia k riziku alebo zotrvávanie v bezpečí môže viesť až k prenatálnej bezstarostnosti, v ktorej je o naše bytie postarané – v ktorej ostávame „bez péče" – infantilne ľahostajní a závislí od opatery okolia. V tomto zmysle môže byť pre nás takéto „bezpečie" (v podobe regresie, alebo závislosti od opatery iných) nedravé. Hoci bezpečie nám podobne ako jedlo zabezpečuje prežitie, jeho nadmerná „konzumácia" môže viesť k „psychickej obéznosti," „atrofii psychického svalstva," alebo k vykorisťovaniu a zaťažovaniu okolia (t.j. k vyžadovanie starostlivosti a vyčerpávaniu

prírodných zdrojov). Prebývanie v takejto komfortnej zóne s nulovou alebo nízkou mierou zodpovednosti, frustrácie, neistoty a nepredvídateľnosti okrem toho neposkytuje impulzy pre aktiváciu zvedavosti, explorácie alebo túžby po osobnom raste (306-308). V dôsledku vyhľadávania absolútneho bezpečia, alebo v jeho zotrvávaní môže dôjsť nielen k vytrácaniu slobody, zmyselnosti, dobrodružstva, kreativity, individuality, alebo zmysluplnosti, ale aj k otupeniu, znecitliveniu, alebo zľahostajneniu (445, 446).

V tejto súvislosti Phillip Bromberg a Diana Foshaová postulujú, že psychoterapia musí byť „bezpečná, ale nie príliš bezpečná“ (70, 447). Podľa Ericha Fromma je potrebné, aby terapeut hľadal „balans medzi bezpečím a nebezpečím nového“ (448, 449) a podľa Straussa a kolegov má byť terapeut „pripútaný, ale nie príliš bezpečne, mierne dištancovaný, ale nie odpojene“ (450). Elizabeth Carrová a Janna Sandemeyerová dospeli k obdobným záverom: na to, aby bola terapia zmysluplná a prospešná, je potrebné, aby boli pacient aj terapeut ochotní prijímať, čeliť a vnárať sa do niečoho, čo nazvali „nevyhnutné nebezpečie“ (49). Aj pacienti s nezrelými obranami (ktorým v terapii prechodne prospieva regresia - pocity bezstarostnosti alebo primárnej závislosti - a skúsenosť, že nemusia byť odkázaní na psychologické obrany), v neskorších fázach terapie profitujú z toho, ak sa v terapii učia tolerovať a znášať rôzne frustrácie, neistoty, napätia, a destabilizácie, pretože vďaka nim sa môže ich krehké, zraniteľné a fragmentované, alebo grandiózne self postupne transformovať na bezpečné a kohézne self (65).

Prežívanie napätia a neistoty v psychoterapeutickom vzťahu, ako aj v korektívnych emocionálnych skúsenostiach (451, 452) je nevyhnutné, okrem iného, aj počas práce *na prenose* a práce *v prenose* (453, 454). Greenberg sa k potrebe prežívania určitého napätia vo vzťahu vyjadril takto: „ak terapeut nemôže byť prežívaný ako nový objekt, terapia sa nikdy nezačne; ak nemôže byť prežívaný ako starý objekt, nikdy neskončí“ (321). Zneužitie a idealizovanie bezpečia v psychoterapii, alebo nekritické prijatie ilúzie absolútneho bezpečia by preto mohli byť pre psychoterapiu problematické (30), pretože popierajú realitu, ktorej súčasťou je psychologická a biologická zraniteľnosť, ohrozenie, a najmä utrpenie človeka (438). Melanie Kleinová bola presvedčená, že žiaden pacient nemôže dosiahnuť stav bezpečia, pretože človek sa nedokáže zbaviť svojich primitívnych pudov a predstáv (326, 455). Tvrdila, že terapia je skôr o tom, ako naučiť pacienta tento konflikt tolerovať (326). Podľa Virgínie Satirovej má pacient dosiahnuť „slobodu riskovať sám za seba, namiesto rozhodnutia sa byť stále v ‚bezpečí‘ a nerozhúpať loď“ (456). Erich Fromm bol presvedčený, že schopnosť človeka milovať a byť starostlivý, zodpovedný alebo kreatívny vyžadujú „odvahu opustiť fungujúce istoty“ (457, 458). Jordan Peterson nabáda k tomu, aby sme „svoje bezpečie riskovali a čelili neznámemu“ (445).

Známa francúzska filozofka a psychoanalytička Anne Dufourmantelleová vo svojich dielach postulovala, že hoci bezpečie môže byť zdanlivo prežívané ako komfortné a príjemné, ak na ňom príliš ľpieme, tak môže viesť bezstarostnému, bezohľadnému, lenivému a bezrizikovému životu, z ktorého sa vytráca šťavnatosť, dobrodružnosť, dynamickosť a zodpovednosť (459). Svojimi posolstvami – napr. „byť naživе znamená riskovať“, alebo „absolútne bezpečie, akým je ‚nulové riziko,‘ je fantáziou“ – naozaj žila, pretože sa utopila pri zachraňovaní detí v rozbúrenom mori (460).

Psychoterapeutický vzťah by preto nemal bezpečie ani idealizovať, ani zneužívať. Obe strany musia byť v určitých štádiách terapie ochotné príležitostné podstúpiť riziká a prežívať vo vzťahu aj napätie a nepohodu, aby sa osobnosť pacienta mohla rozvíjať a dokázala v bežnom živote lepšie čeliť rôznym frustráciám, neistotám a iným ťažkostiam.

## 4.2 Bezpečie v podobe povolania psychoterapie - zranení liečitelia

Výber psychoterapeutického povolania nie je vždy ovplyvňovaný motívmi, ktoré pramenia z dostatočne prežívaného bezpečia záujemcov. Mnohé štúdie a práce poukazujú na spojenie medzi neistotami a psychologickými zraneniami záujemcov o psychoterapiu, a ich rozhodnutím vybrať si povolanie psychoterapie (461-464). Sarah Victorová spolu s kolegami z Univerzity v Texase vo svojej štúdii zistili, že 82.2 % študentov klinickej a poradenskej psychológie a členov fakulty psychológie na rôznych univerzitách v Amerike a Kanade uviedlo, že trpia alebo trpeli psychickými ťažkosťami a že u 47.5 % percent z nich boli tieto ťažkosti aj formálne diagnostikované (465). Alice Barrová vo svojej štúdii 253 terapeutov zistila že 73.9 % psychologických poradcov a psychoterapeutov utrpelo pred výberom svojho povolania také psychologické zranenia, ktoré ich napokon doviedli k výberu povolania psychoterapie (461). Štúdia zameraná na sociálnych pracovníkov zistila, že až 51.8 % licencovaných sociálnych pracovníkov udáva psychické problémy aj počas výkonu povolania (466).

Hoci údaje z týchto štúdií neboli publikované v prestížnych časopisoch, čosi dôležité poodhaľujú. Aj iné štúdie a práce naznačujú, že študenti psychológie a psychoterapie mávajú bežne neisté self, neisté interpersonálne hranice, prípadne nízku alebo neistú sebaúčinnosť, sebaúctu či sebahodnotu (467, 468). Mnohí z nich vedome alebo nevedome vyhľadávajú a udržiavajú svoje pocity bezpečia tým, že pomáhajú iným (napr. potrebujú liečiť iných, aby boli „milovanými“ a „dobrými“ ľuďmi), vyhľadávajú superiórny spoločenský status (napr. v povolaní terapeuta hľadajú novú (šamanskú) identitu), bažia po uznaní (napr. majú potrebu nadradenosti, moci), vyhľadávajú bezpečnú intimitu v chránených vzťahoch (napr. vyhýbajú sa kritike a zraniteľnosti vo vzťahoch ako aj samote), alebo reparujú samých seba (napr. spracúvajú smútenie alebo úzkosť) alebo unikajú pred inými ťažkosťami v osobnom živote (napr. majú nespracované traumy, vyhýbajú sa samému sebe, alebo trpia rôznymi chorobami) (467-469). Za výberom povolania psychoterapie sa preto môžu pomerne často skrývať túžby po moci, túžby po prekrytí alebo vyhladení spomienok na problematické detstvo a neuspokojujúcich rodičov a túžby nahradiť svoje zranenia idealizovanými predstavami či projekciami svojej vlastnej hodnoty a starostlivosti (468, 470).

Je zrejmé, že signifikantné množstvo psychoterapeutov volí povolanie psychoterapeuta preto, aby zatienili svoje zranenia a vnútorné neistoty. Preto je možné uvažovať o tom, že ak sa niektorí ľudia cítia v živote psychologicky zranení, neistí alebo nemilovaní, vyberú si pomáhajúce povolanie, ktoré im

prostredníctvom klientov poskytne také bezpečie a lásku, ktoré im chýbali v predchádzajúcich interpersonálnych vzťahoch.

Hoci Jung postuloval, že „len zranený liečiteľ lieči“ (471), liečivú silu nevytvárajú zranenia (alebo motív pomáhať), ale proces terapeutovho uzdravenia (472). Aj z tohto dôvodu sa dnes kladie zvýšený dôraz na výcvik terapeuta, aby si v ňom mohol budúci terapeut uvedomiť spracovať svoje negatívne zážitky. Skutočné bezpečie terapeuta preto nespočíva v jeho psychoterapeutickom statuse, ale v schopnosti príjímať svoje zranenia, pochybenia, a neistoty a hovoriť o nich slobodne v bezpečnom prostredí. Kultivovaním takéhoto bezpečia je možno prijímať a vnímať každé zranenie terapeuta “vyváženým spôsobom, nie iba ako riziko, ale aj ako potenciálnu výhodu” (472).

Psychoterepautická literatúra však upozorňuje, že nielen študenti, ale ani licencovaní psychoterapeuti nemajú vždy dostatočne spracované a uvedomené svoje zranenia a traumatické zážitky (472, 473). Niektorí z nich sa hanbia hovoriť o svojich pretrvávajúcich zraneniach alebo pochybeniach v terapii. Iní ich môžu popierať, pričom si nemusia plne uvedomovať, že následne vedú psychoterapiu takým spôsobom, aby kompenzovali svoje vlastné – nedostatočne uvedomené a spracované – zranenia ako aj pocity neistoty, alebo nízkej seba-hodnoty (474). Následne sú však v riziku, že v rámci kreovania svojho falošného bezpečia prostredníctvom spoločenského statusu psychoterapeuta nevedomky projikujú svoje vlastné neistoty a zranenia do pacientov, ktorých môžu následne vnímať bezdôvodne ako neistých a zranených, zatiaľ čo oni sami sa prežívajú ako bezpeční a „vyliečení“ (475).

Hans-Jürgen Wirth vo svojich dielach (476, 477) opísal, akými rôznymi spôsobmi môžu takýto zranení liečitelia pacientov poškodzovať. Svoju moc v role terapeuta môžu napríklad zneužívať tak, že v dôsledku svojich projekcií vedú pacientov k tomu, aby boli takými istými, akí sú oni sami, pretože „nemôžu zniesť, že „ich“ klienti, kvôli ktorým sa tak veľmi angažujú, sú iní a stanú sa inými, ako oni sami“ (476). Prípadne do nich môžu projikovať svoje ideálne self, aby pacienti mohli uskutočňovať ich nesplnené túžby, alebo svoje popreté a vytesnené self, aby mohli pacienti slúžiť ako obetní baránkovia stabilizujúci terapeutovu sebeúctu.

Terapeuti môžu prípadne chcieť pacientom „pomáhať“ a „liečiť“ ich z toho dôvodu, aby ich následne pacienti uctievali, milovali, alebo slúžili ako náhrady za svojich málo milujúcich rodičov či partnerov/ partnerky. Ako ukáže nasledovný odsek, z pacientov sa následne môžu stať „bezpečné“ zdroje lásky k samému sebe, alebo nástroje na prekrývanie vlastných zranení a neistôt.

### 4.3 Bezpečie v podobe starostlivosti - bezmocní pomocníci a kompulzívni opatrovatelia

Najčastejším príkladom neistých psychoterapeutov je zrejme potreba nadmerná pomáhať a liečiť iných (468). Wolfgang Schmidbauer ich nazval *bezmocnými pomocníkmi*, pretože ich subjektívne prežívanie bezpečia a seba-hodnoty je závislé od pomáhania iným (473). Pomáhanie iným sa u nich stalo obranou voči vlastnej sebareflexii, náhradou za neschopnosť prežívať vlastné potreby a spôsobom ako neriešiť vlastné problémy. Marilyn Barnettová sa k tomu vyjadrila nasledovne:

*„Potreba starať sa o iných je úzko spojená s pocitmi hanby a neistoty. Terapeuti sa môžu stať sebaobetavými, aby sa vyhli strate klientov, podobne ako keď pociťovali kompulziu dať na prvé miesto potreby svojich rodičov, aby sa cítili bezpečne“ (463).*

Mnohí z nich mohli byť v minulosti rodičmi vlastných rodičov, o ktorých sa museli starať pre ich choroby, závislosti, alebo mentálne ťažkosti. Z pohľadu afektívnych a behaviorálnych teórií mohol byť ich systém vzťahovej väzby natoľko frustrovaný, že musel byť nahradený systémom starostlivosti a submisívnymi funkciami systému sociálnej hierarchie. Táto adaptácia im mohla pomôcť prevziať kontrolu nad domácnosťou prostredníctvom podriadenosti, zvýšenej opatery a starostlivosti o bezmocných, odmietavých, či neefektívnych rodičov (478, 479). Z tohto dôvodu sa u týchto terapeutov mohla vyvinúť „špecifická senzitívnosť voči potrebám iných a pripravenosť podriadiť sa za účelom udržania pocitu bezpečia“ (463). Z pohľadu teórie vzťahovej väzby sa u nich mohla vyvinúť taká neistá vzťahová väzba, ktorá je charakterizovaná *nadmernou poslušnosťou* a *kompulzívnou starostlivosťou* o iných, ktorá je intruzívna a vnucovaná (480). Psychoanalytik Les Barbanell dokonca tvrdí, že takýto jedinci, ktorí si svoje bezpečie udržiavajú uspokojovaním iných, môžu trpieť *opatrovateľskou poruchou osobnosti* (345, 481).

Potreba starať sa môže navodzuje týmto terapeutom subjektívny pocit bezpečia a seba-hodnoty najmä vtedy, ak uspokojivo „pomáhajú“ a “liečia“. Ich p*atologická starostlivosť* alebo *patologický altruizmus* však môže maskovať skrytý narcizmus, ktorý je spojený s ich pocitmi vnútornej neistoty, menejcennosti, bezmocnosti a nízkej seba-úcty (482). Za svoju pomoc v terapii môžu očakávať lásku, moc, a uznanie a hovoriť o nich na verejnosti, aby si tak zvýšili pocity seba-hodnoty (473). Niektorí z nich sa môžu priateliť s klientmi na sociálnych sieťach, kde im „pomáhajú“ tým, že na sociálne siete pridávajú denne rady a návody na zdravší život. Výskum naznačuje, že takýto narcistický pomocníci môžu byť v skutočnosti závislí od „lajkov“ iných (483, 484). Pod rúškom empatie, pomáhania a sebaobetovania môžu vykonávať terapeutické postupy primárne v záujme potvrdzovania vlastnej hodnoty alebo v záujme získavania moci, vďačnosti či obdivu. Psychoanalytik Hans-Jürgen Wirth o nich napísal:

*[Ich] raná vyvinutá senzitivita a [ich] badateľná schopnosť empatizovať s emocionálnymi stavmi iných ľudských bytostí [ich] predurčuje k pomáhajúcim profesiám, avšak zároveň ich robí náchylných k tomu, aby narcisticky využívali iných, alebo aby ich sfunkcionalizovali za účelom stabilizovania vlastnej sebe-úcty (477).*

Správanie týchto „pomocníkov“ popiera interpersonálnu vzájomnosť a reciprocitu. Títo *kompulzívni opatrovatelia* majú potrebu ovládať recipročnú rovnováhu vzťahu v zmysle - „dávaj aj ber“ - a zmeniť ju tak, aby sa pacient dostal do situácie „ber alebo nechaj tak,“ pretože práve v takejto nerovnováhe vzťahu sa cítia bezpečne (345, 481). Keďže ich bezpečie závisí od nevyvážených vzťahov a od „pomáhania“ a „liečenia,“ tak v skutočnosti tým môžu poškodzovať nielen seba, ale aj klientov a to mnohými spôsobmi. Narcistické potreby

môžu týchto neistých terapeutov napríklad zvádzať k tomu, aby stanovovali v procese terapie nereálne ciele, alebo, aby svoje potreby „pomáhať“ a „liečiť“ vedome či nevedome vnucovali pacientom (473, 485). Môžu prekračovať terapeutické hranice, využívať terapiu na uspokojovanie svojich potrieb, popierať realitu a objektívne limity vlastných schopností a snažiť sa „liečiť,“ neliečiteľných, „meniť“ nemeniteľných, alebo „pomáhať“ tým, ktorí pomoc nevyžadujú, alebo nepotrebujú. V snahe naprávať nenapraviteľné aspekty psychických životov klientov v nich môžu živiť falošnú nádej a zanedbať ich potrebu prijať svojej ťažkosti a naučiť sa s nimi efektívnejšie fungovať. A v neposlednom rade môžu pre svoje kompulzívne potreby „pomáhať“ napokon vyhorieť a navodiť si rôzne mentálne ťažkosti.

## 4.4 Bezpečie v podobe kompetencie - vedátori a perfekcionisti

Ďalším príkladom kontraproduktívneho alebo zneužívaného bezpečia môže byť zvýšená potreba terapeuta byť kompetentným a postupovať číro vedecky. Jeho pocit bezpečia môže preto závisieť od presného chápania vnútorného sveta klienta, od exaktnej diagnostiky, od vopred stanoveného plánu a postupu, ako aj od premyslených intervencií a vedeckých poznatkov, ktorých sa neochvejne pridržiava (486, 487).

Vyhľadávanie bezpečia v podobe zvýšenej kompetencie a encyklopedického poznania však zároveň môže prekrývať terapeutovu úzkosť z neistoty, ako i jeho intoleranciu k ambivalencii, k neznámemu, k chaosu alebo k otvorenému postoju, v ktorom toleruje to, že niekedy nevie, čo sa s pacientom deje, alebo akceptuje to, že priebežne nechápe, aký význam má jeho protiprenos. Aby sa cítil bezpečnejšie a vyhol vlastným pocitom neistoty, nekompetentnosti, menejcennosti, úzkosti, môže mať aj tendenciu predčasne vysvetľovať nevysvetliteľné a nachádzať zmysel a diagnózu všade tam, kde sa objavuje nezmysel a neistota. Môže mať nutkavú potrebu zmenšovať odchýlky od štandardizovaných postupov, meniť neznáme na známe, odtajniť tajomné, nachádzať kauzálnosť v akauzálnosti. Môže sa pridržiavať reality a vedy a vyhýbať sa záhadám a mystike.

Psychoterapeutickí perfekcionisti sa v snahe o kompetentnosť a dokonalosť niekedy kritizujú aj za nedostatočnú spontánnosť a autentickosť. Na psychoterapeutickom trhu sa z nich stávajú stáli zákazníci, pretože pre vnútorné pocity neistoty majú veľký hlad po ďalšom sebazdokonaľovaní. Svoje profesijné nároky na samého seba však môžu prenášať aj do súkromných či terapeutických vzťahov, čo môže výrazne obmedziť slobodnejšie a pestrejšie fungovanie účastníkov v týchto vzťahoch (473).

Takýto terapeut môže pôsobiť aj ako antický Prokrustés, ktorý podľa mytológie ponúkal pocestným nocľah, pričom im usekával alebo naťahoval údy podľa dĺžky jeho posteli (488). Svojim klientom ponúka terapiu, pričom im však „usekáva“ alebo „naťahuje“ ich self podľa jeho vlastných teórií, kategórií, konceptov, a štruktúr.

