

**PSYCHODYNAMIC PSYCHIATRY**  
**IN CLINICAL PRACTICE**  
**THE DSM-IV EDITION**

**Section I**

**Basic Principles and Treatment Approaches in Dynamic Psychiatry**

**Glen O. GABBARD, M. D.**

## ***OBSAH:***

### **Basic Principles and Treatment Approaches in Dynamic Psychiatry**

1. Basic Principles of Dynamic Psychiatry
2. The Theoretical Basis of Dynamic Psychiatry
3. Psychodynamic Assessment of the Patient
4. Treatments in Dynamic Psychiatry I.: Individual Psychotherapy
5. Treatments in Dynamic Psychiatry II.: Group Therapy, Family/Marital Therapy, and Pharmacotherapy
6. Treatments in Dynamic Psychiatry III.: Dynamically Informed Hospital Treatment

# ZÁKLADNÉ PRINCÍPY DYNAMICKEJ PSYCHIATRIE

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Jela, Maliariková TN)

Psychodynamická psychiatria oslavuje svoje sté narodeniny. Podľa Ellenbergera bol tento pojem po prvýkrát použitý v období medzi rokmi 1880-1900. Leibniz používal slovo dynamický, v protiklade ku statickému. Fechner týmto pojmom odkazoval ku psychickej energii a pravdepodobne týmto ovplyvnil Freuda. Slovo „dynamický“ používali francúzski psychológovia na vyjadrenie niečoho funkčného ako opak organického. Významný neurológ Hughlings Jackson si tento termín vypožičal, aby odlíšil fyziologické od anatomického, funkčné od organického, regresívne od status quo.

Dynamická psychiatria je najviac dlžná Freudovi, pretože je presiaknutá jeho psychoanalytickou teóriou a poznatkami.

Dynamická psychiatria sa dlhé roky chápala ako odvetvie psychiatrie, ktoré vysvetľuje psychické symptómy ako následok konfliktu. Tento konflikt vzniká vďaka mocným nevedomým silám, ktoré hľadajú svoje vyjadrenie. Tieto sily sú neustále kontrolované protichodnými silami, bráničami ich vyjadreniu. tieto protichodne pôsobiace sily by sa dali zaradiť do 3 skupín, ktoré sa niekedy prekrývajú:

- 1) želanie a obrana voči želaniu
- 2) rôzne intrapsychické súčasti s rôznymi cieľmi a prioritami
- 3) impulz v rozpore s vnútornou predstavou o potrebách reality.

V posledných desaťročiach však psychodynamická psychiatria nepracuje len s modelom konfliktu ale aj s tzv. modelom deficitu. Tento model sa aplikuje na pacientov, ktorí trpia oslabením alebo až chýbaním psychických štruktúr. Necítia sa celistvo a nie sú si istí sami sebou, a preto vyžadujú od svojho okolia nadmernú citlivosť.

V psychodynamickej psychiatrii je obsiahnutý aj nevedomý vnútorný svet vzťahov. Všetci pacienti si v sebe nosia množstvo psychických reprezentácií seba a druhých. Mnohé z nich sú potom základom charakteristických interpersonálnych problémov. Tieto reprezentácie seba a druhých prebývajú v pacientovom nevedomí, kde vytvárajú svet vnútorných objektných vzťahov.

Predovšetkým je však psychodynamická psychiatria spôsobom myslenia - nielen o pacientovi, ale aj o sebe vo vzťahu pacient - lekár. Psychodynamická psychiatria je prístup ku diagnostike a liečbe, charakterizovaný spôsobom zmýšľania o pacientovi aj lekárovi, ktorí zahŕňa nevedomý konflikt, deficit a deformáciu intrapsychických štruktúr a vnútorné objektné vzťahy.

Hoci je dynamická psychoterapia jedným z najdôležitejších nástrojov dynamickej psychiatrie, nemožno medzi tieto dva pojmy klásť rovnítko.

Dynamickí psychiatri používajú širokú škálu liečebných prostriedkov podľa dynamického zhodnotenia pacientových potrieb. Rozhodujúcou zložkou expertízy dynamického psychiatra je vedieť, kedy sa vyhnúť exploratívnej psychoterapii a použiť liečbu, ktorá neohrozí pacientovu psychickú rovnováhu. Dnešní dynamickí psychiatri musia pracovať v kontexte pokrokov v neurovedách a vedieť skĺbiť psychoanalytický pohľad na chorobu s jej biologickým ponímaním. Napriek tomu je však dynamický psychiater stále vedený osvedčenými princípmi psychoanalytickej teórie a technikou, ktorá dáva psychodynamickej psychiatrii jej jedinečný charakter.

## Jedinečná hodnota subjektívneho zážitku

Dynamická psychiatria je ďalej definovaná aj tým, že kontrastuje s deskriptívnou psychiatriou, ktorá kategorizuje pacientov podľa spoločných behaviorálnych črt a používa zoznamy symptómov, podľa ktorých pacientov klasifikuje.

Pacientov subjektívny zážitok, okrem toho, že sa využije pri spisovaní zoznamu symptómov, je menej dôležitý.

Deskriptívni psychiatri s behaviorálnou orientáciou by namietali, že pacientov subjektívny zážitok je primárne nedôležitý pre stanovenie psychiatrickej diagnózy a liečby, ktorá musí byť založená na pozorovateľnom správaní. Najextrémnejší behaviorálny názor je, že správanie a duševný život sú synonymné. Deskriptívneho psychiatra skôr zaujíma to, v čom je si pacient s druhými podobný než odlišný.

Naopak dynamickí psychiatri sa snažia nájsť to, čo je v každom pacientovi jedinečné, ako sa ten či onen pacient odlišuje od ostatných, pretože prežil jedinečný životný príbeh. Na symptómy a správanie sa pozerá ako na výsledok vysoko osobných subjektívnych zážitkov, ktoré sú filtrované biologickými podmienkami choroby a podmienkami prostredia. Navyše dynamickí psychiatri pripisujú prvoradú hodnotu pacientovmu vnútornému svetu - fantáziám, snom, strachom, nádejám, impulzom, želaniam, obrazom seba samého, vnímaniu druhých a psychologickým reakciám na symptómy.

Keď deskriptívni psychiatri hľadajú na uzavretú jaskyňu v horách, detailne opíšu masívny balvan uzatvárajúci vchod do jaskyne a odmietnu sa zaoberať vnútrom jaskyne, pretože je neprístupné a preto nepoznateľné.

Naopak dynamickí psychiatri budú zvedaví na tmavé zákutia za balvanom. Rovnako ako deskriptívni psychiatri, aj oni si všimnú ako to vyzerá pri vchode, ale aj samotný vchod bude mať pre nich iný význam. Budú chcieť zistiť, ako sa vo vonkajšku jaskyne odráža jej vnútro. Budú zvedaví aj na to, prečo musí byť vnútro jaskyne chránené kameňom.

## Nevedomie

Pokračujme ďalej v našej metafore o jaskyni.

Dynamický psychiater vymyslí spôsob ako odvaliť balvan, vstúpi do tmavých zákutí jaskyne a bude osvecovať vnútro. Artefakty na podlahe či záznamy na stene ho budú veľmi zaujímať, pretože môžu objasniť históriu tejto jaskyne. Neustále klokotajúca voda, vyvierajúca zo zeme môže znamenať podzemný prameň, ktorý sa chce z hĺbky pretlačiť na povrch. Dynamický psychiater bude skúmať tiež hĺbku jaskyne, pokiaľ až siahla do svahu hory. Končí jaskyňa naozaj zadnou stenou, alebo je to len falošná stena, za ktorou je cesta k ešte väčším hĺbkam?

Ako naznačuje metafora o jaskyni, druhým definujúcim princípom dynamickej psychiatrie je model psychického aparátu, ktorý zahŕňa nevedomie.

Freud rozlišoval 2 druhy nevedomých obsahov:

- 1) predvedomé - obsahy, ktoré sa ľahko dostanú do vedomia, stačí na ne zamerať pozornosť
- 2) pravé nevedomé - obsahy, ktoré sú cenzorované, pretože sú neprípustné, a preto vytesnené a neľahko sa dostávajú do vedomia.

(V tejto knihe sa slovo „nevedomý“ používa výlučne pre 2. skupinu)

Predvedomá je napr. spomienka na učiteľa z 1. triedy, hoci bežne si ju nevedomujeme, môžeme ju opäť jednoducho vybaviť zameraním našej pozornosti. Príkladom nevedomej myšlienky je vražedné želanie staršieho súrodenca voči novonarodenej sestre či bratovi. Pretože toto želanie je neprípustné, je vytesnené a pochované v nevedomí.

Freud označil nevedomý, predvedomý a vedomý systém spolu ako topografický (topický) model psychiky. O existencii nevedomia sa presvedčil vďaka snom a chybným výkonom. Analýza snov odhalila, že nevedomé želanie z detstva bolo zvyčajne motivujúcou silou snov. Sen zahalil to želanie, takže bolo treba sen rozanalyzovať, aby sa zistila jeho skutočná podstata. Úvahy nad obsahmi našich snov by nás mali presvedčiť o tom, že sny poskytujú voľnú tribúnu myšlienkam, ktoré sú za bdenia neprípustné. Chybné výkony zahŕňajú prerieknutia, „neúmyselne“ činy a zabudnutie alebo nahradzovanie mien a slov. Freud použil tieto strápňujúce počiny, aby ilustroval, ako potlačené želania prerážajú navonok a aby demonštroval paralely medzi duševnými procesmi každodenného života a tými, ktoré formujú neurotické symptómy.

Dynamický psychiater pozerá na symptómy a želania ako na odraz nevedomých procesov, ktoré chránia pred potlačenými želaniami a citmi, tak, ako balvan chráni obsah jaskyne pred jeho odkrytím.

Sny a prerieknutia sú ako umelecké diela na stene jaskyne, prinášajúce do súčasnosti odkazy zo zabudnutej minulosti. Dynamický psychiater sa musí vedieť dostatočne prispôbiť tejto tmavej ríši, aby ju dokázal preskúmať bez toho, aby sa potkol.

## Psychický determinizmus

Tvrdením, že symptómy a správanie sú vonkajšími prejavmi nevedomých procesov, sa dotýkame 3. princípu dynamickej psychiatrie - psychického determinizmu. Psychodynamický postoj tvrdí, že sme vedome zmätení a nevedomo kontrolovaní. Žijeme svoj každodenný život, akoby sme mali slobodu voľby, ale v skutočnosti sme oveľa viac obmedzení, ako si myslíme. Sme iba postavy prežívajúce scenár napísaný nevedomím. Naša voľba manželského partnera, zamestnania, dokonca záujmov vo voľnom čase nie je náhodná, je vytváraná nevedomými silami.

Príklad: počas psychoterapie vyšlo na povrch, že mladá žena si zvolila povolanie lekára, pretože bola hlboko ovplyvnená zážitkami z detstva. Keď mala 8 rokov, jej matka podľahla rakovine. Bola svedkom tejto tragédie a vtedy sa cítila bezmocná. Jej rozhodnutie stať sa lekárkou bolo čiastočne podmienené nevedomým želaním získať vládu nad chorobou a smrťou, na nevedomej úrovni byť lekárkou bol pokus aktívne ovládnuť pasívne zažívanú traumou. Na vedomej úrovni jednoducho pokladala medicínu za fascinujúcu a podmanivú.

Keď ľudské správanie výrazne nadobudne podobu symptómov, obmedzenosť slobodnej vôle je ešte zreteľnejšia. Pacient s OCD, ktorý musí 3x denne zopakovať cestu zo zastávky do práce, si uvedomuje, že sa mu správanie vymklo z rúk, no nechápe, že to spôsobujú sily nevedomia. Muž, ktorý dosiahne orgazmus iba keď si pri masturbácii predstavuje poníženie v rukách svalnatého sadistu, takisto stratil slobodnú voľbu svojich sexuálnych fantázií.

Dynamický psychiater pristupuje k týmto symptómom s poznaním, že sú prispôbením sa požiadavkám nevedomého scenára. Skrátka každé správanie má nejaký význam.

Význam je zriedkavo tak jednoducho vysvetliteľný ako v prípade našej lekárky. Väčšinou jeden symptóm má viac funkcií a rieši mnohé problémy. Psychodynamický pohľad teda definuje ľudské správanie ako konečný výsledok mnohých rozličných konfliktových síl, má rozmanité funkcie korešpondujúce aj s požiadavkami reality aj s potrebami nevedomia. Psychodynamický pohľad definuje ľudské správanie ako konečný výsledok mnohých rozličných konfliktových síl, ktoré slúžia palete rozličných funkcií, uspokojujúc požiadavky reality aj potreby nevedomia.

Hoci je princíp psychického determinizmu základnou teóriou, sú voči nej vznášané 2 výhrady:

- 1) Nie každé správanie je určované nevedomými faktormi. Keď pacient s Alzheimerovou chorobou zabudne meno svojej manželky, pravdepodobne sa nejedná o parapraxis, čiže chybný výkon.

Úlohou dynamického psychiatra je rozlíšiť, ktoré symptómy možno a ktoré nemožno vysvetliť dynamickými faktormi.

2) Druhá námietka pochádza zo skúsenosti s pacientami, ktorí nevyvíjajú žiadne úsilie zmeniť svoje správanie, pretože sa označujú za pasívne obeť síl nevedomia.

Koncept psychického determinizmu dáva priestor slobodnej voľbe. Vedomé úsilie zmeniť svoje správanie môže byť dôležitým faktorom vedúcim ku vyzdraveniu. Dynamický psychiater musí byť obozretný pri pacientovi, ktorý sa uspokojí s tým, že ostane naďalej chorý a vyhovára sa na psychický determinizmus.

## Minulosť je prológom

Štvrtým základným princípom dynamickej psychiatrie je, že zážitky z detstva sú rozhodujúcimi faktormi určujúcimi dospelú osobnosť. Slovom Williama Wordswortha: „Dieťa je otcom človeka“. Dynamický psychiater pozorne počúva, keď pacient rozpráva o zážitkoch z detstva, pretože tieto môžu hrať významnú úlohu pri vzniku súčasných problémov. Etiológia a patogenéza sú z dynamického pohľadu často spojené s detstvom.

V niektorých prípadoch vedie k poruche osobnosti zjavná trauma ako napr. incest alebo fyzické zneužitie. Častejšie však majú väčší etiologický význam chronické, opakujúce sa situácie v rodine.

Dynamický pohľad berie do úvahy aj skutočnosť, že novorodenci a deti vnímajú svoje okolie cez veľmi subjektívne filtre, ktoré môžu deformovať skutočné vlastnosti osôb v ich okolí. Niektoré deti sú už svojou konštitúciou náročné na výchovu, aj keby sa ich rodičia akokoľvek snažili.

Etiológia niektorých psychiatrických porúch môže závisieť aj od toho, ako si navzájom „zapasuje“ temperament dieťaťa a temperament rodiča. Príliš iritabilnému dieťaťu sa bude dariť s pokojnou matkou, ale zrejme nie až tak dobre s matkou nervóznou a precitlivelou. Vďaka tomuto modelu „pasovania si“ sa možno vyhnúť obviňovaniu či už detí alebo rodičov za neskoršie psychiatrické problémy.

Niekedy sa o psychodynamike hovorí, že kladie príliš veľký dôraz na vplyvy prostredia pri vzniku psychického ochorenia a neuznáva konštitučné faktory. Ale už od začiatkov psychoanalýzy mal Freud stále na zreteli konvergenciu charakteru a výchovy. „... predpokladáme, že oboje (faktory prostredia a konštitučné faktory) spolupôsobia pri vzniku následkov, ktoré pozorujeme...“

Proces vývoja je neustála interakcia medzi vrodenými črtami a faktorom prostredia, ktoré tieto črty formujú. Štúdie dvojčiat ukázali, že dvojčatá sú si také podobné, pretože vyhládávajú veľmi podobné prostredie. Deti s rovnakými charaktermi vyvolávajú rovnaké rodičovské reakcie. Slovom Erika Eriksona: „Deti vychovávajú svoje rodiny rovnakou mierou ako rodina vychováva ich“. Mohli by sme povedať, že rodina vychováva dieťa tým, že dieťa vychováva ju.

Longitudinálne štúdie nedávno ukázali, že plachosť je vrodená variácia excitačného prahu na určitých miestach limbického systému. Ten istý výskum hovorí, že na to, aby sa manifestovala klinicky zjavná úzkostná porucha, musia sa ku vrodenej dispozícii pridružiť vplyvy prostredia.

V centre pozornosti dynamickej psychiatrie vždy boli a sú teórie o vývoji v detstve. Podľa Freuda dieťa prechádza na ceste k dospelosti tromi fázami: orálnou, analnou, genitálnou. Každá z nich je spojená s určitou telesnou zónou, kde je podľa Freuda vtedy sústredené libido, čiže sexuálna energia dieťaťa. Výsledkom vonkajšej traumy alebo vrodených faktorov sa dieťa môže zastaviť v orálnej alebo análnej fáze, tam sa fixuje a zotrváva až do dospelosti. Vplyvom stresu môže dospelý človek regresovať na primitívnejšiu fázu vývoja a vykazovať psychické príznaky pudového uspokojenia spojeného s touto fázou. Freud zrekonštruoval vývoj dieťaťa retrospektívne podľa údajov od analyzovaných pacientov, boli však tiež vykonané aj priame pozorovania detí, ktoré viedli k prepracovanejším vývojovým teóriám normálnej a abnormálnej osobnosti

a k väčšiemu dôrazu na podstatu vzťahov dieťaťa k duhým. Tými teóriami sa budeme bližšie zaoberať v kapitole 2.

## **Prenos**

Pretrvávanie vzorcov správania z detstva až do dospelosti hovorí o tom, že minulosť sa opakuje v prítomnosti. Príkladom toho je základný psychodynamický koncept prenosu, keď pacient prežíva terapeuta ako významnú osobu zo svojej minulosti. Vlastnosti tejto osoby sú pripisované lekárovi a pocity viažúce sa k tejto postave pacient prežíva opäť voči terapeutovi. Dve vyznačené charakteristiky prenosu sú:

- 1) nezodpovedá súčasnému momentálnemu vzťahu
- 2) je to opakovanie minulosti.

Pacient nevedome znovu účinkuje v minulom vzťahu, nevedomuje si to, a tak prináša terapia množstvo veľmi hodnotných informácií o jeho minulých vzťahoch.

Väčšinou sa koncept prenosu spája so psychoterapiou, no terapeutický vzťah je iba jedným príkladom oveľa všeobecnejšieho fenoménu. Brenner hovorí: „Každý (objektný) vzťah je len ďalším prídavkom k prvým, pôvodným vzťahom v detstve. Prenos je všadeprítomný, vytvára sa v každej psychoanalytickej situácii, pretože sa vytvára v každej situácii, keď je druhá osoba pre nás dôležitá.“ Každý vzťah je teda zmesou reálneho vzťahu a prenosu. Dynamický psychiater si uvedomuje existenciu prenosu a to, že problémy so vzťahmi, na ktoré si pacient sťažuje, sa budú manifestovať aj v pacientovom vzťahu s terapeutom. Prenos tak prináša terapeutický materiál, pretože dynamický psychiater nereaguje na prenos rovnakým štýlom ako by reagovali druhí. Keď sa mu dostane zo strany pacienta nenávisť, hnevivo neodvrhne pacienta ako ostatní. Namiesto toho sa pokúša zistiť, ktorý vzťah z minulosti sa opakuje v prítomnosti. V tomto zmysle sú dynamickí psychiatri definovaní skôr tým, čo nerobia, než tým čo robia.

## **Protiprenos**

Základným princípom nás všetkých, ktorí robíme dynamickú psychiatriu je to, že s našimi pacientami sme si skôr podobní, než sa od nich líšime. Psychologický mechanizmus patologických stavov je vlastne rozšírením princípov normálneho fungovania. Aj lekár, aj pacient sú ľudskými bytosťami. Rovnako ako pacienti rozvíjajú prenos, terapeuti rozvíjajú protiprenos. Pretože každý súčasný vzťah je priradovaný k minulým vzťahom, je logické, že psychiatrov protiprenos a pacientov prenos sú tým istým procesom - každý nevedome zažíva toho druhého ako niekoho z minulosti. Rozdiel je v tom, ako sú pocity v terapeutickom sedení spracovávané. Zatiaľ čo prenos je analyzovaný ako časť terapeutického procesu, protiprenos je monitorovaný tak, že sa psychiater nestále vnútorne pozoruje, vníma silné pozitívne a negatívne pocity voči pacientovi a potichu uvažuje nad ich možným pôvodom v kontexte minulých vzťahov.

Koncept prenosu už prešiel svojím vývojom. Freudova úzka definícia hovorí o terapeutovom prenose voči pacientovi, alebo jeho odpovedi na pacientov prenos. Implicitne sa tu objavujú nevyriešené konflikty z terapeutovho nevedomia. Winnicott však pri práci so psychotikmi a poruchami osobnosti zaznamenal odlišnú formu protiprenosu. Nazval ju objektívna nenávisť, pretože to nie je reakcia pochádzajúca z nevyriešeného konfliktu, ale skôr to je prirodzená reakcia na pacientovo odpudzujúce správanie. Nenávisť je objektívna v tom zmysle, že prakticky každý by reagoval na pacientovo provokatívne správanie podobne. Táto širšia definícia protiprenosu ako terapeutovej vedomej emočnej reakcie na pacienta získava stále väčšiu podporu, pretože poháma charakterizovať prácu s poruchami osobnosti. Táto definícia oslabuje pejoratívny význam slova protiprenos = nevyriešené konflikty terapeuta, ktoré potrebujú ďalšiu analýzu. Nahrádza ho pohľadom na protiprenos ako na veľký diagnostický a terapeutický nástroj, ktorý terapeutovi veľa

napovedá o pacientovom vnútornom svete. V tejto knihe sa budem vždy snažiť objasniť, či sa v danom použitom prípade jedná o protiprenos v užšom alebo širšom zmysle.

## **Odpor**

Posledný veľký princíp dynamickej psychiatrie zahŕňa pacientovo želanie zachovať si súčasný stav, odolávať terapeutovmu úsiliu o náhľad a zmenu. Freud si už vo svojich začiatkoch všimol tieto mocné protichodné sily: „Odpor sprevádza terapeuta na každom kroku. Každá asociácia, každý počin pacienta musí počítať s odporom a predstavuje kompromis medzi silami, ktoré sa snažia o uzdravenie, a protichodnými silami.“ Odpor je rovnako ako prenos v terapii všadeprítomný a môže sa prejavovať rozlične, napr. omeškaním sa na sedenie, odmietaním liekov, zabúdaním na psychiatrove rady alebo interpretácie, mlčaním počas terapeutického sedenia, rozprávaním o nedôležitých záležitostiach, zabúdaním zaplatiť účet za terapiu atď. Odpor môže byť vedomý, predvedomý alebo nevedomý. Každý odpor je úsilím vyhnúť sa nepríjemným pocitom či už je to závisť, hanba, smútok, úzkosť alebo ich kombinácie. Terapia ohrozuje vytesňovanie neprijateľných impulzov, pocitov, myšlienok, a preto dynamický psychiater musí očakávať, že odpor ochraňuje vytesnenie.

Odpor obraňuje pacientovu chorobu. Počas dynamickej terapie sa do popredia dostávajú pacientove charakteristické obranné mechanizmy určené na obranu voči nepríjemným pocitom. V podstate môže byť odpor definovaný ako pacientove obrany počas dynamickej terapie. Rozdiel medzi odporom a obrannými mechanizmami je v tom, že odpor môžeme pozorovať, zatiaľ čo obranné mechanizmy si musíme domyslieť, vydedukovať. Sila obrany alebo odporu je priamo úmerná sile impulzu. Napr. tí, ktorí najviac broja proti hriechu, možno bojujú so silným nutkaním zhrešiť.

Dynamický psychiater odpor očakáva a je pripravený zaoberať sa týmto javom ako súčasťou terapeutického procesu. Zatiaľ čo iní terapeuti sa možno nahnevajú, keď sa ich pacienti neprispôsobujú liečbe, dynamický psychiater je zvedavý na to, čo tento odpor obraňuje a aká situácia z minulosti sa znovu odohráva. Napriek jednej z definícií odporu ako prekážky, ktorý treba odstrániť, aby terapia mohla prebiehať, odpor do veľkej miery je terapiou. Freud odporom vysvetľoval dva odlišné javy:

- 1) zastavenie pacientových voľných asociácií, 2) objavenie sa vysoko významných vnútorných objektívnych vzťahov z pacientovej minulosti prenesených do prítomného okamihu v dyáde terapeut - pacient. Spôsob, akým pacient kladie odpor, predstavuje pravdepodobne znovuvytvorenie minulého vzťahu, ktorý ovplyvňuje veľa súčasných vzťahov. Napr. pacient, ktorý v detstve rebeloval voči rodičom, môže nevedome rebelovať voči terapeutovi ako aj iným autoritám. Dynamický klinik pomôže pacientovi pochopiť tieto spôsoby správania tak, že sa stanú úplne vedomými.

## **Psychiatria mysle a psychiatria mozgu**

Jedným z najnešťastnejších javov súčasnej psychiatrie je polarizácia medzi biologicky a dynamicky orientovanými psychiatrami. Koreň tohoto konfliktu je v otázke, či leží etiológia duševných ochorení v poruche mozgu alebo mysle. Situáciu by sme nemali stavať „buď-alebo“, ale radšej „aj to, aj to“. Ostré rozlišovanie medzi funkčnými a organickými psychickými ochoreniami je svojím spôsobom umelo vytvorené. Mysel by sme mali chápať ako výraz fungovania nášho mozgu. Výskumy ukázali, že poruchy psychologickej povahy sa odrážajú v špecifických zmenách vo funkcii neurónov a synáps.

Mozog a myseľ však nie sú tá istá vec. Veda o mozgu zatiaľ nevysvetlila, a asi ani úplne nevysvetlí myseľ alebo duševné funkcie. Hoci je nám jasné, že mozog a myseľ sú neoddeliteľné, musíme priznať, že používajú odlišný jazyk.



Krátky klinický príklad prepojenia medzi mozgom a mysl'ou:

V reči mozgu je locus coeruleus spojený s úzkosťou a panikou. Látky stimulujúce l. c. spôsobujú paniku u pacientov s panickou poruchou. Látky, ktoré utišujú panický záchvat, znižujú činnosť l. c.

V reči mysle pacienti, ktorí nie sú schopní navodiť si počas dlhého víkendu ukl'udňujúcu predstavu svojho terapeuta, dostanú panický záchvat. Keď je l. c. vystimulovaný, pacient môže zažiť až pocity hrôzy, že terapeut zomrel a už ho nikdy neuvidí. Terapeutov hlas cez telefón môže túto hrôzu okamžite zmierniť. Locus coeruleus môže byť upokojený rovnako účinne slovami ako liekmi.

K polarizácii medzi biologickým a psychodynamickým prístupom dochádza veľakrát tým, že sa nedoceňuje komplexný vzťah medzi psychosociálnymi a neurofyziologickými faktormi v etiológii a patogenéze psychiatrických porúch. Pacienti často referujú, že im lekár povedal, že majú „chemickú nerovnováhu“. Takéto príliš zjednodušujúce riešenie je problematické, pretože podľa neho sú biochemické procesy kauzálnymi faktormi a nie mediátormi nervového vzruchu. Neurochemické a neuroanatomické zmeny môžu byť vyvolané psychosociálnymi vplyvmi prostredia. Rovnako psychoterapeutické intervencie môžu spôsobiť trvalé zmeny vo funkcii mozgu.

Gold a kolektív výskumom ukázali, že veľké depresie sa najlepšie liečia kombináciou lieky + psychoterapia, pretože vnútorný konflikt prispieva k ochoreniu a treba ho riešiť psychoterapeuticky.

Klinický prípad pacienta s OCD.

Existuje množstvo dôkazov, že OCD je ochorenie so silnou biologickou komponentou. Aj tak sa však v literatúre občas stretne s tým, že v liečbe OCD bola účinná psychoanalýza.

29 ročný slobodný muž s 10 ročnou anamnézou OCD. Jeho nutkavé myšlienky boli: musí sa neustále vyhybať novej nákaze a tiež obavy, že by mohol mať na rukách spermie, a tak by mohli ženy otehotnieť. Neustále trval na tom, aby s ním jeho mama bola 24 hodín denne, pomáhala mu obliekať sa, aby sa nedotkol šiat a nezahnusil sa. Vypracoval pre ňu rituál z 58 úkonov týkajúcich sa prípravy jedla. Ak ho presne nedodrжала, musela jedlo vyhodiť a začať znova. Vyhodila tak jedlo za tisíce dolárov ročne. Pacient trval aj na tom, aby otec býval v inej časti domu, aby sa on nenakazil choroboplodnými zárodkami, ktoré otec priniesol zvonka. Pacientov vývoj v detstve bol primeraný. Pamätal si však na to, že keď mal 5 rokov, videl ako otec napadol matku a ona volala o pomoc, snažil sa ju zachrániť, ale otec ho premohol. Cítil sa veľmi zúfalo a plakal, pretože nedokázal matku zachrániť. Navštívil mnohých psychiatrov, ale hneď po prvej návšteve od každého odišiel. Raz začal užívať clomipramín, vysadil ho však kvôli vedľajším účinkom. Nakoniec sa rodičia rozhodli, že ho treba hospitalizovať. Keď prišiel do nemocnice, doktor sa ho spýtal, prečo vyhľadal liečbu. Odpovedal: „Rozhodol som sa, že budem závislý - teda - nezávislý“. Lekár sa spýtal, narážajúc na to, že najskôr povedal závislý: „Je možné, že by vaša nejaká časť chcela byť závislá?“ Odpoveď znela: „Myslíte na mojej matke?“ Doktor odpovedal, že on to musí vedieť najlepšie, na kom. Po chvíli uvažovania pacient odpovedal: „Hm, stará sa o mňa veľmi dobre...“ Toto pošmyknutie jazyka odhalilo zlomok z jeho nevedomých motivácií vedúcich k jeho rezistencii na liečbu. Akákoľvek liečba by ohrozila jeho závislosť na matke. Asi po týždni hospitalizácie sa jeho stav začal výrazne zlepšovať, čítal noviny, ktoré čítali pred ním druhí pacienti, ruky si umýval za oveľa kratší čas. Toto zlepšenie nastalo bez medikácie. Cítil oveľa menej nervozity. Tým, že bol preč z domu, klesli jeho obavy zo sexuálnej príťažlivosti voči matke a agresivity voči otcovi. Pretože úzkosť sa stratila, nepotreboval už svoje kompulzívne symptómy na jej znižovanie.

Tento prípad krásne ilustruje vzájomný vzťah medzi psychodynamikou a biológiou. Nech bol biologický podklad symptómov akýkoľvek, ukázali tiež pacientovu symbolickú túžbu po láske matky. Jeho rituály slúžili ako obrana voči sexuálnym túžbam voči matke, a tak celý svoj čas trávil

umývaním rúk a inými úkonmi. Tieto rituály viedli však aj k tomu, že ho jeho matka obliekala, zatiaľ čo otec ostával mimo domu. Dynamickým významom toho bolo jeho pranie z detstva - uniesť matku preč od otca. Akákoľvek liečba bola pre neho hrozbou, pretože ho stavala do pozície, v ktorej by už viac nepotreboval svoju matku. Na druhej strane mu jeho oidipálne víťazstvo spôsobovalo veľkú úzkosť a pocity viny, čo umocňovalo jeho rituály ešte viac. Jeho prerieknutie sa viedlo k tomu, že si uvedomil, že akonáhle by sa príznaky jeho ochorenia zmiernili, stratil by svoju privilegovanú pozíciu voči matke. Tak sa vysvetlil jeho odmietavý postoj k liečbe.

Pozrime sa na analógiu s magnetom. Ak na papier nasypeme železné piliny a pohybujeme pod ním magnetom, piliny sa budú pohybovať za magnetom. Rovnakým spôsobom využívajú dynamické pochody psychiky biologické sily podobné magnetu vo svoj prospech. Takto sa nevedomé prania nášho pacienta a jeho obrany voči týmto praniám prejavili pomocou biologicky podmienených obsedantne-kompulzívnych symptómov.

## **Úloha dynamického psychiatra v súčasnej psychiatrii**

V dnešnej dobe veľkých pokrokov v neurovedách dynamická psychiatria stratila zo svojho lesku. Iba jednu generáciu dozadu sa tešili psychoanalytici a dynamickí psychiatri veľkej prestíži. Odvtedy sa do popredia dostávajú biologicky orientovaní vedci, ktorí na poli psychiatrie bezpochyby prispeli veľkou mierou. Avšak napriek všetkým optimistickým vyhláseniam o geneticko-biochemickom podklade duševných porúch počuť aj iný hlas, stále intenzívnejší a intenzívnejší. Biologicky orientovaní psychiatri sa sťažujú, že aj keď vedia všetko o neurotransmiteroch, nevedia, ako sa rozprávať s pacientami. Žiadajú o supervíziu psychoanalytika, keď ich pacientom nezaberá liečba. Dokonca aj pacienti sa dožadujú toho, aby boli riadne vypočutí, a nielen dostali lieky. Sú frustrovaní, keď ich halucinácie vplyvom liekov ustúpia, ale ich život ostáva stále veľmi obtiažnym, pretože majú veľa interpersonálnych problémov. Terapeuti sú frustrovaní, keď ich pacientom nezaberajú lieky alebo elektrokonvulzívna terapia. Fanfáry sprevádzajúce pokroky v neurochémii zamaskovali fakt, že medzi výskumnými laboratóriami a ambulanciou psychiatra je dosť veľká vzdialenosť.

Dynamický prístup určite nie je potrebný u každého psychiatrického pacienta. Tí, ktorým zaberú lieky, elektrošoky alebo behaviorálna liečba, nepotrebujú dynamického psychiatra. Rovnako ako každá psychiatrická škola, dynamická psychoterapia nie je účinná u každého psychiatrického ochorenia. Účinná je najmä pri poruchách osobnosti, parafíliách, úzkostných poruchách, poruchách príjmu potravy, a aj u ostatných úzkostných porúch, kedy zlyhávajú bežné postupy.

Dynamický prístup k väčšine pacientov (ak nie ku všetkým) obohacuje psychiatrovi prax. Najdôležitejšie je, že pomáha psychiatrovi rozpoznať a pochopiť jeho každodenné problémy s protiprenosom, ktoré narúšajú efektívnosť diagnostiky a liečby. V jednej z posledných štúdií sa ukázalo, že druhou najviac oceňovanou schopnosťou psychiatra je schopnosť rozpoznať problémy prameniace z protiprenosu a konštruktívne sa s nimi vysporiadať. Jedine psychodynamický prístup k pacientovi neustále sleduje psychiatrovo vedomé a nevedomé prispievanie k procesu liečby.

## TEORETICKÁ BÁZA DYNAMICKEJ PSYCHIATRIE

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Jela, Maliariková TN)

„Nič nie je praktickejšie než dobrá teória“.

### Kurt Lewin

Tak ako námorník bez kompasu, psychiater, ktorý sa vyberie na prieskum temných vôd nevedomia bez teórie, sa rýchlo v tom mori stratí. Psychoanalytická teória je základom dynamickej psychiatrie. Umožňuje psychiatrovi prekročiť deskriptívnu úroveň triedenia symptómov a použitia diagnostických nálepiek. Poskytuje prostriedky pre pochopenie a nahliadnutie do jaskyne vnútra ľudskej mysle. Teória nielen že vedie klinika k diagnóze, poskytuje mu tiež potrebné informácie k rozhodovaniu sa o tom, akú liečbu použiť u toho ktorého pacienta. Teoretické vedomosti pomáhajú dynamickému psychiatrovi, aby vedel čo povedať, kedy to povedať, ako to povedať a čo radšej nehovoriť.

Súčasná dynamická psychiatria zahrňuje v sebe tieto tri široké psychoanalytické teoretické oblasti:

- 1) ego - psychológiu, odvodenú z klasickej Freudovej psychoanalytickej teórie
- 2) teóriu objektných vzťahov, odvodenú z prác M. Kleinovej a členov „Britskej školy“ (Fairbairn, Winnicott, Balint)
- 3) self - psychológiu, odvodenú od Sullivanovej interpersonálnej tradície, ale v súčasných pojmoch formulovanú a vypracovanú Heinzom Kohoutom.

Hoci o týchto teóriách sa popísalo množstvo kníh, tu sa zameriame len na charakteristické rysy týchto troch teórií. V nasledujúcich kapitolách sa pokúsime ilustrovať ich použitie v klinických situáciách.

### Ego-psychológia

Freudove prvé roky psychoanalytického výskumu boli značne ovplyvnené jeho topografickým modelom (viď. kapitola 1). Na hysterické symptómy pozeral ako na výsledok vytesnených spomienok na udalosti či myšlienky. Podľa jeho hypotézy môže psychoterapia uvoľniť toto vytesnenie, čo vedie k rozpomenutiu si na vytesnené obsahy. Detailný slovný popis takejto vytesnenej patogénnej myšlienky alebo udalosti vedie k tomu, že symptómy vymiznú.

Napríklad mladému mužovi ochrnulo rameno, čo by mohlo byť výsledkom jeho vytesnenej túžby udrieť svojho otca. Podľa tejto teórie by mohol znovu nadobudnúť hybnosť ramena tým, že by si spomenul na svoje nevedomé želanie, verbalizoval ho a vyjadril hnev voči otcovi. Pomocou tejto katartického metódy, tiež známej ako abreakcia, sa nevedomé patogénne pôsobiace spomienky stávajú vedomými.

Tento topografický model však začal Freudovi čoskoro zlyhávať. Opakovane sa stretal s odporom svojich pacientov voči takýmto terapeutickým manévrom. Niektoré spomienky nebolo možné dostať do vedomia. Obranné mechanizmy zodpovedné za tento odpor boli sami o sebe nevedomé, a preto neprístupné. Tieto pozorovania viedli Freuda k záveru, že ego má vedomú ako aj nevedomú zložku. Vo svojej práci „Ego a Id“ (1923/1961) Freud predstavil svoju trojzložkovú teóriu ega, id a superega. V tomto štruktúrnom modeli, ktorý nahradil topografický model, je ego oddelené od inštinktívnych pudov. Vedomý aspekt ega je výkonným orgánom psyché, zodpovedným za

rozhodovanie a integráciu vnímaného. Nevedomý aspekt ega obsahuje obranné mechanizmy ako napr. vytesnenie, ktoré sú nevyhnutné na zvládanie mocných pudov skrytých v id - konkrétne sú to sexualita (libido) a agresia.

Id je úplne nevedomá intrapsychická inštancia, ktorú zaujíma iba uvoľnenie pudového napätia. Id je kontrolované nevedomými aspektami ega aj treťou súčasťou tohoto štruktúrného modelu - superegom. Superego je z väčšej časti nevedomé, ale niektoré jeho aspekty sú bezpochyby vedomé. Superego zahŕňa morálne svedomie a ego ideál. Morálne vedomie odsudzuje (teda diktuje, čo by človek na základe rodičovských a spoločenských hodnôt nemal robiť) zatiaľ čo ego ideál nariaďuje (diktuje, čo by mal človek robiť alebo aký by mal byť). Superego je viac citlivé voči snahám id, a preto je do nevedomia ponorené viac ako ego.

Podľa ego-psychológie je intrapsychický svet plný konfliktov. Superego, ego a id navzájom bojujú s tým, ako sa sexualita a agresia snažia o vyjadrenie a uvoľnenie. Konflikt medzi týmito silami vytvára úzkosť. Tento signál úzkosti upozorňuje ego na to, že treba nasadiť obranný mechanizmus. Toto je mechanizmus tvorby neurotického symptómu. Konflikt spôsobuje úzkosť, čo vedie k obrane, výsledkom čoho je kompromis medzi id a egom. Symptóm je potom kompromisom, ktorý obraňuje voči prianiu vychádzajúcemu z nevedomia a zároveň uspokojuje prianie v zamaskovanej forme.

Účtovník s OCD sa nesmierne obával, že voči svojmu šéfovi vybuchne hnevom. Veril, že svoj hnev zadrží tým, že stokrát za sebou prehltnie. tento symptóm ho ochraňoval pred erupciou hnevu z id, ale taktiež bol oslabenou formou uspokojenia jeho agresívneho priania voči šéfovi. Proces počítania a prehltania mu zabraňoval dokončiť prácu, a tak vlastne vzdoroval šéfovi a vyjadroval svoju nezávislosť. Tvorba takýchto kompromisov je normálnym psychickým procesom. Neurotické symptómy reprezentujú iba patologickú odchýlku. Charakterové črty samy o sebe môžu byť kompromismi a môžu byť tvorivým riešením intrapsychického konfliktu.

## **Obranné mechanizmy**

Freud potvrdil existenciu aj iných obranných mechanizmov, avšak veľkú väčšinu svojej pozornosti venoval vytesneniu. Freudova dcéra Anna vo svojom diele Ego a obranné mechanizmy (1936/1946), rozšírila jeho prácu o detailný opis desiatich obranných mechanizmov. Patria medzi ne: regresia, reaktívny výtvor (formácia), odčinenie, introjekcia, identifikácia, projekcia, sublimácia. Čo je ešte dôležitejšie potvrdila, že detailné skúmanie obranných mechanizmov ovplyvňuje terapiu. Psychoterapeutovi už nestačí iba jednoducho odkrývať vytesnené priania vychádzajúce od id. Rovnakú pozornosť bolo treba venovať obrannému úsiliu, ktoré vyvíja ego, a ktoré sa prejavujú ako odpor voči terapii.

Presunutím dôrazu od pudov na obranné mechanizmy A. Freudová urýchlila presun pozornosti psychoanalýzy a dynamickej psychiatrie od formácie neurotických symptómov ku charakterovej patológii. V súčasnosti je mnoho porúch osobnosti definovaných na základe svojich typických obranných operácií. Všetky obrany majú spoločné to, že ochraňujú ego pred inštinktívnymi požiadavkami ega.

### **Základné obranné mechanizmy:**

#### **1) Vytesnenie**

Freud tento mechanizmus považoval za kráľovnu všetkých obrán. Pracuje nevedome tak, že z vedomia vytlačá neprijateľné želania, pocity či fantázie. Hoci vytesnenie používajú prakticky všetci neurotici, je charakteristickým znakom hysterickej neurózy a hysterickej osobnosti (viď kapitola 18).

## 2) *Presunutie*

Toto je nevedomý proces, ktorým sa pocity viazané na jeden zdroj presmerujú na druhý. Prenos je jasným príkladom presunutia, pretože pri ňom pocity, ktoré mal človek voči niekomu v minulosti, sú prenášané na nejakú osobu v súčasnosti. Fóbie sú tiež klasickým príkladom takejto obrany, pretože úzkosť spojená so zdrojom, ktorý je v nevedomí, je presmerovaná na náhradný, vedomý objekt, ktorý je často sám o sebe neškodný. V snoch sa taktiež často stretáme s presunutím. V spánku klesá úzkosť a spánok je ochraňovaný tým, že emočne nabitá postava je nahradená neutrálnou.

## 3) *Reaktívny výtvor (formácia)*

Tu dochádza ku zapudeniu neprijateľného želania či impulzu tým, že človek prijme charakterovú črtu, ktorá je úplne opačná. Tento obranný mechanizmus sa vyskytuje pri OCD a u ľudí s obsedantne-kompulzívnou poruchou osobnosti.

## 4) *Izolácia afektu*

Tento mechanizmus sa tiež vyskytuje pri OCD a oddeľuje afekt od predstavy. Napríklad na traumatickú udalosť sa možno veľmi ľahko rozpomenúť, no táto spomienka bude bez akýchkoľvek sprievodných intenzívnych pocitov. Izolácia často pracuje ruka v ruke s intelektualizáciou, ktorá plní taktiež rovnakú úlohu - vyhnúť sa afektu.

## 5) *Odčinenie*

Taktiež charakteristický mechanizmus pre OCD. Zahŕňa magické myslenie, pri ktorom sa vykoná určitá činnosť, ktorá má zrušiť alebo odvrátiť neprijateľnú myšlienku či akciu.

## 6) *Somatizácia*

Táto obrana, typická u hypochondrických pacientov, spôsobuje prenos bolestivých pocitov do častí tela. Psychoterapia u týchto pacientov býva často frustrujúca, pretože pocity sú neprijateľné a emočné, dokážu ich takýto ľudia vyjadriť iba pomocou fyzických ťažkostí.

## 7) *Konverzia*

Vo všeobecnosti, aj keď nie výhradne, je spojená s hystériou. Je charakterizovaná symbolickou reprezentáciou intrapsychického konfliktu vo fyzických termínoch. Príkladom je prípad mladého muža na začiatku tejto kapitoly.

Obranné mechanizmy boli zoradené od najnezrelejších alebo najviac patologických ku najviac zrelým (Vaillant 1977). Tu sme uviedli iba niektoré. Nik z nás nie je bez obranných mechanizmov, čo opäť ilustruje dynamický princíp, že hranica medzi duševným zdravím a chorobou je neostrá. Profil typických obranných mechanizmov človeka je dobrým barometrom jeho duševného zdravia. Vaillant zdôrazňoval najmä 4 zrelé obranné mechanizmy:

- 1) potlačenie - deje sa vedome (na rozdiel od vytesnenia, ktoré je nevedomé), vyháňa z mysle neprijateľné myšlienky a pocity.
- 2) altruizmus - podriadenie vlastných potrieb a záujmov potrebám a záujmom druhých
- 3) sublimácia - nevedomý proces, pri ktorom sú vedome neprijateľné pudy a želania presmerované do spoločensky akceptovateľných alternatív

4) humor - schopnosť robiť si žarty zo seba i zo situácie, v ktorej sa človek nachádza.  
Je nedoceneniteľnou súčasťou duševného zdravia.

Príklady primitívnejších obrán budú uvedené na inom mieste tejto kapitoly, v časti o teórii objektívnych vzťahov.

## **Adaptívne aspekty ega**

Dôležitosť ega pre psyché nie je iba v jeho obranných mechanizmoch. Heinz Hartmann prispel veľkou mierou ku psychológii ega tým, že sa zamerával aj na iné než obranné aspekty ega. Odvrátil ego od id a sústredil ho na vonkajší svet. Hartmann (1939/1958) predpokladal, že existuje aj sféra ega nezaťažená konfliktom, a tá sa vyvíja nezávisle od síl id a konfliktov. Ak majú určité autonómne funkcie ega pri narodení „priemerné vonkajšie prostredie“, budú sa vyvíjať bez toho, aby im v tom zabraňoval nejaký konflikt. Sem patrí myslenie, učenie, vnímanie, motorika, reč a mnohé ďalšie. Hartmann predpokladal, že po neutralizácii sexuálnych a agresívnych energií niektoré obrany dokonca stratia svoje spojenie so silami id a stanú sa sekundárne autonómne alebo adaptívne. Hartmann tak priniesol tzv. adaptívny uhol pohľadu. Jeho prácu ďalej rozvíjali David Rapaport (1951) a Edith Jacobsonová (1964). Pre dnešných klinikov je samozrejmé, že súčasťou ich rutinného pohľadu na pacienta je zváženie jeho ego-funkcií: jeho sily / slabosti. Bellak (1973) zosystematizoval ego funkcie do škály, ktorá sa používa na výskum aj klinické zhodnotenie. Najdôležitejšie z týchto ego funkcií sú: testovanie reality, kontrola impulzov, myšlienkový proces, rozvaha, synteticko-integratívne fungovanie a primárna a sekundárna autonómia (podľa Hartmanna).

## **Otázky vývoja**

Rovnako ako všetky psychoanalytické teórie aj ego-psychológia zdôrazňuje vývoj. Klasická Freudova teória orálnej, análnej a genitálnej fázy (viď. kapitola 1) sa s vývojom ego-psychológie ďalej vyvíjala. Erik Erikson (1959), nasledujúc Hartmanna, sa zamerával na psychosociálny vplyv okolia, a vypracoval epigenetickú vývojovú schému charakterizovanú v každej fáze určitou psychosociálnou krízou. Napríklad v orálnej fáze vývoja kojenec prežíva konflikt: bazálna dôvera versus bazálna nedôvera. V análnej fáze je v popredí konflikt: autonómia versus hanba a pochybnosť. Počas falicko-oidipálnej fázy je to iniciatíva versus vina. Oidipálna fáza zaujíma v patogenéze neuróz (úzkostných porúch) centrálnu pozíciu, tak isto aj v patogenéze charakterových neuróz akými sú obsedantne-kompulzívna osobnosť a hysterická osobnosť. V 3. roku života sa dieťa začína intenzívnejšie zameriavať na svoje genitálie ako na zdroj potešenia. Vzrastá jeho túžba stať sa objektom lásky pre rodiča opačného pohlavia. Zároveň sa však jeho dyadický rámec, t. j. rámec matka - dieťa mení na triadický, tým, ako si uvedomuje, že rodič opačného pohlavia je jeho rivalom.

V prípade chlapca je jeho prvým objektom lásky jeho matka, čo nevyžaduje presun afektov. Túži pri nej spať, byť stredobodom jej sveta. Pretože jeho otec v týchto plánoch prekáža, v dieťati začínajú voči otcovi vznikať vražedné úmysly. Ich výsledkom je vina, strach z otcovej odplaty a úzkosť z tejto hroziacej odplaty. Freud spozoroval, že hlavným zdrojom chlapcovej úzkosti počas tejto vývojovej fázy je to, že otcova odplata príde vo forme kastrácie. Aby sa chlapec vyhol takémuto trestu, vzdá sa svojich sexuálnych túžob voči matke a identifikuje sa s otcom. Táto identifikácia s agresorom znamená rozhodnutie hľadať takú ženu, ako je jeho matka, aby mohol byť takým, aký je jeho otec. Súčasťou tohoto oidipálneho riešenia je to, že represívny otec je v piatom až šiestom roku života internalizovaný a formuje superego.

S vysvetľovaním dievčenského oidipálneho vývoja mal Freud oveľa viac potiaží. Vo svojich prácach uznal svoj zmätkový týkajúci sa ženskej psychológie, avšak napriek tomu načrtnol ženský vývoj.

Problematické bolo predpokladať, že ženský vývoj je v podstate analogický s mužským. Podľa Freuda, zatiaľ čo chlapci riešia oidipálny komplex kastračným komplexom, u dievčat sa ohlasuje uvedomením si „kastrácie“. V preoidipálnej fáze vývoja sa dievča cíti ako chlapec, pokým nezistí, že existuje penis. Vtedy sa začne cítiť menejcenné a objaví sa závisť penisu. Obviňuje svoju matku za svoju menejcennosť, a tak sa obráti na otca ako na objekt svojej lásky a jej túžbu po penise nahradí želanie mať dieťa od svojho otca. Freud predpokladal, že keď si dievča svoju „genitálnu menejcennosť“ uvedomí, reaguje jedným z týchto troch spôsobov:

- 1) úplným potlačením sexuality, t. j. neurózou
- 2) vzdorovitou hypermaskulinizáciou
- 3) definitívnou ženskosťou.

V normálnom oidipálnom vývoji za kľúčový faktor určil Freud strach zo straty materskej lásky, a nie strach z kastrácie otcom.

Súčasní psychoanalytici autori postavili pred Freudovu formuláciu ženského vývoja mnohé závažné otázky. Stoller poukázal na to, že prvá fáza vývoja dievčaťa je jednoznačne ženská, nie mužská. Na základe rozsiahlych výskumov jedincov s obojakými genitáliami a chromozomálnymi anomáliami jasne poukázal, že definitívna ženskosť je upevnená pred falicko-oidipálnou fázou. Ďalej trval na tom, že primárnym zdrojom ženskosti nie sú ani chromozómy ani genitálie, ale že je výsledkom neochvejných presvedčení rodičov o pohlaví dieťaťa. Spolu s Lernerom a Torokom tvrdil, že závisť penisu je iba jedným z aspektov vývoja dievčat, nie jeho pôvodcom. Poukázali na negatívny dopad považovania tejto teórie za kľúčový jav. Mohlo by to viesť k tomu, že by terapeut „pomohol“ pacientkám prijať nižšie postavenie voči mužom. Mohlo by to tiež posilniť pacientkino obranné zameranie sa na anatomické či genitálne deficity a zabrániť tak skúmaniu želaní, konfliktov a úzkostí, ktoré sú v pozadí.

Hoci je oidipálny komplex centrálny pre pochopenie symptómových neuróz aj charakterových neuróz, častá býva tiež regresia z oidipálnej fázy späť do análnej alebo orálnej. Vývoj nekončí vyriešením oidipálneho komplexu. Obranné konštelácie sa menia v každej nasledujúcej fáze, vo: fáze latencie, v období adolescencie, ranej dospelosti, v strednom veku, v starobe. Vaillant (1976) zdokumentoval systematický posun od nezrelých obrán, akými sú napr. hypochondriáza a predvádzanie sa ku zrelším obránam ako altruizmus a sublimácia, za predpokladu, že osobnosť je naozaj dynamická a tvárna počas celého života.

## **Teória objektných vzťahov**

Podľa psychológie ega sú pudy (napr. sexualita a agresivita) primárne, zatiaľ čo objektné vzťahy sú sekundárne. (V psychoanalytickej terminológii „objekt“ znamená osoba. Tu sa tiež pridržíme takéhoto použitia tohoto slova.) Inými slovami, najdôležitejšia denná činnosť novorodenca je uvoľňovanie napätia uspokojovaním pudov. Na druhej strane teória objektných vzťahov tvrdí, že pud vzniká v kontexte vzťahu (napr. novorodenec - matka) a preto pud a vzťah nemôžu byť od seba oddelované. Niektorí teoretici (Fairbairn 1952) dokonca tvrdia, že pudy sú primárne orientované skôr na hľadanie objektu, než na znižovanie napätia.

Teória objektných vzťahov hovorí o transformácii interpersonálnych vzťahov na internalizované = vnútorné reprezentácie vzťahov. Dieťa počas svojho vývoja si nezvnútorňuje objekt alebo osobu. Zvnútorňuje si celý vzťah. Počas kojenia sa formuje prototyp pozitívneho zážitku lásky. Tento prototyp zahŕňa v sebe pozitívny zážitok seba (kojené dieťa), pozitívny zážitok objektu (pozorná, starostlivá matka) a pozitívny citový zážitok (spokojnosť, nasýtenie). Keď sa hlad vráti a matka nie je hneď prítomná, objaví sa prototyp negatívneho zážitku, zahŕňajúci negatívny zážitok seba (frustrované, dožadujúce sa dieťa), necitlivého, frustrujúceho objektu (nepřítomná matka) a negatívneho citového zážitku (hnevu až teroru). Nakoniec sú tieto dva zážitky zvnútornené ako

dve protikladné skupiny objektných vzťahov pozostávajúce z reprezentácie seba, reprezentácie objektu a sprievodného afektu.

Internalizácia matky (čiže introjekcia) začína s pociťovaním jej fyzickej prítomnosti počas kojenia. Okolo 16. mesiaca sa izolované predstavy o matke postupne zjednotia do trvalej psychickej reprezentácie. V rovnakom období sa formuje trvalá reprezentácia seba, najskôr ako reprezentácia tela, neskôr ako súbor pocitov a zážitkov, ktoré sú prežívané ako dieťaťu patriace.

Hlavnou motivujúcou silou pre introjekciu pozitívneho, milujúceho aspektu matky je strach z toho, že ju dieťa stratí (Schafer 1968). Dôvody pre zvnútornenie negatívneho, „zlého“ aspektu matky sú komplexnejšie. Možnými motivujúcimi faktormi sú: predstava, že objekt bude pod kontrolou tým, keď bude zvnútornený, ďalej získanie pocitu víťazstva pomocou opakovaných traumatických zážitkov s objektom, a tiež to, že je lepší „zlý“ objekt než žiadny objekt (Schafer 1968). Klinické skúsenosti ukazujú, že intenzívne prítlnutie k nepriateľskému objektu môže byť tiež spojené s túžbou po pozitívnejšom vzťahu s objektom (Meissner 1981). Okrem toho objekt, ktorý bol zvnútornený sa nemusí zhodovať so skutočným externým objektom. Napríklad matka, ktorá nie je prítomná, keď je dieťa hladné, sa v tom čase môže starať o druhého súrodenca, no je zažívaná a zvnútornená ako nepriateľská, odmietavá a neprístupná.

Teória objektných vzťahov pozerá na konflikt inak ako psychológia ega. Nevedomý konflikt nie je iba boj medzi impulzom a obranou, je to tiež stretnutie protikladných párov vnútorných objektných vzťahov (Kernberg 1983, Ogden 1983, Rinsley 1977). Inými slovami v každom okamihu medzi sebou súperia rozličné zostavy reprezentácií seba, reprezentácií objektov a afektov o centrum pozornosti na javisku intrapsychického divadla vnútorných objektných vzťahov.

Internalizácia objektných vzťahov vždy zahŕňa rozdelenie ega do nevedomých suborganizácií. Tieto sú v 2 skupinách:

- 1) self-suborganizácia ega, t. j. aspekty ega v ktorých človek zažíva svoje myšlienky a pocity ako svoje vlastné
- 2) objektná suborganizácia ega, pomocou ktorej významy vznikajú tak, že ego sa identifikuje s objektom. Táto identifikácia s objektom je taká silná, že pôvodný zážitok seba sa úplne stratí (Ogden 1983).

Tento model ukazuje vplyv Freudovho superega, ktoré je prežívané ako niečo cudzie (je to objektová suborganizácia ega, ktorá sleduje, čo robí self - subordinácia ega). Tento model tiež poskytuje spätnú cestu od intrapsychického k interpersonálnemu. Z tohto pohľadu má prenos 2 formy: na terapeuta môže byť externalizovaná buď rola self - suborganizácia ega alebo objektnej suborganizácie ega. Týmto sa budeme zaoberať neskôr.

## Historická perspektíva

Teória objektných vzťahov vznikla vo Veľkej Británii a spočiatku sa rozvíjala tam a v Južnej Amerike, a v súčasnosti v USA. Založila ju Melánia Kleinová. Bola ovplyvnená Freudom, no svojím zameraním sa na vnútorné objekty prešla na nové pole bádania. Pomocou psychoanalytickej práce s deťmi rozvinula teóriu, ktorá sa spoliehala na nevedomé intrapsychické predstavy a vytesnila vývoj v klasickej teórii do prvého roku života. Podľa nej sa oiidipálny komplex objavuje v druhej polovici prvého roka, keď je dieťa odstavené.

V prvých mesiacoch dieťa zažíva hrôzu zániku, spojenú s Freudovým pudom smrti. Na obranu sa ego rozdelí a všetko zlé a agresívne, prameniace z tohoto pudu je projikované na matku. Dieťa potom žije v strachu z matkinho trestu, konkrétne napr. z toho, že matka sa dostane do jeho vnútra a zničí tam všetko dobré, prameniace z libida. Tento strach je úzkosťou z toho, čo Kleinová nazvala paranoidne-schizoidná pozícia - podľa dvoch známych obranných mechanizmov - odštiepenie od ega (schizoidná) a projekcia (paranoidná). Tieto mechanizmy oddeľujú dobré od zlého. Zlé objekty



sú projikované na matku, aby mohli byť oddelené od dobrého. Môžu byť však spätne zvnútornené, aby mohli byť udržiavané pod kontrolou. Zároveň dobré objekty môžu byť projikované, aby mohli byť ochránené pred zlými, ktoré sú teraz vo vnútri. Tieto oscilujúce cykly projekcie a introjekcie pokračujú, až kým si dieťa neuvedomí, že „zlá“ a „dobrá“ matka sú tá istá osoba. Keď si dieťa tieto dva čiastočné objekty spojí do jedného, začne sa báť, že jeho deštruktívne predstavy voči matke by ju mohli zničiť. Toto Kleinová nazvala depresívnou úzkosťou a je to predzvesťou depresívnej pozície. Tento spôsob prežívania obsahuje obavu, že by človek mohol ublížiť druhým, na rozdiel od paranoidne-schizoidnej pozície, kedy sa bojí, že mu ublížia druhí. V citovom prežívaní dieťaťa prevládne pocit viny, ktorú sa snaží vyriešiť reparáciou. Sú to činy, ktoré majú opraviť škodu napáchanú na matke v skutočnosti či predstavách. Podľa Kleinovej, oidipálny komplex je úsilie odohnať depresívnu anxiétu a vinu pomocou reparácie.

Kleinovú kritizovali za spoliehanie sa výlučne na predstavy a minimalizovanie vplyvu reálnych osôb, za prílišné zdôrazňovanie pudu smrti a za prisudzovanie dospelých foriem myslenia deťom v ich prvom roku života. Jej brilantný vývoj paranoidne-schizoidnej a depresívnej pozície však majú vysokú hodnotu, najmä ak na ne pozeráme ako na spôsoby, akými sa vytvárajú skúsenosti počas celého života, nielen ako na fázy vývoja, z ktorých vyrastieme.

Podľa Kleinovej, pudy využívajú telo ako nástroj na ich vyjadrenie. Ich úlohou nie je iba znižovanie napätia, ale sú smerované ku špecifickým objektom zo špecifických dôvodov.

Všetky tieto teórie viedli k prudkým debatám v Britskej psychoanalytickej spoločnosti. Keď došlo k jej rozdeleniu, jedna sekcia - tzv. „A“ skupina zostala loajálna voči Kleinovej, zatiaľ čo „B“ skupina nasledovala Annu Freudovú, jej protivníčku. Tretia skupina, tzv. „nezávislá skupina“ zostala neutrálna a do určitého stupňa ovplyvnená Kleinovou vytvorila dnešnú teóriu objektných vzťahov (Kohon 1986). Táto skupina, často nazývaná ako „Britská škola“ zahŕňa také význačné osoby akými sú: Winnicott, Balint, Fairbairn, Heimannová, Littleová, Guntrip. Aj keď v ich dielach sú značné rozdiely, sú v jednej skupine, pretože sa zaoberali spoločnými témami. Všetci sa zaujímali o skoré vývojové štádiá pred vytvorením oidipálneho komplexu a všetci sa zamerali viac na výkyvy vnútorných objektných vzťahov než na teórie pudov. Navyiac, rovnako ako Kleinová, a na rozdiel od klasických analytikov, liečili aj vážnejšie stavy psychoanalytickými metódami, a tým snád' získali bližšie znalosti o primitívnych duševných stavoch.

Britská škola zdôrazňovala vplyv okolia na dieťa vo včasnom období. Winnicott zaviedol termín „dostatočne dobrá matka“, aby charakterizoval minimálne požiadavky, ktoré musí okolie spĺňať, aby sa dieťa normálne vyvíjalo. Balint opísal pocit mnohých pacientov, že im niečo chýba ako základný nedostatok. podľa neho bol tento nedostatok spôsobený tým, že matka nedokázala vyplniť základné požiadavky dieťaťa. Fairbairn (1963) pozeral na problémy svojich schizoidných pacientov nie ako na frustráciu pudov, ale ako na dôsledok toho, že matke sa nepodarilo správať k dieťaťu tak, aby sa uistilo, že je milované kvôli nemu samému. Podľa neho nehľadajú rozkoš, ale skôr objekt. Títo myslitelia boli presvedčení, že pre kompletne psychoanalytické pochopenie ľudskej bytosti je potrebná rovnako teória konfliktu ako aj teória deficitu. Analytikovia sú novými objektami, ktoré ich pacienti internalizujú, aby zaplnili chýbajúce intrapsychické štruktúry. Toto je kritickým bodom teórie objektných vzťahov - pacienti vnútorné objektné vzťahy nie sú vyleptané do žuly, dajú sa modifikovať pomocou nových skúseností. Takýto pohľad je do určitej miery uznávaný aj zástancami ego-psychológie (napr. Blum).

## **Self a ego**

Zatiaľ čo ego-psychológovia minimalizujú význam self vo svojom hľadaní dôkladného pochopenia ega, tí, čo sa zaoberajú teóriou objektných vzťahov, sa snažia objasniť miesto self v psychickom aparáte, pretože sa sústreďujú na self, ktoré sa vzťahuje k objektom. Kernberg, Mahler, Jacobsonová

a iní americkí „teoretici“ sa snažili integrovať teóriu objektných vzťahov s psychológiou ega, zvažujúc vzťah ega a self.

Len málo konceptov je v modernej psychoanalýze tak kontroverzných ako je self. Kontraverzia začala tak, že Freud používal slovo „ich“ (čiže „ja“) v dvoch zmysloch. Niekedy „ich“ bola neosobná intrapsychická štruktúra, kým inokedy jasne znamenalo osobnú seba-skúsenosť jedinca. Stracheyov preklad „ich“ ako „ego“ v štandardnej edícii Freudových prác hlboko ovplyvnili túto kontraverziu. Ego bolo definitívne začlenené do trojzložkovej štrukturálnej teórie ako jedna z troch intrapsychických síl. Použitie iných významov zaniklo.

Hartmann (1950/1964) ďalej oddelil dva významy „ich“ tým, že diferencoval ego a self. Podľa tohoto pohľadu, ego interaguje s ďalšími intrapsychickými silami, s id a superegom, zatiaľ čo self interaguje s objektami. Inými slovami sa self vyvíja ako výsledok interakcií s významnými objektami v okolí a s korešpondujúcimi vnútornými objektami (Meissner 1986).

Ďalšou kontraverziou okolo self je to, či je self intrapsychickou reprezentáciou jedinca, alebo silou so svojimi vlastnými právami. Tendencia je skôr považovať self za reprezentáciu, než za zdroj subjektívnej autonómnej aktivity (Meissner 1986). Na druhej strane mnohí (Guntrip 1968, 1971, Meissner 1986, Schafer 1976, Sutherland 1983) uvažujú nad tým, že štrukturálna teória a model self ako intrapsychickej reprezentácie poskytujú len malú základňu pre koncept self, ktorý zahŕňa subjektívne skúsenosti či osobnú činnosť. Štrukturálna teória je orientovaná na špecifické funkcie, ktoré sú svojou povahou neosobné. Podľa Sutherlanda je základnou črtou self to, že voči okoliu je aktívne iniciatívne - snaží sa o vytváranie vzťahov a jednoty.

Existuje priestor pre self ako reprezentáciu, aj pre self ako vnútornú silu. Na self môžeme pozeráť ako na zakotvené v egu aj ako na konečný produkt integrácie mnohých seba-reprezentácií, ktorý však nie je kontinuálnou, nemennou entitou. Hoci by sme radi živilí ilúziu, že self je kontinuálne, skutočnosť je taká, že sme zložení z mnohopočetných oddelených self, ktoré sú definované reálnymi a fantazijnými vzťahmi s druhými.

## **Obranné mechanizmy**

V predchádzajúcej časti o ego-psychológii sme sa zaoberali niekoľkými neurotickými obrannými mechanizmami. Keďže teória objektných vzťahov pracuje s pacientami s hlbšími poruchami, v tejto časti budeme hovoriť o primitívnejších obranných mechanizmoch charakteristických pre poruchy osobnosti a psychózy: štiepenie, projektívna identifikácia, introjekcia, vytesnenie.

### **ŠTIEPENIE**

Tento mechanizmus je nevedomý proces, ktorý aktívne oddeľuje od seba protichodné pocity, seba-reprezentácie alebo reprezentácie objektov. Hoci sa Freud o rozštiepení občas zmieňoval, bola to Kleinová, ktorá ho povýšila do kľúčovej pozície emočného prežívania počas prvých mesiacov života. Štiepenie umožňuje dieťaťu oddeliť dobré od zlého, príjemné od nepríjemného, lásku od nenávisť, aby si tak uchránilo pozitívne sfarbené afekty, seba-reprezentácie a objektné reprezentácie v bezpečne izolovaných duševných priehradkách. Štiepenie je spôsob, akým je ohrozujúce oddelené od ohrozeného. Sekundárne sa potom vyvíja do psychologickéj obrany. Je taktiež základnou príčinou slabosti ega (Kernberg 1967, 1975). Vzájomná integrácia libidinózných a agresívnych pudov spojených s „dobrými“ a „zlými“ reprezentáciami slúži neutralizácii agresie. Štiepenie zabraňuje tejto neutralizácii, a tak okráda ego o základný zdroj energie pre rast.

Podľa Kernberga sa rozštiepenie klinicky prejavuje:

- 1) často sa meniacim, protichodným správaním a postojmi, nad čím sa pacient vôbec netrápi,
- 2) selektívnym nedostatkom kontroly impulzov,

- 3) škatul'kovaním každého v okolí na „úplne dobrého“ a „úplne zlého“, to sa často nazýva idealizácia a podhodnocovanie,
- 4) koexistenciou protichodných seba-reprezentácií, ktoré sa navzájom striedajú.

Hoci Kernberg pozeral na štiepenie ako na kľúčový obranný mechanizmus u pacientov s borderline poruchou osobnosti, vyskytuje sa občas u každého pacienta a nediferencuje borderline pacientov od tých, ktorí majú inú poruchu osobnosti. Kernberg rozlišoval neurotický charakter od borderline charakteru na základe toho, či prevládalo štiepenie alebo vytesnenie, ale empirický výskum naznačuje, že tieto dve obrany pracujú nezávisle a oba môžu sa vyskytovať u toho istého jedinca.

## **PROJEKTÍVNA IDENTIFIKÁCIA**

Toto je trojstupňový nevedomý proces, v ktorom sú vlastné aspekty zbavené zodpovednosti a prisúdené niekomu inému. 3 stupne zahŕňajú:

- 1) pacient projikuje seba-reprezentáciu alebo objektívnu reprezentáciu na terapeuta,
- 2) terapeut sa nevedome identifikuje s tým, čo pacient projikuje a začína sa tak cítiť alebo správať pod vplyvom pacientovho nátlaku (tzv. projektívna protiidentifikácia),
- 3) projikovaný materiál je „psychologicky spracovaný“ a terapeutom modifikovaný. Terapeut ho potom cestou reintrojekcie vráti pacientovi naspäť.

## **Modifikácia projikovaného materiálu**

vplýva na korešpondujúce seba- a objektívne reprezentácie a na vzorce interpersonálneho správania sa.

Prenos a protiprenos korelujú s krokmi č. 1 a 2. Štiepenie a projektívna identifikácia navzájom úzko spolupracujú na separácii „dobrého“ a „zlého“. Terapeut je pre pacienta kontajner na projekciu, rovnako ako matka pre malé dieťa.

Niektorí autori nesúhlasia s rozšírenou definíciou, ktorá zahŕňa aj odpoveď terapeuta na projikované aspekty. Sú za zúženú definíciu, podľa ktorej sa jedná len o čistý obranný mechanizmus, ktorý môže a nemusí vyústiť v terapeutovu odpoveď. Grotstein (1981) súhlasí s Kernbergovým názorom, že identifikácia prebieha skôr vo vnútri projektora, než v cieľi projekcie. Tým, že si projektor zachová akúsi väzbu či identifikáciu s tým, čo bolo projikované, živí v sebe predstavu, že projikovaný materiál má pod kontrolou. Sandler (1987) povedal: „To, čoho sa človek chce zbaviť, môže byť zneškodnené projektívnou identifikáciou, a tým, že má objekt pod kontrolou, môže nadobudnúť nevedomú ilúziu, že kontroluje nechcené a projikované aspekty seba.“

Znižovať koncept projektívnej identifikácie na obranný mechanizmus, by bolo nadmieru obmedzujúce. Vďaka jej interpersonálnej komponente môžeme projektívnu identifikáciu považovať tiež za:

- 1) spôsob komunikácie
- 2) spôsob objektívneho vzťahu
- 3) cestu ku psychologickej zmene. Reintrojekcia projikovaných obsahov po tom, čo boli terapeutom modifikované, vedie ku modifikácii aj u pacienta.

Projektívna identifikácia sa pravidelne vyskytuje aj v neterapeutických situáciách. V takýchto situáciách sa niekedy pacientovi jeho projekcie vráti v úplne znetvorenej podobe, namiesto toho, aby boli modifikované.

Rozdiel medzi projekciou a projektívnou identifikáciou je tiež do určitej miery kontroverzný. Podľa Grotsteina (1981) je každá projekcia projektívnou identifikáciou. Projekcia navonok by nemala význam, ak by si človek nezachoval určité spojenie s tým, čo je projikované. Podľa

Ogdena však nie každá projekcia je projektívnou identifikáciou. Paranoidný pacient môže projikovať nenávistné úmysly do mnohých ľudí vo svojom okolí, s ktorými nikdy neprišiel do kontaktu. Projekcia sa stáva projektívnou identifikáciou, keď sa cieľ projekcie začne transformovať. Keď sa paranoidný pacient priamo stretne s objektom svojich projekcií a začne ho obviňovať zo zlých úmyslov, cieľ projekcie má tendenciu nevedome sa identifikovať so „zlými objektívnymi“ projekciami, začne sa obraňovať a nahnevá sa.

## **INTROJEKCIA**

Táto obrana je nevedomým procesom, pri ktorom je externý objekt symbolicky vzatý dovnútra a asimilovaný ako súčasť seba. Môže sa vyskytovať pri projektívnej identifikácii, kedy to, čo bolo vzaté do vnútra, bolo pôvodne projikované, alebo môže introjekcia existovať nezávisle ako opak projekcie. Freud formuloval depresiu ako introjekciu objektu, ku ktorému má pacient ambivalentný vzťah. Hnev zameraný na tento zvnútornený objekt vedie k sebaoponovaniu a k ďalším symptómom depresie. V súčasnom žargóne teórie objektných vzťahov sa rozlišuje introjekcia od identifikácie ako jeden z dvoch základných spôsobov internalizácie. Ak je napríklad rodič introjikovaný, potom je internalizovaný ako časť objektného pododdielu ega a je prežívaný ako vnútorná prítomnosť, ktorá podstatne neovplyvňuje seba-reprezentácie. Na druhej strane pri identifikácii, je rodič internalizovaný ako súčasť seba-pododdielu ega a seba-reprezentácie výrazne ovplyvňuje.

## **POPRETIE**

Štvrtý obranný mechanizmus, popretie, je priamym zapretím traumatických zážitkov. Zatiaľ čo vytesnenie (repression) sa používa ako obrana voči vnútorným želaniam a impulzom, popretie je obranou voči vonkajšiemu svetu skutočností, keď je táto skutočnosť zaplavujúco zraňujúca. Hoci je tento mechanizmus primárne spojený so psychózami a vážnymi poruchami osobnosti, môžu ho využívať aj normálni ľudia, najmä keď musia spracovať katastrofické udalosti.

## **Vývojové hľadisko**

Sformulovanie objektných vzťahov pochádza z klinických pozorovaní novorodencou Mahlerovou a jej kolegami (1975). Opäť, v súlade s historickým pozadím teórie objektných vzťahov, bol tento výskum zameraný na preoidipálny vývoj, od narodenia do troch rokov života.

Pomocou pozorovaní normálnych a abnormálnych dvojíc matka - dieťa, Mahlerová a spol. identifikovali tri fázy vývoja objektných vzťahov.

V prvých 2 mesiacoch života je autistická fáza, počas ktorej je dieťa pohltené sebou, zamerané skôr na prežitie, než na vzťahy. Obdobie medzi 2. a 6. mesiacom, označené ako symbiotické, začína úsmevom ako odpoveďou zo strany dieťaťa a jeho schopnosťou očami sledovať matkinu tvár. Keďže si je dieťa len matne vedomé matky ako oddeleného objektu, je jeho primárny zážitok diády matka - dieťa skôr zážitkom duálnej jednoty než zážitkom dvoch oddelených ľudí.

Tretia fáza - separácia - individualizácia, je charakterizovaná štyrmi subfázami. Medzi 6. a 10. mesiacom, v subfáze diferenciacie si dieťa uvedomí matku ako oddelenú osobu. Toto uvedomenie si môže viesť u dieťaťa k potrebe prechodného objektu (Winnicott), ktorý by mu pomohol vysporiadať sa s faktom, že matka nie je vždy prítomná. Ďalšou subfázou medzi 10. a 16. mesiacom je nacvičovanie. Vďaka svojim novoobjaveným lokomočným schopnostiam ležúni veľmi radi objavujú svet na vlastnú päsť, hoci sa často vracajú k matke, aby „znova dotankovali“. Tretia subfáza, subfáza opätovného zblíženia, je charakterizovaná ostrejším uvedomením si separácie od matky a nastupuje medzi 16. a 24. mesiacom. Toto uvedomenie si prináša so sebou

zvýšenú zraniteľnosť k separácii od matky. Táto separačná úzkosť ničí narcistické nadšenie, ktoré je v subfáze nacvičovania, a núti dieťa, aby často kontrolovalo, kde sa matka nachádza.

Štvrtá a posledná subfáza sa vyznačuje ustálením individuality a začiatkom objektnej stálosti. Úspechom tohoto obdobia (približne okolo 3. roka života) je integrácia rozštiepených pohľadov na matku do zjednoteného objektu, ktorý je internalizovaný ako emocionálne upokojujúca vnútorná prítomnosť, ktorá podporuje dieťa vtedy, keď matka nie je prítomná. Dosiahnutie tohoto úspechu korešponduje s Kleinovej depresívnou pozíciou a stavia dieťa do pozície, z ktorej môžu vstúpiť do oidipálnej fázy.

Mahlerovej empirické pozorovania nesmierne ovplyvnili chápanie vývojovej patogenézy borderline porúch osobnosti. Teória objektných vzťahov je relevantná najmä pri tých poruchách, ktorých etiológia sa vzťahuje k preoidipálnym problémom diády matka - dieťa. Mahlerovej pozorovania nesmierne podporili dôležitosť hľadania objektu a nemožnosť oddeliť pudy od objektných vzťahov.

### Self-psychológia

Zatiaľ čo teória objektných vzťahov zdôrazňuje zvnútornené (internalizované) vzťahy medzi reprezentáciami self a objektu, psychológia self zdôrazňuje to, ako vonkajšie vzťahy pomáhajú udržiavať sebavedomie a súdržnosť self. Zakladateľom psychológie self je Heinz Kohut. Tento teoretický prístup si všíma, že pacient nesmierne potrebuje určité reakcie od druhých ľudí, aby si udržal pocit pohody. Jaenicke tvrdí, že psychológia self je psychológiou dvoch osôb.

Psychológia self sa vyvinula na základe Kohutových štúdií narcisticky narušených pacientov, ktorých psychoanalyticky liečil. Všimol si, že sa odlišujú od klasických neurotikov s hysterickými či obsedantne-kompulzívnymi symptómami. Sťažovali sa na neopísateľné pocity depresie či sklamaní z vzťahov. Charakteristické je pre nich zraniteľné sebavedomie, vysoko citlivé na znevažovanie zo strany priateľov, rodiny, kolegov a iných. Podľa Kohuta štrukturálny model ego-psychológie nevysvetľoval dostatočne patogenézu a liečbu problémov týchto pacientov.

Kohut si všimol, že títo pacienti vytvárajú dva druhy prenosov: zrkadliaci prenos a idealizujúci prenos. Pri zrkadliacom prenose hľadá pacient u terapeuta utvrdzujúcu, schvaľujúcu odpoveď, ktorú Kohut prirovnal ku „iskričke v matkiných očiach“, ktorou odpovedá na exhibicionizmus zo strany jej malého dieťaťa, Kohut to nazval grandiózne-exhibicionistické self. Tieto utvrdzujúce odpovede sú podľa Kohuta nevyhnutné pre normálny vývoj dieťaťa a poskytujú mu pocit vlastnej hodnoty. Keď matka nevyčítá potrebu dieťaťa dostať takúto zrkadliacu odpoveď, bude mať dieťa neskôr veľké problémy s udržiavaním pocitu úplnosti a vlastného sebaocenenia. Dôsledkom tejto nedostatočnej empatie zo strany matky sa fragmentuje pocit self dieťaťa, dieťa sa zúfalo snaží byť dokonalé a zapôsobiť na rodiča, aby získalo ocenenie, po ktorom tak prahne. Tento spôsob „vystatovania sa“ je ďalším prejavom grandiózne-exhibicionistického self. Rovnaký fenomén vytvára zrkadliaci prenos u dospelých, ktorí vyhľadávajú terapiu. Dospelý pacient, ktorý hrá (či predvádza sa) pred terapeutom, v zúfalom pokuse získať ocenenie a obdiv, zrejme vytvára zrkadliaci prenos.

Idealizujúci prenos, ako vidno z názvu, sa týka situácie, v ktorej pacient vníma terapeuta ako všemohúceho rodiča, ktorého prítomnosť upokojuje a lieči. Toto želanie slniť sa v odleskoch slávy zidealizovaného terapeuta je prejavom tohoto prenosu. Rovnako tak, ako môže byť dieťa zranené neempatickou matkou, ktorá neposkytuje zrkadliace odpovede jeho grandiózne-exhibicionistickému self, môže byť to isté dieťa zranené matkou, ktorá neempatizuje s jeho potrebou idealizovať ju či ktorá mu neposkytuje model hodný idealizácie.

V oboch prípadoch bojuje tento pacient s jeho defektným self, ktoré zamrzlo na určitom bode svojho vývoja, kde je vysoko náchylné ku fragmentácii. Podľa Kohuta štrukturálny model konfliktu nedostatočne vysvetľuje tieto narcistické potreby zrkadlenia a idealizácie. Navyiac si všimol, že analytik, ktorý pristupuje k narcizmu z klasického uhlu pohľadu, má voči pacientovi moralizujúci,

pejoratívny tón. Podľa neho nasledovníci Freudovho modelu narobili veľa škody, tento model považuje prechod zo stavu primárneho narcizmu k objektnej láske za súčasť normálneho procesu dospievania.

Podľa Freuda má jedinec vyrásť zo svojich narcistických tendencií a zaoberať sa viac potrebami druhých.

Kohut si myslí, že tento názor je pokrytecký. Predpokladá, že narcistické potreby pretrvávajú počas celého života, paralelne s vývojom v oblasti objektnej lásky. Vytvoril teóriu dvojitej osi, ktorá umožňuje vývoj zároveň v oboch oblastiach: v narcistickej oblasti aj v oblasti objektnej lásky. Ako deti dospievajú, pokúšajú sa stratenú dokonalosť ranného vzťahu matka-dieťa zachytiť jednou z dvoch stratégií - grandióznym self, kde je dokonalosť zachytená vnútri, a idealizáciou rodičovského imaga, kedy je pripísaná rodičovi. Tieto dve polia tvoria bipolárne self. Vo svojej poslednej knihe (1984) Kohut rozšíril túto koncepciu o tripolárne self, pretože pridal tretie pole seba-objektových potrieb.

Tento aspekt self sa objavuje v prenose ako potreba byť presne takým ako terapeut. Má svoj vývojový pôvod v želaní po splnutí, ktoré sa postupne transformuje do imitujúceho správania. Napríklad, malý chlapec sa môže hrať na kosenie, zatiaľ čo jeho otec kosí trávu. Toto tretie pole self má v porovnaní s prvými dvoma limitované klinické využitie a často sa vynecháva z diskusie o seba-objektových prenosoch. Ak je rodič neempatický voči týmto detským stratégiám, vzniká vývojový blok. Pri adekvátnej výchove sa na druhej strane grandiózne self premení na zdravé ambície, idealizované rodičovské imago sa zvnútorní ako ideály a hodnoty. Terapeuti by mohli byť empatickí k narcistickým potrebám svojich pacientov ako k niečomu, čo je primerané ich vývoju, než aby ich považovali za centrovane na seba a nezrelých. Zatiaľ čo klasická teória ego-psychológie hovorí, že pacient má infantilné želania, ktoré musia byť vytesnené, Kohut pozerá na pacienta tak, že má potreby, ktoré by mali byť pochopené a čiastočne v terapii vyplnené. Kohut hovorí: „psychológia self sa pokúša ukázať, že všetky formy psychopatológie sú založené buď na defektoch v štruktúre self, alebo na deformácii self, alebo na slabosti self“. Tieto trhliny sú spôsobené poruchami vzťahov medzi self a seba-objektami v detstve.

Termín seba-objekt opisuje rolu, ktorú znamenajú iní ľudia pre self čo sa týka zrkadlenia, idealizácie a sebaúcty. Z hľadiska vývoja a rastu self nie sú druhí považovaní za separátne osoby, ale za objekty, ktoré uspokojujú potreby self. V tomto zmysle sa na seba-objekty možno pozeráť ako na funkcie (upokojsť, oceňovať) než na ľudí. Podľa Kohuta seba-objekty pretrvávajú počas celého života - vo svojom okolí potrebujeme seba-objekty pre svoje emočné prežitie rovnako tak, ako potrebujeme kyslík pre fyzické prežitie.

Separácia je nemožná. Psychológia self pozerá na separáciu self od seba-objektov ako na nemožnú. Každý z nás potrebuje utvrdenie, empatické odpovede od druhých, aby sme si zachovali vlastné seba-hodnotenie. Dospievanie a rast posúvajú naše potreby od archaických seba-objektov ku schopnosti používať zrelšie a vhodnejšie seba-objekty. Cieľom terapie je posilniť oslabené self tak, aby dokázalo tolerovať aj neoptimálne seba-objektne skúsenosti bez signifikantnej straty súdržnosti self.

Na konci svojho života (zomrel v roku 1981) už Kohout pozeral na self ako na „nadriadené self ako psychickú konšteláciu, centrum skúseností a iniciatívy a ako na hlavnú motivujúcu silu“. Dôraz už nekládol na ego a na pudy a obrany, zameral sa viac na vedomú subjektívnu skúsenosť. Agresia je sekundárna - z nedostatočných seba-objektov a nie je primárnym pudom. Na obrany a odpory sa pozerá úplne rozdielne: „obranné postoje pacienta sú adaptívne a psychologicky hodnotné - nerozmýšľam o nich ako o odporoch“. Sú hodnotné a adaptívne, pretože ochraňujú integritu self.

Oidipov komplex má sekundárnu dôležitosť. Oidipálne konflikty zahrňujúce sexualitu a agresiu sú obyčajnými „vedľajšími produktami“ vývojovo mladších porúch vo vzťahoch self ku seba-

objektom. Ak matka adekvátne vyplní seba-objektné potreby dieťaťa, Oidipov komplex dieťa prežije bez symptómov. Základná úzkosť je „úzkosťou z dezintegrácie“, ktorá zahŕňa strach z toho, že self bude fragmentové vďaka neadekvátnym seba-objektným odpovediam, čo vedie ku prežívaniu neľudského stavu psychologickéj smrti. Podľa psychológie self nepochádza symptomatické správanie (akým je napr. narkománia, sexuálna promiskuita, perverzia, záchvatovité jedenie a zvracanie) z neurotického konfliktu spojeného s kastročnou úzkosťou. Odráža skôr „pokus zachovať a alebo znovunastoliť vnútornú kohéziu a harmóniu zraniteľného, nezdravého self“.

Dôraz, ktorý kladie psychológia self na zlyhanie rodičovských postáv a na výsledné nedostatky self rezonujú s britskou teóriou objektných vzťahov. Teória objektných vzťahov však nerozvinula pojem self až do takeého rozsahu ako Kohut. Kohut tiež významne prispel k rozpoznaní dôležitosti v patogenéze psychiatrických porúch.

## Úloha teórie v klinickej praxi

Vďaka toľkej rôznorodosti a nejednote v psychoanalytických teóriách, by niekto mohol úplne popierať dôležitosť teórie. Kto ju potrebuje? Prečo nezačať nanovo s každým pacientom? Takýto prístup ale znamená vytváranie nových teórií. Kernberg povedal:

„Všetky pozorovania klinických fenoménov závisia na teóriách. Keď si myslíme, že na teóriu zabúdame, znamená to iba, že máme takú teóriu, ktorej si nie sme vedomí . . .“

Citlivejším riešením je oboznámiť sa s fenoménmi, ktoré opisujú všetky hlavné teórie a pri každom pacientovi sa na jeho prípad zamerať tak, ako je to klinicky výhodné. Psychoanalýza a psychodynamická psychiatria sú tragicky zasiahnuté nepotrebnými polaritami: je to oidipálne či preoidipálne, je to konflikt alebo deficit, klasická teória či psychológia self, redukcia napätia, či hľadanie objektu? Takéto otázky majú tendenciu nazerať na veci buď ako na dobré alebo ako na zlé. Ale je možné, aby boli všetky modely platné v určitej klinickej situácii? Nebolo by možné, aby sa aj oidipálne aj preoidipálne, aj konflikt aj deficit hodili na jedného konkrétneho pacienta? Samozrejme, že áno. Wallerstein to vystihol vo svojej kritike psychológie self:

„Zaplavovaní analytickým klinickým materiálom sme vždy vo svete „oboje/a“. Neustále sa stretáme s oidipálnym tam, kde je koherentné self, a s preoidipálnym tam, kde koherentné self nemusí byť. Stretáme sa s obrannou regresiou a s vývojovými ustrnutiami, s obrannými prenosmi a obrannými odpormi a s reakciami z včasnejších traumatizovaných štádií.“

Wallerstein nám pripomína základný psychoanalytický princíp hyperdeterminovanosti (overdetermination) a mnohopočetnej funkcie.

Niektoré aspekty všetkých troch teórií opísaných v tejto kapitole sa s veľkou pravdepodobnosťou preukážu ako užitočné v liečbe väčšiny pacientov. Z vývojového hľadiska sú určité aspekty zážitkov ranného detstva vysvetlené jednou teóriou lepšie, inou horšie. Pri určitých pacientoch je dôraz zameraný viac tým či oným smerom, v závislosti od klinických údajov. U väčšiny pacientov však nájdeme aj deficit aj konflikt. Eagle poznamenal: „Najkonfliktnejší sme v tých oblastiach, v ktorých je nám odopierané . . . Presne ten, komu bola odopieraná láska, má najviac konfliktov týkajúcich sa prijímania a preukazovania lásky.“ V praxi sú lekári pre svojich pacientov zároveň seba-objektami aj skutočnými, separátnymi objektami.

Pre niektorých terapeutov je prechádzanie z jednej teórie do druhej, v závislosti od potrieb pacienta, príliš obtiažne. Wallerstein poznamenal, že je možné, aby terapeuti venovali pozornosť klinickým fenoménom opísaným každou teóriou bez toho, aby museli ovládať celý metapsychologický model. Napríklad, terapeut môže pozorovať self- a objektové reprezentácie, zrkadliace a idealizujúce prenosi, keď sa objavia vo vzťahu pacient - terapeut bez toho, aby sa musel utiekať o pomoc ku kompletnej teórii, na ktorej sú tieto jeho pozorovania založené.

Na druhej strane Cooper obhajuje väčšiu teoretickú flexibilitu. Rozličné diagnostické kategórie a rozliční pacienti podľa neho potrebujú odlišné teoretické modely. Napríklad, pre čo najefektívnu liečbu potrebujú niektorí narcistickí pacienti self-psychologický prístup, zatiaľ čo pre pacientov s neurotickými konfliktami bude zrejme lepší terapeutický prístup založený na princípoch ego-psychológie.

Bez ohľadu na to, ktorý teoretický prístup sa zdá najvhodnejší, by terapeut nemal byť rigidný pri vyberaní vhodnej teórie. Musí pacientovi dovoliť, aby ho dovedol do tej teoretickej ríše, ktorá sa bude najviac hodiť pre prinášaný klinický materiál. Oboznámenie sa so všetkými troma teoretickými modelmi dynamickej psychiatrie umožňuje lepšie pochopenie pacienta a jeho psychopatológie. Hľadanie teoretickej základne, ktorá sa bude konkrétnemu pacientovi najviac hodiť, môže vyžadovať veľa skúšania a aj chýb, ale keď sa budeme pretlkať jaskyňou a potkýnať sa v nej, snád' v nej nájdeme správnu cestu a bude sa nám v nej dariť oveľa lepšie než tomu, kto v nej bude chodiť s úplne nesprávnou mapou.

## ***PSYCHODYNAMICKÉ ZHODNOTENIE PACIENTA***

(excerpt kapitoly pripravil Mgr. Boris Koyš, Trenčín)

„Keď sa stretnú dvaja ľudia, v skutočnosti sa stretnú šiesti: a to dvaja takí, za akých samých seba považujú, dvaja takí ako sa vidia navzájom a dvaja takí akí naozaj sú.“

### **William James**

Psychodynamický prístup k pacientovi nepodceňuje anamnestické údaje a symptómy presahujúce tradičný medicínsko-psychiatrický model. Dynamický psychiater považuje prácu s takýmito informáciami za dôležitú súčasť diagnostického procesu. Spôsob zhromažďovania týchto údajov sa, samozrejme, líši od čisto deskriptívneho diagnostického prístupu. Keďže v centre pozornosti dynamicky orientovaného psychiatra sú špecifické oblasti prežívania a správania pacienta, možno dynamický prístup k hodnoteniu považovať za významné rozšírenie deskriptívnej medicínsko-psychiatrickej diagnostiky.

### **Klinický rozhovor**

Každý popis psychodynamicky orientovaného klinického interview musí začať zdôraznením významu vzťahu lekár - pacient. Keď sa pacient a lekár stretnú prvýkrát, je to vlastne kontakt dvoch cudzích ľudí s rôznymi očakávaniami od toho druhého. Nadviazanie raportu a vytvorenie atmosféry porozumenia musí byť predtým úvodným krokom rozhovoru. To napomáha ukázať pacientovi, že je akceptovaný (že si ho vážime), a že je jedinečným človekom s jedinečnými problémami. Odmenou za empatické ponorenie sa do pacientovho zážitkového sveta je pevný medziľudský vzťah a možnosť vidieť pacientov problém jeho očami. Takýto prístup nepotrebuje uisťovanie pacienta typu:

„nemajte obavy, všetko bude v poriadku“. Podobné komentáre sú hrubou chybou, miesto znižovania úzkosti u pacienta vyvolávajú skôr sklamanie, podobajú sa totiž zjednodušujúcim (bagatelizujúcim) poznámkam priateľov a rodinných príslušníkov. Pacient tak nadobúda presvedčenie, že lekár nechápe a neuznáva jeho skutočné utrpenie. Na vzťah lepšie vplývajú



empatické reakcie, napr. : „viem si predstaviť ako sa asi cítite, čo všetko ste prežili“. Tlačenie pacienta do verbalizácie ťažkostí hneď na začiatku rozhovoru posiluje jeho primárnu obavu, že psychiater je súdiaca a trestajúca rodičovská figúra.

## **Porovnanie psychodynamického a medicínskeho interview**

Somatický lekár sleduje priamo cestu od symptómu k etiológii a patogenéze, pacient s ním zväčša kooperuje, pretože má záujem zbaviť sa zjavného telesného symptómu. Analogicky postupujúci psychiater by sa pri rozhovore veľmi rýchlo stretol s dvojznačnosťami a zmätkom. Pacienti sú totiž len zriedka schopní uchopiť jadro ich problému a v konečnom dôsledku nevedia vystihnúť, čo ich vlastne trápi (Meninger a kol. 1962). Pacienti často kladú redukcii symptómov odpor. Psychická porucha im poskytuje sekundárne zisky. Chorý má tendenciu nepríjemné symptómy zatajiť a ukázať sa tak v lepšom svetle (Mac Kinnon, Michels, 1971).

Ďalším veľkým rozdielom medzi medicínskym a dynamickým interview je tajomný vzťah medzi diagnostikou a terapiou. Somatický lekár vždy pristupuje k pacientovi s predpokladom, že diagnostika predchádza terapiu. Na druhej strane, pri dynamickom interview, by akékoľvek rozlíšenie medzi diagnostikou a terapiou bolo umelé. Praktik vie, že spôsob akým sa pri rozbere získavajú relevantné informácie, môže mať sám osebe terapeutický efekt. Dynamický prístup je empatický v tom, že berie do úvahy pacientov uhol pohľadu. Meninger a kol. (1962) píše: Pacient prichádza, aby sa liečil, a všetko, čo sa okolo neho a v ňom deje a súvisí s ním, je terapia. V tomto zmysle terapia vždy predchádza diagnostiku.

Tretí rozdiel medzi tradičným a dynamickým interview spočíva v dimenzii: aktivita - pasivita. Somatickí pacienti sú v diagnostickom procese pasívnymi účastníkmi, ich spolupráca spočíva v zodpovedaní triviálnych otázok. Lekár následne zostaví diagnostickú skladačku do definitívnej diagnózy. Dynamická psychiatria od tohto modelu upúšťa, snaží sa pacienta vtiahnuť do procesu aktívneho sebakpreskúvania (Shevrin, Shectman 1973). Napr. je vhodné počiatočnú úzkosť u pacienta nepotláčať, ale namiesto toho skúsiť spoločnými silami hľadať jej pôvod. Tu pomôžu otázky: Čo na vašom rozbere by mohlo vyvolávať úzkosť, ktorú teraz prežívate? Podobá sa vám táto nepríjemná situácia na nejakú minulú udalosť? alebo Počuli ste niečo o psychiatrii vo všeobecnosti, čo by mohlo mať vplyv na tieto vaše nepríjemné pocity? Správne vedený dynamický rozhovor prinesie aj materiál umožňujúci zostaviť deskriptívnu diagnózu, nie je však vhodné klásť dôraz na značkovanie, nálepkovanie a škatuľkovanie, ktoré bránia rozvoju komplexného medziľudského vzťahu lekár - pacient. MacKinnon a Michels (1971) varujú, že interview motivované určením diagnózy vyvoláva na strane pacienta dojem, že sa s ním nakladá ako s „prípacom pre psychiatra“, pacient sa následne uzavrie a nepustí nás do svojej privátnej sféry.

Štvrtá odlišnosť v prístupoch súvisí s voľbou kľúčových informácií spomedzi dát získaných v interview. Reiser (1988) si všimol tendenciu absolventov ukončiť zber dát v momente splnenia diagnostických kritérií, čo im umožňuje priradiť farmakoterapeutickú intervenciu. Autor pripomína, že DSM diagnóza je len jedným aspektom diagnostického procesu, nedostatok záujmu o osobnosť pacienta narúša terapeutický vzťah. Charakteristické pre dynamické interview je zdôrazňovanie významu lekárovho prežívania. Chirurg alebo internista považujú svoje emócie (hnev, smútok, nenávisť, túžbu) pri hodnotení pacienta za zbytočne rušivé, preto ich potláčajú (v záujme objektivity a rýchleho napredovania vyšetrenia). Pre dynamicky orientovaného psychiatra sú podobné emócie zdrojom dôležitých informácií - vypovedajú o tom aké reakcie pacient vyvoláva v okolí.

## **Prenos a protiprenos**

Podľa definície je prenos „opakovanie“. Emócie a dojmy viazané na nejakú osobu v minulosti sú premietané na lekára v súčasnosti. Pacientove minulé vzťahové vzorce sa ožívajú v aktuálnej

situácii, to, ako vníma lekára, čo k nemu cíti, súvisí s minulými skúsenosťami. Keďže prenos sa aktivuje vo všeobecných významných vzťahoch, môžeme si byť istí, že vzniká už pri prvom stretnutí lekára s pacientom. Jeho nevýhodou je, že môže vážne narušať spoluprácu. Treba mať napamäti, že vzťah pacient - lekár je zmesou prenosu a skutočného vzťahu. Voči mechanizmu prenosu nie je imúnny ani samotný lekár, vtedy hovoríme o protiprenose. „Dynamické interview je rozhovor dvoch ľudí (alebo skôr pacientov?)“, píše Langs (1976). Každý z nich vstupuje do vzťahu s nejakou minulosťou, každý z nich má tendenciu premietat' aspekty seba a vnútorných objektných reprezentácií na toho druhého.

Teória rozlišuje protiprenosové správanie terapeuta v užšom a širšom zmysle. O protiprenose v užšom zmysle hovoríme vtedy, keď sa terapeutov minulý zážitok aktualizuje v prítomnosti. Protiprenos v širšom zmysle je definovaný ako situácia, v ktorej terapeut prežíva silné emócie vyvolané takým správaním pacienta, ktoré spúšťa podobné emócie u väčšiny ľudí v okolí (Hamilton 1988, Kernberg 1965). V praxi sa tieto dve variácie protiprenosu zväčša nevyskytujú v samostatnej čistej podobe, ich rozlíšenie je skôr formálne.

Model projektívnej identifikácie načrtnutý v 2. kapitole možno použiť pri chápaní protiprenosu v širšom zmysle (emočná odozva na pacientovo správanie). V dôsledku pacientovho provokatívneho (= reakciu vyvolávajúceho) správania, sa môže terapeut reálne cítiť ako pacientovo projekované self alebo ako jeho objektná reprezentácia. Za podmienky, že terapeut vedome rozpozná cudzorodosť týchto emócií (alebo správania) smerovaných k pacientovi, získa možnosti nahliadnuť do pacientovho vnútorného sveta, do jeho typických interpersonálnych prejavov.

## **Prístupy k odoberaniu anamnestických údajov**

Preskúvanie minulosti pacienta by malo napomáhať dosiahnutiu dvoch cieľov: určeníu deskriptívnej aj dynamickej diagnózy. Aby sa tak stalo, lekár musí pružne viesť rozhovor od štrukturovaného pátrania po špecifických faktoch (symptómy, stresory, choroby) ku neštrukturovanému načúvaniu voľne plynúcich myšlienok pacienta. Prostredníctvom týchto dvoch prístupov sa vyšetrujúci dostáva bližšie k podstate vzťahu lekár - pacient. Kernberg (1984) charakterizuje štrukturované dynamické interview ako systematický posun od popisovania symptómov k aktívnemu rozboru obranných mechanizmov v situácii tu a teraz.

V úvode rozhovoru treba navodiť atmosféru, v ktorej pacient nemá zábrany otvorene rozprávať. Neskúsení lekári majú sklón tlačiť pacientov k vypočítavaniu symptómov a relevantných spomienok. Ďalšou chybou býva zaujatie pseudoanalytického postoja, v dôsledku ktorého je lekár pasívny a nevhodne mlčí. Vrelí a priateľskí lekári sa často v kontakte s pacientom, stávajú zrazu škrobenými, nadmerne formálnymi a chladnými. Skúsenosť ich naučí, že viac získajú, ak budú na vzťahu s pacientom aktívne participovať. Takýto postoj sa líši od klasického pohľadu na analytika ako nezúčastneného, neutrálneho pozorovateľa (Viederman 1984). Dynamické interview nie je psychoanalytické sedenie.

Veľa sa môžeme dozvedieť, keď pacienta necháme voľne rozprávať, čo ho napadne. Spontánnej produkcii napomôžu napríklad jednoduché komentáre: „viem pochopiť aké to asi bolo, povedzte mi o tom viac“, alebo „to muselo byť pre vás nepríjemné“. Okrem takéhoto anamnestického aj zážitkového materiálu môžeme takto získať aj asocičné vzorce, ktoré zvyčajne poukazujú na nevedomé koreláty pacientovho problému. Spôsob, akým pacient svoje spomienky, myšlienky a ostatné psychické obsahy verbalizuje, nie je náhodný. Matematici dobre vedia, že nie je možné z hlavy generovať dlhé sekvencie náhodných čísel, už po krátkom čase začnú byť čísla členmi konkrétnej postupnosti. Podobne je to aj so slovnou výpoveďou pacientov. Mysleť uprednostňuje poriadok pred chaosom.

Pacient väčšinou (na vedomej úrovni) svoje symptómy nechápe, je nimi zmätený. Ich vzájomné asociačné väzby môžu však odкрыť nevedomé súvislosti.

Príklad: 31 ročný muž prišiel v sprievode rodičov na psychiatrické vyšetrenie. Zatiaľ, čo sa pacienta ujal lekár, rodičia šli vedľa do úradu niečo vybaviť. Pri rozbere mladý muž popisoval svoju neschopnosť udržať si prácu. V tom ho zaplavila úzkosť, uvedomoval si, že si robí starosti o to, čo sa práve deje s jeho rodičmi. Lekár pripomenul, že rodičia sú vo vedľajšej budove na úrade. Pacient poprosil, či by nemohol rodičom zavolať. Vtedy lekár ticho poznamenal, že pacientova obava o rodičov nasledovala hneď po tom, ako spomínal svoju neschopnosť udržať si zamestnanie. Po chvíli uvažovania si pacient spomenul, že vždy, keď bol v práci (teda preč od rodičov), zmocňovali sa ho obavy, že by sa rodičom mohlo niečo stať. Ďalšia diskusia odкрыla, že dospievanie mladíka a jeho stávanie sa nezávislým by mohlo byť ohrozujúce pre jeho rodičov.

Ontogenéza zastáva v dynamickej psychiatrii kľúčovú rolu. Záujem o individuálnu históriu pacienta musí byť súčasťou práce dynamicky orientovaného lekára. Zaujímajú ho aj také delikátne informácie ako napr., či sa pacient narodil z nechceného tehotenstva, či sa náhodou nenarodil po smrti staršieho súrodenca. Pýtame sa, či vývinové úlohy (sedenie, chôdza, reč) zvládal v príslušnom veku, či v rannom detstve nezažil traumatické odlúčenie alebo stratu. Samozrejme, tieto dáta treba dopĺňať a konfrontovať v rozhovoroch s rodinnými príslušníkmi a inými vzťahovými osobami. Pacient nemá možnosť spomenúť si na niektoré významné udalosti svojho života, iné má tendenciu zastierať.

Základným princípom dynamického interview je aktualizácia minulých udalostí v prítomnosti. V záujme získania pacienta pre spoluprácu v diagnostickom procese ho môžeme cielene nabádať k hľadaniu súvislostí medzi minulými udalosťami a aktuálnym prežívaním. Vhodné sú tu otvorené otázky, napr.: „nepodobá sa vám to, čo prežívate teraz, na niečo, čo ste zažili v minulosti?“, „Majú vaše súčasné manželské problémy niečo spoločné s problémami vo vašich predošlých vzťahoch?“ atď.

Niekoľko dobre stavaných otázok rýchlo vynesie na svetlo históriu pacientových terajších ťažkostí. Ďalej možno rozhovor štrukturovať klasickým direktívnym spôsobom a upresniť tak deskriptívnu diagnózu alebo doladiť dynamickú diagnózu (napr. špecifickými vývinovými traumami, vzťahovými vzorcami alebo opakujúcimi sa snami). V závere interview sa na strane terapeuta rodí hypotéza o tom, ako aktualizácia minulých vzťahových vzorcov vytvára pacientove súčasné problémy.

Viacosová diagnostika DSM-IV sleduje na osi - IV vplyv stresorov v predchorobí. Niektorí autori tvrdia, že viac ako 32% porúch je časovo predchádzaných stresujúcimi životnými udalosťami (Cooke, Hole, 1983). Tu treba zdôrazniť, že pri diagnostikovaní stresorov je namieste zvýšená opatrnosť, pretože pacienti majú tendenciu spomienky na základe tzv. atribučnej chyby skresľovať: snažia sa retrospektívne vysvetliť svoj problém ako dôsledok vonkajších podmienok (Andrens, Tennant, 1978).

Na druhej strane niektoré stresory môžu byť účinné na nevedomej úrovni. Príklad: Šťastne ženatý lekár začal mať vzťahový problém so svojou ženou, nevedel si to vysvetliť, preto kontaktoval známeho psychiatra. Počas telefonického rozhovoru si náhle uvedomil, že volá práve v deň 10. výročia rozvodu s predchádzajúcou manželkou. Tento vhlad ho priviedol k poznaniu, že aktuálny hnev na terajšiu manželku priamo súvisí s búrlivosťou vzťahu k predchádzajúcej žene.

## Vyšetrenie psychického stavu

Aj dynamického psychiatra zaujíma psychický stav pacienta, ale pristupuje k nemu trochu inak ako je zvykom. Považuje za užitočné zaradiť exploračné otázky priamo do osnovy interview, namiesto ich predkladania vo formalizovanej podobe na konci rozhovoru (MacKinnon, Michels, 1971). Keď sa diagnostické otázky kladú v živom rozhovore, pacient vidí svoje poruchy kognícií a emocionality v plnom význame, vidí ich v kontexte.

Orientácia a vnímanie. Orientovanosť časom, miestom a osobou sa jasne ukáže v toku reči pri odoberaní anamnézy. Kladením špeciálnych otázok pacientovi, ktorý je dobre orientovaný, riskujeme narušenie raportu. Poruchy vnímania, ako sluchové a zrakové halucinácie, sú zväčša evidentné už v úvodnej časti rozhovoru. Dynamickému psychiatrovi nestačí iba registrácia prítomnosti / neprítomnosti halucinácií, zaujíma sa, ak pacient napr. počuje hlasy, čo hovoria, či sú to hlasy, za akých okolností sa ozývajú, čo pre pacienta znamenajú.

Myslenie. Pri odoberaní anamnézy sa manifestujú aj prípadné formálne poruchy myslenia. Bludné myslenie sa skôr prezradí v reakcii na otvorenú otázku než pri cielenom pátraní po falošných presvedčeniach pacienta. Funkcia a význam bludu pre pacienta sú rovnako dôležité ako samotná prítomnosť bludu v obraze poruchy. Myslenie súvisí s jazykom a komunikáciou, preto sa pozornosť venuje aj chybným výkonom - prerieknutiam, zabudnutiu, skomoleninám a breptom.

Emocionalita. Pozorovanie a spoločné preskúmavanie citových prejavov pacienta nám dáva informácie o obranných mechanizmoch. Regulácia emócií je možno najdôležitejšou funkciou obrán. Pacient, ktorý popisuje bolestivú životnú stratu bez citového pohnutia pravdepodobne intelektualizuje. Hypomanické osoby, tvrdiace, že majú vždy dobrú náladu a sú za každú cenu zábavné, majú tendenciu vytesňovať smútok a hnev.

Množstvo informácií o pacientovi je komunikovaných prostredníctvom neverbálnych prejavov. Čo sa skrýva napr. za pacientovým hniezdením sa na stoličke? Alebo, ktoré témy evokuje v pacientovi ticho? Pri akých problémových okruhoch pacient prerušuje očný kontakt s lekárom?

Neverbálna stránka pacientovho správania niekedy kompenzuje snahu zatajiť pred lekárom niektoré významné skutočnosti.

### Psychologické testy

Projektívne testy, hlavne ROR a TAT, sú vhodným doplnením dynamického prístupu. ROR pozostáva z 10 tabúl so symetrickými atramentovými škvrkami, ktoré predstavujú pre skúšanú osobu mnohoznačný (neštrukturovaný) stimul. V interpretácii amorfných tvarov sa odráža osobnosť probanda (vnímanie, myslenie, emotivita).

TAT funguje na podobnom princípe, stimuly sú, na rozdiel od rorškvín, viac štrukturované. Na tabuliach sú kresby rôznych výjavov, postáv a mnohoznačných situácií, ktoré vedú probanda k interpretáciám súvisiacim s probandovým vnútorným založením. Skúmaná osoba je požiadaná, aby ku každej tabuli vymyslela príbeh. Do riešenia projikuje svoje fantázie, želania, konflikty a obranné mechanizmy.

Sofistikovaná klasifikácia odpovedí v TAT (aj ROR) je v súlade s dynamickým chápaním pacienta.

Projektívne testy sú vhodné pre ostražitých pacientov skúpych na slovo, pre ľudí so zábrami odkryť svoj vnútorný svet.

## Telesné a neurologické vyšetrenie

Z pochopiteľných dôvodov, telesný stav a stav nervového systému sú zaujímavé pre dynamického, rovnako ako aj pre deskriptívneho psychiatra. Čokoľvek sa stane s telom, ovplyvní to aj mozog (a naopak). Je otázne, kto má telesné vyšetrenie psychiatrického pacienta urobiť, psychiater alebo

internista s neurológom? Hospitalizovaného pacienta môže psychiater vyšetriť sám, ambulantných pacientov zvykne aj dynamický psychiater odoslať ku špecialistovi. Každopádne, ani dynamický ani deskriptívny prístup nebude bez somatického vyšetrenia kompletný.

## Psychodynamická diagnóza

Aj v dynamickej psychiatrii má diagnóza kľúčové postavenie. Nadobúda podobu deskriptívnej diagnózy (odvodenej z kritérií DSM-IV) a zároveň aj dynamickej diagnózy, založenej na porozumení pacientovi a jeho chorobe. Hoci obe diagnózy formujú terapeutický plán, deskriptívna si kladie za cieľ priradiť symptómom pacienta korektné označenie, zatiaľ čo dynamická diagnóza sa snaží uchopiť to, čo sa za týmto označením skrýva. Deskriptívna diagnóza pomáha lekárovi určiť vhodnú farmakologickú intervenciu. Z dynamickej diagnózy možno napr. odvodiť reakciu pacienta na medikáciu a predísť tak narušeniu spolupráce.

Dynamická diagnóza je prínosná aj v prípade pacientov, u ktorých sa v budúcnosti neuvažuje o dynamickej terapii. Poznanie osobnosti pacienta je žiaduce vo všetkých terapeutických školách.

Vlastnosti ega.

O sile ega nám veľa napovie pacientov profesijný vývin a kvalita medziľudských vzťahov, ktoré si vytvára. Ľudia, ktorí sú schopní udržať si uspokojivé zamestnanie a vytvárať dlhotrvajúce dôverné vzťahy, majú zväčša silnejšie a pružnejšie ego ako tí, čo to nedokážu. Poznanie niektorých kľúčových funkcií ega dáva lekárovi obraz o prednostiach a slabostiach pacienta a priamo určuje podobu terapeutického plánu.

Akým spôsobom pacient testuje realitu? Je schopný rozlíšiť, čo je vnútorné a čo vonkajšie, alebo má tendenciu vnímať skreslene? Testovanie reality je intaktné iba v štrukturovanej situácii alebo aj v neštrukturovanej? A čo kontrola impulzov? Je pacient schopný ovládnuť ich, alebo sa necháva nimi strhnúť a stáva sa tak nebezpečný sebe aj druhým? Vie pacient primerane anticipovať dôsledky svojich činov? Svoje rozpoloženie pripisuje externým alebo skôr vnútorným faktorom? Dokáže syntetizovať a integrovať rôznorodé informácie do zmysluplného celku? Myslí aj v metaforách a analógiách, ktoré umožňujú prepájať rozličné úrovne abstrakcie? Veľká pozornosť sa venuje obranným funkciám ega. Waelder (1960) zostavil sériu otázok, ktoré pomôžu terapeutovi identifikovať pacientove obrany: napr. aké sú pacientove otázky? Čo pacient (nevedome) chce? Čoho sa obáva? Čo robí, keď má obavy? . . . Pine (90) pridáva exploračné otázky upresňujúce vzťah medzi príslušným pudom a reakciou ega: o aké želanie ide? Aký vzťah má toto želanie k vedomiu? Aké fantázie evokuje? Ako sa vo fantázii odráža kompromis medzi želaním, obranou a realitou? Ako efektívna je obrana proti želaniam?, atď.

Pacient schopný v záťažovej situácii reagovať vytesnením alebo humorom, vykazuje väčšiu silu ega ako pacient, ktorý má v rovnakej situácii tendenciu k disociácii alebo projektívnej identifikácii.

Ďalšou významnou témou ego-psychológie je vzťah medzi egom a superegom. Je superego rigidným dozorcóm nad egom, alebo je medzi nimi pružný a harmonický vzťah? Má pacient realistický obraz o svojich možnostiach alebo podlieha nedosiahnuteľným víziám? Sú prítomné antisociálne tendencie svedčiacie pre nezrelé superego? Odpovede na podobné otázky hovoria o ranných zážitkoch pacienta s rodičovskými figúrami, superego je totiž zvnútornená reprezentácia týchto figúr.

Objektné vzťahy.

Dynamický prístup umožňuje hľadať na interpersonálne vzťahy pacienta v 3 kontextoch: 1. vzťahy v detstve, 2. reálne a prenosové aspekty vzťahu lekár - pacient, 3. ostatné pacientove aktuálne vzťahy. Povaha týchto aspektov poskytuje lekárovi veľa informácií o postavení pacienta v rodine a sociálnej štruktúre ako takej. Dôležité je zisťovanie, ako pacientove sociálne vzťahy spoluplytvávajú

klinický obraz povahy, ktorá svojou trýžňou následne privádza pacienta k lekárovi. Odráža symptomatický obraz poruchy adolescenta manželské problémy jeho rodičov? Inými slovami, nie sú niekedy ťažkosti pacienta symptómami poruchy rodinného systému?

Reálne medziľudské vzťahy veľa hovoria aj o povahe vnútorných objektných vzťahov pacienta. Pohovor s členmi rodiny a inými významnými osobami môže napomôcť pri určovaní skreslenia, ktoré je vlastné pacientovmu pohľadu na mimorodinné vzťahy. Zdá sa, že isté pravidelnosti sa potom objavujú vo všetkých vzťahoch pacienta. Napríklad, má pacient tendenciu stávať sa masochistickým partnerom v doplnkovom sado-masochistickom zväzku? Zvykne sa pacient vždy starať o druhých, menej životaschopných?

Pine (1990) opäť ponúka upresňujúce otázky: ktorý minulý objektný vzťah pacient v prítomnosti opakuje? Ktorú rolu objektného vzťahu pacient zohráva - jeho vlastnú alebo doplnkovú alebo obidve? Správa sa pacient tak ako niekedy v minulosti? Aký si želá byť v očiach druhých? Akého si ho tí druhí želajú mať?

Nedeliteľnou súčasťou dynamického prístupu je určovanie zrelosti a primeranosti objektných vzťahov. Prežíva pacient druhých ambivalentne, t. j. súčasne ako prítiažlivých aj odpudzujúcich? Alebo vníma jednostranne, ako výlučne dobrých resp. zlých? Má sklon redukovať druhých ľudí na potreby uspokojujúce entity alebo ich akceptuje ako nezávislé individuiá s vlastnými potrebami a cieľmi? A konečne, dokáže pacient znášať odlúčenie od vzťahových osôb, nahrádzať ich vnútornými reprezentáciami?

Self.

Aby bolo dynamické poňatie úplné, treba ho rozšíriť o niektoré aspekty pacientovho self. V rámci psychológie self by sa mal lekár zaoberať hlavne súdržnosťou self. Štruktúra sebaopímania je totiž náchylná ku fragmentácii (napr. pod tlakom hodnotenia zo strany okolia). Pýtame sa, či pacient potrebuje byť neustále v centre pozornosti, či vyhľadáva akceptujúce prejavy seba-objektov. Zaujímá nás aj kvalita a zrelosť samotných seba-objektov, vtedy napr. zisťujeme, či sú potreby seba-objektu a pacienta uspokojované vzájomne vyhovujúcim dlhotrvajúcim vzťahom.

Okrem sebahodnotenia (self-esteem) lekár odhaduje aj self-kontinuitu. Je pacient v čase nemenný bez ohľadu na externé vplyvy alebo sa jeho identita sústavne mení? Dôkazom difúznej identity je súperenie rozdielnych (od seba disociovaných) seba-reprezentácií o dominanciu nad celou osobnosťou.

Ďalším dôležitým pojmom je hranica self: dokáže pacient ostro diferencovať medzi svojimi psychickými obsahmi a obsahmi druhých ľudí? Alebo je hranica rozmazaná a pacient sa identifikuje s obsahmi, ktoré už spadajú do kompetencie seba-objektov? Za príbuzný aspekt možno považovať pacientovo vnímanie vlastného tela. Je ohraničenie tela v čase nemenné alebo je pacient neustále nútený znova definovať hranice tela automutiláciou? Sú telo a myseľ navzájom prepojené alebo sa u pacienta objavujú epizódy depersonalizácie a mimotelových zážitkov, kedy sa zdá, že myseľ je na tele nezávislá?

## Vysvetľovanie

Jednotlivé súčasti dynamickej diagnózy rozobrané vyššie, sú základom tzv. objasňujúcich formulácií. Tieto pokusné hypotézy (pracovné modely) dobre ilustrujú, ako súčasti diagnózy spoluvytvárajú klinický obraz poruchy prezentovaný pacientom. Tento sumár (psychodynamická formulácia) môže zahŕňať aj biologické aspekty poruchy a terapeutické implikácie. Objasňujúca forma by sa mala zamerať na vysvetlenie problémov relevantných pre terapeutický plán.

U niektorých pacientov jedným modelom vysvetlíme všetko, ale u iných treba na každý aspekt psychopatológie zostaviť špeciálnu vysvetľujúcu formuláciu. Lekár by mal byť otvorený všetkým 3

teoretickým rámcom (psychológii ega, objektným vzťahom aj psychológii self), mal by prejsť od postoja „buď - alebo“ k postoju „nielen toto ale aj tamto“.

Kazuistika: Pani B., 33 ročná slobodná žena, zamestnaná v knižnici, vyhľadala pomoc v akútnej psychotickej epizóde s paranoidnými rysmi. Bola presvedčená, že jej matka sa ju snaží zabiť, preto sa zabarikádovala vo svojom byte, ktorý zdieľa spolu s bratom. Po niekoľkých dávkach Haloperidolu sa stav pani B. upravil, prejavovala sa ako veselá a mierna osoba, tvrdila doslova: „Nemám v sebe ani náznak hnevu“. Cítila sa dobre a požiadala o prepustenie. Jej matka bola rada, že dcéra je „opäť v norme“, ale vyjadrila obavu, pretože syn (teda brat pani B.) je stále v jej byte. Ukázalo sa, že brat sa niekoľko posledných týždňov priživoval na sestre (bývanie, strava). Podľa matkiných slov, pani B. žije izolovane, bez spoločenských kontaktov a pred 18 mesiacmi mala, tiež za tých istých okolností (nast'ahovanie brata), psychotickú epizódu. V rodine je prítomná genetická záťaž (MD).

Vysvetlenie: Pani B. je predisponovaná k bipolárnej afektívnej poruche. Cyklické psychotické schizofreniformné epizódy, boli pravdepodobne variáciou bipolárnej poruchy. Po stabilizovaní Haloperidolom by mohol psychiater nasadiť Líthium ako profylaxiu.

V čase, keď pani B. nie je psychotická, prispôbuje sa vytesnením negatívnych emócií (hlavne hnevu) a prejavuje sa ako schizoidná osobnosť. Parazitovanie jej brata provokuje u pani B. masívny hnev, ktorý nie je schopná zvládnuť svojim zabehaným obranným mechanizmom. Preto regreduje na paranoidne-schizoidnú úroveň, kde sa jej neakceptované seba-reprezentácie hnevu disociujú a projikujú na jej matku. Po remisii pomocou medikamentov pani B. príslušné seba-reprezentácie reintrojkuje a zapojí vytesnenie. Pacientka nemá psychologický vhl'ad do problematiky. Rodinná terapia môže odsunúť stresor (napr. brata) a umožniť tak pani B. dosiahnuť predošlú úroveň prispôbenia (lekár ďalej navrhuje využiť prednosti farmakoterapie a posilnenie obrán podpornou psychoterapiou).

Psychodynamický koncept je v súlade s biopsychosociálnym modelom psychiatrie prezentovaným Engelsonom (1977), Finkom (1988) a ďalšími autormi, ktorí pri vysvetľovaní porúch berú do úvahy genetické predispozície, sociálne a rodinné vplyvy a intrapsychické faktory.

## **LIEČBA V DYNAMICKEJ PSYCHIATRII I.**

### ***INDIVIDUÁLNA PSYCHOTERAPIA***

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Monika Ranincová, TN)

Zdatnosť v individuálnej psychoterapii je akýmsi princípom dynamických psychiatrov. Dynamická psychiatria zdôrazňuje nuansy terapeutického vzťahu medzi psychoterapeutom a pacientom.

### **Expresívne-podporné kontinuum**

Psychoterapia modelovaná na technických princípoch formálnej psychoanalýzy bola označovaná množstvom rôznych názvov: expresívna, dynamická, psychoanalyticky orientovaná, vhl'adovo

orientovaná, vysvetľujúca, odhaľujúca a intenzívna. Táto forma terapie analyzujúca obrany a odhaľujúca dynamicky potlačený materiál v nevedomí, bola tradične popisovaná ako úplne odlišná od iného typu psychoterapie - podpornej psychoterapie. Tendencia pokladať tieto terapie za nerovnocenné sa odráža v myšlienke, ktorá roky sprevádzala psychoterapeutov:

„Expresívny môžeš byť, a podporujúci musíš byť“ (Wallerstein 1986). O túto tradičnú dichotómiu už dávno prejavovalo záujem množstvo autorov (Pine 1976, 1986, Wallerstein 1986, Werman 1984). Podporná psychoterapia je sprevádzaná psychoanalytickým chápaním na každom kroku. Expresívna psychoterapia a podporná psychoterapia sa zriedkavo objavujú v čistej forme (Wallerstein 1986, Werman 1984). Vyššia prestíž expresívnej psychoterapie alebo psychoanalýzy je spájaná s predpokladom, že ku zmene dochádza vďaka získaniu vhľadu alebo vyriešeniu intrapsychického konfliktu, a že to znamená viac ako výsledok dosiahnutý podpornými technikami. Tento predpoklad podporuje i to, že zmeny dosiahnuté expresívnou psychoterapiou neboli dosiahnuté žiadnym iným spôsobom a sú trvalejšie ako tie, ktoré sa dosiahli podpornou psychoterapiou (Wallerstein 1986).

Na základe výsledkov monumentálnej štúdie 42 pacientov liečených v Menninger Foundation Psychotherapy Research Project, Wallerstein (1986) prichádza k záveru, že všetky formy psychoterapie zahrňujú zmes expresívnych a podporných prvkov, a že zmeny dosiahnuté podpornými prvkami, nie sú menej hodnotné než tie, ktoré sa dosiahli expresívnymi prvkami. Aj keď považujeme expresívnu psychoterapiu a podpornú psychoterapiu za 2 odlišné modalities liečby, mohli by sme opísať psychoterapiu ako určité expresívne-podporné kontinuum. Určití pacienti v určitom momente terapie budú vyžadovať v liečbe viac expresívnych prvkov, zatiaľ čo v inom momente budú potrebovať skôr podporný prístup.

Individuálnu psychoterapiu, nachádzajúcu sa na tomto kontinuu niekde uprostred, by bolo lepšie nazývať expresívne-podporná alebo podporne-expresívna. Dokonca psychoanalýza, situovaná v najextrémnejšom bode expresívneho konca kontinua, obsahuje podporné prvky, v snahe dosiahnuť u pacienta určité ciele, a naopak, väčšina podporných psychoterapeutov na konci liečby z času na čas poskytuje vhľad a porozumenie.

Koncept expresívne-podporného kontinua poskytuje rámec, určujúci ciele, charakteristiky a indikácie pre individuálnu psychoterapiu.

## **Ciele expresívne-podpornej psychoterapie**

Konečné ciele psychoanalýzy (expresívny koniec kontinua), zahrňujú nadobudnutie vhľadu, ktorý môže byť definovaný ako možnosť pochopiť nevedomé myšlienky a pôvod symptómov pacienta a jeho správania. Hoci Freud nikdy nepoužíval termín „vhľad“, definoval cieľ psychoanalýzy ako robenie vedomým toho, čo je nevedomé. Vo včasných Freudových prácach dochádzalo ku vhľadu cez dramatickú katarziu alebo abreakciu. Napr. keď Joanne Woodwardová v Troch tvárach Evy získala vhľad, že jej multiplexná porucha osobnosti bola podmienená vytesnenou pamäťovou stopou, že musela pobožkať svoju mŕtvu starú mamu, je zázračne a dramaticky vyliečená. V skutočnej terapii je vhľad cez katarziu zriedkavý. Vhľad je získavaný stupňovito, tak ako sú terapeutovými intervenciami metodicky narušované obrany pacienta.

Cieľom vhľadu je vyriešenie konfliktu. Konflikt je rozpustený, keď dôjde ku pochopeniu obrán a želanie už nie je želaním alebo je atenuované a nie je viac nutné obrany používať. Iný spôsob pohľadu na tento cieľ je rozšírenie ega na úkor id alebo ako písal Freud: „Kde bolo id, tam bude ego“.

Jeden odlišný aspekt vysoko expresívnych psychoterapií je, že terapeut sa vyhýba prílišným investíciám do terapie symptómov pacienta. Terapeut poskytuje vhľad s cieľom dať pacientovi



väčšiu slobodu výberu. Terapeut sa pokúša rozšíriť možnosti pacienta, podporuje jeho slobodu a autonómiu.

Cieľom psychoterapie je zdokonalenie vzťahov človeka, bez ohľadu na to, či sa to dosahuje expresívnymi alebo podpornými prvkami, keďže počas psychoterapie sa menia vnútorné objektné vzťahy a človek môže pochopiť a začať inak pristupovať k osobám v okolí. V súčasnosti pacienti oveľa častejšie hľadajú terapiu preto, že sú nespokojní s kvalitou svojich vzťahov.

Jedna empirická štúdia analýzy (Kaufrowitz a kol., 1987) demonštruje cez projektívne psychologické testovanie pred a po liečbe, že analýzou sa dosiahlo štatisticky významné zdokonalenie v úrovni a kvalite vzťahov pacienta.

Cieľom self psychologicky orientovaných terapeutov je posilnenie kohézie self a pomoc pacientovi vyberať si zrelšie sebaobjekty, ako sa píše v kapitole 2. Inými slovami - cieľom je pomôcť pacientovi pracovať na svojej dôvere a prejsť od archaických a nereálnych sebaobjektov ku zrelším a vhodnejším. Cieľ podpornej psychoterapie je predovšetkým pomôcť pacientovi adaptovať sa na stres, zatiaľ čo sa vyhýba vhl'adu do nevedomých želaní a obrán (Roskin 1982). Terapeut sa snaží o posilnenie určitých obrán a facilitovanie pacientovej adaptívnej kapacity pre zvládanie každodenného stresu. Podporné techniky sa často používajú v terapii pacienta s výraznejšou slabosťou ega. Posilnenie ega je kľúčovým aspektom podpornej psychoterapie. Napr. terapeut môže slúžiť ako pomocné ego, pomáha pacientovi pravdivejšie testovať realitu alebo predvídať následky konania, a tým zlepšiť úsudok pacienta.

## **Trvanie expresívne podpornej psychoterapie**

Terapie, ktoré sú vysoko podporujúce alebo vysoko expresívne, môžu byť krátke alebo dlhé. V niektorých prípadoch môže trvať psychoanalýza 5 rokov, zatiaľ čo niektoré podporné terapie môžu trvať dokonca dlhšie. Na druhej strane, niekedy práve jedno podporné alebo expresívne terapeutické sedenie môže byť vysoko terapeuticky účinné.

Rozlišujeme psychoterapiu s otvoreným koncom a krátkodobé alebo časovo limitované psychoterapie.

## **Frekvencia sedení**

Frekvencia sedení úzko koreluje s expresívne-podporným kontinuom. Väčší počet sedení za týždeň je charakteristický pre expresívne techniky. Psychoanalýza, extrémne expresívna liečba, je charakterizovaná 4-5 sedeniami za týždeň a zvyčajne sa robí tak, že pacient leží na pohovke a terapeut sedí za jeho hlavou. Vysoko expresívne formy psychoterapie zvyčajne zahŕňajú 1-3 sedenia za týždeň s pacientom sediacim v kresle tvárou k terapeutovi. Naproti tomu psychoterapia s primárne podpornými cieľmi sa zriedkavo robí častejšie ako 2x za týždeň, zvyčajne iba 1x za týždeň alebo menej často. Nie je neobvyklé mať iba 1 sedenie do mesiaca.

Frekvencia sedení je spätá s úlohou prenosu v psychoterapeutickom procese. Klinická skúsenosť ukázala, že prenos silnie so zvyšujúcou sa frekvenciou sedení. Zatiaľ čo vysoko expresívne terapie majú sedenia 45-50-minútové, podporné procesy využívajú čas viac flexibilne. Pre niektorých pacientov, vyžadujúcich častejší podporný kontakt s terapeutom, sú užitočnejšie dve 25-minútové sedenia do týždňa ako jedno 50-minútové.

Psychiatrická prax je však taká, že praktické potreby môžu prekonať teoretické doporučenia o frekvencii sedení.

## Voľné asociácie

V ideálnej psychoanalytickej situácii sú voľné asociácie najdôležitejším spôsobom, ktorým pacient komunikuje s analytikom. Vyžaduje to od pacienta stav relaxácie a elimináciu kontroly nad myšlienkovými procesmi, podmienku povedať všetko, čo mu príde na myseľ bez cenzúry slov. V skutočnej praxi sa však stáva, že keď sa pacient pokúša o voľné asociácie, zasiahnu obrany.

Voľné asociácie sú užitočné aj vo vysoko expresívnych psychoterapiách, hoci viac selektívne ako v analýze. Terapeut napr. môže požiadať pacienta o asociovanie ku rôznym časťam sna, a tak obom pomôcť pochopiť nevedomé súvislosti a interpretovať sen.

Voľné asociácie sa oveľa menej využívajú v psychoterapiách ležiacich na kontinuu bližšie k jeho suportívnemu koncu. Podľa Greensona (1976) ich použitie vyžaduje zrelé a zdravé ego k udržaniu pukliny medzi pozorujúcim egom a skúšajúcim egom. Ego-deficientní pacienti v psychóze môžu ešte viac regredovať, ak by sme v podpornom procese použili voľné asociácie.

## Neutralita

Neutralita je snáď najnesprávnejšie chápaný aspekt psychoterapeutických techník. Často je nesprávne interpretovaná ako chlad a odmeranosť (Chessick 1981). Dokonca aj v tých najviac expresívnych terapiách je emočná vrúcnosť nevyhnutnou súčasťou terapeutického vzťahu. Jednoducho záujem o situáciu pacienta je základom pre rozvinutie vzťahu. Ľudskosť a empatia sú súčasťou efektívneho vzťahu lekár-pacient.

Terapeuti, ktorí sa stiahli z interpersonálneho poľa terapie, a sú odmeraní, zaujímajú nezúčastnený postoj, znižujú takto účinnosť liečby. Ideálny model chápe terapeuta ako účastníka v terapeutickom procese - spontánneho, tranzitorného a disciplinovaného (Hoffman a Gill 1988, Racher 1968). Po interakcii môže terapeut, pretože „tam bol“, odrážať a analyzovať zmenu so zvýšenou empatiou. Sandler (1976) popisoval, že terapeut si môže uvedomiť protiprenos, iba ak bol podobný jednému z pacientových vnútorných objektov. Táto odpoveď môže byť tichou reflexiou na myšlienky a pocity, ktoré vznikajú u terapeuta.

Neutralita v žiadnom prípade neznamená emocionálnu inertnosť. Vhodnejšie je definovaná ako neposudzujúca pozícia zoči-voči pacientovmu vnútornému svetu. Inými slovami, terapeut nezaujíma v konfliktoch medzi intrapsychickými činiteľmi jednostranný postoj. Túto pozíciu možno oveľa ťažšie aplikovať v podporných terapiách. Ak je tlak superega u určitého pacienta taký silný, že hrozí suicidálny pokus, terapeut sa musí postaviť proti superegu a chrániť pacienta, napr. hospitalizovať ho.

Greenberg (1986) nedefinoval neutralitu ako pozíciu medzi starým objektom z pacientovej minulosti a novým objektom terapeuta v súčasnosti. Ak majú byť modifikované pacientove vnútorné objektné vzťahy, pacient musí zažiť terapeuta ako niekoho z minulosti a potom internalizovať nový objekt a nové formy vzťahov.

## Anonymita

Freudov výrok, že analytik by sa mal usilovať o nepriehľadnosť zrkadla, viedla generácie analytikov ku škrupulóznemu vyhýbaniu sa komentárom alebo činom, ktoré by prezradili nejakú informáciu o nich samotných.

Dnešní analytici sú už o niečo menej rigidní, pretože vzrástlo vedomie, že reakcie pacienta na informácie o osobnom živote analytika možno analyzovať, spracovať, a tak zužitkovať v terapii (Katz 1978). Rôzne osobné informácie o terapeutovi poskytuje už jeho pracovňa. Fotografie rodiny, umelecké práce, knihy poskytujú letmý pohľad na skutočnú podstatu terapeuta.

Hoci určité sebaodhaľovanie terapeuta môže byť vhodné, terapeuti v expresívne orientovaných terapiách by sa napriek tomu mali prílišného sebaodhaľovania vyvarovať. Mohli by inhibovať pacientovu slobodu a otvorenosť v rozprávaní o tom, čo sa v ňom deje. V podporných terapiách je anonymita menej dôležitá. Terapeuti, ktorí sa podelia o svoje osobné zážitky so svojimi pacientami, môžu povzbudiť rozvoj pravého spoločného základu pre spoluprácu v podpornej psychoterapii.

## **Intervencie**

Terapeutove intervencie v expresívne-podpornom kontinuu možno rozdeliť do 7 kategórií: 1. výklad (interpretácia), 2. konfrontácia, 3. vysvetľovanie, 4. povzbudenie k rozprávaniu, 5. empatia, 6. rada a pochvala a 7. uistenie (odvodené z práce Menninger Clinic Treatment Interventions Project).

### **1. Výklad (interpretácia)**

Podľa Greensona (1967) v najexpresívnejších formách terapie je interpretácia považovaná za rozhodujúci inštrument. Znamená, že nevedomé sa stáva vedomým. Interpretácia je vysvetľujúci činiteľ, ktorý smeruje myšlienky, správanie, cítenie alebo symptómy ku pochopeniu ich nevedomého významu alebo pôvodu. Interpretácie môžu byť založené na prenose, protiprenose, na pacientovej minulosti alebo súčasnej situácii alebo obranách či fantáziách. Všeobecne platí, že terapeut neinterpretuje nevedomý obsah, kým nie je relatívne dostupný pacientovmu vedomiu.

### **2. Konfrontácia**

Ďalšou expresívnou intervenciou je konfrontácia, ktorá pacientovi predkladá niečo, čo nechce akceptovať alebo identifikuje pacientovo vyháňanie sa alebo minimalizáciu. Konfrontácia môže byť zameraná na objasnenie, ako pacientovo správanie vplýva na iných alebo vrátenie vytesnených a odmietaných pocitov späť do vedomia. Nemusí byť nevyhnutne tvrdá a hostilná, ako ilustruje nasledujúci príklad: Na záverečnom sedení dlhodobého terapeutického procesu pacient veľmi dlho rozprával o probléme s autom. Terapeut to komentoval: „Myslím, že toľko rozprávate o svojom aute preto, že čelíte smútku z toho, že naše sedenie je posledné“.

### **3. Vysvetlenie**

Ako postupujeme na kontinuu od expresívnych k suportívnym intervenciám, predstavuje vysvetlenie reformuláciu alebo vytvorenie viac koherentného pohľadu na to, o čom sa hovorilo. Líši sa od konfrontácie, pretože neobsahuje prvok odmietnutia alebo minimalizácie. Vysvetlenie je zamerané na pomoc vyjadriť niečo, čo sa ťažko dáva do slov.

### **4. Povzbudenie k vyrozprávaniu sa (povzbudenie k verbalizácii)**

Stred kontinua prináša intervencie, ktoré nie sú ani expresívne ani podporné. Povzbudenie k verbalizácii môžeme definovať ako povzbudenie pacienta, aby porozprával viac ku hlavnej téme. Môžeme položiť otázky typu: „Čo si myslíte o tomto?“ alebo viac špecificky: „Povedzte mi viac o svojom otcovi.“ Tieto intervencie sú používané i vo viac expresívnych i v podporných terapiách.

### **5. Empatia**

Je prejavom terapeutovho vciťujúceho sa prístupu k pacientovemu vnútornému svetu. Typickou poznámkou je: „Z tohto môžem pochopiť, prečo sa cítite depresívny.“ Keď pacient cíti terapeutovo pochopenie jeho subjektívnych skúseností, je viac prístupný prijat' interpretácie.

## **6. Rada a pochvala**

Táto kategória zahŕňa 2 intervencie, ktoré obe posilňujú určité aktivity. Rada znamená priamu sugesciu pacientovi, ako sa má správať, zatiaľ čo pochvala posilňuje určité pacientovo správanie vyjadrením súhlasu s ním. Napr. „Som veľmi rád, že ste mu dokázali povedať, že ho viac nechcete vidieť.“

## **7. Potvrdenie**

Sú to jednoduché intervencie na podporu pacienta, ako napr. „Mhm, mhm“ alebo „Áno, viem čo to znamená“.

Väčšina psychoterapeutických procesov využíva všetky tieto intervencie v určitom momente v priebehu terapie. Terapia je klasifikovaná ako primárne expresívna alebo primárne podporná na základe toho, ktoré intervencie prevládajú. Podľa Anny Ornsteinovej (1986) empatické interpretácie sú optimálnymi terapeutickými intervenciami pri všetkých typoch psychopatológie, aj v podpornej psychoterapii ťažko narušených pacientov. Jej empatické interpretácie majú 3 aspekty: akceptovanie pacientov takých, akí sú, pochopenie ich situácie a poskytnutie vysvetlenia, napomáhajúceho získaniu vhl'adu do pôvodu ich ťažkostí. Ornsteinová kombinovala predominantne podpornú intervenciu s vysoko expresívnou intervenciou (interpretáciou). Zmyslom tohto self-psychologického prístupu je ukázať pacientovi, že určité emócie alebo postoje s negatívnymi aspektami, ako sú nenávisť, závisť alebo nenásytosť, majú pôvod v plne pochopiteľných včasných životných skúsenostiach (rodičovská deprivácia, zlyhanie empatie alebo zanedbávanie).

## **Prenos**

Podľa Freuda je psychoanalytický terapeutický proces založený na prenose a obranách. Všetky formy dynamicky orientovaných psychoterapií venujú prenosu veľkú pozornosť. Špecifický spôsob, akým je prenosu venovaná pozornosť, sa značne mení v závislosti od expresívne-podpornej dimenzie. Cooper poznamenal: „Napriek rozmanitosti analytických prístupov, ktoré sa dnes používajú, analytici súhlasia s ústredným postavením prenosu a jeho interpretácie v analytickom procese a liečbe, rozlišujú iba to, či dôjde alebo nedôjde k rozvoju prenosu.“ Klasicky sa za základ analytického procesu považovalo rozvinutie prenosovej neurózy a jej vyriešenie pomocou interpretácie, ktorú možno definovať ako reaktiváciu pacientovej infantilnej oidipálnej situácie v prítomnosti analytika, ktorý je v úlohe jedného alebo oboch z rodičov.

Psychoterapia, ktorá je prevažne expresívna, sa tiež zaoberá prenosom a jeho interpretáciou, ale iným spôsobom. Wallerstein zdôraznil, že rozdiely medzi psychoanalýzou a expresívnou psychoterapiou sa v praxi zotierajú.

Terapeut musí dávať pozor, aby sa vyhol „obviňovaniu“ za prispetie k interpretácii prenosu. Terapeut si musí uvedomiť, čo je prenos a čo je jeho reálny príspevok k interakcii. Venovanie pozornosti protiprenosu je kľúčovým bodom všetkých terapií v dynamickej psychiatrii.

V terapiách primárne označovaných ako podporné, terapeut taktiež sleduje proces rozvoja prenosu a protiprenosových odpovedí. Terapeut prenos registruje, ale zvyčajne sa ním s pacientom nezaobera a neinterpretuje mu ho. Cieľom liečby je evokovať pozitívny prenos bez jeho analyzovania (Wallerstein 1986). Hoci zmeny dosiahnuté týmto postupom sú tradične považované

za menejcenné v porovnaní s tými, ktoré sa dosiahli vyriešením konfliktu, ale v skutočnosti sú stabilné a trvalé.

## **Odpor**

Ako sme poznamenali v kapitole 1, odpor znamená pohotovosť pacienta k používaniu obrán v terapeutickej situácii. Vo viac expresívnych terapiách je analyzovanie a porozumenie odporu súčasťou každodennej práce terapeuta. Ak napr. pacient prichádza na sedenie neskoro alebo je počas sedenia nápadne ticho, terapeut to môže považovať za vzdor a nespokojnosť.

Odpor súvisiaci s prenosom je označovaný ako prenosový odpor. Napr. pacient môže mať obavu rozprávať o fantáziách o masturbácii, pretože sa obáva, že by terapeut nesúhlasil s masturbáciou. Ako prevenciu pred odsúdením zo strany terapeuta si radšej vyberie mlčanie. Prenosový odpor môže byť chápaný ako pacientova nevedomá tendencia pevne sa upnúť na určitý vnútorný objektový vzťah. To sa môže manifestovať ako zastavenie terapie na určitom mŕtvom bode, keď je terapeut opakovane spájaný s niekým iným z pacientovej minulosti.

Psychológovia chápu odpor ako zdravú psychickú aktivitu, ktorá bezpečne smeruje rast self (Kohut 1984). Empatický prístup viedol niektorých analytikov k tomu, že pokladali self-psychologické techniky vo svojej podstate za podporné.

Ako sme uviedli v predchádzajúcich komentároch o self-psychológii, v kontexte prevažne podpornej psychoterapie sa odpor chápe ako fundamentálny a adaptívny. Odpor je často prejavom obranných štruktúr, ktoré je potrebné podporiť. Terapeut môže podporiť odpor vtedy, keď pacient prináša určitý materiál, ktorý by mohol príliš zvrátiť smerovanie diskusie a bolo by vhodnejšie odložiť ho na inokedy.

## **Prepracovávanie**

Interpretácie predkladané expresívnym terapeutom zriedkavo vedú k reakciám typu „Aha!“ a dramatickým zvratom. Typicky vyžadujú časté opakovanie terapeutom v rôznych kontextoch. Táto opakovaná interpretácia prenosu a odporu, kým sa vhl'ad úplne integruje do pacientovho vedomia, je známa ako „prepracovávanie“. Hoci je terapeutovo snaženie nevyhnutné, kus práce na prijatí a integrovaní terapeutovho vhl'adu vykonáva pacient v období medzi terapeutickými sedeniami (Karasu 1977). Trojuholník vhl'adu je užitočným modelom tohto procesu. Terapeut využíva určitý vzorec 1) v pacientových vonkajších vzťahoch, 2) prenosové vzorce, 3) predchádzajúce vzťahy s členmi rodiny. Pacient robí tieto nevedomé spojenia vedome. Tento model súvisí s tým, čo Luborsky (1984) označuje ako jadrový konfliktný vzťahový námet (Core conflictual relationship theme - CCRT). Tento námet zvyčajne obsahuje želanie alebo potrebu napr. „Chcem byť spontánny vo vzťahu k druhým“, kde je konflikt s kontrolnou funkciou ega alebo superega. „Ak to skúsím, môžem stratiť kontrolu, preto je lepšie radšej to ani neskúsiť“.

Opakujúce sa seba-objektné emočné konštelácie sa objavujú v prenose, v súčasných mimoprenosových vzťahoch a v spomienkach na minulé vzťahy. V self psychologickej terminológii, vzorcom môže byť očakávanie zrkadlenia alebo potreba idealizovať druhých. Tento proces je vždy aplikovaný v terapiách s významnou expresívnou zložkou, zriedkavo však v primárne podporných terapiách.

## **Využitie snov**

V psychoanalýze a vysoko expresívnych formách terapie je výklad snov hodnotený ako „kráľovská cesta k nevedomiu“ (S. Freud 1900/1953). Pacientove asociácie ku častiam sna vedú k pochopeniu

latentného alebo skrytého obsahu sna. Symboly sna potom možno interpretovať a pomôcť tak pacientovi, aby cez sny nahliadol do svojho nevedomie.

Podporný terapeut si pozorne vypočuje pacientov sen a jeho vysvetlenie, a to rovnakým spôsobom ako expresívny terapeut. Nepodporuje však voľné asociovanie ku snu, pretože by to mohlo viesť k regresii.

Medzi podporným a expresívnym koncom kontinua je priestor pre selektívnu interpretáciu sna, v ktorom terapeut smeruje sen k nevedomiu alebo vedomiu podľa života pacienta.

## **Terapeutické spojenectvo**

Pacientov vzťah k terapeutovi je zmesou prenosového vzťahu a reálneho vzťahu. Reálny vzťah nazývame terapeutické spojenectvo (Zercl 1956) alebo pracovné spojenectvo (Greenson 1965/1978). Freud (1912a/1958) pôvodne opísal tento aspekt liečby ako súčasť prenosu, ktorý „je prístupný vedomiu a je vetrikulom úspechu psychoanalýzy ako aj iných metód liečby“. Greenson popísal, že k množstvu vnútorných bodov v analýze došlo v dôsledku zlyhania analytika pri zaoberaní sa rozvojom terapeutického vzťahu. Definoval ho ako „relatívne neneurotický, racionálny raport, ktorý má pacient s analytikom“. Kvalita terapeutického vzťahu v otvorenej fáze psychoterapie je snáď najlepším prediktorom výsledku terapie.

Vo všetkých psychoterapiách, bez ohľadu na to, kde sa nachádzajú na expresívne-podpornom kontinuu, musia terapeuti dostatočne skoro pracovať na vytvorení a udržiavaní terapeutického vzťahu. Terapeuti musia pomôcť pacientom rýchle identifikovať ciele terapie, a potom sa musia spojiť so zdravými aspektami ega pacienta, ktoré sa snažia tieto ciele dosiahnuť. Pacienti potom prežívajú svojich terapeutov ako spolupracovníkov, ktorí pracujú s nimi a nie proti nim. Keď vznikne v procese negatívny prenos, je lepšie skúmať ho v rámci terapeutického vzťahu, než aby došlo k jeho prerušeniu. Pri podpornej práci s pacientami s fragilným egom terapeuti zisťujú, že u týchto pacientov je ťažšie rozvinúť a udržať vzťah (G. O. Gabbard a kol. 1988, Horowitz 1974). Najdôležitejším prínosom tejto intervencie je prežívanie terapeuta ako pomáhajúcej osoby, spolupracujúcej s ním na spoločných cieľoch (Adler 1979).

## **Mechanizmy zmeny**

Klasický názor je, že zmena závisí od vyriešenia intrapsychického konfliktu. V tomto modeli terapeut interpretuje impulzy pacientovho id, túžby smerované k terapeutovi a obrany proti nim. Nakoniec si pacient uvedomuje, že tieto pocity skutočne súvisia s osobami z detstva a nie s analytikom. Hostilné pocity voči analytikovi sú miernené modifikáciou superega a expanziou ega.

Ogdenova (1979) konceptualizácia projektívnej identifikácie hovorí, že terapeut slúži ako kontajner pre projekcie pacienta, rovnakým spôsobom ako matka plní túto funkciu pre svoje dieťa. Tento kontajnerový model zahŕňa úlohu terapeuta „vydržať“, ktorá má opäť korelát vo vzťahu matka - dieťa. Tým, že dovoľí dieťaťu, aby bolo rušivé, požadovacie alebo ukričané alebo mu dovoľí spať, jesť a tak ďalej, povoskytuje mu príležitosť fungovať cez inštinktovú skúsenosť a rozlišovať diametrálne odlišné pocity (Winnicott 1986). Táto funkcia dovoľuje terapeutovi, aby spracoval projekovaný materiál a vrátil ho v modifikovanej podobe pacientovi, ktorý potom rôzne seba-reprezentácie a objektné reprezentácie znovu introjikuje. Ogden vysvetlil, že proces skutočne končí zmenou v interakcii medzi terapeutom a pacientom.

Hoci internalizáciu terapeuta a terapeutického vzťahu chápeme ako mechanizmus zmeny v psychoanalýze a expresívnych formách psychoterapie, Adler upozornil na to, že tento istý proces je základným mechanizmom zmeny i v podporných psychoterapiách.

Veľa pacientov súhlasí so sedeniami 1x mesačne alebo menej často, ale sú schopní dekompenzovať sa, ak nastane reč o ukončení psychoterapie.

## Ukončenie

Psychoterapeuti sa musia zmieriť s faktom, že sa vo svojom profesionálnom živote stále stretávajú so stratou. Pacienti prichádzajú do ich životov, delia sa s nimi o svoje najintímnejšie myšlienky a pocity, a potom po skončení terapie už niekedy o nich nikdy viac nepočujú. Pretože strata je nepríjemná skúsenosť pre všetkých ľudí, aj terapeuti si na ňu musia zvyknúť.

V praxi sa ukončenie terapie môže uskutočniť z viacerých dôvodov. Môže byť zapríčinené vonkajšími okolnosťami v živote terapeuta alebo pacienta. Jedným z dôvodov môžu byť i finančné možnosti pacienta. Pacient môže náhle z terapie odísť a odmietnuť pokračovanie, pretože je nespokojný s terapeutom alebo zostal veľmi úzkostný z toho, čo sa v terapii odhalilo. Jedným z dôvodov ukončenia môže byť i terapeutov pocit, že maximálny účinok sa už dosiahol.

Indikácie k ukončeniu nie sú absolútne, ale užitočným pravidlom je, že terapiu možno ukončiť, keď je už pacient na ukončenie pripravený a keď sa dosiahli hlavné ciele psychoterapie. Terapiou sa napr. dosiahla eliminácia symptómov, modifikácia superega, zmena v pacientových vzťahoch a väčší počet nezávislosti. Iným užitočným indikátorom je, že pacient je schopný rozpoznať vlastné konflikty a pokračovať v self-analytickom procese bez terapeuta. V podporných psychoterapiách, patrí k indikáciám pre ukončenie stabilita v pacientovom fungovaní, zvrát v regresívnych procesoch a vymiznutie symptómov.

Keď sa terapeut s pacientom dohodnú na termíne ukončenia, môže sa vyskytnúť množstvo prenosových prejavov, môžu sa znovu objaviť niektoré z pôvodných symptómov. Negatívny prenos môže vyjsť na povrch v čase, keď pacient pochopí, že terapeut s ním nebude navždy. Niektorí terapeuti preferujú pokračovanie s rovnakou frekvenciou sedení až do konca, iní postupne znižujú frekvenciu sedení.

Keď je ukončenie terapie iba jednostranným rozhodnutím zo strany terapeuta, môžu vzniknúť rôzne problémy. Keď je terapeut nútený, napr. kvôli novému pracovnému zaradeniu, ukončiť terapiu, často až do poslednej minúty odkladá, aby to povedal pacientovi, pretože cíti pocit viny a chce sa vyhnúť diskusii o tom. Vo všeobecnosti, by pacienti o ukončení mali byť oboznámení tak skoro ako je to možné, aby sa ich reakcie mohli pokladať za súčasť terapie. Čokoľvek spôsobilo ukončenie terapie, pacientove reakcie musia byť pravdivo vysvetlené i vtedy, keď sa terapeutovi ťažko počúva o hneve a nenávisti pacienta.

## Indikácie

Indikáciami pre expresívne terapie sú: 1) silná motivácia pochopiť seba samého, 2) zreteľné utrpenie, 3) schopnosť nielen regredovať a kontrolovať city a myšlienky, ale tiež rýchle znovu získať kontrolu nad regresiou, 4) frustračná tolerancia, 5) schopnosť vhl'adu, 6) nenarušené testovanie reality, 7) zmysluplné objektívne vzťahy, 8) dobrá kontrola impulzov, 9) schopnosť uniesť terapeutickú prácu. Ďalej tiež schopnosť myslieť v metaforách a analógiách.

Pre podpornú psychoterapiu sú 2 všeobecné indikácie:

chronická slabosť ega alebo defekty a regresia u zdravej osoby, ktorá sa nachádza v ťažkej životnej kríze (Wallerstein 1986, Werman 1984). Spadajú sem problémy ako nesprávne hodnotenie reality, slabá kontrola impulzov a nízka tolerancia úzkost. Indikáciou pre podpornú psychoterapiu je tiež organicky podmienená kognitívna dysfunkcia a nedostatok psychologického náhľadu, ako i ťažké poruchy osobnosti so suicidálnymi impulzami (Adler 1979, Luborsky 1984), pacienti s ťažko

narušenými objektnými vzťahmi. Jedinci, ktorí sú uprostred ťažkej životnej krízy (napr. rozvod alebo smrť partnera alebo dieťaťa) alebo ktorí zažili takú katastrofu ako povodeň alebo tornádo, sú zriedkavo vhodní pre expresívnu terapiu, pretože ich ego môže byť otrasené prežitou traumou. Na začiatku môže ísť o podporný proces, ktorý sa neskôr zmení na expresívny.

Terapeut musí počas terapie neustále sledovať, ako a kedy byť podporujúci alebo expresívny.

## **Krátkodobá psychoterapia**

Krátkodobá psychoterapia bola odvodená zo psychoanalytických princípov. Metodologicky rafinované porovnania s inými typmi terapií ukazujú, že krátkodobá dynamická psychoterapia je práve tak užitočná ako iné psychoterapie (Crits-Christoph 1992).

## **Indikácie a kontraindikácie**

Kritériá výberu zahŕňajú: 1) schopnosť vŕhľadu alebo psychologického myslenia, 2) vysokú úroveň fungovania ega, 3) silnú motiváciu k sebaopoznávaniu, 4) schopnosť vytvárať hlboké vzťahy, 5) schopnosť tolerovať úzkosť.

Krátkodobá, časovo ohraničená psychoterapia musí byť cieleňá, na rozdiel od široko zameranej psychoanalýzy. Ak má krátkodobá psychoterapia napredovať, terapeut a pacient musia identifikovať dynamické jadro problému počas prvého alebo druhého sedenia. Krátkodobá psychoterapia býva užitočná u relatívne zdravých pacientov v čase určitého prechodu, ako napr. odsťahovanie sa z domu, zmena práce alebo narodenie prvého dieťaťa.

Kontraindikácie sú rovnaké ako pri expresívnych psychoterapiách. Kontraindikácia je tiež to, ak pacient nie je schopný popísať jadrový problém. Je tiež nevhodná pri poruchách osobnosti, pokiaľ nejde o riešenie nejakého situačného problému, napr. žiaľu.

Podľa Pipera je kvalita objektných vzťahov jedným z najlepších prediktorov výsledku terapie. Schopnosť vytvárať zrelšie objektné vzťahy smeruje k zlepšeniu v terapii. Pacienti značne motivovaní a lepšie organizovaní sú vhodnejší pre krátkodobú expresívnu terapiu, zatiaľ čo pacienti s nízkou motiváciou a slabou organizáciou self sú vhodnejší pre podporné techniky (Horowitz a kol. 1984).

## **Množstvo sedení**

Rôzni autori doporujú rôzne spôsoby zaobchádzania s časom v krátkodobej psychoterapii. Niektorí doporujú 12 sedení, iní (Davanlov) priemerne 15-25 sedení, a neurčujú presný koniec na začiatku terapie. Všeobecne však platí, že krátkodobá psychoterapia trvá najmenej 2-3 mesiace a najviac 5-6 mesiacov a pozostáva z 10-12 sedení.

## **Terapeutický proces**

Terapeuti musia svoje hypotézy formulovať rýchlo a musia pokračovať v interpretácii obrán agresívnejšie a čo najrýchlejšie. Všetky vedomosti, ktoré zintenzívňujú proces, stupňujú úzkosť. Gustafson (1984) zdôrazňoval, že konfrontovanie s odporom vyžaduje empatický rámec, lebo pacient sa cíti byť napádaný. Malan (1976) poukázal na to, že primárnou úlohou terapeuta je zamerať sa na vzorce správania v minulých vzťahoch, v súčasných vzťahoch a v prenose.

Príklad: Pán C, 35-ročný vojak, prišiel do terapie s tým, že „Ja som príliš dominantný“. Bol 8 mesiacov ženatý s druhou manželkou, ktorá sa sťažovala na túto jeho povahovú črtu, rovnako ako jeho prvá manželka. Na druhom sedení hovoril o tom, ako nesúhlasil s rozhodcom na futbale, z ktorého sa práve vrátil. Na ďalšom sedení rozprával o svojom otcovi, ktorý bol poručikom



v armáde. Popisoval ho ako muža, s ktorým sa nemohlo vyjednávať. Pacient bol vždy presvedčený o tom, že otec jeho vlastné názory nikdy neuznával. Na ďalšom sedení povedal:

„Myslím, že 12 sedení nebude dosť, ale predpokladám, že to bude musieť ostať tak, ako ste povedali“. Pacient prežíval skúsenosti s rozhodcom, otcom a s terapeutom tak, že oni robia rozhodnutia, do ktorých on nemôže hovoriť. Skúsenosť z traumy s dominantným otcom aktívne prenášal do svojho manželstva. Bol k manželke rovnako dominantný ako bol otec dominantný vo vzťahu k nemu.

## **Krátkodobá podporná psychoterapia**

O tejto psychoterapii existuje málo literatúry. Je indikovaná u relatívne zdravých osôb v životnej kríze. Techniky používané v tejto terapii sú rovnaké ako v dlhotrvajúcej podpornej psychoterapii - výstavba ega, podporovanie rozvoja pozitívneho prenosu bez jeho interpretácie a obnovenie predchádzajúcich adaptívnych obrán:

Príklad: 52 ročná žena prišla do terapie s pocitmi viny a úzkosti, súvisiacimi s jej 23 ročnou slobodnou dcérou, ktorá čakala dieťa. Psychiater ju pozorne vypočul a prejavil porozumenie. Pacientkine pocity viny a úzkosti spôsobili jej úplnú neschopnosť v domácnosti i v práci. Terapeut skúsil obnoviť obvyklé obsedantne-kompulzívne obrany tejto pacientky, a tak nastoliť štrukturovanú domácu rutinu, ktorá by jej umožnila plniť si povinnosti v domácnosti, a tým sa odpútať od myšlienok na dcéru. O 2 týždne pacientka zavolała terapeutovi, že už nepotrebuje prísť, lebo sa cíti o 100% lepšie.

V tomto príklade psychiater pomohol pacientke obnoviť adaptívne obrany tým, že podporil jej návrat k jej zvyčajnému programu.

Pri výbere typu terapie je dôležité, či vás pacient žiada o reštruktúraciu osobnosti alebo chce iba pomoc s nejakým špecifickým problémom. Pacient musí pri výbere terapie spolupracovať.

Terapeuti si môžu vybrať jednotlivé časti z rôznych teoretických modelov. Teória sa nikdy nemôže stať našim majstrom.

## **Účinnosť psychoterapie**

Podľa niektorých štúdií je účinnosť tejto terapie 80% v porovnaní s pacientami s tými istými problémami, ktorí sa neliečili. Dynamické zmeny dosiahnuté krátkodobou psychoterapiou pretrvávajú i po 5 rokoch. Štúdie porovnávajúce jednotlivé formy psychoterapie neukazujú žiadne významnejšie výhody jednej techniky v porovnaní s druhou. Vzťah medzi pacientom a terapeutom je dôležitejší ako špecifické faktory jednotlivých techník. V skupinových psychoterapiách hrozí, že „pre les prehliadneme stromy“.

Ak chceme porovnať psychoterapiu s farmakoterapiou, narážame na niektoré problémy: 1) dĺžka psychoterapie a farmakoterapie sú často úplne odlišné, 2) vo farmakoterapii nie je problém urobiť kontrolnú skupinu s placebom, čo je v psychoterapii veľký problém, 3) vrodené predpoklady k účinnosti medikácie je ťažko štandardizovať, 4) pacientovo očakávanie úspechu určitej terapie môže ovplyvniť účinnosť tejto terapie. Farmakoterapia a psychoterapia sa dopĺňajú, vplývajú na rôznych úrovniach na rôzne aspekty choroby.

# **SKUPINOVÁ TERAPIA, RODINNÁ / MANŽELSKÁ TERAPIA A**

## **FARMAKOTERAPIA**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Michaela Bulková, TN)

### **Dynamická skupinová terapia**

Všetci žijeme a pracujeme v skupinách. Terapeutická skupina dáva pacientom možnosť naučiť sa, akú funkciu - úlohu v týchto skupinách majú, aké sú ich očakávania a nevedomé fantázie, ktoré v skupine majú a prekážky, s ktorými sa stretávajú vo vzťahu k iným v práci a doma.

### **Osobitosti skupinového zážitku**

Väčšina poznatkov o silách pôsobiacich v skupinách sa odvodzuje z práce Wilfreda Biana (1961). Po II. svetovej vojne začal viesť malú skupinu na Tavistockej klinike. Pozoroval, že v každej skupine bolísú prítomné 2 skupiny:

- 1) pracujúca skupina
- 2) skupina základného predpokladu

Prvá sa zaoberala aktuálnou pracovnou úlohou bez vzájomnej interakcie s druhou skupinou. Základný predpoklad sa vzťahuje na nevedomé predstavy, ktoré vedú skupinu tak, aby sa správala spôsobom „ako keby“ - inými slovami členovia skupiny sa začínajú správať podľa predstavy o skupine, ktorá je odlišná od aktuálnej pracovnej úlohy. Základné predpoklady spadajú do 3 kategórií: závislosť, boj / útek, a párovanie. Tieto nevedomé emočné stavy sú ľahko dedukovateľné zo správania skupiny, „vykoľajújú“ skupinu a bránia vykonávať úlohy v skupine. V terapeutickkej skupine môže snaha porozumieť problému iných vychádzať práve zo základného predpokladu.

Avšak tak ako Freud zistil, že prenos v psychoanalýze je viac terapeutickým nástrojom ako prekážkou, Bion objavil, že základné predpoklady samy o sebe môžu mať obrovskú hodnotu pre jednotlivca, pre porozumenie sebe samému v kontexte skupiny.

Bion spozoroval, že „základné predpoklady“ sú zhlukom obranných reakcií voči úzkostným obavám, ktoré každý má. Skupiny sú silne regresívne a poskytujú pacientom „okno do ich najprvotnejších obáv“. Bion si uvedomil, že v základných predpokladoch sú tiež mechanizmy asociované s paranoidne-schizoidnou a depresívnou pozíciou, ktoré identifikovala Kleinová.

Na závislosť sa možno pozeráť napr. ako na súbor obranných reakcií voči depresívnej úzkosti (Ganzarain 1980). Tu sa pacienti správajú ako neschopní pomôcť jeden druhému, akoby boli úplne závislí na terapeutovi. Obávajú sa, že ich baživosť (ich orálne potreby) zaplavia terapeuta a oni budú odmietnutí. Aby sa chránili voči úzkosti a vine, ktorá sa spája s potenciálnym zničením terapeuta (tzn. ich matky na nevedomej úrovni), veria, že terapeut je všemohúca, nevyčerpatel'ná osobnosť, ktorá pre nich vždy bude mať riešenie a odpovede.

V predpoklade boj / útek skupina regreduje do paranoidne-schizoidnej pozície, kde všetky obavy sú akoby rozštiepené a je projikované želanie bojovať alebo utiecť. Ide o súbor obranných reakcií voči paranoidným obavám. Voči zvonka vnímanému prenasledovateľovi môže skupina

alebo bojovať, alebo utiecť. Skupina vtedy pozerá na čin ako na jediná možnosť riešenia vnímanej hrozby.

Základný predpoklad párovania je súborom obranných reakcií voči depresívnym obavám. V tomto prípade, akoby dvaja členovia skupiny splodili mesiáša, aby zachránil skupinu. Je tu akoby atmosféra nádeje a viery vo víťazstvo lásky (Rioch 1970). Na tento naivne optimistický prístup sa môžeme pozeráť ako na obranu voči skupinovému znepokojeniu, že vo vnútri skupiny existuje hostilita a nenávisť.

Voči týmto predpokladom musia byť terapeuti stále ostražití, aby ich mohli preskúmať a interpretovať ešte predtým, ako sa stanú deštruktívnymi voči úlohe skupiny. Ich nezvládnutie svojej role môže viesť k rozpadu skupiny.

V skupinách existujú aj ďalšie významne pôsobiace sily.

Jednou z najsilnejších je jav „vtiahnutie do role“ (Redl 1963). Správanie jedinca voči druhým sa pri vstupe do skupiny môže dramaticky zmeniť. Jedinci s odlišným správaním v skupine majú pocit „vtiahnutia do role“, ktorá je pre nich nezvládateľná, je nad ich sily. Napr. v skupine môže niekto pôsobiť ako hovorca, zatiaľ čo ostatní sú ticho, alebo niekto vystupuje v úlohe obetného baránka tým, že sa svojich správaním stáva terčom pre hnev ostatných. Obidva javy („hovorca“ i „obetný baránok“) môžu byť chápané ako skupinová verzia projektívnej identifikácie (Horowitz 1983, Ogden 1982). Napr. pri úlohe „obetného baránka“ sú neprijateľné role všetkých členov skupiny premietnuté do jedného člena skupiny, ktorý sa cíti byť prinútený reagovať podľa predstáv ostatných členov skupiny. Keď terapeut podporuje „obetného baránka“ a interpretuje skupinový proces, členovia skupiny si môžu tieto projekované úlohy spätne uvedomiť.

## **Charakteristika terapeutických skupín**

Väčšina terapeutov sa stretáva so svojou skupinou 1x týždenne (Sadock 1983), hoci niektorí terapeuti, ktorí vedú skupinu podľa klasickej psychoanalýzy (Wolf 1983) môžu viesť týždenne až 4 sedenia. Dodržiava sa presný časový limit, podobne ako pri individuálnej psychoterapii, obvykle 1 ¼ až 1 ½ hodiny. Priemerná skupina má 8-10 členov (Sadock 1983). Menšie skupiny by mohli byť dosť užitočné za predpokladu, že členovia sa aktívne podieľajú a sú v primeranej miere komunikatívni.

Zloženie dynamickej skupiny sa môže významne meniť. Heterogénne skupiny majú oproti homogénym určité výhody (Nyalon 1985). Klinici sa zhodujú na tom, že skupiny v ktorých všetci sú si podobní, sa len zriedkakedy dostanú za hranicu povrchovej interakcie. Na druhej strane, ak je skupina príliš heterogénna, môže byť dysfunkčná pre nedostatočný spoločný základ medzi členmi v skupine. Navyše, niektorí členovia skupiny sa môžu cítiť izolovaní, ak veria, že sú veľmi odlišní od ostatných členov skupiny, napr. svojím vekom, kultúrnym pozadím alebo sociálne-ekonomickým postavením.

Nakoniec, ak majú členovia skupiny veľmi odlišnú úroveň sily ega, skupina sa pri riešení sporných otázok nestmelí.

Dynamické terapeutické skupiny by mali byť heterogénne z hľadiska problému jednotlivca, ale homogénne z hľadiska úrovne sily ega (Whitaker a Lieberman 1964, Nyalom 1985). Skupiny, ktoré sú vo svojej podstate podporné, môžu byť viac homogénne. Dobrým príkladom takejto skupiny je podporný skupinový prístup, často používaný pri liečbe schizofrenikov. Dynamické skupiny sú typicky otvorené. Avšak niektoré homogénne skupiny so spoločným problémom, ako napr. obeť sexuálneho zneužívania pacienta terapeutom (Sonne 1989) môžu byť uzatvorené a stretávajú sa v terapeutickom procese, ktorý je časovo limitovaný.