„Čím je terapeut neistejší, tým je pravdepodobnejšie, že sa bude skrývať za technikou, ktorú bude dogmaticky nasledovať bez toho, aby to bolo nutne v záujme klienta“ (464). Svoje bezpečie v terapii môže vyhľadávať a udržiavať dodatočne teda tak, že sa rigidne pridržiava akýchkoľvek teórií, kompulzívne vyvodzuje závery, a predčasne koncipuje teórie o svete klienta z vlastnej (nie pacientovej) perspektívy. Svoje neistoty prekonáva nastolením poriadku a nevyžiadanými interpretáciami. V dôsledku toho však inhibuje pacienta v tom, aby mohol svoju individualitu a autenticitu nachádzať a rozvíjať svojim vlastným, nerušeným, slobodným a kreatívnym spôsobom, aby mohol samostatne budovať a konsolidovať svoje vlastné schopnosti a kompetencie, alebo v tom, aby mohol vidieť zmysluplnosť aj v nevysvetliteľnom tajomne, alebo krásu v náhodných prepojeniach. Ak terapeut prežíva svoje bezpečie aj v neomylnej kompetentnosti, môže mať okrem toho aj ťažkosť vnímať svoje pochybenia a úprimne ospravedlniť za svoje chyby. Tým však oberá pacienta o dôležité zážitky s nedokonalosťou a omylnosťou terapeuta, ktoré by mu poskytli dôležitý príklad zdravého vzťahu.

## 4.5 Bezpečie v podobe nekonfliktného vzťahu – konformisti a pacifisti

Zradnosť bezpečia môže byť ilustrovaná aj na terapeutovi, ktorý prežíva rôzne formy bezpečia prostredníctvom príjemných, mierových a nekonfliktných vzťahov s pacientmi (473, 489). Bezpečie tohto terapeuta je závislé od vzťahu, v ktorom nedochádza k žiadnemu konfliktu a napätiu, v ktorom terapeut s pacientom výlučne empatizuje a exploruje s ním jeho psychický život.

Takto navodený pocit bezpečia však môže zatieňovať terapeutovu neschopnosť, strach, alebo neistotu pri identifikovaní svojho protiprenosu, pri diferencovaní pacientových obrán od svojich vlastných, pri diagnostikovaní pacientových ťažkostí, pri stanovovaní terapeutických plánov a cieľov, alebo pri používaní intervencií alebo konfrontácií, ktoré by pre pacienta mohli byť prospešné (490-493). Takýto milý postoj môže okrem toho maskovať aj terapeutovu neistotu a strach z rozhodovania, podstupovania rizík, prijímania strát, ktoré sú s takýmto konaním spojené. Ak má takýto terapeut okrem toho ešte aj tenké hranice, tak sa môže rýchlo a prehnane identifikovať s pacientom, ktorý má tiež tenké hranice. Taká situácia však môže následne viesť napríklad k prekračovaniu terapeutických hraníc alebo k sťaženiu objektívneho diagnostikovania či konfrontovania pacienta (97).

Terapeutovo zotrvávanie v komfortnom a milom postoji – „hoci som si neistý, aspoň prežívame v terapii bezpečie“ - mu môže navodzovať falošný pocit bezpečia a presvedčenie, že v takomto vzťahu pacientovi pomáha, pretože ho lieči tým, že mu poskytuje zážitky bezpečia vo vzťahu. V skutočnosti však terapeuti môžu týmto postojom „predlžovať závislosť klienta od nich tým, že reagujú iba ako idealizovaná materská postava, v snahe vyliečiť svoje vlastné neistoty“ (463).

Takýmto málo otcovským, nekategorizujúcim a nekonfrontujúcim postojom sa môžu terapeuti okrem iného vyhýbať aj potrebe odmietnuť pacienta, alebo potrebe vyhľadať supervíziu. Prípadne sa môžu vyhýbať vlastnej úzkosti, rizikám a neistote počas interpretácie jeho obrán. Terapeuti, ktorí neprimerane akcentujú takéto bezpečie ho môžu zároveň vedome či nevedome zneužívať na uspokojovanie svo-

jich symbiotických potrieb. V dôsledku toho však môžu oslabovať alebo spomaľovať rozvoj klienta. Jeffrey Kottler sa o nich vyjadril takto:

*„Terapeuti, ktorí vykonávajú svoju prácu na istotu, sa môžu uspokojovať s miernymi zmenami... Pod maskou ochraňovania blaha svojich klientov sa vyhýbajú konfrontáciám a konfliktom, [bez toho, aby] vyskúšali nové intervencie, ktoré neohrozujú klientovo bezpečie" (489).*

Ak je terapeutova potreba komfortne splývať s pacientom jeho centrálnym motívom, tak môže vytvárať *malígne symbiotické vzťahy*, pretože nielen klient, ale aj terapeut ostáva závislý od tohto príjemného splývania so svojim pacientom. Takýto terapeut si neraz nie je vedomý toho, že túto malígnu vzájomnú závislosť využíva k tomu, aby si udržal pocity moci, seba-účinnosti a seba-hodnoty, alebo, aby mohol aspoň sprostredkovaným spôsobom nasycovať svoje symbiotické potreby (474). Svojom slovníkom pacientom podsúva predstavu, že svet v terapii je bezpečný a mimo nej nebezpečný. Týmto spôsobom vyraďuje potenciálnych konkurentov, pričom však pacientovi bráni v rozvíjaní nezávislosti, interpersonálnych hraníc, autenticity, ako aj v prehlbovaní reziliencie, odolnosti a schopnosti byť sám počas prijímania strát a zvládania bolestivých životných situácií.

Schmidbauer týchto terapeutov nazýva *pirátmi,* pretože vzťahy zneužívajú pre svoje vlastné – často narcistické - potreby. Aby ostali v bezpečí, nechávajú svojich klientov spustiť sa do regresívnych a menej zaťažujúcich svetov fantázie, pričom oni sami zostávajú progresívni a dospelí (473). V dôsledku toho sa však bezpečie v terapii môže zmeniť na taký komfort, ktorý nepodporuje rozvoj pacientovej osobnosti a jeho frustračnej a afektívnej tolerancie vo vzťahoch.

### 4.6 Bezpečie v podobe splynutia s psychoterapiou - obete povolania a profesijné deformácie

Ďalším príkladom sú terapeuti, ktorí nachádzajú bezpečie v identifikácii s rolou psychoterapeuta v pracovnom i súkromnom živote. Schmidbauer ich nazýva *obete povolania*, ktoré sa úplne odovzdali psychoterapii a vzdali sa svojej unikátnej individuality (473). Ich bezpečie je závislé od splývania s profesijnou rolou. Identita psychoterapeuta nahrádza ich nesplnené túžby po ich vlastnej jedinečnej identite, ktorá v ich predchádzajúcich ranných vzťahoch nebola dostatočne rozpoznaná, ocenená a uznaná.

Svoj intímny život preto neoddeľujú od profesijného života: práci obetúvajú celé svoje súkromie. Žijú, aby analyzovali, a analyzujú, aby žili. Život si užívajú viac prostredníctvom psychoterapie a vzťahov so svojimi klientmi, než prostredníctvom svojich skutočných neterapeutických vzťahov. Vzťahy s klientmi zabezpečujú a uspokojujú ich sociálne potreby a psychoterapia sa pre nich stáva životnou filozofiou. Ich kontakt s ľuďmi sa obmedzuje na kontakt s kolegami a čítanie sa limituje na čítanie odbornej literatúry. Aj tie najintímnejšie vzťahy sú charakterizované profesijným správaním. Je zrejmé, že z takto prežívaného bezpečia sa môže stať pasca. Takýto terapeut by mohol žiť ako motýľ v skleníku, bez ohľadu na to, že skleník je otvorený.

Dobrým príkladom takéhoto terapeuta by azda mohol byť samotný zakladateľ psychoanalýzy - Sigmund Freud, ktorý svoj život zasvätil psychoanalýze. Životopisec Louis Breger zmapoval jeho bežný pracovný deň nasledovne: od 7.00 hod vstávanie, obliekanie, raňajky, prechádzka a zastrihnutie brady osobným holičom; od 8.00 hod do 13.00 hod pacienti; obed s prechádzkou; od 15.00 do 21.00 hod pacienti a konzultácie; večera s prechádzkou alebo kartová hra a následne písanie v pracovni až do 1.00 v noci, alebo ešte dlhšie (494). Svedčí o tom aj 20 kníh a viac ako 20 000 listov, ktoré napísal (495). Jeho manželka sa medzitým starala o jeho deti, prevádzku domácnosti, a jeho vzhľad, pričom mu každý deň varila, vykladala mu veci na oblečenie, vyberala mu vreckovku a dávala mu aj zubnú pastu na zubnú kefku (494, 496). Freud natoľko splýval s rolou psychoanalytika, že podľa vlastných slov si napríklad nedokázal užiť ani hudbu bez toho, aby najskôr porozumel tomu, prečo si ju užíva (9).

Ak psychoterapeut o živote sebe a vzťahoch neustále a obsesívne premýšľa psychoterapeutickým spôsobom, v konečnom dôsledku môže inhibovať svoju autenticitu a spontánne prežívanie a prejavovanie samého seba v súkromí. Podľa Schmidbauera je takéto udržiavanie bezpečia výrazne limitujúcou obranou voči realite, pretože vyžaduje vzdanie sa svojej jedinečnej neprofesijnej identity ako aj všestranného rozvoja osobnosti. Z povolania psychoterapie sa preto môže stať droga, ktorá obmedzuje sexualitu, manželstvo a deti a stáva hlavný zdroj bezpečia, ale aj hlavný zmysel a náplň v živote (473).

## 5 Závery

### 5.1 Mnohorakosť bezpečia

Na základe tejto analýzy je možné vyvodiť záver, že bezpečie má pervazívnu, heterogénnu, mnohorakú a multilaterálnu povahu. Definície bezpečia alebo spôsoby, akými ho definovať, alebo vnímať, môžu byť rôzne. Bezpečie môžeme definovať alebo vnímať ako niečo fyzické, mentálne, emocionálne, duchovné, prípadne vzťahové. Môže byť definované ako inštinkt, motív, potreba, pud, ale aj ako miesto, stav, podmienka, percepcia, pocit, emócia, vzťahová skúsenosť, koregulácia prežívania, ko-kreovanie významu či zmyslu. Okrem toho ho môžeme posudzovať pozitívne (napr. pokojné, komfortné, podporné, ochranné), alebo negatívne (napr., bezstarostné, ľahostajné, otupujúce, fosilizujúce). Zároveň môžeme rozlišovať medzi bezpečím, ktoré je defenzívne, interpersonálne, intrapsychické, behaviorálne, ontologické, neurobiologické, alebo takým bezpečím, ktoré pramení z rytmických oscilácií medzi polaritami prežívania, zo zvládnutia (pacientových) testov, zo synchronizácie vzájomného prežívania, z prijímania do komunity, alebo z iných druhov bezpečia, ktoré sú navodzované rôznymi technikami terapeutov.

Zdá sa teda, že samotný pojem bezpečia je v bezpečí, ak nemá univerzálnu definíciu. Neurčité (neuniverzálne) a mnohoraké aspekty bezpečia poskytujú flexibilný priestor na interpersonálne vytváranie a udržiavanie unikátneho – „vždy na mieru ušitého" – bezpečia. Táto mnohorakosť, flexibilita, neurčitosť bezpečia môže byť odôvodnená a vysvetlená tým, že vyplýva nielen z inakosti každého terapeuta a inakosti každého pacienta, ale najmä z inakosti každého psychoterapeutického vzťahu a z inakosti každej situácie v takomto

vzťahu. V záujme bezpečia je preto potrebné, aby sme rešpektovali, že bezpečie má rôzne podoby a definície. Práve heterogénna povahu bezpečia umožňuje človeku, aby sa mohol adaptovať na akúkoľvek životnú situáciu takým spôsobom, aby prežil a zachoval si určitú formu bezpečia – zdravú, pravú, pozitívnu, rastovú, prospešnú, alebo nezdravú, negatívnu, regresívnu či falošnú.

## 5.2 Charakteristické znaky bezpečia

Napriek heterogénnosti bezpečia sa v literatúre konzistentne ukazuje, že bezpečie by mohlo mať aj určité homogénne znaky. Prvým charakteristickým - hoci stále pomerne neurčitým - znakom by mohlo byť to, že *bezpečie je azda vždy prepojené minimálne s jedným iným pojmom alebo aspektom života*. Bezpečie nejestvuje samo o sebe. Aby mohlo existovať, v prvom rade vyžaduje prítomnosť určitej hrozby. Bezpečie však nie je ani čírou absenciou hrozby, pretože absolútne bezpečie nejestvuje a život bez hrozby je iba ilúziou (existuje iba relatívne (nie absolútne) bezpečie). Aby mala definícia bezpečia oporu v realite, musí byť prepojená s inou doménou ľudského života, ktorá poskytuje uchopiteľnejšiu, citeľnejšou a hmatateľnejšiu definíciu bezpečia. V závislosti od okolností môže mať bezpečie podobu dôvery, spásy, záchrany, prežitia, pohody, pokoja, istoty, slobody, moci, kontroly alebo predvídateľnosti. Bezpečie môže byť neoddeliteľne prepojené aj s prežívaním blízkosti, prepojenosti, spolupatričnosti alebo úľavy od frustrácie či bolesti. Taktiež môže symbolizovať mier, nádej, domov, stabilnú klímu ako i dostatok potravín a obnoviteľných zdrojov (1, 497).

Ďalším charakteristickým znakom bezpečia je, že má rôzne zdroje. Ukazuje sa, že bezpečie má a *rôzne zdroje*. K hlavným zdrojom bezpečia by mohli patriť interné vrodené genetické predispozície, akými je napríklad predstavivosť a fantázia (498-504) alebo snívanie (244, 285). Vo fantázii a v snoch je možné dosiahnuť alebo prežívať bezpečie bez obmedzení – akokoľvek. Ďalším kľúčovým zdrojom bezpečia sú rôzne skupiny a vzťahy, ktoré sa evolučne vyvinuli tak, aby pomáhali ľuďom prežiť a pociťovať bezpečie. V závislosti od okolností môžu byť zdrojom bezpečia rôzne skupinové a pripútavacie správania ako i vzťahy, ktoré označujeme ako dominantné, submisívne, rovnostárske, konkurenčné, afiliatívne alebo kooperatívne, atď. K významnému zdroju bezpečia patria aj interné schopnosti a kapacity, ktoré nie sú vrodené, ale postupne sa v nás vyvíjajú prostredníctvom spomínaných vzťahov, v ktorých vyrastáme a žijeme. Tieto intra-psychické kapacity a schopnosti označujeme pojmami akými je bezpečné self, bezpečná sebaúcta, bezpečná identita, bezpečné interpersonálne hranice, bezpečná vzťahová väzba, objektné vzťahy, internalizovaná bezpečné základňa, reziliencia, atď. K ďalším zdrojom bezpečia patria aj afektívne, behaviorálne a motivačné systémy, ktoré zachovávajú homeostázu a homeorhézu. Nepochybne sem patria aj psychologické obrany (napr. zrelé obranné mechanizmy, zdravé zabezpečujúce správania, atď.), ktoré sú používané primerane k veku a situácii. Okrem vyššie uvedených zdrojov by sme k nim mohli ešte priradiť rôzne externé zdroje (napr. veda, náboženstvo, mytológia, majetok, občianstvo, členstvo v skupine, atď.), ktoré však v určitom zmysle môžeme tiež chápať ako prechodové (transitional) alebo upokojujúce (comfort) objekty, alebo ako rôzne psychologické obrany, ktoré nám pomáhajú zvládať realitu. Hlavné zdroje bezpečia sú pre účely prehľadnosti zosumarizované aj v tabuľke 3.

Je však dôležité podotknúť, že menej optimálne podmienky poskytujú menej optimálne zdroje bezpečia. K nim môžu patriť napríklad neisté vzťahové väzby, maladaptívne fungovania afektívnych, behaviorálnych, a motivačných systémov, ako aj neurotické a nezrelé psychologické obrany, prípadne rôzne manipulatívne, alebo falošné bezpečnostné operácie, alebo bezpečnostné správania. Tieto menej optimálne resp. sekundárne zdroje a prostredia bezpečia (nevhodne prežívané a internalizované formy bezpečia, alebo ilúzie bezpečia), sú k dispozícii vtedy, keď primárne a prirodzené zdroje a prostredia bezpečia k dispozícii nie sú. Na pôsobenie takýchto menej optimálnych prostredí, zdrojov a zážitkov bezpečia sa jedinec adaptuje neraz tak, že rizikové situácie a nezdravé správania sa v sprievode obranných stratégií naučí vyhodnocovať a prijímať ako bezpečné a zdravé.

Okrem toho, že bezpečie má rôzne zdroje, je preň charakteristické aj to, že má *rôzne funkcie a ciele*. Uvediem niekoľko príkladov. Jednou z hlavných funkcií bezpečia sa zdá byť tendencia zachovávať *homeostázu, homeorhézu*, konzistenciu a konštantnosť psychologických procesov, bez ohľadu na to, či je to pre náš ďalší rozvoj a rast prospešné, alebo nie. Dalo by sa povedať, že táto funkcia bezpečia je primárne zodpovedná za naše biologické a psychologické prežitie a že sú jej podriadené všetky ostatné funkcie bezpečia, ktoré spomeniem pomocou metafor nižšie.

Ďalšou charakteristickou funkciou bezpečia je poskytovať ochranu a slúžiť ako *hranica, membrána*, alebo *koža*, ktorá sa vyvíja tak, aby nás chránila svojou schopnosťou adaptovať sa na rôzne situácie. Za určitých okolností sa môže zmeniť na *nepriepustnú*, aby nás ochránila pred hrozbami, neznesiteľnou bolesťou a vypudila toxíny, ktoré nás infikujú, poškodzujú, sužujú alebo ničia. V iných prípadoch a prostrediach sa môže zmeniť na *priepustnú*, aby nám dopriala prijať živiny, lásku a medikácie, ktoré nás vyživujú, uzdravujú, posilňujú a podporujú náš rast. V závislosti od rôznych biopsychosociálnych faktorov sa môžu interpersonálne hranice pacientov rozvinúť do *pevných* (hrubokožích, introjektívnych, vyhýbavých, odmietavých), pomocou ktorých sa pacienti naučili vyhľadávať a udržiavať bezpečie predovšetkým prostredníctvom autonómie a nezávislosti od iných. Životné zážitky iných pacientov môžu vyústiť do vyvinutia *tenkých* hraníc (tenkokožích, anaklitických, ambivalentných, závislých), pomocou ktorých pacienti vyhľadávajú a udržiavajú bezpečie najmä prostredníctvom fúzií a vzťahov s inými. Pre pacientov v psychoterapii môže byť preto užitočné, to, aby využili adaptačný potenciál svojich interpersonálnych hraníc k dosiahnutiu žiaducich zmien.

Významnou funkciou bezpečia sa zdá byť aj to, že slúži ako *útočisko* alebo *bezpečný prístav*, ktoré vedome či nevedome vyhľadávame, aby sme prežili alebo dosiahli určitú psychologickú spásu. Vzhľadom k tomu, že absolútne bezpečie alebo pokoj však neexistuje, v určitom stave ohrozenia sa počas života nachádzame neustále a práve z tohto dôvodu bezpečie vyhľadávame a udržiavame – viac či menej, vedome, či nevedome – nepretržite. Bezpečie vyhľadávame a udržujeme akýmkoľvek spôsobom (napr. prostredníctvom vzťahov a/alebo psychologických obrán), ktorými chránime a zachovávame biologický alebo psychologický život nás samých

(alebo tých, ktorých chránime). Pre pacienta, ktorý je v ohrození alebo trpí, by mohla byť takýmto bezpečným prístavom (cieľom, útočiskom) nielen *psychoterapia*, ale aj niektoré obranné mechanizmy a bezpečnostné správania. Túto funkciu bezpečia by sme metaforami mohli prirovnať napríklad ešte aj k *Bohu* (ktorý nám poskytne spásu), *rodičom* (ktorí, nám poskytnú ochranu), *domu* (kde nájdeme teplo a jedlo), k *lekárovi* (ktorý nám poskytuje liečbu), alebo k *hrádzi* (ktorá nás chráni pred nebezpečnou (emocionálnou) energiou).

Azda tie najdôležitejšie - liečivé - funkcie bezpečia by sme mohli prirovnať k *zotavovni, liečebni, kolíske, posteli, oáze* alebo k *prameňu,* v ktorých sa upokojujeme, oddychujeme, nasycujeme, uzdravujeme a posilňujeme najmä svoju seba-úctu, seba-účinnosť a schopnosť psychologicky prežiť. Tieto centrálne funkcie bezpečia sú činné najmä vtedy, keď sa upokojujeme, utišujeme, staráme sa o seba, nasycujeme naše základné potreby (prostredníctvom našich intra-psychických schopností, bezpečných vzťahových väzieb, alebo iných bezpečných vzťahov) alebo vtedy, keď spíme a sníme, kedy sa v našom organizme a psychike spúšťa biologická a psychologická integrácia a uzdravovanie. Pre pacienta, ktorý je v psychoterapii, by k prežívaniu tejto funkcie bezpečia, mohli patriť napríklad zážitky, kedy je v psychoterapeutickom vzťahu chápaný, rozpoznávaný, zrkadlený, prijímaný, držaný, kontejnovaný, oceňovaný, validovaný a nesúdený.