Terapeuti sa navzájom odlišujú v rôznom rozsahu využívania skupinového a individuálneho prístupu. V skupinovej terapii orientovanej na jednotlivca sa pracuje rovnako ako pri individuálnej psychoterapii, len sa pracuje v skupine. Skupinový proces sám o sebe je relatívne menej významný, dôležitejšie sú interpretácie ťažkostí jednotlivcov vo vzťahu k ostatným členom skupiny a k terapeutovi. Stúpenci na skupinu orientovaného prístupu (Ezriel 1950) považujú interpretácie skupinových síl za oveľa dôležitejšie ako interpretácie konfliktov jednotlivca. Ezriel (1950) navrhuje, aby terapeut upustil od interpretácií, kým sa nerozvinie spoločné skupinové napätie a téma. Menej extrémny prístup obhajoval Horowitz (1977). Navrhol, aby individuálne interpretácie slúžili pri budovaní uvedomenia si spoločného problému skupiny, ktorý sa potom tiež interpretuje. Existujú spoločné skupinové zážitky, ktoré všetci zdieľajú a ktoré si zasluhujú interpretáciu, napr. „vodca“ skupiny nehovorí za všetkých, súťaženie a podporu a úzkosť z toho, že budem ignorovaný atď. Avšak, ak sa nesústreďuje pozornosť aj na problémy jednotlivca, pacienti môžu mať pocit, že ich osobné problémy, pre ktoré hľadali riešenie, sú terapeutom prehladané.

Väčšina terapeutov dnes uznáva kombinovaný model, ktorý zahŕňa individuálne aj skupinové intervencie (Slipf 1988).

## **Prenos , protiprenos a odpor**

Sú základným kameňom skupinovej dynamiky psychoterapie tak isto ako pri individuálnej psychoterapii. Avšak skupinová modalita sama o sebe významne mení prenos. Po prvé, intenzita pacientových prenosov na terapeuta sa môže zmenšiť ich presmerovaním na spolupacientov. Toto presmerovanie môže byť užitočné, keďže dáva „praktický základ“ pre prácu od prvotného rodičovského prenosu ku vlastnému vývinu vo vzťahu k terapeutom (Wolf 1983). Skupinová psychoterapia tiež berie do úvahy formovanie mnohopočetných prenosov. Terapeutovi to poskytuje laboratórium, kde sú pacienti vnútorné objektne vzťahy otvorené všetkým, aby porozumeli vzťahom medzi jednotlivými členmi v skupine. Hoci sa v individuálnej terapii vytvárajú rôzne prenosi, majú tendenciu vyjsť na povrch až za dlhý čas. Skupinové sedenie umožňuje terapeutovi dôvernejšie sa oboznámiť s pacientovými vnútornými objektnými vzťahmi v oveľa kratšom čase. Hoci prenosi môžu byť v skupinovej terapii zoslabené, môže to byť aj naopak.

Prenos sa môže zintenzívniť, keď je celá skupina ovládaná silnými, či už pozitívnymi alebo negatívnymi pocitmi. Terapeuti, ktorí slúžia ako „kontajneri“ pre všetky zlé objektne projekcie členov skupiny, si rýchlo uvedomujú, že pri skupinových sedeniach sa môže zintenzívňovať aj protiprenos, ktorý môže byť pre terapeuta hrozivý. Našťastie existuje voči nevhodnému protiprenosu ochrana, pretože pacienti v skupine rýchlo spozorujú neadekvátne správanie, alebo nesprávne pochopenie zo strany terapeuta a naliehajú na vysvetlenie (Wolf 1963). Niektorí terapeuti dávajú prednosť práci s ďalším terapeutom v skupine. Tento partner pomáha terapeutovi zvládnuť intenzívne pocity vyvolané skupinou.

Súrodenecká rivalita a prenosové želanie byť terapeutovým jediným obľúbeným dieťaťom je bežným vývojom vo všetkých dynamických terapiách. Avšak, tento problém môže byť v skupinovej terapii veľmi závažný. Terapeut sa musí veľmi vyhýbať tomu, aby preukazoval akékoľvek uprednostňovanie niektorých členov skupiny (Nyalom 1985).

Navyše, popri prenose pacientov na terapeuta a na ďalších iných členov skupiny je tu aj 3. forma prenosu, ktorá je skutočne špecifická pre skupiny - prenos na skupinu ako celok. Táto forma prenosu poskytuje pacientom možnosť skúmať ich očakávania voči iným skupinám, s ktorými žijú a pracujú. Na skupinu sa často pozerá ako na upokojujúcu matku, ktorá bude uspokojovať pacientovu potrebu po opätovnom spojení s bezvýhradne milujúcou postavou. Po spozorovaní tejto tendencie Scheidlinger (1974) pomenoval tento jav ako „skupina - matka“. Keď tento prenos prekvitá, terapeut môže byť považovaný za hrozivú materskú postavu, ktorá je v kontraste s benevolentnosťou skupiny ako celku. Iní autori (Gabbard a Hartman 1973) nazerajú na tento

zidealizovaný prenos na skupinu ako celok, ako na obranný postoj, ktorý bráni vidieť skupinu (matku) v podobe sadistu.

Prepracovať sa cez prenosi a odpory je základnou úlohou dynamického terapeuta, podobne ako pri individuálnej psychoterapii. Ganzarain (1983) tvrdí, že prepracovať sa cez toto je kľúčovou charakteristikou, ktorá odlišuje psychoanalytickú skupinovú terapiu od iných foriem skupinovej terapie. Obzvlášť zdôrazňuje prekonanie primitívnych, akoby psychotických obáv a s nimi spojených obranných mechanizmov. Regresné sily vyvolané skupinovú skúsenosťou privádzajú pacienta do styku s úzkosťou vyplývajúcou z paranoidne-schizoidnej a depresívnej pozície oveľa rýchlejšie a naliehavejšie ako pri individuálnej terapii. Prepracovaniu sa cez tieto prenosi tiež napomáha prínos iných členov skupiny.

Pacient sa tiež môže snažiť porovnať si osobný dojem z terapeuta s dojmami iných pacientov. Keď spolupacienti skonfrontujú odchýlky podstatné vo vnímaní prenosov, pacient môže byť oveľa ochotnejší počúvať a akceptovať spätnú väzbu od spolupacientov, ako aj od terapeuta.

## **Indikácie a kontraindikácie**

Mnohé indikácie sú také isté ako pre expresívne-podpornú individuálnu terapiu. Predpokladom je: silná motivácia, ochota spolupracovať, primeraná úroveň sily ega, dostatočný tak utrpenia a tolerancia, frustrácia, a problémy v medziľudských vzťahoch (Nyalom 1985).

Avšak terapeut si musí položiť otázku: aké sú špecifické kritériá, ktoré napovedia, či je pacient vhodný skôr pre skupinovú terapiu alebo pre individuálnu psychoterapiu.

Je niekoľko druhov problémov, ktoré môžu byť efektívnejšie zvládnuté pri skupinových sedeniach ako pri individuálnych sedeniach (Sadock 1983). Pacient, ktorý sa extrémne obáva autoritatívnych postáv, môže ľahšie hovoriť a vytvoriť si vzťah v spoločnosti rovnocenných osôb. Pacient u ktorého sa zdá, že základný problém pochádza zo súrodeneckých konfliktov, môže zistiť, že skupinové podmienky reaktivujú tento problém tak, že ho môžu ľahšie preskúmať a riešiť. Naopak, niekedy pacient, ktorému chýbala súrodenecká skúsenosť a ktorý má ťažkosti naučiť sa deliť o veci, pocity, v dospelom veku môže zistiť, že skupina je najlepším miestom na riešenie problému. Nepsychotickí pacienti, ktorí sa silne spoliehajú na projekcie, môžu získať z konfrontácií iných členov skupiny, ktorí opakovane prinášajú do skupiny skreslenie. Hraniční pacienti, ktorí vytvárajú v individuálnej terapii intenzívny negatívny prenos, môžu profitovať z rozptýlenia prenosu v skupine. Avšak, títo pacienti skoro vždy vyžadujú aj individuálnu terapiu.

Skupinová terapia je vo všeobecnosti efektívna u pacientov s poruchou osobnosti, vrátane histriónskych, OCD, niektorých narcistických, pasívne agresívnych a závislých, pretože skupinové sedenia môžu byť miestom, kde sa pacientovi dostáva spätnej väzby o tom, ako ich charakteristické črty pôsobia na iných. Mnoho psychopatologických javov u pacientov s poruchami osobnosti zahŕňa ego-syntónne charakterové rysy (tzv. správanie, ktoré stresuje ostatných, ale nie pacienta). Spätná väzba od rovnocenných osôb v skupinovej terapii často pomáha týmto pacientom reflektovať ich spôsoby správania tak, že tieto charakteristické rysy sa nakoniec stávajú ego-dystónne (tzn. nepohodlné pre pacientov samých), čo je prvým krokom ku získaniu dostatočnej motivácie zmeniť sa. Efektívnosť skupinovej psychoterapie u jednotlivých typov porúch osobnosti a indikácie pre kombinovanú individuálnu a skupinovú terapiu budú uvedené v časti 3.

Pri stanovení indikácie existuje jedna zreteľná odlišnosť medzi individuálnou a skupinovou terapiou: terapeut musí stále vyhodnocovať vhodnosť zaradenia pacienta do skupiny. Napr. jeden pacient s hraničnou poruchou osobnosti môže byť celkom tolerovateľný v skupine pacientov s vysokou úrovňou sily ega, ale dvaja môžu „utopiť“ skupinu v prehnaných požiadavkách na pozornosť a preťažiť ju svojím deštruktívnym správaním sa. Podobne sporné otázky ako vek a pohlavie musia byť vyvážené, keď sa rozhoduje o indikáciách pre danú skupinu.

Určitá klinická symptomatika je zhodne považovaná za kontraindikáciu dynamickej skupinovej psychoterapie: nízka motivácia, psychotická dezorganizácia, závislé, antisociálne poruchy osobnosti, závažné somatizácie, organicky podmienená kognitívna dysfunkcia a suicidálny pacient (Nyalom 1985). Závislí pacienti a pacienti s antisociálnymi rysmi však môžu byť efektívne liečení v homogénnych skupinách konfrontačnej povahy. Niektorí pacienti môžu byť kontraindikovaní pre danú skupinu vzhľadom na jej zloženie, ale môžu byť vhodní pre inú skupinu.

## **Rodinná a manželská terapia**

Mnohí terapeuti, ktorí v súčasnosti pôsobia v rodinnej a manželskej terapii, nie sú orientovaní na dynamickú terapiu. Táto oblasť má svoj pôvod v prácach psychoanalyticky orientovaných terapeutov, vrátane Theodora Lidza, Lymana Wynneho, Nathana Ackermana, Murraya Bowena a Virginie Satirovej. Zameranie prvých rodinných terapeutov na individuálnu psychoanalýzu sa dramaticky zmenilo v 50. a 60. rokoch vďaka skupine výskumníkov, v ktorej boli Palom Altom, Gregory Barenon, D. Jackson a J. Haley (1956). Z prác tejto skupiny vyrastala systemická rodinná terapia, kde sa dôraz posunul od jednotlivca na rodinný systém. Psychopatológia a minulosť jedinca sa stali druhoradou. Na rodinu ako celok sa nazeralo ako na systém so svojim vlastným životom. Donedávna tento systemický prístup k rodinnej terapii spolu s postupnými prepracovaniami Minuchina (1974) a S. Palazzoliho (1978) vo veľkej miere prevládal.

V posledných rokoch však vzrastá popularita Bowenovej rodinnej terapie (1978). Táto vychádza zo psychoanalytickej teórie ale technika vyvodená z Bowenových myšlienok je vo veľkej miere nedynamická. Pri tejto forme liečenia sa jeden člen rodiny stretáva s terapeutom nepravidelne (1x / mesiac), aby sa pozorne preštudoval medzigeneračný spôsob správania v pacientovej rodine. Terapeut pomáha pacientovi porozumieť do akej miery je súčasný rodinný vzťah opakovaním vzťahov z minulých generácií. Tento prístup je striktné kognitívny a terapeut nepovzbudzuje pacienta k vyjadrovaniu svojich pocitov. Otázky prenosu sa nepovažujú za dôležité a neinterpretujú sa. Naopak, ak pacient porozumie rodinnému vzťahu, je povzbudený ku zameraniu sa na nevyriešené problémy priamo so zainteresovaným členom rodiny.

V posledných 10. rokoch rastie popularita na objekt zameranej rodinnej terapie a považuje sa za popredný príklad dynamickej rodinnej terapie.

Keďže diskusia v tejto kapitole sa obmedzuje na dynamické postupy, budeme skúmať tento prístup detailnejšie, zatiaľ čo nedynamické školy rodinnej terapie iba spomenieme.

## **Teoretické porozumenie**

Heny Dicks (1963) si v 50.-60. rokoch pri práci s manželskými dvojicami všimol, že relatívne zdravé dvojice, ktoré mali zdanlivo uspokojivé manželstvo, často fungovali na úrovni jednoduchých objektných vzťahoch. Pozoroval, že partneri mali tendenciu vnímať toho druhého akoby bol niekym iným. Manžel typicky vnímal manželku ako vnútornú objektnú reprezentáciu jeho vlastnej matky. Podobne manželka sa zvykla správať k manželovi ako keby bol jednoducho projekciou jej vnútorného sveta. Dickson z toho vyvodil, že hlavným zdrojom manželského nesúladu bolo zlyhanie oboch partnerov prijať pravú identitu toho druhého. Namiesto toho partneri mali sklón prinútiť partnera ku stereotypnému a obmedzenému správaniu.

Dvojice mali tendenciu zredukovať sa na polarizované jednotky:

sadisticko-masochistické, dominantne-submisívne, zdravé-choré, a závislé - nezávislé. Každý z týchto protipólov vytvára samostatnú osobnosť iba v rámci manželskej dvojice, ale každý z nich sám o sebe je neúplný. Takisto ako Bion poukázal na to, že v skupine na jednotlivcov pôsobia regresívne sily, Dickson objavil podobný regresívny efekt v manželstve. Dokonca aj u ľudí s pomerne veľkou silou ega sa zdá, že manželstvo ich vtlačá do vzťahu rodič - dieťa. To čo

pozoroval Dickens, je samozrejme formou prenosu. Manželia zohrávajú minulé role v súčasnom vzťahu. V jazyku teórie objektných vzťahov, partneri používajú rozštep a projektívnu identifikáciu, aby urobili z vnútorného konfliktu vonkajší alebo manželský konflikt s vnútornou objektvou reprezentáciou, kde (obvykle rodič) je rozštiepený a projikovaný do partnera. Napr. manžel, ktorý zvykol na hĺčkanie svojou matkou, môže nevedome vytvárať situáciu s jeho matkou v manželstve, tým že sa správa detsky a evokuje materskú odozvu od svojej manželky. Na manželský konflikt možno nazerať ako na opätovné vytváranie konfliktov s vlastnými rodičmi cez rozštep a projektívnu identifikáciu. Tieto procesy veľmi ovplyvňujú výber partnera (Dicks 1963), ktorý je vo veľkej miere založený na nevedomých signáloch, podľa ktorých partneri rozpoznávajú vo viac menej ego-syntónnej osobe vhodnosť partnera pre spojenie, ktorým sa realizujú alebo opakujú zatiaľ nevyriešené vnútorné konflikty a zároveň si paradoxne uvedomujú istotu, že vybraný partner ich nebude meniť.

Takže dvojice sa navzájom priťahujú konfliktnou túžbou prepracovať sa cez nevyriešené objektvé vzťahy na jednej strane, a na druhej strane snahou jednoducho ich zopakovať.

Niektorí autori (Scharf a Scharffová 1987, Shapiro 1975, Slipp 1984, Stewart 1975, Ziner a Shapiro 1972, 1974) rozširujú pochopenie objektných vzťahov manželských konfliktov na celú rodinu. Poznávajú, že identifikovaný pacient v rodine je často nositeľom rozdelenia neprijateľnej role iných členov rodiny. V tomto zmysle sa rovnováha v rodine sa udržiava cez používanie rozštepu a projektívnej identifikácie.

Napr. adolescentný chlapec sa môže správať podľa antisociálnych impulzov, ktoré reprezentujú aspekty neprijateľnej seba-reprezentácie jeho otca, a ktorý je projektívne odmietaný jeho otcom a potláčaný synom. Dieťa môže byť takým istým spôsobom idealizované cez projektívnu identifikáciu pozitívnych aspektov seba- alebo objektnej reprezentácie.

Teória objektných vzťahov je vhodná pre rodinnú terapiu, pretože jej pojmy (napr. rozštep a projektívna identifikácia) poskytujú most od intrapsychického ku interpersonálnemu a od jednotlivca k rodine (Slipp 1984, Zinner 1976).

#### Technika objektných vzťahov

Technika terapie vyrastá z teoretického chápania. Výsledným cieľom je pomôcť členom rodiny alebo dvojice znútorňovať konflikty, ktoré boli externalizované cez projektívnu identifikáciu (Zinner 1976), a tiež musí pomôcť každému jedincovi znova nadobudnúť projikované úlohy (Stewart a kol. 1975). Aby sa dosiahol tento cieľ, terapeuti sa obvykle stretávajú s rodinami na 50 min. sedeniach týždenne alebo každý druhý týždeň (Slipp 1988).

Terapeutický proces začína dôslednou diagnózou toho, aké sú vnútorné seba-reprezentácie a objektvé reprezentácie rozdelené v rodine cez rozštep a projektívnu identifikáciu. Keď už je tento model zrejmý, potom sa terapeut snaží vysvetliť, ako je tento nevedomý a nezdravý systém medzi členmi rodiny utváraný a ako podporuje patologické správanie pacienta. Stabilita rodiny závisí od schopnosti jedného alebo viacerých členov rodiny zosť rozličné projikované role iných členov rodiny. Ako pri iných formách dynamickej psychoterapie, tieto vysvetľujúce interpretácie sa obvykle spočiatku stretávajú s odporom. Tieto protiterapeutické sily môžu nadobudnúť formu pokusu vťahnúť terapeuta do rodinného systému, inými slovami, členovia rodiny nevedome opakujú patologický vzor rodinného spolunažívania miesto jeho verbálizácie a preskúmania.

V manželskej terapii napr. manžel môže používať projektívnu identifikáciu u terapeuta takým istým spôsobom ako u svojej manželky. Kvôli tomuto silnému odporu terapeut musí byť obzvlášť v súlade s protiprenosovými reakciami. Inými slovami, je dôležité, aby terapeut bol kontajnerom pre projikované role členov rodiny tak, aby oni mohli lepšie identifikovať a interpretovať, čo sa v rodine deje (Slipp 1988). Terapeuti sú v takej pozícii, aby mohli poukázať na patologicky významné vzťahy okamžite, keď sa ukážu v procese terapie a spojiť ich s tým, čo prebieha mimo

tohto procesu. Najbežnejšou formou odporu na začiatku terapie je, že obaja partneri očakávajú od terapeuta, že „napraví“ toho druhého partnera (Jones a G. O. Gabbard 1988) a snažia sa preniesť zodpovednosť za konflikt na partnera (Arkowitz 1984). Terapeut sa musí dôsledne vyhýbať jednostrannej náklonnosti a musí pomôcť dvojici rozšíriť svoj obzor tak, aby každý videl svoj vlastný príspevok ku konfliktu v manželstve.

Nazeranie na manželský konflikt ako na vnútorný konflikt, ktorý sa odohráva v rámci dvojice, je ťažkou úlohou pre každého z partnerov. Projektívna identifikácia u manželskej dvojice vyžaduje neustále konfliktný stav a polarizácia, podstatná v procese rozštiepu, zachováva stabilnú rovnováhu (Zinner 1976).

Akákolvek snaha destabilizovať toto usporiadanie bude pravdepodobne veľmi užitočná pre oboch partnerov. Potreba, aby partner bol tým „zlým“ objektom môže byť natoľko naliehavá, že všetky terapeutické pokusy zlyhávajú (Dickson 1963). Napriek porozumeniu vzájomným patologickým vzťahom, niektoré dvojice dajú prednosť spolunažívaniu v „narušenom“ stave, akoby mali čeliť obavám spojeným so zmenou.

V konečnom dôsledku, samozrejme za zmenu v manželskej terapii nie je zodpovedný terapeut, iba partneri sami sa môžu rozhodnúť, či chcú zmeniť svoje manželstvo. Tak ako pri všetkých dynamických psychoterapeutických postupoch, aj tu sa terapeut musí starostlivo vyhýbať dojmu, že musí zmeniť dvojicu. Jeho úlohou je poskytnúť nadhľad, porozumenie a pomôcť dvojici rozhodnúť sa, či a ako si želajú zmeniť svoje manželstvo (Jones a Gabbard 1988). Keď terapeut zistí, že je zainteresovaný na danom výsledku, potom je často vtiahnutý do nezdravých interakcií, v ktorých sú na neho projikované role členov rodiny. Navyše, čím viac terapeut presadzuje zmenu, tým viac bude pravdepodobné, že ju dvojica bude odmietať. Keď sa terapia kvôli tomuto odporu dostane na takýto mŕtvý bod, je dobré prestať tlačiť, súhlasiť s odporom: „Prosím Vás do budúceho sedenia nerobte zmenu“, niekedy je pre terapeuta užitočné predložiť dvojici rôzne možnosti, aby im dal najavo, že majú možnosť vybrať si, ako bude ich život postupovať ďalej. Rozvod alebo možnosť, že sa vôbec nič nezmení, musia byť medzi týmito možnosťami a musia byť považované terapeutom za prijateľné riešenie. Iba potom si dvojica uvedomí, že je úplne na nich ako sa rozhodnú žiť svoje životy.

## **Krátkodobá manželská terapia**

Grunspan a Mannino (1974) vyvinuli model pre rýchlu manželskú terapiu, založený na projektívnej identifikácii. Tento model je vhodný pre dvojice s výraznou silou ega, kde nie sú známky ťažkej patológie. Cieľom tejto formy liečby, ktorý je limitovaný, je konfrontovať každého z partnerov s tými aspektami osobnosti partnera, ktoré nie sú kvôli projektívnej identifikácii vnímané.

Po vypočutí si manželkinej verzie konfliktu, terapeut môže požiadať manžela, aby zopakoval podstatu toho, čo je dôležité pre jeho manželku. Ak vynechá niektorý konkrétny aspekt, ktorý ona vníma, terapeut na to poukáže. Terapeutický proces v tomto modeli manželskej terapie pomáha obojmu partnerom lepšie počúvať a rozvinúť plne empatické pochopenie partnerovho vnútorného prežívania. Keď partneri prídu k poznatku, že sa navzájom vnímajú skreslene, začnú si uvedomovať, že sa navzájom dobre nepoznajú.

## **Indikácie a kontraindikácie manželskej terapie**

„Spotrebiteľský“ model je bežným postojom klinikov pri rozhodovaní či pacient potrebuje individuálnu alebo rodinnú / manželskú terapiu. Čo žiada pacient? Prichádza jeden pacient, alebo dvaja? Javí sa byť problém interného alebo externého pôvodu? Ak prichádzajú rodičia s adolescentným dieťaťom problém vhodnosti indikácie terapie môže byť oveľa zložitejším. Častokrát adolescent nie je presvedčený o potrebe liečby a môže zostať počas prvého sedenia



zväčšej časti ticho. Medzitým môžu rodičia pokračovať ďalej v rozprávaní o synových alebo dcériných problémoch. Skúsený kliník sa musí rýchlo zorientovať. I keď s pochybnosťami, kliník môže pokračovať v procese, až kým nie je dynamika rodiny jasnejšia. V čase, keď jeden z partnerov alebo nejaký člen rodiny odmieta terapeutický proces, terapeut je nútený pracovať len s jedným partnerom alebo ďalšiu liečbu neuskutoční vôbec.

Podľa Slippa (1988), individuálna psychoterapia je pravdepodobne vhodná u starších adolescentov alebo mladých dospelých, ktorí žijú oddelene (psychicky a geograficky) od rodiny a majú zrelé obranné funkcie. Rodinná terapia alebo kombinácia rodinnej a individuálnej terapie je najužitočnejšou u jedincov, ktorí sú rovnakej vekovej skupiny, stále žijú doma, alebo ak žijú oddelene, stále „hľadajú samých seba“ a sú emocionálne v intenzívnom a konfliktnom kontakte s rodinou.

V individuálnej psychoterapii je častým problémom požiadavka pacienta priviesť si na sedenia svojho partnera za účelom riešenia manželských otázok. Pri úspešne začatej individuálnej terapii je pokus o prevedenie na manželskú terapiu zriedkakedy úspešným. Partner zvyčajne cíti, že terapeut je primárne naklonený k druhému partnerovi (pacientovi), a len zriedkakedy je možné vytvoriť s ním alianciu.

### Dynamická farmakoterapia

Pred niekoľkými desaťročiami by bol termín „dynamická farmakoterapia“ považovaný za rozporuplný, čo je dedičstvo dualizmu, polarizovaných dynamických a farmakologických postojov k psychiatrickým poruchám počas mnohých rokov. Našťastie súčasné integrujúce trendy priniesli psychoterapiu k bodu, kde kombinované použitie medikamentov a psychoterapie je zväčša všeobecnou praxou u psychických i nepychických stavov (Thomson a Brodie 1981). Extenzívna štúdia (1975) neobjavila žiadne zásadné problémy pri kombinácii farmakoterapie a psychoterapie a navrhla ďalšie programy k ich integrácii.

Efektívnosť farmakoterapie môže byť zásadne rozšírená dynamickým porozumením liečebnému procesu. Výskum uvádza, že 50% pacientov pri určitom bode liečby lieky odmietne (Jamison et al. 1979, Van Putten 1975). Medzi schizofrénnymi pacientami, 48%-tná je noncompliance v prvom roku liečby a číslo stúpa až na 74% počas prvých dvoch rokov liečby (Corrigan et al. 1990). Iné štúdie udávajú, že 25% až 94% ambulantných pacientov, v skutočnosti neužíva lieky (Baekeland a Lundwall 1975, Eisenthal et al. 1979). Noncompliance možno chápať, z hľadiska dynamickej psychiatrie ako prenos, protiprenos a rezistenciu.

### Prenos

Psychiater predpisujúci lieky nie je o nič menej prenosová postava ako psychoterapeut. Pokiaľ pacient odmietne predpísané lieky, psychiatri reagujú väčšinou autoritatívne, vyžadujú pokračovanie ich vlastných postupov „bez otázok“. Tento postup zvyčajne zlyhá, pretože iba zvýrazňuje sklon vidieť lekára ako žiadanú rodičovskú figúru. Oveľa účinnejší postup je dosiahnutie spolupráce s pacientami. Súbor nasledujúcich otázok môže byť veľmi užitočný: „Máte nejaké obavy z užívania liekov, ktoré môžu mať vedľajšie účinky?“, „Pamätáte si na nejaké problémy pri užívaní liekov v minulosti?“, „Počuli ste niečo o týchto liekoch v televízii alebo v rádiu?“, „Má vaša rodina nejaké osobitné názory na užívanie daných liekov?“, „Čo si myslíte, že zapríčinilo vašu chorobu?“, „Má tento druh liekov pre vás nejaký osobitý význam?“, „Aké sú vaše pocity voči predpisujúcemu lekárovi?“.

Napr. istý pacient považoval predpísané antidepresívum za zlyhanie psychiatra. Keď bol pacientov nesúhlas s ním preskúmaný, povedal svojmu lekárovi: „Hľadal som niekoho, kto by považoval moje pocity za oprávnené. Namiesto toho sa ich snažíte vyliečiť. Mal som pocit, že tabletky bola cestou ako povedať, aby som bol ticho“. Keď ho psychiater vyzval, aby pokračoval, pacient bol

schopný spájať tento pocit so skoršími skúsenosťami s jeho otcom, ktorého považoval za nepozorného a zanedbávajúceho.

Iní pacienti, predovšetkým tí, ktorí majú tendencie k riadeniu alebo dominancii, budú lieky považovať za hrozbu voči ich nezávislému postoju. Títo pacienti musia byť kontrolovaní, či dané lieky užívajú (Thompson a Brodie 1981). Naopak, u veľmi poslušných pacientov často lekár narazí na opačnú situáciu. Užívanie liekov pacientov „nasycuje“ do takej miery, že sa vzdajú akejkolvek zodpovednosti za ich ochorenie.

Prenos môže byť čiastočne zintenzívnený „manipulačnými odmietnutiami“ (Groves 1978). V tomto prípade pacienti systematicky maria každý liečebný zákrok. Často prechádzajú cez dlhý zoznam liekov bez pocitu nejakého úžitku. Vyvolanie prenosu môže viesť k prebudeniu veľkého množstva hnevu a k zatrpknutiu voči rodičovským figúram, ktorým pacient verí. Odmietaním pomoci, ktorá im je ponúknutá, môžu títo pacienti nevedome uskutočňovať odplatu voči svojim rodičom (G. O. Gabbard 1988). Ak takíto pacienti vycítia, že je lekár z nich nešťastný, často cítia skrytú radosť.

Výnimočný aspekt prenosu v dynamickej farmakoterapii je prenos voči samotnej liečbe (Gutheil 1982). Placebo reakcie na medikamenty majú často tú istú prenosovú kvalitu. Placebo vedľajšie účinky sú taktiež bežné. Iný dôkaz prenosu voči medikamentom je reakcia na zmenu v liečbe u chronických pacientov (Appelbaum a Gutheil 1980). Takíto pacienti môžu dekompenzovať do psychózy pri ľahkej zmene ich zvyčajných liečebných režimov.

Prenos pri liečbe môže byť zreteľný v situáciách, kde tabletky zaberajú miesto nepozorného lekára. Tabletky majú pre niektorých pacientov funkciu prechodových objektov, dovoľujúcich im zostať v spojení s ich psychiatrami, pokiaľ ich nevidia často (Brook 1987). Dotyk alebo pohľad na tabletku môžu mať na pacienta ukludňujúci účinok.

Prenos tohto typu je účinný a môže viesť k iným formám odmietnutia v pokračovaní medikamentózneho liečby pre nevedomý význam daného medikamentu pre pacienta. Otázky prenosu musia byť vždy vzaté do úvahy pri predpisovaní liekov paranoidným pacientom. V chúlостivejších prípadoch môže pacient skončiť medikamentóznou liečbu pre nepríjemné vedľajšie účinky, ak sa pacient bojí otravy. Naliehanie na užívanie bude paranoiu zvyšovať, zatiaľ čo empatická exploračia prirodzeného strachu môže pacientovi pomôcť uvedomiť si, že jeho strach je neopodstatnený a že terapeut nepredstavuje hrozbu (Book 1987).

## **Protiprenos**

Predpis liekov je takisto ako iný liečebný zásah „kontaminovaný“ protiprenosom. Jedným z bežných dôkazov je nadmerné predpisovanie liekov.

Niektorí psychiatri sú zúskostňovaní intenzívnymi pocitmi určitého druhu prenosu. Na medikamentóznou liečbu sa môžeme pozeráť ako na spôsob narábania s touto úzkosťou. Diskusia o vedľajších účinkoch môže byť takisto ovplyvnená úzkosťou. Gutheil (1982) napríklad postrehol, že psychiatri zriedkakedy diskutujú s pacientami o sexuálnych vedľajších účinkoch phenothiazínu pre ich vlastný nepokoj pri diskusiách o sexe.

Strach z protiprenosu, ktorý je u pacienta bežnou odpoveďou na noncompliance, môže mať mnoho foriem. Niektorí psychiatri môžu reagovať na noncompliance tak, že poukážu na to, ako chorí môžu byť ich pacienti, ak nebudú nasledovať „lekárovo postupy“ (Book 1987). Iní môžu pacientov zastrášať užívaním medikamentov alebo hrozbou ukončenia liečby, ak sa nepodriadia. Takíto psychiatri, ktorí majú ťažkosti s kontrolou vlastného hnevu, môžu odmietnuť limity pacientom, ktorí sa dožadujú väčšieho množstva medikamentu. V takýchto prípadoch psychiater dúfa, že požiadavky pacienta budú držať agresivitu a nepriateľstvo mimo terapeutického vzťahu. Nanešťastie, pacientova náročnosť a hnev sa zvyčajne ešte viac vystupňuje.

## Rezistencia

Rezistencia voči liečbe je silná tak vo farmakoterapii, ako aj v psychoterapii. Je napríklad dobre známe, že pacienti s bipolárnou afektívnou poruchou majú takú radosť z manických epizód, že prestanú užívať lítium. V jednej štúdií schizofrénnych pacientov (Van Putten et al. 1976) odhalil podobný prípad rezistencie. Pri tomto odhalení mali vedľajšie účinky a druhotné zvýšenie váhy súvislosť s noncompliance. Ego-syntónna grandiózna psychóza bola najsilnejším rozlišovacím faktorom schizofrénnych pacientov, ktorá pacientov rozdelila na tých, čo sa nepodriadili a tých, ktorí sa podriadili. Samozrejme tí čo nesúhlasili, preferovali vlastnú skúsenosť psychotickej grandiozity.

Poprenie choroby je taktiež častou príčinou odmietnutia farmakoterapie. Pre niektorých pacientov hocijaké psychotropné prostriedky nesú so sebou znaky hanby - duševného ochorenia. Keď akútna psychotická epizóda vyústi do remisie, pacient môže prerušiť liečbu antipsychotickými medikamentami, pretože pokračovanie v užívaní znamená pre nich chronické duševné ochorenie. Nepsychotickým pacientom, ktorí sú čiastočne ochotní podrobiť sa psychoterapeutickej liečbe, bude užívanie liekov prekážať preto, že to pre nich znamená, že sú vážnejšie chorými, než si mysleli.

Rovnako pacienti, ktorí mali známych na liečení sa môžu s nimi nevedome identifikovať pri tej istej ponúkanej liečbe (Book 1987). Toto porovnávanie môže viesť ako ku odporu voči akceptácii liečenia, zvlášť ak sa známy pokúsil o samovraždu.

## Terapeutická aliancia

Predchádzajúca diskusia o noncompliance by mala ukázať, že terapeutická aliancia zohráva v dynamickej farmakoterapii rozhodujúcu úlohu. Táto štúdia naznačuje, že upriamenie sa na terapeutické spojenectvo pri prvom stretnutí môže zabrániť noncompliance.

V kapitole 4 bol v diskusii o terapeutickí aliancii zdôraznený spôsob spolupráce. Analogický spôsob, „účast' pri predpisovaní“ (Guhteil 1982), je dôležitý aj pri farmakoterapii. Nevedomá tendencia niektorých psychiatrov používať viac autoritatívne spôsoby pri plánovaní liečby, môže viesť ku jej odmietaniu zo strany pacienta. Dokonca v praxi internej medicíny sú si vnímaví internisti vedomí, že by ľahšie dosiahli súhlas, ak by s pacientami diskutovali o dôvodoch nasadenia antibiotík, teda zaistili by si pacientovu spoluprácu v procese liečenia. Edukácia pacientov pozitívne vplýva na rozvoj terapeutického spojenectva a spolupráce pri farmakoterapii. Všetci pacienti by mali byť priebežne informovaní o terapeutických ako aj vedľajších účinkoch farmakologického prostriedku, ktorý dostanú. S akútnymi pacientami musíme s touto diskusiou počkať až do času, keď sa akútna epizóda dostane pod farmakologickú kontrolu.

So zvláštnymi prípadmi problému s prijatím liečby sa často stretávame vtedy, ak je medikácia pridaná k už zabehnutému psychoterapeutickému procesu, tak ako to ukazuje nasledujúci príklad:

Pani F, 39-ročná, vydatá, zamestnaná ženy, prišla na psychiatrické liečenie pre pocity depresie, nízkej energie, nedostatku uspokojenia v práci, ťažkosti so spánkom a zníženou sexuálnou túžbou. Bola nesmierne vd'áčna za príležitosť, keď sa mohla niekomu vyrozprávať. Po niekoľkých týždňoch a niekoľkých psychoterapeutických sedeniach začala pani F pociťovať veľkú dôveru v terapeuta. Počas sedenia si „vyliala“ svoje srdce hlboko dojemným spôsobom. So slzami rozprávala o mimoriadnych ťažkostiach v jej živote a problémoch doma i v práci.

Približne po 6 týždňoch týchto stretnutí jej terapeut povedal, že jej symptómy majú vysokú hladinu, a tak jej predpíše tricyklické antidepresívum. Terapeut predpísal recept, objasnil jej vedľajšie účinky, ktoré sa môžu objaviť a upozornil ju, aby lieky začala ihneď užívať.

Nasledujúci týždeň prišla pani F na stretnutie a začala rozprávať o jej problémoch, ale lieky nespomenula. Keď sa jej terapeut spýtal na lieky, čo jej predpísal, povedala, že nemala čas zájsť do lekárne, ale že tak urobí v nasledujúcich dňoch. Terapeut jej opäť zdôraznil dôležitosť začatia liečby, tak rýchlo ako je len možné. Pani F si teda vyplnila recept a znovu uistila terapeuta, že ich začne užívať pred ďalším stretnutím.

Prešiel týždeň a pani F sa vrátila na terapeutické sedenie. Opäť oznámila, že nebola v lekárni. Zo skúsenosti sa dalo predpokladať, že toto neprijatie medikácie odráža nejakú dynamiku, ktorá nie je dosť jasná, terapeut hľadal spolu s ňou dôvody, prečo nechcela užívať lieky. S istou mierou zdráhania pani F pripustila, že sa veľmi obávala, že lieky dostala preto, lebo terapeut nechcel ďalej počúvať všetky jej sťažnosti, ktoré na každom stretnutí rozprávala. Pani F mala dojem, že recept je cesta, ktorá jej má povedať aby „bola ticho“. Terapeut sa jej spýtal, či mala v živote podobné skúsenosti. Pokračovala v rozprávaní, že jej otec nepatril k zhovorčivým osobám a že ju v detstve i v čase dospievania za sťažovanie sa trestal. Pani F taktiež poznamenala, že jej manžel bol v istom zmysle podobný a sám na ňu naliehal, aby išla k psychiatrovi, aby nemusel počúvať jej sťažnosti. Mala strach, že jej terapeut ju nebude chcieť viac vidieť v psychoterapii, pokiaľ bude kladne reagovať na danú medikamentóznou liečbu.

Terapeut jej vysvetlil, že lieky a psychoterapia sa vzájomne nevylučujú a že budú naďalej pokračovať v psychoterapii, pokiaľ bude lieky užívať. Pani F sa s týmto uistením uspokojila a po tomto stretnutí súhlasila s užívaním liekov.

## **Kombinovaná liečba**

Napriek polarizácii medzi psychoterapeutmi a farmakoterapeutmi, kombinácia psychoterapie spolu s medikamentóznou liečbou je v psychiatrii pradávnou klinickou praxou. Karasu (1984) poznamenal:

Psychoterapia a farmakoterapia nie sú konkurenčné alebo blokujúce, ale každá má odlišné účinky, každá je zahájená v rôznom časovom období (lieky môžu účinkovať skôr a po krátkodobom užívaní, zatiaľ čo výsledky psychoterapie sa môžu dostaviť až po dlhšom období, ale trvajú dlhšie), každá môže byť indikovaná u rôznych ochorení alebo ich subtypov (lieky pre časovo obmedzené a autonómne „stavové“ poruchy, psychoterapia pre dlhotrvajúce „znakové“ poruchy).

Napriek nedostatku dôkazov, ktoré by poukazovali na škodlivý účinok kombinovania farmakoterapie so psychiatriou, pretrváva určité znepokojenie, že by farmakoterapia mohla zablockovať alebo narušovať psychoterapiu. Niektorí lekári sa obávajú, že napríklad redukovanie úzkosti zníži motiváciu pacienta pre pokračovanie nepríjemnej psychoterapeutickej práce. Iní uvažujú, že zahájenie medikácie nenahraditeľne naruší prenos.

Základná kompatibilita biológie a psychodynamiky bola popísaná v kapitole 1. Príkladom tohto tesného zväzku je narastajúce množstvo skúseností s kombináciou farmakoterapie a psychoterapie. Ako v celej psychiatrii, základným princípom musí byť viac pomoc pacientovi, než vernosť teoretickým základom.

## **LIEČBA V DYNAMICKEJ PSYCHIATRII 3.**

### ***DYNAMICKÁ TERAPIA V NEMOCNICI***

(excerpt kapitoly pripravil Mgr. Boris Koyš, TN)

Forma hospitalizácie na psychiatrickom oddelení (v 90 rokoch) je z väčšej časti určovaná ekonomickými tlakmi. Poist'ovne naliehajú na skracovanie dĺžky hospitalizácie, z ich pohľadu by sa mala zameriavať iba na život ohrozujúce stavy, pre ktoré je lekárska starostlivosť nevyhnutná. Priemerná dĺžka hospitalizácie (USA) sa pohybuje okolo dvoch týždňov. Dynamicky orientovaný systém starostlivosti s bohatou tradíciou je postupne nahradovaný snahou zrýchliť terapiu čoraz agresívnejšími medikamentami.

Nemocničná psychiatria je momentálne v období, kedy sa rozhoduje, či sa z nemocnice vytráti liečivá sila medziľudského vzťahu a nahradí ju biologický redukcionizmus. Výskumy (Ti a kol. 83) ukázali, že po týždni hospitalizácie bez medikamentov sa väčšina akútnych pacientov signifikantne zlepši. Čím sa dá zlepšenie vysvetliť? Odstavením od enviromentálnej noxy, redukciou stimulov? Nájdením útočiska? Pacienti často nevedia identifikovať, čo im pomohlo prekonať krízu. (Např. známy spisovateľ William Styron, ktorý sám prekonal depresívnu epizódu, hovorí, že nevie povedať, čo presne ho opäť postavilo na nohy, je si istý, že tendencia skracovať hospitalizáciu to nebola.)

Vyzerá to tak, že hlavným terapeutickým faktorom nemocničnej liečby je terapeutický vzťah. Psychodynamicky orientovaná nemocničná starostlivosť zaujíma postoj odvodený z individuálnej dynamickej terapie: medziľudský vzťah a zodpovednosť terapeutického tímu k pacientovi sú kľúčovými liečivými faktormi. Psychodynamické princípy sú odpozorované zo psychoanalytickej praxe, preto sú relevantné hlavne pri ambulantnej liečbe. Nie je však pravda, že v nemocnici tieto princípy neplatia. Lôžkové psychiatrické oddelenie nie je nocľaháreň, kde pacienti čakajú na efekt psychofarmák. Nemalo by to tak byť, ale moderný trend v psychiatrii k tomu vedie. Na druhej strane mnohých pacientov posunie hospitalizácia na dynamicky orientovanom oddelení o hodný kus dopredu.

## **Historický prehľad**

Existuje dlhá tradícia aplikovania psychoanalytických princíпов v nemocničnej liečbe. Už Simmel (1926) si všimol, že niektorých pacientov nemožno analyzovať mimo nemocnice, pretože v iných podmienkach vykazujú správanie, ktoré spoluprácu zásadne narúša (např. alkoholicy, fóbicy). Simmel navrhol vycvičiť nemocničný personál aspoň v základoch analytickej terapie (hlavne v problematike prenosu a odporu k terapii), potom možno hospitalizáciu chápať ako kvázi - analytickú skupinovú terapiu.

Menninger sa pokúšal model individuálnej psychoanalytickej terapie aplikovať priamo v nemocnici. Vychádzal z predpokladu, že všetky symptómy sú odvodené z narušenia rovnováhy medzi dvoma základnými pudmi - libidom a agresivitou. Menninger presadzoval skupinovú psychoterapiu orientovanú viac na sublimáciu, ako na vhl'ad do nevedomých mechanizmov. Jeho prístup sa snažil o kanalizovanie pudových energií menej deštruktívnym spôsobom, např. umožňoval prejavenie hostilných tendencií ich presunutím na náhradný objekt, konkrétne namiesto ničenia nemocničného zariadenia sa pacientovi ponúkne boxerské vrece. Nevýhodou tohto prístupu je, že nepočíta s pacientami so slabým egom, ktorí potrebujú skôr získať kontrolu nad svojimi pudovými impulzami a nestačí im impulzy iba presmerovať. Navyše, tento koncept ignoruje objektné vzťahy, prenos a protiprenos, v kontexte ktorých sa pudové energie nachádzajú.

Iný model nemocničnej psychiatrickej starostlivosti ponúkol Hilles (1968), ktorý sa sústredil na fakt, že pacienti si s členmi skupiny aj s členmi terapeutického tímu prehrávajú vzorce správania, ktoré si priniesli zo svojich primárnych rodín. Pre tento prístup je charakteristické vysvetľovanie

maladaptívneho správania - hľadanie jeho koreňov v minulosti. Skupina tu nie je chápaná ako miesto, kde sa kladie dôraz na reálne, vrelé a konštruktívne zážitky a skúsenosti, ale skôr ako plátno, na ktoré sa projikujú archaické vzorce správania a potom sa s nimi ďalej pracuje.

Schlesinger a Holzman (1970) si všímali terapeutické aspekty hospitalizácie: zhodli sa v tom, že nemocničná komunita dopĺňa vzťah lekár - pacient, umožňuje pacientovi vyskúšať si v reálnom kontexte to, na čom pracovali s terapeutom individuálne, pacient môže modifikovať svoje správanie a sledovať odozvu skupiny. Iní autori napr. Galbard, Harty, Stamm, Wesselius zaoberajúci sa lôžkovou psychiatriou, zdôrazňovali protiprenos, chápali ho ako integrálnu súčasť liečebného procesu. Objavenie sa protiprenosu v terapii je skôr pravidelné ako náhodné, preto autori odporúčali, aby sa analýza protiprenosov stala pre terapeutický tím rutinnou záležitosťou. Je napr. známe, že nevedomené prijatie role pacientovho rodiča terapeutom oslabuje efekt liečby. Skupinové prepracovávanie prenosovej a protiprenosovej tématiky však napomáha pretvárať pacientove vnútorné objektné vzťahy.

Na tieto poznatky nadviazal Kernberg (1973) pokusom o syntézu psychoanalytickej teórie objektných vzťahov, teórie systémov a princípov skupinového procesu. Hlavnou myšlienkou Kernbergovho prístupu k nemocničnej liečbe je predpoklad, že v každom indivíduu existuje potencialita k dvom úrovňam objektných vzťahov - k vyššej úrovni (ktorá je typická pre klasické prenosové neurózy, vyskytujúce sa v individuálnej analytickej terapii) a nižšej - primitívnejšej - úrovni objektných vzťahov (tieto vedú v skupinovej situácii ku psychotickej regresii). Vyššia úroveň objektných vzťahov sa aktivuje v individuálnej terapii, zatiaľ čo nižšia úroveň lepšie reaguje na skupinovú prácu. Hospitalizácia pacienta ponúka intervencie na oboch úrovniach. Úspechu, podľa autora, napomáha tzv. neutrálna atmosféra na oddelení - tá sa prejavuje intelektuálnou čulosťou personálu, záujmom a toleranciou. Kernberg definoval terapiu v nemocnici ako simultánnu diagnostiku a terapiu pacientových sebaregulujúcich funkcií a jeho vnútorného sveta objektných vzťahov.

Zhrnutie:

Aplikovanie analytických a dynamických princípov v nemocničnej liečbe prešlo za 60 rokov vývoja významnými zmenami. Vývoj vystihujú 2 spomínané modely: starší z nich kladie do centra pozornosti skupinové interakcie pacientov v nemocničnej komunite a rozoberá ich na behaviorálnej úrovni. Novší model navrhuje analyzovať prenos a protiprenos, chápe pacienta ako indivídium, ktoré v skupinovom prostredí pretvára svoje vnútorné objektné vzťahy.

## **Dynamické princípy v súčasnej nemocničnej liečbe**

Dynamický prístup k pacientovi umožňuje získavať informácie o sile pacientovho ega, vnútorných objektných vzťahoch, o detstve pacienta, ktoré môže mať determinujúci význam v jeho terajších ťažkostiach. Na základe týchto údajov terapeut rozhodne, či je pre pacienta vhodné pracovať objasňujúcou metódou, ktorá vedie k odkryvaniu nevedomého materiálu. K niektorým pacientom je totiž užitočnejšie pristupovať suportívne a zamerať sa u nich na budovanie pozitívneho sebahodnotenia.

Pri zostavovaní terapeutického plánu má veľký význam psychoanalytická vývinová teória - umožňuje terapeutom rozpoznať, v ktorej fáze ontogenézy pacient ustrnul. Komunikácia s pacientom môže potom prebiehať v jazyku príslušného vývinového štádia, akoby pacient bol dieťa v tele dospelého. Akceptovanie pacientovej nezrelosti terapeutmi znižuje nebezpečenstvo novej depersonifikácie (Rinsley, 1982), ktorú by mohol vyvolať jednostranný tlak na pacienta správať sa dospelým napriek jeho psychopatológii. Psychoanalytický model priradzuje pacientovmu vývinovému štádiu príslušnú intervenciu, napr. empatické zrkadlenie (Kohut) alebo zabezpečenie

podpory z prostredia (Stamm, Winnicott). Hospitalizácia nevedie k akémusi potrestaniu pacienta za jeho nezrelosť a hostilitu voči okoliu, ale skôr k podpore alebo náhrade jeho chýbajúcich intrapsychických štruktúr externou substitúciou. Najvyššiu prioritu majú ego funkcie ako: testovanie reality, kontrola impulzov, anticipácia, rozlišovanie hraníc ega.

Časom sa v problematike vyčlenili dva závažné fakty:

1. Hospitalizovaní pacienti sú vo všeobecnosti viac narušení ako ambulantní pacienti, liečení dynamicky orientovanou terapiou.
2. Významné intervencie (hlavne interpretatívneho rázu) musia byť skĺbené so suportívnymi prvkami.

Neutralita (abstinencia vo vzťahu k pacientovi) je ďalším z princípov, ktoré sa v súčasnosti modifikujú. Napr. ak sa pacient na oddelení začne správať agresívne voči inej osobe, tradične sa na kontrolu pudových expresií používa antipsychotická medikácia, fixovanie, izolácia. Alebo sexuálne promiskuitným jedincom sa zvykne brániť v kontakte s opačným pohlavím, pretože ich správanie sa považuje za deštruktívne pre obe strany. V týchto prípadoch personál upúšťa od neutrálneho postoja a direktívne rozhodne, že pacientove sexuálne, prípadne agresívne impulzy treba kontrolovať. U autodeštruktívnych pacientov môže personál prebrať funkciu antagonistu, ktorý stojí proti tyranskému superegu. Samozrejme neutralita sa nedá dodržiavať. Ľahšie to ide terapeutovi pri 50. sedení s neurotickým pacientom ako zdravotnej sestry, ktorá je počas 8 hodinovej smeny niekedy doslova atakovaná nesúrodými požiadavkami psychotických pacientov.

Kameňom úrazu spomedzi terapeutických nástrojov býva interpretácia. U hospitalizovaných pacientov sa používa, a mala by sa používať! Treba však úzkostlivo dbať, aby to bolo v kontexte s inými technikami: konfrontáciou, objasňovaním, reálne podloženou radou, ego-suportívnou intervenciou. Aby bola interpretácia efektívna, mal by pacient spĺňať isté predpoklady, týkajúce sa intelektovej kapacity (schopnosti abstrakcie ...) a psychologickú pružnosť.

Vtedy je väčšia pravdepodobnosť, že pacient interpretáciu pochopí a asimiluje ju do svojho vedomého prežívania a správania. Je takmer pravidlom, že interpretácia je nevhodná u pacientov s organicky podloženou kognitívnou dysfunkciou a u floridných psychotikov. Kontraindikovaná je aj u porúch, v obraze ktorých dominuje fragmentácia ega, čomu by ďalšie zaplavovanie materiálom z nevedomia určite nepomohlo.

## **Prenosovo-protiprenosový model**

Pacient prichádzajúci do nemocnice má tendenciu prenášať štruktúru svojich rodinných vzťahov aj do vzťahov, ktoré si buduje na oddelení. Rekapituláciu pacientových minulých interpersonálnych skúseností v prítomnosti možno najlepšie pochopiť preskúmaním obranných mechanizmov, hlavne projekcie a štiepenia (splitting). Aj keď sa tieto mechanizmy vyskytujú u neurotikov, častejšie ich nájdeme u borderline pacientov a psychotikov. Spolupôsobenie štiepenia a projektívnej identifikácie má za následok externalizovanie vnútorných objektných reprezentácií. Pacient potom nevedome inscenuje v skupine svoju súkromnú drámu - spolupacienti aj terapeutický tím sú tlačení do jednotlivých rolí.

Projektívna identifikácia sa realizuje nevedome, automaticky. Klinickí pracovníci priam cítia, ako sú im projektívne podsúvané role z pacientovho scenára.

Jeden zo základných axiómov dynamickej terapie v nemocničných podmienkach znie: členovia terapeutického tímu sú si s pacientami viac podobní ako odlišní. To čo sa odohráva v pacientoch má svoju odozvu aj u personálu, ktorý sa často cíti zaplavovaný cudzorodým materiálom. Tento materiál personál zaväzuje, akoby ochromoval schopnosť slobodne myslieť. A skutočne, mnohí terapeuti, ktorí sú cieľom projekcií zo strany pacientov, pozorujú, že ich myslenie a prežívanie nezodpovedá obvyklej terapeutickému role.

Protiprenosová reakcia terapeuta spočíva v nevedomej identifikácii terapeuta s projikovanými aspektami pacientovho vnútorného sveta. Bolo by naivné odvodzovať kompletne celú emočnú reakciu terapeuta od pacientovho správania. Primiešava sa do nej aj zložka, súvisiaca s minulosťou terapeuta, ktorú terapeut prenáša na pacienta. Prednosťou skupinovej práce je, že členovia tímu si môžu pomôcť odlišiť protiprenosové vzorce odkazujúce na ich individuálnu psychologickú problematiku od atribútov pacienta, ktoré sa objavujú v prežívaní terapeuta.

Popis mechanizmov projektívnej identifikácie a rozštetu vysvetľuje externalizáciu pacientovho vnútorného sveta iba čiastočne. Gabbond (92) píše, že za opakovaním pacientových minulých skúseností možno identifikovať 4 odlišné témy:

1. Aktívne prekonanie traumy: pri reaktivovaní problematických vzťahov a skúseností s nimi, môže pacient získať nad nimi kontrolu, pretože tentokrát pracuje pod ochranou.
2. Dôležitosť vzťahových väzieb: na prebudovaní vnútorného sveta pacienta sa podieľajú aj vzťahové väzby, ktoré ponúka terapeutická komunita, sú náhradou za chýbanie kľúčových vzťahov v detstve, najmä vzťahov rodič - dieťa. Platí veta: lepší je sadomasochistický vzťah ako žiadny vzťah. Projektívna reprodukcia pacientových vzťahov z minulosti udržiava tieto vzťahy pri živote.
3. Volanie o pomoc: chápať projektívnu identifikáciu výhradne ako obranný mechanizmus je redukcionistické. Ide aj o komunikáciu, keď cieľová osoba (terapeut) vo svojom prežívaní rozpoznáva pacientov materiál. Pacient ním môže nepriamo oznamovať nasledové: „neviem artikulovať svoje vnútorné zážitky, ale tým, že ich generujem v tebe, mám šancu, že ty ich pochopíš a pomôžeš mi“.
4. Túžba po transformácii: vnútorné vzorce môžu byť externalizované aj v očakávaní, že sa dajú transformovať, pacienti dúfajú, že opakované zážitky budú tentokrát iné (že objekt aj self budú pretransformované do fantazijného vzťahu, po ktorom pacient túži).

Hospitalizácia umožňuje pretvárať pacientov vnútorný svet, a to facilitáciou zvnútorňovania menej patologických objektných vzťahov. Personál nereaguje na pacienta tak, ako je pacient zvyknutý z minulosti, tým mu ponúka korektívne skúsenosti a nové modely správania, tie sa internalizujú. Terapeutický tím sa snaží pacientove projekcie spracovať, nie sa s nimi identifikovať. Miesto „pridania sa do tanca“ sleduje skôr prerušenie bludného kruhu projektívnej identifikácie: Pacient má tak skúsenosť so skupinou ľudí, ktorá sa k nemu správa inak ako ktokoľvek predtým.

Aj výskumy (Weiss et al., 86) potvrdzujú, že je chybou v terapii reagovať na nevedomé očakávania pacienta. Pacient má mnoho patologických presvedčení, založených na interakciách so vzťahovými osobami, hlavne rodičmi. V terapii potom automaticky testuje, či personál bude reagovať inak ako prostredie, z ktorého pacient prišiel.

V tomto modeli nemocničnej liečby, založenom na prenose a protiprenose sa kladie dôraz na otvorenosť k emóciám a myšlienkam, ktoré v terapeutoch vyvoláva pacient. Skúmanie protiprenosu je nutnou súčasťou terapeutického procesu. Personál by sa nemal brániť úlohe akejsi nádoby pre pacientove projekcie jeho objektných reprezentácií. Keby sa terapeut nadmerne ovládal, keby sa vystríhal emočných reakcií na pacienta, diagnostika vnútorných objektných vzťahov by bola nedostatočná. A hlavne, terapeutický proces by sa zmenil na šachovú partiu - pacient by nemal možnosť zažiť si pravosť terapeuta.

Napriek tomu, že v súčasnosti v nemocniciach dominujú behaviorálne terapeutické plány, členovia tímu by mali otvorene a s porozumením hovoriť o svojich emocionálnych reakciách na pacientov. Ak sa porady personálu stanú úlohovo orientovanými administratívnymi stretnutiami, bez priestoru vyhradeného pre prenosovo-protiprenosové paradigmu, tak klinická práca stratí dynamický rozmer a účinnosť hospitalizácie klesne.

V terapii je dôležité kladenie dôrazu na objektivitu, tá sa, vzhľadom na silné agovanie zo strany pacientov, zdá byť nedosiahnuteľným ideálom. Tu sa ponúka rozlíšenie, že jedna vec je mať pocity,



a druhá - na základe týchto pocitov konať. Vo všeobecnosti sa neodporúča (napr. SZP) ďalej rozvíjať a reagovať na pocity deštruktívneho alebo erotického rázu, vyvolané pacientovým správaním. Na rozbor tohto materiálu slúžia porady terapeutického tímu, tu sa materiál stáva cenným diagnosticko-terapeutickým nástrojom. Personál tak objektívnejšie vidí pacienta aj svoju úlohu v liečebnom procese.

Treba pamätať, že ak terapeut potláča svoj protiprenosový hnev, a nenávisť, o to evidentnejšie ich komunikuje neverbálne. Pacient tieto signály chtiac-nechtiac registruje, výsledkom môže byť napr. objavenie sa paranoidnej symptomatiky. Väčšia otvorenosť terapeuta vedie k redukcii obáv na strane pacienta. Demonštratívne potláčanie negatívnych emócií pred pacientom mu potvrdzuje presvedčenie, že tieto prejavy sú nevhodné a treba ich za každú cenu eliminovať.

Nemocniční personál nesmie stáť bokom od pacientov, mal by spontánne, avšak vedome participovať na medziľudských vzťahoch. Takéto empatické začlenenie terapeuta do komunity umožňuje získať vhl'ad do vzťahovej problematiky pacientov.

## **Mechanizmus rozštep v nemocničnej liečbe**

Jednou z výhod lôžkovej psychiatrie v porovnaní s ambulatnou je fakt, že rôznorodosť pacientových objektívnych reprezentácií je externalizovaná cez terapeutický tím súbežne, zatiaľ čo v individuálnej terapii sa rôzne aspekty vnútorného sveta pacienta zviditeľňujú priebežne. Komunita, v ktorej sa pacient počas hospitalizácie pohybuje, slúži ako výborný diagnostický nástroj procesu rozštepu.

Rozštep je klinicky dobre odsledovaný u borderline pacientov, ale výskumy ukazujú, že tento obranný mechanizmus nie je pre hraničných špecifický, vyskytuje sa aj u iných porúch.

U pacienta sa aktivuje externalizácia seba-reprezentácií aj v závislosti od štruktúry terapeutického tímu. To znamená, že v kontakte s jednou časťou terapeutického tímu sa môže pacient javiť úplne inak ako pri práci s ostatnými členmi tímu. Každý prejav pacienta môže u členov tímu vyvolať reakciu, ktorá sa dá chápať ako nevedomá identifikácia s projikovaným vnútorným objektom pacienta. Prenosovo-protiprenosový materiál prislúchajúci pacientovi býva diametrálne odlišný, a to v závislosti od kontaktných podskupín v rámci terapeutického tímu, s ktorými pacient počas hospitalizácie pracuje. Táto diskrepancia je viditeľná hlavne na poradách tímu, kde sa stretávajú rôzne, až protichodné obrazy pacientovho správania, čo niekedy evokuje otázku, či sa vôbec hovorí o tom istom pacientovi.

Vieme, že trapeuti sú tlačení do prijatia rolí, ktoré im predpisuje pacientov nevedomý scenár. Ak si trapeuti scénu uvedomia a nepodľahnú projektívnej identifikácii, objaví sa síce v terapeutickom tíme istý nepokoj a rozladenie, na druhej strane, tím sa vyhne polarizácii a otvoreným roztržkám.

Pre rozštep v nemocničných podmienkach je charakteristické, že jeho intrapsychické aj interpersonálne aspekty sa tu rozvíjajú súčasne. Interpersonálny aspekt rozštepu prejavujúci sa v terapeutickom tíme je analógiou pacientovho intrapsychického rozštepu.

Projektívna identifikácia je nástroj, ktorý prevádza intrapsychický rozštep na interpersonálny.

Členovia personálu, ktorým sa v pacientovej dráme ujde rola, nie sú vyberaní náhodne. Napr. borderline pacienti majú zvláštnu schopnosť (nevedomú tendenciu) odhalovať a spúšťať latentné konflikty medzi členmi personálu. Rozštep a projektívna identifikácia nepracujú vo vákuu.

U spomínaných borderline porúch sa objavujú tieto scenáre: terapeut je považovaný pacientom za dobrého a ľudského, zatiaľ čo ostatný personál je hodnotený ako necitlivý a trestajúci. Alebo na skupinách pacient namiesto súčasných problémov rozoberá exkluzívne spomienky z detstva a prináša prenosový materiál, terapeut sa potom s prekvapením dozvie o aktuálnom fungovaní pacienta na oddelení od SZP.

Stáva sa aj, že personál svojimi prejavmi brzdí alebo narúša terapeutický plán, sledovaný terapeutom. Ak sa tento jav nereflektuje na tímových poradách, stáva sa nemožným nájsť strednej cesty medzi názormi personálu a terapeuta. Situácia je potom rovnaká ako medzi pacientovými vnútornými objektami - nemôžu byť integrované.

Klinickí pracovníci často zabúdajú, že rozštep je nevedomý mechanizmus, to znamená, že pacient nie je vedome deštruktívny, že neuniká zo záťaže vedome, robí tak automaticky.

Zhrnutie:

Treba zdôrazniť 4 základné črty rozštepu: 1) prebieha na nevedomej úrovni, 2) pacient vníma jednotlivých členov personálu odlišne, na základe projekcie svojich vnútorných objektných reprezentácií, 3) členovia personálu majú tendenciu reagovať tak, akoby boli jednotlivými aspektami pacienta, 4) terapeuti majú sklon zastávať na tímových poradách o pacientoch značne polarizované stanoviská a bránia ich s podozrivou vehemenciou.

## Práca s rozštepom

Proti rozštepu nie je nikto imúnny, nie je to možné, ani žiaduce. Podobne ako ostatné obranné mechanizmy, rozštep umožňuje chrániť pacienta pred tým, čo vníma ako nadmerne ohrozujúce. Terapeutický tím musí však sústavne stav pacientovho rozštepu monitorovať - je to prevencia proti narušeniu terapeutického procesu, rozkladu pracovnej morálky personálu a nevratnému poškodeniu medziľudských vzťahov na oddelení. V súvislosti s tým mnohí autori hovoria o psychiatrickej morbidite alebo rezignácii terapeutického tímu.

Tu sa ponúka vzdelávanie personálu, je vhodné celý pracovný kolektív oboznámiť s konceptom rozštepu a jeho variáciami. Pri diskusiách o protiprenosoch možno personál podporovať v exploračii jeho zážitkov súvisiacich s projekovanými aspektami pacienta. Vždy je lepšie keď sa o tom rozpráva, ako keby personál na základe cudzorodých zážitkov konal. Takéto jednanie, ak k nemu dôjde, si vyžaduje individuálnu supervíziu.

Profylaktickú hodnotu diskusií a prepracovania nezrovnalostí v terapeutickom tíme zdôraznili už pred 40 rokmi Stanton a Schwartz. Psychoterapeuti sa musia cítiť byť súčasťou tímu, participovať dokonca aj na administratívnych rozhodnutiach, týkajúcich sa chodu oddelenia. Neangažovanie sa môže v konečnom dôsledku podporiť pacientove tendencie k rozštepu.

Na tímových poradách je mnoho príležitostí zistiť, ako terapeutický proces pokračuje. Medzi varovné signály svedčiace o stagnácii alebo nežiadúcom vývine terapie patria napr.: 1)

keď terapeut zastáva voči pacientovi nápadne trestajúci postoj,

2) keď naopak je terapeut k pacientovi moc zhovievavý, 3) keď terapeut opakovane bráni pacienta pred kritikou z viacerých strán, 4) ak terapeut nadobudne presvedčenie, že nikto okrem neho pacientovi nerozumie.

Keď sa jednotlivým členom tímu podarí prehltnúť svoju ješitnosť a pýchu a pripustia, že aj oni majú sklon podliehať projektívnym identifikáciám, až potom môžu aktívne získať cenné informácie z emócií a názorov svojich kolegov. Neraz sa stáva, že pacientov vnútorný rozštep sa terapiou zacelí paralelne s pozitívnou zmenou v medziľudských vzťahoch personálu. Táto paralela hovorí o 3. kroku projektívnej identifikácie: prvotný rozštep umožní projekciu objektných reprezentácií, tá je prijatá a modifikovaná terapeutickým tímom a v 3. kroku je reintrojikovaná pacientom (ale už v zmysluplnej podobe, zodpovedajúcej interpersonálnemu kontextu).

## **Multidisciplinárny terapeutický tím**

Typickú zostavu personálu psychiatrického oddelenia tvoria nasledovné profesie: psychiater, psychológ, sociálny pracovník, rehabilitačný pracovník, zdravotná sestra, sanitár. Každý člen tímu musí sledovať súčasne 2 úlohy - 1) realizáciu terapeutického plánu, vyplývajúceho zo špecifik profesie, 2) zhostenie sa role prenosového objektu, t. j. akejsi nádoby na pacientove projekcie. Interdisciplinárna rivalita napomáha externalizácii pacientovho rozštepú. Informácie o pacientovi (rôzne aspekty jeho interakcií) sa šíria medzi personálom, čo spolu s tímovými poradami umožňuje identifikovať rozštep skôr, ako začne byť deštruktívny. Prenosovo-protiprenosový model (= teória objektných vzťahov) vytvára spoločný jazyk jednotlivých disciplín, stretávajúcich sa na pôde psychiatrického oddelenia.

## **Úloha skupinovej terapie v nemocnici**

Terapeutická komunita je skupina so svojím skupinovým procesom, ktorý sa oplatí pozorne sledovať. Ukázalo sa, že napr. dynamika interakcií medzi pacientmi môže mať priamy súvis s dynamikou v terapeutickom tíme.

Skupinová terapia v nemocnici slúži zväčša ako vysvetľovací alebo spojovací článok medzi intrapsychickými ťažkosťami pacientov a ich aktuálnymi konfliktami, vznikajúcimi na oddelení. Zloženie skupiny závisí od diagnózy a sily ega pacientov. Autori sa odlišujú v názoroch na to, čo by malo byť v centre pozornosti skupinovej práce. Napr. Kibel (1987) uprednostňuje prepracovávanie bežných denných starostí pacientov, navrhuje odhliadať od prenosovej tématiky - anxieta, ktorá sa na ňu viaže, by ďalej redukovala silu ega pacientov. Naopak Horowitz (1987) verí, že dôraz na prenosi môže v skupine posilovať terapeutickú alianciu.

**PSYCHODYNAMIC PSYCHIATRY**  
**IN CLINICAL PRACTICE**  
**THE DSM-IV EDITION**

**Section II**

**Dynamic Approaches to Axis I Disorders**

**Glen O. GABBARD, M. D.**

## **OBSAH:**

### **Dynamic Approaches to Axis I Disorders**

7. Schizophrenia
8. Affective Disorders
9. Anxiety Disorders
10. Dissociative Disorders
11. Paraphilias and Sexual Dysfunctions
12. Substance-Related Disorders and Eating Disorders
13. Dementia and Other Cognitive Disorders

## SCHIZOFRÉNIA

Genetické štúdie demonštrujú, že schizofrénia je ochorenie s biologickým substrátom . . . Výskumy v neurovede sa usilovali vyplniť medzery v našom chápaní etiológie a patogenézy schizofrénie. Zavedenie neuroleptickej medicíny znamenalo revolúciu v liečbe chronických pacientov, ktorí by ináč strávili život v inštitúciách. Nešťastným dôsledkom tohoto pokroku bolo v niektorých prípadoch redukovanie klinického manažmentu schizofrénnych pacientov na biologickú liečbu. Väčšina dôkazov svedčí pre to, že schizofrénia predpokladá genetickú predispozíciu a jej intrapsychickú a interpersonálnu aktiváciu . . . Štúdie monozygotičného, horší výkon pri testovaní kognitívnych funkcií, horšia reakcia na liečbu, včasný vek nástupu ochorenia a premorbídne ťažkosti v sociálnom a inštrumentálnom fungovaní . . . (zručnosť). Tieto nálezy napovedajú tomu, že negatívna symptomatika by mohla byť užšie spojená s geneticko-biologickým substrátom. Táto hypotéza je postavená na výskume dvojčiat . . . Keď boli porovnané dvojčatá z páru, ktoré boli konkordantné s diskordantnými, konkordantné páry vykazovali horšiu premorbídnu prispôsobivosť, viac negatívnych symptómov, včasnejší vek nástupu ochorenia, ťažšie paranoidné symptómy, ako diskordantné páry. Vyplýva z toho, že oba faktory - premorbídna sociálna prispôsobivosť a negatívna symptomatika sú spojené buď s familiárnou alebo genetickou vulnerabilitou pre schizofréniu. Adapčné štúdie . . . zistili, že táto vulnerabilita je pravdepodobnejšie vo vzťahu ku genetickým vplyvom než ku enviromentálnym faktorom. V kontraste s týmito schizofrénnymi, predominantne pozitívnymi symptómami koreluje s ťažším narušením rodinného prostredia vo včasnom veku.

Súhrnne potom význačné dôkazy poukazujú na silnejšiu genetickú bázu negatívnych symptómov a slabšie genetické spojenie s paranoiditou a ostatnými pozitívnymi symptómami. Carpenter a spol. navrhujú ďalšie rozlíšenie medzi negatívnymi symptómami. Poukázali na to, že niektoré formy sociálneho stiahnutia, oploštených afektov a zjavné ochudobnenie myslenia môže byť sekundárnym dôsledkom úzkosti, depresie, enviromentálnej deprivácie alebo účinkov liekov. Tieto prejavy by preto nemali byť označované ako negatívne symptómy, pretože sú krátko trvajúce a sekundárne. Carpenter navrhol pojem deficitný syndróm pre jasne primárne negatívne symptómy, ktoré sú pretrvávajúce. Trvanie negatívnych symptómov je tiež dôležitým prognostickým znakom. Zatiaľ čo negatívne symptómy boli kedysi považované za zlý prognostický znak, posledný výskum ukazuje, že iba keď negatívne symptómy pretrvávajú aj po odoznení včasnej fázy ochorenia, pravdepodobne budú predpovedať horšie vyústenie . . .

Podobne ako negatívne symptómy aj narušené interpersonálne vzťahy majú tendencie vyvíjať sa počas dlhej doby. Tieto problémy vyvstávajú z charakterologického substrátu a zahrňujú množstvo interpersonálnych potiaží, ktoré sú také pestré ako je ľudská osobnosť. Najvýraznejšími prejavmi narušených interpersonálnych vzťahov sú sociálne stiahnutie, nevhodné prejavy agresivity a sexuality, nedostatočné uvedomenie si potrieb druhých, prílišná požadovačnosť a neschopnosť zmysluplného kontaktu s inými ľuďmi. Táto tretia kategória je menej striktno definovaná ako ďalšie dve, pretože v podstate každý schizofrénny pacient sa borí s problémami v interpersonálnych vzťahoch. Všetky tri kategórie sa rozsiahlo prekrývajú a jeden schizofrénny pacient sa môže presúvať z jednej skupiny do druhej počas trvania ochorenia. Najužitočnejším aspektom týchto troch modelov je, že uľahčujú kategorizáciu vedúcich predominantných prejavov ochorenia v ktoromkoľvek čase, takže podľa toho môžeme upravovať liečbu. Tieto rozlíšenia majú nielen heuristickú (teoretickú) ale aj praktickú hodnotu nielen na úrovni popisu symptómov ale aj pre dynamické úvahy.

## **Psychodynamické porozumenie schizofrénii**

Veľa psychodynamických modelov bolo navrhnutých v snahe pomôcť klinikom porozumieť schizofrénnym procesom. Hlavnou črtou v diskusiách o teóriách schizofrénie je kontroverzia konflikt versus deficit. Samotný Freud pri vývoji svojej vlastnej konceptualizácie uvažoval o konfliktovom aj deficitnom modele . . . Mnohé z Freudovej konceptualizácie sa vyvinulo z jeho predstavy katexie pod ktorou myslí množstvo energie viazanej na určitú intrapsychickú štruktúru alebo objektovú reprezentáciu. Bol presvedčený, že schizofrénia je charakterizovaná dekatexiou objektov. Tento koncept dekatexie využíval k opísaniu odpútania emocionálnej a libidinóznej zaangažovanosti od intrapsychických objektových reprezentácií, a inokedy zasa používal tento pojem na popis sociálneho stiahnutia od skutočných osôb v prostredí človeka . . . Freud definoval schizofréniu ako regresiu, ktorá je odpoveďou na frustráciu a konflikt s ostatnými. Táto regresia od objektového vzťahovania sa na autoerotické štádium vývoja je sprevádzaná stiahnutím emočného angažovania sa z objektových reprezentácií a z vonkajších figúr, čo vysvetľuje autistické stiahnutie sa u schizofrénnych pacientov. Freud postuloval, že pacientova katexia je presunutá do self alebo ega.

Niektorí autori London, Wexler nazerali na Freudovu teóriu dekatexie ako na potvrdenie deficitného modelu schizofrénie, hoci Freud sa jasne pokúšal brať do úvahy aj konflikt. Po vyvinutí štrukturálneho modelu na základe tohto revidoval svoj pohľad na psychózu. Zatiaľ čo neurózu videl ako konflikt medzi egom a id, psychózu považoval za konflikt medzi egom a vonkajším svetom. Psychóza zahrňuje odmietnutie a následné pretvorenie reality. Napriek tejto revízii Freud naďalej hovoril o stiahnutí katexie a jej presunutí na ego. Stiahnutie objektovej katexie použil na vysvetlenie svojho pozorovania, že v porovnaní s neurotickými pacientami schizofrénni pacienti neboli schopní vytvoriť prenos.

Freudova predstava, že schizofrénni pacienti nie sú schopní prenosového pripútania sa, bola nepochybne spätá s faktom, že sa sám nepokúšal o intenzívnu terapeutickú prácu s týmito pacientami. Na druhej strane však Harry Stack Sullivan zasvätil svoj život liečbe schizofrénie a došiel k veľmi odlišným záverom. Bol presvedčený, že etiológia poruchy vyvstáva z včasných interpersonálnych potiaží (konkrétne vo vzťahu dieťa - rodič) a konceptualizoval liečbu ako dlhodobý interpersonálny proces so snahou osloviť tieto včasné problémy. Mothering - nesprávna materinská opatera ("mothering") podľa Sullivana spôsobuje anxiou presiaknuté self u dieťaťa a bráni uspokojeniu jeho potrieb. Tento aspekt skúsenosti self je potom odlúčený ale poškodenie sebaúcty ostáva hlboké. Nástup schizofrénneho ochorenia z pohľadu Sullivana nastáva tlakom disociovaného self, čo vedie k panickému stavu a potom ku psychotickej dezorganizácii. Podľa Sullivana je schopnosť interpersonálneho vzťahovania sa vždy prítomná, dokonca aj u tých najviac stiahnutých schizofrenikov. V jeho priekopníckej práci so schizofrénnymi pacientami pokračovala jeho následníčka Frieda Fromm-Reichmann (1950), ktorá zdôrazňovala, že schizofrenici nie sú spokojní v ich stave stiahnutia sa. Vo svojej podstate sú to osamelí ľudia, ktorí nedokážu prekonať svoj strach a nedôveru k druhým, kvôli negatívnym skúsenostiam vo včasných fázach života.

Zatiaľ čo Sullivan a jeho nasledovníci vyvinuli svoje interpersonálne teórie, včasní egopsychológovia pozorovali, že narušené ohraničenie ega je jedným z hlavných deficitov schizofrénnych pacientov. Federn nesúhlasí s Freudovým tvrdením, že objektová katexia je u schizofrénie stiahnutá. Namiesto toho zdôrazňuje stiahnutie katexie z ohraničenia ega. Poznámeneal, že schizofrénni pacienti charakteristicky nemajú bariéru medzi tým, čo je vo vnútri a tým, čo je vonku, pretože ich hranice ega už nie sú psychologicky udržiavané (ako je to u neurotických pacientov). Mahlerová verila, že hranice ega sa vyvinuli z rytmického maznania a iných foriem telesného kontaktu medzi dieťaťom a matkou, verila tiež, že chýbanie tejto normálnej stimulácie v dyáde matka - dieťa vedie ku tendencii schizofrénnych pacientov psychologicky splyvať s tým, čo je okolo nich, možno to chápať ako pokus o znovunastolenie symbiotickej blaženosti včasného detstva (intrauter. obdobie). Bohužiaľ, toto splynutie tiež vyvoláva katastrofický strach zo skazy,

vedúci schizofrénneho pacienta k pocitu, že je chytený do pasce medzi práním po splynutí a hrôzou z dezintegrácie. Mnoho novších autorov (Blatt, Wild, Grand) podporilo Mahlerovej včasné formulácie pozorovaním, že schizofrénni pacienti, ktorých narušenie telesného ohraničenia je najťažšie (najzávažnejšie) sú zároveň tými, ktorých najvčasnejšie vzťahy boli najviac chaotické.

Jedna otázka, ktorá sa vynára z kontroverzie deficit versus konflikt je, či jedna teória môže vysvetliť oboje: neurózu aj schizofréniu, alebo či pre vysvetlenie schizofrénie je potrebná samostatná, špeciálna teória, ktorá sa fundamentálne líši od neurózy. Napr. Arlow a Brenner (1969) zdôvodňujú, že model konfliktu, obrany a kompromisných výtvorov, ktorý je aplikovateľný na neurózy, je aplikovateľný aj na psychózy bez toho, aby musel byť revidovaný. Tieto dva stavy sú kvantitatívne rozdielne, ale kvalitatívne sú podobné. Psychóza podobne ako neuróza je kompromisným výtvorom, ale od neurózy sa líši v troch bodoch: 1) regresia je ťažšia (závažnejšia), 2) konflikty, týkajúce sa agresie sú intenzívnejšie a 3) narušenie fungovania ega a superega je akútnejšie. To čo Freud popisoval ako dekatexia, Arlow a Brenner popisovali ako obranný ústup od konfliktu. Svoju teoretickú konštrukciu podporili pozorovaním, v rozpore s Freudovým tvrdením, že schizofrénni pacienti v skutočnosti vytvárajú intenzívny prenos. Niektoré z týchto prejavov prenosu môžu byť diametricky odlišné od stiahnutia v tom, že prejavujú priľnavé a požadovačné pranie, aby sa o nich druhý staral - pranie byť opatrovaný. Ako bolo zmienené v predošlej kapitole (č. 6), zjavné chýbanie prenosu predstavuje vlastne prenos niektorých schizofrénnych pacientov (Brenner 1982). Takže inými slovami, stiahnutie sa niektorých schizofrénnych pacientov vo vzťahu ku terapeutovi je vlastne opakovaním nejakého predošlého vzťahu. Podľa tohoto modelu možno bludy a halucinácie chápať ako symptomatické, kompromisné výtvory, analogické neurotickým symptómom.

Modely deficiencie majú určitú podporu v biologických výskumoch schizofrénie. Grotstein napríklad, vo svojej psychoanalytickej formulácii schizofrénie poukázal na konštitučne podmienenú hypersenzitivitu voči vnemovým stimulom, ako jej centrálny defekt. Táto predstava je podporovaná psychofarmakologickým výskumom, identifikujúcim dysfunkciu spracovávania informácií a pozornosti ako hlavné cieľové oblasti antipsychotickej medicíny. Neschopnosť selektovať rozličné vonkajšie podnety a sústrediť sa len na časť dostupných informácií v určitom čase je centrálnou potiažou pre mnohých schizofrénnych pacientov. Grotstein postuloval, že v dôsledku tejto defektnej bariéry voči stimulom nemodulované uvoľnenie primitívnych deštruktívnych impulzov vyúsťuje do stavu psychickej pohotovosti. V snahe vysporiadať sa s týmito impulzami sa schizofrénna osoba uchýľuje vo včasných fázach svojho života k masívnym obranným operáciám akým sú štiepenie a projektívna identifikácia, v zúfalom úsilí zabrániť tomu, aby zasiahli materskú figúru. Grotstein takto vyhovel ako modelu konfliktu, ktorý zahrňuje impulzy a obrany voči týmto impulzom, tak aj modelu deficitu, ktorý zdôrazňuje základné neurofyziologické problémy, týkajúce sa geneticko-konštitučných faktorov.

Ogden (1980, 1982) navrhol konfliktový model, ktorý sa ostro líši od modelu impulz - obrana používaného na vysvetlenie neuróz. Veril, že kľúčový konflikt u schizofrénie je "medzi práním" udržať psychologický stav, v ktorom existuje zmysel, a práním zničiť zmysel a myšlienku a schopnosť vytvoriť skúsenosť a myslieť. Podľa tejto konceptualizácie schizofrénni pacienti nevedomo atakujú svoje vlastné psychické obsahy vrátane vnímania, pocitov a myšlienok, pretože ich ohrozujú svojou ohromujúcou bolesťou a nezvládnuteľným konfliktom. Títo pacienti sa preto chránia tomu, aby venovali pozornosť zdrojom svojej vnútornej mizérie vyúsťujúcim do extrémneho stavu "uzavretia sa" alebo psychologickému obmedzeniu, ktoré sa približuje k ničote. Schizofrénny pacient zažíva pretrvávajúci konflikt medzi udržiavaním tohoto stavu versus umožnením určitého prijatia myšlienok, pocitov a percepcií vonkajšieho sveta, ktoré by mohli viesť ku psychologickému rastu. Autistická neprístupnosť schizofrénneho pacienta môže byť chápaná z tohoto pohľadu. Keď je tento jadrový schizofrénny konflikt vyriešený, pacient môže postupovať vo vývoji v troch rozsiahlych fázach: mimo tohto ťažkého zakazovania si skúsenosti 1) vypudzovaním myšlienok na druhých cez projektívnu identifikáciu, 2)



roztrieštením a deformáciou obsahov myslenia (prejavujúce sa ako formálne poruchy myslenia) a 3) zmenou symbolického významu myslenia (prejavujúcou sa konkrétnosťou myslenia).

Robbins (1992) vytvoril hierarchický etiologický model, ktorý berie do úvahy neurobiologické nálezy aj psychoanalytické myslenie. Podľa neho sú neurobiologické faktory nutné, ale nie postačujúce pre vznik schizofrénie. Vybudujúc koncept konštitučnej diatézy, interagujúcej so psychologickými a enviromentálnymi stresormi, navrhol, že vývojové úlohy dieťaťa a predisponovaného pre schizofréniu nadobúdajú odlišné významy a odlišné spôsoby ich vyriešenia a sú tvarované povahou včasných objektových vzťahov so svojimi opatrovníkmi. Navyše títo opatrovníci môžu odpovedať na stres pri výchove vulnérabilného dieťaťa, alebo môžu mať svoje vlastné potiaže, nesúvisiace s výchovou dieťaťa, alebo oboje. Niekoľko psychologických konfigurácií odráža interakciu medzi neurobiologickým a psychologickým. Dieťa, u ktorého sa vyvinie schizofrénia, má averziu k objektovým vzťahom, čo sťažuje vytvorenie puta s ním. Hypersenzitivita na stimuláciu a potiaže s pozornosťou a koncentráciou sú tiež častými predschizofrénnymi osobnostnými črtami. Posledné výskumy ponúkajú vysvetlenie, že difúzna strata normálneho vpúšťania sensorických podnetov v CNS by mohla byť charakteristická pre schizofréniu. Takže pacienti majú problém selektovať nedôležité stimuly a pociťujú chronické sensorické preťaženie. Robbins (1992) tiež pokázal, že je korelácia medzi emocionálnymi stavmi duševnej nevšímavosti a nálezmi kortikálnej atrofie a zníženej aktivity vo frontálnych lalokoch schizofrénnych pacientov. Táto skupina znakov vedie ku patologickým formám symbiózy s opatrovníkmi, ktorí nie sú schopní prispôbiť sa požiadavkám takého dieťaťa. Predstava diatézy v detstve, ktorá je prítomná dlho pred nástupom schizofrénnych symptómov bola podporená výskumom, zahrňujúcim štúdiu domácich vzťahov pacientov s nástupom schizofrénie v dospelosti s ich zdravými príbuznými (Walker a Levin 1990).

Pollack (1989) aplikoval self-psychologické koncepty na porozumenie subjektívnej skúsenosti schizofrénnych pacientov. Vzhľadom na Kohutovu teóriu dvoch osí navrhol, že narcistické zranenie self môže byť vplyvnejší faktor pre precipitáciu psychotických fenoménov než interpersonálna strata rôznych aspektov objektivej lásky. Primárne narušenie u schizofrénnej psychózy možno chápať ako protrahované oslabenie alebo fragmentáciu self. Sebaobjekty v prostredí, ako psychoterapeuti, členovia rodiny, členovia psychosociálneho rehabilitačného tímu a iné podporné systémy, musia poskytnúť "glej" pre fragmentované self schizofrénneho pacienta.