Ďalšou funkciou či cieľom bezpečia, je aby nás v nebezpečnom svete sprevádzalo a je slúžilo nám ako *sprievodné svetlo* (guiding light) (172), ktoré vrhá svetlo na temné a nevyšliapané cesty, ako *Ariadnina niť* (174), ktorá nám poskytuje orientáciu a bráni nám stratiť sa v labyrinte nevedomia alebo ako *orientačný maják* (beacon of orientation) (208), ktorý nám poskytuje nádej a uistenie, že na našej životnej púti nestroskotáme, a že naše bolesti a trápenie pominú, alebo ustúpia na tolerovateľnú úroveň. Pre pacienta by takou nádejou alebo orientačným majákom mohlo byť napríklad terapeutovo uistenie, že pacient nie je jediný, kto prežíva také ťažkosti, a že iným ľuďom s takými ťažkosťami sa podarilo bolesti a utrpenie prekonať alebo zmierniť. Funkciu sprievodného svetla by mohlo poskytovať napríklad zrkadlenie, ktoré zahŕňa príjemný a láskavý terapeutov pohľad, ktorý pomáha zneistenému pacientovi k tomu, aby sa sám v sebe uvlastňoval a ukotvoval a aby prežíval samého seba ako prijímanú a rozpoznávanú unikátnu bytosť, ktorá je oceňovaná a do ktorej je vkladaná dôvera. Funkciu Ariadninej nite by sme mohli prirovnať k putu alebo k vzťahovej väzbe, ktorá pacientovi poskytuje pocit, že nie je stratený, ale v bezpečí, pretože je v blízkom spojení s vrúcnym a prijímajúcim terapeutom.

Medzi funkcie bezpečia by sme mohli zaradiť aj vedomý či nevedomý *proces diferencovania* medzi bezpečným a nebezpečným, ku ktorému patrí aj rozlišovanie medzi fantáziou a realitou (resp. medzi fantazijným/reálnym bezpečím a fantazijným/reálnym nebezpečím). Ide o proces, počas ktorého sa rozhodujeme, či a do akej miery je OK niekomu dôverovať, alebo vstúpiť do blízkeho vzťahu – testujeme a preverujeme, kto a čo je pre nás bezpečné a reálne, a kto a čo nie. Pre pacienta by k takémuto diferencovaniu mohlo patriť pozorovanie, overovanie a testovanie psychoterapeuta (vrátane terapeutovho správania v psychoterapii, zovňajšku, pohlavia, histórie, vierovyznania, sexuálnej orientácie, internetovej stránky, výbavy pracovne, atď.). K procesu diferencovania neodmysliteľne patrí aj sledovanie a vyhodnocovanie vlastných pocitov, ktoré počas interakcií prežívame. Tento proces diferencovania možno prirovnať aj k interpersonálnym hraniciam, pomocou ktorých mapujeme bezpečnosť a reálnosť vzťahu pomocou externých zdrojov (napr. pozorovaním a vyhodnocovaním správania druhej osoby) a interných zdrojov (napr. prežívaním a vyhodnocovaním svojich vlastných pocitov). Pomocou takejto diferenciácie sa môže pacient lepšie rozhodnúť po alebo pri akých skúsenostiach sa vo vzťahu s terapeutom viac „otvorí“ alebo „zatvorí.“ Ak terapeut prechádza takýmito testami pacienta, tak vo vzťahu vzniká silnejší pocit dôvery a bezpečia, ktorý by sme mohli prirovnať k *unikátnemu bezpečnostnému kľúču,* alebo k *dešifrovaciemu kódu*, pomocou ktorého sa postupne otvárajú dvere do nevedomia pacienta a jeho zraniteľných oblastí.

Ďalšiu funkciu bezpečia by sme mohli prirovnať k *oscilátoru, bezpečnostnému ventilu* alebo regulácii (prípadne *koregulácii*), pomocou ktorých oscilujeme, synchronizujeme, regulujeme a stabilizujeme naše protichodné, netolerovateľné, neznesiteľné myšlienky, emócie a iné stavy a prežívania. Pacient môže takéto zážitky bezpečne prežívať napríklad počas reparácií a korektívnych emocionálnych skúseností, ku ktorým v účinnej terapii dochádza.

Bezpečie má nepochybne aj iné funkcie. Medzi ne patrí aj funkcia *integrácie, synchronizácie, kohézie,* alebo *ko-kreovanie* významov a zmyslov, pomocou ktorých prepájame naše zážitky, vytvárame celistvosť nášho self a uvlastňujeme sa v našej identite a orientácii. K funkcii bezpečia určite patrí aj to, že slúži ako *odolnosť* alebo *reziliencia*, vďaka ktorej môžeme prijímať riziká, vnárať sa do zraniteľných oblastí, znášať neistoty, tolerovať frustrácie, vyrovnávať sa s ťažkými životnými situáciami a vracať sa do stavov pokoja a pohody. Bezpečie môže mať nepochybne aj funkciu *bezpečnej základne, domény, platformy, paliva* alebo *pohonnej látky*, vďaka ktorým môžeme skúmať, explorovať, vyhľadávať nové veci, alebo sa hrať či kreatívne vyjadrovať, počas ktorých môžeme prehlbovať sebapoznanie alebo dosahovať lepšie verzie samých seba.

Posledné príklady cieľov a funkcií bezpečia by sme mohli prirovnať ku *karbonifikácii, mumifikácii, hybernácii, fosilizácii,* alebo k *automatizácii* (ktorých spoločným cieľom je dosiahnuť niečo, čo je trvalo alebo dlhodobo stabilné, identické, nemenné, bezstarostné) alebo k *spohodlneniu, rozmaznaniu* a *regresii* (ktorých cieľom je vyhnúť sa námahe, stresom a ťažkostiam hoci i za cenu straty dynamiky). Tieto funkcie bezpečia môžu nebadane a pervazívne prenikať aj do psychoterapie. Terapeut môže napríklad potrebu bezpečia vedome či nevedome zneužiť vo svoj vlastný prospech (napr. terapeut kvôli svojej potrebe empaticky „splývať“ vo vzťahu natoľko prežíva život pacienta, že tým nevedome inhibuje svoju schopnosť identifikovať závažnosť pacientovej psychopatológie). Prípadne môže na bezpečí ľpieť alebo sa ním nechať zneužiť, zlákať, zviesť ako gréckymi sirénami, ktoré psychoterapeutický vzťah natoľko opoja a omámia, že v ňom obe strany spohodlnejú a prestanú čeliť nutným nebezpečenstvám, optimálnym frustráciám, znesiteľným neistotám a tolerovateľným emocionálnym destabilizáciám.

Vyššie uvedené funkcie bezpečia sú uvedené iba príkladom, ktorých cieľom je vytvoriť si o nich lepšiu a citeľnejšiu predstavu. Funkcií bezpečia môže byť viac a môžu byť aj

inak vyjadrené. K funkciám bezpečia by sme mohli napríklad zaradiť aj dosahovanie nasledovných cieľov: chrániť a zachovávať, minimalizovať riziká, vyhýbať sa potenciálnym zraneniam, vyhýbať sa chybám, znižovať riziko neautorizovaného prístupu, znášať ťažkosti a prekonávať prekážky, poskytovať dôvernosť, integritu a dostupnosť, byť bez starostí, obáv a úzkostí. Zhrnutie hlavných funkcií bezpečia je v tabuľke 4.

**Tabuľka 5. Negatívne aspekty bezpečia.**

| **Negatívne aspekty bezpečia** | |
|---|---|
| **Nedostatok bezpečia** | • prostredie charakterizované nadmerne kontrolujúcim, dominantným, autoritariánskym alebo neangažovaným výchovným štýlom<br>• neistá vzťahová väzba, zanedbávanie, týranie, zneužívanie, zlé zaobchádzanie (napr. neznesiteľné a netolerovateľné hrozby, sklamania, neistoty, destabilizácie, separácie, straty; nadmerné požadovanie, kritizovanie, zahanbovanie, obviňovanie, monitorovanie atď.)<br>• nedostatok empatie, bezpodmienečného prijímania, zrkadlenia, kontejnovania, zladenia, synchronizácie, validovania atď. |
| **Nadbytok bezpečia** | • prostredie charakterizované nadmerne protektívnym, starostlivým, permisívnym, povoľujúcim výchovným štýlom<br>• neistá vzťahová väzba, rozmaznávanie, hýčkanie; nadhodnocovanie, nerealistické spätné väzby<br>• nadmerné pomáhanie, chválenie, dôverovanie, podporovanie, odpúšťanie<br>• nedostatok požadovania, monitorovania; nedostatok optimálnych znesiteľných alebo tolerovateľných frustrácií, hrozieb, sklamaní, neistôt, destabilizácií, separácií, strát |
| **Zradnosť bezpečia** | • príjemné, vábivé, lákavé, príťažlivé a zdanlivé aspekty bezpečia môžu byť zároveň paradoxné, iluzórne, a klamlivé<br>• prežívanie bezpečia a pozitívnych asociácií, sekundárnych ziskov a iných príjemných zážitkov spojených s obrannými miechanizmami<br>• pocity úľavy po disfunčnom úniku pred nebezpečestvom;<br>• čokoľvek, čo je aspoň trochu príjemné, môže byť prežívané ako bezpečné<br>• automatické a neuvedomované vyhodnocovanie (na báze implicitnej pamäti) reality, fantázií, bezpečia, hrozby, dôveryhodnosti, rizika (môže byť primerané aj neprimerané) |
| **Konzervatívnosť bezpečia** | • gravitačná príťažlivosť smerom k tomu, čo je spoznané, odskúšané, a čo raz fungovalo čo koreluje s doterajšou skúsenosťou: retardačný vplyv, zaostávanie, pridržiavanie sa fungujúcich istôt<br>• preferovanie familiárneho pred neznámym, vyskúšaného pred nevyskúšaným, faktického pred zahadným, skutočného pred možným, konzistentného pred nekonzistetným, identického pred inakým, limitovaného pred neohraničeným, bližšieho pred vzdialenejším (nezriedka bez ohľadu na to, či je to zdravé a prospešné alebo nie)<br>• spomaľovanie rozvoja a vývoja (napr. z dôvodu dominancie princípu konštantnosti, konfirmačného skreslenia, princípu konzistencie, skreslenia v spätnom pohľade, homeostázy a homeorhézy)<br>• rezistencia voči zmenám a rizikám, preferovanie overeného pohodlia a komfortnej zóny |

**Tabuľka 6. Situačne nevhodne prežívané podoby bezpečia psychoterapeutom - príklady.**

| **Situačne nevhodne prežívané podoby bezpečia psychoterapeutom - príklady** | |
|---|---|
| **Idealizovanie a zneužívanie bezpečia** | • idealizovanie bezpečia, ľpenie na istote a bezpečí, zotrvávanie vo fungujúcich istotách, ilúzie o totálnom, absolútnom, permanentnom bezpečí, alebo o nulovom riziku, pretrvávanie v regresii<br>• bezpečie na úkor slobody, zmyselnosti, zmysluplnosti, dobrodružstva, kreativity, individuality, hravosti<br>• vyhýbanie sa, absencia alebo nízka miera napätia, stresu, tajomna, nepohody, konfliktu, destabilizácii, nepredvídateľnosti, dynamiky, nevyhnutného nebezpečenstva, tolerovateľnej frustrácie, prijateľného rizika, neistoty a sklamania<br>• pohodlnosť, komfort, statickosť, opakujúca sa predvídateľnosť, bezstarostnosť, učičíkanie, ukolísanie, rozmaznanie, spohodlnenie, infantilnosť vo vzťahu, psychická obéznosť, atrofia psychického svalstva, pripútanosť a závislosť od vzťahu |

| | |
|---|---|
| | • vyhýbanie sa zodpovednosti, ľahostajnosť, bezstarostnosť, otupenie, znecitlivenie, lenivosť, bezrizikovosť, nedostatok odvahy<br>• spomalenie alebo zablokovanie rozvoja odolnosti, reziliencie, frustračnej a afektívnej tolerancie |
| **Bezpečie v podobe povolania psychoterapie - zranení liečitelia** | • vyhľadávanie superiórneho spoločenského statusu a novej identity (moc a vplyv ako hlavné zdroje bezpečia)<br>• vyhľadávanie bezpečnej intimity v chránených (terapeutických) vzťahoch<br>• pacienti ako bezpečné zdroje lásky k samému sebe a náhrady za lásku rodičov či partnerov<br>• psychoterapia ako reparácia samého seba, alebo únik pred inými ťažkosťami v osobnom živote (nespracované traumy, psychické ťažkosti, choroby, hanba a strach hovoriť o vlastných zraneniach a pochybeniach)<br>• nahradenie vlastných zranení idealizovanými predstavami; projekcie vlastných zranení do pacientov (pacient v podobe ideálneho self, ktorý plní terapeutove nesplnené túžby, alebo popretého self, ktorý slúži ako obetný baránok na stabilizáciu terapeutovej seba-úcty) |
| **Bezpečie v podobe starostlivosti – bezmocní pomocníci a kompulzívni opatrovatelia** | • nadmerná potreba pomáhať a liečiť iných (pomoc a starostlivosť o iných ako hlavné zdroje bezpečia)<br>• kompulzívne opatrovanie; patologický altruizmus; patologická starostlivosť; vnucovanie pomoci<br>• stanovovanie nereálnych cieľov, popieranie reality a limitov vlastných schopností („liečenie“ neliečiteľných, „menenie“ nemeniteľných, „pomáhanie“ tým, ktorí pomoc nevyžadujú, alebo nepotrebujú)<br>• pomáhanie iným ako náhrada za chýbajúce intímne vzťahy, neschopnosť prežívať vlastné potreby, alebo neschopnosť neriešiť vlastné problémy, alebo neschopnosť sebareflexie<br>• terapeutické postupy vedené primárne v záujme potvrdzovania vlastnej hodnoty alebo v záujme získavania iných výhod (napr. nasýtenie seba-úcty, zvedavosti, zvýšenie vďačnosti, obdivu) |
| **Bezpečie v podobe kompetencie - vedátori a perfekcionisti** | • rigidné a nepriepustné hranice (znalosti, kompetentnosť, či neomylnosť ako hlavné zdroje bezpečia)<br>• bezpečie terapeuta pramení a závisí od presného chápania vnútorného sveta klienta, od neomylnej kompetentnosti (nepriznávajú vlastnú vinu, či pochybenia v terapii), od klientov s tenkými hranicami, od exaktnej diagnostiky, od vopred stanoveného plánu a postupu, ako aj od premyslených intervencií, ktorých sa neochvejne pridržiava<br>• vysvetľovanie nevysvetliteľného; nachádzanie zmyslu a diagnózy aj v nezmysloch a nedostatku informácií<br>• nadmerné vyhýbanie sa odchyľovaniu od štandardizovaných postupov; transformovanie neznámeho na známe; odtajňovanie tajomného; nachádzanie kauzálnosti v akauzálnosti; pridržiavanie sa reality a vedy<br>• vtesnávanie individuálneho self pacienta do vlastných teórií, kategórií, konceptov, a štruktúr<br>• dogmatické nasledovanie techniky, rigidne pridržiavanie sa akýchkoľvek teórií<br>• kompulzívne alebo predčasné vyvodzovanie záverov alebo koncipovanie teórií o svete klienta z vlastnej (nie pacientovej) perspektívy |
| **Bezpečie v podobe nekonfliktného vzťahu – konformisti a hráči na istotu** | • príliš priepustné a flexibilné hranice (láska, empatizovanie a splývanie ako hlavné zdroje bezpečia)<br>• bezpečie terapeuta pramení pervazívnej moci lásky ako liečivej sile (terapeut nepriznáva nenávistné protiprenosové pocity voči pacientovi); alebo zo vzťahu pacientom, v ktorom nedochádza k žiadnemu napätiu, v ktorom sa výlučne empatizuje a exploruje<br>• prežívanie rôznych foriem bezpečia prostredníctvom príjemných, splývajúcich a nekonfliktných vzťahov s pacientmi<br>• zotrvávanie v komfortnom a milom postoji idealizovanej materskej postavy; málo otcovský, nekategorizujúci a nekonfrontujúci postoj<br>• uspokojovanie sa s miernymi zmenami, vyhýbanie konfrontáciám a konfliktom, neskúšanie nových techník a intervencií |

| | |
|---|---|
| | • kreovanie predstavy, že svet v terapii je bezpečný a mimo terapie je nebezpečný<br>• zneužívanie vzťahu pre svoje vlastné (narcistické) potreby, zotrvávanie v progresívnej a dospelej pozícii za cenu, že pacient sa spustí do regresívnych a menej zaťažujúcich svetov fantázie<br>• udržiavanie terapie v pohode a komforte, ktoré nepodporujú rozvoj odolnosti a frustračnej a afektívnej tolerancie |
| **Bezpečie v podobe splynutia s psychoterapiou - obete povolania a profesijné deformácie** | • identifikácia s rolou psychoterapeuta v pracovnom i súkromnom živote<br>• bezpečie je závislé od splývania s profesijnou rolou<br>• bezpečie pramení viac zo vzťahov s klientmi, než so súkromných vzťahov<br>• závislosť od povolania psychoterapie, ktoré obmedzuje sexualitu, manželstvo, deti a iných<br>• splývanie súkromného a profesijného života; terapeut žije, aby analyzoval, a analyzuje, aby žil; psychoterapia sa stáva životnou filozofiou a hlavným zmyslom a náplňou v živote; premýšľanie o sebe, iných a svete psychoterapeutickým či analytickým spôsobom<br>• vzťahy s klientmi zabezpečujú a uspokojujú sociálne potreby terapeuta<br>• kontakt s ľuďmi sa obmedzuje na kontakt s kolegami a čítanie sa limituje na čítanie odbornej literatúry<br>• terapeut žije ako motýľ v skleníku, bez ohľadu na to, že skleník je otvorený<br>• identita psychoterapeuta nahrádza nesplnené túžby po vlastnej jedinečnej identite: vzdanie sa svojej jedinečnej neprofesijnej identity ako aj všestranného rozvoja osobnosti |

## 5.3 Odporúčania pre prax

*Vytvoriť viaceré zdroje bezpečia*

Pre účinnosť terapie je zmysluplné, aby sa bezpečie pacienta opieralo o viacero zdrojov. Zmysluplnosť viac-zdrojového bezpečia je možné vysvetliť pomocou metafor. Aby ostali vajíčka v bezpečí, tak ich nedávame všetky do jedného košíka. Aby sme mali financie v bezpečí, tak ich ukladáme na viaceré miesta. Aby sme diverzifikovali riziká, tak nevsádzame všetko bezpečie len na jednu kartu. V prípade terapie je to podobné. Ak zlyhá jeden zdroj bezpečia je dôležité, aby mal pacient k dispozícii náhradné zdroje, pretože práve spoliehanie sa na viaceré alternatívne zdroje bezpečia umožňuje pacientovi cítiť sa bezpečnejšie.

Pre efektívnosť terapie je preto optimálne, aby sa bezpečie pacienta alebo interpersonálne v terapii neopierali len o jeden zdroj. Prehlbovanie a kultivácia terapeutického bezpečia vyžaduje, aby bolo jeho vyhľadávanie, udržiavanie a načerpávanie všestrannejšie a adaptívnejšie. Čím viac zdrojov bezpečia dokáže pacient vyhľadať, udržať a načerpať, tým širšie spektrum náročných situácií dokáže zvládať. K zdrojom bezpečia môžu patriť rôzne interpersonálne, intrapsychické, spoločenské, komunitné, materiálne, nemateriálne alebo environmentálne aspekty, ktoré sú pre účely prehľadnosti zosumarizované v tabuľke 3.

*Konfigurovať a regulovať bezpečie vo vzťahu*

Každému pacientovi alebo situácii môže prospieť iné nakonfigurovanie bezpečia vo vzťahu. Ak sa napríklad bezpečie konfiguruje prostredníctvom blízkosti vo vzťahu na stupnici od 1 do 10, tak jeden pacient sa môže cítiť s terapeutom bezpečne pri konfigurácii blízkosti (medzi ním a terapeutom) v pomere 7:8, zatiaľ čo iný pacient sa môže cítiť bezpečnejšie pri konfigurácii blízkosti v pomere 2:3. Tomu prvému pacientovi môže preto prospieť skôr vrúcna blízkosť, zatiaľ čo ten druhý sa bude cítiť bezpečnejšie pri zachovaní primeraného odstupu. Terapeut preto musí zohľadňovať skutočnosť, že podaktorí pacienti sa cítia bezpečnejšie ak s nimi terapeut vytvorí tenšie a priepustnejšie interpersonálne hranice. Iným pacientom však môžu prospieť skôr pevnejšie a menej flexibilné terapeutické hranice.

Ďalšou dôležitou úlohou terapeuta je regulácia bezpečia. Aby bezpečie ostalo terapeutické, terapeut ho musí regulovať tak, aby ostávalo dostatočné – tak bezpečné, ako je to v danom vzťahu a situácii potrebné. Nesmie ho byť málo, na zároveň nie je nutné, aby bolo zakaždým najbezpečnejšie. Prítomnosť bezpečia v psychoterapii je potrebné neustále spoločne vytvárať a regulovať takým spôsobom, aby mali obe strany dostatočný pocit bezpečia, najmä keď zvládajú ťažkosti, znášajú neistoty, čelia rizikám, alebo keď sa vnárajú do nepredvídateľností, zraniteľností alebo nutných nebezpečenstiev. Terapeutickému vzťahu teda môže prospievať nielen dostatok bezpečia vo forme pohody, dôvery, pokoja, predvídateľnosti a spoľahlivosti, ale aj dostatok nutného nebezpečia a rizika vo forme dynamiky, dobrodružstva, kreativity, humoru, alebo hry.

*Odlišovať pozitívne a negatívne podoby bezpečia*

Terapeut musí odlišovať rôzne podoby bezpečia. Pacient môže napríklad vyhľadávať a zachovávať takú podobu bezpečia, ktorá je charakterizovaná únikom pred rôznymi nebezpečenstvami. Takto nájdené bezpečie má však podobu útočiska alebo reakcie na hrozbu. Jeho vytvorenie je aktivované presvedčením alebo pocitom pacienta, že okolité vzťahy a svet sú plné neistôt a hrozieb. Táto podoba bezpečia môže byť prežívaná ako príjemná, pretože môže pacientovi poskytovať ochranu, sekundárne zisky, či pocity úľavy. Avšak tento typ bezpečia má reaktívnu a defenzívnu podobu, pretože jeho existencia závisí nielen od existencie hrozby, ale aj

od aktivácie rôznych obranných mechanizmov. Vysokou cenou za tento druh bezpečia je často obmedzenie slobody a regresia, ktorá môže má na rozvoj pacienta retardačne účinky.

Iní pacienti sa mohli naučiť vyhľadávať a udržiavať také bezpečia, ktoré má podobu závislosti. Existencia bezpečia môže byť závislá od rôznych neprimeraných činností alebo disfunkčných správaní, akým je napríklad nadmerná kontrola, prehnaná starostlivosť, perfekcionizmus, patologický altruizmus, prehnaná poslušnosť, vysoká spoločenská hodnota, oceňovaná výkonnosť, alebo hromadenie majetku. Všetky tieto podoby bezpečia sú závislé od vykonania spomínaných činností a správaní, ktoré pacientov limitujú v tom, aby mohli fungovať slobodnejšie a adaptívnejšie.

Iní pacienti môžu preferovať vyhľadávanie a udržiavanie takého bezpečia, ktorá má podobu láskyplného domova alebo bezpečnej vzťahovej väzby. V takomto bezpečí sa dokážu upokojovať, utešovať, uisťovať, ale aj oddychovať, relaxovať, rehabilitovať, liečiť, snívať, meditovať a načerpávať energiu, pretože nie sú odkázaní na aktiváciu obrán. Pre iných môže mať podobu laboratória, ktoré slúži na hlbšiu introspekciu a exploráciu svojho psychického sveta. Tieto nedefenzívne podoby bezpečia im umožňujú, aby si mohli utrieďovať rôzne formy svojich psychických životov, integrovať odlišné časti svojich self a uvlastňovať si svoje identity.

Pre podaktorých pacientov má bezpečie podobu základne, ktorá im umožňuje zlepšovať a rozvíjať svoje osobnostné črty a vlastnosti, akými je napríklad odolnosť, odvaha, či reziliencia. Ďalší môžu bezpečie prežívať v podobe platformy, na ktorej sa môžu socializovať a hrať a kultivovať svoje interpersonálne hranice. Prípadne vnímajú bezpečie v podobe paliva, ktoré im umožňuje dobrodružne preskúmavať okolité vzťahy a svet. Všetky tieto podoby bezpečia pomáhajú pacientovi v osobnostnom rozvoji a raste.

Terapeut musí akceptovať, že každý pacient vyhľadáva a udržiava rôzne podoby bezpečia a že bezpečie z pohľadu pacienta nemusí byť to isté ako bezpečie z pohľadu terapeuta. Pre účinnosť psychoterapie je preto potrebné, aby nielen pacienti, ale i terapeuti najskôr porozumeli tomu, akú podobu bezpečia vyhľadávajú, pociťujú, prežívajú, vytvárajú, vyhodnocujú alebo majú na mysli, keď o nej hovoria alebo píšu, pretože nie všetky aspekty, podoby, či funkcie bezpečia sú terapeutické a adaptívne. Ak terapeuti odlišujú zrelé obranné mechanizmy od nezrelých, adaptívne mechanizmy zvládania od maladaptívnych, bezpečné hranice od neistých, pravé self of falošných, bezpečné vzťahové väzby od neistých, mohli by podobným spôsobom kategorizovať a diferencovať aj podoby bezpečia. Vďaka tomu by mohli lepšie identifikovať rôzne nevhodne vyhľadávané, disfunkčne udržiavané, alebo neadekvátne vyhodnocované podoby bezpečia, na úkor takých, ktoré by boli primerané, adaptívne, či terapeutické.

Za účelom sprehľadnenia a vzájomného chápania pojmu bezpečia je preto nevyhnutné, aby terapeuti diferencovali bezpečie na dobré (zdravé, pravé, zrelé, adaptívne, funkčné, slobodné, exploratívne, prospešné, rastové, pozitívne) a zlé (defenzívne, falošné, nezdravé, nezrelé, maladaptívne, disfunkčné, retardačné, neprospešné, regresívne, negatívne). Rôzne podoby a aspekty bezpečia (vrátane zdrojov či funkcií) sú kvôli prehľadnosti zosumarizované v tabuľkách na konci tejto analýzy.

*Aplikovať spektrum stratégií týkajúcich sa bezpečia*

Psychoterapia zahŕňa spektrum pacientov a preto aj spektrum otázok týkajúcich sa bezpečia, ktoré vyžadujú spektrum psychoterapeutických stratégií. Obranné mechanizmy sú počase terapie obyvkle mobilizované v takom rozsahu, aby udržiavali pacienta v jeho relatívnej zóne bezpečia. Z tohto dôvodu je potrebné na počiatku terapie zistiť, aké typy obranných mechanizmov sú aktivované a či a do akej miery sú adaptívne alebo maladaptívne. Terapeut musí tiež vypátrať, do akej miery spôsobujú pacientovi pocity ohrozenia a zabraňujú mu slobodne preskúmavať svoj psychický svet. Bez identifikácie typu obranných mechanizmov nemusí byť možné tieto obranné mechanizmy deaktivovať a vytvoriť v terapii dostatok bezpečia. Každý pacient sa totiž chráni inými obrannými mechanizmami a každému z nich môže preto iná stratégia pre vybudovanie alebo udržiavanie terapeutického bezpečia.

Niektorí pacienti nemusia mať priveľké ťažkosti spojené s bezpečím. Aby sa cítili bezpečne, tak im môže postačiť, aby ich terapeuti empaticky prijímali, nesúdili, a zároveň správne a promptne reagovali na ich potreby a signály. Týmto pacientom môže takto vytvorené bezpečie postačovať k tomu, aby začali čoskoro vychádzať z komfortnej zóny, pracovali na hraniciach tolerovateľnosti svojich afektov, znášali príležitostné frustrácie a neistoty, vnárali sa do zraniteľných oblastí, a čelili nutným nebezpečenstvám za účelom rozvoja a rastu.

Naopak, iným pacientom, u ktorých prevládajú menej zrelé obrany, môže prospieť dlhšia (nie však permanentná) regresia do primárnej závislosti s bohatými zážitkami bezpečia – veľa bezpečia po dlhšiu dobu. Môžu profitovať z toho, ak terapeut na počiatku terapie akceptuje všetky ich obrany a spôsoby akým si udržiavajú svoje bezpečie. S cieľom vybudovania a zachovania bezpečia týchto pacientov sa musí terapeut vyhýbať otázkam, cvičeniam, metódam, konfrontáciam, intepretáciám či iným intervenciám, pretože tie by ich mohli destabilizovať, alebo narušiť ich limitovanú zónu bezpečia. Prípadné konfrontácie, intervencie a optimálne frustrácie môžu byť pre týchto pacientov vhodné a prospešné až po vybudovaní dostatočného interpersonálneho a intrapsychického bezpečia.

Pre iných pacientov však môže byť užitočnejšie, ak ich terapeuti za účelom vyhľadania a udržiavania bezpečia konfrontujú skoršie, intenzívnejšie alebo častejšie (napr. interpretáciou obrán alebo identifikáciou príčinnej súvislosti medzi emóciami, anxietou, obrannými mechanizmami a symptómami). Títo pacienti sa nemusia vo vzťahu cítiť dostatočne bezpečne, pokiaľ terapeuti najskôr nedeaktivujejú ich disfunkčné obranné mechanizmy. Môžu napríklad potrebovať pomoc s mobilizáciou ich vôle pre terapiu, pretože ak projikujú svoju vôľu na terapeutov, tak sa môžu cítiť v terapii ohrozene a demotivovane. Ak projikujú na terapeutov svoje prísne superegá, tak sa v dôsledku takýchto obrán nemusia cítiť v terapii dostatočne bezpečne. Ak sa cítia bezpečne tým, že počas prenosu nevedome uspokojujú potreby terapeuta,

tak pokiaľ takáto forma bezpečia ostane terapeutom nekonfrontovaná, zrejme nepovedie k terapeutickému progresu.

Bezpečie niektorých pacientov v terapii sa môže odvíjať aj od toho, kedy, ako dlho a v akej intenzite terapeut fokusuje na minulosť, prítomnosť, alebo budúcnosť. Pre niektorých pacientov môže byť bezpečnejšie a efektívnejšie učiť sa zanechávať bolestnú minulosť za sebou a sústrediť sa na prítomnosť a budúcnosť. Iným pacientom však môže skôr prospieť hlbšia a dlhodobejšia explorácia minulosti v bezpečnom prostredí.

Terapeut musí počas terapie taktiež akceptovať, že bezpečie každého pacienta pramení z iného zdroja. Kým niektoré zdroje, podoby či druhy bezpečia (napr. interpersonálne bezpečie, náboženstvo, pevné hranice, alebo domov) poskytujú určitým pacientom blahodárnu istotu a bezpečie, iným by mohli spôsobovať úzkostné stavy alebo pocity ohrozenia. Niektoré zdroje, podoby a funkcie bezpečia sú pre jedného pacienta terapeutické a prospešné, ale pre iného nie.

Zdá sa teda, že nejestvuje žiadna univerzálna odpoveď na to, kedy, s kým a akým spôsobom vytvoriť bezpečie a ako zabezpečiť, aby bolo také bezpečie terapeutické. To, či sú druhy, zdroje a funkcie bezpečia v osobitom vzťahu terapeutické, závisí zakaždým od konkrétneho pacienta, terapeuta, vzájomného vzťahu, priebehu terapie alebo konkrétnej situácie.

V akejkoľvek psychoterapii je však žiadúce, aby bolo bezpečie vždy ušité na mieru pacienta a aby terapeut vytváral, zachovával a reguloval bezpečia tak, aby ho bolo dostatok. Ak totiž terapeut nevytvorí dostatok bezpečia, tak pacient môže reagovať rôznymi neurobiologickými alebo psychologickými obranami, ktoré môžu účinnú a efektívnu psychoterapia znemožniť. Naopak, ak terapeut niektoré podoby a formy bezpečia zneužije, tak pacient sa síce môže cítiť veľmi komfortne a bezpečne, ale nemusí pritom rásť a napredovať.

Zdá sa, že pacient v terapii napreduje, rastie, alebo optimalizuje svoje fungovanie v bezpečí do tej miery, do akej mu bezpečie v predchádzajúcom živote chýbalo. V tomto zmysle môže byť pre traumatizovaného pacienta nedefenzívne bezpečie v terapii skutočnou spásou. Ak však v terapii po určitom čase dostatočne načerpá a internalizuje toto chýbajúce bezpečie a zároveň chce a môže ďalej rásť, tak zotrvávanie v komfortnej zóne bezpečia, by jeho ďalší rast už nepodporovalo. Mohol by ostať v nedynamickom pohodlí. V tomto zmysle by mohlo byť zotrvávanie v tejto komfortnej zóne bezpečia pre pacienta zradné, pretože by nerozširovalo jeho zónu bezpečia, neviedlo by ho k spracúvaniu traumatických spomienok, a nepodporovalo by jeho slobodnú exploráciu, či osobnostný rozvoj. Aby mohol taký pacient ďalej rásť, musí sa v terapii dostávať aj mimo svoju komfortnú zónu bezpečia až na jej samotné hranice. Môže sa rozvíjať a rásť iba vtedy, ak bude v terapii prežívať príležitostne menej – hoci stále dostatok – bezpečia, a naučí sa tak kultivovať svoju afektívnu toleranciu, zvládať nevyhnutné nebezpečia, tolerovať znesiteľné frustrácie, prijímať akceptovateľné riziká, znášať osud, alebo nachádzať záľubu či zmysel aj v bezpečnej neistote.

*Udržiavať dostatok bezpečia bez jeho idealizácie a zneužívania*

Táto analýza ukázala, že dostatok bezpečia je v psychoterapii prioritný. Preto nie je potrebné bezpečie ani korunovať, ani zosadiť z trónu. Je však potrebné, aby terapeuti v psychoterapii neustále vytvárali, udržiavali a regulovali dostatok bezpečia, a aby bezpečie neidealizovali a nezneužívali pre vlastné potreby.

**Ďalšie kroky**

Za účelom hlbšej integrácie a systematizácie konceptu bezpečia bude potrebné, aby sa v ďalšom výskume rámcovo vymedzilo, aké druhy bezpečia prežívame fyziologicky, aké sú hlavné zdroje bezpečia počas psychologického vývoja (vrátane zážitkov súvisiacich s bezpečím, ktoré vedú k psychopatológii a vrátane rámcového vyčlenia prospešných a neprospešných zdrojov), aké zdroje bezpečia máme k dispozícii v dospelosti (vrátane objasnenia, kedy a do akej miery môžu viesť k zdraviu alebo psychopatológii), ako je bezpečie prepojené so základnými psychologickými ťažkosťami a poruchami a ich terapiou, aké charakteristiky terapeuta a psychoterapeutickej ambulancie sú zdrojom bezpečia v psychoterapii, aké vzťahové techniky vytvárajú a udržiavajú bezpečie v rámci psychoterapeutického vzťahu (vrátane objasnenia kedy a do akej miery môžu byť tieto techniky prospešné alebo nie), aké správania sú typické pre bezpečného terapeuta a akým spôsobom je pre terapeuta potrebné s bezpečím v psychoterapii pracovať.*

*Informácie o autorovi: Dr. Martin Podolan, PhD, J.D., psychoanalytik, psychoanalytický psychoterapeut. Fakulta psychoterapeutických vied, Sigmund Freud Universität, Freudplatz 1, 1020 Viedeň, Rakúsko

## Zoznam použitej literatúry

1.Podolan M. Mnohorakosť bezpečia v psychoterapii: čo vlastne tento centrálny terapeutický fenomén znamená? Psychiatria-psychoterapia--psychosomatika. 2021;28(2):32-50.

2. Ivaldi A. Treating dissociative and personality disorders: A motivational systems approach to theory and treatment. Ivaldi A, editor. New York, NY: Routledge; 2016. 131-212 p.

3. Erskine RG. Psychological function, relational needs, and transferential resolution: Psychotherapy of an obsession. Transactional Analysis Journal. 2001;31(4):220-6.

4. Levin CB, Shane E. Epilogue: Safety—The Patient, The Analyst, The Dyad. Psychoanalytic Inquiry. 2018;38(8):617-20.

5. Wanless S, Winters D. Psychological safety creates a positive climate for learning. Learning forward. 2018;39(4):41-4.

6. Wanless SB. The role of psychological safety in human development. Research in Human Development. 2016;13(1):6-14.

7. Ainsworth MDS. Security and attachment. In: Volpe R, editor. The secure child: Timeless lessons in parenting and childhood education. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2010. p. 43-53.

8. Ansbacher H. The individual psychology of Alfred Adler. New York: Harper Colophon Books; 1956.

9. Freud S. Moses and Monotheism, An outline of psycho-analysis. In: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Volume XXIII (1937-1939). London: Hogarth Press; 1964.

10. Lieberman AF, Ippen CG, Dimmler MH. Child-parent psychotherapy. In: Carrión VG, editor. Assessing and Treating Youth Exposed to Traumatic Stress. 223-237. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2018.

11. McWilliams N. Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2004.

12. Catherall DR. Emotional safety: Viewing couples through the lens of affect. New York: Routledge; 2006.

13. Zotova OY. Emotional Security of People. Journal of Siberian Federal University. Krasnojarsk, Russia: Siberian Federal University; 2015. p. 1816-33

14. Zedner L. The concept of security: an agenda for comparative analysis. Legal studies. 2003;23(1):153-76.

15. Kenrick DT, Griskevicius V, Neuberg SL, Schaller M. Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. Perspectives on psychological science. 2010;5(3):292-314.

16. Woody EZ, Szechtman H. Adaptation to potential threat: the evolution, neurobiology, and psychopathology of the security motivation system. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2011;35(4):1019-33.

17. Sandler J. The background of safety. International Journal of Psychoanalysis. 1960;41:352-6.

18. Sullivan H. The collected works of Harry Stack Sullivan, Vol. 1: The interpersonal theory of psychiatry (HS Perry & ML Gawel, Eds.). New York: Norton; 1953.

19. Lichtenberg JD. Motivational systems and model scenes with special references to bodily experience. Psychoanalytic Inquiry. 2001;21(3):430-47.

20. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. I: Attachment. London, UK: The Hogarth press and the institute of psychoanalysis; 1969.

21. Panksepp J, Biven, L. Archeológia mysle: neuroevolučný pôvod ľudských emócií. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2021.

22. Erikson EH. Childhood and society. 2 ed. New York, NY: Norton & Company; 1963.

23. Balint M. Primary love and psychoanalytic technique. London, UK: Routledge; 1956.

24. Henseler H. Narziβtische Krisen—Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1974.

25. Kelly AC, Zuroff DC, Leybman MJ, Gilbert P. Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. Cognitive Therapy and Research. 2012;36(6):815-26.

26. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.

27. Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2002;16(3):263-94.

28. Green A. Resonance of suffering. London: Karnac Books; 2010.

29. Modell AH. The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1976;24(2):285-307.

30. Mitchell SA. Psychoanalysis and the degradation of romance. Psychoanalytic Dialogues. 1997;7(1):23-41.

31. Blatz WE. Understanding the young child. Toronto: Clarke, Irwin & Co.; 1944.

32. Chalmers B, Meyer D. What men say about pregnancy, birth and parenthood. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 1996;17(1):47-52.

33. Buzan B, Wæver O, Wæver O, De Wilde J. Security: A new framework for analysis. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers; 1998.

34. Rogers CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. London: Constable 1974.

35. Eva Lester G, Glen O. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. New York: Basic Books; 1995.

36. Dollard MF, Tuckey MR, Dormann C. Psychosocial safety climate moderates the job demand–resource interaction in predicting workgroup distress. Accident Analysis & Prevention. 2012;45:694-704.

37. Gabbard GO. Boundaries and boundary violations in psychoanalysis. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2016.

38. Baer M, Frese M. Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior. 2003;24(1):45-68.

39. Bosak J, Coetsee WJ, Cullinane S-J. Safety climate dimensions as predictors for risk behavior. Accident Analysis & Prevention. 2013;55:256-64.

40. Casey T, Griffin MA, Flatau Harrison H, Neal A. Safety climate and culture: Integrating psychological and systems perspectives. Journal of occupational health psychology. 2017;22(3):341-53.