Psychodynamická predstava konfliktu versus deficitu môže byť integrovaná s deskriptívnou kategorizáciou schizofrénie v zmysle troch oddielov symptómov. Negatívne symptómy, ktoré sú úzko spojené s biologickými faktormi a charakterizované absenciou funkcie, môžu byť jasne chápané ako deficit. Avšak pozitívne symptómy sú často spojené s akútnym nástupom ako odpoveď na precipitujúce, udalosti a sú úzko spojené s konfliktom. Narušenie interpersonálnych vzťahov môže vyvstať z intrapsychických konfliktov, ale môže tiež súvisieť so základnými defektami ega.

Bez ohľadu na to, či na vysvetlenie schizofrénie použijeme model konfliktu, deficitu alebo konfliktu/deficitu, medzi všetkými z týchto konštrukcií môžeme nájsť určité spoločné súvislosti. 1) Psychotické symptómy majú význam (Karon 1992). Grandiózne bludy alebo halucinácie napríklad často nasledujú okamžite za urážkou sebaúcty schizofrénneho pacienta. Grandiózny obsah myslenia alebo percepcií je výrazom pacientovho úsilia prekonať narcistické zranenie.

Druhou spoločnou súvislosťou je, že ľudské vzťahovanie sa znamená pre týchto pacientov obavu a hrôzu. Vo veľkom množstve literatúry o psychoterapii schizofrénie nájdeme jasnú zhodu v tom, že významným etiologickým faktorom je narušený vzťah medzi dieťaťom a jeho opatrovníkmi. V niektorých prípadoch, ako pozoroval Sullivan, sú samotné matky schizofrénnych indivíduí narušené a nie sú schopné poskytnúť spoľahlivé a bezpečné, objímajúce prostredie (holding) pre svoje deti. Avšak súčasní klinici menej inklinujú k obviňovaniu matiek zo zapríčinenia schizofrénie. Vyváženejším pohľadom je, že narušený vzťah vyplýva z interakcie

medzi dieťaťom s neurobiologicky podmieneným poškodením a matkou, ktorá možno nie je emocionálne vybavená pre zvládnutie nezvyčajného dieťaťa. Predstava o vybavenosti matky a dieťaťa, opísaná v kapitole 1., je určite dôležitá pre etiológiu a patogenézu schizofrénie.

Tento model vybavenosti matky a dieťaťa sa vyhyba redukcionistickému názoru, že matka alebo opatrovníci zapríčiňujú schizofréniu. Tento model, kombinovaný s hypotézou o geneticko-konštitučnej diatéze/hypotéze o enviromentálno-psychologických stresoroch, naznačuje, že mnoho matiek a opatrovníkov je mimoriadne zručných pri výchove vulnerabilných detí, takže sa táto fenotypová vulnerabilita neaktivuje (Robbins 1992). V iných prípadoch z dôvodu potiaží u opatrovníka, konštitučných problémov u dieťaťa alebo oboch dôvodov, opatrovník alebo rodič nie je schopný slúžiť ako kontajner pre projektívne identifikácie dieťaťa a dieťa je zbavené skúsenosti projekcie a následnej reinternalizácie pocitov, ktoré sú modifikované po tom, čo boli spracované opatrovníkom.

V každom prípade tvrdenie, že psychologická a enviromentálna variabilita nemajú vôbec nič spoločné s etiológiou schizofrénie, by bolo naivné. V celonárodnej Finnish štúdií (Tienari a spol. 1985) deti schizofrénnych matiek, ktoré boli dané na adopciu, boli slepo porovnané s kontrolnou skupinou adoptovaných detí neschizofrénnych biologických rodičov. Zo 7 psychotických prípadov medzi 91 párami 6 bolo deťmi schizofrénnych matiek a iba jedno pochádzalo z kontrolnej skupiny. Avšak tie deti, ktoré boli psychotické, boli skoro všetky vychovávané v narušených adoptívnych rodinách, zatiaľ čo nezáväzne narušené deti boli nájdené v zdravých alebo len mierne narušených rodinách.

Na záver, tretia spoločná súvislosť zahŕňa presvedčenie všetkých psychodynamicky orientovaných autorov, že dynamicky ponímané terapeutické vzťahy s citlivými lekármi môžu podstatne zlepšiť kvalitu fungovania schizofrénnych pacientov. V štúdií úplne vyliečených schizofrénnych pacientov (Rund 1990), 80% z ich bolo v dlhodobej psychoterapii a pripisovalo jej mimoriadny význam. Aj keď nie je dosiahnuté úplné uzdravenie, terapeutický vzťah má mimoriadnu hodnotu pre pacientovu schopnosť adaptovať sa na život.

### **Terapeutické prístupy:**

- 1) Farmakoterapia
- 2) Individuálna psychoterapia
- 3) Skupinová psychoterapia
- 4) Intervencia v rodine
- 5) Liečba v nemocnici

## **Farmakoterapia**

Výsledky štúdií veľmi dobre ukazujú, že antipsychotická medikácia je vysoko účinná v odstraňovaní pozitívnych symptómov schizofrénie. Dôležitú úlohu tu zohráva práve rozumná liečba neuroleptikami. Keith a Matthews (1984) dokonca tvrdili, že "oslobodenie" sa od pozitívnych symptómov sa dá uskutočniť len pomocou neuroleptík. Avšak negatívne symptómy a choré interpersonálne vzťahy sú menej ovplyvniteľné medikáciou, preto tu zohráva dôležitú úlohu psychosociálny prístup. Ale niektoré z atypických neuroleptík sú účinné aj v odstraňovaní negatívnych symptómov (napr. klozapín, risperidon, sulpirid).

Nepretržitým problémom je pacientova nespokojnosť, opakované svojvoľné vysadzovanie liekov. Práve preto je veľmi dôležité dlhodobé vedenie pacientov, zamerané aj na dôležitosť pravidelného užívania predpísaných medikamentov. Každý pacient by mal byť oboznámený s pravdepodobnosťou relapsu pri vynechaní liekov, ale aj o nežiadúcich účinkoch. Práve vtedy, keď sa objavia prvé príznaky nespokojnosti, je nutné zdôrazňovať nutnosť užívania medikamentov.

## **Individuálna psychoterapia**

S individuálnou psychoterapiou možno začať ešte počas pretrvávania pozitívnych symptómov. Pacient, ktorý už síce nemá halucinácie a je integrovaný, nie je schopný vrátiť sa a pokračovať v bežnom živote, nie je schopný budovať a pokračovať v normálnych medziľudských vzťahoch. Každý deň pre neho znamená množstvo neistôt a strachu, čo môže prehlbovať aj rodina, ktorá má častokrát nereálne požiadavky na svojho príbuzného.

Práve preto individuálna psychoterapia zohráva v súčasnosti v liečbe pacientov so schizofréniou dôležitú úlohu.

Hlavnými bodmi individuálnej psychoterapie sú:

- 1) budovanie vzťahu terapeut - pacient
- 2) takýto vzťah by mal byť flexibilný
- 3) mal by v ňom existovať určitý odstup
- 4) sedenia by mali byť pre pacienta zaujímavé
- 5) terapeut by mal slúžiť pacientovi ako "kontajner"
- 6) terapeut by mal byť pacientovým pomocným egom
- 7) terapeutický vzťah by mal byť úprimný a otvorený
- 8) interpretácie by mal terapeut odkladať dovtedy, kým sa terapeutický vzťah nestane dostatočne pevným
- 9) terapeut si musí udržať rešpekt k pacientovej potrebe byť chorým

### **1) Hlavným ťažiskom by malo byť budovanie vzťahu pacient-terapeut**

Pretože pacienti so schizofréniou majú väčšinou zlé skúsenosti so vzťahmi, v ktorých doteraz existovali, majú ťažkosti so vzťahom k terapeutovi, a je na ňom, aby sa časom sformovalo pevné terapeutické spojenectvo.

Kľúčovou podmienkou pre úspech liečby týchto pacientov je práve toto pevné spojenectvo, čo zistila Bostonská štúdia, do ktorej sa zapojili Frank a Gunderson. Pacienti, u ktorých sa časom vybudoval pevný vzťah s terapeutom, oveľa disciplinovanejšie pristupovali napr. k užívaniu liekov. Všeobecne počas 2 rokov sporebovali menej liekov ako pacienti, ktorí častokrát svojvoľne vysadili lieky a následne sa im zhoršil psych. stav a skončili v nemocnici.

Úlohou terapeuta je naučiť pacienta vnímať realitu, posilňovať jeho ego - upozorňovaním pacienta na to, čo patrí jemu a čo už patrí iným - aby mohli na základe svojich skúseností s okolitým svetom objektívne reagovať na to, čo sa v ňom deje.

Selzer a Carsky (1990) zdôraznili dôležitosť existencie nejakého objektu, ktorým môže byť napr. nejaká osoba, ale aj napr. nejaká myšlienka alebo neživý predmet, ktorý sa stane predmetom rozhovoru medzi pacientom a terapeutom, spoločne uvažujú nad tým, čo sa medzi nimi deje.

U pacienta vďaka takémuto vzťahu musí časom vzniknúť pocit, že obaja majú ten istý cieľ, že pracujú spoločne.

### **2) Terapeutický vzťah by mal byť flexibilný**

Niektorým pacientom nevyhovuje "len" sedenie a rozprávanie sa s terapeutom v ordinácii. Preto je s niektorými pacientami vhodné sa ísť porozprávať mimo ordináciu, napr. do prírody v rámci spoločnej vychádzky, alebo si môžu spolu vypíť kávu. Niektorí pacienti nám zas viac povedia napr. svojim nakresleným alebo namalovaným obrázkom. Takýmto spôsobom nám môžu veľakrát povedať viac ako slovami, takto dokážu hovoriť o veciach, o ktorých by za bežných okolností

hovoríť nedokázali, napr. počas sedenia by danú tému prešli iba tichom. Aj hra je spôsob komunikácie.

### **3) V terapeutickom vzťahu by sa mal zároveň udržiavať určitý odstup**

Aby psychoterapia mohla úspešne postupovať je nutné, aby sa udržiaval určitý odstup medzi terapeutom a pacientom.

Príliš silné "puto" by mohlo časom spôsobiť vznik napätia v takomto vzťahu. Terapeut by mal preto vopred určiť frekvenciu stretnutí, dĺžku sedenia, pacient by mal mať možnosť nájsť si v ordinácii "správne" miesto, kde môže sedieť, mal by mať možnosť toto miesto meniť. Jedna pacientka povedala svojmu lekárovi, s ktorým sa videla 4x do týždňa, že sa cíti byť preťažovaná takou vysokou frekvenciou stretnutí, čo jej bráni hovoriť. Keby sa s ním mohla vidieť napr. len 2x do týždňa mala by väčšiu chuť rozprávať a zdôverovať sa. Po tom, čo terapeut vyhovel jej požiadavke, sa kvalita ich stretnutí výrazne zlepšila.

Klasické 50 minútové sedenie nemusí vyhovovať všetkým. Napr. niekedy stačí len 25 alebo 30 minútový kontakt v kombinácii s menej častými 50 minútovými sedeniami. Treba zároveň počítat' aj s "tichom", ktoré počas sedenia vzniká a vedieť s ním pracovať.

### **4) Terapeut by sa mal snažiť vytvárať zaujímavé sedenia**

Mc Glashan a Keats (1989) zdôrazňovali, že psychoterapia by mala pacientom ponúknuť azyl. Pacienti by mali získať skúsenosť, že psychoterapeutické sedenie je "bezpečným miestom", kde sa im venuje starostlivý a nimi sa zaoberajúci terapeut, miestom, kde sa ich myšlienky a pocity úplne chápu a akceptujú.

### **5) Terapeut by mal slúžiť pacientovi ako "kontajner"**

Môže vzniknúť situácia, počas ktorej sa pacient "odreaguje" na terapeutovi, vyplavia sa negatívne afekty, ktoré prenáša na toho, čo je najbližšie. Preto musí byť terapeut schopný spracovávať a detoxifikovať tieto afekty bez odozvy. Ak toho schopný nie je, môže nastať koniec terapeutického vzťahu. Ako Karon (1992) poukázal, hrôza a strach sú primárnymi afektami, ktoré sprevádzajú pacienta, trpiaceho schizofréniou. Tieto pocity hrôzy a strachu musia byť terapeuti schopní zvládať práve vtedy, keď sú prenášané na nich a musia vydržať, neustúpiť, musia vedieť ovládať svoje afekty.

### **6) Terapeut by mal slúžiť ako pomocné pacientovo ego**

Slabé pacientovo ego môže byť podopierané terapeutovou aktivitou. Ak je pacientova schopnosť úsudku narušená, terapeut môže pacientovi pomôcť poukazovať a myslieť s ním cez následky jeho konania. Ak je chybné pacientovo testovanie reality, terapeut môže poukazovať práve na skutočnú realitu, spolu s pacientom môžu porovnávať skutočnú a pacientovu privátnu realitu.

### **7) K pacientovi musí byť terapeut úprimný a otvorený**

Pacienti so schizofréniou potrebujú úprimný vzťah. Aby pacient nezískal skreslený obraz, je nutné, aby sa otvorene hovorilo aj o negatívnych pocitoch, inak získa nereálnu skúsenosť.

### **8) Interpretácie by mal terapeut odkladať dovtedy, kým sa terapeutický vzťah nestane**

## **dostatočne pevným**

Mc Glasham a Nayfack (1988) zistili, že pre pacienta má oveľa väčší význam psychoterapia s podpornou stratégiou ako s detailnou analýzou podvedomých obsahov. U psychoterapie s podpornou stratégiou sa vytvoril medzi pacientom a psychoterapeutom dôverný vzťah, kým vysoké nároky a hĺbková exploračia u analytickej metódy môžu spôsobiť relaps. Pacientov odpor musí byť rešpektovaný a postupne odstraňovaný len prostredníctvom dlhodobej podpornej psychoterapie a prostredníctvom psychoterapeutickej vŕtúdnosti a vytrvavej zvedavosti. Rovnako ako chirurg musí použiť anestézu, aby mohol operovať, terapeut musí opatrne vytvoriť podmienky k dôvernému vzťahu.

## **9) Terapeut si musí udržať rešpekt k pacientovej potrebe byť chorým**

Efektívna psychoterapia si vyžaduje terapeuta, ktorý nemení zo dňa na deň svoje postoje a pacientovo pranie ostať chorým je ním akceptované. Pacient radšej ostane pri svojej predstave, že ho jeho "diabol" dobre pozná, akoby mal začať dôverovať niekomu, kto mení svoje nálady, postoje, polohy . . .

Z praktického hľadiska pevný terapeutický vzťah vedie k zlepšeniu spolupráce s pacientami. Prvý rok po psychóze až 45% pacientov prestane užívať lieky, druhý rok je to už 74%. Psychoterapeutické sedenia poskytujú príležitosť preskúmať podstatu pacientovej váhavosti pri užívaní liekov.

Pacienti, ktorí prešli individuálnou psychoterapiou, sami potvrdili dôležitosť tejto liečby. Zdôvodnili to tým, že aj oni potrebujú nejakú blízku osobu, ktorá ostáva s nimi aj počas nepriaznivého obdobia. Jeden pacient to vyjadril slovami: "Fragilné ego, ponechané osamote, ostáva fragilným. Medikácia alebo povrchná podpora sama o sebe nie je náhradou za pocit pochopenia ľudskou bytosťou.

## **Skupinová psychoterapia**

Najdôležitejším krokom v začatí so skupinovou psychoterapiou u schizofrénnych pacientov je jej vhodné načasovanie. Najlepšie je s ňou začať po ústupe pozitívnych symptómov ochorenia. Akútne dezorganizovaný pacient nie je schopný kontrolovať podnety z vonkajšieho prostredia a početné informácie zo skupinového sedenia by ho mohli zaťažiť práve tak intenzívne, ako keby sa nachádzal v prostredí bez porozumenia.

Po ústupe pozitívnych symptómov môže byť skupina pre týchto pacientov veľkou podporou. Práve v skupine majú možnosť sa skontaktovať s inými pacientami, trpiacimi na túto istú chorobu, porozprávať sa s nimi o ich vlastnom prežívaní ochorenia, o znovuzapájani sa do bežného života, kontaktovaní sa s ľuďmi, ap. Rozprávaním sa o tom, čo im je vlastné, o tom, čo "druhí" nepoznajú, si budujú vzájomnú dôveru. Štúdie ukazujú, že skupinová terapia môže byť práve tak efektívna ako individuálna terapia. Sedenie by sa malo uskutočniť 1x do týždňa a malo by trvať cca 69-90 minút.

## **Intervencia v rodine**

Rodinná intervencia je dôležitou súčasťou liečby schizofrénnych pacientov. Množstvo štúdií dokazuje, že rodinná terapia a antipsychotická medikácia sú dôležité v prevencii prelapsu ochorenia. Tieto štúdie sa zamerali predovšetkým na skúmanie dôležitosti faktora známeho ako EE - expressed emotion = vyjadrované emócie, prvýkrát popísané Brownom a spol. v roku 1972. Tento termín bol vytvorený pre opísanie interakcií medzi pacientom a jednotlivými členmi rodiny. Tento

koncept samozrejme neobviňuje rodičov, že sú príčinou schizofrénie svojho dieťaťa, ale potvrdzuje, že rodiny, v ktorých sa nachádza schizofrénny pacient, sú ovplyvnené touto chorobou, a že môže sekundárne práve správanie sa členov rodiny prispieť k relapsu cez intenzifikáciu ich interakcií so schizofrénnym pacientom.

V krátkosti: vysoké EE rodín produkuje väčšiu frekvenciu relapsov u schizofrenikov ako nízke EE.

Rozsiahle výskumy EE spôsobili vývoj sofistikého psychoedukačného pokusu s rodinami schizofrénnych osôb. Rodiny sa "učia" rozpoznávať prodromálne znaky a symptómy blížiacieho sa relapsu, "učia sa" redukovať kritiku a zaangažovanie a sú nápomocné pri permanentnej medikácii, ktorá môže v takejto rodine optimálne fungovať. Okrem tohoto sa učia rozpoznávať nežiadúce účinky liekov, naučia sa "čo to vlastne schizofrénia je", aké sú genetické vplyvy na vznik ochorenia, akú má prognózu ap. Tým, že sa rodina zaangažuje do spolupráce s lekárom sa schizofrénnemu pacientovi veľmi dôrazne pomôže. Otázka novších štúdií znie, či je naozaj EE tak dôležité v relapse ochorenia, či nestačí iba psychoedukácia pacienta. Odpoveď znie, že áno. Ak sa rodič dokáže ovládať pri "otravnom" schizofrénnom dieťati, pretože ovláda jeho ochorenie, mu tým môže samozrejme iba pomôcť ak naviac v ňom má dieťa oporu. Ak sa rodič správa "neodborne", zvýši sa EE a relaps nedá na seba dlho čakať. Hoci k relapsu môže dôjsť v oboch prípadoch, v tom prvom bude pacient v oveľa väčšej výhode ako v druhom prípade, pretože má chápevaného rodiča, ktorý je "len" správne informovaný.

V prvom prípade priebeh relapsu nebude tak intenzívny ako v druhom prípade, tak isto aj zaradenie sa po skončení hospitalizácie do rodinného života bude oveľa jednoduchšie v prvom prípade.

## **Liečba v nemocnici**

### Krátkotrvajúca hospitalizácia

Pre schizofrénneho pacienta, ktorý má akútnu psychotickú epizódu, krátka hospitalizácia poskytne "time out" - príležitosť zintegrovat' sa a duševne "zosilniť". Antipsychotická medikácia zbaví pacienta predovšetkým pozitívnych symptómov. Štruktúra nemocničnej starostlivosti poskytne pacientovi bezpečné útočisko. Stredný zdravotnícky personál zohráva v tomto smere tiež nezastupiteľnú rolu. Ku koncu hospitalizácie a po prepustení z nemocnice by sa mal rozbehnúť psychoedukačný program ako pre pacienta, tak aj pre jeho príbuzných. Nutné je, a to hlavne u pacientov, ktorí sú v nemocnici prvýkrát, pripraviť rodinu alebo aj pacienta samotného na to, že ide o celoživotné ochorenie, poskytnúť im dostatok informácií o nutnosti pravidelného užívania liekov, aby sa predišlo zbytočným relapsom ochorenia. Po skončení hospitalizácie sa samozrejme nekončí kontakt s lekárom, práve naopak, dôležité sú ďalšie konzultácie, popr. pokračovanie v skupinovej psychoterapii po ústupe pozitívnych symptómov ochorenia. Dôležité miesto má aj psychosociálna rehabilitácia.

### Dlhotrvajúca hospitalizácia

Hoci optimálnym scenárom je krátka hospitalizácia s rýchlou úpravou psychického stavu a návrat do bežného života, značné percento schizofrénnych pacientov je príliš poškodených na to, aby mohli splňať kritériá tohoto modelu. Táto podskupina vyžaduje dlhšiu hospitalizáciu. Sem patria pacienti, ktorí neužívajú lieky alebo na liečbu nereagujú, suicidálni pacienti, agresívni pacienti, pacienti, ktorí nemajú žiadnu rodinu alebo známych. Títo pacienti potrebujú mnohostrannú starostlivosť, najmä však kvalitnú psychosociálnu rehabilitáciu a sociálne zabezpečenie. U tejto skupiny pacientov pod psychosociálnou rehabilitáciou nemáme na mysli zložité sociálne úkony, skôr úkony úplne jednoduché, ako je napr. jedenie, konverzácia . . . ap.

## Zhrnutie

Pacienti so schizofróniou potrebujú terapeutov pre svoj ďalší život. Potrebujú pomoc, potrebujú niekoho, kto im rozumie, kto rozumie ich strachu a fantáziám, problémom. V súčasnej praxi v západných krajinách je táto úloha pridelená tzv. manažerovi - vedúcemu prípadu (case manager). Manažér slúži ako pacientov "zástupca", je koordinátorom celkového liečebného plánu.

Čo schizofrénny pacient najviac potrebuje, a je jedno či ho nazve manažérom prípadu alebo psychoterapeutom, je uvedomelé individuum, ktoré je schopné poskytnúť súcitný a ľudský vzťah ako útočisko pred mätúcim a ohrozujúcim svetom.

## AFEKTÍVNE PORUCHY

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Monika Ranincová, TN)

### **Psychodynamika suicídiá**

Rôzne psychické ochorenia môžu vyústiť do tragického suicídiá. Suicídium sa spája mi s veľkou afektívnou poruchou. Determinanty suicidálneho správania môžu byť biologické i psychologické, a tak v terapii suicidálnych pacientov nie sú účinné iba biologické metódy, ale tiež psychoterapeutické prístupy. Psychoterapia samotná je však v mnohých prípadoch u suicidálnych pacientov nedostatočná. V jednej porovnávej štúdií (Lasse, 1978) sa dosiahli pozitívne výsledky len u 16% ťažko depresívnych pacientov, liečených psychoterapeuticky, zatiaľ čo u pacientov, liečených psychoterapeuticky a farmakologicky to bolo u 83% a u 86% pacientov po ECT. Najdôležitejšia je však záchrana života pacienta.

Motivácie k suicídiu sú rôzne, a často nejasné (Meissner, 1986). Klinik musí starostlivo načúvať každému pacientovi, musí si všímať prenos - protiprenos.

V súlade s chápaním dynamiky depresie, Freud chápal suicídium ako výsledok potlačených vražedných impulzov, deštruktívne prania voči internalizovanému objektu sú takto smerované proti self. Po vývoji štrukturálneho modelu (1923/1961) Freud redefinoval suicídium ako obetovanie ega sadistickým superegom. Karl Menninger (1933) chápal suicídium trocha komplexnejšie. Veril, že na suicidálnom akte by sa mohli podieľať najmenej 3 prania - túžba zabiť, túžba byť zabitý a túžba zomrieť. Túžba zabiť môže smerovať nielen ku vnútornému objektu. Klinické skúsenosti potvrdzujú opäť a opäť, že suicídium možno často označiť ako zničenie života tým, čo "prežijú". Depresívni pacienti napr. často cítia, že suicídium je iba uspokojivou pomstou proti ich rodičom.

Vracajúca sa téma v objektých vzťahoch suicidálnych pacientov je dráma medzi sadistickým mučiteľom a mučenou obeťou. Ako v prípade pani K., je často prítomný prenasledujúci vnútorný objekt, ktorý robí pacienta nešťastným. Alternatívne, pacient ktorý sa identifikuje s prenasledovateľom, môže mučiť každého vo svojom okolí. V niektorých prípadoch pacient môže veriť, že jediný možný záver tejto drámy je podrobiť sa mučiteľovi cez suicídium (Meissner 1986). Táto vnútorná prenasledujúca figúra bola popisovaná ako "skrytý prenasledovateľ" (Asch, 1980).

V iných prípadoch hrá rozhodujúcu úlohu v motivácii pre suicídium agresia. Podľa Fenichela

(1945) suicídium môže byť splnením túžby po znovuspojení, ktoré je magickým a radostným znovupripojením sa k milovanému stratenému človeku alebo narcistickým zväzkom s milujúcim superegom. Veľa suicidálnych pacientov odhaľuje silnú závislosť a túžbu po stratenom objekte. Suicídium môže byť regresívnym želaním znovu sa spojiť so stratenou materskou figúrou. Posledné slová reverenda Jima Jonesa v roku 1978 pred masovým homicídiom a suicídiom v Guayane boli "Matka ... matka." Potom si strelil do hlavy. Patologický smútkový proces často končí suicídiami, obzvlášť vo výročie smrti milovanej osoby. Je štatisticky významná korelácia medzi suicídiom a výročím smrti rodičov (Bunch a Barraclough 1971). Keď sebacítenie a integrita self sú založené na oddanosti k stratenému objektu, suicídium sa môže zdať len akýmsi spôsobom znovunastolenia kolúzie self.

Pani L., 24 ročná žena so psychotickou depresiou, ktorej pred 2 rokmi suicidoval brat - dvojča. Zostala psychotická a identifikovala sa so svojím bratom až potiaľ, že identifikovala seba ako zlú a majúcu jeho pravé meno. Bola rezistentná na AD, Li carb. a ECT. Cítila, že by nemala žiť ďalej bez svojho brata. Suicidovala na výročie jeho smrti.

Prospektívna štúdia 954 pacientov (Clark a Fawcett 1992) ukázala, že je užitočné oddiferencovať krátkotrvajúce a dlhotrvajúce rizikové faktory, ktoré môžu predpovedať suicídium. Do štúdie bolo zahrnutých 7 faktorov, predikujúcich suicídium počas 1 roka, panické ataky, anxieta, ťažká strata pohody a záľub, rýchle striedanie nálad od anxiety k depresii, hnevu, abúzus alkoholu, zníženie koncentrácie a celková insomnia. Dlhotrvaťujúce rizikové faktory sú beznádej, suicidálne myšlienky, suicidálny zámer a anamnéza predchádzajúcich suicidálnych pokusov. Beznádej sa ukázala byť väčš m rizikom ako depresia.

K vykonaniu suicídia v psychodynamickom kontexte klinici musia pochopiť podstatu predchádzajúcej udalosti, vedomé a nevedomé motivácie a preexistujúce psychologické premenné, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť naplnenia suicidálnych myšlienok. Výskumy s pomocou projektívnych psychologických testov identifikovali 4 vzorce ego-fungovania a vnútorných objektných vzťahov, ktoré odlišovali jedincov, páchajúcich vážne suicidálne pokusy, od tých, ktorí iba urobili suicidálne gestá, aby tak postrašili iných. Tí, ktorí spáchali vážne suicidálne pokusy, preukazovali: 1) neschopnosť vzdať sa infantilných želaní, asociovaných s konfliktom byť otvorené závislými, 2) triezvy, ale ambivalentný pohľad na smrť, 3) vysoké očakávania od seba, 4) stratu kontroly nad afektom, najmä agresiou.

## **Úvahy o terapii**

Závery:

Vysoko expresívna špecificky cielená psychoterapia nebola testovaná. Stupp a kol. (1982) zhrnul, že hoci niektoré správy poukazujú na zlepšenie depresívnej symptomatiky, "žiadny konečný stav pri zlepšení depresie nemôže byť pokladaný za jedinečný úspech krátkotrvajúcej dynamickej terapie". Avšak tradíciou v psychoanalytickej psychoterapii nie je rozvinúť špecifické technické prístupy pre špecifické diagnostické skupiny, ale zosilniť pacientove adaptívne kapacity ku zvýšeniu sebaúcty modifikovaním superega, posilovaním a rozpínaním ega zmenou pacientových vnútorných objektných vzťahov. Nakoniec, štúdie krátkodobej dynamickej psychoterapie sa viac týkajú síl a slabostí pacientovej osobnosti ako špecifických intervencií alebo špecifických symptómov.

Hoci viac expresívne formy psychoterapie neboli testované, modifikovaná verzia dynamickej psychoterapie - interpersonálna psychoterapia bola začlenená do týchto testov. Táto terapia vyšla zo záveru, že depresia sa objavuje v kontexte interpersonálnych vzťahov a tak zdokonaľuje vzťahy (Elkin a kol. 1985). Intervencie, ktoré nie sú interpretatívne, sú zamerané viac na "tu a teraz" než na skúsenosti z detstva. V interpersonálnej psychoterapii sa identifikujú 4 základné problémové



oblasti: 1) výmena rolí, 2) interpersonálne deficity, 3) konflikt rolí a 4) patologický smútok (Rovensaville a kol. 1984). Terapeut je aktívnejší ako v expresívnej psychoterapii a hlavný technický prístup nie je sprevádzaný pokusom priniesť zmenu osobnosti cez vhl'ad do vnútorných, vytesnených konfliktov. Z relatívne neutrálnej pozície terapeut umožňuje pacientovi identifikovať hlavný problém, o ktorom potom diskutujú na každom zo sedení, a potom ponúka radu. Terapeut aktívne pomáha pacientovi rozvinúť stratégiu manažovania problémov v každej oblasti a poskytuje uspokojenie a určité poučenie o riešení problémov.

NIMH Collaborative Study demonštruje, že 16 týždňov tejto terapie bolo pri zmiernovaní depresie účinnejších ako placebo, obzvlášť ťažkých foriem depresie. Ukázalo sa, že je hodnotnejšia v prevencii recidivujúcich depresií u pacientov s unipolárnou depresiou (Frank a kol. 1990). V štúdiu 74 pacientov, keď sa porovnávali po 18 mesiacoch, u tých ktorí absolvovali 1x mesačne sedenie HT, bola menej pravdepodobná ďalšia epizóda depresie ako u tých, ktorí užívali imipramín. V inej štúdiu 84% pacientov liečených imipramínom v koordinácii s HT nemalo recidívu počas jedného roka, zatiaľ čo iba 60% tých, ktorí boli liečení iba imipramínom, prekonalo relaps.

Symptómy depresie, ktoré preferenčne dobre reagujú na farmakoterapiu, zahrňujú vegetatívne symptómy, anhedoniú, psychomotorickú retardáciu, bludy a sluchové halucinácie. So psychoterapiou viac korelujú symptómy - nízke sebavedomie, bezdôvodné pocity viny, strata motivácie, interpersonálne problémy, chronický pocit beznádeje a sociálne stiahnutie sa. Terapia je tiež užitočná pre pochopenie a prevenciu psychosociálnych stresorov.

Inou formou psychoterapie, ktorá je účinná u depresií, je kognitívne- behaviorálna terapia. Hoci vychádza z inej tradície ako psychoanalýza, veľa oblastí medzi KBT a psychodynamickou psychoterapiou sa prekrýva v teóriách i technikách (Altshuler a Rush 1984, Blatt a Marondas 1992). Kognitívna teória predpokladá, že základné schémy, obsahujúce sebahodnotenie a očakávania od seba viedli k negatívnemu pohľadu na seba, svet a budúcnosť. Tieto perfekcionistické očakávania od seba a asociované pocity zlyhania sa veľmi blízko dotýkajú psychodynamickej myšlienky, že depresia predstavuje diskrepanciu medzi ja-ideálom a realitou aktuálneho self. KBT v porovnaní s dynamickou psychoterapiou je viac direktívna, vyučujúca, vysvetľujúca, ponúka návod na pokrok, zlepšenie a zadáva domáce úlohy. Avšak obe techniky sa zameriavajú na pacientove nerealistické očakávania a snažia sa zmierniť tlaky na nerealisticky vysoký výkon. Obe terapie majú tiež zhodný názor na úlohu pozitívneho prenosu v procese zmeny.

Na základe NIHM Treatment of Depression Collaborative Study (Solsby a kol. 1991) bolo možné tiež identifikovať prediktory dobrej odpovede na jednotlivé typy terapie. U pacientov s nízkou sociálnou dysfunkciou bola účinná interpersonálna psychoterapia. Nízka kognitívna dysfunkcia predikovala dobrú odpoveď na KBT a imipramín. Vysoká pracovná dysfunkcia predikovala lepšiu odpoveď na imipramín. Ťažká depresia dobre reagovala na imipramín v kombinácii s interpersonálnou psychoterapiou.

## **Princípy terapie**

Určenia:

Liečba pacienta s bipolárnou afektívnou poruchou je o niečo jednoznačnejšia ako pacienta s unipolárnou depresiou. Manickí pacienti nemajú efekt zo psychoterapie, kým najskôr nie sú preliečení farmakologicky. Z podstaty manickej defenzívnej pozície vyplýva popretie všetkých psychických problémov. Je zriedkavo možné uprostred manickej epizódy penetrovať toto popretie. Po farmakologickej stabilizácii, môže hrať v rôznych aspektoch kľúčovú úlohu expresívne-supportívna psychoterapia. Psychoterapia môže byť účinná pri problémoch s compliance, môže pomôcť pri prevencii manickej alebo depresívnej epizódy pacientom, kým sú v eutýmnej fáze ochorenia. 10 ročná prospektívna štúdia (Feinstein a Wolpert 1973, Wolpert 1981) identifikovala 2

typy terapeutického zlyhania. Prvé, farmakoterapeutické zlyhanie, keď bol odpor k zvyšovaniu dávky lítia, keď sa stal pacient viac aktívny v súvislosti s manickou epizódou. Druhé, psychoterapeutické zlyhanie, pri nevenovaní pozornosti psychologickým prediktorom epizód. Tieto 2 typy zlyhania sú podobné 2 precipitantom manických a depresívnych epizód: v niektorých prípadoch ide o biologické faktory a v iných o psychologické faktory.

Ako sa stručne písalo v kapitole 5, kombinácia Li, carbamazepínu a psychoanalýzy alebo psychoanalyticky orientovanej psychoterapie je účinná u množstva bipolárnych pacientov, pretože psychoanalytické techniky umožňujú pacientovi, aby si uvedomil znovuoživenie sexuálnych fantázií a želaní, ktoré hrajú hlavnú rolu pri nástupe manickej epizódy. Tieto, predtým nevedomé, myšlienky slúžili týmto pacientom ako signál k zvýšeniu dávok lítia. Polloch (1977) podporoval psychoterapiu počas euthýmnej fázy, pretože pacienti sa po prekonaní manickej epizódy musia často vysporiadať s intenzívnymi pocitmi viny a hanby kvôli svojmu správaniu počas mánie.

V posledných rokoch zosilnel názor, že možnosti profylaxie lítium u pacientov s bipolárnou poruchou sú obmedzené. Keď sa sledovalo 73% manických pacientov 1,7 roka po hospitalizácii, viac ako 40% malo počas nasledujúcej periódy recidívu mánie (Harrow a kol. 1990). Zvláštnosťou je najmä to, že manickí pacienti užívajúci lítium nemali lepšie výsledky ako tí, ktorí neužívali lítium. V 2. ročnej prospektívnej štúdiu u 61 pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou sa relaps nemohol vysvetliť zmenou hladiny lítia alebo noncompliance. Avšak bola významná asociácia medzi stresujúcimi životnými udalosťami a relapsom. Psychologické intervencie sú počas obdobia veľkého stresu v prevencii relapsov rozhodujúce.

Z pohľadu Kleinovej, základným psychoterapeutickým úskalím u pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou je podporovať smútkovú prácu, pracovať cez depresívnu pozíciu. Hrozba agresívneho, prenasledujúceho správania vedie k potrebe manickej obrany poprieť ju. Počas nasledujúcej manickej epizódy si pacienti môžu byť vedomí vlastnej deštruktivity a môžu cítiť výčitky svedomia nad škodou, ktorú spôsobili iným počas manickej fázy. Psychoterapeut môže vtedy zachytiť optimálny moment kedy pomôcť pomôcť pacientovi integrovať milujúce a agresívne časti vnútorného self a objektných reprezentácií. Terapeut môže udržať podporu okolia a vysvetľovaním pacientovej agresie sa pacient stane schopnejším internalizovať vzťah, v ktorom dobro dominuje nad zlom a láska nad nenávisťou. Podľa M. Kleinovej (1940/75) zníži sa pocit agresie a prenasledovania, manické obrazy sa stanú pre pacienta menej nevyhnutnými.

## **Depresia**

Užitočné psychodynamické prístupy k depresii nie sú obmedzené iba na ľahšie formy depresií, ale môže byť základom i v terapii oveľa ťažších, psychotických depresií. Arieti a kol. (1977) robil intenzívnu psychoterapiu u 12 ťažko depresívnych pacientov, ktorých sledoval 3 alebo viac rokov. 7 z nich dosiahlo plné zlepšenie a 4 boli podstatne zlepšení.

Prvý krok v terapii, bez ohľadu na to, či je pacient v nemocnici alebo liečený ambulantne, je vytvorenie terapeutickej aliancie. Klinik musí jednoducho načúvať a byť k pacientovi empatický. Rodinní príslušníci a začínajúci profesionáli často robia chyby, keď sa snažia pacienta rozveseliť a zamerať ho na pozitívne: "Máte nejaký dôvod byť depresívny? Prečo by si mal byť suicidálny, keď máš toľko dôvodov, pre čo žiť . . ." Tieto "hlboké zlyhanie empatie" môžu u pacientov viesť k pocitu ešte väčšieho nepochopenia a osamelosti, ako i k vyššej suicidalite.

Na druhej strane, terapeuti pracujúci s týmito pacientami musia vyjadriť porozumenie, že je dôvod byť depresívny. Môžu empatizovať s bolestivosťou depresie, ale zároveň získať pacienta pre terapeutický vzťah. Prvotný prístup musí byť suportívny, ale pevný (Arieti 1977, Lesse 1978). Nezrelé interpretácie ako "ty nie si depresívny, ty si nahnevaný" bývajú prežívané ako neempatické. Terapeut bude užitočnejší, ak bude načúvať a snažiť sa o pochopenie pacientovho chápania choroby.

Na začiatku terapeut zhromažďuje pacientove formulácie depresie. Aké udalosti skutočne predchádzali depresii? Čo je pacientovou dominantnou ideológiou? Kto je pre pacienta dôležitý, pre koho žije, a od koho sa mu nedostalo vytúženej odpovede? Je tam vina, spojená s agresiou a hnevom? Na koho je pacient nahnevaný? Akú frustráciu prežíva?

Kým terapeut počúva príbeh pacienta a rozvíja hypotézu o psychodynamickom základe depresie, pacient vytvára prenosový vzťah k terapeutovi. Podľa Arietiho sa terapeut stáva dôležitým "tretím". V prenose vyjde na povrch veľa z pacientových problematických primárnych vzťahov. Arieti tvrdil, že na začiatku psychoterapie môže budovanie terapeuticko-aliancie od terapeuta vyžadovať prispôbenie sa určitým pacientovým očakávaniam. Keď má terapeut zozbieraných viac informácií, môže zvoliť viac expresívny prístup a interpretovať pacientovi dominantný vzorec, ktorý mu spôsobuje toľko ťažkostí. Arieti sledoval, že "pacient musí začať vedome žiť pre seba, dovtedy nepoznal. Nikdy nepočúval sám seba a v situáciach veľkého afektívneho významu nikdy nepotvrdzoval seba, staral sa len o to, aby získal lásku, obdiv, súhlas alebo sa staral len o dôležitého druhého". Často potom vyjde na povrch veľká časť hnevu voči dôležitej vzťahovej osobe.

Keď sa objasnila pacientova dominantná ideológia, terapeut sa zameria na to, ako pomôcť pacientovi osvojiť si nový spôsob života. Podľa Birlinga (1953) každá idealizovaná fantázia alebo snaha musí byť modifikovaná alebo zanechaná a nahradená inými cieľmi a objektami.

Ústredným v psychodynamickom prístupe k depresívnym pacientom je nastolenie interpersonálneho významu v súvislosti s depresiou. Nanešťastie pacienti často húževnato odporujú týmto názorom (Betcher 1983). Často uprednostňujú taký pohľad na depresiu a suicidálne myšlienky, že sa objavujú vo vákuu. Vývoj vzťahu prenos-protiprenos môže viesť k prelomeniu tejto formy odporu. Terapeut môže zakúsiť zúfalstvo, hnev, túžbu zbaviť sa pacienta a množstvo iných pocitov. Všetky tieto emocionálne odpovede môžu odrážať to, ako sa v pacientovom živote cítili iní. Tieto interpersonálne dimenzie môžu byť zahrňované v príčinných alebo opakujúcich sa podmienkach. Terapeut musí tieto pocity použiť konštruktívne v terapeutickom vzťahu.

Podľa Birlinga niektorí depresívni pacienti využívajú svoju chorobu k ospravedlneniu svojich nevedomých deštruktívnych a sadistických impulzov voči iným. Pri komentovaní sadizmu, ktorý tak často nachádzame u depresívnych pacientov, Jacobsonová (1971 b) písala: "Depresívni nikdy nezlyhajú v tom, ako vyvolať u svojho partnera, ba často celého okolia, a najmä u detí, pocity viny, ktoré ich ťahajú do stále viac a viac depresívneho stavu". To môže dohnať partnerov týchto pacientov k odchodu, práve vtedy, keď ich lásku najviac potrebujú. Terapeuti sa môžu stať sarkastickými alebo chladnými, pretože pacienti opakovane odmietajú ich pomoc.

Depresívni pacienti provokujú u členov rodiny hostilitu a sadizmus, a terapeuti musia pomôcť prekonať ich pocity viny kvôli takýmto reakciám tak, že ich môžu ohodnotiť ako pochopiteľné reakcie na depresívneho člena rodiny.

## **Terapia suicidálneho pacienta**

Málo udalostí v profesionálnom živote psychiatra je ťažších ako suicídium jehopacienta. Približne 1/2 psychiatrov, ktorým suicidoval pacient, sa stretli s úrovňou stresu porovnateľnou s osobami zotavujúcimi sa zo smrti pacienta. Prírodná tendencia terapeutov, či už v nemocnici alebo psychoterapii, je robiť prevenciu suicídia.

Po prvé, je nevyhnutné si uvedomiť jeden fakt - pacienti, ktorí skutočne zamýšľajú suicídium, ho urobia. Ani množstvo fyzických obmedzení, starostlivé pozorovania a klinická zručnosť nemôžu zastaviť skutočne suicidálneho pacienta. Jeden taký pacient bol v nemocničnej izbe, v ktorej nebolo nič, iba matrac. Bol kontrolovaný v pravidelných 15-minútových intervaloch. Medzi 15-minútovými kontrolami začal tak skákať na matraci, že opakovane narážal hlavou do povaly, až kým si nezlomil väzy. Tento prípad ilustruje, že členovia nemocničného tímu nemôžu zabrániť

všetkým suicídiám na oddelení. Olin (1976) predpokladal, že ak sa v určitej nemocnici suicídiá vôbec neobjavia, môže to byť preto, lebo personál prevzal príliš veľkú zodpovednosť za pacienta. Okrem toho klinici by mohli opakovane tvrdiť, že v konečnom dôsledku je zodpovednosťou pacienta učiť sa verbalizovať suicídálne impulzy pred ich vykonaním.

Po dokonaníu suicídiu terapeuti často cítia vinu, že nezachytili varovné signály, ktoré im mohli umožniť predvídať suicídálny pokus. Napriek tomu, že v literatúre je popísaných množstvo rizikových faktorov suicídiá, naša schopnosť predvídať suicídium u konkrétneho pacienta je ešte stále veľmi obmedzená.

Psychodynamickí terapeuti sa zhodujú v názore, že ilúzie terapeuta, že môže zachrániť pacientov pre suicídiom, mu aktuálne zhoršujú šance naozaj ich zachrániť (Hendin 1982, Meissner 1986, Richman a Eyman 1990, Searles 1967/1979, Zee 1972). Jednou takou tichou túžbou u vážne suicídálneho pacienta je túžba byť v starostlivosti bezpodmienečne milujúcej matky (Richman a Eyman 1990, Smith a Eyman 1988). Terapeuti môžu prijímať pacientove telefonáty v každú hodinu dňa alebo noci, môžu vidieť pacienta 7 dní v týždni vo svojej ambulancii, môžu sa dokonca sexuálne zaplietť s pacientami v zúfalej snahe naplniť nekončiacie požiadavky, spojené s depresiou (Twemlow a Gabbard 1989), tento druh správania je však podľa Hendina (1982) jednou z najletálnejších črt suicídálnych pacientov - konkrétne ich tendencie preniesť zodpovednosť za ich prežitie na iných.

Terapeuti, pracujúci so suicídálnymi pacientami, často stavajú na vedomom alebo nevedomom predpoklade, že môžu pacientovi poskytnúť lásku a záujem, ktorý inde nenachádzajú, a tak magicky transformujú pacientovu túžbu zomrieť do túžby žiť. Takáto predstava je pascou. Podľa Hendina (1982) ide od pacienta iba o pokus dokázať, že nič čo terapeut urobí, nebude dosť. Terapeutovo želanie vidieť samého seba ako spasiteľa suicídálneho pacienta, ho môže natoľko oslepiť, že ho pacient stavia do úlohy kata. Terapeut je suicídálnym pacientom užitočnejší, keď sa pokúsi pochopiť a analyzovať pôvod suicídálnych želaní.

Niektorí terapeuti otvorene priznávajú, že nemôžu pacienta zastaviť pred vykonaním suicídiá a ponúkajú takto príležitosť pochopiť, prečo si pacient myslí, že suicídium je jediným riešením (Henseler 1991). Často má takýto prístup upokojujúci efekt a môže zvýšiť spoluprácu pri psychoterapii.

Je užitočné rozlišovať medzi liečbou a vedením suicídálneho pacienta. Vedenie zahŕňa sledovanie, fyzikálne obmedzenia a odstránenia ostrých predmetov v okolí. Hoci tieto intervencie sú v prevencii pacienta pred vykonaním suicídiá potrebné, zvyšujú pacientovu budúcu vulnerabilitu k suicídálnemu správaniu. Liečba suicídálnych pacientov pozostáva zo psychoterapeutických prístupov k pochopeniu vnútorných faktorov a vonkajších stresorov, ktoré robia pacienta suicídálnym, a je potrebné zmeniť jeho základné želanie - zomrieť.

Protiprenos, vyvolaný suicídálnym pacientom, je prekážkou terapie. Niektorí terapeuti sa jednoducho vyhnú zodpovednosti za ťažko depresívnych pacientov, ktorí riskujú zabitie samých seba. Tí, ktorí sa pokúšajú liečiť takých pacientov, často veria, že dôvod k bytiu je negatívnym pacientovým želaním zomrieť. Pacientovo suicídium je tiež výsledkom narcistického zranenia terapeutom.

Terapeuti, ktorí liečia ťažko suicídálnych pacientov sa začínajú cítiť mučení opakovaným odmietaním ich snažení. V tom období sa môže vyvíjať protiprenosová nenávisť a terapeuti majú často nevedomé želanie smrti pacienta, aby ich mučeniu už bol koniec. Podľa Maltsbergera a Ponicho (1974) v terapii suicídálnych pacientov sú najčastejšími protiprenosovými reakciami zlomyseľnosť a averzia. K takým reakciám môže viesť neschopnosť tolerovať vlastné sadistické želania voči pacientovi. Averzia je potenciálne viac letálna, pretože vedie terapeutov k zanedbávaniu týchto pacientov a poskytuje príležitosť k suicídálnemu pokusu. Tento protiprenos v ošetrovacej jednotke sa môže manifestovať jednoducho "zabudnutím" skontrolovať pacienta, aj keď bolo pozorovanie suicídálneho pacienta ordinované.

Protiprenosová nenávisť musí byť prijatá ako súčasť terapie suicídálnych pacientov. Často

vzrastá ako odpoveď na agresiu pacienta. Hrozby suicídiom sú akýmsi Damoklovým mečom nad hlavou terapeuta, ktorý ho mučí vo dne v noci. Členovia rodiny sa môžu obávať, že ak urobia nejakú chybu, gesto alebo neempatickú poznámku, tak budú za suicidálneho pacienta zodpovední. Ak je protiprenosová nenávisť rozštiepená, môže byť projikovaná na pacienta, ktorý sa potom musí vysporiadať i s terapeutovými vražednými želaniami, spolu s preexistujúcimi suicidálnymi impulzami. Terapeuti tiež môžu zaobchádzať agresívne so svojimi pocitmi, ktoré môžu viesť k mobilizácii fantázií a zveličovaných snáh zabrániť suicídiu. Searles (1967/1979) upozornil terapeutov na nebezpečenstvo tohto obranného štýlu.

Terapeut, u ktorého silnejú nevedomé priania smrti pacienta, sa začne správať viac protektívne. Je to paradoxné, že lekár ktorý sa veľmi úzkostne snaží o to, aby udržal pacienta nažive, na nevedomej úrovni ho smeruje k suicídiu.

Terapeuti, liečiaci suicidálnych pacientov, musia týmto pomôcť nájsť súlad so svojou dominantnou ideológiou (Arieti 1977). Keď je rozpor medzi realitou a pacientovým pohľadom na život, terapeut pomôže pacientovi odtrúchniť stratu snov a nahradiť ju niečím novým, viac realistickým. Napr. 23 ročný muž sa stal suicidálnym po tom, čo si uvedomil, že nikdy nebude prijatý na Harvard, čo bolo jeho snom od ranného detstva. Terapeut usúdil, že prijatie na Harvard je málo pravdepodobné a pomáhal pacientovi prijatu stratu tohto sna. Upevnil pacientovo sebavedomie, a tak ho pripravil na alternatívne cesty za vzdelaním. Pomohol pacientovi vidieť, koľko nešťastia zapríčiňujú nerealisticky vysoké očakávania (Richman a Eymann 1990).

Klinici musia pri liečení suicidálnych pacientov rozlišovať medzi zodpovednosťou pacienta a zodpovednosťou terapeuta. Lekári všeobecne a psychiatri obzvlášť sú náchylní k preháňaniu zmyslu pre zodpovednosť (Gabbard 1985). Konečne sa musíme zmieriť s faktom, že i v psychiatrii sú terminálne ochorenia. Pacienti musia niesť zodpovednosť za rozhodnutie, či skončia suicídiom, alebo budú spolupracovať so svojim terapeutom. Našťastie prevažná väčšina pacientov premýšľa nad suicídiom s určitou ambivalenciou. Časť suicidálneho jedinca, ktorá zvažuje otázku suicídia môže viesť k výberu života nad smrťou.

## ÚZKOSTNÉ PORUCHY

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Jela Abelová, TN)

"Obvykle to, čo nie je nadohľad,, rozrušuje ľudskú myseľ viac ako to, čo je vidieť."

Julius Caesar

Úzkosť je afekt, ktorý bol nápomocný pri zrode psychoanalýzy a psychodynamickej psychiatrie. Takmer pred 100 rokmi Freud vytvoril termín úzkostná neuróza a identifikoval dve formy úzkosti. Prvou bol difúzny pocit ustráchanosti či hrozby, ktorý pramení z vytesnenej myšlienky alebo želania a ktorý sa dal liečiť psychoterapeutickou intervenciou. Druhú formu úzkosti charakterizoval zaplavujúcim pocitom paniky, sprevádzaným vegetatívnymi príznakmi, akými sú profúzne potenie, zrýchlený dych a pulz, hnačka, a tiež subjektívnym pocitom hrôzy. Podľa Freuda táto druhá forma

nebola spôsobená psychologickými faktormi, bola skôr výsledkom fyziologického vystupňovania libida v dôsledku chýbania sexuálnej aktivity. Túto formu nazval aktuálna neuróza.

Do roku 1926 Freud vďaka vytvoreniu štrukturálneho modelu ďalej zdokonaľoval svoje chápanie úzkosti. Na úzkosť teraz pozeral ako na výsledok psychického konfliktu medzi nevedomými sexuálnymi alebo agresívnymi želaniami pochádzajúcimi z id a korešpondujúcimi hrozbami z potrestania superegom. Úzkosť chápal ako signál prítomnosti nebezpečia v nevedomí. Ako odpoveď na to ego zmobilizuje obranné mechanizmy, aby zabránilo neprípustným myšlienkam a pocitom objaviť sa vo vedomí. Keď sa signálu úzkosti nepodarí primerane aktivovať obranné zdroje ega, nasleduje ešte intenzívnejšia a vytrvalejšia úzkosť či iné neurotické symptómy. Freud takto charakterizoval úzkosť aj ako prejav neurotického konfliktu, aj ako adaptívny signál, ktorý má za úlohu zabrániť uvedomeniu si tohoto konfliktu.

Podľa Freudovho modelu je úzkosť afektom ega. Ego kontroluje prístup k vedomiu a pomocou vytesnenia oddeľuje samo seba od inštinktívnych impulzov pochádzajúcich z id. Cenzúruje aj impulz samotný, aj korešpondujúcu intrapsychickú reprezentáciu. Vytesnené inštinktívne želanie či impulz môže stále nájsť svoje vyjadrenie vo forme symptómu, hoci je pravdepodobné, že kým sa mu to podarí, bude odstránený, premiestnený, premenený. V závislosti od obranných operácií a symptómového prejavu môže výsledná neuróza nadobudnúť formu nutkavej myšlienky, kompulzívneho rituálu, hysterickéj paralýzy či fóbie.

Najnovšie klasifikácie chorôb (DSM-III, DSM-IV) v snahe byť čo najviac ateoretické, obetovali klasické neurotické entity a s nimi spojený psychodynamický model tvorby symptómov. Tieto boli nahradené tromi kategóriami: úzkostné poruchy, somatoformné poruchy a disociatívne poruchy. Úzkostné poruchy sú rozdelené na panickú poruchu, fóbie, OCD, PTSP, a generalizovanú úzkostnú poruchu. Hoci sa táto klasifikácia prispôsobuje najnovším biologickým výskumom, ktoré načrtávajú rôzne druhy úzkosti, na druhej strane podporuje lekárov v tom, aby na úzkosť pozerali skôr ako na chorobu, než na prejav vnútorného konfliktu. V mnohých prípadoch pacienti nemajú ani potuchy, z čoho by mohli byť úzkostní.

V iných prípadoch môže byť úzkosť pripojená k vedomému, akceptovateľnému strachu, ktorý maskuje hlbšie, menej akceptovateľné obavy. Úlohou psychodynamického terapeuta je porozumieť nevedomým zdrojom takejto úzkosti. Freud hovorí o tom, že každá vývojová etapa v živote dieťaťa so sebou prináša charakteristický strach.

Lekárovi pri určovaní nevedomých zdrojov pacientovej úzkosti môže napomôcť táto tabuľka:

	Vývojová hierarchia úzkosti
(Superego anxiety)	superegová úzkosť
(Castration anxiety)	kastračná úzkosť
	úzkosť zo straty lásky
	úzkosť zo straty objektu - separačná úzkosť
(Persecutory anxiety)	úzkosť z prenasledovania
(Disintegration anxiety)	úzkosť z dezintegrácie

Na najvyššej úrovni je úzkosť pochádzajúca zo superega, ktorú možno chápať ako pocity viny či hryzenie svedomia za to, že človek nežil podľa svojho vnútorného morálneho štandardu. Počas oidipálnej fázy sa úzkosť sústreďuje na potenciálne zničenie či stratu genitálií, spôsobenú represívnou rodičovskou figúrou. Tento strach môže byť metaforicky vyjadrený ako strach zo straty inej časti tela či z inej formy fyzickej ujmy. Postupujúc späť vo vývojovej hierarchii ku ešte včasnejšej úzkosti sa dostávame ku strachu zo straty lásky či uznania druhou osobou (pôvodne rodičom). Ešte primitívnejším zdrojom úzkosti je možnosť straty nielen lásky objektu, ale celého objektu, čo sa označuje ako separačná úzkosť. Najprimitívnejšími formami úzkosti je úzkosť z prenasledovania a úzkosť z dezintegrácie. Úzkosť z prenasledovania je odvodená z Kleinovej paranoidne-schizoidnej pozície, pri ktorej je primárna úzkosť z toho, že vonkajší perzekujúci objekt vnikne dnu a zvnútra pacienta zničí. Úzkosť z dezintegrácie možno odvodiť zo strachu zo straty

vlastných zmyslov alebo splynutia s objektom alebo z obavy z fragmentácie a zo straty vlastnej integrity pri chýbaní idealizujúcich odpovedí od druhých ľudí.

Vždy, keď je úzkosť súčasťou klinického obrazu, musí si psychiater zabezpečiť pacientovu spoluprácu pri identifikovaní vývojového pôvodu úzkosti. Úzkosť, tak ako väčšina symptómov, je často mnohonásobne podmienená problémami prameniáciami z rôznych vývojových úrovní, tak, ako to ilustruje nasledovný prípad:

Pán N. bol slobodný, nezamestnaný 20-ročný muž, ktorý bol hospitalizovaný s voľne fluktujúcou úzkosťou a hypochondrickými obavami. Hoci mal tieto ťažkosti už niekoľko rokov, exacerbovali niekoľko mesiacov pred prijatím, keď sa jeho rodičia rozišli a začali uvažovať o rozvode. Jeho úzkosť a hypochondria bola tak intenzívna, že nebol schopný fungovať v škole či práci. Jeho stav sa zhoršoval, až kým netrúvil takmer celý deň v posteli a večer chodil hrať videohry, ktoré boli niekoľkokrát týždenne prerušené úzkosťou z toho, že má vážnu chorobu a môže každú chvíľu zomrieť. Aby sa uistil, ihneď navštevoval rodinného lekára alebo pohotovosť. Výsledkom toho boli účty na tisíce dolárov, ktoré chodili jeho otcovi.

Pán N. povedal, že problémy začali v 10. triede, kedy začal mať pocit, že jeho život sa rozpadá. Sexuálne pudenie v dôsledku puberty mu bolo veľmi na obtiaž a túžil sa ešte vrátiť do času, kedy mu nezáležalo na príslušnosti k pohlaviu. Oboch svojich rodičov opísal ako dotieravých a voyeristických, narušujúcich generačné hranice a nerešpektujúcich jeho súkromie. Keď mal 7 rokov, otec ho nútil pózovať nahého pre fotografa. Otec ho často sledoval, keď sa prezliekal pred hokejovým tréningom a hovoril mu, nech si radšej nedáva spodky. Jeho matka mu niekedy zo žartu strhávala uterák, keď vychádzal zo sprchy. Sťažovala sa mu na otcovu sexuálnu neschopnosť, rozmyšľala dokonca nad tým, že jej manžel má možno obavy z toho, že pacient vyrastie a zaberie jeho miesto. Preto si pán N. myslel, že bol pre svojich rodičov "sexuálny objekt".

Všetky vyšetrenia vrátane neurologického boli v poriadku. V anamnéze mal iba kongenitálny reziduálny privesok na ľavom testes, ktorý bol vo veku 10 rokov chirurgicky odstránený.

Pán N. sa opísal, že je asexuálny, spomínal však, že v neskoršej adolescencii mal homosexuálne fantázie voči mladíkovi, ktorého z diaľky obdivoval a ktorý bol jeho idolom. Ponúkaný sexuálny styk s ním však odmietol. Mal určité skúsenosti s heterosexuálnym láskaním, ktoré však vždy krátko pred pohlavným stykom zastavil. Páčilo sa mu tiež pozerieť sa na zdravých mladých mužov a ženy. Úloha sexuálneho partnera bola pre neho očividne príliš zúskostňujúca.

Pán N. mal značné problémy s diferencovaním seba od druhých. Vždy, keď bol v styku s inými pacientami na oddelení, začal si privlastňovať ich charakteristiky. Napríklad, keď začala byť jedna mladá pacientka psychotická, pán N. bol presvedčený, že aj on sám sa dezorganizuje. Táto jeho tendencia príliš sa identifikovať so spolupacientami viedla k tomu, že sa ich začal strániť. Rovnako tak sa stránil personálu. Táto vzdialenosť od druhých mu spôsobovala úzkosť zo samoty. Ako kompromis medzi príliš veľkou vzdialenosťou a prílišnou blízkosťou mu slúžilo to, že provokoval personál a spolupacientov ku negatívnym interakciám. Opakovane porušoval liečebný program, aby provokoval voči sebe prenasledovanie. Potom sa cítil ako obeť a vybuchoval pohrdavosťou a zúrivosťou voči tým, ktorých chápal ako perzekujúcich. Tento vzorec bol opakovaním správania voči jeho otcovi. Počas hospitalizácie na neho otec kričal do telefónu kvôli nedostatku motivácie a nedisciplinovanosti, čo pacienta občas primälo až k slzám. Preto sa potom pán N. často sťažoval na tyranské sklony svojho otca: "Som na neho nahnevany. Cítim sa dusený svojím otcom. Kontroluje môj život, ale ak by tak nerobil, môj život by sa rozpadol . . ."

Tento pacient spĺňal kritériá pre generalizovanú úzkostnú poruchu a hypochondriázu na osi I. Na osi II. spĺňal tiež kritériá pre borderline poruchu osobnosti kvôli svojim početným "neurotickým" symptómom, ťažkej poruche identity, svojmu neadekvátnemu a intenzívnemu hnevu, kvôli svojim nestabilným a intenzívnym interpersonálnym vzťahom, afektívnej labilitate a kvôli svojej intenzívnej úzkosti zo separácie.

Výsledkom dôkladného zhodnotenia pacientovej úzkosti bolo sformulovanie mnohopočetných determinánt tohoto symptómu. Na falicko-oidipálnej úrovni sa jeho úzkosť vzťahovala ku obave z

kastrácie. Pretože pociťoval svoju matku ako zvädzajúcu a exhibicionistickú, odsťahoval sa od nej a žil spolu s otcom a jeho rodičmi. Veľa odhalili projektívne psychotické testy s TAT (tématický apercepčný test). Pacient referoval toto:

"Táto žena je matkou chlapca, ktorý masturbuje. Otvára dvere a s pohľadom odporu, ale tiež šťastia a vidí svojho malého syna masturbovať. On je zmätený a nerozumie tomu, čo robí. Bolo to iba inštinktívne. Ona cíti s ním jeho vzrušenie, avšak obaja sa tiež cítia vinní kvôli perverznému potešeniu. Ona sa veľmi zaujíma o sexuálny život svojho syna . . ."

Tento príbeh ilustruje hrozbu možného incestu, odráža tiež prítomnosť neadekvátne vytesnených polymorfných perverzných sexuálnych impulzov. Pociťovaná dostupnosť svojej mamy pacientovi spôsobovala strach z otcovej odplaty. Jeho homosexuálne záujmy mohli byť úsilím obrániť sa voči úzkosti z kastrácie tak, že sa vyhne kompetitívnej heterosexuálnej aréne, kde hrozí odplata. Kastrácia môže hroziť aj od opačného pohlavia, pretože ako povedal: "Mám strach zo sexuálneho styku. Mám strach, že sa mi pri ňom odsekne penis". Chirurgický zákrok na testes, ktorý vo svojich 10. rokoch podstúpil, zrejme ešte zosilnil jeho kastračnú úzkosť.

Pacientovu úzkosť však nemožno vysvetľovať iba falicko-oidipálnymi činiteľmi. Pôvod jeho problémov s diferenciáciou medzi sebou a druhými je čiastočne spojený so sexuálnou dotieravosťou oboch rodičov a s tým, že nedokázali vyhradiť medzi sebou a ním generačnú hranicu.

Iným činiteľom podmieňujúcim úzkosť pána N., bol jeho pocit, že druhí môžu narušiť jeho hranice. Cítil sa tak vtedy, keď bol v blízkosti druhých pacientov a začal si privlastňovať ich pocity. Preto ho jeho reakcia na túto kombináciu perzekučnej úzkosti a úzkosti z dezintegrácie viedla k tomu, že si udržiaval od druhých odstup, aby sa vyhol splynutiu s nimi, čo však zvýšilo úzkosť zo separácie. Za zmienku stojí, že pán N. situuje svoj prvý atak úzkosti do obdobia, keď odchádzal z domu na internát. Aby sa vysporiadal s obavou zo separácie, provokuje pacient druhých, aby sa k nemu správali ako perzekútori. Pomocou projektívnej identifikácie pacient externalizuje vnútorný objektívny vzťah perzekútor - obeť a pokúša sa ho hrať spolu s personálom. V úsilí získať opätovné uistenie, že je milovaný, núti personál, aby sa správal ako jeho nahnevaný a kontrolujúci otec. Túto formu uistenia mohol získať iba v hádke, pretože milujúca interakcia by hrozila splynutím. Často opúšťal aktivity na oddelení kvôli neznesiteľnej úzkosti. Udával, že ho priťahoval iný mladý muž, ktorý sa tiež zúčastňoval tej aktivity a často mal s ním homosexuálne predstavy. Vždy, keď cítil hrozbu, že by bol pri ňom príliš fyzicky blízko, odišiel. Potom však dostal úzkosť z toho, že bol oddelený od objektu svojich predstáv a aby sa cítil menej osamotený, provokoval hádky s personálom.

Dilema pána N. - potreba s niekým splynúť, aby mohol prežiť, a na druhej strane strach zo straty identity, bola výraznou prekážkou v liečbe. Opakovane vyjadril želanie opustiť nemocnicu, pretože ako povedal, jeho otec by sa rozpadol na kusy, keby sa on vyliečil. To je projektívne opísanie toho, čo by sa stalo jemu samotnému, keby sa jeho stav začal zlepšovať. Primitívna povaha jeho úzkostí sa prejavila v jeho prerieknutí, keď sa opäť sťažoval na psychoterapiu a chcel odísť. Zmeniac tému na fyzické obtiaže - štípance na nohách od akéhosi hmyzu, si postťažoval: "Už som úplne dožratý týmito pohľadmi do vnútra (mukami), totiž muchami".

Rovnako tak ako pán J. v kapitole 7, aj pán N. mal úzkosť, ktorá by sa dala nazvať ako introjekcia prenasledovaného objektu. Inými slovami, úzkosť pána N. z toho, že vonkajší perzekútor ho prepadne a prevezme nad ním vedenie, sa transformovala na strach, že je ničeny zvnútra vnútorným perzekútorom vo forme choroby.

Prípád pána N. ilustruje, ako môže úzkosť slúžiť ako okno do vývojových problémov. Rovnako ako lúč svetla prechádzajúci hranolom, rozdeľuje sa pacientova úzkosť na minimálne štyri zložky: úzkosť z kastrácie, úzkosť zo separácie, úzkosť z perzekúcie a úzkosť z dezintegrácie.



## **Biologické rozmery úzkosti**

Najnovší neurobiologický výskum potvrdil Freudove pozorovania, že sú 2 základné formy úzkosti: jedna podmienená najmä psychologicky a druhá odvodená od autonómnych biologických faktorov. Dnes už je dobre známe, že záchvaty paniky sú zmiernené imipraminom a inhibítormi MAO, zatiaľ čo anticipačná úzkosť nie je. Panické ataky tiež môžu byť vyvolané podaním laktátu. Ďalším dokladom biologickej bázy panickej poruchy je vyššia incidencia panickej poruchy v rodine pacienta s touto chorobou a 31% konkordancia u monozygátých dvojčiat v porovnaní s 0% u dizygotných dvojčiat.

Zatiaľ čo Freud označil ego ako psychologické sídlo úzkosti, dnešní vedci identifikovali locus coeruleus ako biologické sídlo úzkosti. Je to najväčšie noradrenergické jadro v mozgu. Nervové dráhy vstupujú do tohoto jadra z každej úrovne CNS a eferentné dráhy vedú ku všetkým hlavným fyziologickým systémom, ktoré sú zapojené pri záchvate paniky. Locus coeruleus zrejme reguluje úroveň úzkosti v organizme pomocou aktivácie či deaktivácie inhibičných neurónov, ktoré sú aktivované GABA. Benzodiazepíny pracujú podobne v tom, že aktivujú inhibičné neuróny v locus coeruleus. Naopak, pocit paniky môže byť u človeka vyvolaný deaktiváciou GABA kontrolujúcich neurónov piperoxanom a yohimbínom. Z toho dôvodu môže porušenie regulácie GABA systému v locus coeruleus predstavovať biologicky podmienenú etiológiu panickej poruchy, nezávisle od psychologických faktorov.

Freud hovoril, že fyziologická úzkosť napomáha vývoju panického stavu. Nemiah (1981) spojil Freudove formulácie s biologickými rozdielmi medzi panickými záchvatmi a anticipačnou úzkosťou. Aby vznikol klasický panický záchvat, musí byť zasiahnutá príslušná nervová štruktúra, a to psychologickými alebo fyziologickými faktormi. Bez zasiahnutia tejto nervovej štruktúry by konečným výsledkom bola miernejšia forma anticipačnej úzkosti. Nemiah poznamenal, že "u pacientov so sklonom k panickým záchvatom, ktoré sú dielom špecifickej predisponujúcej neurálnej štruktúry, vyústi úzkosť, vyvolaná psychologickými konfliktami, do paniky, zatiaľ čo u pacientov bez tejto predispozície sa objaví vo forme menej intenzívnej anticipačnej úzkosti". Efektívna psychoterapia veľmi pravdepodobne vedie ku dlhodobým štrukturálnym a funkčným zmenám v mozgu, ktoré sa týkajú zmien v expresii určitých génov (Kandel 1983). Naviac, ako bolo podotknuté v 1. kapitole, u niektorých pacientov s intenzívnou úzkosťou z odlúčenia stačí iba terapeutov hlas v telefóne, ktorý ukludní panický záchvat ešte rýchlejšie než najúčinnjšie farmakum.

## **Panicná porucha**

Hoci panické ataky trvajú iba pár minút, pacienti spôsobujú veľké trápenie. Okrem alarmujúcich fyziologických symptómov akými sú dusenie sa, nevoľnosť, potenie, tras tela, tachykardia, zažívajú pacienti často pocit bezprostredne hroziacej smrti. Mnohí pacienti s panickou poruchou majú tiež agorafóbiu (napr. strach byť na mieste, odkiaľ uniknúť by bolo veľmi ťažké či veľmi strápňujúce). Pretože sa panické ataky vracajú, u pacientov sa vyvinie sekundárna úzkosť z očakávania, kedy príde ďalší záchvat. Tí pacienti, ktorí majú navyše aj agorafóbiu, často obmedzujú svoj pohyb tak, aby hroziaci záchvat mohli dostať len tam, odkiaľ môžu ľahko odísť.

Panicná porucha môže byť bez psychologického obsahu, záchvaty môžu prichádzať bez zjavných vonkajších či vnútorných príčin. Preto sa na nešťastie v liečbe týchto prípadov považuje úloha psychodynamického psychiatra za bezpredmetnú. Značná časť pacientov však má záchvaty vďaka psychodynamickým faktorom, a preto u nich môže psychologická intervencia zabráť. Okolnosti záchvatu a celú anamnézu treba dôkladne preskúmať, aby sa zistilo, či psychologické faktory hrajú úlohu.

Hoci sú neurofyziologické faktory pri panickej poruche evidentné, týkajú sa skôr patogenézy

než etiologie. Žiadny neurobiologický údaj neobjasňuje, čo je spúšťáčom panického záchvatu. V štúdiu zahŕňajúcej psychodynamické interview s 9 pacientami, sa u každého z nich podarilo identifikovať význačný stresor, predchádzajúci nástupu panických záchvatov.

Pacienti s panickou poruchou majú pred nástupom ochorenia vyšší výskyt stresujúcich životných udalostí, najmä straty dôležitej osoby, než kontrolu skupina. V inej štúdiu pacienti nielenže zažili v roku pred nástupom panických záchvatov stresujúcejšie životné udalosti, ale tiež pociťovali vo svojom živote viac trápenia.

Veľmi zaujímavé sú údaje hovoriace o tom, že 25-43 % pacientov s panickou poruchou priaznivo reaguje na placebo, v porovnaní napr. s pacientami s OCD, ktorí na placebo nereagujú takmer vôbec. To tiež poukazuje na psychologické vplyvy pri tomto ochorení. Kognitívne-behaviorálne postupy sú v liečbe panickej poruchy efektívne, čo tiež poukazuje na to, že v hre sú psychologické faktory. Mnohé prípady, ktoré boli úspešne liečené psychoanalýzou či psychodynamickou psychoterapiou dokazujú, že v liečbe panickej poruchy by psychologická intervencia mala mať hlavnú úlohu.

Názor, že psychologická trauma môže viesť k neurofyziologickým zmenám pri panickej poruche, bol podporený veľkou štúdiou, v ktorej bola sledovaná súvislosť medzi stratou rodičov pred 17 rokom života a psychopatológiou v dospelosti u 1018 párov dvojčiek ženského pohlavia. Bolo zistené, že panická porucha bola silne spojená so smrťou či odlúčením od rodičov. Odlúčenie od matky pôsobilo patogeneticky vo väčšej miere než odlúčenie od otca.

Títo pacienti majú veľmi málo vyvinutú objektívnu stálosť. Nevedia si vybaviť vnútorný obraz terapeuta v čase, keď sa cítia zle. Keď má terapeut dovolenku, môžu dostávať paniku, ktorá je spustená myšlienkou, že terapeut strácajú, boja sa, že zomrie alebo ich opustí. Niekedy im stačí iba počuť jeho hlas napr. na telefónnom odkazovači. Jedna pacientka povedala: "Bud' váš hlas alebo xanax". Stačil iba zvuk terapeutovho hlasu, aby sa uistila, že terapeut je stále naporúdzi. Hlas má rovnakú silu ako farmakum. Počas dlhodobej expresívne-podpornej psychoterapie sa u pacientov s nedostatočnou objektívou stálosťou zvyšuje schopnosť vyvolať si internalizovaný obraz terapeuta, výsledkom čoho úzkosť zo separácie a panické záchvaty výrazne ustupujú. Ďalší dôkaz, že psychoterapia môže spôsobiť trvalé neurofyziologické zmeny.

Pacienti s panickou poruchou potrebujú kombináciu farmako- a psychoterapie. Tí, ktorí sú rezistentní na lieky, často kvôli tomu, že si myslia, že sú tak stigmatizovaní ako duševne chorí, u ktorých majú lieky vedľajšie nežiadúce účinky, potrebujú psychoterapiu. Lekári liečiaci iba farmakologicky musia počítať s veľkým rizikom relapsu ochorenia po vysadení liekov (71-95 %). Psychoterapia je nástrojom aj u tých pacientov, u ktorých je problém s compliance.

Prípad: Pán O., 27-ročný úradník, prišiel s tým, že má záchvaty paniky vždy, keď sa pokúša odísť z mesta. Spočiatku nevedel záchvaty spojiť so žiadnou psychologickou príčinou, v priebehu terapie však vyšlo najavo veľa vecí. Pán O. práve kúpil dom a jeho žena čakala prvé dieťa. Keď psychiater poznamenal, že to znamená zvýšenú zodpovednosť, pacient povedal, že sa cíti skôr na 7 než 27 rokov. Nebol si istý, či je pripravený niest' na pleciach zodpovednosť manžela a otca, ktorý má splácať pôžičku za dom. Keď mal detailnejšie opísať záchvaty paniky, vysvitlo, že ich mal vždy, keď chcel odísť z mesta. Psychiater sa spýtal na účel týchto výletov. Pán O. povedal, že vždy mal ísť s otcom na poľovačku. Psychiater sa ďalej pýtal, či sa na týchto výletoch nestalo niečo nepríjemné, na čo sa mu dostala odpoveď, že pán O. opakovane náhodne postrelil otca, našťastie vždy len s ľahkým zranením.

Z explorácie prípadu vyplynulo, že súčasné životné udalosti pacienta posunuli ešte viac do súperenia s jeho otcom, pretože teraz on sám bol manželom, otcom, žiteľom. Toto aktivovalo jeho agresívne želania namierené voči otcovi, ktoré boli založené na vytesnenej, nevedomej oidipálnej rivalite. Impulz zničiť otca sa prejavil vo forme dvoch postrelení na predošlých výletoch. Teraz, keď pán O. plánoval odísť z mesta na poľovačku s otcom, hroziace objavenie sa agresívnych impulzov vytvorilo ako signál úzkosť, ktorá bola transformovaná do plných záchvatov paniky, pretože tento konkrétny pacient mal vhodný podmieňujúci nervový substrát, potrebný pre

transformáciu úzkosti do paniky. Výsledkom bolo vyhýbanie sa situáciám, v ktorých sa mohli aktivovať deštruktívne želania a imaginovaná odplata (kastrácia).

Pacient sa podrobil expresívne-podpornej psychoterapii. S postupom terapie začal pán O. viac a viac hovoriť o svojom naviazaní na matku. Tá mala tiež strach z odlúčenia, keď bol pacient malý a chcel ísť von, matka ho varovala pred mnohými nebezpečiami, ktoré ho tam môžu postretnúť. Pán O. si v priebehu terapie uvedomil, že spolu s matkou zdieľa jej úzkosť z odlúčenia. Všimol si, že vždy keď jeho žena bola preč, celý deň mal strach, či neumrela, a teda neopustila ho. Pacientove oidipálne úzkosti boli zložené z primitívnejších úzkostí zo straty objektu, pôvodne svojej matky, teraz svojej ženy.

Po asi 2 rokoch terapie sa pán O. zbavil panických záchvatov aj anticipačnej úzkosti. V práci postúpil, čo dokázal zvládnuť bez úzkosti. Jeho nová práca vyžadovala vycestovať z mesta takmer každý pracovný deň, čo prebiehalo bez akejkoľvek paniky.

Po niekoľkých rokoch sa vrátil k ďalšej liečbe, keď 2 životné udalosti reaktivovali podmieňujúcu nervovú štruktúru, ktorá bola mediátorom panických záchvatov. Vo svojom podnikaní začal byť extrémne úspešným, a tak žil blahobytným životom. V tomto období bola jeho otcovi zistená nevyliciteľná forma rakoviny. Tentokrát kombinácia farmakoterapie (alprazolamom) a psychoterapie pomohla pánovi O. zmierniť panické záchvaty na znesiteľnú úroveň.

## **Fóbie**

Úzkostné poruchy sú ako skupina najčastejšie sa vyskytujúce spomedzi ostatných kategórií duševných porúch. Medzi úzkostnými poruchami sú zďaleka najčastejšie fóbie. V DSM-IV sú fóbie rozdelené do 3 kategórií:

- 1) agorafóbia bez panickej poruchy
- 2) špecifické fóbie
- 3) sociálna fóbia

Psychodynamické chápanie fobií ilustruje neurotický mechanizmus tvorby symptómu, opísaný na začiatku tejto kapitoly. Keď sa zakázané sexuálne či agresívne myšlienky vynoria z nevedomia, je aktivovaná signálna úzkosť, ktorá vedie k zapojeniu troch obranných mechanizmov: presunutia, projekcie a vyhnutia sa. Tieto obrany eliminujú úzkosť tým, že ešte raz znovu vytesnia zakázané želanie, avšak úzkosť je zvládaná na úkor falickej neurózy. Klinický prípad ilustruje tvorbu fóbického symptómu:

Pán P. bol 25-ročný veúci pracovník, ktorý práve dokončil štúdium a zaujal svoje prvé pracovné miesto. Vyvinula sa u neho sociálna fóbia - intenzívny strach z toho, keď mal v práci či inde stretať nových ľudí. Dostal tiež intenzívnu úzkosť vždy, keď musel v práci rozprávať pred viacerými ľuďmi. Keď bol do týchto obávaných situácií donútený ísť, začal lapať po dychu, koktať do takej miery, že nedokázal dokončiť vetu.

Bola mu odporúčaná krátkodobá dynamická terapia, na základe toho, že mal dostatočne silné ego, vysokú úroveň motivácie a psychologické uvedomenie. Na treťom sedení povedal, že najhoršou časťou stretnutia sa s novými ľuďmi bolo to, že sa mal predstaviť. Prebehol nasledovný rozhovor:

Dr.: Čo je ťažké na tom, keď máte povedať vaše meno?

Pac.: Vôbec neviem.

Dr.: Keď chvíľu uvažujete o vašom mene, čo vás napadne?

Pac.(po chvíli): No, je to tiež meno môjho otca.

Dr.: Ako sa pri tom cítite?

Pac.: Myslím, že trochu neprijemne.

Dr.: Prečo je to tak?

Pac.: Nuž, nemal som s ním dobrý vzťah. Odkedy opustil moju mamu, keď som mal 4 roky, videl som ho veľmi málo.

Dr.: Takže ste žil s mamou sám, po tom čo odišiel?

Pac.: Áno. Moja mama sa potom už nevydala a tak som musel byť mužom v domácnosti od najrannejšieho detstva a necítil som sa byť pripravený na toľkú zodpovednosť. Keď som bol dieťa, každý hovoril, že som sa správal ako dospelý. To mi vadilo, pretože som cítil akoby som iba predstieral to, že som dospelý, zatiaľ čo v skutočnosti som bol vo svojom vnútri dieťaťom. Cítil som sa, akoby som všetkých klamal, a keby to zistili, boli by na mňa nahnevani.

Dr.: Zaujímalo by ma, či cítite to isté teraz, keď sa predstavujete?

Pac.: Myslím, že to je presne to, čo cítim. Povedať moje meno znamená povedať, že sa snažím byť mojím otcom.

Terapeutova interpretácia pomohla pánovi P. uvedomiť si, že jeho úzkosť bola spojená s pocitom viny a hanby z predčasného zaujatia pozície jeho otca. Predstavoval si, že druhí prehladnú túto frašku či podvod a odsúdia ho. Po desiatich sedeniach krátkej dynamickej terapie pacient prekonal svoju sociálnu fóbiu a bol schopný v práci i mimo nej dobre fungovať.

Počas oidipálnej fázy vývoja pána P. ho otec nechal osamote s jeho matkou. V tej pôvodnej zúskostňujúcej situácii sa obával kastrácie či odplaty (zo strany svojho otca) za to, že zaujal jeho miesto pri matke. Ako dospelý sa vysporiadal s úzkosťou tak, že zamenil pôvodnú obávanú situáciu za bezvýznamnú a zdanlivo triviálny derivát tej situácie, a to za vyslovenie svojho mena počas predstavovania sa. Symbolicky to znamenalo prebratie úlohy jeho otca. Druhým obranným manévrom bolo projikovať obávanú situáciu navonok do okolia tak, aby hroziaci trest či odsúdenie prišlo radšej zvonka než zvnútra (t. j. od superega). Tretím a posledným pacientovým obranným mechanizmom bolo vyhnutie sa. Tým, že sa vyhol všetkým situáciám, v ktorých sa mal predstaviť, či hovoriť pred ostatnými, mohol pán P. mať kontrolu nad svojou úzkosťou, avšak na úkor obmedzenia svojho sociálneho života a riskovania postavenia v práci.

Podobnú úzkosť z rozprávania pred druhými má mnoho ľudí, keď však použijeme kritériá DSM-III, prevalencia sociálnej fóbie klesne na 2%. Presný výskyt sociálnej fóbie je ťažké určiť, pretože diagnóza je často aplikovaná na všeobecnú plachosť a vyhýbanie sa opačnému pohlaviu zo strachu z odmietnutia.

Sociálnu fóbiu možno použiť na ilustráciu vzájomného pôsobenia medzi konštitúciou a prostredím. Je evidentné, že očakávanie toho, že skúmané pohľady druhých povedú k poníženiu a strápneniu má svoj základ v temperamente. Väčšina detí, ktoré sú v správaní inhibované, patria do skupiny novorodencov, ktorí sa narodili s nižším prahom limbicko-hypotalamického vzrušenia. Na túto vrodennú disciplínu však musí pôsobiť aj chronický stres z okolia, aby výsledkom bolo plaché správanie. Takými stresormi sú ponižovanie a kritika zo strany starších súrodencov, rodičov a smrť rodiča či odlúčenie od neho.

Rodičia plachých detí sú veľmi náchylní k úzkostným poruchám, najmä k sociálnej fóbi. Takéto deti si neskôr tiež rozvinú úzkostnú poruchu, možno aj tým, že majú úzkostných rodičov, ktorí im rozprávajú, že svet je nebezpečným miestom.

Sociálna fóbia má vysoký výskyt komorbidity. (Podľa Schneiera, 1992, 69%.) Ak sa vyskytuje sociálna fóbia izolovane, len veľmi zriedka sa dostane k lekárovi.

Klinická práca so sociálnymi fobikmi ukázala, že sa u nich vyskytujú určité charakteristické vnútorné objektívne vzťahy. Títo pacienti majú zvnútornené reprezentácie rodičov, pestúnov, či súrodencov, ktorí kritizujú, vysmievajú sa, ponižujú, opúšťajú, zahanbujú. K týmto internalizáciám dochádza v detstve, a potom sú opakovane projikované na osoby v okolí, ktorým sa potom človek vyhýba. Aj keď títo pacienti môžu mať genetickú predispozíciu k tomu, že pociťujú druhých ako ubližujúcich, pozitívne zážitky to môžu zmierniť.