41. Edmondson AC, Kramer RM, Cook KS. Psychological safety, trust, and learning in organizations: A group-level lens. In: Cook RMKKS, editor. Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches. 12. New York, USA: Russell Sage Foundation; 2004. p. 239-72.

42. Lichtenberg JD, Lachmann FM, Fosshage JL. The clinical exchange: Techniques derived from self and motivational systems. Hillsdae, NJ: The Analytic Press; 2013.

43. Kernberg O. Contemporary Controversies in Psychoanalytic Theory, Techniques, and Their Application. New Haven, CT: Yale University Press; 2008.

44. Sandler PC. A Clinical Application of Bion's Concepts: Dreaming, Transformation, Containment and Change. London: Kamac; 2011.

45. Schafer R. The analytic attitude. New York, NY: Routledge; 2019.

46. Stern EM. Psychotherapy and the Self-contained Patient. New York: Haworth Press; 1989.

47. Lichtenberg J. Psychoanalytic inquiry book series. Craft and spirit: A guide to the exploratory psychotherapies. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2005.

48. Shane E, Shane M. Object loss and selfobject loss: a contribution to understanding mourning and the failure to mourn. In: Hagman G, editor. New Models of Bereavement Theory and Treatment: New Mourning. New York, London: Routlege; 2016. p. 24-39.

49. Carr EM, Sandmeyer J. Exploring the vicissitudes of safety and danger in psychoanalysis: Developing trust through mutual engagement. Psychoanalytic Inquiry. 2018;38(8):557-68.

50. Blatz WE. Human security: Some reflections. Toronto, Canada: University of Toronto Press; 1966.

51. Waters E, Sroufe LA. Attachment as an organizational construct. Child Development 2017;48:1184–99.

52. Bowlby J. (b) The Growth of Independence in the Young Child. Journal (Royal Society of Health). 1955;76(9):587-91.

53. Ainsworth MDS, Bell, S. M. V. and Stayton, D. J. Individual Differences in Strange-Situational Behaviour of One-Year-Olds. In: Schaffer H, editor. The Origins of Human Social Relations. London: Academic Press; 1971. p. 17-58.

54. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N J: Erlbaum; 1978.

55. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology. 1991;61(2):226-44.

56. Grossmann KE, August P, Fremmer-Bombik E, Friedl A, Grossmann K, Scheuerer-Englisch H, et al. Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Springer IKH, editor. Handbuch der Kleinkindforschung. Berlin, Heidelberg: Springer; 1989. p. 31-56.

57. Bowlby J. The making and breaking of aflectional bonds. London: Tavistock; 1979. Tavistock p.

58. Czander WM. The psychodynamics of work and organizations: Theory and application. NewYork, NY: Guilford Press; 1993.

59. Steele A. Developing a secure self: An attachment-based approach to adult psychotherapy. Gabriola, British Columbia: April Steele; 2007.

60. Wallin DJ. Attachment in psychotherapy. New York, NY: Guilford press; 2007.

61. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: Rough Guides; 2002.

62. Seager M. The concept of 'psychological safety'–a psychoanalytically-informed contribution towards 'safe, sound & supportive'mental health services. Psychoanalytic Psychotherapy. 2006;20(4):266-80.

63. Stern DN. The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. London UK: Karnac Books; 1985.

64. Smith S-L. Exploring the relationship between selfobject needs and parental bonding: Edith Cowan University; 2007.

65. Kohut H. The Analysis of the Self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. New York: International Universities Press; 1971.

66. Kohut H, Strozier CB. Self psychology and the humanities: Reflections on a new psychoanalytic approach. New York: WW Norton 1985.

67. Kohut H. How does analysis cure? Chicago, IL: University of Chicago Press; 1984.

68. Bowen M. Family therapy in clinical practice. Lanham, MD: Jason Aronson; 1993.

69. Bowlby J. A secure base: Parent child attachment and healthy human attachment. New York: Basic Books; 1988.

70. Fosha D, Siegel DJ, Solomon M. The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice. New York, NY: WW Norton & Company; 2009.

71. Kernis MH. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. Psychological inquiry. 2003;14(1):1-26.

72. Jordan CH, Spencer SJ, Zanna MP, Hoshino-Browne E, Correll J. Secure and defensive high self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology. 2003;85(5):969-78.

73. Patrick H, Neighbors C, Knee CR. Appearance-related social comparisons: the role of contingent self-esteem and self-perceptions of attractiveness. Personality and Social Psychology Bulletin. 2004;30(4):501-14.

74. Zeigler-Hill V, Holden CJ, Southard AC, Noser AE, Enjaian B, Pollock NC. The dark sides of high and low self-esteem. In: Marcus VZ-HDK, editor. The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology. Washington DC: American Psychological Association; 2016. p. 325–40.

75. Kernis MH, Lakey CE, Heppner WL. Secure versus fragile high self-esteem as a predictor of verbal defensiveness: Converging findings across three different markers. Journal of personality. 2008;76(3):477-512.

76. Brummelman E, Sedikides C. Raising children with high self-esteem (but not narcissism). Child Development Perspectives. 2020;14(2):83-9.

77. Baumeister RF. Self-esteem: The puzzle of low self-regard. New York,: Plenum Press; 2013.

78. Hill E. The relationship between self-esteem, subjective happiness and overall life satisfaction. Dublin: National College of Ireland; 2015.

79. Young GD. Adult development, therapy, and culture: A postmodern synthesis. New York: Plenum Press; 1997.

80. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavallee LF, Lehman DR. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. Journal of personality and social psychology. 1996;70(1):141-56.

81. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. Structured interview of personality organization (STIPO). In: Institute PD, editor. Weill Medical College of Cornell University. New York 2004.

82. Steiner TG, Levy KN, Brandenburg JC, Adams Jr RB. In the mind of the beholder: Narcissism relates to a distorted and enhanced self-image. Personality and Individual Differences. 2021;173:110608.

83. Brinkman L, Todorov A, Dotsch R. Visualising mental representations: A primer on noise-based reverse correlation in social psychology. European Review of Social Psychology. 2017;28(1):333-61.

84. Gampel Y. Unavoidable links and violable links: Israelis and Palestinians in psychoanalytic psychotherapy training. In: John Bunzl, Beit-Hallahmi B, editors. Psychoanalysis, Identity, and Ideology. Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 201-13.

85. Howard A. Counselling and identity: Self realisation in a therapy culture. New York, NY: Palgrave Macmillan; 2004.

86. Erikson EH. Identity and the life cycle. New York, NY: Norton & Company; 1994.

87. Birtchnell J. How humans relate: A new interpersonal theory. East Sussex: Psychology Press; 1996.

88. Lichtenberg JD. Reflections on Safety. Psychoanalytic Inquiry. 2018;38(8):569-74.

89. Lacan J. The mirror stage as formative of the function of the I as revealed in psychoanalytic experience. In: Dana Birksted-Breen SF, Alain Gibeault, editor. Reading French Psychoanalysis. London: Routledge; 1949. p. 97-105.

90. Skårderud F. Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association. 2007;15(5):323-39.

91. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Oxford: Oxford University Press 2004.

92. Steiner J. Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. New York, NY: Routledge; 2003.

93. Solan R. The Enigma of Childhood: The Profound Impact of the First Years of Life on Adults as Couples and Parents. New York, NY: Routledge; 2018.

94. Solan R. Stranger Anxiety: When Children Face Strangers. Mental Health in Family Medicine [Internet]. 2016; 12(2):[223-7 pp.]. Available from: http://www.mhfmjournal.com/pdf/stranger-anxiety-when-children-face-strangers.pdf.

95. Nathanson DL. The empathic wall and the ecology of affect. Psychoanal Study Child. 1986;41(1):171-87.

96. Epstein RS. Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process. Washigton, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.

97. Hartmann E. Hranice v nás a vo svete. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2016.

98. Akhtar S. Interpersonal boundaries: Variations and violations. Lanham, MD: Jason Aronson, Incorporated; 2006.

99. Gabbard GO, Litowitz BE, Williams P. Textbook of psychoanalysis. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2012.

100. Ogden TH. The analytic third: working with intersubjective clinical facts. International Journal of Psychoanalysis. 1994;75 ( Pt 1): 3-19.

101. Bridges NA. Moving beyond the comfort zone in psychotherapy. Lanham, MD: Jason Aronson; 2005.

102. Porges SW. The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. Cleveland Clinic journal of medicine. 2009;76(Suppl 2):S86-S90.

103. Schore AN. Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. Pediatrics in Review. 2005;26(6):204-17.

104. Olff M, Langeland W, Witteveen A, Denys D. A psychobiological rationale for oxytocin in the treatment of posttraumatic stress disorder. CNS Spectr. 2010;15(8):522-30.

105. Moberg KU, Moberg K. The oxytocin factor: Tapping the hormone of calm, love, and healing. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2003.

106. Moberg KU. Hormón blízkosti - rola oxytocínu vo vzťahoch. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2016.

107. Allison K, Rossouw P. The therapeutic alliance: Exploring the concept of "safety" from a neuropsychotherapeutic perspective. International Journal of Neuropsychotherapy (IJNPT). 2013;1(1):21-9.

108. Porges SW. The Polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. First edition ed. New York, NY: W.W. Norton & Company; 2011. 368 p.

109. Gilbert P. Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. British Journal of Clinical Psychology. 1993;32(2):131-53.

110. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1994.

111. Schore AN. Paradigm shift: The right brain and the relational unconscious. Psychologist-Psychoanalyst [Internet]. 2008; 28(3):[20-5 pp.].

112. Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. The Journal of Positive Psychology. 2008;3(3):182-91.

113. Porges SW, Buczynski R. The polyvagal theory for treating trauma. Webinar, June2011. p. 2012.

114. Carter CS. Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. Psychoneuroendocrinology. 1998;23(8):779-818.

115. Carter CS, Porges SW. Neurobiology and the evolution of mammalian social behavior. In: In D. Narvaez JP, A. N. Schore, & T.R. Gleason, ed.: Evolution, early experience and human development: From research to practice and policy. New York: Oxford University Press; 2013. p. 132–51.

116. Porges S. Beyond the brain: How the vagal system holds the secret to treating trauma [Webinar presentation]. National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine (NICABM) [Internet].2013.

117. Porges SW. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. International Journal of Psychophysiology. 2001;42(2):123-46.

118. Baldwin DV. Primitive mechanisms of trauma response: an evolutionary perspective on trauma-related disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(8):1549-66.

119. Schore AN. Affect dysregulation and disorders of the Self. New York, NY: WW Norton & Company; 2003.

120. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant mental health journal. 2001;22(1-2):201-69.

121. Mahoney MJ, Granvold DK. Constructivism and psychotherapy. World Psychiatry. 2005;4(2):74-7.

122. Walker P, Carrive P. Role of ventrolateral periaqueductal gray neurons in the behavioral and cardiovascular responses to contextual conditioned fear and poststress recovery. Neuroscience. 2003;116(3):897-912.

123. Coutinho E, Cangelosi A, editors. Emotion and embodiment in cognitive agents: from instincts to music. 2007 International Conference on Integration of Knowledge Intensive Multi-Agent Systems; 2007: IEEE.

124. Ghent E. Wish, need, drive: Motive in the light of dynamic systems theory and Edelman's selectionist theory. Psychoanalytic Dialogues. 2002;12(5):763-808.

125. Podolan M. Afektíve, behaviorálne a motiovačné systémy - význam bezpečia. Psychiatria-psychoterapia--psychosomatika. 2021, č. 1.

126.Cannon WB. The wisdom of the body. New York, NY Norton; 1939.

127. Cannon WB. Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics. In: A. P, editor. Charles Richet, ses amis, ses collègues, ses élèves. Paris: Les Editions médicales; 1926. p. 91-3.

128. Zorea AW. Steroids. Westport, CT: Greenwood Publishing Group; 2014.

129. Waddington CK, H. . The strategy of the genes: a discussion of some aspects of theoretical biology. London: Allen & Unwin; 1957.

130. Mamontov E. Modelling homeorhesis by ordinary differential equations. Mathematical and computer modelling. 2007;45(5-6): 694-707.

131. Grennan S. A Theory of Narrative Drawing. New York: Palgrave Macmillan; 2017.

132. Roder V, Müller DR, Brenner HD, Spaulding WD. Integrated psychological therapy (IPT): for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishing; 2010.

133. Kanzer M. The inconstant "principle of constancy". Journal of the American Psychoanalytic Association. 1983;31(4):843-65.

134. Corsini RJ. The dictionary of psychology. Philiadelphia, PA: Brunner/Mazel; 1999.

135. Toch HH, Hastorf AH. Homeostasis in psychology: a review and critique. Psychiatry. 1955;18(1):81-91.

136. Freud S. Beyond the pleasure principle, Group Psychology and Other Works In: James S, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Volume XVIII (1920-1922). London, UK: The Hogarth Press; 1955. p. 1-64.

137. Grawe K. Psychological therapy. Boston, MA: Hogrefe Publishing; 2004.

138. Klayman J. Varieties of confirmation bias. Psychology of learning and motivation. 1995;32:385-418.

139. Lilienfeld SO. Can psychology become a science? Personality and individual differences. 2010;49(4):281-8.

140. Sullivan H. The collected works of Harry Stack Sullivan, Vol. 1: The interpersonal theory of psychiatry; Conceptions of Modern Psychiatry; The Psychiatric Interview. Gawel HPM, editor. New York: W.W. Norton; 1953.

141. Gilbert P. Human Nature and Suffering. . Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1989.

142. Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2011;84(1):9-25; discussion 98-110.

143. Freud A. The Ego and the Mechanisms of Defense (1936). The Writings of Anna Freud. New York: International Universities Press; 1966.

144. VandenBos GR. APA dictionary of psychology. VandenBos GR, editor. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.

145. Levy E. New Ways in Psychoanalysis (Book Review). Social Research. 1940;7(1):117-9.

146. Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Routledge; 2013.

147. Adler A. What life should mean to you. New York: Capricorn Books; 1958.

148. Adler A. Das Problem der» Distanz «. Über einen Grundcharakter der Neurose und Psychose. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie. 1914;1:8-16.

149. Hougaard E, Jensen VL, Fishman DB. Further reflections on the complexities of therapeutic change mechanisms in a case study of social phobia. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy. 2013;9 (3): 347-58.

150. Cuming S, Rapee RM, Kemp N, Abbott MJ, Peters L, Gaston JE. A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: development and psychometric properties. Journal of anxiety disorders. 2009;23(7):879-83.

151. Deacon B, Maack DJ. The effects of safety behaviors on the fear of contamination: an experimental investigation. Behaviour Research and Therapy. 2008;46(4):537-47.

152. Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A, Wells A, Gelder MG. An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. Behaviour Research and Therapy 1999;37(6):559-74.

153. Salkovskis PM. The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1991;19(1):6-19.

154. Schmidt NB, Buckner JD, Pusser A, Woolaway-Bickel K, Preston JL, Norr A. Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: a unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. Behavior Therapy. 2012;43(3):518-32.

155. Freud S. Abriss der Psychoanalyse. Gesammelte Werke. 17. Frankfurt am Main: Fisher Verlag; 1941. p. 63-138.

156. Segalla J, Roger J. The Intersubjective Safety/Danger Dialectic. Psychoanalytic Inquiry. 2018;38(8):575-86.

157. Frank G. A note on the use of the Rorschach in the assessment of analyzability. Psychoanalytic psychology. 1999;16(2):281-7.

158. Fiscalini J. Coparticipant psychoanalysis: Toward a new theory of clinical inquiry. New York: Columbia University Press; 2007.

159. Goldner V. "Let's do it again": Further reflections on eros and attachment. Psychoanalytic Dialogues. 2007;16(6):619-37.

160. Horney K. What is a neurosis? American Journal of Sociology. 1939;45(3):426-32.

161. Sullivan HS. The collected works. Gawel SPML, editor. New York: W.W. Norton; 1953.

162. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae. Journal of Paediatrics and Child Health. 1982;18(2):106-9.

163. Zimerman A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health. 2003;18(2):109-29.

164. Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Takami G. Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. Life Science Journal. 2012;9(1):68-75.

165. Hutta JS. Geographies of Geborgenheit: beyond feelings of safety and the fear of crime. Environment and Planning D: Society and Space. 2009;27(2):251-73.

166. Rank O. Das Trauma der Geburt. The trauma of birth-N Y: Harcourt, Brace. 1924.

167. Siegel DF, Hilsenroth MJ. Process and technique factors associated with patient ratings of session safety during psycho-dynamic psychotherapy. American Journal of Psychotherapy. 2013;67(3):257-76.

168. Cortina M, Liotti G. Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and intersubjectivity. Psychoanalytic Psychology. 2010;27(4):410-41.

169. Palmer LF. Bonding matters: the chemistry of attachment. Attachment Parenting International News. 2002;5(2):1-4.

170. Emde RN, Swedberg J, Suzuki B. Human wakefulness and biological rhythms after birth. Archives of General Psychiatry. 1975; 32 (6): 780-3.

171. Janus L. Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg Mattes; 2004.

172. Wright K. Vision and separation: Between mother and baby. London Free Association Books; 1991.

173. Grossmann KE, Bretherton I, Waters E, Grossmann K. Maternal sensitivity: observational studies honoring Mary Ainsworth's 100th year. Attachment & Human Development. 2013; 15(5-6):443–7.

174. Edinger EF. The eternal drama: The inner meaning of Greek mythology. Boston: Shambhala Publications; 1994.

175. Porges SW, Dana DA. Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York, NY: WW Norton & Company; 2018.

176. Marmarosh CL. Fostering new relational experience: clinical process in couple psychotherapy. Psychotherapy (Chic). 2014;51(1):1-6.

177. Hsiang-Te Tsuei S, Lee D, Ho C, Regehr G, Nimmon L. Exploring the construct of psychological safety in medical education. Academic Medicine. 2019;94(11S):28-35.

178. Bourne M. Understanding security. New York: Palgrave Macmillan; 2014.

179. Kohut H. The Restoration of the Self. New York, NY: International Universities Press; 1971.

180. Kearney MH. Truthful self-nurturing: a grounded formal theory of women's addiction recovery. Qualitative Health Research. 1998; 8(4):495-512.

181. Watts R, Day C, Krzanowski J, Nutt D, Carhart-Harris R. Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression. Journal of humanistic psychology. 2017;57(5):520-64.

182. Nour MM, Evans L, Nutt D, Carhart-Harris RL. Ego-dissolution and psychedelics: Validation of the ego-dissolution inventory (EDI). Frontiers in human neuroscience. 2016;10:269.

183. Cummings EM, Miller-Graff LE. Emotional security theory: An emerging theoretical model for youths' psychological and physiological responses across multiple developmental contexts. Current Directions in Psychological Science. 2015;24(3):208-13.

184. Cummings EM. Toward assessing attachment on an emotional security continuum: comment on Fraley and Spieker (2003). Developmental Psychology. 2003;39(3):405-8; discussion 23-9.

185. Cummings EM, Davies PT. Marital conflict and children: An emotional security perspective. New York: Guilford Press; 2010.

186. Phelps JL, Belsky J, Crnic K. Earned security, daily stress, and parenting: a comparison of five alternative models. Developmental Psychopathology. 1998;10(1):21-38.

187. Winnicott D. Transitional Objects and Transitional Phenomena: A Study of the First Not-Me posession. International journal of Psycho-Analysis. 1953;34:89-97.

188. Bion WR. A theory of thinking. International Journal of Psychoanalysis. 1962;43:306–10.

189. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy. 2014; 51 (3): 372-80.

190. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol. 1957;21(2):95-103.

191. Rogers CR. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt; 1995.

192. Linehan MM. Validation and psychotherapy. In: Greenberg ACBLS, editor. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association; 1997. p. 353–92.

193. Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy. London: Routledge; 2005.

194. Winnicott D. Hate in the countertransference. Through Paediatrics to Psychoanalysis New York: Basic Books; 1947. p. 194-203.

195. Stiver IP. The meaning of care: Reframing treatment models for women. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1986;23(2):221-6.

196. Stiver IP. The meaning of care: Reframing treatment models. In: J. V. Jordan AGK, J. B. Miller, I. P. Stiver, & J. L. Surrey, editor. Women's growth connection: Writings from the Stone Center. New York: Guilford Press; 1991. p. 250–67.

197. Siegel DJ. Mindsight: The new science of personal transformation. New York, NY: Bantam; 2010.

198. Siegel DJ. The Mindful Brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York: WW Norton & Company; 2007.

199. Geller SM, Porges SW. Therapeutic presence: Neuro physiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. Journal of Psychotherapy Integration. 2014; 24 (3): 178.