Vďaka značnému úspechu behaviorálnej desenzitizácie a zčasti vďaka tricyklickým

antidepresívam, psychodynamický prístup v liečbe fóbií akosi vypadol z hry. U pacientov ako pán P. je často efektívna expresívna psychoterapia. Iným pacientom možno pomôcť viac podporným prístupom v kombinácii s medikáciou alebo bez nej. Štúdie ukázali, že aj podporná aj behaviorálna terapia má rovnaké výsledky - 70-86% pacientom sa výrazne zlepšil stav.

Interpersonálne dôsledky fóbií majú tiež úžitok z dynamického prístupu. Váženejší agrafobici tým, že sú nútení ostať doma, vyžadujú starostlivosť od ďalšej významnej osoby, napr. partnera či rodiča. Je bežné, že žena s agorafóbiou a jej manžel sa počas rokov jej choroby na ňu adaptovali. Manžel sa môže cítiť istejší, lebo vie, že žena je stále doma. Ak sa agorafóbia lieči, rovnováha ich vzťahu sa môže narušiť. Manžel sa môže začať obávať, že žena si bude hľadať iného muža. Adekvátne liečba fóbie zahŕňa zhodnotenie toho, ako fóbia zapadá do siete pacientových vzťahov. Psychodynamické pochopenie interpersonálneho kontextu fóbie môže preto byť rozhodujúce pre zvládanie odporu voči konvenčnej liečbe, akou je behaviorálna desenzitizácia a medikácia.

## **Obsedantne-kompulzívna porucha**

Obsesie sú definované ako vracajúce sa ego-dystónne myšlienky, zatiaľ čo kompulzie sú ritualizované úkony, ktoré musia byť vykonané, aby sa znížila úzkosť. Ťažkosti týchto pacientov sa dajú zahrnúť do piatich kategórií:

- 1) rituály, zahŕňajúce kontrolovanie
- 2) rituály, zahŕňajúce očisťovanie
- 3) obsedantné myšlienky, nesprevádzané kompulziami
- 4) obsedantná pomalosť
- 5) zmiešané rituály.

Tí pacienti, ktorí vykonávajú očistné rituály alebo majú obsedantné myšlienky o mozgovej nákuze, sú podobní fobickým pacientom. Nedávny výskum ukázal, že OCD sa vyskytuje v oveľa väčšej miere, ako sa všeobecne predpokladá. Celoživotná prevalencia je 1,2-2,4%. OCD je často komplikovaná depresiou a vážnym postihnutím pracovného a sociálneho fungovania.

DSM-III neklasifikovala OCD ako úzkostnú poruchu, pretože primárnou funkciou obsesie či rituálu sa zdá byť regulácia úzkosti. Klasická formulácia obrannej regresie obsiahnutej v obsedantne-kompulzívnej neuróze bola zosumarizovaná Nemiahom (1988):

"Keď treba čeliť stimulu, vychádzajúcemu od úzkosť provokujúceho oidipálneho libida, namiesto vytesnenia pudu a premeny energie na somatické symptómy ako pri hystérii, či presunutia a projikovania ako pri fóbickej neuróze, ustupuje pacient s OCD z oidipálnej pozície a regreduje na ceste psychosexuálneho vývoja do análnej fázy. Tejto regresii často napomáha prítomnosť análnych fixácií, ktoré vznikli vďaka narušeniu pacientovho prechodu týmto vývojovým štádiom v jeho rannom detstve."

Ďalším produktom regresie je rozdelenie jemnej fúzie medzi agresívnymi a sexuálnymi pudmi, ktorá je charakteristická pre oidipálnu fázu. Pocity lásky a nenávisti už viac nie sú spojené, ale stoja vedľa seba, a tak je neurotik s OCD typicky zaplavený ambivalenciou, paralyzovaný nerozhodnosťou. Ako sa píše v 2. kapitole, osoba s OCD charakteristicky používa obranné mechanizmy izolácie, reaktívnej formácie, intelektualizácie a odčinenia, aby sa dokázala vysporiadať s primitívnym sexuálnym a agresívnym pudom, ktoré musí byť ovládnuté a pod kontrolou.

Psychodynamické vysvetlenie OCD sa teraz musí vysporiadať s najnovšími biologickými výskumami. Mnohí vedci dokazujú, že porucha má biologický podklad na základe vyššieho výskytu OCD u monozygotných než dizygotných dvojčiat, a tiež podľa dramatického zlepšenia poruchy po psychochirurgickom zákroku. Štúdia za pomoci počítačovej tomografie dokázala, že pacienti s OCD majú signifikantne menší nucleus caudatus než kontrolná skupina zdravých

jedincov. V inej štúdií sa u pacientov s OCD našlo signifikantne viac znakov dysfunkcie CNS než v kontrolnej skupine. A konečne, na rozdiel od panickkej poruchy, pri ktorej jedna štvrtina až jedna tretina odpovedá na placebo, OCD nevykazuje na placebo žiadnu odpoveď. Súčasný konsenzus znie, že OCD zahrňuje biologickú predispozíciu, ktorá interaguje so psychologickými faktormi a faktormi prostredia (Rachman a Hodgson 1980).

Výsledky liečby OCD tiež poukazujú na biologickú komponentu. U niektorých pacientov je efektívny clomipramin a fluvoxamin. OCD symptómy sú notoricky odolné voči psychoanalýze či na vhl'ad orientovanej psychoterapii. (Obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti sa dá týmito metódami dobre liečiť, ako sa píše v 19. kapitole.) Rovnako ako panická porucha, aj OCD môže byť vyvolaná faktormi prostredia. V jednom výskume (Buttolph a Holland 1990) sa u 69% pacientov s OCD spojil nástup OCD s tehotenstvom, narodením dieťaťa či rodičovskou starostlivosťou o svoje deti. U štyroch z piatich žien, ktoré mali potrat, exacerbovala OCD počas tehotenstva. Známe je tiež, že symptómy sa objavujú a miznú podľa množstva stresu, ktoré pacient vo svojom živote prežíva.

Hoci väčšina lekárov súhlasí, že farmakoterapia je kľúčovou pri zvládaní OCD, nemala by byť jedinou liečbou. Štúdia 520 pacientov s OCD ukázala, že po 10 týždňoch liečby klomipraminom k výraznej redukcii došlo iba v 38-44% prípadov. Rovnako tak bez behaviorálnej liečby je riziko relapsu pri klomipramine vysoké. Najlepšie výsledky majú behaviorálne techniky s in vivo expozíciou kombinované s prevenciou (Barlow a Berk 1984). Aj behaviorálna modifikácia však má vysoké percento relapsov, pretože vyžaduje od pacientov následnú spoluprácu. Mnohí z nich prestanú spolupracovať, pretože ich domáce úlohy sú náročné na čas a provokujú úzkosť. Bez akejkoľvek liečby dosiahne úplnú remisiu príznakov alebo ich výrazné zlepšenie až 40% pacientov s OCD.

Mnohí pacienti s OCD sa zubami-nechtami držia svojich symptómov, urputne odolávajú pokusom o liečbu. Symptómy samotné môžu niektorých u nich chrániť pred psychotickou dezintegráciou, a teda vykonávajú vysoko užitočnú funkciu čo sa týka psychologickej homeostázy. Napriek refraktívnej povahe mnohých symptómov, môže psychodynamická terapia výrazne zlepšiť interpersonálne fungovanie pacientov s OCD. Dynamický prístup môže byť tiež kľúčovým pri prekonávaní pacientovho odporu voči liekom (ako v prípade pána A. v kapitole č. 1). Symptómy OCD často vedú k mimoriadnym vzťahovým problémom a diagnóza OCD je spojená s vysokým rizikom rozvodu. Preto môže byť psychodynamická terapia jedinou efektívnou možnosťou, schopnou riešiť vzťahové problémy, ktoré vznikli sekundárne popri symptómoch OCD. Tu môže byť účinná najmä skupinová dynamická terapia, ako ukazuje nasledovný prípad:

Pán Q., 33-ročný úradník, trpiaci od detstva OCD. Rok bol v individuálnej psychoterapii bez zlepšenia, a tak ho jeho terapeut, mysliac si, že skupinová psychoterapia bude vhodnejšia pre jeho interpersonálne problémy, odporučil do expresívnej terapeutickkej skupiny vedenej jedným terapeutom a jednou terapeutkou. Počas prvých mesiacov účasti na skupinách mal pán Q. sklony monopolizovať diskusiu svojimi dlhými, nesúvislými úvahami, a tak úspešne nepripúšťal nikoho iného k slovu. Keď sa ostatní pokúšali reagovať na to, čo hovoril, zvýšil hlas a začal hovoriť ešte rýchlejšie, aby ich umlčal. Väčšina toho, čo hovoril, mala za účel presvedčiť ostatných, že v sebe neskrýva žiadne sexuálne či agresívne pocity. Paradoxne sa však spôsoby pána Q. zdali členom skupiny dosť agresívne. Postupne ale isto ho začali konfrontovať s jeho monopolistickými tendenciami. Ako je to časté u pacientov s OCD, pán Q. oveľa ľahšie akceptoval konfrontáciu od druhých pacientov, než od dvoch terapeutov.

Po pár rokoch sa objavili postupné zmeny. Pán Q. začal počúvať, čo hovoria druhí. Po prvýkrát si uvedomil, že jeho obsedantnosť mala dopad aj na druhých. Tým, že viac počúval, stal sa viac empatickým voči trápeniam druhých. Ako sa vyvíjala jeho dôvera voči skupine, bol schopný zdôveriť sa jej so svojimi kompulzívnymi rituálmi. Keď sa skupinové sedenie nevydarilo, išiel späť do práce tou istou cestou, ktorou chodil na sedenia. Niekedy cestu prešiel tam a späť niekoľkokrát, než išiel domov a predstavoval si, že tak vymaže všetko zlé, čo sa na sedení odohralo (príklad

obranného mechanizmu odčinenia). Na jeho prekvapenie druhí pacienti v skupine dokázali akceptovať fakt, že má symptómy, bez toho, aby ho za ne odsudzovali.

Rovnako tak sa postupne pán Q. dokázal v skupine podeliť o svoje sexuálne konflikty. Pôvodne tvrdil, že sa nikdy neobzerá za ženami, aby skupinu uistil, že má svoje sexuálne pocity pod kontrolou. Keď sa v skupine udomácnil, dokázal vyjadriť, že sa každodenne borí s erotickými pocitmi voči rôznym ľuďom. Dokázal dokonca vyjadriť erotické prenosové pocity voči terapeutke. K jeho počudovaniu, zo strany terapeuta-muža, ani zo strany pacientov nedošlo k žiadnemu potrestaniu či cenzúre. Pán Q. zistil, že jeho očakávanie kritiky zo strany druhých bolo vlastne projekciou jeho vlastného neľútostného superega. Po mnohých rokoch skupinovej terapie konečne začal pociťovať veľké zlepšenie svojho interpersonálneho fungovania vo svojom osobnom živote i v práci. Navyiac, vďaka modifikácii superega, dosiahnutej skupinovou terapiou, výrazne poklesla úzkosť pána Q. S poklesom úzkosti úmerne poklesla jeho potreba kompulzívnych rituálov a obsedantných myšlienok.

Prípad pána Q. demonštruje, ako môžu byť interpersonálne vzťahy úzko spojené s potrebou obsedantne-kompulzívnych symptómov. V priebehu skupinovej terapie dokázal opakovane vyjadriť svoje zakázané myšlienky, pocity a fantázie bez hrozivých následkov zo strany terapeutov či spolupacientov. Z pohľadu objektívnych vzťahov si pán Q. internalizoval nové formy objektívnych vzťahov, čo viedlo k poklesu úzkosti a tým pádom k menšej potrebe symptómov.

Rovnako ako pacienti s agorafóbiou, aj pacienti s OCD môžu mať zo svojich symptómov sekundárne zisky. Nech je už dôvod ich iníciaľného vzniku akýkoľvek, symptómy môžu byť živene ich úlohou v rodinných vzťahoch. Tak ako pán Q. kontroloval skupinu svojou obsedantnou urečnenosťou, iní pacienti s OCD môžu mať pod kontrolou celé rodiny, a tak úspešná terapia musí zahŕňať aj povšimnutie si rodinnej dynamiky.

Jedným z významných príspevkov psychodynamického lekára pri liečbe OCD je vystopovanie spúšťačov, ktoré iniciujú symptómy. Keď pacientovi a jeho rodine pomôže pochopiť podstatu týchto stresorov, môžu sa symptómy zvládnuť efektívnejšie.

## **Posttraumatická stresová porucha**

Až donedávna bola posttraumatická stresová porucha (PTSP) pre väčšinu amerických psychiatrov neznáma. Pretože bola vynechávaná z oficiálnej diagnostickej nomenklatúry, mnohí lekári ju nezahrňovali do ich diferenciálnej diagnostiky syndrémov, spojených s úzkosťou. Až v roku 1980 bola zahrnutá do DSM-III. Dokonca aj dnes si niektorí psychiatri myslia, že PTSP nie je samostatnou diagnostickou kategóriou, ale zmesou depresie a úzkosti.

Toto veľmi oneskorené uvedomenie si vysokej prevalencie porúch, spôsobených stresom je výsledkom niekoľkých faktov. Po prvé, vážne následky traum z Vietnamskej vojny jednoducho nezmiznú. Vďaka štúdiám (Center for Disease Control, Atlanta 1988) vieme, že 15% vietnamských veteránov trpelo PTSP. Po druhé, psychiatria konečne úplne uznala ničivé následky incestu, sexuálneho zneužívania a znásilnenia. 38-45% všetkých žien v detstve zažilo sexuálne zneužívanie. Výskum 1007 náhodne vybraných mladých dospelých ľudí sledoval, koľkí z nich prežili traumatickú udalosť. Ukázalo sa, že celoživotná prevalencia je 39%. Výskyt PTSP u tých, ktorí prežili traum, bol 23,6 %, celoživotná prevalencia PTSP u všetkých bola 9,2%.

V roku 1976 Horowitz publikoval prácu o vplyve traumy na osobnosť. Pozoroval, že obeť traumy kolíšu medzi popieraním udalosti a nutkavým opakovaním spomienky (flashback, nočná mora). Takto sa myseľ pokúša spracovať nadmierne stimuly. Hovowitz načrtol 8 psychologických tém, ktoré nasledujú po vážnej traume:

- 1) žiaľ alebo smútok
- 2) pocit viny za vlastné hnevľivé či deštruktívne impulzy
- 3) strach z toho, že sa stanem deštruktívnym

- 4) pocit viny z toho, že som prežil
- 5) strach, že budem stotožnený s obeťami
- 6) hanba za to, že sa cítim bezmocný a prázdny
- 7) strach, že trauma sa zopakuje
- 8) intenzívny hnev, namierený voči zdroju traumy.

Jedným zo sporných bodov, týkajúcich sa PTSP pri prechode z DSM III-R ku DSM-IV, bolo kritérium zažitého stresu. Podľa DSM III-R stresujúca udalosť musela byť mimo rámec bežných skúseností. Toto bola veľmi zužujúca definícia, ktorá často vylučovala pacientov s jednoznačnými príznakmi. Zatiaľ čo kedysi sa myslelo, že vážnosť posttraumatických symptómov je priamo úmerná závažnosti stresoru, empirické štúdie hovoria o niečom inom. V prospektívnom výskume 51 pacientov s popáleninami, väčšie sklony k PTSP mali tí s ľahším popálením - kvôli menej pociťovanej emotívnej podpore a väčšiemu emotívnemu distresu. Vážnosť poranenia nie je predpokladom PTSP, ktorá je závislá skôr na subjektívnych faktoroch, než na závažnosti stresora. Preto bola pri tvorbe DSM-IV podporená tá revízia, ktorá zdôrazňuje subjektívnu odpoveď jedinca na traumatickú udalosť.

PTSP ostala naďalej v kategórii úzkostných porúch, napriek návrhu vytvoriť novú kategóriu, týkajúcu sa odpovede na stres. Kritérium stresoru však bolo výrazne zmenené, a teda pre diagnózu PTSP sú potrebné obe nasledujúce kritériá. DSM-IV odráža dôležitosť dôkladného psychodynamického zhodnotenia významu, ktorý pacient udalosti pripisuje, aj pacientovej špecifickej psychologickej vulnerabilite. Riziko vzniku PTSP môže byť spojené s ranným odlúčením od rodičov, neuroticizmom, výskytom úzkosti v rodine a s preexistujúcou úzkosťou či depresiou (podľa Detroitkej štúdie). Autori prišli k záveru, že pre vznik PTSP je potrebná osobná predispozícia. K aspektom subjektívnej vnímavosti patria: zážitok extrémneho strachu, beznádej, pociťovanie ohrozenia života a potenciálneho fyzického násillia. Tieto aspekty sú zahrnuté v DSM-IV.

U väčšiny ľudí PTSP nevznikne, aj keď prežijú nesmierne traumatickú udalosť. Naopak, udalosti, ktoré sa nezdaajú byť až také vážne, môžu u niektorých viesť k PTSP, vďaka subjektívnemu významu, ktorý udalosti pripisujú. Staré traumy môžu byť prebudené súčasnými okolnosťami. Davison a Foa (1993) upozornili na nasledovné faktory, ktoré majú úlohu v tom, či sa PTSP vyvinie alebo nie:

- 1) geneticky-konštitučná náchylnosť ku psychiatrickému ochoreniu
- 2) negatívne či traumatické zážitky v detstve
- 3) určité osobnostné charakteristiky (aké majú napr. antisociálni, paranoidní či borderline pacienti)
- 4) súčasné životné stresy a zmeny
- 5) neadekvátny podporný systém
- 6) súčasný abúzus alkoholu
- 7) vnímanie, že kontrola je skôr externá než interná.

Kritériá DSM-IV nezachytávajú komplexnejšiu formu PTSP, pri ktorej obeť podstupuje prolongovanú a opakovanú traumou v rukách páchatel'a. Veľa príznakov takéhoto syndrómu prekračuje definíciu DSM-IV: somatizácia, disociácia, protrahovaná depresia, patologické zmeny identity, opakovanie poškodenia automutiláciou. V tomto prípade je často mýlne diagnostikovaná porucha osobnosti, vďaka polymorfnému obrazu, ktorý je často nesprávne pochopený, ako pacientov základný charakter.

Moderný psychodynamický pohľad na PTSP je význačne ovplyvnený prácou Krystala (1968, 1984, 1988), ktorý spojil neschopnosť vyjadriť afekty s psychickou traumou. Poukázal na vysoký výskyt psychosomatických porúch u tých, ktorí prežili koncentračný tábor a u vojnových veteránov. Rovnako ako väčšina psychosomatických pacientov aj títo ľudia trpeli alexithýmiou - neschopnosťou identifikovať či verbalizovať pocity. Podľa Krystala, psychická trauma v detstve



spôsobí zastavenie afektívneho vývoja a trauma v dospelosti má za následok regresiu v afektívnom vývoji. Výsledkom oboch prípadov je, že tí, ktorí traumou prežili, nemôžu používať afekty ako signály. Pretože každá silná emócia môže byť hrozbou, že pôvodná trauma sa vráti, somatizujú títo pacienti svoje afekty alebo ich zmierňujú abúзом liekov. Krystal si všimol aj to, že pacienti s PTSP majú zhoršenú schopnosť sebarelaxácie. Nedokážu sa ukládať tak, aby mohli prirodzene zaspať.

Možnosti liečby sú stále nejasné. Jedným z výsledkov Krystalových skúmaní PTSP je, že exploratívna psychoterapia, zameraná na "znovuprežitie" traumy môže byť pre pacientov škodlivá. Tí s alexitýmiou budú zažívať iba fyziologické koreláty emočných stavov bez registrácie pocitov v psychologickú ríšu, čo vedie k ďalšej deteriorácii ich psychosomatického stavu. Už len to, že by pacient mal o traume rozprávať, je hrôzu naháňajúca úloha. Krystal si všimol pri obetiach pohrôm charakteristický protiprenos. Psychiatri sa takýmto pacientom radšej vyhýbajú, či sa k nim opovržlivo správajú, čo vedie k neadekvátnej liečbe. Takýto protiprenos môže vzniknúť vďaka pacientom, ktorí symptómy PTSP predstierajú, alebo na nich lipnú bez chuti zmeniť ich. Pre takýchto pacientov s preexistujúcimi poruchami osobnosti môže stresor reprezentovať príhodný zdroj k externalizácii ich problémov a vyhnutiu sa akejkoľvek zodpovednosti za svoju situáciu. Ak je PTSP spojená napr. s reštitúciou od vlády, ich odpor sa ešte zintenzívni. Čeliť následkom psychickej traumy môže byť tak neprijemné, že terapeut radšej priradí skutočné obeť k simulantom.

Žiadna liečba nie je pre PTSP úplne postačujúca. Hoci sa vyskúšali takmer všetky lieky, dvojité slepé štúdie naznačujú, že žiadny z nich neuspel v úplnej eradikácii symptómov. Phenelzín aj imipramín sú účinnejšie ako placebo pri redukcii intruzívnych príznakov, akými sú nočné mory, flashbacky, vtieravé myšlienky, alebo nemajú vplyv na vyhýbanie sa určitým situáciám. Ďalšie antidepresíva, ako napríklad amitriptylín a desipramín, ovplyvňujú depresívne symptómy, ale nie tie pri PTSP. Alprazolam redukuje úzkosť, ale nelieči PTSP. Lekári by mali byť opatrní s alprazolamom, pretože jeho krátky polčas zvyšuje riziko rebound úzkosti a vážnych symptómov z vysadenia lieku.

Výskumníci sa zhodujú v tom, že medikácia je najúčinnejšia, keď je použitá spolu s psychoterapiou. Rôzne druhy psychoterapie môžu mať rozličné výsledky. Brom a spol. porovnávali pacientov, liečených dynamickou terapiou, hypnoterapiou a systematickou desenzitizáciou. Všetky 3 skupiny mali zlepšenie výraznejšie, než u kontrolnej skupiny. Dynamická psychoterapia bola úspešnejšia v redukcii symptómov, vyplývajúcich z vyhýbania sa situáciám, no mala menší vplyv na intruzívne príznaky. U desenzitizácie a hypnoterapie to bolo naopak. Behaviorálne techniky sa ukázali ako efektívne, no relaxácia potrebná pre behaviorálne modality môže byť pre pacientov s PTSP problematická, vďaka ich zhoršenej schopnosti seba-ukľudňovania.

Pacienti, trpiaci PTSP musia mať vysoko individualizovanú psychoterapiu. Užitočná môže byť rekonštrukcia traumatických zážitkov so sprievodnou emocionálnou katarziou, predtým však musí byť urobený dôkladný odhad schopností pacientovho ega. Určití pacienti budú takouto rekonštrukciou zaplavení a budú reagovať zhoršením klinického stavu. Integrácia odštiepených traumatických zážitkov musí byť titrovaná v závislosti od pacientovej schopnosti integrovať ich. Terapeut by mal obsiahnuť projikované aspekty traumatizovaného self, až pokým ich pacient nie je pripravený reintegrovať. Lekár si musí byť vedomý, že pri PTSP sa môžu objaviť suicidálne tendencie a pokusy.

Štúdia vietnamských veteránov ukázala, že vina za bojové činy najvýraznejšie spôsobovala túžbu zabiť sa. Mnohí z týchto pacientov cítili, že si zaslúžia byť potrestaní za to, že boli transformovaní na vrahov. U týchto pacientov by mali psychoterapeutické ciele byť skromnejšie - vyliečenie či úplné odstránenie symptómov je príliš ambiciózne. Rozumnejšou ambíciou je zastaviť ďalšie zhoršovanie, podporiť oblasti primeraného fungovania a znovu nastoliť pacientovu osobnú integritu. Istým dôvodom k optimizmu môže byť zistenie, že u polovice pacientov s PTSP po znásilnení dôjde k prirodzenej remisii do 3 mesiacov, a všetko čo je potrebné urobiť, je zaistiť podporu.

## **Akútna stresová porucha**

Do DSM-IV bola priradená nová diagnostická jednotka, akútna stresová porucha, po konzultácii, či patrí medzi dissociatívne alebo úzkostné poruchy. Hoci nakoniec bola zaradená do úzkostných porúch, je táto diagnóza očividne hybridom, ktorý má v sebe elementy aj PTSP aj dissociatívnej poruchy. Akútna stresová porucha má tie isté kritériá ako PTSP - osoba musela zažiť udalosť, pri ktorej došlo k hrozbe smrti či závažnému zraneniu a jej reakcia musela zahŕňať intenzívny pocit bezmocnosti, hrôzy, strachu. Symptómy by sa mali pri akútnej stresovej poruche objaviť do 4 týždňov od udalosti a trvať najmenej 2 dni a najviac 4 týždne. Inými slovami, táto kategória umožňuje príznakom podobným PTSP, aby sa objavili skôr ako pri PTSP, trvali kratšie, či boli prodrómom pre typickú PTSP.

Okrem príznakov PTSP (ako znovuprežívanie udalosti, vyhýbanie sa stimulom, ktoré privolávajú spomienku na traumy), vyžaduje diagnóza akútnej stresovej poruchy minimálne 3 z nasledujúcich dissociatívnych symptómov: amnéziu na významné aspekty traumy, depersonalizáciu, derealizáciu, zvýšené uvedomovanie si okolia, subjektívny pocit ochromenia, neschopnosť emočnej odpovede. Liečba takéhoto stavu je prakticky rovnaká ako pri dissociatívnej poruche, a preto je zahrnutá v kapitole 10.

## **Generalizovaná úzkostná porucha**

Kritériá DSM-IV pre generalizovanú úzkostnú poruchu určujú hranicu medzi ňou a normálnymi obavami. Úzkosť musí byť nadmerná, ťažko zvládateľná, dostatočne častá - mala by sa objaviť počas väčšiny dní za posledných 6 mesiacov. Musí tiež spôsobovať klinicky závažnú vyčerpanosť či oslabené fungovanie v práci, sociálnom živote či v iných dôležitých oblastiach života. Diagnóza vyžaduje, aby sa úzkosť netýkala iba tých oblastí, ktoré vyvolávajú úzkosť pri ostatných úzkostných poruchách, akými sú napríklad strach z panického záchvatu, strach z nákazy, strápenia sa na verejnosti a podobne. Úzkosť musí byť tak prenikavá, že jej vyvolávateľom je väčší počet situácií či udalostí. Kvalita života pacientov s generalizovanou úzkostnou poruchou je poznačená ich neustálymi obavami z budúcnosti, súčasnými životnými udalosťami, ich finančnou situáciou, majú obavy, že ich príbuzným sa niečo stane a z rôznych iných životných situácií. Môžu popri tom zažívať fyzické napätie a mierne symptómy vegetatívnej nerovnováhy, no nič také, čo by dosahovalo úroveň panickej poruchy.

Keď majú psychodynamickí psychiatri pred sebou pacienta, ktorého hlavným problémom je úzkosť, musia dôkladne zvážiť, akú liečbu mu predpíšu. Toto rozhodnutie o liečbe je ovplyvňované teóriou, politickými silami v súčasnej psychiatrii, a tiež zvažovaním finančnej efektívnosti. Shectman a spol. (1984) túto dilemu veľmi pekne načrtli:

"Sme tí, ktorí napomáhajú rastu, alebo sme tí, ktorí odstraňujú či potláčajú opísanú psychologickú nepohodu? Čo je vlastne predmetom nášho úsilia? Zaoberáme sa len problémom (teda symptómom) u pacienta, alebo liečime pacienta, ktorý má problém? A kto je tým, kto v tejto veci rozhoduje? Pacient? My? Alebo obaja? Ale čo ak sú názory na to, čo by sa malo alebo čo treba urobiť, rozdielne?"

Základné informácie, ktoré pomôžu pri takomto rozhodovaní, nájdeme, samozrejme, v literatúre. Početné štúdie demonštrujú v liečbe pacientov s úzkosťou úspešnosť behaviorálnych

technik, farmakoterapie a dokonca krátkodobej dynamickej psychoterapie. Nič sa však nedozvieme o tom, ktorá metóda bude pre daného jedinca tá najúčinnjšia.

Jedným z nešťastných následkov revidovanej nomenklatury DSM III, DSM III-R a DSM-IV je to, že klinická pospolitosť lieči teraz úzkosť ako poruchu samú o sebe a nevšima si, že v niektorých prípadoch je signálom nevedomého nepokoja, ktorý si zasluhuje podrobnejšie vyšetrovanie. Píšuc o úzkosti zo psychoanalytického hľadiska, sa o nej Appelbaum (1977) zmieňuje nasledovne - je to: "univerzálny, a v tomto ohľade normálny fenomén, ktorý môže byť v hociktorý okamih, u hocikt orého jedinca, adaptívne či maladaptívne, príliš intenzívne či príliš málo zameraný skôr na náhradné objekty než na tie, ktoré pôvodne vyvolávajú strach a je znakom existenčnej neistoty či "neurotického" usvedčenia."

Kvantitatívny pohľad na úzkosť hovorí, že "menej je lepšie". V psychoterapeutickom výskumnom projekte Menningerovej nadácie sa ukázalo, že 18 z 35 pacientov malo na konci psychonalýzy či psychoterapie zvýšenú úzkosť. Avšak nezávislí pozorovatelia zistili, že u 13 z 18 pacientov došlo ku zlepšeniu. Pri vyhodnocovaní výsledkov výskumníci rozlišovali medzi primárnou úzkosťou (analogicky s panickou poruchou) a úzkosťou, používanou ako signál. Výskumníci spozorovali, že zvýšenie tolerancie úzkosti, ktorá je definovaná ako schopnosť zažívať úzkosť bez potreby vybiť ju, sa často objavuje ako výsledok dynamickej psychoterapie a odráža expanziu ega. Mnohí z pacientov, ktorých stav sa zlepšil, dosiahli prekvapivú schopnosť používať svoju predstavivosť pri zvládaní úzkosti efektívnejšie. Výskumníci zhrnuli, že to, či po skončení terapie úzkosť vymizla alebo pretrváva, nestačí na pochopenie či zhodnotenie zmeny. Môže sa stať, že väčšia schopnosť ega zvládnuť úzkosť človeka dovoľuje čeliť životným situáciám zručnejším spôsobom.

Úzkosť sa objavuje ako odpoveď na početné situácie v priebehu života. Otázkou, či sa majú pacienti utiekať k medikácii zakaždým, keď sú úzkostní, by sa mali psychiatri určite zaoberať. Fyziologické komponenty úzkosti sa dajú eliminovať bez toho, aby sme oslovili kognitívne aspekty obáv, ktoré pretrvávajú. Nasledujúci klinický prípad je ilustratívny:

Slečna S., 23-ročná, práve doštudovala a prišla na pohovor kvôli periodickým epizodám intenzívnej úzkosti. Asi 3x za mesiac dostávala, ležiac v posteli, obavy zo smrti. Jej typickým uvažovaním bolo: "Teraz mám 23 rokov, iba za 7 rokov budem mať 30. Potom budem mať 40 a moje deti dorastú. Stane sa zo mňa stará mama a pôjdem do dôchodku. A potom umriem." Tieto myšlienky viedli k obavám, že jej rodičia, žijúci a zdraví, čoskoro umrú. Ako sa tieto myšlienky stupňovali, jej úzkosť sa zvyšovala až do bodu, kedy jej srdce divoko bilo a nemohla zaspáť.

Po diagnostickom zhodnotení jej bolo navrhnutých niekoľko ďalších postupov: predpis anxiolytík, psychoterapia alebo kombinácia oboch. Odpovedala, že nechce lieky. "Ako ma tabletky môže zbaviť môjho strachu zo smrti?" Povedala, že chce poznať príčiny svojej úzkosti, aby mohla ovládať svoje strachy.

Začala so psychoterapiou, vedúcou k lepšiemu zvládaniu rušivého afektu. Terapeut empatizoval so slečnou S., čo sa týka hrôzy naháňajúcej podstaty smrti, však poznamenal aj to, že ku strachu zo smrti často prispievajú aj obavy zo života. Okamžite odpovedala, že to nesúvisí s tým, že jej manžel je v zámorí. Oči jej zvhli a terapeut jej podal vreckovky.

Slečna S. si vreckovky nevšimala, a pokračovala v rozprávaní o tom, ako mladí ľudia zomierajú na AIDS a rakovinu. Terapeut sa jej spýtal, prečo si nezobrala ponúkanú vreckovku. Povedala, že si myslela, že by to bola známka slabosti. Terapeut sa vyzvedal, či bolo pre ňu vždy obtiažne priznať si, že potrebuje pomoc od druhých. Odpovedala, že počas celého jej života sa jej každý zdôveroval so svojimi problémami, a tak si nikdy nemohla priznať, že aj ona má problémy a potrebuje pomoc od druhých. Terapeut jej navrhol, že snád potrebovala nahodiť pseudonezávislú fasádu ako spôsob, ktorým vytesňovala svoju núdzu. Hneď priznala, že sa obávala pocitu slabosti, ktorý je spojený aj so zraniteľnosťou a núdnosťou. Terapeut poznamenal, že smrť je posledným štádiom zraniteľnosti a núdze. Na to odpovedala, že podľa nej je najhoršou vecou na smrti umierať v osamelosti.

Ako slečna S. pokračovala v skúmaní zdrojov svojej úzkosti, dostala sa ku svojim potiažam s

vyjadrovaním hnevu. Bála sa, že jej hnev vybuchne, čo by od nej odpudilo druhých. Jej nočná úzkosť často nasledovala po tom, čo videla násilný film. Dost' ju trápilo, že druhí vyjadrovali svoj hnev takým násilným, otvoreným spôsobom, zatiaľ čo ona sa tak usilovne snažila svoj hnev zvládať. Ďalšie psychoterapeutické skúmanie odhalilo dost' veľký hnev voči otcovi, ktorý nebola schopná vyjadriť. Nevedome sa obávala, že jej hnev by mohol byť taký explozívny, že by ho mohol zničiť.

Po 2 mesiacoch psychoterapie sa epizódy intenzívnej úzkosti stratili. Slečna S. sa ešte do určitej miery smrti obávala, ale dokázala obavy oveľa lepšie zvládať, pretože rozumela, že v pozadí sú jej obavy z následkov hnevu a jej strach z toho, že by mohla byť opustená. Inými slovami, zlepšená schopnosť zvládať afekt pomocou predstavivosti jej pomohla v zlepšení stavu.

Prípád slečny S. ilustruje osvedčený princíp, že v klinickej psychiatrii musíme prispôbiť liečbu pacientovi. Najvhodnejšia liečba pre pacienta nemusí byť vždy tá finančne najefektívnejšia. Hoci niektorí klinici by namietali, že anxiolytikum by zabralo rýchlejšie a za menej peňazí, slečna S. žiadala niečo iné, než odstránenie symptómu. Špecifické úzkostné poruchy vyžadujú rozličné terapeutické prístupy za rozličných okolností s rozličnými pacientami. Psychodynamická psychoterapia môže byť metódou pre pacienta, ktorý je psychologicky uvedomelý, motivovaný k porozumeniu pôdy, z ktorej symptóm vyrastá a ktorý je ochotný investovať čas, peniaze a úsilie do terapeutického procesu. Slečna S. nepýtala lieky a zrejme by ich ani neužívala, keby jej boli predpísané.

Anxiolytiká zmiernia či odstránia úzkosť, no ukázali sa ako riešenie s mŕtvym koncom. Najočividnejším problémom je to, že medikácia je úspešná len potiaľ, pokiaľ ju pacient užíva. 63-81% pacientov, ktorí prestanú užívať benzodiazepíny, zažije relaps. Farmakoterapia taktiež neoslovuje príčinu úzkosti. Ďalším problémom je, že benzodiazepíny u pacientov užívajúcich ich viac ako 1 rok, vyvolávajú závislosť a abstinenčné príznaky. Aj keď ich pacient užíva krátkodobo a v malých dávkach, môžu vyvolať výrazné abstinenčné príznaky. Alprazolam, jeden z najpopulárnejších liekov za posledné roky, okrem spôsobovania závislosti, stráca postupne svoju účinnosť. Pacienti sa pristihnú, ako úzkostne pozerajú na hodinky očakávajúc ďalšiu dávku a často referujú o tzv. "rannom rebounde", pri ktorom sa zobúdzajú plní úzkosti, pretože ukludňujúci efekt liečby už vypršal. Hoci pri klonazepame sa veľa z týchto problémov nevyskytuje, aj tak musia pacienti počítat' so vznikom závislosti. Boli vyvinuté alternatívne nebenzodiazepínové anxiotiká, no ich výsledky nie sú uspokojivé. Betablokátoary, ako propranolol, nemajú pri generalizovanej úzkostnej poruche väčší efekt než placebo. Hoci buspirón nemá riziko závislosti, u pacientov s chronickou úzkosťou má limitovanú účinnosť, pacienti ho prestávajú užívať, pretože ich úzkosť po čase už nezmiernuje. Okrem toho je u pacientov, ktorí predtým užívali benzodiazepíny, oveľa menej účinný.

Pri generalizovanej úzkostnej poruche môže byť medikácia kľúčovou krátkodobou podporou k psychoterapii, nesmie však byť pacientovi ponúkaná ako definitívna liečba úzkosti. Pacienti sa musia naučiť tolerovať úzkosť ako zmysluplný signál v priebehu psychoterapie. Pre tých, ktorí majú dost' silné ego, je úzkosť oknom do nevedomia.

Liečba úzkosti musí začať podrobným a dôkladným psychodynamickým zhodnotením pacienta a úzkosť je v tomto prípade len "vrch ľadovca". Klinik musí zdiagnostikovať povahu pacientovho základného strachu, musí odhadnúť úlohu úzkosti v organizácii pacientovej osobnosti. Aká je schopnosť ega tolerovať úzkosť a zniesť skúmanie pôvodu úzkosti? Vyvolávajú úzkosť určité konštelácie vnútorných objektných vzťahov? Je úzkosť spojená s obavami z rozpustenia self? Predpísanie vhodnej psychodynamickej intervencie čiastočne závisí aj od pacientovej klinickej situácie a jeho záujmov. Niektorým pacientom stačí zopár vysvetľujúcich a usmerňujúcich pripomienok, a potom už netreba ďalšiu liečbu. Niektorí majú vysoko fokálne symptómy a značnú silu ega, u nich sa dá úzkosť spracovať v krátkej dynamickej terapii (ako v prípade pána P.). Neurotickí pacienti s menej fokálnymi ťažkosťami, nekompromisným záujmom a fundamentálnou zmenou osobnosti, budú vyžadovať psychoanalýzu. A nakoniec, pacienti s vážnou charakterovou

patológiou, ktorí sa ponosujú na úzkosť (ako pán N.), musia predtým, než sa im uľaví, prejsť dlhodobou expresívne-podpornou psychoterapiou.

## DISOCIATÍVNE PORUCHY

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Katarína Kusá, TN)

Na úsvite dynamickej psychiatrie stáli dvaja muži, Janet a Freud, zmätení rôznorodosťou pozorovaných hysterických fenoménov. Janet sa snažil vysvetliť stavy narušeného vedomia, akými sú amnézia a fúga. Postuloval teóriu, že spomienky na traumu perzistujú ako relatívne neasimilované fixované myšlienky, ktoré sú ohniskami pre rozvoj takýchto stavov. Za určitých špecifických okolností sa energia, udržiavajúca psychické funkcie pohromade, zníži dostatočne na to, aby sa určité z týchto funkcií vymkli spod centrálnej kontroly. Tento proces nazval disociáciou.

Na druhej strane Freud postuloval koncept vytesnenia, aktívneho vyhostenia určitých psychických obsahov z vedomia do domény dynamického nevedomia. Hoci tieto neprijateľné pocity ostávajú mimo uvedomenia, naďalej aktívne pôsobia v nevedomí a môžu sa znovu vynoriť vo forme symptómov. Cesty Freuda a Janeta sa v tomto bode začali rozchádzať. Freud postuloval, že hysterické fenomény sú výsledkom aktívneho psychického procesu, zatiaľ čo Janet tvrdil, že ide o pasívny psychický proces (Nemiah 1989).

Záujem o disociáciu v ďalšom období poklesol, aby sa znova dostala do popredia záujmu psychiatrov o storočie neskôr. Súvisí to s uvedomením, že trauma hrá centrálnu úlohu v etiológii a patogenéze mnohých porúch. Literatúra o posttraumatickej stresovej poruche sa za posledné desaťročie rozrástla spolu s prácami o disociatívnych poruchách. Disociácia je predovšetkým odpoveďou na traumu a mnohí tvrdia, že väčšina disociatívnych syndrémov je posttraumatického pôvodu (Putnam 1985, Spiegel 1991b).

Prevalencia disociatívnej psychopatológie je u obecnej verejnosti asi 5-10%. Drobnejšie prejavy disociácie, ako je "diaľničná hypnóza", prchavé pocity cudzosti alebo "spacing out" sú dokonca ešte bežnejšie. Ak o jednotke vedomia uvažujeme skôr ako o niečom nadobudnutom, než ako o niečom danom, široká rozšírenosť disociatívnych fenoménov sa nám nezdá byť prekvapujúca. Najpodivnejšia disociatívna porucha, mnohopočetná porucha osobnosti, sa objavuje približne u 3,3% všetkých príjmov na psychiatrické oddelenia (Ross a kol. 1991).

Primárnou funkciou disociácie je, že slúži ako ochranná odpoveď na ohromujúcu traumu. Ludwig (1983) poukázal na jej podobnosť so zmrznutím a s reflexom predstieranja smrti u nižších druhov živočíchov pri stretnutí s predátormi, čo napovedá, že táto obrana môže mať hodnotu z hľadiska darwinovského pohľadu na prežitie. Disociácia je adaptívna obrana aj u dieťaťa, pretože mu umožňuje únik z prísernej reality, je spôsobom, ako sa odizolovať od katastrofickej skúsenosti, automatizuje správanie a ponúka prostriedky na vyriešenie nezmieriteľného konfliktu. Disociatívne fenomény do značnej miery vytvárajú novú paradigmu pre psychoanalýzu a dynamickú psychiatriu (Loewenstein a Ross 1992). Psychoanalytické myslenie sa tradične zamierovalo na nevedomé prania, potreby a pudenia a na obrany voči nim. Z etiologickej perspektívy hrá intrapsychická

fantázia významnejšiu rolu ako vonkajšia trauma.

Patologické formy disociácie sú charakterizované narušením normálne integrovaných funkcií pamäti, identity alebo vedomia (Putnam 1991). DSM-IV (APA 1994) obsahuje nasledovné diagnostické jednotky, vyčlenené v rámci kategórie disociatívnych porúch: disociatívna porucha identity (multiplexná porucha osobnosti), depersonalizačná porucha, disociatívna porucha bližšie nešpecifikovaná, disociatívna amnézia a disociatívna fuga (pôvodne podľa DSM-III-R psychogénna amnézia a psychogénna fuga, APA 1987, zmena učená kvôli kompatibilitnosti s ICD).

## **Všeobecné úvahy**

Tieto obecné úvahy majú napomôcť porozumeniu individuálnym disociatívnym poruchám. Spojitosť medzi hypnotizovateľnosťou a disociáciou je pozorovaná po mnoho rokov a je potvrdené, že hysterickí pacienti, vykazujúci disociatívne symptómy, sú tiež vysoko sugestibilní (Bliss 1980, Spiegel 1984, Spiegel a Fink 1979, Steingard a Frankel 1985). Disociácia a hypnotizovateľnosť sú v úzkom vzťahu, ale sú to dva rozdielne fenomény. Mnohé symptómy, typické pre disociatívne poruchy, je u vysoko sugestibilných ľudí možné v hypnóze navodiť. Spiegel (1990) hovorí o hypnóze ako o "kontrolovanej disociácii, vyvolanej v štrukturovaných podmienkach". Hypnóza a ťažké stavy disociácie sú vo všeobecnosti charakteristické úplným pohltením určitými stránkami zážitku, zatiaľ čo ostatné aspekty sú držané mimo uvedomovania.

Disociácia vzniká ako obrana voči traume. Spiegel (1990) pozoroval, že väčšina základných symptómov posttraumatickej stresovej poruchy má disociatívnu povahu. Empiricky bolo zistené, že vojnoví veteráni s posttraumatickou stresovou poruchou majú vyšší výskyt disociácie, než veteráni bez posttraumatickej stresovej poruchy (Bremner a kol. 1992). Podobné pozorovania boli urobené vo vzťahu fyzického a sexuálneho zneužívania detí s disociatívnymi symptómami. Chu a Dill (1990) zistili, že 63% zo súboru 98 ženských psychiatrických pacientov má v anamnéze fyzické alebo sexuálne zneužívanie v detstve. 83% z tejto skupiny malo skóre disociatívnych symptómov približujúce sa mediám, teda významne vyššia úroveň disociatívnych symptómov je u pacientov s anamnézou na zneužívanie v detstve, než u pacientov bez tejto anamnézy. Disociáciu môžeme považovať za integrálnu súčasť krátko i dlhodobo fungujúcich mechanizmov, pomocou ktorých sa niektorí ľudia adaptujú na traumu. Disociatívne obrany majú dvojakú funkciu, pomáhajú obetiam vyslobodiť sa z traumy v čase jej objavenia sa, ale taktiež oddávajú nevyhnutný proces prepracovania, ktorý by ju umožnil vidieť v správnej perspektíve vo vzťahu ku zvyšku ich života. Približne 25-50% obetí traumy zakúša určité odpútanie sa od traumy, zatiaľ čo ostatní majú na traumatickú udalosť parciálnu alebo úplnú anamnézu (Spiegel 1991a). Tieto psychické mechanizmy umožňujú obetiam kompartmentalizovať zážitok, takže tento prestáva byť dostupný vedomiu, akoby traumou nikdy neboli prežili.

U oboch obranných mechanizmov - u vytesnenia i u disociácie sú určité obsahy mysle "vyhostené" z vedomia. Líšia sa však v tom, akým spôsobom s týmito obsahmi zaobchádzajú. V prípade vytesnenia dochádza ku horizontálnemu rozštetu pomocou vytesňovacej bariéry a materiál je presunutý do dynamického nevedomia. Pri disociácii naopak dochádza ku vertikálnemu rozštetu, takže psychické obsahy existujú v sériách paralelných vedomí (Kluft 1991a). Navyše vytesnenie sa objavuje skôr ako reakcia na zakázané prania, akými sú oidipálne túžby, vzťahujúce sa na rodiča opačného pohlavia, než ako reakcia na vonkajšie udalosti. Disociácia býva mobilizovaná traumou, zatiaľ čo vytesnenie je aktivované vysoko konfliktovými prániami (Spiegel 1990). Avšak už raz mobilizovaná disociácia môže byť takýmito prániami a túžbami reaktivovaná.

U väčšiny prípadov disociácie musia byť nesúhlasné schémy self alebo seba-reprezentácie udržiavané v oddelených psychických kompartmentoch, pretože sú vo vzájomnom konflikte (Horowitz 1986). Spomienky traumatizovaného self musia byť disociované, pretože sú v rozpore s

"každodenným" self, ktoré má veci pod kontrolou. Napr. istý manžér prosperujúceho obchodu disocioval traumu, ktorou bolo preňho análne znásilnenie počas prepadu obchodu, pretože predstava seba ako podriadeného a pokoreného bola absolútne nezlučiteľná s jeho zvyčajným pocitom zo seba, ako z manažéra, ktorý "všetko riadi".

Pri liečbe akútnej traumatickej disociatívnej reakcie musíme brať do úvahy tieto potiaže s integrovaním traumatizovaného self s vytvoreným konceptom self a opatrne pracovať na integrácii traumatických spomienok tak, aby pacientovo poňatie self mohlo pomaly asimilovať traumatizované self bez pocitu premoženia. Podobne musíme pacientovi umožniť, aby si uchoval kontrolu nad svojimi spomienkami, čím sa vyhne pocitom úplnej bezmocnosti, ktoré prežíval počas traumu. Podľa Spiegla (1991a) môže byť z tohto ohľadu užitočná hypnóza, pretože "on-off" vlastnosť hypnotického stavu pacientov zabezpečí, že majú možnosť "vypnúť" spomienky, ktoré sú neznesiteľné. Dôležité je tiež zaoberať sa pocitmi viny a hanby, spojenými s ponížením pri traume, pretože pacient, ktorý prežil pocit absolútnej bezmocnosti, máva tiež fantázie, že by si bol možno udržal kontrolu nad situáciou, keby bol vtedy urobil niečo iné, inak sa správal. Aby mohlo dôjsť k odstráneniu disociácie, musí byť trauma bezpodmienečne konfrontovaná a terapeut môže hrať rozhodujúcu úlohu pri tritracii expozície traume po dávkach, ktoré je pacient schopný zniesť.

Disociatívna amnézia a disociatívna fúga sú ohniskovými formami disociatívnej poruchy. Disociatívna amnézia predstavuje jednu alebo viac epizód neschopnosti pripomenúť si dôležitú osobnú traumu, zatiaľ čo u disociatívnej fugy ide o náhle, neočakávané odcestovanie z domu s neschopnosťou spomenúť si na vlastnú minulosť a zmätkov v osobnej identite. Ďalšie symptómy (ako napr. depresia, úzkosť a "hyperarousal") sú sekundárne ku traume a často sprevádzajú disociatívne poruchy, vo všeobecnosti sú refraktérne na liečbu, pokým sa v liečbe nezaoberáme priamo disociatívnym procesom (Putnam 1991).

### **Disociatívna porucha identity (Multiplexná porucha osobnosti)**

Ide o poruchu, ku ktorej boli v psychiatrii vždy veľmi kontroverzné postoje. Podobne ako pacienti, ktorí ňou trpia, aj ona sama vždy musela bojovať o svoje "prežitie". Raz bola považovaná za obyčajný výmysel alebo len za raritu, vyskytujúcu sa u jedného z milióna, najväčšia pozornosť jej bola venovaná v populárnych médiách a knihách, určených pre laickú verejnosť. Až v posledných dvoch dekádach pribudla odborná literatúra, ktorá nám dovoľuje detailnejšie jej porozumieť a charakterizovať ju.

Kluft (1991a) definoval multiplexnú poruchu osobnosti ako "komplexnú chronickú disociatívnu psychopatológiu, charakterizovanú narušením pamäti a identity. Od ostatných psychických porúch sa odlišuje pretrvávajúcou koexistenciou reálnych konzistentných ale subjektívne oddelených identít a rekurentných epizód deformácie pamäti, amnézie alebo oboch porúch". Tento stav sa vyskytuje 9x častejšie u žien, než u mužov. Na rozdiel od dramatických prípadov, aké máme zvyčajne možnosť vidieť v médiách, je väčšina pacientov s touto poruchou značne uzavretých a svoje symptómy skrývajú. Diagnostika poruchy nie je ľahká. V typických prípadoch uplynie do stanovenia diagnózy multiplexnej poruchy osobnosti 7 rokov liečby, počas ktorých je pacientom daných niekoľko diagnostických nálepiek (Loewenstein a Ross 1992, Rutnam a kol. 1986). 80% pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti má iba určité "okná diagnostikovateľnosti", kedy je ich stav jasne rozpoznateľný (Kluft 1991a). Na pomoc pri diagnostikovaní slúži screeningový nástroj DES (Dissociative Experiences Scale), obsahujúca 28 položkový dotazník, ktorý pomáha tiež identifikovať vysoko rizikových pacientov. Definitívnu diagnózu možno postaviť pomocou štruktúrovaného interview, ako napr. SCID-D.

Pacientova osobnosť aktuálne pozostáva z celkovej sumy všetkých "osobností", obecné označovaných ako podosobnosti, a z ich vzájomných interakcií (Coons 1984, Kluft 1984a, Putnam 1989). Podosobnosti sú podľa Putnama (1989) "veľmi diskkrétne stavy vedomia, organizované okolo prevládajúceho afektu, pocitu self (vrátane body image), s obmedzeným repertoárom

správania a súborom spomienok, závislých na momentálnom stave". Ak sa alternujúce podosobnosti prejavujú v priebehu klinického interview, diagnostika je jednoduchá. Avšak pretože väčšina pacientov svoje symptómy ukrýva, sťažuje to určenie diagnózy, a preto si klinik musí zachovať pri odoberaní anamnézy a rozhovore s pacientom značný stupeň podozrievavosti.

Okolo 15% pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti má anamnézu fyzického alebo sexuálneho zneužívania. Podozriví z tejto diagnózy sú aj pacienti s rôznymi diagnózami a anamnézou predošlej neúspešnosti liečby. Súčasťou obrazu môžu byť ťažké bolesti hlavy alebo iné bolestivé syndrómy. Treba aktívne pátrať po epizódach amnézie, deformáciách alebo výpadkoch v čase, po prípadoch konania, o ktorom pacientovi referovali druhí, ale sám sa naň nepamätá, neschopnosti pripomenúť si udalosť z detstva počas rokov latencie (od 6 do 11 r.). Pacienti môžu referovať o veciach, o ktorých nevedia, ako ich nadobudli, alebo o rukopisoch, ktoré nevedia identifikovať. Tiež určité typy zrakových a sluchových halucinácií napovedajú o multiplexnej poruche osobnosti. Zreteľné hlasy, zakúšané ako vychádzajúce "z hlavy" a so špecifickými atribútmi, často imperatívne, sú u multiplexnej poruchy osobnosti časté. Zrakové halucinácie môžu byť živé a zahŕňujú komplexné scény, predstavujúce flashbacky traumy (Putnam 1991). Niekedy pacienti hovoria o sebe ako o "my" alebo sa o sebe zmieňujú v tretej osobe.

Skúsení klinici môžu pátrať po alternujúcich osobnostiach priamejšie, napr. sa pokúšajú vylákať ich prejavenie sa pomocou medikamentózne facilitovaného interview alebo hypnózy, alebo zamieravajú pozornosť na mätúce udalosti, amnestické periódy alebo sexuálne skúsenosti a snažia sa získať o nich viac informácií. Môže to pôsobiť precipitačne a dôjsť ku spontánnemu vynoreniu podosobností. Keď jedna pacientka s multiplexnou poruchou osobnosti pri rozprávaní o predošlom priateľovi váhala, terapeut ju požiadal, aby o ich vzťahu porozprávala podrobne. Toto fokusované vyšetovanie spôsobilo, že sa vynorila detská podosobnosť, ktorá mala 7 rokov. Inou technikou je otázka: "Je tam ešte niekto iný, s kým by som sa mohol rozprávať?".

Hoci priemerný počet podosobností je cca 13 až 15, obvykle 6 a viac z nich je po väčšinu času pod výkonnou kontrolou pacienta. Priemerný počet podosobností je "nafúknutý" tým, že existujú stavy, u ktorých ich je prítomných 26 a viac.

Jednotlivé "podosobnosti" spočiatku vzniknú ako spôsob adaptácie, pomocou ktorého pacienti presvedčia samy seba, že trauma z detstva sa udiala "niekomu inému". Čoskoro nadobudnú autonómiu a udržiavajú qvasi-bludnú vieru v ich odlúčenosť, až do takej miery, že veria, že si môžu poškodzovať telo alebo sa správať akokoľvek autodeštruktívne bez toho, že by si skutočne ublížili (Kluft 1991a). Podosobnosti vykazujú odlišnosti v rukopise, hlase, dialekte a môžu ale nemusia mať svoje mená. Výmeny podosobností sa prejavujú aj významnými rozdielmi v elektrickej aktivite mozgu, čo bolo demonštrované pomocou spontánneho EEG i VEP, dokumentované boli aj optické odlišnosti.

Diagnostické kritériá multiplexnej poruchy osobnosti boli oproti DSM-III-R v DSM-IV mierne pozmenené:

1. zatiaľčo DSM-III-R požaduje, aby viac než jedna podosobnosť mala opakovane plnú kontrolu nad správaním pacienta, nové kritériá sú modifikované na základe poznania, že jedna podosobnosť môže imping na inú, alebo môže nariadiť druhej, aby niečo urobila.
2. Druhá, kontroverznejšia zmena sa týka kritéria o amnézii. Zatiaľ čo vo väčšine prípadov má primárna osobnosť amnéziu na existenciu podosobností, niektorí odborníci naznačujú, že je to menlivé a že veľa pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti je priechodnejšia, ako zvyčajne. Môžu tiež mať amnéziu na ich amnéziu.

## **Psychodynamické porozumenie**

Pokus o porozumenie tejto mätúcej poruche musí začať skúmaním jej koreňov. Kluft (1984b) zhrnul názory na etiológiu multiplexnej poruchy osobnosti v teórii 4 faktorov, zahŕňajúcej



nasledovné kritériá:

1. musí byť prítomná schopnosť obranne sa disociovať tvárou v tvár traume
2. traumaticky ohromujúce životné skúsenosti, ako fyzické a sexuálne zneužívanie, presahujú adaptačné schopnosti dieťaťa a obvyklé obranné operácie
3. konkrétna podoba, ktorú nadobudnú disociatívne obrany v procese formovania podosobností, je podmienená formujúcimi vplyvmi a substrátmi, ktoré sú k dispozícii
4. chýba absencia upokojujúcich a uzdravujúcich reakcií opatrovníkov alebo iných dôležitých vzťahových osôb, takže dieťa zakúša hlbokú neadekvátnosť.

Z tohto štvorfaktorového etiologického modelu vyplýva, že trauma je nevyhnutná, ale nie postačujúca pre vznik multiplexnej poruchy osobnosti. Nie u každého, kto bol ako dieťa zneužívaný, sa vyvinie multiplexná porucha osobnosti. Psychodynamické myslenie významne prispelo k porozumeniu faktorom, vedúcim ku plnému prepuknutiu syndrómu. Koncepty intrapsychického konfliktu a deficitu sú u multiplexnej poruchy osobnosti relevantné do takej istej miery, ako u iných stavov (Marmer 1991). Traumatická skúsenosť môže viesť ku rôznym konfliktom, týkajúcim sa takých otázok, ako pocity viny kvôli sexuálnemu vzrušeniu alebo kvôli kollúzii so zneužívajúcou osobnou. Kľúčov 4. faktor, neprítomnosť upokojujúcich blízkych osôb, na ktorých sa dieťa môže obrátiť, má veľký podiel na deficite u multiplexnej poruchy osobnosti. Podľa van der Kolkových (1987) štúdií o traume u primátov a ľudí, je práve tento faktor ďaleko najdôležitejší pre prekonanie vplyvu psychickej traumy. Podľa Mermera (1991), v prípade absentovania starostlivých rodičov musia deti, u ktorých sa napokon vyvinie multiplexná porucha osobnosti, použiť samé seba (alebo svoje podosobnosti) ako prechodové objekty.

Ganaway (1989) sa zaoberal 3. faktorom, týkajúcim sa tvorbou disociatívnych obrán. Zamerail sa na to, ako osobnostné črty a špecifické vlastnosti pamäti a kognitívnych funkcií spolu konvergujú. Skúmal tiež autenticitu spomienok na traumy v kontexte toho, akú úlohu hrá u spomienok fantázia.

Autodeštruktívne správanie u pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti volá po psychodynamickom vysvetlení. Opätovné stavenie sa do role obeť je spôsob správania, spoločný pacientom s multiplexnou poruchou osobnosti a iným obeť incestu a zneužívania v detstve (Browne a Finkelhor 1986, van der Kolk 1989). Znásilnenia, prostitúcia a sexuálne zneužívanie terapeutmi, to všetko sa s vyššou frekvenciou objavuje u obeť incestu než u iných ľudí. Existujú určité rozdiely medzi spôsobom, akým sa opakovanne stávajú obeť muži a akým ženy. Zneužití muži a chlapci majú tendencie identifikovať sa s agresorom a neskôr ako dospelí zneužívajú iných, zatiaľ čo ženy, ktoré boli zneužitú, sa pripútávajú ku zneužívajúcim mužom a dovoľujú, aby ony aj ich deti boli naďalej obeťami zneužívania (Carmen a kol. 1984).

Často práve deti, vyrastajúce v rodinách, kde sú zneužívané rodičmi, nemajú upokojujúcich blízkych, ktorí by pomohli mitigovať traumy. Obeť sa preto upínajú na svojich trýzniteľov (van der Kolk 1989), a tento typ objektových vzťahov v nich perzistuje do dospelosti, kedy si hľadajú partnerov, ktorí by pokračovali v "hre", ktorú sa naučili v detstve. Zneužívané dieťa nadobúda presvedčenie, že zneužívajúci rodič je lepší ako žiadny rodič. Predvídateľnosť fungovania takéhoto vzťahu im pomáha brániť sa pred hrozbou zneužívania: zlo, ktoré človek pozná, je často lepšie, ako zlo, ktoré nepozná. Opakovanie traumatických vzťahov je tiež príkladom pokusu o aktívne zvládanie pasívne zakúšanej traumy. Obeť sa snažia získať väčšiu kontrolu nad tým, čo sa v detstve úplne vymykalo spod ich kontroly.

Intergeneračné dimenzie sexuálneho zneužívania sú dobre známe. Rodičia, ktorí zneužívajú svoje deti, sú často sami obeťami zneužívania. V mnohých prípadoch sú rozhorčení tým, že im ich nevinnosť bola vzaná v tak útlom veku. Môžu prežívať hlbokú závisť voči vlastným deťom pre ich nevinnosť, a tak prostredníctvom ich zneužívania závistlivo útočia a ničia to, čo bolo podobným spôsobom ukradnuté im samotným (Grotstein 1992).

Keď si pacienti s multiplexnou poruchou osobnosti pripomínajú, ako boli v detstve zneužívaní,

často sa obviňujú za to, čo sa im stalo. Často sa sami označujú za "sluts" a "kurvy", ktoré si zalúžili to, čo sa im stalo. Ako deti často nadobudli presvedčenie, že sú takto trestané preto, že sú zlé a nepekne sa správajú. Hoci možno tento pocit viny a hanby do určitej miery vysvetliť ako introjektívnu identifikáciu so "zlými" rodičmi, sebaobviňovanie možno tiež chápať ako zúfalý pokus dať nejak zmysel ich otrasnej situácii. Pre malé deti je presvedčenie, že svet je škodoradostné miesto, na ktorom sú subjektami náhodných činov násilia, hlboko zmrazujúce. Alebo ak veria, že ich rodičia sú v podstate dobrí ľudia, ktorým ležia na srdci ich záujmy, ich skúsenosť je pre ne zmyslupľnejšia. Fakt, že s nimi rodičia zaobchádzajú tak, ako s nimi zaobchádzajú, musí teda znamenať, že sú zlé a zaslúžia si to. Keď sa ich terapeuti snažia presvedčiť, že nie je ich vinou, čo sa stalo, často sa cítia byť nepochopené. V tomto možno vidieť adaptívny aspekt tejto pozície u obetí zneužívania. Ženy, ktoré boli znásilnené, majú lepšiu prognózu, ak sa sebaobviňujú, pretože lokus kontroly je tu ponímaný skôr ako vnútorný, než externý, čo znižuje pocit bezmocnosti (van der Kolk 1989).

Jednu z najkontroverzných otázok predstavuje vzťah medzi disociáciou a rozštepom. Otázka stojí, či sú pacienti s multiplexnou poruchou osobnosti podobní alebo sa líšia od pacientov s borderline poruchou osobnosti. Empirický výskum poskytuje zmiešaný obraz. V jednej vzorke pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti spĺňalo 70% z nich kritériá pre borderline poruchu osobnosti. V ďalšej štúdií bolo porovnané skóre v MMPI škále u 10 pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti a u 10 pacientov s borderline poruchou osobnosti. Neboli zistené žiadne významné rozdiely (Kemp a kol. 1988). Aby to bolo všetko ešte zložitejšie, úloha traumy z detstva v etiológii borderline poruchy osobnosti bola dokumentovaná rozsiahlymi výskumami (Herman a kol. 1989, Nigg a kol. 1991, Ogata a kol. 1990, Westen a kol. 1990, Zavarini a kol. 1989).

Na druhej strane, jedna štúdia o multiplexnej poruche osobnosti, používajúc psychologické testovanie, ukázala, že títo pacienti majú vyššiu úroveň organizácie ega, než typickí borderline pacienti (Armstrong a Loewenstein 1990). Sú schopní prežívať druhých skôr ako "celé objekty", než ako odštiepené časti objektov a postrádajú tiež typickú slabosť ega, ktorú môžeme vidieť u borderline pacientov. Kluft (1991a) vo svojej štúdií pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti zistil, že 1/3 z nich po zahájení liečby rýchlo prestáva vykazovať borderline črty, u 1/3 vymizne zjavná borderline porucha osobnosti spolu vyriešením multiplexnej poruchy osobnosti a u 1/3 ostávajú borderline črty aj po zintegrovaní ich osobnosti. Multiplexná porucha osobnosti môže teda generovať "fenokópiu" borderline poruchy osobnosti, a iba malá časť pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti má skutočnú borderline poruchu osobnosti. Podľa Klufta by klinici nemali stavať diagnózu borderline poruchy osobnosti u pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti, pokiaľ nie sú borderline kritériá prítomné u viacerých odlišných osobností.

V literatúre o multiplexnej poruche osobnosti prevláda obecná tendencia zdôrazňovať, v čom sa líši disociácia od štiepenia. Young (1988) poznamenal, že podosobnosti nemajú tendenciu polarizovať sa okolo kontradiktórnych stavov ega, skôr majú hodne prekrývajúcich sa charakteristík. Zatiaľ čo u multiplexnej poruchy osobnosti je rozštiepené skôr self, než objekty, u borderline poruchy osobnosti je to naopak (Marmer 1991). Disociácia sa od štiepenia líši v troch bodoch (Kluft 1991b): 1. je spojená so psychobiologickým prepínacím procesom, 2. rôzne stavy, ktoré z neho rezultujú, majú významne odlišné psychofyziologické charakteristiky, a napokon 3. na rozdiel od štiepenia sú amnestické bariéry často konštruované medzi jednotlivými podosobnosťami.

Štiepenie a disociácia majú svoje spoločné charakteristiky i rozdiely. U oboch dochádza ku aktívnej separácii a kompartmentalizácii psychických obsahov. Oba sú používané ako obrana pred nepríjemnými zážitkami alebo afektami. Oba narúšajú hladký a kontinuálny pocit self. Líšia sa však v tom, za akých podmienok dochádza k narušeniu funkcií ega. U štiepenia je špecificky narušená kontrola impulzov a tolerancia úzkosti a frustrácie (Kernberg 1975). U disociácie je zas porušená pamäť a vedomie. A napokon, disociácia je obcenejšia, širší mechanizmus než štiepenie - u disociácie k rôznym deleniam, nie iba ku jednoduchému rozdeleniu na polarizované extrémne afektívnej valencie.

Literatúra o disociácii u multiplexnej poruchy osobnosti sa takmer výhradne zameriava na delenia v self, ale len malú pozornosť venuje korešpondujúcemu deleniu objektov v spojitosti so seba-reprezentáciami. Dieťa neinternalizuje objekt, ale objektný vzťah (Fairbairn 1940/1952, 1944/1952). Disociácia nie je len obrana, ale aj proces, ktorý chráni a uchováva celý vnútorný objektný svet zneužívaného dieťaťa v rozštiepenej forme (Danieš a Frawley 1992).

Jednou z praktických implikácií tejto konceptualizácie je, že každá podosobnosť predstavuje self vo vzťahu ku fantazijnému vnútornému objektu. Dva prenosovo-protiprenosové scenáre, ktoré majú základ vo vnútorných objektových vzťahoch, sú 1) bezpečné a milované detské self vo vzťahu ku bezpodmienečne milujúcemu, dobrému rodičovi a 2) viktimizované, o dôveru obraté a zradené detské self vo vzťahu ku zneužívajúcemu alebo zneužívanie umožňujúcemu rodičovi. V niektorých prípadoch môže podosobnosť predstavovať skôr vnútorný objekt, než self. Toto je najzreteľnejšie, keď jedna z podosobností jasne hrá rolu zneužívajúceho internalizovaného rodiča. V tomto prípade existuje podosobnosť spolu s korešpondujúcou fantáziou o self, ku ktorému sa vzťahuje. Pretože tento pohľad na vnútorný svet pacienta s multiplexnou poruchou osobnosti je vysoko komplexný, má zásadnú dôležitosť pre účinnú psychoterapiu.

## Liečba

Metódou voľby je u multiplexnej poruchy osobnosti individuálna dynamicky orientovaná expresívne-podporná psychoterapia, augmentovaná v prípade potreby hypnózou (Kluft 1991a). Napriek pochmurnej a traumatickej povahe včasných skúseností týchto pacientov je pri dobrej motivácii ku psychoterapii ich prognóza dobrá. Liečba musí osloviť multiplicitu priamo, pretože syndróm nebude remitovať bez psychoterapie, špeciálne zameranej na jej odstránenie (Kluft 1985). Najvhodnejšia frekvencia sedení je dvakrát do týždňa.

Psychoterapia zasahuje na dvoch rozličných úrovniach abstrakcie: na jednej úrovni pracujeme s viac či menej konkrétnymi entitami, pričom je potrebné prelomiť medzi nimi stojace bariéry. Na abstraktnej úrovni je celý systém "osobností" považovaný za "reálnu" osobu a psychoterapia sa uberá po klasických ego-psychologických líniiach, pričom sú disociatívne obrany opúšťané a nahrádzané zrelšími obranami.

Psychoterapia týchto pacientov je obvykle zdĺhavá.

Vodítka pre úspešnú psychoterapiu u pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti (Kluft 1991a, 1991b):

\* Terapia musí začať stanovením pevného a bezpečného terapeutického rámca. Vzhľadom na anamnézu násilného prekračovania hraníc u týchto pacientov musia byť od začiatku stanovené také detaily, ako dĺžka sedení, spôsob platenia za terapiu, termíny sedení a používanie radšej slov, než dotykov.

\* Pre dobrý postup terapie je rozhodujúca silná terapeutická aliancia. Túto možno posilňovať self-psychologickým prístupom, empatickým postojom ku pacientovej subjektívnej skúsenosti počas úvodnej fázy terapie. Bude potrebné vytvoriť aliancie s jednotlivými podosobnosťami, ako aj s hosťujúcou osobnosťou. Terapeut musí aktívne zdôrazňovať kooperáciu, identifikáciu, empatiu a kolaboráciu medzi podosobnosťami, tak aby sa konflikty medzi nimi zredukovali a ich oddelenosť sa stala zbytočnou. Terapeut musí byť preto uvážlivý a nesmie favorizovať žiadnu z podosobností ani významne meniť svoje správanie pri stretnutí s rôznymi podosobnosťami.

Po dosiahnutí kooperácie medzi podosobnosťami a vytvorení pevného terapeutického spojenectva sa úsilie terapeuta zameriava na odkrytie tráum z minulosti a na dosiahnutie abreakcie u pacienta. Úlohou terapeuta je filtrovať a spracovávať tento materiál spôsobom, ktorý je pre pacienta znesiteľný. Je pritom nápomocné Kluftovo "pravidlo tretín" - terapeut a pacient sa musia dostať ku ťažkému traumatickému materiálu v priebehu 1. tretiny sedenia, v priebehu 2. tretiny na tomto materiáli pracovať a v záverečnej, 3. tretine sedenia ho spracovávať a metabolizovať. Ak sa

nepodarí tento materiál sprístupniť ku koncu 1. tretiny sedenia, pacient pravdepodobne nebude mať dostatok času na zotavenie sa z intenzity abreakcie.

Terapeut musí vytvárať teplú a akceptujúcu atmosféru, pretože pozícia klasickej abstinencie a anonymity môže byť pacientami s multiplexnou poruchou osobnosti veľmi pravdepodobne vnímaná ako odmietajúca alebo dokonca zneužívajúca. Terapeut tiež musí usilovať o udržiavanie nádeje pacienta a korigovať jeho kognitívne omyly.

Po dostatočnom prepracovaní traumatických spomienok u podosobností, dosiahne pacient stav rozriešenia, predstavujúci hladkú spoluprácu medzi podosobnosťami. Až si pacient vytvorí nový a bezpečný postoj ku self ako aj ku vonkajšiemu svetu, medzi podosobnosťami zavládne jednota, hovoríme o integrácii. Po dosiahnutí tohto stavu je vhodná tradičná psychodynamická psychoterapia, zameraná na upevnenie doterajších ziskov, odsmútenie strát a vyriešenie konfliktov pomocou ich interpretácie. Mnoho pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti má slabo rozvinutý pocit self v dôsledku rozsiahlych období amnézie na detstvo a adolescenciu. Efektívna psychoterapia obnoví mnohé z toho, čo bolo stratené a umožní pacientovi zrekonštruovať jeho autobiografiu, čo tvorí základ pre novo sformované self (Putnam 1990).

V terapii môže alebo nemusí byť použitá hypnóza. V niektorých prípadoch stačí na privolanie určitej podosobnosti jednoducho jej oslovenie po mene a rozprávanie sa s ňou, inokedy je potrebné navodiť tranzový stav.

Jednoduchá katarzia a abreakcia nie je v terapii postačujúca a nepovedie ani ku integrácii, ani k úzdrave. Bez porozumenia psychodynamickým princípom takáto terapia často ustrnie na mŕtvom bode, v stave, nazývanom "status abreacticus" (Ganaway 1992).

Je nevyhnutné venovať pozornosť psychodynamickým konceptom, ako sú prenos, odpor, protiprenos a prepracovanie. Bežným nálezom v liečbe pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti je silná lojalita so zneužívajúcim vnútorným objektom a zdráhanie sa vzdať pripútanosti v procese integrácie a smútenia. Vyžaduje to náročné prepracovanie s cieľom odstrániť prílišnú libidu k tomuto mocnému introjektu. Je tiež potrebné napomôcť pacientovi skompletizovať jeho autobiografiu a revidovať význam traumy (Marmer 1991). Napr. hoci na fakte zážitku incestu nemožno nič zmeniť, pacientka si môže uvedomiť, že podvolenie sa otcovým požiadavkám bol jediný spôsob, ako prežiť.

Intenzívna integratívna psychoterapia však nie je vhodná pre všetkých pacientov. Prekážkou môže byť ich neschopnosť uhradiť si dlhodobú liečbu, iní uniknú z terapie, pretože cítia, že ich psychická bolesť by bola neznesiteľná. U niektorých je ego tak fragilné, že znovuzakúšanie traumy by ich rozložilo. V takýchto prípadoch by tlak terapeuta u nich spôsobil prolongovanú suicidálnu krízu alebo psychotickú dekompenzáciu.

Lepšou stratégiou je u takýchto prípadov viac podporný prístup s cieľom maximalizácie fungovania a podporenie harmonickej spolupráce medzi podosobnosťami. To môže viesť ku lepšej adaptácii pacienta na životné stresy. Ako adjuvans v terapii možno použiť aj psychofarmaká, napr. SSRI kvôli zníženiu hyperarousalu (van der Kolk 1989). U pacientov, liečených podpornou psychoterapiou, ktorí nedospejú v terapii ku integrácii, ostáva riziko relapsu (Kluft 1991a).

## **Protiprenos**

Málokteré psychické poruchy vyvolávajú tak silné protiprenosové reakcie, ako je tomu u pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti. Ide tu o kolísanie medzi vierou a skepticizmom. Na jednej strane, mnoho zdravotníkov stále neverí tomu, že multiplexná porucha osobnosti je skutočne psychiatrickou diagnózou. Niektorí, hoci pre to nemajú žiadne dôkazy, ju považujú za iatrogénne spôsobenú terapeutmi, ktorí zneužívajú hypnózu. Skeptickí riaditelia psychiatrických nemocníc zakazujú terapeutom svojich pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti hospitalizovať. Ak by boli predsa hospitalizovaní, zakázali by ošetrovateľskému personálu starať sa o nich ako o

pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti s odôvednením, že ich terapeuti chybné diagnostikovali.

Druhým extrémom je, keď niektorí terapeuti nekriticky veria všetkému, čo im pacienti s multiplexnou poruchou osobnosti povedia. Sú nimi fascinovaní a prestávajú dodržiavať svoje profesionálne hranice. Snažia sa týchto pacientov ľúbiť a byť im lepšími rodičmi, ako boli ich vlastní. Liečia pacientov neustálym úsilím o dosiahnutie abreakcie traumatických spomienok s naivným očakávaním, že bude všetko dobre, keď sa pacient "očistí".

Empirické výskumy naznačujú, že spomienky na osobne prežité traumatické udalosti je možné narušiť novými zážitkami a že je možné do pamäte infikovať aj udalosti, ktoré sa nikdy nestali (Koftus 1993).

Psychoterapeuti pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti nevyhnutne vstupujú do ich disociatívnych stavov. Ako popísal Marmer (1991):

Je užitočné konceptualizovať terapeutické usporiadanie ako dramatické prenosové prehrávanie, pri ktorom terapeut niekedy hrá part nejakej postavy z pacientovej minulosti, niekedy hrá zasa pacienta a pacient hrá terapeuta. Niekedy tak zažije disociáciu a stavy zmätku, keď pacient evokuje v terapeutovi to, čo zažíval on.

Úlohou terapeuta je sledovať protiprenosové tlaky bez toho, aby stratil nadhľad nad tým, kedy dochádza ku prehrávaniu dôležitých objektových vzťahov. Vďaka tomu, že terapeut postrehne, čo stojí medzi ním a pacientom, nielen že sa vyhne protiprenosovému agovaniu (acting out správaniu), ale tiež získa dôležité informácie o pacientovom vnútornom svete, čo môže byť ďalej v terapii zuzitkované.

Terapeut sa musí vyvarovať role "arbitra historickej pravdy". To, čo si ľudia pamätajú, je vždy zmesou fantázie a reality. Musia naslúchať materiálu, ktorý prinášajú pacienti, neposudzujúco a s určitou zvedavosťou, a nevyhlasovať to, čo počujú, za 100% pravdu alebo úplný výmysel. Kluff (1988) upozornil, že terapeuti by sa mali vyhnúť "prejavom fascinácie, prekvapenia, vzrušenia, dôvery, nedôvery, alebo vyjadrovaniu vlastných názorov, čo by mohlo spôsobiť, že by jednotlivé podosobnosti cítili potrebu demonštrovať svoju autentickosť".

Pri hodnotení vývoja prenosu a protiprenosu v psychoterapii pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti je užitočné konceptualizovať ich ako epizódy v dráme, v ktorej účinkujú štyri hlavné postavy: obeť, zneužívajúci, idealizovaný onnipotentný záchranca a nezainteresovaná matka. Tieto postavy vystupujú v rôznych kombináciách po dvojiciach, pričom sú do týchto rolí obsadzovaní pacient a terapeut. Prvé tri postavy - obeť, zneužívajúci a idealizovaný onnipotentný záchranca, interagujú predvídateľným spôsobom, ktorý predstavuje konvergenciu protiprenosu v užšom zmysle slova a protiprenosu v širšom zmysle, cestou projektívnej identifikácie. Keď sa u pacienta vynorí anamnéza viktimizácie, v terapeutovom srdci sa pohne niečo silné, čo ho núti, aby sa pokúšal nejakým spôsobom napraviť škody tak, že bude pre pacienta dobrým rodičom, akého pacient nikdy nemal.

Táto paradigma spasiteľa a obeť, ktorá stojí na počiatku psychoterapie, naráža ďalej na problémy. Pacient nie je schopný za terapeutovým snažením vidieť také pohnútky, aké terapeut naozaj má. Pacienti, ktorí boli ako deti zneužívaní, často predpokladajú, že každý ich bude iba zneužívať, pretože nemajú žiadny dôvod myslieť si niečo iné. Nedôverujú uisťovaniu terapeuta, že ich nebude zneužívať. Ubezpečovaním sa možno ul'ávi terapeutovi, ale pacientovi len zriedkakedy. Opatrujúce profesie sú pre týchto pacientov samé o sebe podozrivé.

Väčšine pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti chýba pozitívna skúsenosť, ktorú prežíva dieťa, vyrastajúce medzi starostlivými rodičmi, poskytujúca zážitok generačných hraníc a obmedzení. Preto často považujú profesionálne hranice terapeutickkej situácie za kruté. V dôsledku toho sú požadovační, požadujú prejavy terapeutovej starostlivosti a záujmu v podobe predĺžených sedení, telesného kontaktu, sebaodkrývania terapeuta atď. Ak terapeut začne tieto pacientove prehnane požiadavky uspokojovať, jeho úsilie neprinesie pozitívny výsledok. Pokusom byť pre pacienta náhradou rodičov, terapeut obíde pacientovu potrebu smútiť a vzbudí v ňom falošnú nádej,

že rodičovský vzťah je preňho dostupný, ak si nájde na to vhodné osoby.

Keď sa terapeut pokúsi uspokojiť pacientove narastajúce požadovanie, aby mu dokázal, že má oňho záujem, v pacientovi sa aktivuje pocit oprávnenosti. Odhalí sa jeho skryté presvedčenie, že má právo na kompenzáciu za minulé zneužívanie. Ako požadovačnosť pacienta narastá, terapeut sa začne cítiť zneužívaný, procesom introjektívnej a projektívnej identifikácie dôjde ku výmene rolí, terapeut sa teraz stáva obeťou a pacient sa stáva zneužívajúcim. U pacienta sa dostanú do popredia jeho zneužívajúce introjekty, zatiaľ čo jeho self obeť projikuje na terapeuta. Terapeut pritom môže vytvoriť živnú pôdu pre túto identifikáciu s pacientovou seba-reprezentáciou obeť, čo je dôsledkom pocitov viny, ktoré súvisia s narastajúcou nevôľou a nenávisťou voči pacientovi. Pacient môže tento vývoj vycítiť a obviňovať terapeuta, že sa oňho nezaujíma. V snahe poprieť tieto pocity hnevu sa terapeut snaží ešte viac dokazovať čistotu svojich motívov a snaží sa maskovať svoje podráždenie. Terapeuticky najvhodnejším spôsobom, ako zvládnuť protiprenosové pocity v tomto bode, je uvedomiť si svoje obmedzenia.

Tretie dejstvo drámy začína v niektorých prípadoch vtedy, keď je eskalujúca požadovačnosť pacienta sprevádzaná zvyšujúcim sa úsilím terapeuta uspokojiť pacientove požiadavky. Keď všetko terapeutovo úsilie zlyháva, terapeut sa pokúsi o ďalší krok, ktorým však drasticky prekročí hranicu medzi ním a pacientom, čím sa vlastne zopakuje zneužívanie z detstva. Terapeut sa teda stáva zneužívajúcim a pacient je opäť obeťou. Najtragickejším, a žiaľ i veľmi častým spôsobom prekročenia hraníc terapeutom vo vzťahu k pacientovi je priamy sexuálny kontakt medzi terapeutom a pacientom. Ďalšími prípadmi sú sadistické verbálne zneužívanie pacienta, skontaktovanie pacienta s terapeutovou rodinou atď. To, čo začína ako úsilie o záchranu, končí ako znovuprehrávanie zneužívania.

Mnohí pacienti s multiplexnou poruchou osobnosti trpia tzv. naučenou bezmocnosťou, kedy veria, že akékoľvek ich úsilie by bolo márne a nič by nezmenilo na ich osude. Ľahko sa stávajú obeťou všetkých možných foriem zneužívania a porušovania hraníc terapeutmi, ktorí zneužívajú pacientov na uspokojovanie svojich vlastných potrieb.

Role obeť, zneužívajúceho a idealizovaného onnipotentného spasiteľa sú najdramatickejšími a najzjavnejšími prejavmi introjektívne-projektívnych procesov v práci s pacientami s multiplexnou poruchou osobnosti. Štvrtá rola - rola nezainteresovanej matky, sa prejavuje o niečo nenápadnejším spôsobom. Pacienti často vnímajú takúto postavu v terapeutovom mlčaní, ktoré si vykladajú ako ľahostajnosť a odmietnutie. Pacienti (tky) môžu mať vtedy pocit nebytia - popísaný Bigrasom a Biggsom (1990) ako "negatívny incest" - pocit neživosti alebo prázdnoty, vzťahujúci sa ku absentujúcej matke, ktorá neurobila nič preto, aby zasiahla do incestuózneho vzťahu medzi jej manželom a dcérou.

Pocit neživosti a prázdnoty, prežívaný pacientom, môže posilniť komplementárne pocity bezmocnosti a zúfalstva u psychoterapeuta. V terapii sa to môže prejavovať dlhými obdobiami, kedy pacient ostáva chladný a dištancovaný od terapeuta a evokuje pocity neživosti a nebytia v protiprenose.

Primitívne stavy psychickej neživosti môžu súvisieť s ťažkou maternálnou depriváciou, v dôsledku čoho došlo ku ťažkému narušeniu pocitu self u dieťaťa. Chýbanie blízkej senzorickej skúsenosti dieťaťa s matkou spôsobilo, že dieťa nie je schopné vytvoriť si bezpečný pocit senzorickeho kontaktu. Automutilácie, tak časté u pacientov s multiplexnou poruchou osobnosti, možno chápať ako spôsob, ako znovunadobudnúť ... na hranici predstavovanej kožou, aby sa tak vysporiadali s úzkosťou zo strácania intaktnosti hraníc ega.

## **Ústavná liečba**

Mnohí pacienti s multiplexnou poruchou osobnosti vyžadujú v určitom bode priebehu psychoterapie hospitalizáciu. Závisí to od ich úrovne organizácie ega a od komorbidity. Dĺžka hospitalizácie sa môže pohybovať od niekoľkých dní (krízová intervencia) po niekoľko mesiacov u ťažko dekompenzovaných pacientov u ktorých je riziko spáchania suicídia. Títo pacienti sa obvykle ocitajú v roli klasického "zvláštneho pacienta". Ostatní členovia personálu i ostatní pacienti považujú ich vzťah s terapeutom za mimoriadny a často z nich napokon robia obetných baránkov. Hoci z vonkajšieho pohľadu bývajú reakcie personálu typickým príkladom štiepenia, táto situácia je v skutočnosti príkladom preexistujúcich filozofických a vedeckých rozporov medzi členmi personálu, ktorí majú často tendencie obviňovať pacienta.

Preto sa týmto pacientom lepšie darí na špecializovaných jednotkách pre disociatívne poruchy. Tu je personál zvyknutý akceptovať ich ochorenie ako skutočné, ale aj tu môže dôjsť ku štiepeniu, a to vtedy, keď sú určití členovia personálu vystavení jednému aspektu pacienta, zatiaľ čo ostatní sú konfrontovaní s úplne inou dimenziou pacienta. Kluft poskytol v tomto smere niekoľko užitočných vodítok. S pacientom je potrebné urobiť kontrakt, že v prostredí oddelenia bude reagovať na oslovenie jeho legálnym menom. Musí byť tiež upozornený, že nemôže od personálu očakávať, že bude reagovať diferencovane na jeho rôzne podosobnosti, ak sa objavajú. To môže očakávať iba od svojho terapeuta. U pacienta, ktorý nie je schopný uzavrieť kontrakt v mene všetkých svojich podosobností, musíme apelovať na tú najnebezpečnejšiu z autodeštruktívnych podosobností.

## **Skupinová psychoterapia**

Neštrukturovaná verbálna skupinová psychoterapia môže byť pre týchto pacientov značne problematická, na druhej strane homogénne skupinová ambulantná terapia môže byť užitočná.

## **Depersonalizácia**

Pojem depersonalizačná neuróza sa prvýkrát objavil v DSM-II a popisoval syndróm, zahŕňajúci pocit neskutočna a odcudzenia od vlastného tela, self alebo okolia. V DSM-III a DSM-III-R tento pojem popisuje formu disociatívnej poruchy, obsahujúcu zmenu v prežívaní alebo vnímaní self takým spôsobom, že skutočnosť človeka sa dočasne zmení alebo zmaže. Od depersonalizácie, ktorá sa objavuje aj v rámci normálu u psychicky zdravých ľudí, sa odlišuje stupňom závažnosti a pretrvávaním. V DSM-IV sa ešte zdôrazňujú ako podmienky pre túto diagnózu prítomnosť značného rozrušenia alebo narušenia fungovania v sociálnej alebo pracovnej sfére.

Derealizácia je obvykle súčasťou depersonalizačnej poruchy a predstavuje pocit odcudzenia od okolia. Depersonalizácia môže mať množstvo foriem, vrátane pocitu, že telo človeka je mŕtve, že niektoré časti tela sú oddelené od zvyšku tela (napr. ruky alebo nohy), pocity, že človek je odpútaný od predstavy o sebe, takže si sám sebe pripadá ako cudzí, pocit, že človek pozoruje sám seba z odstupu. Menej závažné zážitky depersonalizácie, ktoré ešte nespĺňajú diagnostické kritériá pre poruchu, máva príležitostne 50% normálnej populácie. Depersonalizácia sa objavuje 2x častejšie u žien než u mužov, predominantne u ľudí vo veku pod 40 rokov. Prechodná depersonalizácia sa môže objaviť ako reakcia na život ohrozujúce nebezpečenstvo, napr. pri nehodách, vážnych ochoreniach a pod. V momente krízy môže mať rozštep medzi pozorujúcim self a zúčastneným self význam pre prežitie človeka, pretože mu poskytne nevyhnutný odstup, potrebný na premyslenie si, ako by mohol z nebezpečnej situácie uniknúť.

Depersonalizácia je u psychiatrických pacientov treťou najčastejšou sťažnosťou, hneď za depresiou a úzkosťou. Ako izolovaná porucha je relatívne zriedkavá, častejšie sa vyskytuje ako symptóm inej poruchy, napr. schizofrénie, multiplexnej poruchy osobnosti, depresie alebo

úzkostnej poruchy. Zážitok depersonalizácie je obvykle nepríjemný a spôsobuje úzkosť, paniku a pocit prázdnoty. Je pociťovaná ako patologická, neprirodzená, podobná snu a často vedie pacientov k tomu, aby vyhľadali lekársku pomoc. U asi polovice prípadov má chronický priebeh.

## **Psychodynamické porozumenie**

Etiológia depersonalizácie ostáva vo väčšine prípadov nejasná. Rosenfeld chápal depersonalizáciu ako obranu proti primitívnym deštruktívnym impulzom a perzekučným úzkostiam, vyvstávajúcim z paranoidne-schizoidnej pozície. Blank ju považoval za obranu voči primitívnej úzkosti, vyvstávajúcej z orálnej (rage) a orálnej deprivácie. Stamm zdôrazňoval hlboko regresívne aspekty depersonalizácie ako obrany.

Najnovšie psychodynamické pohľady na depersonalizáciu hovoria, že táto predstavuje internalizáciu konfliktných identifikácií. Človek sa bráni proti neprijateľným identifikáciám popretím neželanej časti ega. Podľa Sarlina pravdepodobne depersonalizácia odráža konflikt medzi pacientovými rodičmi, ktorých pacient internalizoval ako dva konfliktné aspekty dieťaťa.

Depersonalizácia nemusí vždy byť obranou voči nebezpečenstvu zvonka alebo proti pudovým tlakom zvnútra. Z pohľadu self-psychológie môže byť tiež odrazom porúch v konsolidácii kohezívneho a stabilného pocitu self. Depersonalizácia u takýchto pacientov môže odrážať ich paniku z hrozby fragmentácie self.

## **Terapia**

V niektorých prípadoch chronickej depersonalizácie pacienti, ktorí si už na poruchu zvykli, nebudú pociťovať takú potrebu vyhľadať pomoc. Ak ide o depersonalizáciu sekundárnu pri inom primárnom ochorení, základom je liečba tohto primárneho ochorenia.

Farmakoterapia môže byť pre zmiernenie symptómov užitočná. Popísaná bola účinnosť tricyklických antidepresív, ako desipramín alebo imipramín, ale tiež fluoxetínu.

V niektorých prípadoch môže byť účinná psychodynamická psychoterapia. Identifikovanie v pozadí ležiacej dynamiky pomôže pacientovi získať väčšiu kontrolu nad depersonalizáciou. Ak sú v pozadí traumatické spomienky, vhodná je ich abreakcia. Dynamická terapia môže byť užitočná pre preskúmanie problémov konfliktných ego-identifikácií, zvlášť ak tieto odrážajú stresy v primárnej rodine. Potrebná je však motivácia pacienta porozumieť si, premýšľavosť, dostatočná sila ega a intelektuálna zvedavosť dozvedieť sa niečo o sebe.

## **PARAFÍLIE A SEXUÁLNE DYSFUNKCIE**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Angelika Poláková, TN)

Na málo psychických porúch verejnosť tak silne moralisticky reaguje ako na parafiliu. K tomu,



aby sme určili, či je jedinec deviant v oblasti sexuality je treba, aby existovala presná norma pre sexuálne správanie sa. Kto však také normy vytvorí? Mala by byť psychiatria morálnym strážcom sexuálneho správania sa? Môžeme používať pojmy ako sexuálna deviácia, perverzia alebo dokonca parafília bez toho, aby to znelo neodborne?

Vývoj definície perverznej činnosti ukazuje, nakoľko psychiatrická nozológia odráža spoločnosť, z ktorej poučka vychádza. Vo vzťahu kultúry, ktorá vidí sexualitu vo veľmi úzkych termínoch, Freud definoval perverzné sexuálne aktivity nasledovne:

- 1) sú zamerané na iné partie tela ako na genitálie,
- 2) štandardný sexuálny styk s partnerom opačného pohlavia sa nahrádza inými aktivitami,
- 3) takáto aktivita sa stáva pre dotyčného jedinca exkluzívnou.

Freud poznamenáva, že známky perverzie môžeme nájsť takmer u každého človeka, ktorého podvedomie sa stalo objektom psychoanalytického výskumu.

Prístup spoločnosti k sexualite sa od čias Freuda dramaticky zmenil. Tak ako sa sexualita stala serióznym odborom pre vedecké bádanie, prišlo sa na to, že "normálne" páry majú veľmi širokú škálu sexuálneho správania sa. Napríklad, orálne-genitálne vzťahy sa stali normálne akceptovanými ako zdravé sexuálne správanie sa. Podobne homosexuálny a análny styk boli vyhodnené z "knihy" perverzného správania sa. V poslednej dobe obavy z AIDS obohatili vedomosti verejnosti o relatívne vysokom výskyte análnych sexuálnych stykov medzi párami opačného pohlavia.

Psychoanalytici potvrdili opakované Freudovo pozorovanie, že potencionálna perverzná časť je v každom z nás. McDougal poukázal, že perverzné fantázie sú normálnou súčasťou v sexuálnom správaní sa každého dospelého jedinca, ale nie sú "problémom", pretože sa neprejavujú ako kompulzie.

Stoller obhajuje úzku definíciu perverzných aktivít. Definuje perverziu ako "erotickú formu nenávisťi". Ďalej píše, že hrubosť (bezcitnosť) a prianie ponižit' a urazit' svojho sexuálneho partnera ako i seba samého sú veľmi dôležitými indikátormi, ak sa sexuálne správanie javí ako perverzné. Z tejto perspektívy je jedincov záujem kritickou veličinou v definícii perverzie.

V snahe byť nestranný v definícii parafílie, DSM-IV doporučila obmedziť názov len na prípady, kde sú použité iné objekty ako objekty ľudského pôvodu a kde vlastné poníženie a bolesť je použité na individuu alebo jeho partnerovi, alebo kde sú deti alebo dospelí bez ich súhlasu zneužívaní. U "ľahších" parafílií jedinec koná na základe nutkavých myšlienok iba občas, u ťažkých koná opakovane.

DSM-IV radšej používa termín parafília, než perverzia alebo deviácia, ktoré znejú urážlivo.

## ***Psychodynamické porozumenie parafílie***

V širšom význame veda o pôvode parafílie zostáva zahalená tajomstvom, i keď rôzne štúdie dokazujú, že biologické podmienky prispievajú k patogenéze perverzie. I keď biologické faktory sú prítomné, psychologický aspekt hrá tiež dôležitú rolu v určení šance medzi parafíliou a základným očakávaním od sexuálneho vzťahu. Porozumenie psychoanalytikov veľmi osvetlilo temné stránky perverznej psyché. Musíme poznamenať, že psychodynamické modely môžu osvietiť príčinu perverzie bez toho, aby sme museli založiť vedu na študovanie príčin týchto chorôb. Klasický pohľad na perverziu je hlboko zafixovaný v teórii Freuda, ktorý veril, že tieto poruchy, popísané ako inštinkty a objekty su na sebe nezávislé: "Je možné, že sexuálny inštinkt je nezávislý od objektu".

A naviac, Freud popísal perverziu v statiach spolu s neurózami. V neskorších štádiách neurotické symptómy reprezentujú transformáciu potlačovaných perverzných fantázií. Z tohoto dôvodu Freud popisuje neurózy ako negatívu perverzie: neurotické symptómy sú de-sexualizované perverzné fantázie.

V klasickom pohľade, perverzie môžu byť fixácie alebo návraty do infantilých foriem sexuality,

prežívajúcich do dospelosti (Fenichel). Posledný faktor, ktorý zabraňuje orgazmu prostredníctvom normálneho pohlavného styku, je obava z kastrácie, čiže perverzia slúži k predídeniu hrozby kastrácie. (Keďže väčšina pacientov postihnutých parafiliou je mužského pohlavia, všetky formulácie tu prezentované sú formulované na mužské pohlavie.)

Freud popísal zložitosť perverzie, ktorá je mnohopočetná. Poznamenal napríklad, že voyerizmus a exhibicionizmus sú na opačných stranách tej istej mince. Na svojej klinike pozoroval, že každá "aktívna" perverzia bola vždy doprevádzaná "pasívnym" náprotivkom. V jeho poňatí by mal mať sadista masochistické jadro a voyer by mal byť sužovaný nevedomo exhibicionistickými prianiami.

Posledné nálezy psychoanalytického vyšetřovania dospeli k názoru, že samotná teória pudu je nedostatočná na vysvetlenie väčšiny perverzných fantázií a správania sa, ktoré sú pozorované klinicky. Dôležitý je prevod tzv. "detských zranení do triumfov dospelých". Pacienti sú riadení svojimi fantáziami pomsty za poníženie zo svojho detstva, spôsobené ich rodičmi. Ich metódy pomsty sú poníženie a zosmiešnenie svojho partnera počas perverzného aktu alebo fantázie.

Perverzné sexuálne aktivity môžu byť taktiež úletom od dôležitých faktov (Mitchell). U mnohých ľudí postihnutých parafiliou došlo k nedostatočnému oddeleniu a osamostatneniu ich intrapsychickej reprezentácie od ich matiek. Pacient má v tomto prípade narušenú identitu, a práve sexuálne vyjadrenie sa môže slúžiť v tomto prípade ako vyjadrenie nezávislosti. Stoller videl v perverzii chuť ponižovať, Mitchell zasa "pretláčanie" vplyvu vnútornej materskej figúry. U parafilických pacientov sa pozorovalo, že po "ulavení si", resp. zbavení sa sexuálnych nutkaní získali pocit triumfu nad svojou kontrolujúcou materskou figúrou.

McDougall poznamenal, že sexuálne správanie sa vyvíja z komplikovaného vzorca identifikácie a protiidentifikácie so svojimi rodičmi. Každé dieťa je zainteresované do nevedomej psychologickéj drámy, ktorá je poháňaná z nevedomých erotických chŕťok a rodičovského konfliktu. Takže potrebná prirodzenosť každej sexuality je naprogramovaná podľa rodičovského vzorca, zvnútorneného dieťaťom.

Kohut ponúkol vlastný názor na perverziu. V jeho pohľade sú perverzné aktivity beznádejným pokusom o reštaurovanie pocitu čestnosti a spojitosti vlastnej osoby v prípade chýbajúcej dôležitej odpovede na vlastnú osobu od iných ľudí.

Sexuálne aktivity alebo fantázie môžu pacientovi pomôcť cítiť, že žije a že sa ho nedotkne hrozba opustenia alebo oddelenia.

I keď McDougall nie je psychológ, taktiež poznal dôležitý strach zo straty identity alebo chápania samého seba, ako je tomu u väčšiny perverzných aktivít. Určité sexuálne praktiky alebo sexuálne objekty sa stali drogami, ktoré pacient používa, aby mohol liečiť stav vnútornej prázdnoty a strach z vlastného zničenia. U týchto pacientov McDougall pozoroval chybný proces zjednotenia, ktorý obmedzil použitie prechodových objektov v detstve počas ich snaženia separovať sa od materskej figúry.

Tradičné vedomosti klinickej medicíny nám dokazujú, že ženy sú obeťami perverzií oveľa zriedkavejšie ako muži. Tento pohľad sa za posledné obdobie zmenil. Výsledky výskumov a klinických pozorovaní dokazujú, že perverzné fantázie sú aj u žien bežné. V rozsiahlej štúdií o ženskej perverzite Kaplanová poukázala na to, že terapeuti zle určovali diagnózu perverzií u žien, pretože nemá takú dynamiku ako u mužských perverzií. Sexuálne konanie, vychádzajúce zo ženskej parafilie, má v pozadí nevedomé fantázie o separácii, opustenosti a strate. Napríklad ženy, ktoré boli sexuálne obťažované ešte ako deti, získavajú zosilnený stereotyp ženskej sily (správajú sa ako muži) v snahe vykonať pomstu na mužoch a potvrdiť si svoju ženskosť.

Predtým ako objasníme dynamiku u jednotlivých parafilii, musíme poznamenať, že dôvody pre individuálnu preferenciu jednej perverznej fantázie alebo konania pred druhou ostávajú zahalené. Taktiež iné parafilie často koexistujú u jednej osoby. Konieckoncov u jednej osoby, resp. u jedného parafilického pacienta môže byť prítomný široký rozsah psychiatrických diagnóz a druhov osobnostnej organizácie. Perverzia je prítomná napr. u psychotických pacientov, pacientov s poruchou osobnosti alebo u neurotikov. Polymorfnú perverznú sexualitu často nachádzame u

pacientov s hraničnou poruchou osobnosti. Parafília, ktorá zahŕňa hrubosť k iným, býva často u pacientov s antisociálnou poruchou osobnosti.

Tak isto psychodynamické pochopenie každého pacienta, trpiaceho perverznými sexuálnymi aktivitami, vyžaduje hlboké porozumenie toho, ako jeho perverzné správanie sa spolunažíva s jeho vnútrom a štruktúrou. Napríklad, neurotici môžu použiť parafilickú aktivitu k privodeniu genitálnej potencie, kdežto psychotici môžu tú istú aktivitu použiť k obrane pred pocitom vlastného rozloženia (Person).

## ***Exhibicionizmus a voyerizmus***

Verejným obnažovaním pred neznámymi ženami alebo dievčatkami sa exhibicionista sám uisťuje, že nie je kastrovaný (Fenichel, Freud). Šokujúca reakcia na jeho správanie sa mu pomáha vyrovnáť sa s obavami z kastrácie a dáva mu pocit sily nad opačným pohlavím. Stoller poukázal na to, že exhibicionistické správanie obyčajne nasleduje po situácii, v ktorej sa útočník cítil ponížený, často ho ponížili ženy. Na oplátku exhibicionista sa mstí za toto poníženie šokovaním neznámych žien. Navyše ukázanie svojho genitálu mu umožní nadobudnúť určitý pocit dôležitosti a pozitívnu mužskú identitu. Veľmi často sú si práve títo muži svojím mužstvom veľmi neistí. Stoller poznamenal, že obavy z kastrácie kompletne nevystihujú motiváciu k exhibicionistickému správaniu.

## ***Sadizmus a masochizmus***

Jedinci, ktorí potrebujú sadistické fantázie alebo činy k tomu, aby dosiahli sexuálne uspokojenie, sa často snažia prevrátiť udalosti z detstva, v ktorých boli oni obeťami sexuálneho zneužívania. Tým, že robia druhým to, čo sa stalo v detstve im, získajú nielen pocit pomsty ale zároveň pociťujú, že zvládli otras z detstva. Masochisti, ktorí potrebujú poníženie a dokonca bolesť k tomu, aby dosiahli sexuálne uspokojenie, taktiež môžu opakovať skúsenosti sexuálneho zneužívania z detstva.

Fenichel veril, že masochisti sa obetujú - akceptujú "menšie zlo" namiesto kastrácie. Môžu byť takisto pevne presvedčení, že si zaslúžia trest za svoje konfliktné sadistické priania. V niektorých prípadoch sa títo pacienti chránia pred úzkosťou tým, že sa podrobia zneužívaniu. Sú často presvedčení, že sadomasochistický vzťah je jediný možný vzťah, ktorý môžu mať. Surový vzťah je lepší ako žiadny.

Sadizmus a masochizmus sú jedinečné v tom, že sú to jediné klasické perverzie, ktoré sa vyskytujú rovnako u mužov ako u žien. Hoci masochizmus býval stereotypne pripisovaný len ženám, mutované formy sadistických a masochistických fantázií sa vyskytujú takmer u každého jedinca. Prax mužov-homosexuálov a informácie od prostitútok naznačujú, že masochistické sexuálne aktivity sú predsa len bežnejšie medzi mužmi. Sacher-Mason, rakúsky spisovateľ 19. storočia, od ktorého bol tento názov sadizmus a masochizmus prevzatý, bol v skutočnosti poéтом mužského masochizmu. Všetky formy sexuálneho povzbudenia môžu byť spojené s agresívnymi prianiami. Pacienti, ktorí prichádzajú na psychoterapiu alebo psychoanalýzu so sexuálnymi zábránami, často odhalia bohaté sadistické fantázie, a to je to, čo im bráni v sexuálnom styku s inými ľuďmi.

Cez vzťahové pojmy môžeme vývoj sadizmu chápať tak, že odmietaný a vzdialený predmet potrebuje vynútenú snahu prekonať odpor, zodpovedajúci sebareprezentácii. Taktiež masochistická kapitulácia môže byť uzákonením vnútorného vzťahu, v ktorom predmet bude zodpovedať sebe

(vnútornému ja) len keď bude ponížený.

Z hľadiska psychologického je masochistické správanie silené úsilie obnoviť zmysel života a súdržnosti. Aj viditeľne sebazničujúci masochizmus môže byť snažením o samoobnovenie. Stolorow píše o liečbe veľmi znepokojenej 19 ročnej pacientky, ktorá žiadala svojho terapeuta, aby ju udrel. Terapeut pýtajúci sa, prečo chce, aby ju udrel, dostal odpoveď: "Fyzická bolesť je lepšia ako duševná smrť". Bez fyzickej bolesti a zneužívania v rukách druhých ľudí, sa pacientka cítila ako keby neexistovala a nemala kontakt s inými ľuďmi. Tento autor si všimol, že masochisti často usporadúvajú svoje životy tak, aby uspokojili potreby svojich rodičov. Z tohoto dôvodu ich vlastná vnútorná citová skúsenosť sa stáva vzdialenou a neprístupnou, pretože je obetovaná v prospech svojich rodičov.

## **Fetišizmus**

K dosiahnutiu sexuálneho vzrušenia fetišista potrebuje použiť neživý predmet, často iba kus ženského spodného prádla, topánku alebo nepohlavné časti tela. Freud pôvodne vysvetľoval fetišizmus ako niečo, čo pochádza z obavy z kastrácie. Predmet vybraný ako fetiš symbolicky reprezentuje "ženský penis" - náhradu, ktorá pomáha fetišistovi prekonať obavu z kastrácie. Mužské poznanie ženského pohlavia zvyšuje obavu mužov z kastrácie. Freud si myslel, že táto podvedomá symbolizácia vysvetľuje relatívne bežný výskyt fetišizmu. Taktiež použil túto formuláciu na vyvinutie konceptu rozdvojenia časti osobnosti - v myslí fetišistu súčasne existujú dve rozdielne myšlienky: popretie kastrácie a potvrdenie (prijatie) kastrácie. Fetiš reprezentuje oboje.

Hoci Greenacrová videla v obave z kastrácie pochopenie fetišizmu, poznamenala, že fetišizmus má svoje pôvody v skorých predpohlavných poruchách. Chronické traumatické ovplyvňovanie v prvých mesiacoch života môže byť smerodajným vo vývoji fetišizmu. Kvôli veľkým problémom vo vzťahu matka - novorodenec, novorodenec nie je uspokojený matkou alebo prechodnými predmetmi. Na to, aby dieťa vyskúšalo pocit celistvosti tela, potrebuje fetiš, niečo "ukľudňujúce, vždy prítomné, nemeniace tvar a spoľahlivo trvajúce". Tieto skoré predpohlavné poruchy sú reaktivované neskôr, kedy chlapec alebo muž má záujem o genitálnu celistvosť. V podstate, Greenacrová videla fetiš, fungujúci ako prechodný predmet.

Kohút mal na fetišizmus vcelku rovnaký názor. Popísal muža (pacienta), ktorého detstvo bolo charakterizované traumatickou nedostupnosťou matky. Pacientovým fetišom sa stalo spodné prádlo (nohavičky), ktoré mu slúžilo ako náhrada za nedostupný predmet. I keď pacient prechovával pocity bezmocnosti voči svojej matke, mohol nad týmto neživým predmetom udržať absolútnu kontrolu.

Takže čo vyzerá ako intenzívna sexuálna potreba fetišistického predmetu, môže vlastne odrážať silný nepokoj nad stratou objektu.

## **Pedofília**

Zo všetkých perverzií práve pedofília najčastejšie vyvoláva pocity odporu a opovrhovania. Pri vyplňovaní sexuálnych potrieb a prianí môže pedofília nenapraviteľne zničiť nevinné dieťa.

Podľa klasického vysvetlenia, pedofília predstavuje narcistickú voľbu objektu - pedofil vidí dieťa ako svoj zrkadlový obraz, kedy bol on sám dieťaťom. Pedofilovia sú považovaní za impotentov a slabých jedincov, ktorí vyhľadávajú deti ako sexuálne objekty, pretože deti sa bránia menej a vyvolávajú menší rozruch ako dospelí partneri. Toto umožňuje pedofilom vyhnúť sa obavám z kastrácie.

Klinická prax potvrdzuje, že mnohí pedofily sú narcisti, vrátane psychopatickej verzie

narcistickej poruchy osobnosti. Sexuálna aktivita s predpubertálnymi deťmi môže posilniť pedofilovu krehkú sebaúctu.

Zároveň množstvo jedincov s touto perverziou si vyberá profesie, kde prichádzajú s deťmi do kontaktu. Pedofil si často tieto deti idealizuje, tým pádom, sexuálna aktivita s nimi zahrňuje nevedomú fantáziu spojenú s ideálnym objektom alebo obnovenie mladého, zidealizovaného self. Aj obava zo starnutia a smrti môže byť oslabovaná práve sexuálnymi aktivitami s deťmi.

Socarides popísal pedofilného pacienta, ktorý sa bránil matkinmu pohltenu cez pedofilické aktivity. Tento pacient hľadal únik pred svojou nevedomou ženskou identifikáciou.

Sexuálne vzťahy s chlapcom v ňom vyvolávali pocit, že je časťou tohoto chlapca. Na hlbšej úrovni, spojenie s chlapcom predstavovalo pranie vytvoriť poprsie matky, a tým kompenzovať absenciu materskej lásky v ranom období život dieťaťa.

Pokiaľ sa u pedofilov vyskytne zároveň aj narcistická porucha osobnosti a ťažké antisociálne činy, môžeme takúto pedofiliu porovnať so sadizmom. Sexuálne podrobenie dieťaťa je nástrojom pomsty.

Pedofilovia sú často obeťami sexuálneho zneužívania v detstve a pocit víťazstva a sily môže doprevádzať ich transformáciu z pasívnej traumy do aktivity.

Sexuálnu činnosť pedofil často praktizuje v rodine, či už s vlastnými alebo nevlastnými deťmi. Títo muži sa často cítia nedostatočne milovaní svojimi manželkami a očakávajú "lásku" od svojich detí tak, že sa správajú ako obeť.

Títo otcovia nenávidia ženy a predstavujú si penis ako zbraň k pomste. U niektorých môže silný hnev, vzniknutý pri myšlienke na ženu vyvolať erekciu.

## **Transvestizmus**

U tejto parfilie sa muž oblieka ako žena, aby došlo k sexuálnemu vzrušeniu, ktoré vedie k heterosexuálnemu styku alebo k masturbácii. Pacient sa môže správať ako muž, kým je oblečený ako muž, ale neskôr dochádza ku zženšteniu. Klasické psychoanalytické porozumenie prezliekaniu zahŕňa pojem falická matka. Tým, že si predstavuje, že jeho matka má penis i keď nie je viditeľný, chlapce prekoná obavu z kastrácie. Akt prezliekania môže byť označený ako identifikácia s falickou matkou.

Na jednoduchšej úrovni - malý chlapec sa môže identifikovať so svojou matkou, aby prekonal obavu z odlúčenia od matky. Jeho znalosť o rozdieloch medzi genitáliami matky a jeho vlastnými, môže aktivovať obavu zo straty matky. Klinická práca s transvestitami odhaľuje, že keď sa prezlečú, obvykle pociťujú spojenie s intrapsychickým materským objektom. Toto ich uisťuje, že nie sú ohrození stratou. Títo muži sú heterosexuáli ale ich sexualita je často popieraná.

## **Sexuálne dysfunkcie**

Z pacientov, ktorí boli liečení 2-4x do týždňa cca 2 roky psychoanalýzou alebo psychoanalyticky orientovanou psychoterapiou bola liečba úspešná u 25% žien a 57% mužov.

- Špecifická diagnóza ovplyvňuje úspech terapie.

- Je všeobecne známe, že pokiaľ sexuálny problém je hlavnou sťažnosťou pri prvom rozhovore, že je to iba špička ľadovca, v niektorých prípadoch môže byť sexuálny problém odvádžajúci pozornosť lekára od ďaleko závažnejších problémov.

- V iných prípadoch môže slúžiť ako "nádoba" s množstvom rôznych intímne prepojených intrapsychických, manželských a rodinných problémov.

- Pacienti, ktorým prospeje len krátko sexuálna terapia, obvykle trpia len ľahkou obavou z

vystupovania v kontexte rozumnej zdravej štruktúry osobnosti a rozumného, radostného manželského vzťahu.

- Pacientom, ktorých sexuálne problémy sú spojené so závažnou poruchou osobnosti (napr. hraničné poruchy osobnosti alebo narcistické poruchy osobnosti) alebo inou duševnou chorobou (napr. panickou poruchou, schizofróniou alebo poruchami nálad), neprospieva krátka sexuálna terapia, zameraná na správanie sa.

## **Psychodynamické chápanie sexuálnych porúch**

Väčšina sexuálnych porúch, ktoré sú v DSM-IV, môže byť kategorizovaných ako poruchy túžby, vzrušenia alebo orgazmu. Problémy, vzťahujúce sa k orgazmu sa všeobecne zlepšia po krátkej sexuálnej terapii, ktorá je orientovaná na správanie sa a ktorá ilustruje, že príznaky, produkované nevedomými prvkami, možno odstrániť použitím techník správania sa bez dynamického porozumenia. V skutočnosti krátkodobá sexuálna terapia môže byť finančne najefektívnejším liečením pre jedinca a dvojicu, ktoré majú problémy s dosiahnutím orgazmu, ale ktoré nemajú vážnu psychickú chorobu. Poruchy spojené s túžbou a vzrušením majú sklony k väčšej rezistencii voči krátkodobej sexuálnej terapii, pretože sú zakotvené v hlbších psychopatologických faktoroch. Táto diskusia sa zameriava na problémy v tejto oblasti.

Psychodynamické porozumenie pacientovi mužského alebo ženského pohlavia, ktorý netúži po sexe, alebo muža, ktorý síce túži, ale nemôže dosiahnuť erekciu, začína s opatrným porozumením situačným príznakom. Pokiaľ má pacient intímny vzťah, lekár musí určiť, či problém túžby alebo vzrušenia sa vzťahuje špecificky iba na partnera, alebo či sa všeobecne vzťahuje na všetky potenciálne sexuálne partnerky. Sexuálnym problémom, ktoré sa špecificky vzťahujú na dvojicu, sa musí porozumieť v kontexte interpersonálnych vzťahov, zatiaľ čo ostatné intrapsychické problémy by sa objavili pri ktoromkoľvek partnerovi. Terapeut si musí pamätať, že problémy túžby ako všetky iné psychologické príznaky sú niekoľkonásobne determinované.

Levin charakterizoval 3 samostatné prvky sexuálnej túžby, ktoré musia synchronicky fungovať pre patričnú túžbu a vzrušenie, a to sú: pudenie, prianie a motív. Pudenie je zakorenené v biológii a môže byť ovplyvňované fyzickými faktormi, ako je napr. hladina hormónov, choroba, lieky . . . Prianie je prvkom, ktorý je intímne spojený s vedome poznávacími alebo myšlienkovými faktormi. Napríklad v prítomnosti normálneho pudenia si jedinec môže priať nemať sex, napr. z dôvodov náboženských zákonov alebo obavy z AIDS, atď. ... Tretí prvok - motív sa intímne vzťahuje k nevedomému predmetu vzťahových potrieb a je to komponent, na ktorý sa najviac zameriava na terapia.

Terapeut musí stanoviť všetky tri prvky a pokúša sa porozumieť, prečo tieto prvky nefungujú súčasne. Môže sa tu uplatňovať mnoho faktorov. Napr. partner má mimomanželský vzťah, a tým pádom stráca záujem o manželku, alebo je tak nahnevaný na manželku a znechutený, že s ňou nedokáže mať pohlavný styk. Za sexuálne ťažkosti sú často zodpovedné nesexuálne problémy. S prekážkou v motivácii sa často stretávame u manželiek, ktoré majú nevedomý vzťah k svojmu partnerovi ako k rodičovi opačného pohlavia. Keď sa toto vyskytne, sexuálne vzťahy s partnerom bývajú nevedome prežívané ako vzťahy s členom rodiny, takže to celé riešia tak, že vylúčia sex zo svojho života.

Simpson demonštroval prípad sexuálnej terapie, kde mala manželka veľký odpor k praktizovaniu predpísaných cvičení. Keď sa tento odpor preskúmal dynamicky, žena bola schopná terapeutovi priznať, že časť jej osoby si priala, aby manžel v sexuálnej terapii neuspel. Odhalila svoju obavu, že by sa manžel mohol stať sukničkárom, takým istým, ako bol jej otec, pokiaľ získa patričnú sexuálnu činnosť. Tento prenos na manžela ohrozil úspech sexuálnej terapie. Aj slobodní jedinci v terapii alebo v analýze môžu zažiť akoby prenosové väzby k potencionálnemu sexuálnemu partnerovi, ktoré vedú k poruchám motivácie.

Pán Y 25 ročný, slobodný muž, ktorý vstúpil do psychoanalýzy pre dva rôzne problémy - schopnosť pracovať a milovať. Pudenie tohoto pacienta bolo v poriadku, niekoľkokrát denne masturboval k odľahčeniu silného sexuálneho tlaku. Prvok priania bol tiež v poriadku. Túžil po sexuálnych vzťahoch so ženou a fantazíroval o tom, že tento vzťah má. Zdalo sa však, že práve prvok motivácie chýba, pretože bolo charakteristické správanie sa pacienta vždy, keď sa mu nejaká žena zapáčila. Keď hovoril o žene pri analýze, bol silne presvedčený, že nakoniec aj tak stratí súčasný predmet svojej túžby. Jeho očakávanie straty mu prinášalo taký silný pocit smútku, že sa nakoniec o žiadne vzťahy ani nepokúšal a prestal sa zaujímať o ženy, a vyriešil svoju situáciu masturbáciou.

Vždy, keď mal tento pacient pocity očakávania straty, jeho analytik sa pokúšal vyvolať nejaké spojenie s predchádzajúcimi udalosťami alebo životnými skúsenosťami, ktoré mu mohli priniesť podobné pocity. Počas analytickej práce pacient začal napokon rozumieť svojim pocitom. Keď mal 5 rokov bol jeho otec rok na vojne. Počas tejto doby bol "mužom domu", mal u svojej matky špeciálne postavenie, bez prítomnosti svojho hlavného súpera o jej city. Niekedy dokonca aj spával s matkou v posteli svojho otca. Tým, že sa otec vrátil späť, utrpel devastujúcu stratu tohoto špeciálneho, intímneho vzťahu k matke.

Táto spomienka na toto obdobie jeho života mu pomohla porozumieť jeho motívom neusilovať sa o žiaden sexuálny vzťah. Hneď, keď sa mu nejaká žena zapáčila, začal si vytvárať materský prenos, čiže ženu, ktorá sa mu zapáčila, automaticky spojil s matkou. Tým, že podvedome ženu prežíval ako matku, si vytvoril presvedčenie, že ona ho tiež "odhodí" kvôli inému mužovi, presne tak isto, ako to spravila jeho matka kvôli jeho otcovi. Pacient mal obavy sa znovu dostať do podobnej situácie, prežiť smútok, aký prežíval vtedy, a tak sa vyhýbal sexuálnym vzťahom. Uvedomil si, že sa hlboko obáva, že by si mohol pri sexe poraniť penis, vznikla obava, ktorú spojoval so strachom z odvety, že spal so svojou matkou na mieste svojho otca.

Naša kapacita na sexuálne vzrušenie a prianie je úzko spojená s našimi predmetovými (objektovými ?) vzťahmi. Schaff vyvinul model objektových vzťahov, brzdených sexuálnych prianí, založených na Fairbairnovej teórii vývoja. Fairbairn predpokladal dva "objektové" systémy - libidinálne ego a objekt - v ktorom ego túži po žiadúcom objekte a antilibidinálne ego a objekt - v ktorom ego cíti nenávisť a zlobu voči útočnému, opúšťajúcemu a nedbalému objektu. Odmietajúci alebo antilibidinálny objekt sa snaží eliminovať existujúci alebo libidinálny objekt. V tom prípade v Schaffovom modeli tento antilibidinálny systém prekáža sexuálnemu potešeniu, ktoré je produkované libidinálnym systémom.

Tieto metapsychologické abstrakcie môžu byť ďaleko jednoduchšie pochopené preskúmaním vývoja typického vzťahu. Jedinci sa navzájom priťahujú z dôvodov aktivácie libidinálneho objektového systému. Cez vzájomnú projektívnu identifikáciu každý z nich na seba pozerá ako na vzrušujúci objekt. K udržaniu idealizovaného stavu "zamilovanosti" musí každý potlačiť antilibidinálny alebo odmietajúci objekt. Ale akonáhle počiatkový lesk vybledne, potlačovaná jednotka objektového vzťahu začína vystupovať na povrch, hlavne keď sú potreby nevyhnutelne zmarené. V tomto bode sa odmietajúci objekt antilibidinálneho systému začne projikovať na partnera a sexuálne vzrušenie je "skalené" vnímaním partnera ako človeka, ktorý sa stáva obtiažnym alebo opúšťajúcim.

V Scharffovom modeli terapeut musí určiť poruchy priania podľa troch rôznych oblastí vnútorného a vonkajšieho predmetového vzťahu: 1) vonkajšie skutočnosti (realita) súčasného manželského vzťahu dvojice, 2) vnútorný objektový svet každého jedinca a ako to pôsobí na kapacitu sexuálneho vzťahu, 3) súčasné rodinné postavenie (usporiadanie), vrátane detí, rodičov a iné faktory, a ako toto ovplyvňuje manželstvo samotné.

Psychodynamické ohodnotenie zakliatej sexuálnej túžby musí rátať s možnosťou, že pacient, ktorý je v terapii, možno nie je ten, ktorý potrebuje nevyhnutne liečbu. Kaplanová študovala dvojice, v ktorých jeden z partnerov bol tak citlivý na odmietnutie, že druhý partner stratil záujem o sexuálny vzťah. V mnohých takýchto prípadoch partnerka trpí panickými záchvatmi, v ktorých

mužovo pohltenie v rozkoši je vnímané ako opúšťanie manželky. O jeho oddanosti ju nepresvedčí nič, žiadne manželovo presvedčanie.

Pre pacientov s duševnou poruchou, hlavne schizofrenikov a pacientov s borderline poruchou osobnosti, môže byť genitálne spojenie drtivé pre ich ego. Motivačné faktory u týchto pacientov, ktoré vedú k potlačeniu sexuálnej túžby, sa vzťahujú k obavám, vrátane obavy z rozpadu, prenasledovania a splynutia s partnerom. Vyhýbanie sa sexuálnym vzťahom preto vytvára dojem záruky integrácie osobnosti.

## **Terapeutické doporučenia**

Terapeut, ktorý hodnotí funkčné sexuálne poruchy, sa musí rozhodnúť, či použije krátkodobú alebo podpornú psychoterapiu, farmakoterapiu alebo akúkoľvek kombináciu týchto terapií. Lief odhadol, že 30-40% všetkých príznakov sexuálnych porúch sa zlepši po krátkodobej terapii, u 20% pomohla manželská terapia, 10% potrebovalo podpornú terapiu a cca 30% potrebovalo kombináciu manželskej terapie a sexuálnej terapie. Kaplanovej odhady sú podobné, ale pridáva ešte farmakoterapiu. Približne 1/4 pacientov na jej klinike, ktorých problémy zahŕňali sexuálnu averziu alebo fobické vyhýbanie sa sexu, sa zároveň zhodovali s diagnostickými kritériami pre panickú poruchu. Týmto pacientom môžu pomôcť lieky, ktoré sa predpisujú pri panickej poruche. Kaplanová však zdôrazňuje, že tieto lieky samozrejme pacienta nevyliečia a zdôrazňuje zamerať pozornosť na dynamické problémy. Krátkodobá sexuálna terapia bude pravdepodobne úspešná pokiaľ je dvojica vysoko motivovaná, pokiaľ ani jeden z dvojice netrpí závažnou psychopatológiou, pokiaľ sú obaja partneri primerane spokojní so svojím vzťahom a pokiaľ je porucha založená na obave z výkonu a spojená s fázou orgazmu. Dvojiciam, ktoré prerušili sexuálne kontakty a odcudzili sa navzájom, môže pomôcť manželská terapia k tomu, aby spoločne nachádzali problémy vo svojom vzťahu. Pokiaľ sa dvojica rozhodne ostať spolu po manželskej terapii, môžeme techniky sexuálnej terapie vhodne doporučovať.

Dvojiciam, ktoré sú vhodnými kandidátmi na krátkodobú sexuálnu terapiu, ale zároveň podkopávajú proces tým, že nepraktizujú doporučené cvičenia, možno odporučiť zmiešanú psychosexuálnu terapiu, ako ju pomenovala Kaplanová. Pri tejto terapii terapeut predpisuje cvičenia z dynamickej psychoterapie. Dynamická časť liečby dovoľuje prieskum tém, ako napríklad pacientov silný pocit viny za sexuálne zážitky. Rodičovské prenosy na partnera môžu byť tiež odhalené a preskúmané. Navyiac mnoho pacientov má nevedomý konflikt s úspešnosťou v akejkoľvek snahe, vrátane sexuálneho výkonu, ktorý treba preskúmať. Kaplanová ďalej hovorí, že niektorí pacienti sa nevedome správajú ako "porazení" alebo ako "tí, čo podľahli", berú na seba úlohu, ktorá im bola prisúdená v pôvodnej rodine.

Pacienti trpiaci závažnou charakterovou patológiou alebo hlboko zakoreneným neurotickým konfliktom so sexualitou, by mali byť liečení psychoanalytickou alebo podpornou psychoterapiou. Tieto problémy sa niekedy odhalia až počas dlhodobej sexuálnej terapie. Pacienti, ktorí prešli krátkodobou sexuálnou terapiou, a nijako výrazne im nepomohla, odmietajú absolvovať dlhotrvajúcu intenzívnu sexuálnu terapiu.

Pani Z, 46 ročná žena v domácnosti, vstúpila do sexuálnej terapie s manželom preto, že nemá záujem o sexuálny vzťah. Po niekoľkých neproduktívnych schôdzkach terapeut zvolil podpornú psychoterapiu. Pacientka cítila úľavu, keď prvýkrát uvidela svojho terapeuta, pretože si uvedomila, že nebude "nútená" do sexuálneho vzťahu so svojím manželom. Zo strany manžela sa nedočkala žiadnej pochvaly, vďačnosti. Manžel odišiel do dôchodku o 4 roky skôr a svoje voľné dni trávi pred televíziou, poprípade na záhrade. Nebola šťastná, ale nevyzeralo to ani tak, že by sa snažila niečo urobiť, aby sa to zmenilo. Neustále si nadávala a vravela si, že si nezaslúži lepší život, aký má teraz. Pacientka sa postupne zdôverila, že vždy, keď sa cítila dobre, bola za to "potrestaná". Potom vymenovala rôzne príklady zo svojho života, vrátane smrti jedného zo svojich detí. Hoci hovorila o



všetkom bez obáv a rada sa zdôverila o čomkoľvek, téme sexu, sexuality a problémov týkajúcich sa sexu sa vyhýbala, hoci vyhľadala terapeuta hlavne kvôli tomu. Terapeut sa začal cítiť, ako by ju on nútil hovoriť o týchto problémoch. Keď sa jej na to opatrne opýtal, odpovedala mu akoby bol násilník, cítila sa dotknutá a prestala hovoriť. Na to jej terapeut povedal: "Vyzerá to, že reagujete, ako by som Vás traumatizoval svojou otázkou o Vašej sexualite. Spomínate si pri tom na svoju minulosť, na nejakú traumu z detstva?" Pani Z sa "zlomila" a so slzami v očiach začala hovoriť o svojom prvom manželstve, vysvetľovala, že počas tohto manželstva mala veľa sexuálnych vzťahov, ktoré viedli k dvom umelým prerušeniam tehotenstva. Bola vždy "ockovo" dievčatko, a nebola si istá, či vo svojich sexuálnych vzťahoch nehľadala otca. Tento náhľad bol spojený s vedomím, že prestala mať záujem o sexuálne vzťahy pred 18 rokmi, presne odvtedy, ako jej umrel otec. Jej otec bol súčasťou niektorých jej manželských problémov, ktoré sa vyskytli pre jej neveru a otca trápila jej nedôvera k manželovi. Taktiež sa pristihla pri myšlienke, či jej nevera nespôsobila otcovu smrť. Terapeutovými interpretáciami získavala postupne náhľad na to, že sa vlastne sebaobetuje a oddane stará o terajšieho manžela, a že odmieta sex preto, aby sa vytrestala za neveru a dva potraty.

### Liečebné prístupy

Liečba pacientov s parafíliami je veľmi náročná.

Počas mnohých rokov sa u nich pomaly vyvíja erotická odpoveď na problémy, a preto iba málokedy majú záujem sa toho vzdať. Prečo by niekto chcel skončiť s činnosťou, ktorá vyvoláva potešenie? Väčšina perverzií je ego-syntónna. Iba výnimočne existujú pacienti, ktorým ich činnosť vadí, títo dobrovoľne vyhľadávajú liečbu.

Fetišisti sa pozerajú na svoj fetišizmus ako na niečo, čo im je vlastné, čo je ich. Určite sa na to nepozerajú ako na príznak psychického ochorenia. Obyčajne títo ľudia vyhľadávajú liečbu z iných dôvodov, a fetišizmus alebo iná parafília sa objaví až počas liečby.

Veľká väčšina parafilických pacientov prichádza na liečbu pod tlakom, napr. manželská kríza u transvestitu pri hrozbe rozvodom. U voyerizmu, exhibicionizmu a hlavne pedofílie legálny systém často nariadi liečbu ako súčasť trestu. Následne chce samozrejme obvinený pred súdom vyzerat' dobre, preto prijíma liečbu, a tak môže ovplyvniť sudcu, ktorý môže stiahnuť obvinenie.

V každom prípade, prvým krokom je vyjasnenie situácie. Terapeut sa môže rozhodnúť odložiť dlhodobú liečbu až po súde.

U tých pacientov, ktorí vyhľadajú liečbu až po tom, čo sú vyriešené všetky podobné problémy, má liečba lepšiu prognózu.

Ďalšou veľkou prekážkou v liečbe pacienta s perverziami sú protikladné prenosy, ktoré vyvolávajú. Pokiaľ v skutočnosti všetci bojujeme s nevedomými perverznými prániami, ako predpokladá Freud a nespočítateľné množstvo ostatných psychoanalytikov, potom je možné očakávať, že na perverzného pacienta môžeme reagovať tak, ako by sme reagovali na vlastné perverzné impulzy. Sme plní znechutenia, obáv a opovrhnutia. Náš prirodzený impulz je odpovedať trestajúco - moralizovať, učiť a robiť všetko, čo je v našich silách, aby sme sa zbavili perverzity. Taktiež sa obraciame s hrôzou ku skutočnosti, že niekto bol schopný týmto impulzom otvoriť cestu, hoci mi sami musíme tieto impulzy kontrolovať. Terapeut sa môže vyvarovať pocitom znechutenia a opovrhovania tak, že sa počas rozhovorov s pacientom napr. vyhýba sexuálnej patológii. Vtedy je ako pre pacienta tak aj pre terapeuta lepšie, keď pošle pacienta za iným terapeutom.

Ďalšia vec, ktorá komplikuje terapiu perverzií, je pridružená psychopatológia. Už samotné perverzné fantázie a správanie sú veľmi náročné na terapiu a zmenu, ktorú očakávame, ale keď je pacientov stav komplikovaný, napr. hraničnou, narcistickou a antisociálnou osobnosťou, prognóza je tým pádom samozrejme horšia. V takomto prípade musí mať terapeut skutočne skromné ciele. Výsledky výskumov liečby u týchto pacientov sú skôr sklamaním a stupeň recidivizmu sa u týchto pacientov nemení.

Antiandrogénové lieky, ako napr. cyproterónacetát (CPA) a medroxyprogesterónacetát (MPA-Depo-Provera) sa v terapii perverzií tiež používajú, ale ich použitie je limitované pre viacero

nežiadúcich účinkov:

- 1) môžu vzniknúť tromboflebitídy,
- 2) pri vysadení lieku sa až u 15% pacientov znovu objaví perverzné správanie.

Ďalšou nevýhodou antiandrogénových liekov je to, že sice znižujú hladinu plazmatického testosterónu, a tým znižujú sexuálne tendencie, ale čo sa týka zmeny sexuálnej deviácie samotnej, nerobia nič. Pokiaľ sa lieky vysadia, v priebehu týždňa sa pacientovo deviantné správanie opäť vráti. Dynamicky orientovaná psychoterapia, kombinovaná s antiandrogénovými liekmi, môže zlepšiť compliance. Marshall sa vyjadril: "Či môžeme očakávať pozitívne liečebné výsledky MPA je diskutabilné, ale pokiaľ pomáha spolupráci pri psychoterapii, tak je efektívnou súčasťou liečby."

Individuálna psychoterapia je nevyhnutná. Neexistuje len jedna jediná efektívna liečba pre všetky parafílie. Integrované modely zahŕňajú individuálnu psychoterapiu, dynamickú skupinovú terapiu, kognitívne-behaviorálnu terapiu ... atď.

Väčšina terapeutov súhlasí s tým, že ak má byť liečba úspešná, pacient musí akceptovať plnú zodpovednosť za svoje činy a za škodu, ktorú spôsobil. Terapeutickým cieľom je smerovať pacienta k tomu, aby nepopieral, resp. prekonal zapieranie, že trpí parafiliou, pomôcť mu vcítiť sa do prežívania jeho obetí (aby si predstavil, aké by to bolo, keby bol on v koži svojej obeť), pomôcť mu identifikovať sexuálne deviantné správanie, identifikovať sociálne nedostatky, neschopnosť odolávať, aby sa zúčastnil tvorby plánu na prevenciu znovuobjavujúceho sa správania, ktoré zahŕňa vyhýbanie sa situáciám, ktoré vyvolávajú pokušenie.

## **Psychoterapia**

Terapeutove očakávania musia byť skromné. Hoci sa u mnohých pacientov podstatne zlepši funkcia ega vo vzťahu k objektom, perverzné tendencie môžu byť modifikované do nižšieho stupňa. Všeobecne platí, že pacienti s vyšším IQ majú lepšie výsledky liečby, ako tí s nižším IQ. Viac špecificky, keď u pacienta perverzia slúži k zvýšeniu a odľahčeniu sexuálnej potencie, psychoterapeutická intervencia bude úspešnejšia, ako v tých prípadoch, kde parafília funguje ako prevencia v dezintegrácii osobnosti. Pacienti, ktorí sú motivovaní, napr. tým, že sa obávajú svojho konania alebo sú zvedaví, odkiaľ ich úchyľka "prišla", majú samozrejme lepšiu perspektívu vyliečiť sa.

Určité problémy sa vyskytnú, keď sú parafilickí jedinci liečení dynamickou psychoterapiu. Málokedy sa pacienti chcú sústrediť výlučne na perverziu samotnú a často aktívne prehlasujú, že to už pre nich nie je problém. Hoci psychoterapia musí liečiť poruchy spojené s parafiliou, musí od samého začiatku takému striktnému popieraniu zamedziť. Ako poukázal Kohut, perverzná činnosť a fantázie často existujú v oddelených častiach osobnosti.

Jednou z terapeutických úloh je spojiť perverzné správanie s centrálnym sektorom pacientovej osobnosti tak, aby to tvorilo celok s celým pacientovým životom.

Ďalšou, veľmi často sa vyskytujúcou dilemou v psychoterapii je, ako sa terapeut postaví k trestnej činnosti, čiže perverznej činnosti. V niektorých štátoch platia zákony, ktoré vyžadujú od terapeuta porušenie dôvery, pokiaľ sa odhalí pedofilná aktivita počas psychiatrického liečenia.

Pacientovo perverzné správanie sa často vyvoláva veľmi zamietavý postoj terapeuta. Citlivý pacient to vycíti a môže "obviniť" terapeuta, že je na neho tvrdý a bezohľadný, a tak sa pacient môže začať napr. vyhýbať diskusiám o príznakoch, a miesto nich viac hovorí o pocitoch hanby a poníženia.

Až keď sa pacientovi podarí prekonať úvodný odpor pri tvorbe terapeutického vzťahu v prospech porozumenia perverzným príznakom, môže spoločne s terapeutom začať hľadať nevedomé významy príznakov a ich funkcií v jeho osobnosti. Väčšina parafílií pôsobí v kontexte vzťahov s objektami mimo pacientovho vedomia. Mnoho pacientov s parafíliami prežíva svoje

fantázie a správanie ako nepsychologické a nie sú si vedomí spojenia medzi príznakmi a životnými udalosťami, ktoré môžu zvýšiť ich potrebu. Väčšina terapeutovho snaženia musí preto byť zameraná najmä na hľadanie týchto spojení a kontaktov. Terapeut môže napr. poukázať na vzťahové aspekty perverznych fantázií a správania:

Pán W, 22 ročný študent na univerzite, bol hospitalizovaný po tom, čo bol zatknutý za ukazovanie sa študentkám na univerzite. Sedával vo svojom aute na parkovisku pred dievčenským internátom a odhaľoval si pohlavie. Keď študentky prechádzali okolo, niektoré sa pozreli do auta a boli z toho značne šokované, čo ho následne vzrušilo. Počas krátkej hospitalizácie pán W súhlasil s tým, že podstúpi psychoterapiu, ale v skutočnosti bol veľmi neochotným spolupracovníkom. Terapeutovi povedal, že depresia a hanba zo zatknutia a z hospitalizácie mu bránia v tom, aby to znovu urobil. Terapiu chcel využiť na rozprávanie o iných problémoch, ako napr. o problémoch so sebaúctou. Terapeut sa postavil proti jeho popieraniam a naznačil, že jeho problém s exhibicionizmom sa nevytratil iba tým, že bol hospitalizovaný. Po tom, čo bol prepustený z nemocnice, samozrejme naďalej zápasil s exhibicionistickými impulzami a sem-tam aj týmto impulzom podľahol. Vždy, keď tieto impulzy oznámil terapeutovi, mohol terapeut rozmýšľať nad jeho fantáziami, správaním sa a mohol hľadať súvislosti. Pán W o tom nikdy predtým nerozmýšľal tak ako terapeut. Raz po tom, čo sa opäť odhalil, terapeut následne poukázal na to, že sa to opäť vyskytlo hneď po tom, čo ho mladá žena odmietla, keď ju pozval na schôdzku. Pán W sa priznal, že tým bol ponížený a pripustil, že následným odhalením sa demonštroval svoj hnev a pomstu. Sám si začal všímať, že sa odhaľuje vždy po tom, čo chce ženu získať "romantickým" spôsobom. S terapeutovou pomocou si uvedomil svoju zlosť voči ženám a odpor k matke. Matka ho opustila, keď mal 2 roky (vrátila sa späť do práce).

Keď sa terapia zamerala na tieto citlivé aspekty vzťahu pána W so ženami, okamžite prerušil liečbu. Až po niekoľkých rokoch napísal terapeutovi list, v ktorom poznamenal, že našiel kľúč k prekonaniu potreby sa odhaľovať. Hoci sa exhibicionistické tendencie z času na čas predsa len objavili, dokázal ich kontrolovať a sám o tom napísal, že je to vďaka tomu, že sa naučil milovať ženy. Zistil totižto, že niektorým ženám predsa len nie je ľahostajný. Zároveň terapeutovi poďakoval za to, že mu pomohol pozrieť sa na jeho prekrucovanie toho, čo k nemu iné ženy cítia. Keď si uvedomil, že ženy k nemu necítia odpor automaticky za to, že je muž, ako si predtým myslel, nebol z ich prítomnosti tak vyplašený a nemal potrebu sa im za niečo mstiť tak, že sa odhalí.

Manželská terapia môže byť tiež veľmi úspešná, pretože práve manželská kríza je často tým, čo privádza pacienta k terapeutovi. Počas manželskej terapie môžu vyplávať problémy perverzného charakteru. Terapia môže napríklad zmierniť manželkine pocity viny a zodpovednosti za problémy, ktoré v manželstve vznikli, a tak sa môže manželka stať súčasťou riešenia problému, a nie súčasťou príčiny problému. Skúmanie manželských nezhôd môže odhaliť, že parafília je nádobou alebo "obetným baránkom", ktorý pacienta odkláňa od iných viac problematických oblastí v manželstve. Preto musí byť terapeut opatrný a vynaliezavý pri používaní pacientovej manželky ako doplňujúcej osoby v liečbe pacienta. Napr. u jedného pacienta - exhibicionistu sa manželka podieľala na jeho kontrole v odhaľovaní sa tak, že všade, kam šiel, šla s ním.

V prípade pedofílie, ktorá sa vyskytuje v kontexte rodiny, je rodinná terapia nevyhnutnou súčasťou terapie pacienta - pedofila. Matky taja tieto rodinné sexuálne vzťahy medzi dcérou a otcom alebo medzi synom a otcom. Takéto matky často vyrastali ako dcéry, ktoré nemali žiadnu výchovu, skôr ony sa museli starať o svojich rodičov alebo súrodencov. Majú sklón hľadať si partnerov závislých, o ktorých sa môžu starať, a tak pokračujú v opatrovateľskej starostlivosti. Takáto žena sa vďaka svojmu chronickému pocitu, že je zanedbávaná, vo svojej novej rodine dostáva do konfliktu. Na jednej strane má deti, o ktoré sa stará, a na strane druhej sa prestáva starať o manžela, zanedbáva ho. Tak si manžel začne viac "všímať" jedno zo svojich detí, najčastejšie najstaršiu dcéru, od ktorej očakáva, že zastúpi matkinu miesto, matkinu rolu v manželstve. Tak sa toto dieťa začne cítiť zodpovedné za vyplnenie matkinej role, a zároveň často súčasťou tejto

zodpovednosti sa stáva aj sexuálne uspokojovanie otca. Rodinná terapia často odhalí, že obeť chráni vinníka a je mu verná. Efektívna rodinná terapia vyžaduje zvláštnu pozornosť. Vernosť obeť vinníkovi sa musí vziať na vedomie a musí sa rešpektovať. Obete týchto vzťahov často vypovedajú, že jedinou vrelosť, ktorú obdržali od svojej rodiny, bola práve od otca. Pozornosť sa musí venovať aj vyčerpaniu matkiných citových potrieb a terapeut musí podporovať jej ego kapacitu. Terapeut, ktorý pristúpi k rodine identifikovaním a hľadaním trestu pre vinníka, sa stretne s veľkým odporom, rodinní príslušníci sa budú "vinníka" zastávať a vonkajšieho útočníka, teda terapeuta, vylúčia, pretože neocceňuje rovnováhu v rodine. Dynamická skupinová terapia je ďalší spôsob, ktorý sa efektívne používa u pacientov, trpiacich perverziou. Táto terapia je účinná u voyeristov a exhibicionistov. V jednej štúdií sa zistilo, že táto terapia pomohla 21 pacientom z 24. Priaznivé výsledky sa dosahujú aj skupinovú terapiou. Takéto skupiny poskytujú podporu a konfrontácie od iných pacientov, ktorým sú pacientove ťažkosti dôverne známe.

## ***Liečba v nemocnici***

Pacienti, ktorí sú najčastejšie hospitalizovaní, sú pedofili. V menšej miere sú hospitalizovaní exhibicionisti, ktorí nie sú schopní kontrolovať svoje správanie. Aj počas liečby v nemocnici sa vyskytujú podobné problémy protikladných prenosov, ako boli spomenuté vyššie.

## **PORUCHY SPÔSOBENÉ UŽÍVANÍM SUBSTANCIÍ A PORUCHY PRÍJMU POTRAVY**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Michaela Bulková, TN)

V tejto kapitole rozoberám dve diagnostické kategórie, ktoré obsahujú oddelené seba-deštruktívne symptómy.

Podstata zneužívania substancií je definovaná prijímaním chemikálií, čo môže viesť ku závislosti, k život ohrozujúcim somatickým komplikáciám a množstvu emocionálnych problémov. Poruchy príjmu potravy sú definované prejedaním sa, úmyselným vyprázdňovaním a hladovaním.

Obe skupiny porúch predstavujú komplexný problém pre psychodynamických lekárov: Čo je úlohou dynamických postupov pri poruchách, ktoré vyžadujú symptomatickú kontrolu ako hlavný bod terapeutického úsilia? Podľa niektorých názorov je psychodynamické chápanie považované za irelevantné. Avšak prevažná časť klinickej a vedeckej literatúry tvrdí niečo iné.

## ***Poruchy súvisiace s návykovými substanciami***

Pretože psychodynamicky orientovaní psychiatri sa často stávajú frustrovaní pri úsilí liečiť pacientov závislých od alkoholu, môžu sa vzdať alebo vyhnúť takému úsiliu. Recidíva je bežná a interpretácie nevedomej motivácie sa často zdajú mať malý vplyv na spôsob pitia ako taký. Na

psychodynamické modely alkoholizmu nazerajú skepticky nielen lekári ale aj spoločnosť ako celok.

Dva modely - morálny model a model choroby - získavajú oveľa väčšiu podporu (Cooper 1987). Morálny model vidí jednotlivcov - alkoholikov ako nositeľov úplnej zodpovednosti za alkoholizmus. Z tohto pohľadu sú alkoholici "hedonistické individuality" zaujímavé sa iba o vlastnú snahu o potešenie, bez ohľadu na pocity ostatných. Tento model má svoje korene vo fundamentalistickej náboženskej viere, že alkoholizmus je znakom morálnej zvrhlosti. Zlyhanie pevnej vôle je úzko spojené s pojmom hriech, a trest cez právny systém je často považovaný za vhodný spôsob jednania s jedincami - alkoholikmi. Pokus o abstinenciu je záležitosťou prekonania slabej vôle, akoby "zatiehnutím remienkov na topánkach".

Fenomenálny úspech anonymných alkoholikov (AA) vedie ku zvýšenej popularite modelu alkoholizmu ako choroby. V kontraste s morálnym modelom táto paradigma oslobodzuje alkoholika od zodpovednosti za jeho chorobu. Práve tak ako diabetik nie je zodpovedný za diabetes, alkoholik nie je zodpovedný za alkoholizmus. Alkoholik je videný ako človek s vrodenu predispozíciou k závislosti, psychologické faktory sú irelevantné. Hoci tento model vznikol ako odozva na moralizujúce reakcie na - "nehumánne liečenie" - alkoholikov, v poslednej dobe získal podporu vďaka genetickým štúdiám potomkov alkoholikov. Napriek tomu, že sú vychovávaní oddelene od rodičov - alkoholikov, tieto deti majú zvýšené riziko, že sa stanú alkoholikmi v dospelosti (Godwin 1979, Schuckit 1985). Štúdia 1030 párov dvojčiat ženského pohlavia (Kendler et al. 1992) naznačila, že dedičnosť náchylnosti k alkoholizmu je v rozsahu 50-60%.

Ďalšia podpora pre model choroby prichádza z Vaillantovej (1983) slubnej štúdie mužov - alkoholikov. Zistil, že prípadný rozvoj alkoholizmu nemožno predpovedať z nepriaznivých zážitkov z detstva alebo dokonca zo psychologického profilu týchto ľudí akov čase ranej dospelosti. Jediným spoľahlivým predvídaním schopným faktorom alkoholizmu mladých bolo antisociálne správanie. Vaillant na záver usúdil, že depresia, úzkosť a iné poruchy u alkoholikov, boli skôr následky ako príčiny. Ďalej, psychoterapia a psychologická konceptualizácia alkoholizmu hrajú vedľajšiu úlohu v klinickom chápaní a plánovaní liečenia. Vaillant tak skonštatoval, že abstinencia cez anonymných alkoholikov má najväčšiu pravdepodobnosť úspechu.

Spomínané 2 modely sú použiteľné aj u drogovu závislých. Morálny model je širšie použiteľný u drogovu závislých ako u alkoholikov, aj kvôli narastajúcemu prepojeniu kriminality s drogovu závislými. Polemika nad vhodnými reakciami na národný drogový problém zahŕňa otázku, či sú závislé osoby efektívnejšie ovládané cez zákonne orientované trestajúce prístupy alebo medicínsky orientované terapeutické prístupy. Drogovo závislí hľadajú kópiu úspechu anonymných alkoholikov vytvorením organizácií ako Anonymní narkomani (NA). Model choroby a svojpomocné skupiny sú však u drogovu závislých menej úspešné. Ako Vaillant poznamenal, je to kvôli zjavným podstatným rozdielom medzi alkoholikmi a drogovu závislými, ktorí vyžadujú rozdielne prístupy. So zreteľom na tieto podstatné rozdiely bude nasledujúca časť postupne skúmať psychodynamické chápanie alkoholikov a drogovu závislých.

## ***Psychodynamické prístupy k alkoholizmu***

AA prístup k problému alkoholizmu sa ukázal ako vysoko efektívny pri liečbe. Hoci organizácia AA podporuje model choroby, jej metódy sa obracajú na psychologické potreby a uľahčujú trvanie štruktúrnych zmien osobnosti (Mack 1981). Abstinencia je dosiahnutá v interpersonálnom kontexte, kde alkoholici môžu zažiť liečenie a zároveň sústredenú spoločnosť rovnako postihnutých pacientov. Psychodynamický model môže uľahčiť chápanie niektorých zmien dosiahnutých v AA prístupe (Mack 1981).

Pre mnohých alkoholikov psychologické zmeny, podporené AA, a abstinencia spojená s odovzdaním sa jej myšlienkam a pravidelná účasť na stretnutiach sú vhodnou liečbou.

Psychodynamicky citlivý lekár, ktorý chápe hodnotu tohto prístupu, musí mať dobrý úsudok, aby vedel, čo vynechať. Skúsenosť z kliniky však opakovane ukazuje, že AA nie je vhodná pre všetkých pacientov závislých od alkoholu. To zjavne platí najlepšie pre tých, ktorí sú schopní prijať myšlienku, že nemajú kontrolu nad pitím, a tak sa potrebujú odovzdať "vyššej moci", a tiež pre tých, ktorí netrpia inou psychickou poruchou.

Väčšina odborníkov by súhlasila, že alkoholizmus je porucha s multifaktoriálnou etiológiou (Donovan 1986). Čo platí pre jedného pacienta, neplatí pre druhého a všetky liečebné postupy sú spojené s polemikou. Lekári by mali mať na pamäti, že myriáda hodnotiacich štúdií o efektívnosti rôznych liečebných postupov naznačuje, že iba 26% liečených alkoholikov sú stále abstinenti po 1 roku liečby (Parloff et al. 1986), v porovnaní so stupňom samovoľného ukončenia - 19%. Je zrejmé, že žiadna liečebná metóda nie je konečná. Lekári musia posudzovať každého pacienta individuálne a musia vytvoriť podrobné psychiatrické hodnotenie predtým, ako sa rozhodnú pre individuálny plán liečby.

Žiaľ, model choroby vyhlasuje "depsychologizáciu" alkoholizmu. Závety vykreslené Vaillantom (1983) sú v rozpore s inými v dlhodobých štúdiách, ktoré naznačujú, že faktory osobnosti môžu byť dôležité pre pochopenie náchylnosti k alkoholizmu (Sutker a Allain 1988). Naviac, Vaillantove závery sú iba tak platné ako jeho nástroje merania. Dodes (1988) spozoroval, že Vaillantove metódy nie sú schopné identifikovať kritickú vlastnosť u alkoholikov - ich poruchy sebaúcty, čo sa prejavuje v neschopnosti starať sa o seba. Títo ľudia s dispozíciami k alkoholizmu môžu byť tiež náchylní k mravnému úpadku, napriek výskytu zjavne pozitívnych vzťahov v detstve (Mack 1981).

Možno je hlavnou ťažkosťou v liečebnom prístupe navrhnutom Vaillantom a inými prísnyimi prívržencami modelu choroby to, že ignoruje nezlúčiteľnosť poruchy. Alkoholizmus nie je jednoliaty celok. Početné štúdie potvrdzujú, že neexistuje "osobnosť alkoholika", ktorá má sklony k alkoholizmu (Donovan 1986, Nathan 1988, Sutker a Allain 1988). Napriek tomu, znaky osobnosti a psychologické štúdie sú vysoko dôležité pri liečbe mnohých alkoholikov. Úzka interpretácia modelu choroby by mohla viesť lekárov k ignorovaniu toho, ako tieto faktory prispievajú k recidíve.

Hoci s alkoholizmom nie sú spojené žiadne špecifické osobnostné črty, psychoanalytici pozorovatelia opakovane zaznamenali štrukturálne poruchy ako sú slabá odolnosť ega a ťažkosť pri zachovaní sebaúcty (Donovan 1986). Kohut (1971) a Balint (1979) si všimli, že alkohol plní funkciu náhrady chýbajúcich psychologických štruktúr, a tak obnovuje pocit sebaúcty a vnútornej harmónie. Žiaľ, tieto efekty trvajú len tak dlho ako intoxikácia. Khantzian (1982) tiež spozoroval, že alkoholici mali problém so sebaúctou, moduláciou afektov a kapacitou pre postaranie sa o seba. Výskumníci, zaoberajúci sa hraničnou poruchou osobnosti, súhlasne zaznamenali paralely medzi pacientami - alkoholikmi a pacientami s borderline poruchou osobnosti (Hartocollis 1982, Kernberg 1975, Knight 1953, Rinsley 1988), hlavne však, že majú také spoločné rysy ako nedostatočná tolerancia voči pocitu úzkosti, nedostatočná kontrola impulzov a štiepenie ako prevládajúci spôsob obrany (pozri kapitola 14). Toto prepojenie alkoholizmu s borderline poruchou osobnosti bolo ďalej dokázané empirickými štúdiami (Nace et al. 1983, Vaglum a Vaglum 1985), ktoré ukazujú, že 30-39% alkoholikov má koexistentnú hraničnú patológiu. Iné bežné diagnózy sprevádzajúce alkoholizmus sú depresia (Weissman a Meyers 1980) a antisociálna porucha osobnosti (Schuckit et al. 1970).

Tieto štúdie sú uvádzané nie preto, aby presvedčili čitateľov, že všetci alkoholici trpia zároveň aj inými psychiatrickými poruchami alebo predchádzajúcimi intrapsychickými deficitmi, ale skôr preto, aby vyzdvihli samozrejmy fakt, že závislosť od alkoholu sa vyskytuje v človeku. Jednotlivec môže rozvinúť alkoholizmus ako záverečnú spoločnú cestičku komplexu vzájomného pôsobenia medzi štrukturálnymi deficitmi, genetickou predispozíciou, vplyvmi rodiny, kultúrnym prispením a inými faktormi prostredia. Dôkladné psychodynamické hodnotenie pacienta posúdi alkoholizmus a všetky jeho prispievajúce faktory v kontexte osobnosti ako celku. Či je depresia, napríklad,

príčinou alebo dôsledkom alkoholizmu, alebo je celkom oddeleným chorobným stavom, je viac predmetom záujmu výskumníkov než lekárov. Keď alkoholicy vytriezvejú a pozrú sa späť na trosky, spôsobené ich alkoholickou existenciou, vtedy bežne čelia značnej depresii. Táto depresia vychádza z bolestivého zistenia, že zranili iných (často tých, na ktorých im záleží). Musia tiež oželiť veci (napr. vzťahy, majetok), ktoré stratili alebo zničili ako výsledok ich závislého správania. Hoci antidepresívne lieky môžu zmierniť depresiu, psychoterapia môže pomôcť v procese prepracovania sa cez tieto bolestivé problémy. Odhadnutie rizika spáchania samovraždy musí byť súčasťou celkového plánovania liečby alkoholikov. 25% všetkých samovrážd sa vyskytuje u alkoholikov a pravdepodobnosť spáchania samovraždy u alkoholika je 60-120-krát vyššia ako u osoby, ktorá nie je psychicky chorá (Murphy a Wetzel 1990).

Ďalším dôsledkom pozorovania, že alkoholizmus má u každého jednotlivca svoje špecifiká, je že každý jednotlivec prijme rôzny liečebný postup. Dodes poznamenal: "Niektorí pacienti sú schopní liečiť sa psychoterapiou, iní iba AA, a sú aj takí, ktorým bude najlepšie vyhovovať kombinácia oboch. Vhodne predpísaná liečba vyžaduje individuálne klinické posúdenie." Mnohým alkoholikom nevyhovuje AA buď preto, že sa dostávajú do rozpakov, keď majú rozprávať pred skupinou, alebo kvôli ich filozofickému odporu k pojmu "vyššia moc". Hoci Vaillant (1981) vyhlásil psychoterapiu pri liečbe alkoholizmu za zbytočnú, niektorí pacienti sú sami schopní abstinovať pri psychoterapeutickej liečbe (Dodes 1984, Khantzian 1985 a). Nešťastný stereotyp "slameného panáka" (nespoľahlivého človeka) často aplikovaný v dynamickej psychoterapii alkoholikov je, že terapeut neodhalí nevedomú motiváciu pitia a ignoruje pacientove správanie pri pití. Skutočnosť, že psychoterapia môže byť niektorými pacientami a niektorými terapeutmi nesprávne využívaná, ale neznamená, že by mala byť vyradená z liečby (Dodes 1988).

Pacienti zapojení do AA sú často zapojení aj do psychoterapie. V jednej štúdií viac ako 90% abstinujúcich - alkoholikov v AA, ktorí požadovali psychoterapiu, bolo zistené, že je užitočná (Brown 1985). Psychoterapia a AA často fungujú navzájom. Účasť medzi AA môže pacientov podporiť v tom, aby zlepšili starostlivosť o seba a zvýšili si sebaúctu. Po získaní istého stupňa sebaúcty, psychoterapeuti môžu začať s terapiou, od podpornej ku viac expresívnej. Rosen (1981), ktorý identifikoval problémy oddelenia - individualizovania alkoholikov, veril, že psychoterapia je užitočná pri odvykaní pacientov od symbiotickej väzby na AA, ale až po tom, čo za pomoci tejto organizácie začali abstinovať. Iní výskumníci protestovali, že abstinencia nie je absolútnou požiadavkou pre efektívnu psychoterapiu (Dodes 1984, Pattison 1976). Ak terapeut bude požadovať abstinenciu, niektorí pacienti úplne odmietnu liečbu. V skutočnosti je naivné očakávať úplnú abstinenciu v priebehu dlhodobej psychoterapie. Väčšina alkoholikov je ambivalentných, keď sa majú vzdať symptomatického pitia, nedostatok motivácie by mal byť videný skôr ako symptóm než ako kontraindikácia pre psychoterapiu (Cooper 1987). Ak však pacienti pokračujú v silnom pití bez toho, že by chceli pochopiť alebo sa zaujímať o zistenie dôvodov prečo pijú, môžu byť neschopní využiť psychoterapeutický proces a miesto toho požadovať hospitalizáciu. V každom prípade, abstinencia by nemala byť absolútnou požiadavkou pre začatie terapie.

Skupinová psychoterapia je tiež bežne používaná v ambulantnej i nemocničnej liečbe závislosti od alkoholu. Tak ako všetky liečebné metódy, aj táto metóda je zriedkavo používaná izolovane, takže je ťažké stanoviť jej efektívnosť. Častejšie je to časť rozsiahleho liečebného plánu, ktorý zahŕňa veľa iných krokov. Posledný prehľad štúdií, skúmajúcich skupinovú psychoterapiu alkoholikov, navrhol empirickú platnosť použitia skupinovej psychoterapie ako doplnkovej liečby (Brandsma a Pattison 1985). Prístupy skupinovej psychoterapie často zahŕňajú prudkú konfrontáciu autodeštruktívneho pôvodu závislosti ako spôsobu odmietnutia, ktoré je také nápadné u alkoholikov (Bratter 1981).

Iní terapeuti (napr. Khantzian 1986) varovali pred konfrontačným prístupom. Pretože mnohí alkoholicy majú problémy s reguláciou takých afektov ako pocit úzkosti, depresie a hnevu, konfrontácia v prostredí skupiny môže byť neproduktívna, ba dokonca škodlivá. Cooper (1987) zdieľal Khantzianov názor, že konfrontácia by mala byť použitá rozumne. Veril, že terapeut by mal

empatizovať s alkoholickou potrebou brániť sa, aby sa vyhol bolestivému afektu. Cooper obhajuje hospitalizované skupiny, ktoré sú zamerané na "tu a teraz", ale sú menej konfrontačné. Zaznamenal 55% podiel abstinencie u pacientov v takýchto skupinách v porovnaní so 16% abstinenciou hospitalizovaných pacientov v programe bez skupinovej psychoterapie. Tí pacienti, ktorí zotrvali v skupinovej terapii aspoň 25 hodín, viac splňali aj iné aspekty programu.

## **Psychodynamické prístupy k drogovu závislým**

Hoci je model choroby obľúbený v mnohých programoch drogovej rehabilitácie, psychodynamické prístupy sú oveľa širšie prijaté a hodnotené v liečbe drogovu závislých než v liečbe alkoholikov. Napr. Vaillant (1988), si všimol, že ľudia závislí na viacerých drogách, mali v porovnaní s alkoholikmi, častejšie nestabilné detstvo, častejšie berú drogy v pokuse o "seba-liečbu" psychiatrických príznakov, a je u nich väčšia pravdepodobnosť, že im psychoterapeutický program prospieje tak, aby oslovil ich základnú symptomatológiu a charakterovú patológiu.

Značná časť výskumnej literatúry sa opiera o asociáciu poruchy osobnosti a depresie s rozvojom drogovej závislosti (Blatt et al. 1984 a, Kandel et al. 1978, Paton et al. 1977, Treece 1984, Treece a Khantzian 1986). Tieto štúdie naznačili, že začatie užívania marihuany sa môže vzťahovať na tlak rovesníkov v adolescencii, čo však neplatí o užívaní a prípadnej závislosti na tvrdých drogách. Jedna štúdia zistila, že narušené vzťahy s rodičmi a depresia na rozdiel od sociodemografickej variability, sú vysoko príznačné predpoklady možného užívania nezákonných drôg (Kandel et al 1978). Ďalšia štúdia, ktorá sa týkala stredoškóľakov, ktorí intenzívne užívali drogy, označila depresiu za najsilnejší predpoklad všetkých osobnostných premien (Paton et al. 1977). Treece (1984) usúdil, že kľúčovým faktorom, rozlišujúcim chronicky drogovu závislú osobu od kontrolovaného alebo príležitostného užívateľa je:

- a) výskyt depresie a ťažkej poruchy osobnosti,
- b) prítomnosť u ťažkej poruchy osobnosti v adolescencii.

Pre porovnanie s alkoholikmi, je u užívateľov drôg oveľa väčšia pravdepodobnosť, že budú mať komorbídne psychiatrické poruchy. V rozsiahlej epidemiologickej štúdii, ktorá obsahovala rozhovory s 20 291 osobami (Regier et al. 1990), užívatelia drôg mali 53% mieru komorbidity v porovnaní s iba 37% u alkoholikov. Štúdie jednotlivcov, závislých na narkotikách, zistili iné psychiatrické diagnózy u 80-93% (Khantzian a Treece 1985, Rounsaville et al. 1982). Stupeň je vysoký aj u užívateľov kokaínu. Až 73% tých, čo sa snažia liečiť, splňa diagnostické kritériá pre ďalšiu psychiatrickú poruchu, ako sú úzkostné poruchy, antisociálna porucha osobnosti, porucha nedostatočnej pozornosti, ktoré zvyčajne predchádzajú začatiu užívania kokaínu. Afektívne poruchy a užívanie alkoholu zvyčajne nasledujú po začatí užívania kokaínu (Rounsaville et al. 1991). Vo vzorke 100 užívateľov (Nace et al. 1991), 57 malo poruchu osobnosti. Výskumníci poukázali, že šablónovitý prístup k liečbe dlhodobo závislých je neprimeraný, pretože pacienti s poruchami osobnosti vyžadujú iné liečebné postupy. Dlhodobo závislí s poruchami osobnosti sú depresívnejší, impulzívnejší, izolovanejší, a vo všeobecnosti sú menej spokojní s ich životmi ako dlhodobo závislí bez týchto porúch.

Tieto výskumné nálezy hrali hlavnú úlohu pri rozvoji náročných psychodynamických formulácií problémov dlhodobo závislých. Prvá psychoanalytická interpretácia dlhodobej závislosti, ako návratu k orálnemu stupňu psychosexuálneho vývoja, bola nahradená pochopením užívania drôg skôr ako obranným a prispôsobivým, než ako spätným (Khantzian 1985 b, 1986, Wurmser 1974). Užívanie drôg môže odvrátiť spätné stavy posilnením chybné obrany ega proti silným emóciám, ako sú hnev, hanba a depresia. Skoré psychoanalytické formulácie často zobrazovali osoby drogovu závislé ako potešenie hľadajúcich hedonistov so sklonom k sebadeštrukcii. Súčasní psychoanalytici výskumníci chápu závislé správanie viac ako odraz nedostatku starostlivosti o seba, než ako sebadeštruktívny impulz (Khantzian 1986). Toto narušenie starostlivosti o seba



vyplýva z raných vývojových porúch, ktoré vedú k neadekvátnej internalizácii osobností rodičov, pričom nechávajú závislú osobu bez schopnosti ubrániť sa. Preto väčšina chronicky drogovovo závislých jedincov predstavuje fundamentálne narušenie schopnosti posúdiť nebezpečenstvo užívania drôg.

Rovnako dôležitou v patogenéze drogovej závislosti je narušená regulačná funkcia v kontrole afektu a impulzu pri podpore sebaúcty (Treece a Khantzian 1986). Tieto nedostatky vytvárajú súhlasné problémy v účelových vzťahoch. Ťažké polydrogové užívanie sa priamo vzťahuje na neschopnosť závislej osoby tolerovať a regulovať interpersonálnu blízkosť (Nicholson a Treece 1981, Treece 1984). K týmto problémom prispieva narcistická zraniteľnosť, a neschopnosť modulovať afekty spojené s blízkosťou. Dodes (1990) poznamenal, že závislí jedinci majú sklon cítiť sa bezmocní, ako odraz špecifickej narcistickej poruchy. Ich závislé správanie odráža vedomie bezmocnosti alebo neschopnosti kontrolovať a regulovať ich afektovane stavy. Narcistický hnev a pozívanie ich žien k užívaniu drôg ako spôsobu znovunadobudnutia vedomia sily. Užívanie drôg môže byť takto videné ako zúfalý pokus kompenzovať poruchy fungovania ega, nízkej sebaúcty a vzájomných interpersonálnych problémov. Treece a Khantzian (1986) krátko poznamenali: "Kritickým faktorom pri oboch - pri ťažkých aj miernych poruchách je, že návykové látky sú užívané ako poskytujúce nielen uvoľnenie ale aspoň dočasne aj zážitok zvýšenej schopnosti dosiahnuť rovnováhu a fungovať." V tomto zmysle môže byť väčšina spotreby drôg, ktorá je dosť silná na to, aby viedla k závislosti, formou sebaliečby (Khantzian 1985 b).

Ten názor, že drogovovo závislí jednotlivci sa takto sami "liečia", aby sa uvoľnili od bolestivých emočných stavov, vedie priamo k ďalšiemu pozorovaniu súčasných psychodynamických výskumníkov - a síce k takému, že špecifické látky sú volené pre špecifické psychologické a farmakologické účinky. podľa potrieb každého užívateľa. Najbolestivejší afekt je pravdepodobne ten, ktorý podmieňuje voľbu drogy. Khantzian (1985 a) poznamenal, že kokaín sa užíva, aby zahnal pocit úzkosti spojený s depresiou, navodením hyperaktivity a hypománie, zatiaľ čo narkotiká zjavne zmiernujú pocity hnevu/zúrivosti.

Hĺbková štúdia jednotlivcov závislých na narkotikách priviedla Blatta et al. (1984 a, 1984 b) k záveru, že závislosť na heroíne je mnohonásobne podmienená:

- 1) potrebou ovládnuť agresivitu,
- 2) snahou po uspokojení túžby po symbiotickom vzťahu s materinským vzorom,
- 3) túžbou zmierniť depresiú.

Napriek tomu, že výsledky výskumov ukazujú, že malá podskupina jednotlivcov závislých na narkotikách tiež trpí antisociálnou poruchou osobnosti (Rounsaville et al. 1982), Blatt a kol. identifikoval väčšiu skupinu osôb ťažko závislých na opiátoch, ktorá môže reprezentovať väčšinu. Títo jednotlivci zápasia s pocitmi bezcennosti, viny, sebakritiky a hanby. Ich depresia zintenzívnie, keď sa pokúšajú dostať sa bližšie k ostatným, takže sa siahnu späť do izolovanej blaženosti, ktorú im priniesie heroín alebo iné narkotiká, ktoré majú aj spätné aj obranné dimenzie. Depresívne jadro človeka závislého na opiátoch bolo ďalej odvôvodnené porovnávacou štúdiou (Blatt et al. 1984 a, 1984 b), ktorá zistila, že osoby závislé na opiátoch sú signifikantne viac depresívne ako polydrogoví užívatelia. Táto štúdia tiež označila sebakritiku za hlavnú zložku ich depresie.

Zistenie Blatta a jeho kolegov o korelácii medzi prísny superegom, sebakritických vlastnostiach osobnosti so sklonom k depresii a závislosťou na opiátoch získali podporu Wurmserovej (1974, 1987 a, 1987 b) psychoanalytickej práce so závislými pacientami. Argumentoval tým, že títo závislí jedinci prístupní psychoanalytickej terapii netrpia málo vyvinutým superegom ako antisociálne osoby so závislosťami, ale skôr nadmerne prísny superegom. Intoxikácia substanciou je videná ako útek pred mučiacim superegom.