200. Michl P, Meindl T, Meister F, Born C, Engel RR, Reiser M, et al. Neurobiological underpinnings of shame and guilt: a pilot fMRI study. Soc Cogn Affect Neurosci. 2014;9(2):150-7.

201. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. New York, NY: Guilford Press; 2011.

202. Breggin PR. The biological evolution of guilt, shame and anxiety: A new theory of negative legacy emotions. Med Hypotheses. 2015;85(1):17-24.

203. Gilbert P. The evolution of shame as marker for relationship security. In: J. Tracy RR, J. Tangney, editor. The self-conscious emotions Theory and research. New York, NY: Guilford Press; 2007. p. 283-309.

204. Hoffman K, Cooper G, Powell B. Kruh bezpečného rodičovstva: Ako podporiť bezpečnú vzťahovú väzbu Vášho dieťaťa, jeho emočnú odolnosť a slobodu v skúmaní seba a sveta. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2018.

205. Julius H, Beetz A, Kotrschal K, Turner D, Uvnäs-Moberg K. Vzťahová väzba s domácimi zvieratami. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2020.

206. Bowlby J. A secure base: Routledge; 2012.

207. Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin B. The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships. New York: Guilford publications; 2013.

208. Mahler MS, Pine F, Bergman A. The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation. . New York: Basic Books; 1975.

209. Tomasello M. The cultural origins of human cognition. Cambridge, MA: Harvard university press; 2009.

210. Kahn WA. Holding environments at work. The Journal of Applied Behavioral Science. 2001;37(3):260-79.

211. Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. New York, NY: Routledge; 2015.

212. Williams DC, Levitt HM. A qualitative investigation of eminent therapists' values within psychotherapy: Developing integrative principles for moment-to-moment psychotherapy practice. Journal of Psychotherapy Integration. 2007;17(2):159-84.

213. Levitt HM, Williams DC. Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. Psychotherapy Research. 2010;20(3):337-52.

214. Beebe B, Lachmann FM. Co-constructing inner and relational processes: Self-and mutual regulation in infant research and adult treatment. Psychoanalytic psychology. 1998;15(4):480-516.

215. Hughes DA, Golding KS, Hudson J. Healing relational trauma with attachment-focused interventions: Dyadic developmental psychotherapy with children and families. New York, London: WW Norton & Company; 2019.

216. Saltzman WR, Pynoos RS, Lester P, Layne CM, Beardslee WR. Enhancing family resilience through family narrative co-construction. Clinical Child and Family Psychology Review. 2013;16(3):294-310.

217. Falls L. Relational theory and the practice of psychotherapy. Psychodynamic Practice: Individuals, Groups andOrganisations. 2009;15(3):313-6.

218. Sagingalievna BK, Berikovna YA. Creating a psychologically comfortable and safe educational environment in the context of teacher professional development courses. Наука, техника и образование. 2018(6 (47)).

219. Adler A. Superiority and social interest: A collection of later writings. Ansbacher HLRRANYVP, editor. New York: Viking Press; 1964.

220. Jung CG. Synchronicity. In: Main R, editor. Jung on Synchronicity and the Paranormal. London: Taylor & Francis; 1997. p. 91-8.

221. Horodecki R, Horodecki P, Horodecki M, Horodecki K. Quantum entanglement. Reviews of modern physics. 2009; 81 (2): 865.

222. Feldman R, Magori-Cohen R, Galili G, Singer M, Louzoun Y. Mother and infant coordinate heart rhythms through episodes of interaction synchrony. Infant Behavior and Development. 2011;34(4):569-77.

223. Feldman R. Parent–infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. Current directions in psychological science. 2007;16(6):340-5.

224. Feldman R. Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. Journal of Child psychology and Psychiatry. 2007;48(3-4):329-54.

225. Bernieri FJ, Reznick JS, Rosenthal R. Synchrony, pseudo-synchrony, and dissynchrony: measuring the entrainment process in mother-infant interactions. Journal of personality and social psychology. 1988;54(2):243.

226. Reyna BA, Pickler RH. Mother-infant synchrony. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2009;38(4):470-7.

227. Helm JL, Sbarra D, Ferrer E. Assessing cross-partner associations in physiological responses via coupled oscillator models. Emotion. 2012;12(4):748-62.

228. Vickhoff B, Malmgren H, Åström R, Nyberg G, Engvall M, Snygg J, et al. Music structure determines heart rate variability of singers. Frontiers in psychology. 2013;4:334.

229. Mitkidis P, McGraw JJ, Roepstorff A, Wallot S. Building trust: Heart rate synchrony and arousal during joint action increased by public goods game. Physiology & Behavior. 2015;149:101-6.

230. Goldstein P, Weissman-Fogel I, Shamay-Tsoory SG. The role of touch in regulating inter-partner physiological coupling during empathy for pain. Scientific reports. 2017;7(1):3252.

231. Tustin F. Autistic Barriers in Neurotic Patients. London Karnac; 1986.

232. Brazelton TB. Infants and Mothers. Differences in development. New York, NY: Dell Publishing; 1969. 241-52 p.

233. Brazelton TB, Tronick E, Adamson L, Als H, Wise S. Early mother-infant reciprocity. Ciba Found Symp. 1975;33(33):137-54.

234. Sander LW. Countertransference. International Journal of Psychoanalysis [Internet]. 1992 Autumn; 73 (Pt 3):[582-4 pp.]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1399291.

235. Bruschweiler-Stern N, Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., et al.: & The Boston Change Process Study Group. Change in psychotherapy: A unifying paradigm. New York, NY: WW Norton & Company; 2010.

236. Shostrom EL. The measurement of growth in psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1972;9(3):194-8.

237. Kestenberg JS, Robbins E. Children and parents: Psychoanalytic studies in development. New York, NY: Jason Aronson; 1975.

238. Levy J, Feldman R. Synchronous Interactions Foster Empathy. Journal of Experimental Neuroscience. 2019;13:1179069519865799.

239. Tronick EZ, Bruschweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, et al. Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health. 1998;19(3):290-9.

240. Kaščáková N. Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučnobiologického aspektu. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2007. 137 p.

241. Hašto J. Vzťahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti. Trencin: Vydavatelstvo F; 2005.

242. Koole SL, Tschacher W. Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. Frontiers in psychology. 2016;7:862.

243. Beebe B. Coconstructing mother–infant distress: The microsynchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. Psychoanalytic inquiry. 2000;20(3):421-40.

244. Hartmann E. Making connections in a safe place: Is dreaming psychotherapy? Dreaming. 1995;5(4):213-28.

245. Williams GA. Demystifying meaningful coincidences (synchronicities): The evolving self, the personal unconscious, and the creative process. Plymouth, UK: Jason Aronson; 2010.

246. Anzieu D, Turner CT. The skin ego. New Haven CT: Yale University Press; 1989.

247. Brazelton TB. Effect of maternal expectations on early infant behavior. Early Child Development and Care. 1973;2(3):259-73.

248. Houzel D. Enveloppe familiale et fonction contenante. D. A, editor. Paris: Dunod; 1994. 27-40 p.

249. Spero MH. The joke envelope: A neglected precursor of the psychic envelope concept in Freud's writing. The Psychoanalytic study of the child. 2009;64(1):193-226.

250. Brown LS, Ballou M. Personality and psychopathology: Feminist reappraisals. New York: Guilford Press; 1992.

251. Giddens A. Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age. Stanford, CA: Stanford university press; 1991.

252. Greenberg J. Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1983.

253. Fairbairn WRD. An object-relations theory of the personality. New York, NY: Basic Books; 1954.

254. Kernberg OF. Object relations theory and clinical psychoanalysis. Lanhan, Boulder, New York: Jason Aronson; 1995.

255. Kohut H. The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut 1978-1981. New York: Routledge; 2018.

256. Berke JH. Psychoanalysis and Kabbalah. Psychoanal Rev. 1996; 83 (6): 849-63.

257. Berke JH. The hidden Freud: his hassidic roots. London: Karnac; 2015.

258. Polster E, Polster M. From the radical center: The heart of Gestalt therapy. Cambridge, MA: Gestalt Press; 2013.

259. Zinker J. Creative process in Gestalt therapy. New York: Vintage Books; 1977.

260. Levine DP. Object relations, work and the self. New York: Routledge; 2009.

261. bin Yaacob MJ. Parent-adolescent relationships and its association to adolescents' self-esteem. The Malaysian journal of medical sciences: MJMS. 2006;13(1):21.

262. Edmondson AC, Lei Z. Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2014; 1(1):23-43.

263. Hart A, Blincow D, Thomas H. Resilient therapy: Working with children and families. London, UK: Routledge; 2007.

264. Schore A, N. Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. Psychoanalysis and Contemporary Thought. 1991;14(2):187-250.

265. Frederickson J. Co-creating Change. Kansas City, MO: Seven Leaves Press; 2013.

266. Frederickson J. Co-creating Safety. Kansas City, MO: Seven Leaves Press; 2020.

267. Hartmann H. Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New York, NY: Internatioal Universities Press; 1958.

268. Grigsby J, Stevens D. Neurodynamics of personality. New York: Guilford Press; 2000.

269. Salisbury A, Law K, LaGasse L, Lester B. MSJAMA. Maternal-fetal attachment. JAMA. 2003;289(13):1701.

270. Rudolf G, Henningsen P. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme; 2000.

271. Hüther G, Weser I. Das Geheimnis der ersten neun Monate: Reise ins Leben. Weinheim Basel Beltz Verlag; 2015.

272. Janus L. Geburt. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2015.

273. Turner JH. Prenatal psychic experience: a psychoanalytic systematic exploration of the emotional life of the fetus: Pepperdine University; 2010.

274. Buren JV. The emergence of the Ineffable In S. Alhanat (Ed), Primitive Mental States Volume II, Psychobiological and Psychoanalytic Perspectives on Early Trauma and Personality Development. New York/London: Karnac; 2002.

275. Kafkalides A. Intra-uterine security: The cause of the Oedipus and Electra complexes in two cases treated with LSD25. The International journal of prenatal and perinatal psychology and medicine. 1996;8(4):427-31.

276. Stewart D. Five Standards for Safe Childbearing. Prospect, KY: Care Publications.; 1997.

277. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. Infant Behavior and Development. 2006;29(3):445-55.

278. Grossmann K, Grossmann KE. Bindungen-das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014.

279. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. Bonding: Building the foundations of secure attachment and independence. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company 1995.

280. Blatt SJ. Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.

281. Hauke G. Moving the mind: Embodied cognition in Cognitive Behavioral Therapy (CBT). European Psychotherapy 2016/2017: Embodiment in Psychotherapy. 2016;13:154-78.

282. Geist RA. Connectedness, permeable boundaries, and the development of the self: Therapeutic implications. International Journal of Psychoanalytic Self Psychology. 2008;3(2):129-52.

283. Dowds B. Beyond the frustrated self: Overcoming avoidant patterns and opening to life. New York, NY: Routledge; 2018.

284. Castle B. Resilient therapy: working with children and families. Journal of Child & Adolescent Mental Health. 2008;20(1):65-6.

285. Hartmann E. Sny: podstata a funkcie snívania. Bratislava: Vydavatelstvo F; 2013.

286. Covington S. Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice. 2002:52-72.

287. Modell AH. The centrality of the psychoanalytic setting and the changing aims of treatment. A perspective from a theory of object relations. Psychoanalytic Quarterly. 1988;57(4):577-96.

288. Quinodoz D. The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. International Journal of Psycho-Analysis. 1992;73:627-35.

289. Winnicott DW. Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation. In: Winnicott DW, editor. Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kinder; 1941. p. 31-56.

290. Pace-Schott EF, Solms M, Blagrove M. Sleep and dreaming: Scientific advances and reconsiderations. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.

291. Freud S. The interpretation of dreams. In: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Volume IV (1900): The interpretation of dreams. London: Hogarth Press; 1953.

292. Freud S. Gesammelte schriften von Sigm. Freud. Die Traumdeutung [Interpretation of Dreams]. 2. Leipzig, Vienna: Internationaler psychoanalytischer verlag; 1925.

293. Freud S. A metapsychological supplement to the theory of dreams. In: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. London: Hoghart Press; 1957. p. 217-35.

294. Freud S. Die Traumdeutung. Leipzig, Wien: Franz Deuticke; 1900.

295. Schwartz S, Perogamvros L. Emotion, Motivation, and Reward in Relation to Dreaming. In: MH Kryger RT, WC Dement, editor. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: Elsevier and Saunders; 2017. p. 567-70. e4.

296. Blechner MJ. The dream frontier. New York, London: Routledge; 2013.

297. Hem L. Drømme som almenpsykologisk fænomen. Psyke & Logos. 2016;36(2):288-300.

298. Breger L. A dream of undying fame: How Freud betrayed his mentor and invented psychoanalysis. New York: Basic Books (AZ); 2009.

299. Breger L. Function of dreams. Journal of Abnormal Psychology, 1967;72(5):Suppl:1-28.

300. Sørensen PF. Why do we dream?: The nature and function of dreams: BoD–Books on Demand; 2018.

301. Payne JD. Memory consolidation, the diurnal rhythm of cortisol, and the nature of dreams: a new hypothesis. International review of neurobiology. 92: Elsevier; 2010. p. 101-34.

302. Bulkeley K. Dreaming is imaginative play in sleep: A theory of the function of dreams. Dreaming. 2019;29(1):1-21.

303. Heretiková Marsalová A, Heretik A. Sny: využitie v psychoterapii a osobnostnom raste. Bratislava: Ikar; 2020.

304. Panksepp J. Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions. Oxford: Oxford university press; 2004.

305. Gilbert P. Human nature and suffering. London, New York: Routledge; 2016.

306. Baxter A, Switzky H. Exploration and curiosity. In: Haith M.M., J.B. B, editors. Encyclopedia of infant and early childhood development. 1. Amsterdam: Elsevier/Academic Press; 2008. p. 460-70.

307. Keller H, Schneider K, Henderson B. Curiosity and exploration. Berlin: Springer Science & Business Media; 2012.

308. Litman J, Hutchins T, Russon R. Epistemic curiosity, feeling-of-knowing, and exploratory behaviour. Cognition & Emotion. 2005;19(4):559-82.

309. Cordova JV, Scott RL. Intimacy: A behavioral interpretation. Behav Anal. 2001;24(1):75-86.

310. Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005;24(2):218-35.

311. Cordova JV, Scott RL, Dorian M, Mirgain S, Yaeger D, Groot A. The marriage checkup: An indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration. Behavior Therapy. 2005;36(4):301-9.

312. Hirak R, Peng AC, Carmeli A, Schaubroeck JM. Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. The Leadership Quarterly. 2012;23(1):107-17.

313. Holley LC, Steiner S. Safe space: Student perspectives on classroom environment. Journal of Social Work Education. 2005;41(1):49-64.

314. Fosha D. The activation of affective change processes in accelerated experiential-dynamic psychotherapy (AEDP). In: Magnavita JJ, editor. Comprehensive handbook of psychotherapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2002. p. 309-44.

315. Rappoport A. The patient's search for safety: The organizing principle in psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1997;34(3):250.

316. Rappoport A. The structure of psychotherapy: Control-mastery theory's diagnostic plan formulation. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1996;33(1):1.

317. Feldman R, Blatt SJ. Precursors of relatedness and self-definition in mother-infant interaction. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.

318. Hanfmann E, & Jones R. M. Neurosis and treatment. New York: Wiley; 1965.

319. Wright K. Mirroring and attunement: Self-realization in psychoanalysis and art. New York, NY: Routledge; 2009.

320. Winnicott D, W. The use of an object. International Journal of Psycho-Analysis. 1969;50:711-6.

321. Greenberg J. Oedipus and beyond: A clinical theory. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1991.

322. Modell AH. Object Love and Reality. New York, NY: : International University Press; 1968.

323. Laplanche J, Pontalis J-B. The language of psychoanalysis. Abingdon: Routledge; 2018.

324. Tuttman S. Exploring the analyst's treatment stance in current psychoanalytic practice. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1987;15(1):29-37.

325. Benjamin J. Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. In: Aron SAML, editor. Relational perspectives in psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. Hills-dale, NJ: Analytic Press, Inc; 1990. p. 183-200.

326. Klein M. The selected Melanie Klein. New York, NY: The Free Press; 1987.

327. Rank O. The trauma of birth. London: Psychology Press; 1999.

328. Blatz WE, Bott H. The management of young children. Whitefish, MT: Literary Licensing; 1930.

329. Shor J, Sanville J. Illusion in loving: A psychoanalytic approach to the evolution of intimacy and autonomy. New York, NY: International Universities Press; 1978.

330. Beck AT, Epstein N, Harrison RP, Emery G. Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia. 1983.

331. Scharff JS, Scharff DE, Scharff DD. Object relations individual therapy. Lanham, MA: Rowman & Littlefield.; 1998.

332. Mintchev N, Hinshelwood RD. The Feeling of Certainty: Psychosocial Perspectives on Identity and Difference. Cham, Switzerland: Springer; 2017.

333. Bion WR. A memoir of the future. London: Karnac; 1977.

334. Lionells M, Fiscalini J, Mann C, Stern DB. Handbook of interpersonal psychoanalysis. New York: Routledge; 2014.

335. Maercker A. Trauma a poruchy po traume. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2020.

336. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid–term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 2007;70(4):283-315.

337. Shapiro F, Kaslow FW, Maxfield L. Handbook of EMDR and family therapy processes. New York, NY: Wiley; 2007.

338. Wöller W. Therapiekonzepten für traumatisierte Patienten mit schweren Persönlichkeitstörungen. Psychotherapeut. 2010;55:6-11.

339. Wöller W. Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen. Der Nervenarzt. 2006;77(3):327-32.

340. Ford JD, Courtois C, Cloitre M. Best practices in psychotherapy for adults. In: Christine A. Courtois JDF, editor. Treating complex traumatic disorders: Scientific foundations and therapeutic models. New York: Guilford Press; 2009. p. 82-103.

341. Levine PA, Frederick A. Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1997.

342. Levine PA. Healing trauma: ReadHowYouWant. com; 2008.

343. Hayes SC, Hofmann SG. Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2018.

344. Siegel DJ, Solomon M. Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain. New York, NY: WW Norton & Company; 2003.

345. Barbanell L. Removing the mask of kindness: diagnosis and treatment of the caretaker personality disorder. Lanham, Maryland, USA: Jason Aronson; 2006.

346. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard review of psychiatry. 1994;1(5):253-65.

347. Van Der Kolk BA. The psychological consequences of overwhelming life experiences. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1987. 1-30 p.

348. Ševčíková A. Stabilizačné techniky a ich využitie v psychoterapii. Psychiatria-psychoterapia--psychosomatika. 2007;14(4):199-204.

349. Vojtová H, Hašto J. Stabilizačné techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatickej stresovej poruchy. Psychiatrie pro praxi. 2005;6(4):194-6.

350. Gonzalez A, Mosquera D, Morrison MR. EMDR and dissociation: The progressive approach. Charleston, SC: Amazon Imprint; 2012.

351. Van der Kolk B. The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma. New York: Penguin UK; 2014.

352. Watling R, Hauer S. Effectiveness of Ayres Sensory Integration and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy. 2015;69(5):6905180030.

353. Spielmann V, Miller LJ. Sensory Integration and Processing. In: S. Edelson JJ, editor. Understanding and Treating Anxiety in Autism: A Multi-Disciplinary Approach. London: Jessica Kingsley Publishers 2020. p. 93-121.

354. Tzovara A, Meyer SS, Bonaiuto JJ, Abivardi A, Dolan RJ, Barnes GR, et al. High-precision magnetoencephalography for reconstructing amygdalar and hippocampal oscillations during prediction of safety and threat. Hum Brain Mapp. 2019;40(14):4114-29.

355. Laing RD. The self and others: Further studies in sanity and madness. London: Tavistock Publications; 1962.

356. Laing R. The divided self: An existential study in sanity and madness. Harmondsworth, UK: Penguin 1969.

357. Bion WR. Learning from experience. London: William Heinemann; 1962.

358. Klein M. Mourning and its Relation to Manic-Depressive States. Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945. London: Hogarth Press; 1940. p. 311-38.

359. Winnicott D, W. The theory of the parent-infant relationship. International Journal of Psycho-Analysis. 1960;41:585-95.

360. Geary DC, Flinn MV. Sex differences in behavioral and hormonal response to social threat: commentary on Taylor et al. (2000). Psychological Review. 2002;109(4):745-50; discussion 51-3.

361. Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RA, Updegraff JA. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. Psychological review. 2000;107(3):411-29.