Napriek tomu, že skoré štúdie s pacientami závislými na narkotikách naznačili, že psychoterapia prispieva k uzdraveniu závislých osôb, veľká časť z tohto výskumu bola následne spochybnená kvôli metodologickým problémom. Viaceré referencie z Veterans Administration-Penn Study (Woody et al. 1983, 1984, 1985, 1986, 1987) presvedčivo demonštrovali, že pridanie psychoterapie

k celkovému plánu liečby pacientov závislých na opiátoch, prináša jasný úžitok. Pacienti závislí na narkotikách v programe udržiavania methadonu (narkot. liek použ. pri liečbe závisl. od heroínu) boli náhodne priradení k jednej z týchto troch skupín:

- 1) drogové poradenstvo osamote s paraprofesionálmi
- 2) expresívno-podporná psychoterapia plus drogové poradenstvo
- 3) kognitívna psychoterapia plus poradenstvo.

Zo 110 pacientov, ktorí zabsolvovali plný liečebný program, tí ktorí prešli psychoterapiou sa zlepšili podstatne viac ako tí, ktorým bolo poskytnuté iba poradenstvo. Expresívne-podporná psychoterapia založená na dynamických princípoch viedla ku výraznejšiemu ústupu psychiatrických symptómov a k väčšiemu úspechu pri hľadaní a udržaní si zamestnania, v porovnaní s kognitívnu psychoterapiou (Woody et al. 1983). Tí pacienti, ktorí boli depresívni, vykázali najväčšie zlepšenie. Za nimi boli pacienti, ktorí boli závislí na opiátoch, ale netrpeli inou psychiatrickou poruchou. Tým s antisociálnou poruchou osobnosti psychoterapia neprosperala (Woody et al. 1985). Antisociálni pacienti sa zlepšili iba v prípade, že boli zároveň depresívni.

Keď výskumníci rozdelili týchto 110 pacientov do skupín podľa intenzity psychiatrických symptómov, všimli si, že pacienti, ktorí boli v skupine s nižšou impulzivitou zaznamenali najväčší pokrok pri poradenstve alebo psychoterapii, zatiaľ čo pacienti so stredným stupňom impulzivity mali lepšie výsledky v liečebných postupoch skombinovaných z oboch prístupov (i keď niektorí zaznamenali zlepšenie iba pri poradenstve).

Výskumníci (Woody et al. 1986) vypracovali niekoľko záverov o psychoterapii pacientov užívajúcich opiáty:

- 1) Expresívne-podporná a kognitívne-behaviorálna psychoterapia môžu pomôcť tým osobám, ktoré sa budú pravidelne zúčastňovať tohto liečebného programu.
- 2) Pacienti so zjavnými psychiatrickými poruchami sú najlepšimi kandidátmi na psychoterapiu a bude im najviac prospešná.
- 3) Psychoterapeut musí byť začlenený do celkového liečebného programu a musí spolupracovať v liečbe s ostatným personálom. Vedci verili, že je jednoznačne prospešné, ak psychoterapeutické stretnutia prebiehajú v tom istom zariadení, ako aj ostatný liečebný program. Ak je psychoterapia oddelená od zvyšku liečenia, je nepravdepodobné, že bude úspešná.

Psychoterapia narkomanov je liečebný prístup, ktorý je nepriamo namierený na narkomaniu tým, že sa zameriava na doplnkovú psychopatológiu. Väčšina klinických lekárov verí, že abstinencia od látky, na ktorej je pacient závislý, je nevyhnutným predpokladom pre adekvátne liečenie pomocou psychoterapeutických techník zásadných porúch - úzkosti, depresie, poruchy osobnosti . . . Výnimkou by bol program nahradenia drogy, ako je matadonová liečba. Akonáhle je dosiahnutá abstinencia, závislá osoba často pociťuje zúfalstvo z toho, že sa vzdala niečoho viac ako drogy - cennej časti samého seba (Treece a Khantzian 1986). Terapeut ako aj pacient si uvedomujú, že sama abstinencia nevedie automaticky k zmenám v iných sférach života. Keďže abstinujúce osoby so závislosťou bojujú s túžbou po droge a smútkom nad jej stratou, terapeut musí zamerať ich vytrvalo bránenu vieru na fakt, že užívanie drog je nevhodným riešením ich životných problémov. Terapeut musí poukázať napríklad na zmiernenie citového rozrušenia, regulovania sebaúcty a vzťahu k ostatným, a tak pomôcť závislej osobe nájsť alternatívne odpovede na tieto problémy.

Problém, s ktorým sa psychoterapeuti najpravdepodobnejšie stretnú, je alexithímia, spoločná pre mnohých závislých pacientov (Krystal 1982-83). Inak povedané, väčšina týchto pacientov nie je schopná rozpoznať a pomenovať svoje vnútorné pocitové stavy. Môže sa stať, že bude potrebné v ranných fázach terapie podrobné vysvetlenie, pričom terapeut vysvetlí, ako skúsenosť s nepríjemnými pocitmi vedie k užívaniu drogy. Pacientom treba pomôcť ovládnuť a tolerovať ich citové rozrušenie, aby boli schopní vyjadriť slovami, ich vnútorný stav, namiesto toho, aby užili drogy. Terapeut môže pomôcť pacientom v tomto ohľade tak, že identifikuje a pomôže pacientovi pomenovať pocity, ktoré sa prejavujú počas terapeutického stretnutia.

Je oveľa pravdepodobnejšie, že proces individuálnej psychoterapie bude úspešnejší v kontexte kompletného programu liečby. Khantzian (1986) navrhol pojem "terapeut primárnej starostlivosti" - osoba, ktorá sprostredkuje zapojenie sa závislého pacienta do všetkých liečebných foriem. Terapeut analyzuje pacientovu odolnosť voči prijímaniu iných foriem liečenia, ako je NA alebo skupinová terapia, ale tiež poskytuje podporu pri prejavoch silného citového rozrušenia, ktoré bolo zmobilizované v liečebnom procese. Terapeut primárnej starostlivosti sa musí tiež podieľať na liečebných rozhodnutiach. Pri tomto modeli je na začiatku liečby dôraz viac podporný ako expresívny a terapeutova úloha je podobná úlohe lekára, pracujúceho s hospitalizovaným pacientom.

Treese a Khantzian (1986) určili 4 podstatné zložky liečebného programu, zameraného na liečbu drogovej závislosti: 1) náhrada za závislosť na substanciiach (napr. NA, alternatívny systém vier alebo priaznivá závislosť na jednej osobe alebo náboženskej inštitúcii), 2) primerané liečenie iných psychiatrických porúch, 3) vynútená (nedobrovoľná) abstinencia (napr. drogové náhrady ako methadon, vonkajšie podporné systémy) počas psychologického dozrievacieho procesu, 4) podporovanie rastu a štruktúrnej zmeny osobnosti počas psychoterapie.

Wurmser (1987 b) tiež obhajoval komplexný prístup, ale s expresívnejšou psychoterapiou. Vytvoril pojem prevažujúceho superega ako dôležitého v patogenéze nutkavého užívania drog. Úlohou terapeuta, podľa Wurmsera, je pokúsiť sa porozumieť tlakom superega na pacienta. Veril tiež, že terapeuti by mali venovať svoj čas hlavne skúmaniu hlbších príčin závislosti, a nie sa zameriavať na užívanie drog, na čo sa môžu sústrediť iní členovia liečebného tímu.

Skupinová psychoterapia sa stala zložkou mnohých programov. Mnohým závislým osobám pomáha, keď sa rozprávajú s inými, ktorí majú ten istý problém. Takisto, pretože odpor je najvýznamnejšou obranou pri všetkých formách závislosti, skupinové sústredenie rovnocenných ľudí umožňuje silnú konfrontáciu a núti závislé individua, aby si uvedomili vážnosť ich závislosti. Rovnaké varovania pred príliš agresívnou konfrontáciou, ktoré boli spomenuté v sekcii o skupinovej psychoterapii alkoholických pacientov, sa tiež vzťahujú na skupinovú psychoterapiu narkomanov. Dobre fungujúce skupiny poskytujú podporu rovnako ako aj konfrontáciu. Programy hospitalizovaných pacientov sa často spoliehajú na skupiny z toho praktického dôvodu, že zabezpečenie dochádzky je jednoduchšie u hospitalizovaných, ako u ambulantných pacientov (Woody et al. 1986). Odmietanie skupín, s ktorým sa stretávame tak u hospitalizovaných ako aj u ambulantných pacientov, je spôsobené tým, že mnohí členovia sa dopustili trestného činu, a preto sa zdráhajú otvoriť v skupine zo strachu, že nebude zachovaná dôvernosť.

Celkovo, indikácie k expresívne-suportívnej psychoterapii sú:

- 1) vážna psychopatológia iná ako narkománia
  - 2) zapojenie sa do celkového liečebného programu, ktorý zahŕňa NA alebo inú podpornú skupinu, nútenú abstinenciu, prípadne drogovú náhradu ako je methadon
  - 3) neprítomnosť antisociálnej osobnostnej poruchy (pokiaľ nie je prítomná aj depresia) (zváženie liečby u antisociálnych osobnostných porúch je detailne rozdiskutované v kapitole 16)
  - 4) dostatočná motivácia, aby sa dodržali skupinové sedenia a prebehlo začlenenie do procesu.
- Indikácie pre expresívny či podporný dôraz po tom, ako je proces odštartovaný, sú z veľkej časti určované tými istými faktormi, ako v hociktorom inom psychoterapeutickom procese (vid'. tabuľka 4-2, kapitola 4).

## **Poruchy príjmu potravy**

Anorexia nervosa a bulimia nervosa sa javia byť poruchami našej doby. Elektronické médiá bombardujú verejnosť obrázkami štíhlych žien, ktoré "majú všetko".

Jednotlivci, postihnutí týmito poruchami, sú prevažne belosi, vzdelaní, ženského rodu,

ekonomicky vyššieho statusu, v západných kultúrach (Johnson et al. 1989). Anorexia nervosa je prakticky neznáma v krajinách, kde štihlosť ni je považovaná za cnosť (Powers 1984). Mediálne obrazy žien navyše vyvolávajú dojem, že vonkajší vzhľad je oveľa dôležitejší, ako vnútorná identita.

Hoci intrapsychické a biologické faktory by sa mohli v etiológii a patogenéze porúch príjmu potravy minimalizovať, sú v jasnom vzťahu so zvláštnym sociokultúrnym obdobím v západnej civilizácii, a tak vyvolávajú syndróm, ktorý odráža kultúru. Výskyt anorexie sa od 60. rokov zdvojnásobil, zatiaľ čo bulimia nervosa je približne u 1% adolescentných a mladých dospelých žien (Fairburn a Beglin 1990). Tieto znepokojujúce údaje naznačujú, že tieto poruchy môžu byť čoraz bežnejším riešením rôznych intrapsychických, rodinných a enviromentálnych stresov.

## **Anorexia nervosa**

Názov anorexia nervosa môže byť zavádzajúci, pretože prvé slovo názvu naznačuje, že centrálnym problémom je strata chuti do jedla. Diagnostickou charakteristikou anorexie je v skutočnosti fanatická snaha o nadobudnutie štihlosti, spojená s obrovským strachom z pribratia. Svojevoľné zníženie hmotnosti na menej ako 85% minimálnej normálnej telesnej hmotnosti podľa veku a výšky, je jedným z diagnostických kritérií. U žien je vedúcou črtou anorexie nervosy anebirgie. Hoci 5-10% prípadov sú muži, ich klinické charakteristiky a psychodynamika sú značne podobné charakteristikám žien.

Psychodynamické ponímanie. V posledných dvoch dekádach, seminárne príspevky Hilde Bruchovej (1973, 78, 82, 87) slúžili ako maják v tme pre klinikov, zaoberajúcich sa anorektickými pacientami. Bruchová zistila, že predpojatosť voči strave a hmotnosti je relatívne neskorým znakom výskytu viacerých podstatných porúch osobnosti. Väčšina pacientov s anorexiou trpí dlhodobým presvedčením, že sú úplne bezmocní a zbytoční. Táto choroba sa často vyskytne u "dobrých dievčat", ktorésa celý život snažia uspokojiť svojich rodičov, alebo v adolescencii sa náhle stávajú tvrdohlavými a negativistickými. Často trpia pocitom, že telo je od nich samotných oddelené, akoby patrilo ich rodičom. Tieto pacientky postrádajú akýkoľvek zmysel pre autonómiu, až do tej miery, že dokonca nepocitujú kontrolu nad svojimi telesnými funkciami.

Predchorobný obranný postoj, v ktorom hrajú dokonalé dievčatká, ich jednoducho chráni proti skutočnému skrytému pocitu zbytočnosti.

Podľa Bruchovej (1987) sa anorexia rozvíja ako "snaha o sebaliečenie tak, aby sa cez disciplínu tela rozvinul zmysel pre osobitosť a interpersonálnu efektívnosť. Anorektici zmenia úzkosť a psychické problémy cez ovládanie príjmu a množstva potravy".

Bruchová zistila pôvod anorexie v narušenom vzťahu medzi dieťaťom a matkou, zvlášť ak matka vychováva dieťa viac podľa vlastných potrieb, než podľa potrieb dieťaťa. Ak dieťaťom iniciované podnety nedostávajú účinné a utvrdzujúce odpovede, dieťa nemôže rozvíjať zdravý pocit seba samého. Namiesto toho má dieťa pocit, že je len pokračovaním svojej matky, a nie jej právoplatným autonómnym centrom. Takéto ponímanie je v súlade s rannými psychoanalytickými formuláciami o patogenéze psychosomatických porúch detí, z ktorých bola spomenutá "strata osobnosti" dieťaťa (Sperling, 1944). Dieťa nie je brané ako zvláštna individualita, ako matkina "pravá ruka".

Bruchová ďalej ponímala správanie anorektického pacienta ako horúčkovité úsilie získať obdiv a ocenenie. Neskôr (1987) sa Bruchová domnievala, že klinický obraz sa môže meniť, lebo pre anorektického pacienta je čím ďalej tým ťažšie cítiť sa jedinečný. Tak prejavy poruchy narastajú. Choroba získava novú náplň - ide o istú súťaž o to, byť najštihlejšou alebo najjedinečnejšou.

Masterson (1972, 1977) si všimol podobnosť medzi dynamikou istých anorektických pacientov a pacientov s borderline poruchou osobnosti (viď. kapitola 15). Postrádajúc akýkoľvek zmysel pre identitu, dieťa si vyvinie falošné ja, aby uspokojilo matku. Dievčatko sa snaží byť dokonalým

dieťaťom, aby sa tak znova uistilo, že matka ho neopustí. Táto násilná úloha zapríčiňuje nenávisť, ktorá sa rokmi narastá a anorektický syndróm sa rozvíja ako totálna rebélia, pri ktorej sa pacient pokúša presadzovať svoje vlastné ja, ktoré dlho odpočívalo a nevyvíjalo sa.

Rodinní terapeuti, ako Selvini Palazzoli (1978) a Minuchin (Minuchin et al. 1978), potvrdili a prepracovali niektoré z dynamických pojmov Bruchovej a Mestersona. Minuchin a jeho kolegovia opísali vzor zapletenia v rodinách anorektických pacientov, kde všeobecne absentuje generačná alebo personálna hranica. Každý člen rodiny je príliš zapojený do života každého ďalšieho člena do tej miery, že nikto necíti zmysel samostatnej identity mimo rodinnej pôdy. Selvini Palazzoli (1978) poznamenal, že pacienti s anorexiou sú neschopní sa osamostatniť od matiek, čoho výsledkom je neschopnosť dosiahnuť stabilný zmysel vlastného tela. Telo je tak často vnímané, akoby bolo obývané zlým materským objektom, takže hladovanie môže byť pokusom zastaviť rast tohto cudzieho, neodbytného vnútorného objektu.

Extrémny obranný postoj anorexie nervosy naznačuje, že takúto stratégiu bude zdôvodňovať nejaký silný zásadný impulz. Boris (1984 b) si všimol, že intenzívna pahlnosť vytvára jadro anorexie. Orálne potreby sú také neprijateľné, že je potrebné sa nimi zaoberať projekčne. Cez projektívnu identifikáciu je chamtivá, vyžadovačná sebareprezentácia presunutá na rodičov. Vo formulácii ovplyvnenej myslením Kleina, Boris označil anorexiu nervosu ako neschopnosť dostať dobré veci od iných kvôli nadmernej túžbe vlastniť. Akýkoľvek počín získania stravy alebo lásky stavajú títo pacienti proti faktu, že nemôžu vlastniť to, po čom túžia. A tak je ich riešením to, že nezískajú nič od nikoho. Nenávisť a chamtivosť sú v nevedomí často úzko späté. Pacient nenávidí matkine dobré vlastnosti - lásku, súcit, starostlivosť o rodinu, ale aby ich získalo, jednoducho zvýši nenávisť. Tým, že ich odmieta, podporuje nevedomú fantáziu o zničení toho, čo je nenávidené, tak, ako je to aj s líškou v Ezopovej bájke, ktorá končí tým, že hrozno, ktoré líška nemohla dočiahnuť, bolo kyslé. Pacient podáva nasledujúcu správu: "Nie je pre mňa nič, čo by som mohol vlastniť, a tak jednoducho popriem všetky moje túžby". Takéto odmietnutie vytvára z anorektickej pacientky objekt túžob ostatných, a v jej fantázii objekt ich nenávisti a obdivu, lebo oni sú "dojatí" jej sebaovládaním. Potrava symbolizuje pozitívne vlastnosti, ktoré si pacientka sama praje, byť uväznená hladom má prednosť pred túžbou vlastniť materinskú postavu.

Väčšina vývojových formulácií pôvodu anorexie sa zameriava na dvojicu (diádu) matka-dcéra. Bemporad a Ratey (1985) však skúmali charakteristický vzor vzťahu otca k anorektickým dcéram. Typický otec bol navonok starostlivý a podporujúci, ale citovo zanedbávajúci, opúšťajúci dcéru, kedykoľvek ho ona skutočne potrebuje. Navyše, mnohí otcovia anorektických pacientiek hľadajú emocionálnu starostlivosť u dcér, než aby im ju dávali oni. Obaja rodičia často prežívajú vážne sklamanie v manželstve, ktoré vedie každého z nich k tomu, aby hľadal citovú podporu u dcéry. Čo sa týka "ja", dcéra môže byť považovaná za objekt vlastného ja, ktorá umožňuje rodičom uplatňovať vlastné predstavy a hodnoty, avšak cit pre jej vlastné ja je popieraný.

Aby sme zhrnuli naše psychodynamické ponímanie anorexie nervosy, zreteľné svojvoľné hladovanie je mnohonásobne determinovaný symptóm.

Je to:

- 1) zúfalý pokus byť zvláštnou a jedinečnou
- 2) útok rodičovských očakávaní na falošný zmysel samo-opatery
- 3) presadzovanie rodiaceho sa vlastného ja
- 4) útok na cudzí materský introjekt, vnímaný ako rovnocenný vlastnému telu
- 5) obrana voči pahlnosti a túžbe
- 6) snaha vyvolať v iných - viac ako u pacientky - pocit pahlnosti a bezmocnosti.

Tieto psychodynamické faktory sprevádzajú určité charakteristické kognitívne znaky. Tieto zahŕňajú nesprávne chápanie obrazu vlastného tela, zmýšľanie typu všetko alebo nič, tajomné rozmýšľanie a obsedantne-kompulzívne myšlienky a rituály. Prítomnosť OCD symptómov viedla niektorých výskumníkov k tomu, aby pochybovali, či obsedantne-kompulzívna osobnostná porucha neexistuje súčasne s anorexiou nervosa. Tento predpoklad je vyvrátený dobre známou

nespol'ahlivosťou diagnóz porúch osobnosti pri hladovaní (Kaplan a Woodside 1987, Powers 1984). Mnohé symptómy, vrátane obsedantne-kompulzívneho správania, sa pri hladovaní vyskytujú sekundárne. Takisto aj premorbídne osobnostné vlastnosti sa v stavoch nedostatku výživy zdôrazňujú. Ukázalo sa, že keď pacientka začína jesť a priberať strach z pribratia (z obezity) sa zmierňuje (Garfinkel a Garner 1982).

## **Liečebné postupy**

Klinici sa zhodujú v názore, že liečebné ciele sa nesmú zameriavať úzko na pribratie (Boris 1984 a, 1984 b, Bruchová 1973, 1978, 1982, 1987, Chessick 1985, Ilsu 1986, Powers 1984). "Dvojstopový" prístup obhajovaný Garnerom a kol. (1986), zahŕňa ako prvý krok obnovenie jedenia kvôli pribratiu. Keď je dosiahnutý tento krok, môže začať druhý krok psychoterapeutickej intervencie. Anorektické pacientky ukazujú oveľa väčšie zlepšenie, keď im je poskytnutá rodinná terapia spolu s dynamickou individuálnou terapiou, v porovnaní s liečbou, keď sú jednoducho riadené výchovnými opatreniami, vytvorenými tak, aby kontrolovali hmotnosť (Hall a Crisp 1983). Dlhodobá, individuálna expresívne-podporná psychoterapia je základným kameňom liečby. Pokiaľ sa nevyskytne vážna porucha ega, a s tým spojená deformácia vnútorných vzťahov, pacientke sa bude opätovne zhoršovať zdravotný stav (recidíva) a jej rehospitalizácie budú pokračovať (Bruchová 1982). Pre pacientov bývajúcich doma môže byť rodinná terapia hodnotným doplnkom individuálnej terapie. Hoci sa zdá, že niektorým pacientom prospieva skupinová psychoterapia (Lieb a Thompson 1984, Polivy 1981), tieto skromné údaje predpokladajú, že tí, ktorým to najviac prospieva, nemajú poruchy osobnosti (Maher 1984).

Hospitalizácia tiež môže byť užitočným doplnkom individuálnej psychoterapie. Hoci neboli univerzálne prijaté nijaké indikácie pre hospitalizáciu, strata 30% normálnej telesnej hmotnosti je dobre použiteľnou zásadou pre určenie, či je potrebná hospitalizačná liečba (Garfinkel a Garner 1982). Približne 80% všetkých anorektických pacientov počas nemocničnej liečby priberie na hmotnosti (Ilsu 1986) za predpokladu, že nemocničný personál je schopný vytvoriť špecifické prostredie. Ako bolo opísané v kapitole 6, personál musí dať pozor na pacientove nevedomé pokusy zopakovať, opätovne prehrávať tento rodinný boj v nemocničnom prostredí. Musí prejavovať záujem pomôcť pacientke nabráť hmotnosť bez toho, že by sa príliš tým zaoberala a bez kladenia požiadaviek podobných tým, ktoré kládli rodičia. Vytvorenie plánu jedenia častých ale malých dávok jedla a jeden z členov ošetrovateľského personálu, ktorý je schopný rozprávať sa s pacientom o jeho úzkosti z jedenia, môžu pomôcť pacientovi prekonať strach zo straty kontroly. Pacientke by sa mali oznamovať prírastky na hmotnosti spolu s pozitívnym opätovným povzbudením. Na akékoľvek nedovolené, tajne prevedené zvracanie alebo purgácia by mali naväzovať kontrolované štrukturálne opatrenia, ako napr. uzamknutie dverí toalety. Členovia terapeutického tímu možno budú znovu potrebovať uistiť pacientku, že nedovolia, aby príliš pribrala, a tak pomôžu, aby si získali jej dôveru.

Ak pred prijatím pacientky prebiehala individuálna a rodinná terapia, tieto by počas hospitalizácie mali pokračovať. Avšak ak je pacientkina hospitalizácia jej prvým liečebným kontaktom, tieto doplnkové terapie by mali byť začlenené ako súčasť nemocničnej starostlivosti. Antidepresívna medikácia pomôže pacientkám pri veľkej depresii. (Miernejšie formy depresie sa zlepšia s pribúdajúcou hmotnosťou.) Málokedy pomáha krátka hospitalizácia, ako aj liečebné programy, ktoré vyžadujú normálnu priemernú hmotnosť, a pritom ignorujú intenzívnu úzkosť, vyvolanú takouto požiadavkou (Bruchová 1982). Najmenej 50% pacientiek, ktoré úspešne kontrolujú anorexiu pomocou liečenia, do roka zrecidivuje (Ilsu 1980). Pre 20% pacientiek, ktoré neuspeli pri krátkodobej hospitalizácii, je indikovaná predĺžená hospitalizácia.

Individuálna expresívne-suportívna psychoterapia často znamená niekoľko rokov namáhavej práce, čo je spôsobené stálym odporom anorektičky. Užitočné sú štyri vedúce princípy techník

(vid'. tab. 12-1).

ných dvojčiat ukazujú konkordanciu od 15 do 42% v priemere 30% . . . Vzhľadom na to, že konkordancia schizofrénie je u menšiny monozygotných dvojčiat a že približne 90% schizofrenických pacientov nemá rodiča postihnutého týmto ochorením, môžeme dôjsť k záveru, že psychologické a enviromentálne faktory majú veľký podiel na vzniku tohoto ochorenia. Rôzne individuálne enviromentálne stresory, ktoré interagujú s genetickou vulnabilitou pre schizofréniu boli identifikované a študované u monozygotných dvojčiat

Tabuľka 12-1. Technické princípy v psychoterapii anorektických pacientiek

1. Vyhnúť sa prehnanej snahe o zmenu stravovacích návykov
2. Vyhnúť sa analýze a výkladu (interpretáciám) v skorom štádiu terapie
3. Starostlivo sledovať protiprenos
4. Skúmať kognitívne deformácie.

1. Vyhnúť sa prehnanej snahe zmeniť stravovacie návyky. Ako pozoroval Boris (1984 b): "Čo my nazývame symptómami, oni volajú spasením". Pacientka vidí anorexiu ako riešenie svojich vnútorných problémov. Psychoterapeuti, ktorí to ihneď definujú ako problém, ktorý treba zmeniť, redukujú svoje možnosti na vytvorenie životaschopného terapeutického spojenectva. Správanie spojené s anorexiou vyvoláva požiadavky a očakávania zmeny u rodičov pacientky. Cez projektívnu identifikáciu terapeut pravdepodobne bude musieť prežiť silný tlak, aby mohol identifikovať pacientkine projekované vnútorné objekty, ktoré sa spájajú s rodičmi. Terapeut sa musí snažiť porozumieť vnútornému svetu pacientky. Jednou formou takéhoto prevedenia je postavenie jedenia a rozprávania na rovnakú úroveň. Tak ako pacientka dráždi svojich rodičov tým, že odmieta jesť, bude sa snažiť dráždiť aj terapeuta odmietaním rozprávať (Mintz 1988). Na začiatku terapie teda bude asi prospešné vyjasniť, že primárnym cieľom liečenia je porozumieť pacientkinmu citovému rozrušeniu, viac ako problému nejedenia (Bruchová 1982, Chessick 1985). Hoci Boris (1984 a) obhajoval úplné vyhnutie sa psychoterapeutickému zameraniu na jedenie, Bruchová (1982) predpokladala, že psychoterapia nie je vhodná, pokiaľ pacientka neváži okolo (95 libier) 43 kg. Vysvetľuje svojim pacientkám, že ich schopnosť myslieť a komunikovať sa zlepši, ak budú schopné dostať svoju hmotnosť aspoň na túto úroveň.

2. Vyhnúť sa analýze a výkladom v skorom štádiu terapie. Interpretácia želaní a obáv môžu vyvolať u anorektičky opakovanie ich životného príbehu. "Nieкто iný" jej hovorí, čo skutočne cíti, zatiaľ čo jej vedomá skúsenosť je minimalizovaná a oslabená. Naopak, terapeutovou úlohou by malo byť uznanie a vcítenie sa do pacientkiného vnútorného zážitku (Bruchová 1987, Chessick 1985). Terapeut by sa mal aktívne zaujímať o to, čo si pacientka myslí a cíti, mal by vyslovovať posolstvo, že pacientka je autonómna osoba, oprávnená mať vlastný názor na svoju chorobu. Vo významnej miere pomáha pacientke definovať jej vlastné pocity a stavy. Počiny a rozhodnutia, pochádzajúce z týchto pocitov, musia byť uznané za oprávnené a rešpektované. Terapeut môže pomôcť pacientke odhaliť rôzne možnosti, ale mal by sa vyhnúť tomu, že jej bude hovoriť, čo robiť (Chessick 1985). Tento empatický, ego-posilňujúci, podporný prístup v raných fázach terapie uľahčí introjekciu terapeuta ako priaznivého objektu. Bruchová (1987) navrhla zdôraznenie pozitívneho počas terapie, v ktorej pacientky objavajú svoje pozitívne vlastnosti. Priznala, že jej prístup má veľa podobností s Kohutovým (1984) ego-psychologickým prístupom. Chessick (1985) zdieľal názor, že porozumenie nevedomému konfliktu je u týchto pacientiek ťažko pravdepodobné. Hoci Boris (1984 a), o niečo optimistickejšie v používaní interpretácií, odporúčal zdržať sa interpretácií, až kým pacientka nenájde samú seba. Dokonca aj potom, obhajoval rozprávanie "vzduchu", namiesto rozprávania sa priamo s pacientkou, čím je poskytnutá istá vzdialenosť vo vzťahu a rešpektovanie hraníc pacientky. Tieto interpretácie by mali byť vyslovené ako domnienky, akoby rozhovor s imaginárnym kolegom, viac než prehlásenia priamo pacientke.

3. Starostlivo sledovať protiprenosy. Anorektičky všeobecne veria, že ich rodičia chcú, aby pribrali, aby iní ľudia nevideli rodičov ako tých, ktorí zlyhali (Powers 1984). Terapeuti sa pravdepodobne začnú obávať podobných problémov. Zvlášť terapeuti, ktorí pracujú v rámci komplexného liečebného tímu, môžu začať pociťovať, že ostatní posudzujú ich prácu negatívne, ak pacientky neuspjú v priberaní na hmotnosti. Táto protiprenosová záležitosť môže viesť terapeuta k tomu, že padne do pasce identifikácie s pacientkinými rodičmi. Je ideálne prenechať monitorovanie hmotnosti inému terapeutovi, pričom terapeutovi zostáva voľnosť pri skúmaní pacientkiných zásadných psychologických problémov. Keď je kvôli kontrole hmotnosti vyžadovaná hospitalizácia, prijímajúci psychiater môže riadiť príjem potravy, zatiaľ čo psychoterapeut pokračuje v psychoterapeutickej práci v nemocnici.

4. Skúmať kognitívne deformácie / skreslenia. Chybné vnímanie telesných rozmerov a nelogické kognitívne presvedčenie by mali byť spolu s pacientkou preskúmané bez posudzovania (Powers 1984). Terapeut tak pôsobí ako pomocné ego, aby pomohol pacientke zlepšiť pozorovaciu schopnosť a kritické myslenie (Chessick 1985). Psychoterapeut musí na seba zobrať edukatívnu úlohu, pomáhať pacientkam pochopiť účinky hladovania na kognitívnu stránku. Avšak terapeut sa musí snažiť vzdelávať bez toho, že by kládol dôraz na zmenu. Prípadne môže terapeut jednoducho skúmať dôsledky pacientkinej voľby.

Tento technický návod, hoci môže byť užitočný, nemožnobrať ako "kuchársku knihu" psychoterapie anorektických pacientiek. Terapeut musí byť flexibilný, vytrvalý a stabilný oproti pacientkinej tendencii pretrpieť proces terapie, až kým ju znovu nenechajú na pokoji. Deformácia predstáv o telesnom výzore, môže zvlášť vzdorovať edukatívnym a terapeutickým snahám. Terapeuti musia dávať pozor na protiprenos a frustráciu, čo by ich mohlo viesť k snahe prinútiť pacientku "vidieť veci také, aké skutočne sú".

Záverom, klinici, ktorí liečia anorektické pacientky, musia čeliť riziku úmrtia pri tejto chorobe. Dlhodobé štúdie naznačujú, že približne 14% pacientiek, trpiacich na anorexiu nervosu, zomiera na samovraždu alebo komplikácie z choroby (Ilsu 1991). Avšak je tu dôvod pre optimizmus: 75% pacientiek preukazuje 4 roky po začiatku terapie výrazné zlepšenie.

## **Bulímia nervosa**

Pacienti s bulímiou sa všeobecne rozlišujú od pacientov s anorexiou nervosa na základe normálnej hmotnosti a prítomnosti nekontrolovaného jedenia a vyvolávaného rýchleho vyprázdňovania čriev. Vychudnutí pacienti, ktorí tiež prehnaneedia a vyprázdňujú sa, sú často klasifikovaní ako anorektici, bulimická podskupina (Ilsu 1986). Takáto diagnostická klasifikácia odzrkadľuje, ako sa pojem anorexia nervosa znejasnel vďaka kultúrnej fascinácii bulímiou (Bruchová 1987). Podľa Bruchovej majú tieto dva syndrómy málo spoločného - pevná sebadisciplína a tvrdé / neľútostné vedomie anorektických pacientov ostro kontrastuje impulzívnemu, nezodpovednému a nedisciplinovanému správaniu bulimických osôb. Zjednotený termín bulimarexia je tak "semantickým darebáctvom" (Bruchová 1987) v tom že omylom naznačuje podobnosť.

Avšak Bruchovej názor nepodporujú pribúdajúce údaje, ktoré predpokladajú značné spojenie medzi týmito dvoma poruchami (Garner et al. 1986). Najmenej 40-50% všetkých anorektických pacientov má aj bulímiu (Garfinkel et al. 1980; Hall et al. 1984; Ilsu et al. 1979). Dlhodobé kontrolné štúdie tvrdia, že počas dlhého časového obdobia môže anorexia nervosa vytvoriť podmienky pre bulímiu, ale opačný model je oveľa zriedkavejší (Ilsu 1991). Tieto poznatky sa odzrkadľujú v tom, že DSM-IV (Americké psychiatrické združenie 1994) rozdeľuje anorexiu nervosa do podskupín podľa toho, či sú prítomné alebo chýbajú bulimické symptómy a dopredu zabraňuje diagnóze bulímia nervosa v prítomnosti anorexie nervosa, keď sa bulímia objavuje len počas epizód anorexie.



Čiastočným dôvodom pre stieranie diagnostických hraníc medzi anorektickým a bulimickým správaním je to, že klinický obraz môže byť rôzny. Súbežné psychiatrické poruchy sú bežné (Yager 1984), a viac ako polovica bulimikov môže trpieť na pridružené poruchy osobnosti (Johnson et al. 1989).

Yager (1984) jasne pozoroval:

Bulímia nie je choroba. Ani to nie je jednoduchý zvyk. Bulímia je heterogénna a rovnako ako aj zápal pľúc (pneumonia), môže vyplývať z viacerých príčin.

## **Psychodynamické ponímanie**

Pri zvažovaní psychodynamiky bulímie musia mať terapeuti na pamäti túto heterogénnosť. Ako vždy, dynamické ponímanie musí byť zindividualizované.

V klinickom obraze bulímie môžeme pozorovať u pacientov veľmi rozdielne charakterové štruktúry - od psychotických cez borderline až po neurotické (Wilson 1983). Anorexia a bulímia sú v podstate opačné strany tej istej mince (Mintz 1988). Zatiaľ čo anorektický pacient je charakterizovaný väčšou silou ega a väčšou kontrolou superega, bulimický pacient môže trpieť oslabeným egom a uvoľneným superegom. Záchvat nadmerného pôžitku v jedení a vylučovaní nie sú zvyčajne izolované podnetové problémy; skôr existujú súčasne s impulzívnymi, sebazničujúcimi vzťahmi a s polydrogovým užívaním.

Mintz (1988) spozoroval, že pacienti môžu prejsť od anorexie k bulímii, keď silné nutkanie k záchvatu nadmerného pôžitku v jedení a vyprázdňovaní sa prekoná a eroduje obranné mechanizmy ako sú odmietanie a potlačanie. Účelové / odmietavé vzťahy bulimických pacientov môžu byť tiež opačnou stranou vzťahov anorektických pacientov. Bulimickí pacienti typicky využívajú interpersonálne vzťahy ako spôsob na zistenie poškodenia alebo potrestania z vonkajších zdrojov, zatiaľ čo anorektickí pacienti majú sklon k vzdialeniu sa od interpersonálnych vzťahov. Mintz vysvetlil príčinu potreby bulimického pacienta po treste ako enormný zdroj podvedomej agresie riadenej smerom k rodičovským vzorom osobnosti. Tento hnev je prenesený do potravy, ktorá je potom kanibalisticky zničená. Ani anorektickí ani bulimickí pacienti nevedia regulovať vzťahy uspokojivo, takže premiestňujú konflikty vo vzťahoch do potravy. Anorektická pacientka udržiava kontrolu nad jej agresívnymi pocitmi voči ľuďom tým, že odmieta potravu, zatiaľ čo bulimická pacientka symbolicky ničí a spája ľudí tým, že sa prejedá.

Tí autori, ktorí študovali vývojový pôvod bulímie, identifikovali narastajúcu ťažkosť pri rozdelení sa aj u rodičov aj u pacienta.

Spoločnou témou vo vývinovej histórii bulimických pacientov je absencia prechodného objektu, akým je sedatívum, ktoré má pomáhať dieťaťu sa oddeliť od matky (Goodsitt 1983). Toto vývojové úsilie o oddelenie môže byť nahradené samotným telom ako prechodným predmetom (Sugarman a Kurash 1982), s prijatím potravy, ktoré predstavuje túžbu po symbiotickom splynutí s matkou a vypudenie potravy, ktoré predstavuje úsilie o oddelenie sa od nej. Podobne ako matky anorektických pacientov, aj rodičia detí, ktoré sa stávajú bulimickými, sa často k nim správajú, ako k rozšíreniu ich samotných (Humphrey a Stern 1988; Strober a Humphrey 1987). Tieto deti sú využité ako self-objekty, aby potvrdili rodičove ego. Každý člen rodiny je závislý na všetkých ostatných členoch, aby si udržal zmysel pre súdržnosť. Napriek tomu, že tento vzor charakterizuje rodiny anorektických pacientov, čiastočný spôsob riadenia neprijateľných "zlých" vlastností je predominantnou v "bulimických rodinách". Systém bulimickej rodiny zjavne zahŕňa pre každého silnú potrebu vidieť seba samého ako "len dobrých". Neprijateľné kvality u rodičov sú často prenesené do bulimického dieťaťa, ktoré sa stáva schránkou všetkého "zlého". Podvedomou identifikáciou s touto premenou, sa stáva nositeľom chamtivosti a impulzívnosti celej rodiny. Výsledná homeostatická rovnováha zostáva zameraná na "choré" dieťa skôr ako na konflikty s

alebo medzi rodičmi.

Psychodynamické pozorovania o ťažkostiach s rozdelením bulimických pacientov boli potvrdené empirickým výskumom (Patton 1992). Výskumníci prišli k záveru, že záchvatové jedenie bolo skutočne obranou pred podvedomým strachom z voľnosti.

V mnohých prípadoch bulimickí pacienti konkretizovali mechanizmy objektívnych vzťahov introjekcie. Prijímanie a vylučovanie potravy môže priamo odrážať introjekciu a projekciu agresívnych alebo "zlých" prijímaní. V mnohých prípadoch je tento rozpadový proces ďalej konkretizovaný pacientkou. Môže považovať proteín za "dobrú" potravinu, ktorá je tiež preto skôr zadržaná ako vylúčená. Karbohydráty alebo junk food (rýchle jedlo - hamburgery, hranolky, hot-dog ...) sú považované za "zlé" potraviny, ktoré sa konzumujú v obrovských množstvách len preto, aby boli vyvrátené. Na povrchu môže byť táto stratégia riadenej agresie pôsobivou. Vylúčenie zlého v podobe zvracania vedie pacienta k tomu, že sa cíti dobre. Avšak tento zostatkový pocit "dobra" nie je trvalý, pretože je skôr založený na rozpade, odmietaní a projekcii agresie ako na integrácii zla s dobrom.

## **Liečebný postup**

Najdôležitejším princípom pri liečbe bulímie je individualizácia liečebného postupu. Súbežné psychiatrické poruchy, akými sú depresia, poruchy osobnosti a užívanie drôg by mali byť súčasťou rozsiahleho liečebného postupu. "Sústredovacie liečebné programy" (Yager 1984), ktoré liečia rovnako všetkých bulimických pacientov, pomôžu iba zlomku z nich, kvôli neschopnosti rozpoznať a oceniť vlastnú rôznorodosť bulimickej populácie. Približne jedna tretina všetkých bulimických pacientov predstavuje relatívne zdravú podskupinu, ktorá bude dobre reagovať na časovo-limitovaný prístup, ktorý zahŕňa krátku kognitívno-behaviorálnu terapiu a psychoedukačný program (Johnson a Connors 1987; Johnson et al. 1989). Takéto podporné skupiny ako Anonymní nadmerní konzumenti potravy (OA) môžu tiež podporovať túto podskupinu pacientov bez ďalšej liečby. Napriek tomu, ak sú bulimickí pacienti, ktorí sú liečení kognitívno-behaviorálnou terapiou a AD sledovaní viac ako 2 roky, 16-50% sú naďalej diagnostikovaní na bulímiu nervosu a 9-37% trpia príležitostnými epizódami záchvatového prejedania a vylučovania (Ilsu 1991).

Napriek tomu, že dynamické postupy nemusia byť určené alebo potrebné pre všetkých pacientov, môžu prospievať väčšine. Medzi tými, ktorí nereagujú, sú až dve tretiny, môžu byť borderline poruchy osobnosti (Johnson et al. 1989), iní môžu mať iné poruchy osobnosti alebo príznačnú depresiu. Títo pacienti zvyčajne vyžadujú dlhodobú, expresívne-supportívnu psychoterapiu a často tiež potrebujú psychofarmakologické zakročenie. Veľa pacientov tiež zle znáša behaviorálny prístup k symptómom (Yager 1984). Zameranie na pacientkine verejné správanie a pritom zanedbávanie jej vnútorného sveta môže zhrnúť pacientkinu skúsenosť, keď vyrastala pri rodičoch, ktorí sa viac sústredili na povrch ako na podstatu. Yager (1984) konštatoval, že až 50% všetkých bulimických pacientov je nespokojných s behaviorálnymi technikami. Niektorí pacienti dokonca budú mať úlohu písať si denník o stravovacích návykoch, pretože môžu vidieť problémy príjmu potravy ako symptomatické z viacerých podstatných porúch. Liečenie, ktoré nespája záujmy pacienta a systém dôvery je určené k neúspechu (Yager 1984).

Naviac, efektívne prístupy správania, či už pri sexuálnych poruchách alebo poruchách príjmu potravy, vyžadujú pevnú terapeutickú alianciu. Johnson et al. (1987) zistil, že symptomatické riadenie bulímie z kognitívno-behaviorálnej perspektívy závisí od silného terapeutického spojenia a že analýza prenosu uľahčuje rozvoj a udržanie spojenia. V ich modeli, jeden terapeut plní obe role (napr. posilnenie symptómovej kontroly a analýza prenosu, ktorá zasahuje do následných techník správania).

Bulímia môže byť životu nebezpečná. Môže dôjsť k poruche elektrolytickej rovnováhy, zástave srdca. Monitoring chémie srdca by mal byť preto časťou manažmentu ambulantnej liečby týchto

pacientov, s hospitalizáciou ako rezervným východiskom. Nemocničné liečenie musí sledovať individuálny obsahový plán liečby, okrem toho musí zaistiť kontrolu symptómu cez zamknutie kúpeľní, včlenenie normálneho stravovacieho režimu, poskytnutie psychoedukačnej asistencie od diétného pracovníka a povzbudenie pri písaní denníka. Hospitalizácia často poskytuje terapeutovi príležitosť lepšie pochopiť pacientove vnútorné objektívne vzťahy, a teda uľahčuje náročnejšie diagnostické chápanie a presnejší liečebný postup:

Slečna AA bola 19-ročnou vysokoškôľáčkou so zmiešanými bulimickými a anorektickými symptómami. Bola hospitalizovaná potom, čo sa nepohodla so svojím psychoterapeutom a úplne stratila kontrolu nad svojím záchvatovým prejedaním sa a vyprázdňovaním. Jej rodičia, ktorí boli dosť pobúrení jej správaním, ju priviedli do nemocnice, pretože boli zúfalí z toho, že ju museli nútiť, aby riadne jedla. Počas prvého týždňa jej hospitalizácie, slečna AA informovala oš. lekárku, že sa chystala zostať ľahostajnou a chladnou, pretože nechcela opäť spolupracovať s lekárom, lebo by sa znova sklamala. Okamžite jej nasadili pravidelnú stravu a skupinové stretnutia, ale pacientka odmietla chodiť na stravu a stretávať sa so skupinou. Tvrdila, že je schopná diéty iba, ak bude jesť, keď bude ona chcieť a to, čo ona bude chcieť. Poznamenala oš. lekárke, že jej hmotnosť zostávala nezmenená, takže nebolo potrebné starať sa o ňu.

Ošetrujúci personál bol čoraz viac podráždený kvôli jej úplnému odmietnutiu spolupracovať. Čím bola tvrdohlavejšia a odmietavejšia, tým viac trval personál na dodržiavaní štruktúry liečebného programu. Na jednom stretnutí personálu oš. lekárka spozorovala, že pacientke sa podarilo zrekapitulovať jej rodinnú situáciu. Presadzovaním toho, že ona sama by mala mať kontrolu nad svojou diétou, provokovala ostatných, aby sa pokúšali kontrolovať ju v jedení. Potom sa mohla cítiť prenasledovaná stálou kontrolou nad sebou, práve tak, ako bola prenasledovaná jej rodičmi.

Oš. lekárka poukázala na to, že AA sa pokúšala provokovať ošetr. personál k znovunavodeniu jej rodinnej situácie. Požiadala ju, aby uvažovala o tom, čo by mohla získať z toho znovunavodenia.

O tri dni neskôr povedala lekárovi, že si hromadila lieky a ostré predmety v zamykateľnej zásuvke nemocničnej izby, aby sa mohla pokúsiť spáchať samovraždu. Povedala, že sa rozhodla povedať to oš. lekárke, pretože skutočne nechce zomrieť. Takisto naznačila, že je pre ňu hrozne ťažké rozprávať lekárovi o svojich pocitoch, lebo verí, že zostane nekontrolovateľne závislou a stratí zmysel pre vlastné ja. Bola si istá, že závislosť na doktorovi povedie k tomu, že bude zneužívaná a bude sa s ňou zle zaobchádzať viac podľa lekárových potrieb ako potrieb jej samotného liečenia.

Táto informácia pomohla nemocničnému personálu porozumieť odmietaniu liečby štruktúry slečnou AA. Tým, že slečna AA odmietala spolupracovať, sa pokúšala vytvoriť zmysel vlastnej nezávislosti od požiadaviek a očakávaní iných. Spolupráca s ošetrovateľským personálom a jej ošetrujúcou lekárkou prinášali risk, že sa pacientka stane len púhym predĺžením iných, ako to bolo predtým v jej rodine. Akonáhle táto zásadná obava vyšla na povrch, personál dovolil slečne AA, aby mohla "viac povedať" do jej stravovacieho programu. Bola schopná ďalej pokračovať v spolupráci s ošetrovateľským personálom a potom sa zúčastňovať programu, ktorý bol pre obe strany prijateľný.

Avšak práve keď sa zdalo, že slečna AA sa zlepšuje, ošetrujúca lekárka dostala domov telefonát práve vo chvíli, keď sa v jej rodine rozbaľovali vianočné darčeky. Volala ošetrujúca sestra, že slečna AA sa tajne dostala dovnútra a vzala veľké množstvo laxatív a má celý deň hnačku. Lekárka cítila nutnosť ísť do nemocnice, aby videla pacientku. O dva dni neskôr, keď bola slečna AA zdravotne stabilná, oš. lekárka ju postavila pred problém transferenčného nepriateľstva ktoré je spojené s jej prejímaním (vyprázdňovaním sa), potom sa zmienila o tom, že možno slečna AA chcela lekárke pokaziť Vianoce. Hoci pacientka dobromyselne poprela takúto možnosť, lekárka musela potlačiť silný hnev na slečnu AA za to, že jej konanie bolo časovo naplánované. Postupne

svitlo, že počin purgácie umožnil pacientke vypudiť jej vlastnú agresivitu. Dôsledkom toho nemohla súhlasiť s lekárkou interpretáciou, že jej počin bol nepriateľský. Avšak lekárkou hnev podnietil projektívnu identifikáciu, pričom lekárka nevedome slúžila ako prekážka pacientkinho projektívneho hnevu.

Hoci tento prípad vykresluje vzdorujúcejšiu pacientku s okrajovými osobnostnými poruchami ako časť klinického obrazu, prenos, protiprenos nie sú atypickým príkladom toho s čím sa jednotliví terapeuti pri týchto pacientoch stretávajú. Často sú terapeuti provokovaní k tomu, aby prijali "zlo", ktoré sa pacientka snaží vypudiť. Taktiež môžu pociťovať, že sú "povracaní", keď pacientka opakovane na nich "pluje späť" všetky terapeutické snaženia. Rekapitulácia rodinného vzoru pri nemocničnej liečbe alebo individuálnej psychoterapii pomáha klinikovi pochopiť pacientkinu úlohu v rámci rodinného systému. Pretože bulímia je tak často časťou homeostatickej rovnováhy v rodine, rodinná terapia alebo rodinná intervencia v spolupráci s individuálnou terapiou je často potrebná. Ignorovaním rodinného systému terapeut riskuje, že pacientkinu zlepšenie bude strašnou hrozbou pre ostatných členov rodiny. Obranné reakcie k tejto hrozbe môžu zahrnúť zákerné ničenie liečenia bulimických pacientiek alebo vývoj vážnej dysfunkcie u ďalšieho člena rodiny. Záujem rodiny o chorobu bulimickej pacientky je treba rešpektovať a rodičia musia mať pocit, že sú podržaní a uznávaní, aby nesabotovali liečebný proces (Humphrey a Stern 1988).

Dynamická skupinová psychoterapia môže byť tiež užitočným doplnkovým liečením. Narastajúca empirická literatúra svedčí o účinnosti skupinovej psychoterapie pre pacientov s bulímiou nervosou (Harper-Ginffre et al. 1992; Liedtke et al. 1991; Mitchel et al. 1990). V prehľade osemnástich rôznych správ o tejto modalite s bulimickými pacientami pri ambulantnom umiestení Oesterhelp et al. (1987) našiel dôvod pre obozretný optimizmus. Dospelo sa ku konsenzu, že skupinová psychoterapia účinne znížila bulimické symptómy v priemere o 70%. Avšak tieto údaje sú nafúknuté, pretože väčšina štúdií vylúčila zo svojich kalkulácií odpadlíkov. Pomer odpadlíkov mal tendenciu byť vysoký, aj keď väčšina skupín vylúčila pacientov s borderline poruchou osobnosti a inou patológiou. Takisto chýbali dlhodobé kontrolné údaje. Zdalo sa, že skupinoví terapeuti súhlasili, viac ako individuálni terapeuti, že stála remisia si vyžaduje tak porozumenie ako aj kontrolu symptómov.

Súhrnom, indikáciou pre dynamický prístup k bulímii nervose je nedostatočná citlivosť na časovo limitované psychoedukačné a kognitívno-behaviorálne metódy. Tak ako aj pri anorexii nervosa, individuálna psychoterapia expresívno-supportívneho pôvodu je základným kameňom liečenia. Garfinkel a Goldbloom (1993) nedávno spravili prehľad odbornej literatúry o terapii bulímie a zistili, že hoci mnoho terapeutických prístupov je účinných, ešte stále chýba presvedčivý dôkaz, ktorý by podporil špecifickosť akejkoľvek špeciálnej terapeutickkej modality.

Zasahovanie rodiny vo forme podpory, výchovy a prípadne rodinná terapia sú tiež všeobecne potrebné, aby sa potvrdila platnosť individuálnej terapie. V spojitosti s ostatnými prístupmi sú vyžadované niektoré formy symptómovej kontroly. Krátkodobá hospitalizácia, podporné skupiny ako napr. OA, a skupinová psychoterapia môžu pomôcť pacientovi pri kontrole symptómov. Niektorí individuálni psychoterapeuti tiež považujú kontrolu symptómov za časť liečebného procesu. Závažná podskupina bulimických pacientov s impulzívnou patológiou, samovražednými tendenciami a sklonsmi ku život-ohrozujúcim elektrolytickým poruchám bude vyžadovať psychoterapiu v kontexte dlhobohoj hospitalizácie. Títo pacienti sa vzpierajú najstarostlivejším snahám liečiteľov o štrukturovanie ich životov. Zdá sa, že sú zameraní seba-deštruktívnym smerom, ktorý môže byť skutočne katastrofálnym bez rozsiahleho nemocničného liečenia.

# DEMENCIA A OSTATNÉ KOGNITÍVNE PORUCHY

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Jela Abelová, TN)

*"Je chybou snažiť sa rozlišovať medzi takzvanými organickými a funkčnými ochoreniami, čo sa týka symptomatológie a terapie. V oboch prípadoch sa stretáme s abnormálnym fungovaním toho istého psychofyzického aparátu a so snahou organizmu vyrovnáť sa s tým. Ak poruchy - či už sú spôsobené poškodením mozgu alebo psychologickým konfliktom - nezmiznú spontánne alebo sa nedajú terapeuticky odstrániť, organizmus sa musí adaptovať na nový spôsob života. Našou úlohou je pomôcť pacientom s týmto prispôbením sa pomocou fyzických a psychologických prostriedkov. Proces a cieľ terapie sú v oboch prípadoch v princípe tie isté."*

*Kurt Goldstein (1952)*

V tomto klasickom prehlásení nám Goldstein pripomína fundamentálne prepojenie medzi psychológiou a biológiou. V tradičnom odlíšení medzi organickými a funkčnými syndrómami je psychológia irelevantná pri organických poruchách a biológia pri funkčných. Pretože pojem "organický" všeobecne znamená prítomnosť aktuálneho anatomického porušenia neuronálnych a gliových štruktúr, odosielajú niektorí psychiatri takýchto pacientov priamo k neurológovi. Najmä dynamickí psychiatri môžu považovať pacientov so štrukturálnym porušením mozgu za neprístupných psychoterapeutickej intervencii. Dynamický klinik však môže pacientovi s kognitívnou poruchou veľmi pomôcť.

DSM III-R (Americká psychiatrická asociácia 1987) bola pacientom so štrukturálnym poškodením mozgu priradovaná diagnóza organický psychosyndróm (organický mentálny syndróm). V DSM-IV (APS 1994) bol tento termín nahradený pojmami ako delírium, demencia, amnestické a iné kognitívne poruchy, pretože sa stále ukazuje, že termín "organický" je už prežitý. S narastajúcimi znalosťami o fungovaní CNS rozdelenie psychiatrických porúch na "organické" a "neorganické" postupne stráca na význame. Hovoriť o takých psychiatrických poruchách ako schizofrénia alebo bipolárna afektívna porucha ako o "neorganických" či "funkčných" by popieralo ich biologický substrát. Okrem toho sa zostavovatelia DSM-IV obávajú, že rozlišovanie na organické a neorganické poruchy by podporovalo stigmatizáciu pacientov so psychiatrickými ochoreniami, tým, že by to mohlo naznačovať, že pre psychiatrické choroby neexistuje biologický podklad.

Psychodynamické chápanie kognitívnych porúch sa datuje od roku 1925, kedy Hollos a Ferenczi publikovali svoju seminárnu prácu na tému všeobecná paréza (on general paresis). Spozorovali, že poškodenie mozgového tkaniva spúšťa proces psychologickéj regresie, ktorý má za úlohu udržať sebaúctu pacienta. Pacient regreduje do skorších vývojových štádií, v ktorých ešte nie sú ego funkcie plne vyvinuté. V tomto regredovanom stave môže pacient poprieť svoje nedostatky, pretože na tom vývojovom stupni, ego funkcie, ktoré má on narušené, nie sú potrebné.

Stav, ktorý postihuje mozog, postihuje aj myseľ. Osobnosť je konečným dôsledkom komplexných fungovaní kortikálnych (a aj subkortikálnych) štruktúr. Psychodynamické faktory u porúch, spôsobených poškodením mozgu, môžeme rozobrať tak, že poruchy rozdelíme na tie, ktoré sú prítomné už od narodenia, a na tie, ktoré sú spôsobené počas života. Čo sa týka porúch prítomných už pri narodení, pri nich je psychológia každej vývojovej fázy tvarovaná pacientovými neuroanatomickými nedostatkami. Pri poruchách vyskytujúcich sa počas neskoršieho života nebol pacientov vývoj postihnutý dysfunkciou nervového tkaniva, takže hlavným problémom je prispôbiť sa tomu, že pacient stratil doterajšiu úroveň fungovania.

## Stavy prítomné už od narodenia:

### Ľahká mozgová dysfunkcia u dospelých (Adult Minimal Brain Dysfunction)

Geneticko-konštitučné a perinatálne príčiny mozgového poškodenia hrajú kľúčovú úlohu v každej vývojovej fáze života. Hoci sa istú dobu verilo, že deti môžu zo syndrómu ľahkej mozgovej dysfunkcie či poruchy pozornosti vyrásť, dnes je jasné, že isté reziduálne problémy môžu pretrvávať až do dospelosti, aj keď sú možno skryté. Klinik by mal byť obozretný, keď sa stretne s pacientom, ktorému nezaberá tradičná psychiatrická či psychologická liečba, s pacientom, ktorý nebol nikdy schopný naplniť očakávania rodičov a učiteľov, ktorý v živote prežil opakované frustrácie, problémy s priestorovou orientáciou (napr. sa niekde stratil, alebo má problémy rozlišovať medzi ľavou a pravou stranou), je afektívne labilný, nepokojný, často mení zamestnanie.

Pacienti, ktorí vyrastajú s ľahkou mozgovou dysfunkciou, majú často niekoľko menších deficitov, ktoré sa dajú rozdeliť podľa špecifických ego funkcií. Najčastejšie postihnutými schopnosťami ega sú primárne autonómne funkcie (ako vnímanie, pamäť, motorické schopnosti). Postihnutá býva ďalej schopnosť kontrolovať impulzy a afekty, čo sa prejavuje ako časté výbuchy afektov, slabá tolerancia frustrácie. Schopnosť myslieť abstraktne je tiež znížená. Býva narušený zmysel pre realitu, čo sa prejavuje priestorovou dezorientáciou, problémom rozlišovať medzi pravou a ľavou stranou. A pretože títo pacienti trpia poškodením synteticko-integratívneho fungovania, môžu mať problémy zjednotiť protichodné myšlienky či pocity do jedného celku.

### *Psychodynamické chápanie*

Aby sme pochopili dospelých pacientov s kongenitálnymi formami mozgového poškodenia, musíme brať do úvahy to, aký dopad má narušený neurálny substrát na normálny vývoj. Rastúce dieťa denne bojuje s napätím medzi pudmi a afektami na jednej strane a kontrolou zo strany mozgovej kôry na strane druhej. Keď chýba normálne fungujúca kôra, nátlak pudov je oveľa ťažšie ovládateľný.

Vývoj self závisí od vzájomnej súdržnosti medzi matkou a dieťaťom, medzi ktorými sa utvára empatické puto. Kojenci so štrukturálne podmienenou kognitívnou poruchou nie sú schopní dostatočne vnímať či integrovať afektívne signály od matky. Keď dieťa nereaguje na matku tak, ako to ona očakáva, môže sa matka stať úzkostnou, a tak bude do svojho vzťahu s dieťaťom vnášať napätie. Pre rodičov môže byť dieťa, ktoré reaguje abnormálne alebo je inak poškodené, hlbokým narcistickým zranením. Rodičia sa môžu dieťaťu štítiť a vnášať pocit rozčarovania do všetkých interakcií s dieťaťom, čo vedie k narušeniu sebavedomia dieťaťa. Na druhej strane sa môžu rodičia stať hyperprotektívnymi. Ako deti rastú, nedokážu naplniť rodičovské očakávania, čo vedie k ďalším pocitom zlyhania. Takéto deti nemajú dostatočnú kontrolu nad impulzami, čo vedie k zvyšovaniu rodičovských zákazov, rodičia sú úzkostliví, vzniká pocit, že separácia od rodiča je nebezpečná. Pretože tieto deti sú často neschopné odhadnúť súvislosť medzi príčinou a následkom, nespájajú to, že sa im druhí vyhýbajú, so svojím správaním, z čoho vznikajú pocity nespravodlivosti a bezmocnosti.

Niektorí jednotlivci dokážu kompenzovať svoje neuropsychologické defekty tak, že sa im podarí vyniknúť v inej oblasti. Známym príkladom je Thomas Edison, ktorý trpel poruchami učenia. Ak sa však takáto kompenzácia nepodarí, mladý človek sa môže začať vyhýbať nadmernej frustrácii a stane sa z neho delikvent. Namiesto toho, aby bojoval s pocitom hanby a poníženia, pretože napriek snahe nedokáže naplniť očakávania druhých, prisvojí si postoj pohrdania voči hodnotám rodičov,

učiteľov a celekovo voči spoločnosti. Členstvo v gangu môže uspokojiť jeho potrebu po uznaní a sile.

## **Terapia**

Terapeutický nihilizmus voči pacientom s poškodeným mozgom je neopodstatnený. Podľa Lewisa nie je pravdivý názor, že človeku s narušeným mozgom nemôže pomôcť psychoterapia. Vypracovanie terapeutického prístupu k pacientom s vážnejšími kognitívnymi deficitmi vyžaduje podrobné poznanie toho, ako môžu tieto deficity ovplyvniť pacientovu schopnosť pozitívne využiť psychoterapiu. Lewis opísal prípad pacientky, ktorá od detstva trpela poruchou pamäti, čo jej znemožňovalo vybaviť si upokojujúci obraz terapeuta. Nebola schopná udržať kontinuitu medzi hodinovými sedeniami, ktoré mávala dvakrát za týždeň. Pomohlo je to, že sa termín sedení zmenil na polhodinu každý pracovný deň. Dokázala si už zapamätať výzor a hlas terapeuta, čo jej pomohlo efektívnejšie využiť terapeutický proces.

Životný príbeh takýchto pacientov charakterizuje opakované nepochopenie zo strany druhých, počínajúc rodičmi. Druhí ľudia nechápu podstatu či rozsah ich kognitívnych ohraničení a opakovane od týchto ľudí očakávajú viac, než môžu dokázať. Niektorí terapeuti preto navrhli v takýchto prípadoch používať metódy self psychológie. Pracuje sa so zážitkami self fragmentácie, ktoré sú spojené s nedostatkom zrkadlenia od druhých. Terapeut slúži ako selfobjekt, ktorý pomáha pacientovi smútiť, pomáha mu pri budovaní kohéznejšieho self a povzbudzuje proces sebaodpúšťania.

Keď je hlavnou črtou klinického obrazu neschopnosť kontrolovať svoje správanie, je indikovaná hospitalizácia. Konvenčná psychiatrická liečba sa u týchto pacientov ukázala ako neefektívna. Diagnostikom dosť často unikne organická dimenzia, pretože je subtílna a viac floridne sú príznaky poruchy osobnosti. U klinikov, ktorí predpokladajú, že celá symptomatológia sa vzťahuje k charakterovej patológii, môže vzniknúť protiprenosová frustrácia vtedy, keď pacienti reagujú na terapiu nedostatočnou pozornosťou, zlou pamäťou a podobne. S nárastom terapeutovej nespokojnosti a iritácie pacient stále viac a viac cíti, že zlyháva, a tak sa opakujú zážitky, aké mal v minulosti s rodičmi, učiteľmi či zamestnancami.

Vysoké očakávania zo strany terapeutov a rodičov prispievajú u týchto pacientov k ich začarovanému kruhu. Pretože nedokážu podľa takýchto vysokých očakávaní žiť, klesá ich sebavedomie a rastie ich frustrácia, čo vedie k zvýšenej náchylnosti k afektívnym explóziám. To vedie k ďalšej negatívnej väzbe zo strany rodičov, čo ešte viac nahlodáva ich sebavedomie. Diagnóza ľahkej mozgovej dysfunkcie pôsobí sama o sebe terapeuticky a títo pacienti na ňu vo všeobecnosti reagujú úľavou. Diagnóza tiež vedie k zníženým očakávaniam zo strany rodičov i klinikov. Následkom toho je začarovaný kruh prerušený a pacientovo sebavedomie sa rozvíja, rastie pocit, že dokážu lepšie zvládať svoje výbuchy a vytráca sa u nich pocit, že stále len zlyhávajú.

### *Kazuistika*

Pán BB, 20-ročný slobodný muž, bol hospitalizovaný pre opakované výbuchy emócií, ktoré viedli k fyzickým konfliktom so spolupracovníkmi. Pacientov otec, majiteľ prosperujúcej továrne, poskytol svojmu synovi zamestnanie, pretože sa mu pre neho nepodarilo nájsť žiadne iné vhodné miesto. V práci sa na pána BB pozerali ako na „šéfovho syna“. Najmenšie náražky na to, že ho jeho otec v práci uprednostňuje, vyvolávali u pána BB výbuchy agresie. Pri prijíme otec jasne naznačil, že má syna už po krk. Vymenoval dlhý zoznam synových neschopností - od zlého školského prospechu, cez športové neúspechy až k „lenivosti“, prejavujúcej sa neschopnosťou nájsť si prácu. Keď toto všetko pán BB počúval, mal sklonenú hlavu a vyzeral veľmi zranený najmä vtedy, keď ho otec porovnával s jeho starším bratom, ktorý práve dosiahol titul.

Na oddelni sa pán BB správal k druhým odmerane, jeho občasné výbuchy vyzerali akoby vznikli z ničoho nič. V jednom z typických prípadov sa vracal z pracovnej terapie, keď zrazu začal sácať druhého pacienta, ktorý kráčal vedľa neho. S nenávisným pohľadom ho sotil na zem, schmatol mu z vrecka peňaženku a vyhodil ju na strechu nemocnice. Na nasledujúcom skupinovom stretnutí spolupacienti a personál rozoberali incident a poukazovali hlavne na to, že vznikol bez príčiny. S predstieranou odvahou pán BB tvrdil, že ten pacient ho vyprovokoval, pretože si z neho uťahoval. Trval na tom, že jeho útok bol oprávnený. Výsledkom tohoto a ostatných incidentov bolo to, že sa ostatní pacienti a aj niektorí členovia personálu začali cítiť byť pánom BB ohrození.

Výbuchy pána BB viedli k jeho ďalšej izolácii od komunity ostatných pacientov. Väčšinu času bol zatvorený vo svojej izbe, aby nebol provokovaný a aby boli ostatní pacienti ochránení. Na jednom zo sedení so svojim psychiatrom jeho obranná fasáda ustúpila pred inými pocitmi. Povedal, že po každej epizóde, kedy stratil nad sebou kontrolu, sa cítil ako idiot. Povedal, že vôbec nevie, prečo vtedy napadol svojho spolupacienta, keď sa vracali z pracovnej terapie. Psychiater sa ho spýtal, čo sa stalo počas tej pracovnej terapie. Odpovedal, že mal urobiť drevenú misku. Na otázku, či sa mu to podarilo, odpovedal: „Ako vždy, pokazil som to...“. Psychiater sa ho spýtal, či ten útok na spolupacienta nemohol byť spôsobom, akým sa vysporiadaval so svojou frustráciou. Pán BB potvrdil, že to asi tak bolo a dodal, že by urobil čokoľvek, len aby zabránil takým výbuchom v budúcnosti, avšak je pesimista a myslí, že žiadna liečba mu nepomôže. Celý život bojuje s týmito výbuchmi a pochybuje, že by sa dali zvládať.

Detailné neuropsychiatrické vyšetrenie prinieslo nasledujúce fakty:

- 1) problémy s učením od základnej až po strednú školu
- 2) problém s rozlišovaním pravej a ľavej strany
- 3) hyperaktivita v detstve, poruchy pozornosti
- 4) mierny deficit v percepcii pri neuropsychologickom teste

EEG počas 24 hodinovej spánkovej deprivácie bolo úplne normálne, žiadne abnormality v temporálnom laloku sa nepreukázali, výsledky CT boli tiež negatívne.

Empiricky bol nasadený karbamazepín, počas liečby sa znížila frekvencia a intenzita epizód nekontrolovateľného správania. Jadrom terapie však bolo to, že bol pánovi BB a jeho rodičom vysvetlený lekársky nález. Rodičia spočiatku nemohli pripustiť to, že by ich syn mal od narodenia mierne poškodenie mozgu, potom im však neuropsychológ podrobne vysvetlil výsledky testov. Ich hnev a frustrácia zo syna postupne ustupovali a postupne si začali uvedomovať to, že ich syn má určité obmedzenia. Stanovenie diagnózy pomohlo rodičom zmeniť ich očakávania od synovej budúcnosti. Psychiater vysvetlil, že nižší stimulačný prah vedie u pána BB k nadmernej stimulácii v prítomnosti viacerých ľudí. Otec mu preto vybavil také zamestnanie, pri ktorom pracoval samostatne.

Pán BB priaznivo reagoval na znížené požiadavky zo strany svojich rodičov, povedal, že cíti, akoby sa „nátlak stratil“. Nové zamestnanie ho uspokojovalo. Hoci zostal sociálne izolovaný, narástlo jeho sebavedomie, viaka tomu, že sa mu podarilo zvládať svoje výbuchy, a preto, že dokázal dobre fungovať vo svojom zamestnaní.

Pán D., 59-ročný protestantský duchovný, má 4-ročnú anamnézu deteoriácie mentálnych funkcií. Jeho spolucirkevníci si všimli na ňom apatiu a lajdáctvo vo vykonávaní jeho povolania. Cirkevné bulletiny boli ledabolo organizované a nevykonával si poriadne svoje záväzky voči farníkom. Jeho žena si všimla, že často zabúdala splniť najjednoduchšie úlohy, hnevala sa na neho, že počuje iba to, čo sám chce. Priviedla ho k psychiatrovi s ponosom, že jednoducho už nie je ten, čo býval. Pán D. sa priznal k tomu, že sa cíti, akoby sa s ním niečo dialo, ale nevedel to presne určiť, okrem toho, že už mu pamäť neslúži tak, ako kedysi. Pani D. sa sťažovala, že ich manželský vzťah upadá, pretože manžel už nespĺňal jej potreby tak, ako v minulosti.



Vyšetrenie odhalilo problémy s novopamäťou a poëítaním a minimálne problémy s orientáciou v čase. Ukázali sa aj známky mentálnej inercie, pretože nebol schopný prejsť z jednej úlohy na druhú, pokiaľ nemal časový limit. Diagnostické štúdie vylúčili demenciu spôsobenú traumou, infekciou, neoplazmou, hydrocefalom, či autoimúnnymi, hematologickými, vaskulárnymi a toxickými faktormi. Negatívne bolo aj CCT, rtg a EEG vyšetrenie. Neurologické vyšetrenie prinieslo tieto výsledky:

- 1) ľahký až stredný deficit v manuálnej zručnosti
- 2) ľahký až stredný deficit v perceptuálnom fungovaní
- 3) ľahký až stredný deficit novopamäte
- 4) difúznou organickú dysfunkciu, typickú pre progresívne neurologické ochorenie
- 5) pokles pozornosti.

Po zdiagnostikovaní bola konštatovaná demencia neznámeho pôvodu a diagnostický nález lekár vysvetlil pacientovi a jeho žene. Keď pani D. prijala manželove mozgové poškodenie, bola schopná znížiť svoje požiadavky voči nemu. Snažila sa o nový prístup k nemu. Na psychiatrovi radu začala rozprávať pomalšie a opakovala vety, ktoré zrejme nezaregistroval. Už ju neiritoval, čo viedlo medzi nimi k pozitívnejším interakciám a k zvýšeniu sebavedomia pána D.

Pán D. bol vždy poriadkumilovný človek s obsedantne-kompulzívnymi črtami osobnosti. Aby sa vysporiadal s tým, že jeho intelektuálne funkcie klesajú, začal čítať Bibliu 2-3 hodiny denne, aby si zlepšil svoje fungovanie v kostole. Návšteva u psychiatra mu pomohla efektívne zvládnuť svoj obsedantný charakter. Každé ráno si spolu so ženou napísal denný rozvrh a začal pri sebe nosiť zápisník a zapisoval si, čo mu druhí povedali, aby vedel, čo má urobiť.

Jeho sebavedomie záležalo na jeho fungovaní v kostole a neschopnosť robiť tam ďalej by bolo pre neho hlbokou narcistickou ranou. Najskôr protestoval, keď mu psychiater navrhol, aby zmenšil svoje zodpovednosti. Potom však súhlasil s tým, že bude mať pomocníka, aby mohol pokračovať v službe cirkvi a nebol vystavený pre neho nemožným úlohám. Pomocník zostavoval nedelňý bulletin a pán D. ho tlačil na tlačiarňi, a tak sa stále cítil užitočným a zachoval si určitý stupeň sebavedomia. Tým, že sa vyhol úlohám, ktoré boli nad jeho schopnosti, vyhol sa tiež ďalším narcistickým zraneniam.

Prípád pána D. ilustruje niekoľko užitočných princípov dynamického prístupu k demencii:

- 1) venovať pozornosť sebavedomiu
- 2) odhadnúť charakteristické obranné mechanizmy
- 3) nájsť spôsoby, ako nahradiť defektné ego funkcie a kognitívne obmedzenia - napr. to, že si pacient začne robiť poznámky a viesť kalendár
- 4) treba pomôcť rodinným príslušníkom vyvinúť nové spôsoby správania sa k pacientovi.

Hoci tieto opatrenia nezabránia konečnej deteriorácii sporej s demenciou Alzheimerového typu, ich výsledkom je zlepšenie kvality života. Nakoniec sú centrom starostlivosti rodinní členovia, pretože sa potýkajú s hnevom, vinou, smútkom, vyčerpaním. Preto by pri Alzheimerovej demencii mala byť využitá rodinná dynamická terapia (Lansky 1984). Rodinní príslušníci často obviňujú seba a druhých. Konečnou úlohou je prijať smrť.

**PSYCHODYNAMIC PSYCHIATRY**  
**IN CLINICAL PRACTICE**  
**THE DSM-IV EDITION**

**Section III**

**Dynamic Approaches to Axis II Disorders**

**Glen O. GABBARD, M. D.**

## **OBSAH:**

### **Dynamic Approaches to Axis II Disorders**

14. Cluster A Personality Disorders: Paranoid, Schizoid, and Schizotypal
15. Cluster B Personality Disorders: Borderline
16. Cluster B Personality Disorders: Narcissistic
17. Cluster B Personality Disorders: Antisocial
18. Cluster B Personality Disorders: Hysterical and Histrionic
19. Cluster C Personality Disorders: Obsessive-Compulsive, Avoidant, and Dependent

# PORUCHY OSOBNOSTI - PODSKUPINA A: PARANOIDNÁ, SCHIZOIDNÁ A SCHIZOTYPOVÁ PORUCHA OSOBNOSTI

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Poláková Angelika, TN)

## Paranoidná porucha osobnosti (PPO)

Paranoidné myslenie samo o sebe nie je patologické. Podľa opisu v kapitole 2 je paranoidno-schizoidný stav základnou platformou organizovania skúseností, ktorý pretrváva v ľudskej psyché počas celého životného cyklu. Na tejto platforme sú nebezpečné alebo neprijemné myšlienky a pocity disociované a projikované smerom von a pripísané ostatným. Táto platforma býva prístupná pri rôznorodých spoločenských udalostiach, ako sú politické konvencie, športové udalosti a inštitucionálna dynamika. Pri istých historických križovatkách boli celé kultúry ovládané paranoidným myslením, ako napríklad v časoch honov na čarodejnice, či v období McCarthyovskej éry v tomto storočí.

Paranoidná porucha osobnosti je však samostatná patologická entita, ktorá je nezávislá na kultúrnych faktoroch a nie je to dočasný stav, vyplývajúci zo spojitosti skupinovej dynamiky. Zahŕňa pervazívny spôsob myslenia, cítenia a správania sa k ostatným, ktorý je výnimočne strnulý a nemenný. Títo jednotlivci žijú v paranoidno-schizoidnom stave. Diagnostické kritérium zahŕňa sedem obecných čŕt. Pre stanovenie diagnózy (viď. tabuľku 14-1) musia byť prítomné minimálne 4. Navyiac, pacientove podozrievavé domnienky nesmú byť bludné a musia sa objaviť nezávisle od psychotickej diagnózy, ako je schizofrénia alebo bludová porucha, na osi I.

Aby sa obmedzilo prekryvanie s inými poruchami, boli v kritériách DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) vykonané menšie zmeny. Napríklad, položka A (6), definícia "Vníma útoky na svoj charakter či reputáciu, ktoré nie sú ostatným zjavné a reaguje rýchlo a protiútokom", objasňuje, že hnev sa objavuje skôr ako odvrata za útoky zvonka, než ako výbuch, motivovaný čisto vnútornými otázkami.

Rovnako pri väčšine osobnostných porúch sú kľúčové črty paranoidnej poruchy osobnosti ego-syntónne. Paranoidných pacientov na liečenie často privádzajú rodinní príslušníci a kolegovia, ktorí už majú plné zuby ich neustálych tvrdení a obvinení. Napríklad vedúci pracovníci zvyknú dávať ultimátum - buď sa bude zamestnanec liečiť, alebo si môže hľadať novú prácu. Partner, unavený z obvinení z nevery ho môže pod hrozbou rozvodu primäť k liečeniu. Dokonca aj keď paranoidní pacienti podstúpia liečenie dobrovoľne, zvyčajne nepripúšťajú, že by mohli byť psychicky narušení. Nimi predkladané problémy sa krútia okolo toho, ako s nimi ostatní zle zaobchádzajú a zrádzajú ich.

### Tabuľka 14-1 DSM-IV kritériá pre PPO

**A.** Prenikavá nedôvera a podozrievanie iných z toho, že ich motívy sú zlomyseľné, začína v ranej dospelosti a je prítomná v najrôznejších kontextoch, tak ako to je naznačené v 4 alebo viacerých z nasledujúcich kritérií:

1. Človek podozrieva, bez dostatočného základu, že ho ostatní zneužívajú, škodia mu alebo ho podvádzajú.

2. Neustále sa zamestnáva neoprávnenými pochybnosťami o loajálnosti a dôveryhodnosti priateľov a známych.

3. Bráni sa zdôverovaniu ostatným kvôli neopodstatnenému strachu, že tieto informácie budú proti nemu zlomyselne zneužit.

4. Bezvýznamným poznámkam a udalostiam priraduje skryté ponižujúce a ohrozujúce významy.

5. Neustále je plný nevraživosti, neodpúšťa urážky, zranenia, podcenenia.

6. Vníma útoky na svoj charakter či reputáciu, ktoré nie sú ostatným zjavné a reaguje rýchlo a protiútokom.

7. Rekurentne a bez vysvetlenia podozrieva druhu či sexuálneho partnera z nevery.

**B.** Neobjavuje sa exkluzívne počas priebehu schizofrénie, náladovej poruchy s psychotickými črtami alebo inej psychotickej poruchy a nie je spôsobená priamymi psychologickými efektami všeobecného zdravotného stavu.

Pozn.: Ak kritériá zodpovedajú pred nástupom schizofrénie pridaj "premorbidný", napríklad "paranoidná porucha osobnosti, premorbidná".

Zdroj: DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Diagnostické kritériá odrážajú spôsob myslenia, ktorý môže byť konceptualizovaný ako výrazne paranoidný kognitívny štýl (Shapiro 1965). Tento štýl je charakteristický neustálym striehnutím po skrytých významoch, po kľúčoch k odhaleniu "pravdy", ktorá sa skrýva za vonkajšou hodnotou situácie. Samozrejme, povrchné a očividné ledva zakrývajú realitu. Tento neustály prieskum zahŕňa intenzívnu hyperostrážitosť, dopĺňanú obozretnosťou súvisiacou s takýmto kontinuálnym pozorným monitoringom. Paranoidný jednotlivec neustále pozoruje svoje okolie a hľadá hocičo čo sa vymyká normálu - je to spôsob myslenia, ktorý si vyberá svoju daň na fyzickom a emočnom napätí. Paranoidný pacient jednoducho nie je schopný relaxovať.

Paranoidné myslenie je rovnako charakteristické nedostatkom flexibility. Ani ten najpresvedčivejší argument nebude mať vplyv na strnulé a neotrasiteľné presvedčenie paranoidnej osoby. V skutočnosti sa osoby, ktoré sa pokúsia argumentovať osobe s paranoidnou poruchou osobnosti, sami stanú terčom podozrenia. Myslenie paranoidnej osoby sa líši od myslenia paranoidno-schizofrénnej osoby v tom, že nie je bludové. V skutočnosti pacienti s PPO majú zvyčajne pozoruhodne presné vnímanie okolia. Ich úsudok na základe týchto vnemov býva však vo všeobecnosti narušený. Samotná realita nie je narušená; skôr význam očividnej reality je zle chápaný (Shapiro 1965). Tento charakteristický kognitívny štýl sa môže zložito diagnostikovať, pretože paranoidný jednotlivec je zvyčajne málovravný a obozretný. V skutočnosti dokonca projektívne testovanie môže paranoidného jednotlivca identifikovať ako viac menej normálneho, ktorý je jednoducho inhibovaný.

## **Psychodynamika paranoidnej poruchy osobnosti**

Pochopenie charakteristiky paranoidno-schizoidného stavu je základom pre pochopenie paranoidného pacienta. Ako sme poznamenali v kapitole 2, disociácia je centrálnym obranným mechanizmom na tejto základnej platforme organizovania skúseností. Pocity lásky a nenávisti voči tej istej osobe sa musia od seba oddeliť. Hociaký krok smerom k integrácii vytvára netolerovateľnú úzkosť, ktorá pramení zo strachu, že nenávisť premôže a zničí lásku. Z hľadiska paranoidného pacienta, emočné prežitie si vyžaduje, aby pacient disocioval všetko "zlo" a projektoval ho na

vonkajšie predstavy. Jednou z manifestácií tohoto defenzívneho manévru je, že normálny vnútorný svet agresora a obeť je transformovaný na životný zážitok, v ktorom je paranoidný pacient neustále v roli obeť voči vonkajším agresorom a prenasledovateľom. Pohľad aký majú paranoidní pacienti na svet teda zmiernuje ich vnútorné napätie medzi introjektami. Ak je paranoidný pacient nútený reinternovať to, čo už bolo projektované, zvýšené vnútorné napätie vyústi do zvýšenej rigidity a defenzívnosti (Shapiro 1965).

Inou charakteristikou paranoidno-schizoidného stavu je fakt, že pacientove skúsenosti z ostatných vzťahov sú diskontinuálne; žiadny vzťah nie je vnímaný ako časom pretrvávajúci. Pacient má skôr vnímanie momentu. Pacienti trpiaci paranoidnou poruchou osobnosti pristupujú ku každému vzťahu s presvedčením, že ten druhý sa v konečnom dôsledku "pošmykne" a potvrdí ich podozrenia. Pri paranoidno-schizoidnej platforme existencie pacient žije v stave neustálej úzkosti pochádzajúcej z presvedčenia, že svet je zaľudnený nedôveryhodnými a nevyspytateľnými cudzincami (Ogden 1986). Dokonca aj keď stabilný a nápomocný terapeut pracuje s paranoidným pacientom dlhý čas, stane sa, že banálne nedorozumenie spôsobí to, že pacient úplne zavrhnú dovedajšie správanie sa terapeuta a s neochvejným presvedčením začne pociťovať, že terapeut je nedôveryhodný. "Odhalil pravú tvár" terapeuta. Dobré skúsenosti s človekom môžu teda byť úplne negované súčasnou situáciou.

Self sa pri paranoidno-schizoidnej platforme skúseností nevyvíja úplne. Skúsenosť self sa prirovnáva ku súčasnej skúsenosti. Neexistuje tu interpretujúci predmet, aby sprostredkoval medzi symbolom a symbolizovaným (napríklad medzi vnemami a myšlienkami a pocitmi z týchto vnemov) (Ogden 1986). Skúsenosť sa doslova berie za jej nominálnu hodnotu. Pacienti s paranoidnou poruchou osobnosti nie sú schopní uvažovať spôsobom "Vyzerá to tak, ako keby mi ten druhý chcel ublížiť". Namiesto toho vedia, že druhá osoba je plná zlomyseľných zámerov. Podobne pri prenosovej skúsenosti s terapeutom, paranoidný pacient nie je schopný povedať, "Cítim, že na vás reagujem tak isto ako keby ste boli rovnako sadistický ako bol môj otec". Pacient terapeuta jednoducho vníma ako sadistu. Pocity nie sú osobným výtvorom pacienta, ale skôr záležitosti sami o sebe. Keď si pacienti rozvinú sprostredkovateľské ja, ktoré je schopné interpretovať presne a myslieť symbolicky v intenciách "ako keby", dosiahli stav depresie (Ogden 1986).

Projekcia a projektívna identifikácia sú dva kľúčové obranné mechanizmy paranoidnej poruchy osobnosti. Projekcia nahradzuje vonkajšiu hrozbu vnútornou; projektívna identifikácia ide o krok ďalej. Navyše k externalizovaniu hrozieb projektívna identifikácia "ovláda" osoby v okolí tým, že ich spája s paranoidným človekom maximálne patologickým spôsobom. Túžba ovládať ostatných odráža hrozivo nízku sebaúctu v jadre paranoje (Meissner 1986). Hlboko vo svojom vnútri sa paranoidný pacient cíti menejcenný, slabý, neúspešný. Z toho plynie, že grandióznosť, či zmysel pre "výnimočnosť", často u týchto pacientov badateľný, je možné chápať ako kompenzačnú obranu, ktorá kryje pocity menejcennosti.