362. Andersson M, Krebs J. On the evolution of hoarding behaviour. Anim Behav. 1978;26:707-11.

363. Braak HVD. Evolutionary psychology. London: Pearson Education Limited; 2013.

364. Baumeister RF. Need-to-belong theory. In: P. A. M. Van Lange AWK, and E. T. Higgins editor. Handbook of theories of social psychology. 2. London: Sage Publication; 2012. p. 121-40.

365. Mogel H. Geborgenheit: Quelle der Stärke. Berlin: Springer; 2016.

366. Stierlin H. Delegation und Familie: Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept. Frankfurt am M.: Suhrkamp Verlag; 1982.

367. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC. Feeling safe in school. Smith College Studies in Social Work. 2002;72(2):303-26.

368. McMillan DW. Sense of community. Journal of community psychology. 1996;24(4):315-25.

369. Swann Jr WB, Buhrmester MD. Identity fusion. Current Directions in Psychological Science. 2015;24(1):52-7.

370. Hertzmann L, Newbigin J. Sexuality and gender now: moving beyond heteronormativity. New York, NY: Routledge; 2020.

371. Cikara M, Van Bavel JJ. The neuroscience of intergroup relations: An integrative review. Perspectives on Psychological Science. 2014;9(3):245-74.

372. Hogg MA. From uncertainty to extremism: Social categorization and identity processes. Current Directions in Psychological Science. 2014;23(5):338-42.

373. Kassin S, Fein S, Markus HR. Social Psychology. Boston, MA: Cengage Learning; 2016.

374. Hagerty BM, Lynch-Sauer J, Patusky KL, Bouwsema M. An emerging theory of human relatedness. Image: the Journal of Nursing Scholarship. 1993;25(4):291-6.

375. Akhtar S. The mental pain of minorities. British Journal of Psychotherapy. 2014;30(2):136-53.

376. Mish FC. Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, Merriam-Webster. Springfield, MA: Merriam-Webster, Incorp; 1994.

377. Britannica E. Safety | condition: Encyclopædia Britannica, Inc.; 2018 [Available from: https://www.britannica.com/topic/safety-condition.

378. Marchant JRV, Charles JF. Cassell's Latin Dictionary: Latin-English and English-Latin. New York, NY: Cassell and Company; 1897.

379. Stevenson A. Oxford dictionary of English. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.

380. Souter AG, P.G.W. The Oxford Latin Dictionary. Oxford: Clarendon Press; 1968.

381. Thompson DF. Oxford dictionary of current English. Oxford, UK: Oxford University Press; 1993.

382. Webster M. Merriam-Webster Collegiate Dictionary: Eleventh Edition. staff MWa, editor. Springfield, MA: Merriam-Webster Incorporated; 2004.

383. Lewis CT, Freund W, Short C. A Latin dictionary founded on Andrews' edition of Freund's Latin dictionary, revised, enlarged, and in great part rewritten. Oxford: Clarendon Press; 1969/1879.

384. Soukhanov AH, Ellis K, Severynse M. The American heritage dictionary of the English language. New York: Houghton Mifflin; 1992.

385. Mamen M. The Pampered Child Syndrome: How to Recognize it, How to Manage it, and How to Avoid it–A Guide for Parents and Professionals. London: Jessica Kingsley Publishers; 2005.

386. Capron EW. Types of pampering and the narcissistic personality trait. Journal of Individual Psychology. 2004;60(1):77–93.

387. Drummond J. Parent support programs and early childhood development: Comments on Goodson, and Trivette and Dunst. In: R. E. Tremblay RGB, R. Dev. Peters editor. Encyclopedia on Early Childhood Development Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005. p. 1-6.

388. Akhtar Z. The effect of parenting style of parents on the attachment styles of undergraduate students. Language in India. 2012;12(1):555-66.

389. Winnicott DW. On security. In: L Caldwell, Robinson HT, editors. The Collective Works of DW Winnicott. 6, 1960-1963. New York, NY: Ofxord University Press; 2017. p. 94-6.

390. Adler A. Der Sinn des Lebens (Taschenbuch-Ausgabe von 1973). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag; 1933.

391. Beebe B, Jaffe J, Markese S, Buck K, Chen H, Cohen P, et al. The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. Attachment & human development. 2010;12(1-2):3-141.

392. Kohut H, Seitz PF. Concepts and theories of psychoanalysis. In: Heine JMWRW, editor. Concepts of personality Chicago: Aldine Publishing Co. ; 1963. p. 113–41.

393. Winnicott D, W. The capacity to be alone. International journal of psychoanalysis. 1958;39:416-20.

394. Mahler MS. Thoughts about development and individuation. The psychoanalytic study of the child. 1963;18(1):307-24.

395. Garst BA, Gagnon RJ. Exploring overparenting within the context of youth development programs. Journal of Youth Development. 2015;10(1):5-18.

396. Brunner J. Psychotherapie und Neurobiologie: neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2017.

397. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Abnormal psychology. 14 ed. Delhi / Chennai / Bangalore (India): Pearson Education India; 2017.

398. Milevsky A, Schlechter M, Netter S, Keehn D. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. Journal of child and family studies. 2007;16(1):39-47.

399. Barry CT, Frick PJ, Killian AL. The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2003; 32(1):139-52.

400. Langford WL. Too much of a good thing? Negavtive effects of high trust and individual autonomy in self-managing. Academy of management journal. 2004;47(11):385-99.

401. Silverstein M, Chen X, Heller K. Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. Journal of Marriage and the Family. 1996(58):970-82.

402. Burke PJ, Harrod MM. Too much of a good thing? Social Psychology Quarterly. 2005;68(4):359-74.

403. Worthington Jr EL, O'Connor LE, Berry JW, Sharp C, Murray R, Yi E. Compassion and forgiveness. Gilbert P, editor. London: Brunner-Rutledge; 2004. 168-92 p.

404. Gillath O, Gregersen SC, Canterberry M, Schmitt DP. The consequences of high levels of attachment security. Personal Relationships. 2014;21(3):497-514.

405. Pöthe P. Síla nevysloveného. Praha: Portál; 2020.

406. Pöthe P. Emoční poruchy v dětství a dospívání. Praha: Grada; 2008.

407. Solomon J, George C. The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: Theory,

research, and clinical applications 2ed. New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 383-416.

408. Bandura A. Encyclopedia of human behavior. In: Ramachaudran VS, editor. Psychology and health, 13(4), 623-649. 4. New York, NY: Academic Press; 1994. p. 71-81.

409. Maddux JE. Self-efficacy. In: Bąbel STP, editor. Interpersonal and intrapersonal expectancies. London: Routledge; 2016. p. 41-6.

410. Sapouna M, Wolke D. Resilience to bullying victimization: the role of individual, family and peer characteristics. Child Abuse Negl. 2013;37(11):997-1006.

411. Mahmood K, Ghaffar A. The relationship between resilience, psychological distress and subjective well-being among dengue fever survivors. Global Journal of Human-Social Science Research. 2014.

412. Celik SB. The relationship of resilience with attitude toward grief in university students. Educational Research and Reviews. 2013;8(12):832-7.

413. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Science. 1974;185(4157):1124-31.

414. Kahneman D, Slovic SP, Slovic P, Tversky A. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. New York: Cambridge University Press; 1982.

415. Cramer P. The development of defense mechanisms. Journal of Personality. 1987;55(4):597-614.

416. Cramer P. The development of defense mechanisms: Theory, research, and assessment. Berlin, GE: Springer-Verlag.; 1991.

417. Gilbert P. Compassion-Focused Therapy. In: Dryden W, editor. Cognitive Behaviour Therapies. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd; 2012. p. 140–65.

418. Ingersoll RE, Zeitler DM. Integral psychotherapy: Inside out/outside in. Albany, NY: State University New York Press; 2010.

419. Ogden TH. The primitive edge of experience. New York: Jason Aronson; 1992.

420. Arkes HR, Wortmann RL, Saville PD, Harkness AR. Hindsight bias among physicians weighing the likelihood of diagnoses. Journal of Applied Psychology. 1981;66(2):252-4.

421. Arkes HR, Faust D, Guilmette TJ, Hart K. Eliminating the hindsight bias. Journal of applied psychology. 1988;73(2):305-7.

422. Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J. Psychoanalysis and Motivational Systems: A New Look. New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group; 2010.

423. Freud S. Jenseits des Lustprinzips. GW XIII, 1–69. Beyond the pleasure principle SE. 1920;18:7-64.

424. Peck MS. The road less traveled: A new psychology of love, traditional values, and spiritual growth. New York, NY: Simon and Schuster; 2002.

425. Peck M. The road less traveled, 25th Anniversary edition: A new psychology of love. New York, NY: Touchstone; 2004.

426. Peck MS. The road less traveled and beyond: Spiritual growth in an age of anxiety. New York, NY: Simon and Schuster; 1997.

427. Ruti M. World of Fragile Things, A: Psychoanalysis and the Art of Living. Albany, NY: SUNY Press; 2009.

428. Ruti M. The Summons of Love. New York, NY: Columbia University Press; 2011.

429. Lewin K. A dynamic theory of personality-selected papers. New York: McGraw-Hill; 1935.

430. Zajonc R. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American psychologist. 1980; 35(2):151–75.

431. Zajonc R. Attitudinal effects of mere exposure. Journal of Personality and Social Psychology. 1968;9(2 (Pt. 2)):1-27.

432. Krebs P, Norcross JC, Nicholson JM, Prochaska JO. Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychology. 2018;74(11):1964-79.

433. Schore AN. Right-brain affect regulation. 2009. In: The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice [Internet]. New York, NY: W.W. Norton; [112-44]. Available from: https://www.allanschore.com/pdf/__SchoreFosha09.pdf.

434. Schore AN. The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process. In: Petrucelli J, editor. Knowing, Not-Knowing and Sort-of-Knowing: psychoanalysis and the experience of uncertainty. London: Karnac Books; 2018. p. 177-202.

435. Bion WR. Attention and interpretation London. Tavistock Publications Bucci, W(2000) The need for a psychoanalytic psychology in the cognitive science field Psychoanalytic Psychology. 1970;17:203224.

436. Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2015.

437. Yalom ID. Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generations of Therapists and Their Patients. New York: Perennial.; 2002.

438. Levy ST, Inderbitzin LB. Safety, danger, and the analyst's authority. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1997;45(2):377-94.

439. Segalla Jr RJ. Safety for the analysand, safety for the analyst, safety for the dyad. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2013;61(5):993-1000.

440. Brandon D. Zen in the Art of Helping. London: Routledge and Kegan Paul; 2016.

441. Schwartz Cooney A. Vulnerability, Resilience, and Surviving Destruction: Discussion of "The Analyst's Experience of Trust and Mistrust". Psychoanalytic Dialogues. 2018;28(6):748-54.

442. Eldridge A. When Danger Is Safe: Down the Rabbit Hole with Liz. Psychoanalytic Inquiry. 2018;38(8):596-604.

443. Sappington TE. Creating learning environments conducive to change: The role of fear/safety in the adult learning process. Innovative Higher Education. 1984;9(1):19-29.

444. Lacan J. The Cambridge Companion to Lacan. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003.

445. Peterson JB. Maps of meaning: The architecture of belief. New York: Routledge; 1999.

446. Mitchell SA. Can love last?: The fate of romance over time. New York: WW Norton & Company; 2003.

447. Bromberg PM. Awakening the dreamer: Clinical journeys. Mahwah, NJ: Routledge; 2006.

448. Messer SB, Gurman AS. Essential psychotherapies: Theory and practice. New York, NY: Guilford Press; 2011.

449. Fromm E. Man for himself. An inquiry into the psychology of ethics: New York, NY; 1947.

450. Strauss B, Barber JP, Castonguay L. Visions in psychotherapy research and practice: Reflections from the presidents of the society for psychotherapy research. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2015.

451. Sharpless BA, Barber JP. Corrective emotional experiences from a psychodynamic perspective. In: Castonguay LG, Hiill CE, editors. Transformation in Psychotherapy Corrective Experiences Across Cognitive Behavioural, Humanistic and Psychodynamic Approaches. Washington, DC, USA: American Psychological Association; 2012. p. 31-49.

452. Bridges MR. Activating the corrective emotional experience. Journal of Clinical Psychology. 2006;62(5):551-68.

453. Körner J. Psychodynamische interventionsmethoden. Gottingen: Vandenhoeck & Ruprecht Gm; 2016.

454. Körner J. Die Psychodynamik von Übertragung und Gegenübertragung. Göttingen, Germany: Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen; 2018.

455. Klein M. The psycho-analysis of children. The Sociological Review. 1933;25(3):296-8.

456. Satir V, Banmen J, Gomori M, Gerber J. The Satir model: Family therapy and beyond. Palo Alto, California: Science and Behavior Books; 1991.

457. Fromm E. The Creative Attitude In: Anderson HH, editor. Creativity and its cultivation: Interdisciplinary Symposia on Creativity. New York: Harper & Row; 1959. p. 44-54.

458. Fromm E. Umení milovat. Praha: Portal; 2015. Praha p.

459. Dufourmantelle A. In Praise of Risk. New York: Fordham University Press; 2019.

460. Dufourmantelle A. French philosopher Dufourmantelle drowns rescuing children London2017 [90-1]. Available from: https://www.bbc.com/news/world-europe-40703606.

461. Barr A. An investigation into the extent to which psychological wounds inspire counsellors and psychotherapists to become wounded healers, the significance of these wounds on their career choice, the causes of these wounds and the overall significance of demographic factors. COSCA's 3rd Annual Counselling Research Dialogue Stirling, Scotland2006.

462. Mander G. The selection of candidates for training in psychotherapy and counselling. Psychodynamic Practice. 2004;10(2):161-72.

463. Barnett M. What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. Psychodynamic practice. 2007;13(3):257-74.

464. Dryden W, Spurling L. On becoming a psychotherapist. London, UK: Routledge; 2014.

465. Victor SE, Devendorf A, Lewis S, Rottenberg J, Muehlenkamp JJ, Miller R. Only human: Mental health difficulties among clinical, counseling, and school psychology faculty and trainees. Lubbock, TX: PsyArXiv; 2021.

466. Straussner SLA, Senreich E, Steen JT. Wounded healers: A multistate study of licensed social workers' behavioral health problems. Social Work. 2018;63(2):125-33.

467. Macqueen D. Factors Experienced as Shaping the Career Choice of Psychological Therapists: A Phenomenological Investigation. Ann Arbor, MI: University Of Surrey; 2009.

468. Farber BA, Manevich I, Metzger J, Saypol E. Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road? Journal of clinical psychology. 2005;61(8):1009-31.

469. Norcross JC, Farber BA. Choosing psychotherapy as a career: Beyond "I want to help people". Journal of Clinical Psychology. 2005;61(8):939-43.

470. Tillett R. The patient within—psychopathology in the helping professions. Advances in Psychiatric Treatment. 2003;9(4):272-9.

471. Jung CJA. Memories, dreams, reflections. New York: Vintage; 1961.

472. Zerubavel N, Wright MO. The dilemma of the wounded healer. Psychotherapy (Chic). 2012;49(4):482-91.

473. Schmidbauer W. Die hilflosen Helfer: über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Amburgo, GE: Rowohlt Verlag GmbH; 2018.

474. Zigmond D. Physician heal thyself: the paradox of the wounded healer. British journal of holistic medicine [Internet]. 1984; 1(1):[63-71 pp.]. Available from: http://www.marco-learningsystems.com/pages/david-zigmond/n30.7.14__physician-heal-thyself.pdf.

475. Gelso CJ, Hayes J. Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities. Mahwah, NJ: Routledge; 2007.

476. Wirth H-J. Gurutum und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. PiD-Psychotherapie im Dialog. 2005;6(02):136-40.

477. Wirth H-J. Narzissmus und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Psychoanalytische Familientherapie. 2007;8(1):85-98.

478. Cortina M. The use of attachment theory in the clinical dialogue with patients. Psychodynamic psychiatry. 2013;41(3):397-417.

479. Liotti G. Overcoming powerlessness in the clinical exchange with traumatized patients. Psychoanalytic Inquiry. 2014;34(4):322-36.

480. Bowlby J. Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression London, UK: The Hogarth press and the institute of psychoanalysis; 1980.

481. Barbanell L. Breaking the Addiction to Please: Goodbye Guilt. Lanham, Maryland, USA: Rowman & Littlefield; 2009.

482. Oakley B, Knafo A, Madhavan G, Wilson DS. Pathological altruism: Oxford University Press; 2011.

483. Brailovskaia J, Margraf J, Köllner V. Addicted to Facebook? Relationship between Facebook Addiction Disorder, duration of Facebook use and narcissism in an inpatient sample. Psychiatry research. 2019;273:52-7.

484. Malik S, Khan M. Impact of facebook addiction on narcissistic behavior and self-esteem among students. J Pak Med Assoc. 2015;65(3):260-3.

485. Watson C, Carthy N, Becker S. Helpless helpers: primary care therapist self-efficacy working with intimate partner violence and ageing women. Quality in Ageing and Older Adults. 2017;18(4):222-34.

486. Kronsteiner R. Kultur und Migration in der Psychotherapie: ethnologische Aspekte in psychoanalytischer und systemischer Therapie. Frankfurt am M.: Brandes & Apsel Verlag; 2013.

487. Cecchin G. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. Fam Process. 1987;26(4):405-13.

488. Zamarovský V. Bohové a hrdinové antických bájí. Praha: Mladá fronta; 1982.

489. Kottler J. On being a therapist. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2017.

490. Girón M, Gómez-Beneyto M. Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia: a 2-year followup prospective study. Schizophrenia bulletin. 1998;24(4):619-27.

491. Konrath S, Grynberg D. The positive (and negative) psychology of empathy. In: Panksepp DFWJ, editor. Psychology of emotions, motivations and actions Psychology and neurobiology of empathy. New York: Nova Biomedical Books; 2016. p. 63–107.

492. Johnson DR, Lubin H. Principles and techniques of trauma-centered psychotherapy. Arlington, VA: American Psychiatric Publication; 2015.

493. Dryden W, Spurling L. On becoming a psychotherapist. London: Tavistock/Routledge 1989.

494. Breger L. Freud: temnota uprostred vízie. Bratislava: Vydavateľstvo F; 2019.

495. Heller S. Freud a to z. Hoboken, N.J.: Wiley; 2005.

496. Roazen P. Freud and his followers. New York: Knopf; 1974.

497. Podolan M. Exploring the meaning of safety in psychotherapy. SFU Forschungsbulletin. 2020;8(2):106-23.

498. Good MI. The reconstruction of early childhood trauma: fantasy, reality, and verification. J Am Psychoanal Assoc. 1994;42(1):79-101.

499. Oettingen G, Thorpe J. Fantasy realization and the bridging of time. Judgments over time: The interplay of thoughts, feelings, and behaviors. 2006:120-42.

500. Akhtar S. Comprehensive dictionary of psychoanalysis: Karnac Books Ltd; 2009.

501. Grotstein J. The overarching role of unconscious phantasy. Psychoanalytic Inquiry. 2008;28(2):190-205.

502. Thá F. The splitting of the ego and the phantasy world2012. Available from: https: //www.academia.edu /37933311/The_splitting of_the ego_and_the_phantasy_world.

503. Siegel AM. Childhood Loss and Adoption: The Unending Search for the Perfect Other 2011 [Available from: http://nautilosconsulting.com/wp-content/uploads/2018 /01/ Child hood-Loss-Adoption-Allen-Siegel-Article.pdf.

504. Person E. By force of fantasy: How we make our lives. Psyccritiques. 1996;41(10):1065-. .

*Do redakcie došlo 20.3.2021.*

# TRITTICO® AC 75, 150

trazodóniumchlorid

## KOMPLEXNÉ ANTIDEPRESÍVUM[4]

- Silné antidepresívum[1], antidepresívna účinnosť potvrdená viacerými klinickými štúdiami[2, 3, 5]
- Anxiolytický účinok[1, 3, 4, 5] bez vzniku závislosti[1]
- Obnova fyziologického spánku[1, 4]
- Úprava sexuálnych dysfunkcií[1, 2, 4]
- Priaznivé účinky na nervové štruktúry zodpovedné za bolesť[1]
- Dobrá znášanlivosť[3, 4, 5]
- Bez nárastu hmotnosti[2, 3, 4]
- Bez anticholínergických a extrapyramídových účinkov[1]
- Na rozdiel od SSRI neindukuje syndróm apatie[3]




**1.** SPC TRITTICO AC 75 & 150, tablety s riadeným uvoľňovaním, 11/2020. **2.** Frecska E. Trazodone-its multifunctional mechanism of action and clinical use. Neuropsychopharmacologia Hungarica : a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet Lapja, 01 Dec 2010, 12(4):477-482 **3.** Cuomo A. et al. Clinical guidance for the use of trazodone in major depressive disorder and concomitant conditions: pharmacology and clinical practice. Riv Psichiatr 2019; 54(4): 137-149 **4.** Češková E. et al. Trazodon s řízeným uvolňováním (Trazodon AC) v léčbě středně těžké až těžké depresivní poruchy. Psychiatrie 2012;16(3): 138-144 **5.** Fagiolini, A. et al. Rediscovering Trazodone for the Treatment of Major Depressive Disorder. CNS Drugs (2012) 26: 1033.

**SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU**

TRITTICO AC 75, TRITTICO AC 150, tablety s riadeným uvoľňovaním

**Zloženie:** Jedna tableta TRITTICO AC 75 obsahuje 75 mg trazodóniumchloridu. Jedna tableta TRITTICO AC 150 obsahuje 150 mg trazodóniumchloridu. **Indikácie:** Liečba depresií rôznej etiológie, vrátane typov sprevádzaných anxietou, poruchami spánku a sexuálnymi dysfunkciami neorganického pôvodu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Liek je indikovaný len dospelým pacientom. Dávkovanie: *Dospelí:* 75 – 150 mg/deň (ľahšie a stredné formy depresie) sa má podávať v jednej dávke večer pred spaním. Dávka sa môže zvýšiť až na 300 mg/deň (stredne závažné formy depresie) s tým, že sa rozdelí na dve podania, najlepšie popoludní a večer. V ambulantnej praxi je maximálna denná dávka 400 mg, u hospitalizovaných pacientov 600 mg Pri liečbe sexuálnej dysfunkcie zapríčinenej depresívnym ochorením sa odporúča dávka 150 – 200 mg denne. *Starší a oslabení pacienti:* U pacientov vo veľmi vysokom veku alebo u oslabených pacientov je odporúčaná začiatočná dávka znížená na 100 mg denne. *Pediatrická populácia*: Neodporúča sa používať u detí a dospievajúcich vo veku do 18 rokov z dôvodu nedostatku údajov o bezpečnosti. *Porucha funkcie pečene:* Opatrnosť je potrebná pri predpisovaní lieku pacientom s poruchou funkcie pečene, zvlášť v prípade ťažkej poruchy funkcie pečene. *Porucha funkcie obličiek:* Pri predpisovaní lieku pacientom s ťažkou poruchou funkcie obličiek je potrebná opatrnosť. Spôsob podávania: Tablety majú deliace ryhy, čo umožňuje upraviť dávkovanie podľa individuálnej potreby pacienta. TRITTICO AC sa môže užívať na prázdny alebo plný žalúdok a v terapeutických cykloch s dĺžkou trvania najmenej 1 mesiac. Pri vysadzovaní liečby sa má denná dávka znižovať postupne, aby sa minimalizoval výskyt abstinenčných príznakov. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na trazodón alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku, intoxikácia alkoholom a hypnotikami, akútny infarkt myokardu. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Použitie u detí a dospievajúcich vo veku do 18 rokov: Trazodón sa nemá používať u detí a dospievajúcich vo veku do 18 rokov. Samovražedné správanie a hostilita sa pozorovali v klinickej štúdii u detí a dospievajúcich liečených antidepresívami častejšie ako u tých, ktorí dostávali placebo. Samovražda/samovražedné myšlienky alebo klinické zhoršenie: Depresia sa dáva do súvislosti so zvýšeným rizikom samovražedných myšlienok, sebapoškodzovania a samovraždy, a preto majú byť pacienti starostlivo sledovaní počas liečby. Na minimalizáciu potenciálneho rizika pokusov o samovraždu, predovšetkým na začiatku liečby, sa má v každej situácii predpisovať len najmenšie množstvo trazodónu. Starostlivé dávkovanie a pravidelné sledovanie sa odporúča u pacientov s epilepsiou, poruchou funkcie pečene alebo obličiek, poruchou srdca a srdcovej činnosti, hypertyreoidizmom, poruchami močenia ako je hypertrofia prostaty, akútnym glaukómom so zatvoreným uhlom a zvýšeným vnútroočným tlakom. Ak sa u pacienta vyskytne žltačka, liečba sa musí ukončiť. Pri podávaní antidepresív pacientom so schizofréniou alebo inými psychotickými poruchami môže dôjsť k zhoršeniu psychotických príznakov. Paranoidné myšlienky sa môžu zintenzívniť. Počas liečby trazodónom sa depresívna fáza môže zmeniť z manicko-depresívnej psychózy na manickú fázu. V takom prípade sa podávanie trazodónu musí ukončiť. Interakcie ako sérotonínový syndróm/malígny neuroleptický syndróm boli popísané v prípade súbežného užívania iných sérotonergicky pôsobiacich látok. Pretože agranulocytóza sa môže klinicky prejavovať príznakmi podobnými chrípke, bolesťou hrdla a horúčkou, v takých prípadoch sa odporúča kontrolovať hematologické parametre. Starší pacienti: U starších pacientov sa môžu častejšie vyskytnúť ortostatická hypotenzia, ospalosť a iné anticholínergické účinky trazodónu. Starostlivo sa majú zvážiť možné aditívne účinky súbežne užívaných liekov, ako sú iné psychotropné lieky alebo antihypertenzíva. Neexistuje žiadny dôkaz, že trazodóniumchlorid je návykový. Tak ako pri iných antidepresívach sa veľmi zriedkavo hlásili prípady predĺženia QT intervalu. Tak ako iné liečivá s alfa-adrenolytickým účinkom, aj trazodón bol veľmi zriedkavo spájaný s priapizmom. Pacienti, u ktorých sa vyvíja suspektná nežiaduca reakcia, majú trazodón ihneď vysadiť. Interferencia s laboratórnym vyšetrením moču Pri použití imunologických skríningových testov na drogy v moči môže skrížená reaktivita medzi metabolitom trazodónu m-CPP a štrukturálne podobným MDMA spôsobiť falošne pozitívny výsledok na amfetamín. Gravidita: Opatrnosť je potrebná pri predpisovaní lieku tehotným ženám. Keď sa trazodón užíva až do pôrodu, treba sledovať novorodencov, či sa u nich nevyskytnú abstinenčné príznaky. Vedenie vozidiel: Pacientov treba upozorniť aby neviedli vozidlá a neobsluhovali stroje, kým si nebudú istí, že sa u nich neprejavuje ospalosť, sedácia, závrat, stavy zmätenosti alebo rozmazané videnie. **Interakcie:** Môžu sa zosilniť sedatívne účinky antipsychotík, hypnotík, sedatív, anxiolytík a antihistaminík; v takých prípadoch sa odporúča zníženie dávkovania. Metabolizmus antidepresív sa zrýchľuje v dôsledku hepatálnych účinkov perorálnych kontraceptív, fenytoínu, karbamezapínu a barbiturátov. Cimetidín a niektoré iné antipsychotiká inhibujú metabolizmus antidepresív. Inhibítory CYP3A4 - môžu spôsobiť podstatné zvýšenie plazmatickej koncentrácie trazodónu, ak je to možné, má sa zabrániť súbežnému podávaniu. Karbamazepín - súbežné podávanie vedie k zníženým plazmatickým koncentráciám trazodónu. Tricyklické antidepresíva - súbežnému podávaniu sa má zabrániť. IMAO - použitie trazodónu s IMAO alebo v priebehu 2 týždňov po ukončení ich užívania sa neodporúča, ako ani podávanie IMAO v priebehu 1 týždňa po ukončení liečby trazodónom. Fenotiazíny - pri súbežnom použití sa pozorovala závažná ortostatická hypotenzia. Anestetiká/myorelaxanciá - je potrebná opatrnosť. Alkohol - počas liečby trazodónom sa má vyhnúť konzumácii alkoholu. Levodopa - antidepresíva môžu zrýchľovať metabolizmus levodopy. Iné lieky: Súbežné užívanie trazodónu s liekmi, o ktorých je známe že predlžujú QT interval, môže zvyšovať riziko ventrikulárnych arytmií, vrátane *torsade de pointes.* **Nežiaduce účinky:** Počas liečby trazodónom alebo v krátkom čase po ukončení liečby sa hlásili prípady samovražedných myšlienok a samovražedného správania. Ostatné nežiaduce účinky, z ktorých niektoré sa bežne hlásia aj v prípadoch neliečenej depresie, sa hlásili s neznámou frekvenciou výskytu. **Obsah balenia:** TRITTICO AC 75: 30 tabliet, TRITTICO AC 150: 60 tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Angelini Pharma Česká republika s.r.o., Palachovo náměstí 5, 625 00 Brno, Česká republika. **Dátum revízie textu:** november 2020.

**Prosím, preštudujte si úplné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku.**
**Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.**

Dátum vyhotovenia: október 2021
8424_ttc_inz_OKT2021

ANGELINI PHARMA

Angelini Pharma Slovenská republika s.r.o.
Júnová 33, 831 01 Bratislava
tel.: 02/5920 7320, e-mail: office@angelini.sk
www.angelini.sk



Latuda®
(lurazidón) tablety
18,5 mg | 37 mg | 74 mg

# ÚČINNOSŤ V LIEČBE SCHIZOFRÉNIE S MINIMÁLNOU ZÁŤAŽOU METABOLIZMU[1]

**SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU**
Latuda 18,5 mg filmom obalené tablety, Latuda 37 mg filmom obalené tablety, Latuda 74 mg filmom obalené tablety
**Zloženie:** Každá filmom obalená tableta obsahuje 18,6 mg, 37 mg alebo 74 mg lurazidónu (vo forme lurazidóniumchloridu). **Indikácie:** Latuda je indikovaná dospelým a dospievajúcim vo veku 13 rokov a starším. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná úvodná dávka je 37 mg lurazidónu raz denne. Zvýšenie dávky má byť založené na úsudku lekára a pozorovanej klinickej reakcii. *Dospelí:* Liek je účinný v dávkovom rozsahu 37 až 148 mg raz denne. Maximálna denná dávka nemá prekročiť 148 mg. *Pediatrická populácia:* Liek je účinný v dávkovom rozsahu 37 až 74 mg jedenkrát denne. Maximálna denná dávka nemá prekročiť 74 mg. U dospievajúcich má lurazidón predpisovať odborník na pediatrickú psychiatriu. *Úprava dávky vzhľadom na interakcie:* Odporúčaná úvodná dávka je 18,5 mg a maximálna dávka lurazidónu nemá prekročiť 74 mg jedenkrát denne v kombinácii so stredne silnými inhibítormi CYP3A4. *Pri prechode na iný,* vhodnejší *antipsychotický liek,* je potrebný dohľad klinického lekára vzhľadom na odlišné farmakodynamické a farmakokinetické profily antipsychotických liekov. Keďže *starší pacienti* môžu mať zníženú funkciu obličiek, môže byť potrebná úprava dávky podľa stavu funkcie obličiek. Opatrnosť je potrebná pri liečbe pacientov vo veku 65 rokov a viac s vyššími dávkami lurazidónu. *Poškodenie obličiek:* U pacientov so stredne závažnou poruchou funkcie obličiek, so závažnou poruchou funkcie obličiek a s ochorením obličiek v poslednom štádiu sa odporúča úvodná dávka 18,5 mg a maximálna dávka nemá prekročiť 74 mg raz denne. Lurazidón sa nemá používať u pacientov s ESRD, ak potenciálne prínosy neprevyšujú potenciálne riziká. *Poškodenie pečene:* Úprava dávky sa odporúča v prípade pacientov so stredne závažnou poruchou funkcie pečene a so závažnou poruchou funkcie pečene. Odporúčaná úvodná dávka je 18,5 mg. Maximálna denná dávka u pacientov so stredne závažnou poruchou funkcie pečene nemá prekročiť 74 mg a u pacientov so závažnou poruchou funkcie pečene nemá prekročiť 37 mg jedenkrát denne. Spôsob podávania: Tablety sa užívajú sa raz denne spolu s jedlom každý deň v rovnakom čase. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Súbežné podávanie silných inhibítorov CYP3A4 a silných induktorov CYP3A4. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Zlepšenie klinického stavu pacienta počas antipsychotickej liečby môže trvať niekoľko dní až niekoľko týždňov. Pacienti musia byť počas tohto obdobia pozorne sledovaní. *Samovražedné správanie:* Pri antipsychotickej liečbe je potrebný pozorný dohľad nad vysokorizikovými pacientmi. Lekári musia pri predpisovaní lurazidónu pacientom s *Parkinsonovou chorobou* zvážiť riziká v porovnaní s prínosmi. V klinických štúdiách u dospelých so schizofréniou, bol pozorovaný zvýšený výskyt *EPS* po liečbe lurazidónom v porovnaní s placebom. Ak sa objavia prejavy a symptómy *tardívnej dyskinézy,* je potrebné zvážiť vysadenie všetkých. Je potrebná opatrnosť pri predpisovaní lieku pacientom so známym *kardiovaskulárnym ochorením* alebo s rodinnou anamnézou *predĺženia intervalu QT,* hypokaliémiou a pri súbežnom použití s inými liekmi, o ktorých sa predpokladá, že predlžujú interval QT. Používajte s opatrnosťou u pacientov s anamnézou *záchvatov* alebo s inými stavmi, ktoré potenciálne znižujú prah záchvatov. Bol hlásený výskyt *neuroleptického malígneho syndrómu* pri používaní lurazidónu charakterizovaný hypertermiou, svalovou rigiditou, autonómnou nestabilitou, zmenou vedomia a zvýšenou sérovou hladinou kreatínfosfokinázy. K ďalším príznakom môže patriť myoglobinúria (rabdomyolýza) a akútne zlyhanie obličiek. V tomto prípade sa má lurazidón vysadiť. V metaanalýze klinických skúšaní mali starší pacienti s demenciou liečení inými atypickými antipsychotikami zvýšené riziko *mortality* v porovnaní s placebom. Používajte s opatrnosťou u starších pacientov s demenciou, u ktorých môže nastať zvýšené riziko *mf. twice.* Všetky možné rizikové faktory pre vznik *VTE* musia byť identifikované pred liečbou a počas liečby a je potrebné zaviesť preventívne opatrenia. Lurazidón *zvyšuje hladinu prolaktínu* antagonizmom dopamínových receptorov D2. Pacienti majú byť poučení o prejavoch a príznakoch zvýšenej hladiny prolaktínu. U diabetických pacientov a pacientov s rizikom vzniku ochorenia diabetes mellitus sa odporúča príslušné klinické monitorovanie. Lurazidón môže zapríčiniť *ortostatickú hypotenziu* pravdepodobne v dôsledku antagonizmu adrenergických receptorov α1. U pacientov so zvýšeným rizikom hypotenzie je potrebné zvážiť monitorovanie ortostatických vitálnych funkcií. *Sérotonínový syndróm:* Ak je klinicky opodstatnená súbežná liečba inými sérotonínergickými látkami, odporúča sa starostlivé sledovanie pacienta, najmä na začiatku liečby a počas zvyšovania dávky. Gravidita a laktácia: Lurazidón sa nemá používať počas gravidity, ak to nie je nevyhnutné. Dojčenie u žien užívajúcich lurazidón sa má zvážiť iba v prípade, že potenciálny prínos liečby prevyšuje potenciálne riziko pre dieťa. Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá: Lurazidón má mierny vplyv na schopnosť viesť vozidlá, obsluhovať stroje a jazdiť na bicykli. **Liekové a iné interakcie:** Vzhľadom na primárny účinok lurazidónu na CNS sa má lurazidón používať opatrne v kombinácii s inými centrálne pôsobiacimi liekmi a alkoholom. Opatrnosť sa odporúča, keď sa lurazidón používa spolu s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú interval QT. Latuda sa má používať s opatrnosťou pri súbežnom podávaní s inými sérotonínergickými látkami, ako sú buprenorfín/opioidy, inhibítory MAO, SSRI, SNRI alebo tricyklické antidepresíva, keďže existuje zvýšené riziko sérotonínového syndrómu, potenciálne život ohrozujúceho stavu. Grapefruitový džús inhibuje enzýmy CYP3A4 a môže zvýšiť sérovú koncentráciu lurazidónu. Lurazidón a jeho aktívny metabolit ID14283 vzhľadom na svoje farmakodynamické účinky ovplyvňujú dopamínové a serotonínové receptory. Lurazidón a jeho aktívny metabolit ID14283 sú primárne metabolizované prostredníctvom CYP3A4. Lurazidón je kontraindikovaný so silnými *inhibítormi CYP3A4.* Súčasné podávanie lurazidónu s liekmi, ktoré stredne inhibujú enzýmy CYP3A4 môže zvýšiť expozíciu lurazidónu. Použitie diltiazemu v liekovej forme s okamžitým uvoľňovaním môže mať za následok zvýšenie expozície lurazidónu. Lurazidón je kontraindikovaný so silnými *induktormi CYP3A4.* Pri súčasnom podávaní lurazidónu a miernych alebo stredne silných induktorov CYP3A4 je potrebné účinok lurazidónu starostlivo monitorovať a môže byť potrebná aj úprava dávkovania. *Transportéry:* Lurazidón je substrátom Pgp a BCRP *in vitro* a *in vivo* je význam tohto javu nejasný. Súčasné podávanie lurazidónu s Pgp a BCRP inhibítormi môže zvýšiť expozíciu lurazidónu. Monitorovanie sa odporúča, keď sa lurazidón podáva súčasne so substrátmi CYP3A4, o ktorých je známe, že majú úzky terapeutický index. Lurazidón je inhibítor *in vitro* efluxného transportéra Pgp a jeho klinický význam na inhibíciu črevného proteínu P-gp nemožno vylúčiť. Súčasné podávanie P-gp substrátu dabigatranetexilátu môže viesť k zvýšeniu plazmatických koncentrácií dabigatranu. Lurazidón je inhibítor *in vitro* efluxného transportéra BCRP a jeho klinický význam na inhibíciu črevného BCRP nemožno vylúčiť. Súčasné podávanie BCRP substrátu môže viesť k zvýšeniu plazmatických koncentrácií týchto substrátov. **Nežiaduce účinky:** K najčastejším nežiaducim reakciám v klinických štúdiách a v postmarketingovom sledovaní (≥ 10 %) patrila akatízia a somnolencia, ktoré boli závislé od dávky až do 111 mg denne. Po uvedení lieku na trh sa hlásili klinicky závažné prípady kožných reakcií a iných reakcií z precitlivenosti spojené s liečbou lurazidónom, vrátane niekoľkých hlásení Stevensovho-Johnsonovho syndrómu. *Extrapyramídové symptómy (EPS):* Výskyt hlásených udalostí súvisiacich s EPS z klinických štúdií, pozri v úplnom znení súhrnu charakteristických vlastností lieku. *Dystónia:* U citlivých jedincov sa môžu v prvých dňoch liečby vyskytnúť symptómy dystónie a predĺžené abnormálne kontrakcie svalových skupín. Zatiaľ čo tieto symptómy sa môžu vyskytnúť pri nízkych dávkach, vyskytujú sa častejšie a s väčšou závažnosťou a silou pri vyšších dávkach antipsychotických liekov prvej generácie. Zvýšené riziko akútnej dystónie sa pozoruje u mužov a v mladších vekových skupinách. *Venózny tromboembolizmus:* Pri použití antipsychotických liekov boli hlásené prípady venózneho tromboembolizmu vrátane prípadov pľúcnej embólie a prípadov trombózy hlbokých žíl neznámej frekvencie.
**Dostupné balenia:** 28 tabliet **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Aziende Chimiche Riunite Angelini Francesco – A.C.R.A.F. S.p.A., Viale Amelia 70, 00181, Rím – Taliansko **Dátum revízie textu:** August 2020

**Prosím, preštudujte si úplné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.**

* LATUDA je registrovaná ochranná známka spoločnosti Sumitomo Dainippon Pharma Co., Ltd.
Všetky práva vyhradené. Licencované obrázky slúžia len na ilustračné účely. Každá zobrazená osoba je model.

**REFERENCIA:** 1. Harvey P.D. (2015). "The clinical utility of lurasidone in schizophrenia: patient considerations." Neuropsychiatric disease and treatment 11: 1103-1109.

ANGELINI PHARMA
Angelini Pharma Slovenská republika s.r.o.
Júnová 33, 831 01 Bratislava
tel.: 02/5920 7320, e-mail: office@angelini.sk
www.angelini.sk

Dátum aktualizácie: október 2021
8737_Lat_inz_OKT2021