Nízka sebaúcta v jadre paranoidnej poruchy osobnosti vedie týchto ľudí k tomu, aby si rozvinuli intenzívny zmysel pre prispôsobenie sa otázkam týkajúcich sa triedy a moci. Značne sa obávajú, že osoby v polohe autority ich ponížia alebo budú od nich očakávať, že budú submisívni (Shapiro 1965). Ako všadeprítomné sa vnímajú hrozby voči ich autonómii. Z medziľudských vzťahov majú opakovaný strach, že vyústia do podriadenia sa vonkajšej kontrole; boja sa, že ktokoľvek, kto sa snaží dostať do ich blízkosti, sa tajne snaží prebrať kontrolu. Tento strach môže preniknúť ako strach z pasívnych homosexuálnych impulzov, pôvodne opísaný

Freudom (1911/1958) v prípade psychoticky narušeného sudcu Schrebera. Nie všetci paranoidní pacienti však majú strach z pasívnych homosexuálnych impulzov. Otvorená homosexualita a paranoidná porucha osobnosti môže a často aj existuje u toho istého človeka. Dôležitejšie je, že títo pacienti sa obávajú každého pasívneho podľahnutia na všetky impulzy a všetkým ľuďom (Shapiro 1965).

Úspešné liečenie poskytne obraz toho, čo leží pod projektívnym systémom: dobrá dávka depresie (Meissner 1976) a diametrálne odlišné seba-reprezentácie. S unikátnym, povolaným, grandióznym ja koexistuje slabý, bezcenný a podradný profajšok. Akhtar (1990) systematicky skúmal tieto koexistujúce seba-reprezentácie a nasledovne ich charakterizoval: "Navonok sú paranoidní jednotlivci požadovační, arogantní, nedôverčiví, ujetí, neormantickí, moralizujúci a nesmierne ostražití smerom k okoliu. Vnútorne sú však bojazliví, plachí, pochybujúci o sebe, naivní, ľahkovážni, ľahko podľahnú erotománii, kognitívne neschopní vnímať celkovosť aktuálnych udalostí. Terapeuti, ktorí sú si vedomí tejto inej dimenzie paranoidnej osobnosti, môžu jednoduchšie empatizovať s týmito zložitými pacientami.

Pre paranoidných pacientov je charakteristické vývinové zlyhanie dosiahnuť objektívnu stálosť, ktorá organizuje väčšinu ich správania a myslenia (Blum 1981; Auchincloss a Weiss 1992). Pretože si nemôžu udržať puto lásky s vnútornou reprezentáciou objektu, sú presvedčení, že vzťahy lásky sú nebezpečné a nestabilné. Aby sa vedel vysporiadať s hrôzami spojenými s nestálosťou objektu, produkuje paranoidný pacient fantázie konkrétnej a magickej spojitosti s objektom (Auchincloss a Weiss 1992). Paranoidní jednotlivci si vo vzťahoch kladú podmienky buď alebo. Buď objekt ich pozornosti na nich neustále myslí, alebo je k nim emočne indiferentný - myšlienka pre paranoidného pacienta netolerovateľná. Tento súbor úzkostí týkajúci sa indiferentnosti a spojitosti je do veľkej miery zodpovedný za ochotu paranoidných pacientov obmedziť svoju slobodu do služieb cítienia konkrétneho a magického spojenia s objektom.

## Prístupy k terapii

Paranoidní pacienti z dôvodu svojej podozrievavosti zvyčajne neprospeievajú v skupinovej terapii. Úsilie o terapiu sa musí odohrať v kontexte individuálnej terapie, napriek vysokým nárokom voči individuálnemu terapeutovi. Ako sme už poznamenali, títo pacienti často začínajú terapiu pod určitým vonkajším tlakom a je pre nich nesmierne náročné niekomu dôverovať. Prvým krokom v psychoterapii vo svetle týchto prekážok by malo byť vytvorenie terapeutického spojenectva. Tento proces je sťažený tendenciou paranoidných pacientov evokovať u druhých defenzívne reakcie. Terapeuti nie sú výnimkou, tu je príklad:

Pacient: Som na vás skutočne nahnevaný, pretože v čakárni už sedím pol hodinu. Povedali ste mi, že tu mám dnes byť o 9.30.

Terapeut: To nie je pravda. Povedal som o desiatej.

Pacient: Povedali ste o 9.30.

Terapeut: (hlasnejšie a naliehavejšie) Povedal som o desiatej. Zapísal som si to do diára.

Pacient: Snažite sa ma podviesť! Nechcete si priznať, že ste sa mýlili, a preto sa ma snažíte presvedčiť, že ja som ten, čo sa mýli.

Terapeut: (stále hlasnejšie) Ak by som sa mýlil, tak si to priznám. Skôr naopak, myslím si že vy ste ten, čo si neprizná, že sa mýli, a snažíte sa to hodiť na mňa!

Pacient: Ja sa ďalej obťažovať nenechám. Nájdem si iného terapeuta!

Tento zľahka karikaturizovaný rozhovor ilustruje projektívny identifikačný cyklus, ktorý je výnimočne bežný u paranoidných pacientov. Pacient sa správa k terapeutovi ako k prenasledujúcemu zlému objektu. Terapeut sa cíti byť tlačný do defenzívy a končí podaním interpretácie, ktorá sa snaží vnútiť projekciu späť na pacienta. Pacient reaguje tým, že sa cíti byť napadnutý, nepochopený a podvedený. Aby sme sa vyhli tomuto eskalačnému cyklu, terapeut sa musí vcítiť (empatizovať) do pacientovej potreby projekcie ako prostriedku emočného prežitia. Terapeut musí byť ochotný slúžiť ako kontajner pre pocity nenávisti, zloby, neschopnosti a zúfalosti (Epstein 1984). Mnohí terapeuti majú silný protiprenosový odpor akceptovať zodpovednosť za zlyhanie liečby; prirodzene sa stanú defenzívnymi, keď ich pacienti obvinia z neschopnosti. Priznaním nízkej sebaúcty, ktorá vytvára potrebu vidieť chyby o druhých, terapeuti sa môžu vcítiť do pohľadu pacientov a vážne sa zaoberať spôsobmi na zefektívnenie terapie. Defenzia je tiež prirodzená reakcia na obvinenie z nečestnosti. Avšak defenzívnosť sa môže interpretovať ako potvrdenie toho, že terapeut má čo skrývať. Zďaleka najlepšia politika na paranoidných pacientov je otvorenosť. Ak sa správajú podozrievavo voči terapeutovým poznámkam a záznamom, potom je najlepšie, ak sa s nimi terapeuti o ne podelia a tak ich použijú ako terapeutickú interpretáciu. Utajovanie poznámok jednoducho podnieti ďalšiu paranoiu.

Počas psychoterapie, najmä počas raných fáz vytvárania spojenectva, sa musí terapeut vyvarovať toho, aby reagoval defenzívne - ako všetci ostatní v pacientovom okolí. Terapeut by nemal napádať pacientovu konštrukciu udalostí alebo pacientove vnímanie terapeuta, ktoré môže byť akokoľvek negatívne. Mal by sa maximálne pýtať na detaily a mal by sa vcítiť do pacientových pocitov a vnemov. Terapeut musí predovšetkým odolať častým protiprenosovým tendenciám zbaviť sa neželaných projekcií tým, že ich vnúti späť pacientovi cez nezrelé interpretácie (Epstien 1979). Ako sa ukázalo v predchádzajúcom príklade, takéto interpretácie jednoducho potvrdia vnem z terapeuta, že sa veľmi sústreďuje na útočenie na pacienta. Rovnaká situácia sa dá zvládnuť úplne ináč, použitím týchto princípov:

Pacient: Som na vás skutočne nahnevaný, pretože v čakárni už sedím pol hodinu. Povedali ste mi, že tu mám dnes byť o 9.30.

Terapeut: Moment či vám správne rozumiem. Vy ste náš dohovor pochopili tak, že ste ma mali dnes navštíviť o 9.30 namiesto o 10.00?

Pacient: Povedali ste o 9.30.

Terapeut: Potom celkom rozumiem tomu, prečo ste na mňa tak nahnevaný. Takmer každého to nahnevá, ak má na niekoho čakať 30 minút.

Pacient: Takže pripúšťate, že ste ma pozvali na 9.30?

Terapeut: Ak mám byť úprimný, nepamätám si, že som to povedal, ale rád si vypočujem vaše rozprávanie toho, čo si pamätáte z nášho rozhovoru a čo vo vás zanechalo takýto dojem.

Podľa tohoto scenára terapeut nedefenzívne akceptuje obvinenie bez toho, aby priznal nejakú vinu. Terapeut obsiahne pacientovu projekciu a snaží sa zistiť viac informácií o tom, ako vznikla. Tým, že je ochotný koketovať s možnosťou, že vskutku pomýlil pacienta, terapeut ohodnotí pacientov vnem ako legitímny a hodný ďalšej diskusie. Nakoniec terapeut sa nesnaží vrátiť to, čo bolo projektované vo forme interpretácie.

Terapeuti musia empatizovať s tendenciou pacientov byť obozretní. V



obozretnosti je istá adaptívna kvalita; paranoidní pacienti, ktorí extenzívne rozprávajú o svojich vnemoch, si často odcudzajú iných. Terapeuti, ktorí dovoľia periódy ticha a zovretosti namiesto intruzívneho kladenia otázok, môžu pacientovi pomôcť trochu sa otvoriť. Iným spôsobom na vytvorenie aliancie je sústrediť sa na pacientov stav napätia, ktoré je sekundárne voči neobvyklej ostražitosti, ktorá je nevyhnutná na udržiavanie paranoidného kognitívneho spôsobu. Pripomienky typu: "vaše nervy musia byť na dranc", alebo "musíte byť po tom všetkom vyčerpaný", pomôžu pacientovi cítiť pochopenie. Keď je pacient ochotný rozprávať, terapeut by mal podporovať elaboráciu, ktorá môže odhaliť to, čo predchádzalo terajšej stresovej situácii (Meissner 1976).

Protiprenosová podráždenosť a nepokoj sa môžu rozvinúť vtedy, keď títo pacienti opisujú to, ako iní na nich neustále myslia a neustále sledujú ich správanie. Terapeuti možno budú musieť odrážať túžby konfrontovať grandióznosť a podryť predstavu, že pacient je centrom univerza. Terapeutovi, ktorý bojuje s protiprenosom, môže byť nápomocné ocenenie defenzívnej funkcie tohoto vnemu v medziach jeho úlohy v udržiavaní spojenosti (connectedness). Predčasné napadnutie paranoidnej konštrukcie magickej spojenosti (connectedness) preruší akékoľvek zdanie vznikajúceho terapeutického spojenectva. Časom môže byť strach z nezáujmu a túžba po pocite spojenosti s ostatnými jemne interpretovaná s cieľom ustanoviť väčšiu stálosť objektu (Auchincloss a Weiss 1992).

Celkový cieľ psychoterapeutickej práce s paranoidnými pacientami je pomôcť im zmeniť ich vnemy pôvodu ich problémov z vonkajšieho zdroja na vnútorný. Túto zmenu môže sledovať iba neunáhlený rozvrh, ktorý je unikátny pre každého pacienta. Terapeut musí zničiť opakované prívaly obvinení a podozrení bez podráždenia alebo zúfania. Ako sa pacient viac otvára, terapeut môže začať označovať pacientove pocity, a tak mu pomôcť rozlišovať medzi emóciami a realitou (Meissner 1976). Terapeuti tiež môžu pomôcť ich pacientom definovať medzery v ich vedomostiach. Napríklad, terapeut sa môže spýtať: "Povedal vám váš šéf, že vás nenávidí?". Keď pacient odpovie na otázku negatívne, terapeut môže stručne poznamenať o pacientovej obmedzenej znalosti šéfových pocitov. Slová na takéto otázky musia byť taktne a neutrálne vyberané, aby sa nestalo, že sa nekoordinovane zaútočí na pacientov pohľad na svet. Terapeut nesmie zaujať postoj za a proti, mal by iba poukázať, že je dôležité mať viac informácií (Meissner 1976).

Počas celého procesu psychoterapie má terapeut pocity skôr potláčať, než podľa nich konať. Toto potlačenie dá pacientovi nový objektový vzťah, ktorý bude od tých predošlých odlišný. Táto odlišná skúsenosť sa v konečnom dôsledku časom zvnútorňuje. Tento vzťahový model zmeny je doplnený postupnými zmenami v myslení. Kľúčom pre takéto pacientov je zaoberať sa "kreatívnou pochybnosťou" (Meissner 1986) o ich vnemoch sveta. Ako sa pacienti posúvajú z paranoidno-schizoidnej platformy smerom k depresívnym elementom vo vnútri, začnú zažívať taký zmysel ja, ktoré vie sprostredkovať a interpretovať skúsenosti. Veci sa môžu stať "ako keby" boli nejaké skôr ako sú skutočne nejaké. Pacienti môžu tiež ponúknuť dlhšie pohľady do ich pocitov nehodnosti a menejcennosti tak, že depresívne elementy môžu byť vypracované cez presun. Za najoptimálnejších okolností môžu títo pacienti odhaliť túžbu po akceptovaní, láske a blízkosti, ktorá je asociovaná s ich frustráciou a sklamaním s predošlými postavami v ich životoch (Meissner 1976). Ako výsledok, môžu začať proces trúchlenia nad týmito spojeniami.

## Prevenca násilia

Hoci pacienti, ktorí trpia širokou škálou psychiatrických porúch môžu byť násilníci, paranoidní pacienti predstavujú mimoriadnu hrozbu pre psychiatrov. Pochopenie dynamiky paranoje môže pomôcť odvrátiť útok. Psychiatri by mali myslieť na niekoľko princípov zvládania situácie, aby zabránili eskalácii agresie:

1. Urobte všetko možné, aby si pacient udržal svoju tvár. Jadrom paranoje je nízka sebaúcta, takže psychiatri by mali empatizovať s pacientovými skúsenosťami a nemali by sa zameriavať na pravdu o tom, čo pacient hovorí. Vo frekventovanej dennej klinike lekár po prvom stretnutí podozrieval pacienta, že nevravel pravdu o svojej súčasnej životnej situácii. Povedal pacientovi, že si ide telefonicky overiť jeho tvrdenia v hostinci, kde pacient údajne býval. V momente, keď sa lekár načiahol do zásuvky po telefónny zoznam, pacient mu vrazil päšťou do tváre. Tento nešťastný incident vedie priamo k druhému hlavnému princípu prevencie násilia.

2. Vyhnite sa vyvolávaniu ďalšieho podozrenia. Kvôli základnej nedôvere týchto pacientov všetky intervencie musia byť tak prispôsobené, aby ďalej nezvyšovali paranoju. Každý pohyb má byť pomaly a starostlivo vysvetlený. Pohyby samotné by sa mali odohrať pomaly a s jasným výhľadom. Napríklad môžete povedať: "Teraz sa načiahnem na stôl a vyberiem si môj plán návštev, aby ste vedeli, kedy máme ďalšie stretnutie". Takisto by ste sa mali vyhnúť prílišnému priateľstvu voči týmto pacientom, pretože takéto správanie je v príkrom kontraste s ich zvyčajnými skúsenosťami a to jednoducho zvýši ich podozrenie.

3. Pomôžte pacientovi udržať pocit kontroly. Kontrola je mimoriadne dôležitá pre paranoidných pacientov, ktorí sa boja straty kontroly rovnako ako sa toho bojí terapeut. Terapeut sa musí za každú cenu vyhnúť panike. Terapeut, ktorý prejaví strach, že pacient stratí nad sebou kontrolu, iba zvýši pacientov vlastný strach zo straty kontroly. Značná časť úzkosti paranoidných pacientov pramení zo strachu, že ostatní sa budú snažiť mať kontrolu; preto hocičo, čo môže terapeut spraviť, aby naznačil rešpekt pre pacientovu autonómiu, pomôže znížiť ich obavu z pasívneho podľahnutia. Intervencie by mali uznať ich právo na vlastný pohľad na situáciu. Napríklad terapeut môže takému pacientovi povedať: "Myslím si, že máte právo na vaše pocity z tejto situácie podľa toho, čo ste prežili, a rešpektujem vaše právo na tieto pocity".

4. Vždy podporujte pacientov skôr vo verbalizácii, než v násilnom konaní z hnevu. Privedťe ich k čo najdetailnejšej diskusii o ich hneve. Podporujte uvažovanie o logických konsekvenciách z násilného správania. Ak je to možné, ponúknite konštruktívne alternatívy na násilie, aby títo pacienti začali vidieť, že sú aj iné možnosti. Podporovanie hnevu ako legitímnej reakcie neznamená uznanie agresívneho konania. Terapeut, ktorý sa cíti bezprostredne ohrozený, sa smie pokúsiť pretlmočiť túto hrozbu do slov. Keď jeden psychiater vycítil, že pacient bol tesne pred výbuchom do násilia, povedal: "Zaujalo by ma, či sa náhodou necítite tak, že by ste ma udreli". Pacient súhlasne prikývol. Lekár pokračoval: "Možno ak sa trochu poprechádzame a vy mi poviete o vašich pocitoch, budete schopní vyhnúť sa konaniu z popudu týchto pocitov". Tento pokojný, faktický prístup pomohol pacientovi viac cítiť v rukách kontrolu, za čo sa lekárovi nakoniec poďakoval.

5. Vždy dajte paranoidným pacientom vzduch na dýchanie. Ich strach z pasívneho podľahnutia iným sa zvyšuje fyzickou blízkosťou. Vyhnite sa takému

usporiadaniu pracovne, kde by sa cítil ako v pasci. Násilní jedinci potrebujú väčšiu vzdialenosť od iných, aby sa cítili bezpečne (Kinzel 1971). Vyhnite sa príliš blízkeho sedeniu, ako aj dotyk, hoci akokoľvek banálnym spôsobom. Jedna paranoidná žena začala nosiť na terapeutické sedenia zbraň po tom, ako si terapeut vyžadoval objímať ju po každom sedení.

6. A konečne, buďte naladení na vlastný protiprenos, keď pracujete s násilnými jedincami (Felthous 1984). Popretie protiprenosu je bežné u nemocničného personálu ako aj u terapeutov, ktorí pracujú s paranoidnými jedincami. Zo strachu z potvrdenia ich najhorších obáv o pacientovom potenciáli pre násilie sa nespýtajú dôležité otázky. Personál musí priznať vlastný strach a potom sa musí vyhnúť situáciám ohrozenia s pacientami, ktorí sa v minulosti správali násilne. Terapeuti môžu tiež použiť protiprenosovú projekciu, dištancovať sa od vlastnej agresie a externalizovať ju na pacientov. Projektívna identifikácia môže vyprovokovať pacientov k násiliu, keď terapeuti vidia deštruktívnosť a agresiu len u svojich pacientov a nie u seba. Jedna štúdia skúmajúca prípady kedy paranoidní pacienti napadli psychiatrov (Madden et al. 1976) zistila, že 53% psychiatrov sa pred takýmto napadnutím, určitým spôsobom správalo provokatívne.

## Schizoidné a schizotypové poruchy osobnosti

Súbor A v osi II k paranoidnej poruche osobnosti priraduje ešte schizoidné a schizotypové poruchy osobnosti. Hoci sú to rozdielne entity, bude sa o nich hovoriť spoločne, pretože ich dynamické pochopenie a terapeutické prístupy sa podobajú. Pred DSM-III (APA 1980) sa medzi týmito dvomi poruchami osobnosti rozdiely nerobili. Tvorcovia DSM-III považovali schizoidnú poruchu osobnosti v DSM-II (APA 1968) za príliš široký pojem, preto ju rozdelili na tri subtypy: schizoidnú, avoidantnú a schizotypovú. Mnoho klinických lekárov neprijalo zavedenie avoidantnej poruchy osobnosti, pretože to bola málo používaná diagnóza bez klinickej tradície. Rozhodnutie rozlišovať medzi schizoidnou a avoidantnou poruchou sa zakladalo na Millonovom systéme klasifikácie (1969, 1981).

Tabuľka 14-2 DSM-IV kritériá pre schizoidnú poruchu osobnosti

**A.** Prenikavý vzor indiferentnosti voči sociálnym vzťahom a obmedzenou škálou výrazov emócií v interpersonálnom prostredí, ktorý sa začína prejavovať v ranej dospelosti a je prezentovaný škálou kontextov, ako ich indikujú štyri (al. viac) z nasledujúcich bodov:

1. Netúži, ani nepestuje úzke vzťahy, vrátane vlastnej rodiny.
2. Takmer vždy si volí samotárske aktivity.
3. Má veľmi slabý, ak vôbec nejaký záujem o sexuálne zážitky s inou osobou.
4. Teší sa z máloktovej aktivity, ak sa vôbec dokáže z niečoho potešiť.
5. Chýbajú mu blízki priatelia a dôvernici, iní ako prvostupňoví príbuzní.
6. Javí sa indiferentný voči chvále a kritike iných.
7. Ukazuje emočný chlad, neúčast', alebo sploštenú afektivitu.

**B.** Neobjavuje sa exkluzívne počas priebehu schizofrénie, náladovej poruchy s psychotickými črtami, inou psychotickou poruchou, prevládajúcou vývojovou poruchou a nie je spôsobená priamym fyziologickým efektom celkového zdravotného stavu.

Pozn.: Ak sú kritéria splnené pred nástupom schizofrénie, pridajte "premorbidny", napr. "schizoidná porucha osobnosti (premorbidna)".

#### Tabuľka 14-3 DSM-IV kritériá pre schizotypovú poruchu osobnosti

A. Prenikavý vzor sociálnych a interpersonálnych deficitov poznačený akútnou nepohodou s, resp. redukovanou kapacitou pre blízke vzťahy, ako aj kognitívne alebo vnemové poruchy a excentricnosti v správaní, ktorý sa začína prejavovať v ranej dospelosti a je prezentovaný škálou kontextov, ako ich indikujú štyri (al. viac) z nasledujúcich bodov:

1. Referenčné myšlienky (vynímajúc referenčné bludy).
2. Zvláštne presvedčenia alebo magické myslenie, ktoré ovplyvňuje správanie a je nekonzistentné so subkultúrnymi normami (napr. poverčivosť, viera v jasnovidectvo, telepatiu či šiesty zmysel; u detí a adolescentov bizardné fantázie alebo myšlienky).
3. Nezvyklé vnemové skúsenosti, vrátane telesných ilúzií.
4. Zvláštne myslenie a reč (napr. vágna, rozvláčna, metaforická, vypracovaná alebo stereotypná).
5. Podozrievavosť alebo paranoidná produkcia myšlienok.
6. Nemiestny alebo obmedzený afekt.
7. Správanie a vzhľad, ktoré sú nevhodné, excentrické alebo zvláštne.
8. Nedostatok blízkych priateľov alebo dôverníkov, iných ako prvostupňových príbuzných.

9. Excesívna sociálna úzkosť, ktorá nezmizne s familiárnosťou a má tendenciu k asociácii s paranoidnými strachmi skôr než s negatívnymi úsudkami o sebe.

B. Neobjavuje sa exkluzívne počas priebehu schizofrénie, náladovej poruchy s psychotickými črtami, inou psychotickou poruchou alebo prevládajúcou vývojovou poruchou.

Pozn.: Ak sú kritériá splnené pred nástupom schizofrénie, pridajte "premorbidny", napr. "schizotypová porucha osobnosti (premorbidna)".

Zdroj: DSM-IV (Americká psychiatrická asociácia 1994)

### Psychodynamické chápanie

Schizoidní a schizotypoví pacienti často žijú na okraji spoločnosti. Ľudia ich hanlivo volajú čudákmi, neprispôsobivcami, alebo sú jednoducho nechani napospas samotárskemu a excentrickému životu. Ich izolácia a anhedónia môže viesť ostatných k tomu, aby cítili voči nim ľútosť a snažili sa im pomôcť. Veľmi často to však vzdajú po viacnásobnom odmietnutí. Rodinní príslušníci môžu z rozčúlenia nútiť schizoidného príbuzného k liečeniu. Rodičia adolescentov a mladých dospelých privádzajú svojich potomkov k psychiatrovi často z obavy, že dostávajú málo zo života (Stone 1985). Mnohí schizoidní a schizotypoví pacienti prichádzajú na liečenie dobrovoľne kvôli ubíjajúcej samote.

Vnútorň svet schizoidného pacienta sa môže diametrálne líšiť od jeho vonkajšieho vzhľadu, bez nadsázky sú títo ľudia kľbkom protirečení. Akhtar (1987) rozdelil tieto protirečenia na očividné a ukryvané manifestácie: "Schizoidný jednotlivec je očividne nenaviazaný, sebestačný, roztržitý, bez záujmu, asexuálny a idiosynkraticky morálny, zakiaľ čo ukryte sú výnimočne citliví, emočné neukojení, veľmi ostražití, tvoriví, často perverzní, a náchylní na korupciu".

Tieto polarity neovplyvňujú vedomé a nevedomé črty osobnosti. Skôr sa dá povedať, že reprezentujú rozštiepenie alebo fragmentáciu self na rozdielne sebareprezentácie, ktoré ostávajú neintegrovane. Z psychodynamickej perspektívy označuje názov "schizoidný" toto fundamentálne rozdielne self. Výsledkom je difúzna identita - schizoidní pacienti nie sú si istí, kto vlastne sú, cítia sa zmietaní vysoko konfliktnými myšlienkami, pocitmi, želaniami a túžbami. Táto difúzia identity spôsobuje, že vytváranie vzťahov je problematické. Snáď najvypuklejšia črta schizoidných a schizotypových pacientov je ich očividná chladnosť k ostatným. Psychoanalytická práca s týmito pacientami vedie ku konštatovaniu, že bez debaty túžia po iných, ale že títo samotní vývojovo "zamrzli" v ranom štádiu tvorby príbuzenského vzťahu (Lawner 1985). Zdá sa, že si svoje rozhodnutie izolovať sa zakladajú na presvedčení, že ich zlyhanie dostať to, čo mal dostať od svojej matky, znamená, že sa už nikdy nemôžu pokúsiť niečo získať od iných dôležitých ľudí v živote (Nachmani 1984).

Veľa z pochopenia vnútorného sveta schizoidných pacientov sa odvíja z práce britských teoretikov objektívnych vzťahov. Balintov (1979) pohľad na týchto pacientov hovorí, že títo pacienti majú fundamentálny deficit vo svojej schopnosti vytvoriť vzťah - základný nedostatok spôsobený výraznou zanedbanosťou vo vzťahu matka-dieťa v ranom veku. Veril, že spomínané ťažkosti schizoidných pacientov vo vytváraní vzťahov pramenia z tohoto nedostatku kapacity viac ako z konfliktu (ako u neurotických pacientov). Fairbairn (1954), ktorý snáď najviac prispel k našemu pochopeniu schizoidných pacientov, vnímal schizoidný únik ako boranu pred konfliktom medzi želaním mať vzťahy a strachom, že jeho túžba by obmedzovala druhých. Dieťa, ktoré už od začiatku vníma matku akoby ho odmietala, sa niekedy stiahne z okolitého sveta. Túžba dieťaťa rastie, kým ju nezačne pociťovať ako neuspokojiteľnú. Dieťa sa bojí, že jeho nenásytnosť matku pohltí a nechá ho opäť samotného. Preto objekt, ktorý dieťa najviac potrebuje, sa môže zničiť jeho vlastnými inkorporatívnymi snahami. Fairbairn nazval túto obavu "Prelud Červenej čiapočky", na základe rozprávky, v ktorej dievčatko s hrôzou zistí, že jej babička zmizla a nechala ju samotnú s jej vlastnou orálnou nenásytnosťou - vo forme pažravého vlka.

Tak ako Červená čiapočka môže projikovať svoju nenásytnosť na vlka, deti môžu projikovať svoju vlastnú nenásytnosť na svoje matky, ktoré vnímajú ako hltavé a nebezpečné. Táto infantilná dilema časom pre schizoidných pacientov zamrzne. Najprv sa obávajú, že pohltnú iných svojou potrebou, a potom sa boja, že ich pohltnú iní. Táto fundamentálna dilema schizoidných pacientov im dáva mandát, že budú lavírovať medzi strachom z odohnania druhých svojou vlastnou túžbou na jednej strane a strachom že ich ostatní pohltnú, na strane druhej. Výsledkom je, že všetky vzťahy sú prežívané ako nebezpečné a treba sa im vyhýbať. Pretože rozhodnutie nezúčastniť sa vzťahu ho necháva prázdneho a osamelého, často sa objavuje "schizoidný kompromis" (Guntrip 1968), v ktorom pacient simultánne lipne na iných a odmieta ich.

Schizoidní pacienti žijú pod neustálou hrozbou opustenia, prenasledovania a disintegrácie (Appel 1974). Zobrať si niečo od niekoho iného môže spustiť intenzívnu túžbu pre závislosť a splynutie. Láska sa rovná splynutiu s niekým iným, so stratou identity a zničením toho druhého. Hoci sa práce Britskej školy sústredili na schizoidných pacientov, opis ktorý poskytl Balint, Guntrip a iní zodpovedá aj schizotypovým pacientom (Stone 1985).

Charakteristika úniku schizoidného pacienta z medzil'udských vzťahov môže slúžiť ako dôležitá vývojová funkcia. Winnicott (1963/1965) veril, že izolácia

schizoidného pacienta uchováva dôležitú autenticitu, ktorá je absolútne svätá pre vývoj pacientovho ja: "Existuje mierne pokročilé štádium v zdravom vývoji, v ktorom pacientova najdôležitejšia skúsenosť vo vzťahu k dobrému, resp. potenciálne uspokojivému objektu je jeho odmietnutie". Schizoidné stiahnutie sa je spôsob komunikácie so skutočným ja vo vnútri, namiesto obetovania toho, že autenticita k umelým interakciám s inými by viedla k falošnému ja. Winnicott nahodil, že všetci máme toto nekomunikujúce jadro, a že musíme rešpektovať právo - a túžbu - schizoidného pacienta byť nekomunikatívny. Obdobia extrémnej abstinencie a izolácie môžu pomôcť schizoidným jednotlivcom dotknúť sa tohoto odlúčeného ja, aby sa mohlo integrovať s ostatnými sebareprezentáciami (Eigen 1973).

Schizoidní pacienti, ktorí dovoľia svojim terapeutom mať prístup do ich vnútorného sveta, často odhalia všemocné fantázie. Tieto zvyčajne sprevádzajú rekluzívne aspekty ja, ku ktorým sa pacient utieka. Podobne ako aspekty skrytého ja, slúžia ako "svätyňa pred vystavením sa" (Grottstein 1977) odhaleniu krehkej sebaúcty a ako utíšenie strachu zo sebadisintegrácie. Podobne ako paranoidní pacienti, schizoidní pacienti majú všemocné fantázie, ktoré sa zvyšujú vo frekvencii v inverznom pomere k ich hladine sebaúcty (Nachmani 1984). Kvôli nedostatku dobrej vnútornej sebareprezentácie a reprezentácie objektu, ktoré by sa mali podieľať na úspechu vo vzťahoch alebo v kariére, schizoidní pacienti živia fantázie všemocnosti, aby obišli túto prácu a priamo dosiahli svoje grandiózne fantázie. Často cítia za ne hanbu a nechcú sa o ne s terapeutom podeliť, kým si vo vzťahu nie sú istí.

## Individuálna psychoterapia

Schizoidným a schizotypovým pacientom je možno pomôcť individuálnou expresívno-supportívnou terapiou, dynamickou skupinovú terapiou alebo kombináciou týchto dvoch. Pretože myšlienka na interakčné požiadavky skupinovej formácie zvyčajne vyvoláva značnú úzkosť, väčšine z týchto pacientov pomôže začatie s individuálnym procesom. Značné percento modernej literatúry na poli psychoterapie schizoidných a schizotypových porúch osobnosti naznačuje, že mechanizmus terapeutickej akcie je skôr internacionalizáciou terapeutického vzťahu ako interpretáciou konfliktu (Appel 1974, Gabbard 1989, Khan 1983, Nachmani 1984, Stone 1983, 1985, Winnicott 1963/1965).

Úlohou terapeuta je "roztopiť" pacientove zamrznuté vnútorné objektové vzťahy tým, že im ponúkne novú skúsenosť príbuznosti. Schizoidný štýl príbuznosti vzniká z neadekvátnosti v pacientových predošlých vzťahoch s rodičovskými postavami - čo Epstein v roku 1979 nazval primárne vývinové zlyhanie (maturational failure). Počas celého života, pacient evokoval podobné reakcie od ľudí z okolia, čím produkoval sekundárne vývinové zlyhanie. Inými slovami, schizoidný pacient môže prejsť životom dištancovaním sa od každého. Terapeut musí prísť na to, ako sa priblížiť k pacientovi vývinovo nápravným spôsobom (maturationally corrective way). Terapeuti sa nesmú od pacientov vzdialiť alebo sa im znepriatelieť ako všetci ostatní v ich živote.

Cieľ terapie - ponúknuť nový vzťah pre zvnútornenie (internationalization) je klamlivo priamy a jednoduchý. V skutočnosti táto stratégia nesie so sebou obrovské prekážky. Po prvé, ich základnou platformou existencie je bezvzťahovosť (nonrelatedness). Terapeut žiada pacienta, ktorý sa vyhýba vzťahom, aby sa pohol smerom k väčšej vzťahovosti a ako sa dalo čakať, jeho úsilie o vytvorenie nového modelu naráža na citový chlad a ticho.

Terapeuti, ktorí sa pokúšajú liečiť utiahnutého schizoidného pacienta, musia mať mimoriadnu trpezlivosť kvôli pomalému, boľavému procesu zvnútorňovania. Ich postoj musí akceptovať ticho pacienta. Ticho musia chápať viac ako púhy odpor - je to aj špecifická forma neverbálnej komunikácie, ktorá ponúkne základné informácie o pacientovi.

Počas dlhých období ticha musí terapeut cítiť, že vzťah stále existuje. Pacientovo správanie cez projektívnu identifikáciu evokuje isté reakcie u terapeuta, ktoré obsahujú hodnotné diagnostické informácie o pacientovom vnútornom svete (Gabbard 1989). Jeden pacient, ktorý dostával počas svojho detstva od svojho otca "tichú liečbu", prestal počas svojej terapie hovoriť. Jeho nevedomým zámerom bolo, aby naviedol terapeuta k tomu, aby cítil, čo pacient prežíval ako dieťa keď jeho otec "stíchol". Podobne teda, ako matka ktorá drží a spracúva elementy projektované na ňu od jej dieťaťa, terapeut musí obsiahnuť a modifikovať pacientove projekcie skôr než ich môže pacient reintrojektovať (reintroject).

S týmto modelom sú terapeutove emočné reakcie na pacienta, akokoľvek nenápadné, primárnym zdrojom informácií o pacientovi. Keď sa ticho predlžuje, terapeuti sa musia snažiť, aby nezačali obracať stoly a projektovať ich vlastné seba- a objektové reprezentácie na pacienta. Tento stav je nádherne zobrazený v dojemnom filme *Persona* režiséra Ingmana Bergmana, v ktorom sestrička lieči nemého pacienta. Po mnohých neúspešných pokusoch nechať pacienta prehovoriť začne byť sestrička frustrovaná a začne svoje aspekty projikovať na pacienta. V amoku začne s pacientom jednať ako so stelesnením jej vlastného vnútorného sveta (Gabbard 1989).

Tento model terapie vyžaduje od terapeutov, aby prijímali pacientove projekcie a aby monitorovali ich vlastné bez toho, aby začali konať v protiprenose. Keď chce terapeut od zúfalstva skončiť s pacientom, musia vnímať tieto pocity ako hocikto iný v procese a pokúsiť sa im porozumieť. Ako už bolo spomenuté v kapitole 4 v diskusii o psychoterapii, projektívne identifikácie sa dajú diagnostikovať a pochopiť iba po tom, ako bol terapeut "prinútený" hrať špecifickú rolu zoči voči pacientovi. Terapeuti musia v tichosti zaznamenávať interakcie, ktoré sa odohrávajú medzi ním a pacientom, a potom použiť tieto informácie na informovanie subsekventných interakcií. Ogden (1982) sumarizoval terapeutove úlohy v takých situáciách:

Perspektíva projektívnej identifikácie si jednak nevyžaduje ani nevylučuje použitie verbálnej interpretácie; terapeut sa pokúsi nájsť spôsob, akým sa rozprávať a pobývať s pacientom, ktorý konštituuje médium, cez ktoré môže terapeut akceptovať neintegrovateľné aspekty pacientovho vnútorného objektového sveta a vrátiť ich pacientovi vo forme, ktorú môže prijať a učiť sa z nej.

Rozhodnutie neinterpretovať môže byť vskutku terapeuticky najpotentnejšou stratégiou s týmito pacientami. Keď sa ticho interpretuje ako odpor, pacienti sa môžu cítiť zodpovední a ponížení kvôli ich neschopnosti komunikovať (Khan 1983, Nachmani 1984). Na druhej strane, vyhýbaním sa interpretácii a akceptovaním ticha, terapeut môže legitimizovať súkromné, nekomunikatívne jadro ja, ktoré spomína Winnicott (1963/1965). U istých pacientov musia terapeuti rešpektovať ich tiché ja. Môže to byť jediný schodný technický prístup k vytvoreniu terapeutickej aliancie (Gabbard 1989).

Terapeuti si veľmi cenia medzil'udskú vzťahovosť (relatedness). Chceme pre pacientov niečo znamenať. Akceptovanie tichej bezvzťahovosti je proti nášmu

tréningu a psychologickéj predispozícii. Naša prirodzená tendencia je zaťažiť pacientov očakávaním, že by mali byť iní než sú. Predovšetkým chceme, aby sa s nami pacienti rozprávali a mali vzťah. Toto očakávanie však znamená, že musíme pacienta primäť ku konfrontácii s veľkou bolesťou, ktorej sa vyhýbajú schizoidným únikom. Väčšie očakávania zo strany terapeuta paradoxne vedú pacienta k väčšiemu nezáujmu.

Istí pacienti zareagujú na túto tolerantnú, empatickú akceptanciu s väčšou otvorenosťou v terapeutickom vzťahu. Títo pacienti môžu začať hovoriť o skrytých aspektoch ja, v konečnom dôsledku ich integrovať do kohezívnejšieho zmyslu ja. Na začiatku psychoterapeutického procesu je ťažké predpovedať, ktorí pacienti budú z toho profitovať. Stone (1983), ktorý písal o schizotypových (hraničných schizofrenických) pacientoch naznačil, že tí, ktorí prospievajú trochu lepšie v psychoterapii, majú určité depresívne symptómy, respektíve istú kapacitu pre emočné teplo a empatiu. Nabádal terapeutov k väčšej ostražitosti pred nadmernými protiprenosovými očakávaniami, pretože sa dá očakávať iba obmedzený pokrok. Z pohľadu Stonea musia terapeuti tolerovať zarmucujúcu možnosť toho, že ich pacienti budú napredovať iba v oblastiach iných ako je vzťahovosť. Vo všeobecnosti pacienti s lepším fungovaním ega (okrem iného viac nedotknuté overovanie reality, lepší úsudok, menšie množstvá kognitívnych únikov) budú lepšie prospievať v terapii než pacienti s hlbšie narušenými funkciami ega. S týmito pacientami terapeuti budú musieť fungovať ako externé ego, podporne pomáhajúc pacientom s rozličnými úlohami ako overovanie reality, úsudok, a diferenciácia self-objektu. Stone (1985) rovnako podotkol, že schizofrenickí pacienti podobne ako schizotypoví potrebujú viac než expresívno-podpornú terapiu. Nižšie fungujúci schizotypoví pacienti tiež potrebujú tréning v sociálnych zručnostiach, reedukáciu, a rôznorodú sociálnu podporu. Medikácia je zriedkavo vhodná, pokiaľ pacient nemá psychotickú epizódu alebo afektívne symptómy sprievodnej poruchy Osi I.

## **Dynamická skupinová psychoterapia**

Vo všeobecnosti sú schizoidní pacienti primárnymi kandidátmi na dynamickú skupinovú psychoterapiu (Appel 1974, Azima 1983). Skupinová terapia má za cieľ pomôcť pacientom so socializáciou, čo je oblasť v ktorej trpia najviac. Je to zároveň usporiadanie, v ktorom sa môže do veľkej miery odohrať nové rodičovstvo. Pre mnohých schizoidných pacientov môžu ich spolupacienti v skupinovej terapii fungovať ako rekonštruovaná rodina, v konečnom dôsledku si ich môžu internacionalizovať, aby vyvážili ich negatívne a hrozivejšie vnútorné objekty (Appel 1974).

Takíto pacienti môžu značne profitovať z jednoduchého vystavenia sa ostatným. Niektorí schizoidní pacienti doslova nemajú žiadny sociálny kontakt mimo svojich terapeutických sedení. Keď sa začínajú cítiť akceptovaní a zisťujú, že ich najhoršie obavy sa neuskutočňujú, postupne sa cítia s ľuďmi pohodlne. V podobnom zmysle ako vyššie opísaný proces individuálnej terapie, reakcie ostatných členov skupiny môžu ponúknuť korektívnu skúsenosť, ktorá je v rozpore so všetkými predošlými skúsenosťami zo vzťahov. Medzi komplikácie so schizoidnými pacientami, ktoré vzniknú pri skupinovej terapii, patrí pocit krivdy od ostatných pacientov, ktorí "idú s kožou na trh", zatiaľ čo schizoidný pacient ostáva ticho. Tieto pocity môžu viesť k "spoločovaniu sa" aby prinútili schizoidného pacienta hovoriť. V



takýchto chvíľach musí terapeut podporiť schizoidného člena skupiny a pomôcť ostatným prijať, že musí byť ticho (Azima 1983). Ostatní pacienti môžu jednoducho ignorovať utiahnutého schizoidného pacienta a ísť ďalej, akoby tam ani nebol. V takýchto momentoch je terapeutovou úlohou priviesť pacienta do skupiny poukázajúc na to, ako sa situácia z vonka skupiny opakuje vo vnútri skupiny. Schizotypoví pacienti profitujú zo skupinovej terapie rovnako ako schizoidní, ale tí, ktorých správanie sa je bizarné alebo ktorých myslenie je psychotické sa môžu stať obetnými baránkami, pretože sa jednoducho príliš odlišujú od ostatných členov skupiny. Pre nich môže byť individuálna terapia preferovanou modalitou.

Kombinácia skupinovej a individuálnej terapie je ideálna pre mnohých schizoidných pacientov, pretože sociálne pole, ktorému čelia, sa môže vydiskutovať a spracovať s ich individuálnym psychoterapeutom. Veľké množstvo schizoidných pacientov však bude cítiť, že odporúčanie skupinovej terapie je ako "hodenie do jamy levovej". Môžu sa dokonca cítiť podvedení, keď im ju terapeut navrhne. Prepracovanie sa cez pacientove fantázie o tom, čo ho čaká v skupinovej terapii by malo byť predchádzajúcim krokom k jej odporúčaniam.

## Klinický prípad

Pán FF bol 23 ročný slobodný muž so schizoidnou poruchou osobnosti. Pracoval na nočné zmeny ako ošetrovateľ v domove a cez deň navštevoval miestnu univerzitu. Rád pracoval v noci, pretože bolo na neho kladených málo interpersonálnych požiadaviek. Jeho nadriadený často spal a teda mal čas čítať romány. Keď nespál, pán FF trávil čas aktívnym posilovaním. Potom zvykol nahýpózovať pred zrkadlom, napínať svaly a obdivovať sa. Toto pózovanie bolo sprevádzané bujnými fantáziami o tom, že sa stane olympijským víťazom desaťboja. Tiež si predstavoval, že keď dosiahne istú úroveň telesnej dokonalosti, bude prítiažlivý pre spolužiačku z vysokej školy, ku ktorej sa nevedel prinútiť prihovoriť.

Pána FF veľmi trápil fakt, že bol adoptovaný. Hovoril o tom s veľkou hanbou, ako keby to nejako odrážalo nejakú vrodenú vadu. Z jeho pohľadu skutočnosť, že ho biologická matka odmietla, bola signálom, že bol od narodenia tak neprítiažlivý, že by ho odmietla hociktorá matka, ktorej by sa narodil.

Podobne ako mnohí schizoidní mal aj pán FF sklon k perverznosti, ktorý mal formu exhibicionizmu. Vyhľadával situácie, v ktorých by ho ženy objavili nahého. Potom zahral prekvapenie a okamžite zmizol, aby sa vyhol perzekúcii. Sexuálne uspokojenie, ktoré z toho mal, ho viedlo k viac a viac riskantným dobrodružstvám. Raz vymenil na šatniach v telocvični mužské a ženské cedulky, aby ho ženy omylom vchádzajúce do mužskej šatne videli ako sa osprchovaný utiera.

Nakoniec prišiel na dennú kliniku, kde hľadal skupinovú terapiu. Obával sa, že sa mu exhibicionizmus vymkne z rúk a mohol by mať trestnoprávne dôsledky a bol už veľmi ubitý z osamelosti svojej existencie. Hľadal skupinovú psychoterapiu, pretože sa už dva roky pokúšal o individuálnu psychoterapiu, počas ktorej v podstate neprehovoril. Nakoniec ju po vzájomnej dohode s terapeutom ukončil. Mal aj silnú túžbu prekonať svoj strach z iných ľudí a veril, že mu v tom skupinová terapia pomôže.

Pán FF začal proces dynamickej skupinovej psychoterapie vo vysoko fungujúcej skupine zloženej z pacientov s rôznymi poruchami osobnosti. Pravidelne sa jej zúčastňoval, väčšinu diskusie však ticho presedel. Krok za krokom bol schopný odhaliť viac o sebe. Niečo ako prielom nastal, keď nazbieral dostatok odvahy na to,

aby oslovil spolužiačku, ktorá bola objektom jeho fantázií. Jedna pacientka sa ho spýtala: "Prečo sa jej nespýtaš? Si príťažlivý chlap". Bol dojatý, lebo to mu nikto ešte nepovedal.

Podpora a pozitívny feedback, ktorý dostal od ostatných členov skupiny, zvýšili jeho sebaúctu a dovolili mu hovoriť viac a otvorene. Keď bol nakoniec schopný hovoriť o svojom exhibicionizme, pocítil veľkú úľavu z toho, že sa nikto z tohoto odhalenia nevydesil.

Po niekoľkých rokoch skupinovej terapie sa jeho obavy zo vzťahov a sebarešpekt zvýšili natoľko, že bol schopný začať rozvíjať partnerský vzťah a rovnocenné priateľské vzťahy s mužmi. Epizódy exhibicionizmu sa postupne vytratili, hoci mali tendenciu sa objaviť keď mala skupina voľno a FF sa cítil byť sám bez terapeuta a spolupacientov.

Prípád pána FF ilustruje, ako je pri schizoidnej poruche osobnosti otvorená absencia objektových vzťahov sprevádzaná intenzívnymi fantáziami vzťahovosti a skrytými sexuálnymi fantáziami perverzného charakteru. Dlhé obdobia cvičenia sú tiež celkom bežné u schizoidných a schizotypových jednotlivcov. Fyzická aktivita tohoto druhu môže slúžiť na "spálenie" sexuálnej energie alebo, ako v prípade pána FF, môže byť spôsobom, ako si byvudovať sebavedomie fantazírovaním o tom, že na základe takéhoto úsilia bude pre iných atraktívnejší.

Hoci sa u schizoidných jednotlivcov vyskytuje škála perverzií, exhibicionizmus tu má významné miesto. Fairbairn (1954) pozoroval, že schizoidní jednotlivci často preceňujú svoje mentálne schopnosti, ktoré vnímajú ako veľmi vzácne. Boja sa zo seba niečo dávať, lebo by ich to mohlo ochudobniť o ich narcisticky cenné schopnosti. Ďalej poznamenal, že schizoidní pacienti bežne využívajú exhibicionizmus ako obranu pred strachom z dávania. Presnejšie povedané, "ukazovanie" je náhradou za "dávanie", pretože ten druhý výraz nesie so sebou strach zo straty niečoho cenného, zatiaľ čo prvý nie. Hoci exhibicionizmus bol v prípade FF otvorený, často sa objavuje v sublimovaných formách, ako sú napríklad pohybové umenia.

Skupinová psychoterapia ponúkla FF na internalizovanie nové vzťahy. Vzťahovosť so spolupacientami (a terapeutom) nepotvrdila jeho očakávania o tom, ako budú na neho ostatní reagovať. Neznepriatelil sa im, ale členovia skupiny ho prijali takého aký bol a potvrdili, že je ako osobnosť žiadaný. Z toho vyplýva, že zhodnotenie (validation) schizoidného pacienta inými pacientami v skupinovej terapii môže mať na neho mohutnejší vplyv ako podobné zhodnotenie individuálnym terapeutom. Schizoidný pacient môže odvrhnúť pozitívny postoj terapeuta ako postoj zameraný na terapeutický efekt - terapeut si "iba robí svoju robotu". Mnohí schizoidní a schizotypoví pacienti sú vzdorovejší voči terapii ako pán FF. Ako poznamenal Stone (1985), terapeuti musia rešpektovať túžbu pacientov byť iní a necítiť sa byť nútení ich transformovať na niekoho iného. Pri liečení schizoidných a schizotypových pacientov by sme všetci mali pamätať na túto Thoreauovu múdru myšlienku: "Keď niekto nevie držať krok s ostatnými, je to snáď preto, že počuje iného bubeníka. Nechajme ho kráčať podľa hudby, ktorú počuje, nech má už rytmus, aký chce" (Thoreau 1937/1950).

## BORDERLINE PORUCHA OSOBNOSTI (excerpt kapitoly pripravila MUDr. Daniela Hrtúsová, TN)

### **Poruchy osobnosti – podskupina B**

Borderline porucha osobnosti / BPO/ slúži ako referenčný bod pre celú podskupinu B porúch osobnosti.

Narcistická, antisociálna a histriónska porucha osobnosti sa často definuje podľa toho, čím sa líši od hraničnej poruchy osobnosti.

Navyše keď pojem borderline používame v širšom význame, všetky poruchy osobnosti v podskupine B ako aj v podskupine A možno zaradiť pod všeobecný pojem borderline stavov. Bohužiaľ zvyšujúca sa popularita borderline diagnózy za posledné dve desaťročia z neho urobila niečo ako odpadový kôš. Stal sa nadužívaným aj zneužívaným. Pacienti, ktorých diagnóza je nejasná môžu byť povrchne označení nálepkou borderline. Krátky historický prehľad pojmu borderline v americkej psychiatrii nám môže objasniť miesto tejto poruchy v súčasnej nomenklatúre.

#### **Vývoj pojmu**

Koncom tridsiatych a v priebehu štyridsiatych rokov začali klinici popisovať určitých pacientov, ktorých stav nebol natoľko závažný, aby mohli byť označení ako schizofrénni, ale ktorí boli pre klasickú psychoanalytickú liečbu príliš ťažko narušení. V snahe pomenovať tento hraničný stav, typický pre týchto pacientov Hoch a Poltain /1949/ pomenovali tento stav ako pseudoneurastenická schizofréria, ktorá je charakteristická symptomatickým vzorcom "panneurózy", "pananxiety" a "pansexuality". Robert Knight /1954/ ďalej charakterizoval túto skupinu zameraním sa na ťažké narušenie ego fungovania, vrátane neschopnosti realisticky plánovať, brániť sa voči primitívnym impulzom, prevládania primárneho procesu myslenia nad sekundárnym.

Grinker /1968/ vniesol do tejto skupiny príznakov diagnostický poriadok vďaka jeho štatistickej analýze asi 60 takýchto pacientov, ktorí boli hospitalizovaní v Chicago. Analýzou týchto dát rozlíšili 4 podskupiny borderline pacientov / tab.15.1/. Títo pacienti sa nachádzali medzi "psychotickou" hranicou /typ I./ a "neurotickou" hranicou /typ IV./. Medzi týmito dvoma pólmi sa nachádza skupina s predominantne negatívnymi afektami a problémom udržať si stabilné interpersonálne vzťahy /typ II/ a ďalšia skupina /typ III/ charakterizovaná generalizovaným chýbaním identity a v dôsledku toho potrebou požiť si identitu od iných.

Grinker a jeho spolupracovníci sa tiež pokúšali nájsť znaky, ktoré by boli všeobecne prítomné u borderline pacientov bez ohľadu na podskupinu. Určili 4 kľúčové črty: 1. hnev ako hlavný, alebo jediný afekt 2. narušené medzil'udské vzťahy 3. Chýbanie konzistentnej sebaidentity 4. pervazívna depresia. Jedným z najvýznamnejších príspevkov k týmto empirickým štúdiám bolo zistenie, že borderline syndróm sa jasne odlišuje od schizofrénie. Grinker a spol.zistili, že u týchto pacientov sa v priebehu času nerozvinie schizofréria. Sú skôr stabilne instabilní v priebehu ich ochorenia.

Gunderson a Singer /1975/ urobili prehľad literatúry popisujúcej borderline pacientov a vytýčili 6 charakteristík ako základ pre diagnózu borderline pacientov: 1. intenzívny afekt depresie, alebo hnevu 2. Impulzivnosť 3. Plošná adaptovanosť na sociálne situácie, čím sa odlišujú pod schizofrénnych pacientov 4. Prechodné psychotické epizody 5. Tendencia nerozmýšľať pri projektívnom testovaní alebo v iných neštrukturovaných situáciách 6. Nestály vzorec vzťahov, kolísajúci od extrémnej závislosti k povrchnosti. Gunderson /1984/ pokračoval vo svojej štúdií borderline diagnózy so záverom identifikovať kritéria, ktoré by jasne odlišovali borderline osobnosť od iných psychiatrických diagnóz /tab.15.2./.

*Tab.15.1. Grinkerove 4 podtypy borderline pacientov*

*Typ.I. Psychotická hranica:*

- A. Nevhodné neadaptívne správanie
- B. Problémy s testovaním reality a identitou
- C. Negatívne správanie a otvoreným vyjadrovaným hnev

*Typ.II. Jadrový borderline syndróm:*

- A. Pervazívne negatívny afekt
- B. Nestále vzťahy s druhými
- C. Agovanie hnevu
- D. Nekonzistentná sebaidentita

*Typ.III. "Akoby" skupina:*

- A. Tendencia kopírovať identitu druhých
- B. Chýbanie afektov
- C. Adaptívnejšie správanie a chýbanie pravosti a spontánnosti vo vzťahoch

*Typ IV. Neurotická hranica:*

- A. Anaklitická depresia
- B. Úzkosť
- C. Neurotické a narcistické rysy

*Tab.15.2. Rozlišovacie charakteristiky BPO*

**Kvázi psychotické myslenie**

Sebapoškodzovanie

Manipulatívne suicidálne správanie

Obavy z opustenia /pohltenia/ inými

Požadovačnosť /robenie si nárokov/

Regresia v terapii

Protiprenosové problémy

Mnohé z týchto kritérií sú vzájomne previazané. Borderline pacienti sa snažia o vytváranie exkluzívnych diadických vzťahov, v ktorých by im nehrozilo, že budú opustení. V týchto vzťahoch sú nároční a požadovační, čím druhých ohromujú a odpudzujú. Navyše, keď sa zblížia s druhým človekom prežívajú dvojakú úzkosť. Na jednej strane sa obávajú pohltenia druhými a straty vlastnej identity, na druhej strane prežívajú úzkosť z toho, že môžu byť hocikedy odmietnutí, alebo opustení. Aby tomu predišli, borderline pacienti robia suicidálne gestá / napr. režu si predlaktia/, pričom dúfajú, že ich osoba na ktorú sú naviazaní zachráni. V kontexte interpersonálnych vzťahov sa môžu objaviť kognitívne poruchy ako napr. kvázi psychotické myslenie. Prežívanie pocitu, že budú opustení milovanou osobou má takmer bludný charakter. Keď si vytvorí dôverný vzťah s terapeutom, môže sa objaviť psychotická prenosová regresia. Klinici, ktorí sú svedkami kaleidoskopického obrazu menlivých stavov ega majú tendencie k rôznym intenzívnym protiprenosovým reakciám, medzi ktoré patria spasiteľské fantázie, pocity viny, prekračovanie profesionálnych hraníc, závisť a nenávisť, úzkosť a hrôzu a hlboké pocity bezmocnosti.

Zatiaľ čo Gunderson Grinker sa zamerali pôvodne na deskriptívne diagnostické kritériá Oto Kernberg sa snažil charakterizovať borderline pacientov zo psychoanalytickej perspektívy. Použil kombinovaný prístup z hľadiska ego psychológie a teórie objektívnych vzťahov. Vytvoril pojem

borderline usporiadanie osobnosti označujúci skupinu pacientov, ktorí sa vyznačujú charakteristickým vzorcom slabosti ega, primitívnymi obrannými mechanizmami a problematickými objektnými vzťahmi. U týchto pacientov pozoroval rôzne príznaky ako voľne fluktujúca úzkosť, OCD symptómy, multiplexné fóbie, disociatívne reakcie, hypochondrické obavy, konverzné symptómy, paranoidita, polymorfne perverzná sexualita a abuzus substancii. Kernberg však zdôrazňuje, že deskriptívne symptómy nepostačujú pre definitívnu diagnózu. Podľa neho diagnóza spočíva v sofistikovanej štruktúrálnej analýze, ktorá odhaľuje 4 kľúčové rysy /tab.15.3/.

#### 1. Nešpecifické prejavy slabosti ega.

Jedným z aspektov fungovania ega je schopnosť kontrolovať impulzy a modulovať afekty ako je napr. úzkosť. Borderline pacienti sú podľa Kernberga neschopní zmobilizovať sily ega pre vykonávanie týchto funkcií v dôsledku vrodenej nešpecifickej slabosti. Taktiež majú problém sublimovať silné pudenia a vedome usmerňovať svoje správanie.

#### 2. Posun k mysleniu na úrovni primárneho procesu

Kernberg poznamenal, že títo pacienti majú tendenciu regredovať akoby ku psychotickému mysleniu pri chýbaní štruktúry, alebo pod tlakom silných emócií. Avšak tieto posuny sa primárne objavujú v kontexte všeobecne nenarušeného testovania reality.

#### 3. Špecifické obranné manévry

Títo pacienti používajú štiepenie ktoré Kernberg vidí ako aktívny proces oddeľovania protichodných introjektov a afektov. Štiepenie sa klinicky prejavuje nasledovne: A/ striedavé vyjadrovanie protichodného správania s postojov B/ delenie osôb v pacientovom okolí na "iba dobrých", alebo "iba zlých" s častou osciláciou medzi týmito dvoma pólmi u daných osôb. C/ Súčasne existujúce protichodné pohľady a predstavy o sebe / sebareprezentácie/, ktoré sa striedajú zo dňa na deň a z hodiny na hodinu.

#### **Prípad:**

41 ročný katolícky kňaz bol prijatý na psychiatrické oddelenie po odhalení toho, že sexuálne obťažoval deti oboch pohlaví. Krátko po jeho prijatí sa zistilo, že je pozitívny na syfilis. Keď bol s týmto výsledkom konfrontovaný, kňaz reagoval: " ja neviem ako je to možné, žijem v celibáte." Rezident, ktorý kňaza liečil jednoducho poznamenal, že bol predsa prijatý kôli rozsiahlym sexuálnym aktivitám s deťmi. Kňaz iba mdlou odpovedal, že " a čo čakáte, som iba človek."

Tento klinický prípad ilustruje, aké protichodné sebareprezentácie koexistujú u borderline pacienta-kňaz žijúci v celibáte koexistuje s promiskuitným bisexuálnym pedofilom. Navyše faktická reakcia bola typická svojim mdlým popretím, ktoré používajú mnohí borderline pacienti, keď sú konfrontovaní s manévrami štiepenia. Tieto tendencie ku štiepeniu sa odrážajú aj v ďalších obranách, ako je primitívna idealizácia, omnipotencia a znehodnocovanie t.j. iní sú vnímaní iba čisto ako pozitívni, alebo čisto negatívni. Ďalším významným obranným mechanizmom je podľa Kernberga projektívna identifikácia, pri ktorej sú sebareprezentácie a objektové reprezentácie rozštiepené a projikované na druhých v snahe kontrolovať ich.

#### 4. Patologické internalizované objektné vzťahy

Ako dôsledok štiepenia borderline pacienti nie sú schopní vidieť u druhých ľudí to, že majú aj pozitívne aj negatívne vlastnosti. Vidia v nich buď bohov, alebo diablov. Títo ľudia nie sú schopní integrovať libidinálne, a agresívne aspekty druhých, čo brzdí ich schopnosť skutočne ohodnotiť vnútorné skúsenosti iných ľudí. Ich vnímanie druhých môže denne alternovať, medzi idealizáciou a znehodnocovaním, čo veľmi rušivo zasahuje každého, kto sa s nimi kontaktuje. Podobne ich

neschopnosť integrovať pozitívne a negatívne sebareprezentácie má za následok hlboko difúznú identitu ako ilustroval aj predošlý prípad s kňazom.

Tab.15.3. Kernbergove kritéria Borderline štruktúry osobnosti

Nešpecifické prejavy slabosti ega

- A. Slabá tolerancia úzkosti
- B. Slabá tolerancia impulzov
- C. Slabo rozvinuté sublimačné kanály

Posun smerom k mysleniu na úrovni primárneho procesu

III. *Špecifické obranné operácie charakteristické pre borderline štruktúru osobnosti*

- A. Štiepenie
- B. Primitívna idealizácia
- C. Včasné formy projekcie, zvlášť projektívna identifikácia
- D. Popretie
- E. Omnipotencia a znehodnocovanie

IV. Patologické internalizované objektné vzťahy

## Demografické črty a priebeh ochorenia

Takmer  $\frac{3}{4}$  pacientov s diagnózou BPO /borderline porucha osobnosti/ sú ženy. Tieto zistenia môžu byť značne podmienené kultúrnymi predsudkami súvisiacimi so stereotypmi sexuálnej role, pretože mužskí pacienti s rysmi BPO sú často diagnostikovaní ako narcistická, alebo antisociálna porucha osobnosti. BPO je jedna z najčastejšie sa vyskytujúcich diagnóz na osi 2. medzi 15-25% klinickej populácie. Jej prevalencia v populácii je medzi 1,8-4%.

Kľúčové pokračujúce štúdie boli robené u pacientov dlhodobo /1-2r./ liečených psychoanalyticky orientovanou psychoterapiou v lôžkových zariadeniach. Tieto štúdie ukazujú, že BPO sa objavuje obvykle v neskorej adolescencii, alebo v skorej mladosti. Popisujú ťažký priebeh prvej dekády liečby, nedostatočné zlepšenie stavu odrádza terapeutov od ďalšieho pokračovania. Napriek tomu približne v 5→6 roku liečby u borderline dochádza k značnému zlepšeniu, ktoré má vrchol v druhej dekáde po ich prvej hospitalizácii.

V štúdií Stona a kol. (1987), na vzorke 251 borderline pacientov, približne  $\frac{2}{3}$  boli “vyliečení”, alebo značne zlepšení po 10 rokoch, hoci väčšina z nich pokračovala ďalej v ambulantnej liečbe. V Montrealskej štúdií Jewish General Hospital (Paris a kol.1987), boli pacienti vyšetrovaní po 15 rokoch a vyšetrujúci zistili, že 75% pacientov už nespĺňalo diagnostické kritériá pre BPO podľa Gundersonovho diagnostického interview. Podľa McGlashandovej pokračujúcej štúdie s 81 pacientmi (1986), väčšina pacientov bola schopná žiť nezávisle a nájsť si primeranú prácu. Podľa správania sa v intímnych vzťahoch sa táto skupina delila na tých, čo vedeli nadviazať a usržať si intímne vzťahy a na tých, čo sa takýmto vzťahom vyhýbali.

Všetky tieto štúdie dokazujú, že klinici môžu byť optimistickí pri liečbe týchto pacientov. Sledovaní pacienti dosiahli lepšie výsledky v liečbe ako porovnávajúca skupina schizofrénnych pacientov a vo väčšine sledovaných kritérií úspechu liečby boli tieto výsledky podobné ako výsledky liečby u pacientov s afektívnymi poruchami. Tento optimizmus ale zneisťuje skutočnosť, že 3-10% pacientov s BPO spácha samovraždu.

## Vzťah k afektívnym poruchám

Keď sa v r.1950-1960 prvýkrát objavil termín borderline v psychiatrickej literatúre, jednoznačne pomenúval klinickú entitu, ktorá bola “ na hranici” s psychózou, špeciálne schizofréniou. Ako pokročil čas a boli robené viaceré dlhodobé, pokračujúce klinické štúdie, s BPO, začalo byť toto ochorenie viac priradované k afektívnym poruchám, ako ku schizofrénií ( McGlashan 1983, Rinsley 1981, Stone 1980, 1987). Podľa McGlashana ( 1983) tak ako má schizotypová porucha priebeh podobný schizofrénií, tak má BPO priebeh podobný afektívnym poruchám.

Styčné body veľkej depresie na Osi I a BPO boli neusále zdrojom kontroverzných názorov v klinickej psychiatrii. V dlhodobej pokračujúcej štúdií ( Stone a kol.1987) bola zistená 69% komorbidita veľkej depresie a BPO. Iná štúdia ( Zanarini a kol.1989) poukázala na 80% celoživotnú prevalenciu dystýmie a BPO. Jednako len, novšie výskumy poukazujú na to, že komorbidita BPO s veľkou depesiou nie je výraznejšia ako komorbidita veľkej depresie s inými poruchami osobnosti. ( Barasch a kol.1985, Fyer a kol. 1988...)

Podobné zistenia boli nájdené aj v sledovaní rodinnej anamnézy a odpovedi na farmakoterapiu.

Psychodynamické chápanie poruchy

### ***Kernberg***

Kernberg (1975) spojil etiológiu a patogenézu BPO s vývojovou schémou Margaret Mahlerovej ( Mahler a spol. 1975). Čitatelia si môžu znovu zopakovať túto schému v kapitole 2, skôr ako budú pokračovať v tejto téme. Podľa Kernberga pacienti s BPO úspešne prechádzajú Mahlerovej symbiotickou fázou, takže self a objekt môžu byť jasne vymedzené, zároveň však ostávajú fixovaní v separačno - individuálnej fáze. Kernberg zameriava svoju pozornosť v sledovaní vývoja tejto krízy na zblížujúcu subfázu medzi 16 a 30 mesiacom vývoja. Na tomto stupni vývoja sa dieťa stáva mimoriadne ostražité ohľadom možného “zmiznutia” matky. Podľa tohto vývojového stupňa možno na borderline pacientov pozerať ako na tých, čo opakovane zažívajú rannú detstú krízu, v ktorej majú strach z toho, že pokusy odľučovania od matky vyústia v tom, že im zmizne a opustí ich. V dospelosti títo pacienti nie sú schopní znášať samotu a boja sa, že ich najbližší opustia. Pacienti s BPO môžu byť úplne ovládaní úzkosťou, ak sú vystavení odlúčeniu od osôb, ktoré sa o nich starajú ( napr. separácia od rodičov). Podľa Kernberga fixácia na túto vývojovú subfázu súvisí s narušením matkinej emoconálnej dostupnosti v tejto kritickej fáze a tiež od konštitučne premrštenej agresivite k dieťaťu či s problémami s materskou rolou.

Výsledok tejto vývojovej fixácie je stav, ktorý Kernberg ( 1966) charakterizuje ako predomnanciu negatívnych introjektov. Hoci sa pripúšťa podiel faktorov prostredia na formovaní negatívnej internalizácie self a objekt. reprezentácie, Kernbergova teória predpokladá konštitučne zvýšenú orálnu agresivitu u borderline pacientov. Týmto redukuje schopnosť týchto pacientov integrovať dobrá a zlé predstavy o sebe druhých; títo pacienti sú presvedčení, že všadeprítomné zlo zničí každé dobro v nich i v druhých. Ak sa zlé intorjekty premietnu navonok, borderline pacienti sa cítia vydaní na milosť a nemilosť zlomyselným prenasledovateľom. Ak dôjde k reintojekcii zlé intojekty spôsobujú, že sa cítia bezcenní a opovrhnutiahodní, čo vedie k suicidálnym myšlienkam. Táto vrodená agresivita tiež bráni týmto pacientom prejsť oidipálnou fázou. Preto oidipálny konflikt u borderline pacientov je v porovnaní s neurotikmi oveľa viac nespacovaný.

## ***Masterson a Rinsley***

Masterson a Rinsley (1975) tiež zameriavajú svoju pozornosť na subfázu separácie-individuácie. Skôr ale kladú dôraz na správanie sa matky, ako na vrodenu agresiu dieťaťa. Podľa týchto autorov sú matky BO pacientov tiež borderline a základný rozpor prežívajú pri raste a vývoji svojich detí. Dieťa si tak odnáša od matky posolstvo, že rasta a dospievanie (byť sám sebou) znamená stratu materinskej lásky a podpory. Kľúčový dôsledok tohto posolstva je snaha o udržanie materského puta. Táto silná "materská komunikácia" provokuje "odmietanie depresie" kedykoľvek s anaskytne príležitosťou na separáciu či autonómnou prezentáciu dieťaťa.

Podľa Masterson a Rinsley (1975) túto krízu vývojovej subfázy medzi matkou a dieťaťom možno rozdeliť do dvoch rozdielnych jednotiek objektových vzťahov. (tab. 15-6). Tieto jednotky pozostávajú z 3 častí: časť self-reprezentácie, objekt-reprezentácie a to, čo ich vzájomne spája.

Pozitívna jednotka objektových vzťahov je spájaná s pocitmi byť milovaný a spôsobovať radosť. Zahŕňa časť materského objektu – poskytujúca lásku a posporu. V súvislosti s týmto pozitívnym materským introjektom, je tu časť self-reprezentácie "dobrého dieťaťa", ktoré je poslušné a pasívne. Druhá jednotka objekt. vzťahov, zahŕňa pocity hnevu, opustenosti, depresie, bezmocnosti. Materská časť objektu je zlá a kritizujúca, časť self-reprezentácie je "zlé dieťa", ktoré je vinné a nežiadúce.

Fixácia na tejto úrovni spôsobuje, že BO pacient majú pocit, že si môže vybrať len dve cesty – cítiť sa odmietnutý a zlý, alebo ako Peter Pan, dobrý môžeš byť len ak poprieš realitu a nikdy nevyrastieš.

### **Tab. 15-6. Borderline syndróm a rola matky (Masterson a Rinsley).**

#### **Interakcia matka – dieťa v zblížujúcej subfáze:**

- Odmena za regresiu, príľnutie
- Vzdanie sa separácie-individuácie

#### **Rozdelenie jednotiek objektových vzťahov:**

- Vzdávajúca sa (agresívna) časť – jednotka

Časť materského objektu <i>kritika, hostilita, nesúhlas</i>	+	Pocity <i>hnev, frustrácia, sklamanie</i>	+	Časť Self-reprezentácie <i>zlý, bezmocný, vinný, nehodný, škaredý, prázdny</i>
--	---	--	---	---

- Pozitívna (príjemná) časť – jednotka

Materská časť objektu <i>schválenie a podpora regresívneho správania</i>	+	Pocity <i>cíti sa dobrý, spokojný, príjemne, túžba po spojení a príľnutia</i>	+	Časť Self-reprezentácie <i>dobrý, pasívny, poslušný</i>
---	---	--	---	--

## ***Adler***

Zatiaľ čo Kernbergov, Mastersonov a Rinsleyho psychodynamický model je odvodzovaný z psychopatologického modelu konfliktu, Adler (1985) vidí základ BPO v deficitnom, či insuficientom modeli. Podľa Adlera, chýbanie spoľahlivej a prijateľnej rodičovskej opory je príčinou toho, že borderline pacienti zlyhávajú vo vytváraní "tíšiaceho-upokojujúceho" vnútorného objektu. Adler, ktorý bol výrazne ovplyvnený Kohútovou teóriou self psychológie, rozumie borderline pacientom tak, že títo ľudia hľadajú svoje selfobjekt funkcie vo vzoroch vonku, nakoľko



im chýbajú vlastné životodárne introjekty. Podľa Adlera je vývojový rámeček Selmy Fraiberg (1969) v rozpore s Mahlerovou. Poznomenáva, že približne vo veku 18 mesiacov, ako hovorí aj Fraibergová, si je dieťa schopné vytvárať vnútorný obraz materského vzoru, dokonca aj keď tento vzor môže fyzicky absentovať. Táto schopnosť evokujúcej pamäti, ako ju nazýva Fraibergová, je u borderline pacientov, podľa Adlera, len veľmi krehká.

Chýbanie tíšiaceho-upokojujúceho vnútorného objektu súvisí s vážnosťou borderline psychopatológie. Spôsobuje pocity vnútornej prázdnoty a depresie. Tiež s tendenciami k príľnavej závislosti, ktorú u nich tak často možno pozorovať. Majú nedostatočné vnútorné zdroje s tendencie k fragmentácii self. Takéto rozpúšťanie self súvisí s hlbokou prázdnotou, ktorú Adler nazýva “annihilickou panikou”. Chronická orálna nenasýtenosť u borderline pacientov súvisí tiež s chýbaním osôb, ktoré by im poskytovali emočné naplnenie v detstve.

## Individuálna psychoterapia

Jej ciele sú veľmi “ambiciózne”. Zahŕňajú posilniť ego tak, aby pacienti lepšie tolerovali anxiu a mali väčšiu kontrolu nad svojimi impulzmi; integrovať rozdelené self a objekt – reprezentácie tak, aby mali pacienti koherentnejší a stabilnejší pohľad na seba a druhých; vytvoriť pevné “upokojujúce-tíšiace introjekty”, tak aby zvládli separáciu od pre nich dôležitých osôb.

### **Porovnanie expresívnych a suportívnych prístupov**

Aj keď prístupy sa líšia, zástanci oboch prístupov sa zhodujú v tom, že podujať sa na individuálnu psychoterapiu borderline pacienta je extrémne náročné. Títo pacienti majú sklon ukončovať terapiu, sebapoškodzovať sa, mať na terapeuta neprimerané požiadavky ohľadom terapie, provokovať terapeuta k tomu, aby prekračovali profesionálne hranice, trápiť terapeuta nemilosrdnými telefonátmi vo dne v noci a podobne. Najväčší problém je krehkosť terapeutického spojenectva, . Títo ľudia majú veľký problém vidieť v terapeutovi niekoho, kto im chce pomôcť a s kým by mali spolupracovať na spoločných cieľoch.

V McLeanovom projekte, ktorý sledoval liečbu BPO pacientov 60% prerušilo terapiu do 6 mesiacov, z toho 77% pre problémy vytvoriť terapeutické spojenectvo s terapeutom. Aj u tých, čo v terapii vydržali bolo pevné terapeutické spojenectvo skôr výnimkou.

Väčšina literatúry sa zaoberá polemikami o tom, aký prístup ( suportívny, či expresívny) je pre vytvorenie terapeutického spojenectva vhodnejší. Títo pacienti väčšinou veľmi rýchlo vytvárajú intenzívny negatívny prenos, čo spôsobuje vytváranie obrán, ktoré sú prekážkou vytvorenia spojenectva. Podľa Kernberga (1975) je vhodné aby boli tieto prenosové reakcie čo najskôr v terapii oslovené a interpretované. takáto interpretácia môže pomôcť pacientovi vidieť terapeuta reálnejšie a lepšie spolupracovať. Inrpretácia obranných mechanizmov tu a teraz v terapii môže pomôcť pacientovi lepšie integrovať svoje “dobré” a “zlé” pohľady na terapeuta a vnímať ho ako reálnejší, úplný “objekt”.

Masterson a Modell ( 1976) majú na to iný názor. Sú presvedčení, že s intrpretovaním sa má počkať, až pokiaľ nebude mať pacient v terapeuta a jeho zámery dostatočnú dôveru. Podľa nich je pre interpretácie nevyhnutné a bezpodmienečné prostredie, kde sa pacient cíti opatrený a držaný. Takýto pohľad je v súlade s Adlerovým konceptom, podľa ktorého primárnym cieľom terapie je vytvorenie “tíšiacich-upokojujúcich “intojektov, ktoré podržia pacienta v čase separácie a osamelosti. Adler (1979) vidí terapeutické spojenectvo ako niečo “ mýtické” v terapii BPO pacientov. Títo ľudia nie sú schopní prežívať terapiu ako niečo, na čom by mali spolupracovať a aktívne sa podieľať, najmä nie v začiatkoch terapie.

Pretože borderline pacienti sú v základe neschopní vážiť si terapeutove vlastnosti a snahu, ostávajú v terapii len vďaka zážitkom upokojujúcich, podporujúcich a stabilných selfobjektových prenosov. Ako pacienti postupne internalizujú terapeutický vzťah sú schopnejší vytvárať aj terapeutické spojenectvo, verí Adler. Za najväčší terapeutický úspech Adler považuje to, keď pacient začne vnímať terapeuta ako reálnu a samostatnú osobu, ktorá mu pomáha. Zetlerová (1971) je ešte výraznejšou zástankyňou podpornej terapie. Podľa nej interpretačný prístup až trvá terapeutické spojenectvo. Jedinou účinnou cestou u týchto pacientov je podporná psychoterapia s málo frekventnými sedeniami (1x za týždeň a menej).

Autori ďalej uvádzajú ďalšie výsledky štúdií, ktoré porovnávali tieto dva terapeutické prístupy, no výsledky sú nejednoznačné.

Waldinger (1987) robil prehľad odbornej literatúry o intenzívnej psychoterapii borderline pacientov, kde z širokého spektra rôznych prístupov rôznych terapeutov zostavil **8 základných hesiel, ktoré je užitočné v terapii zohľadniť.**

### ***Stanovenie hraníc v terapii.***

Nakoľko borderline pacienti majú veľmi chaotický život, stabilita má byť zavedená zvonka. V terapii to znamená jasné pravidlá a inštrukcie ohľadom pevného času sedení, ukončenia sedení i keď pacient nalieha, že chce ostať dlhšie, jasné pravidlá ohľadom platieb, jasné zásady, čo v prípade ak vynechá sedenia.

### ***Vyhnúť sa pasívnemu terapeutickému postoj.***

Tiché, reflektujúce postoje analyticky orientovaného terapeuta, ktoré sú účinné pri práci s neurotikmi, obyčajne nemajú úspech v terapii BPO. Títo pacienti často môžu ticho zle interpretovať a vnímať – ako nedostatok záujmu, podpory, či ako negatívny postoj terapeuta. Terapeutická aliancia sa posilní, ak terapeut viac verbalizuje a používa podporujúce komentáre ako napr. “Aha, chápem...” či otvorené otázky typu :” Čo so ešte myslíte o tejto veci...máte ešte nejakú ďalšiu predstavu o tejto veci?? “

Ak je pacient ticho, je lepšie ak to terapeut osloví, ako nechať ticho dlhšie pretrvávajúť. Jedinou výnimkou z tohto pravidla sú malé skupiny mimoriadne opozičných pacientov, ktorí sa sami dajú sľub, že budú mlčať, ako spôsob svojho boja s terapeutom (Gabard 1989a). Takýchto pacientov je pravdepodobné možné liečiť jedine počas hospitalizácie, nie ambulantne.

### ***Zvládnuť pacientov hnev.***

Všetci, čo píšú o práci s týmito pacientmi hovoria o mimoriadnej záťaži, keď v snahe udržať terapeutický postoj je terapeut vystavený verbálnej paľbe pacientovho pohrdania a nenávisti. Terapeut sa často cíti byť provokovaný a vťahovaný do defenzívneho postoja a odplaty hostilnými a sarkastickými interpretáciami. Alebo terapeut jemne uniká z emočnej zainteresovanosti do pacienta či už vo vedomých, alebo nevedomých dúfaniach, že pacient odíde z terapie a nájde si niekoho iného...Optimálny prístup v terapii v týchto situáciách bol popísaný v kapitole 14 v prístupe k paranoidným pacientom. Podobne je to u BPO. Terapeut by mal byť empatický s pacientovými potrebami oddeliť dobré a zlé self a objekt reprezentácie a projikovať zlé von, mimo self, ako jeho spôsob kontroly a ochrany, aby nezničili dobré reprezentácie. Terapeut, ktorý mu vráti to “zlé” predčasne jednoducho tým oživí pacientove obavné pocity, v ktorých sa cíti ohrozený, napadnutý. Ako podotýka Grotstein (1982), základná úloha terapeuta je byť

“containérom” nie interpretátorom, pokiaľ pacient nie je schopný prijať tieto aspekty svojich projekcií. Do toho času pacient nie je schopný prijať a zvládnuť interpretácie o jeho prenosoch.

Zvládať pacientov hnev často znamená pre terapeuta tolerovať pacientove obdobia, kedy má psychotické prenosy. Nie je zvláštnosťou, že pacient sa v testovaní reality v terapii stráca. Po skončení sedenia sa väčšinou rýchlo normalizuje a vracia do bežného fungovania. V týchto situáciach je podporný postoj oveľa užitočnejší ako interpretačný, ktorý pacient vníma ako útok voči sebe.

### ***Konfrontácia pacienta s jeho sebadeštruktívnym správaním.***

Takého správanie a myšlienky na tieto témy je u BPO veľmi časté.

Ich fantázie o tom, aké bude mať ich správanie následky sú často rôzne.

Waldinger (1987), zdôrazňuje, že terapeut by mal s pacientom o týchto následkoch hovoriť. Jedna pacientka, opakovane hospitalizovaná s tým, že si cigaretami vypaľovala rany do ramena hovorila, že toto správanie jej pomáha zvládať vnútorné napätie. Bola presvedčená o tom, že terapeuti robia okolo tohto jej správania zbytočne “ veľkú vedu”. Kedykoľvek bola hospitalizovaná sa sťažovala, že sestry nechápu, akú veľkú úľavu jej sebapoškodzovanie prináša. Jej terapeut hovoril o tom, že pacientkino správanie je pre ňu “otváranie dverí “ k hospitalizácii, ktorou predchádza tomu, aby musela vydržať v nejakom zamestnaní, či vytvárať trvalejšie vzťahy.

Podobne je to s promiskuitným sexuálnym správaním. Jeden homosexuálny pacient hovoril svojmu terapeutovi, že jeho promiskuita mu pomáha v tom, že sa cíti byť viac mužom. Terapeutovo vysvetlenie jeho správania bolo, že jeho promiskuita je vyhľadávaním rizika s ktorým sa AIDS spája.

### ***Vytvorenie spojenia medzi pocitmi a správaním***

Správanie je často *jazykom* BPO pacientov. Títo pacienti sa cítia tak ovládaní svojimi silnými afektami, že správanie sa zdá byť jedinou možnou cestou, ako dosiahnuť úľavu. Veľa z týchto vzorcov správania je ego-syntónnych, takže títo pacienti si často neuvedomujú, že ich správanie je motivované ich pocitmi. Ich vedomé názory na tieto impulzy sú také, že prichádzajú “ len tak, z čista jasna”. Terapeut preto musí opakovane sledovať precipitujúce pocity, keď je konfrontovaný s pacientovým *acting out* správaním. Jedna pacientka odišla a kúpila si 10 balíčkov cukríkov a zjedla ich v priebehu 10 minút, po tom, čo jej muž pozval na schôdzku. Hoci pacientka nevidela súvis medzi svojim správaním a tým, čo sa dialo, terapeut jej pomohol porozumieť tomu tak, že jej očakávania zo schôdzky vyvolali v nej také napätie, ktoré sa pokúšala zmierniť cez excesívnym jedením sladkostí.

### ***Stanovenie si limitov / hraníc/.***

Podľa Kernergera ( 1984) by to malo byť súčasťou konštruktívnej dohody s pacientom ešte pred začatím terapie. Terapeut by sa mal pokúsiť stanoviť “základné pravidlá” vrátane : netelefonovať medzi sedeniami, nehovoriť o suicidálnych pocitoch pred terapeutom predtým, ako ich vykoná a ochotu dať sa hospitalizovať, ak by nad suicidálnymi impulzmi začal pacient strácať kontrolu. Niektorí terapeuti sú flexibilnejší, iní viac štrukturovaní pri vytváraní týchto pravidiel.

Podľa Adlera ( 1985) je napríklad to, že terapeut je pre pacienta v úvode terapie dostupný telefónom dôležité pre vytvorenie stabilných, ukludňujúcich selfobjektových prenosov.

Adler a Buie (1979) doporučujú aj nasledovné intervencie – ako poslať pacientovi pohľadnicu z dovolenky – ako znovuistenie pacienta o terapeutovej prítomnosti, príležitostne si dohovoriť extra

sedenia – keď je pacient v kríze, a dovoliť pacientovi “vedieť” kde približne je terapeut počas dovolenky.

Giovacchini (1986) upozorňuje na to, že veľa pacientov zažíva akúsi rudimentárnu objektívnu stálosť / istotu/ len tým, že vedia terapeutove telefónne číslo, či miesto, kde išiel na dovolenku. Tí terapeuti, ktorí sú v pravidlách flexibilnejší by ale mali dávať pozor, aby to pacient nezneužíval. Terapeut by mal mať citlivosť pre svoje vlastné limity. Špeciálne ohľadom toho, ako veľa kontaktov *mimo* je schopný tolerovať a zároveň stále liečiť pacienta.

Veľa borderline pacientov vníma bežné profesionálne hranice ako kruté “odnímanie” od terapeuta. Môžu sa dožadovať oveľa konkrétnejších prejavov starostlivosti od terapeuta ako napríklad objatie, predlžovanie sedení, znižovanie poplatkov za terapiu a pod. (Gabard a Wilkinson 1994). Niektorí terapeuti, ktorí majú z daných limitov pocity viny môžu začať prekračovať profesionálne hranice v *mene* flexibility, či suicídálnej prevencii... (Gutheil 1989). Jeden terapeut takto v priebehu roka zvýšil sedenia s borderline pacientkou z dvoch na sedemkrát do týždňa. V nedeľu chodil do práce špeciálne len kôli nej. Keď sa ho konzultant pýtal prečo to robí, ospravedlňoval to svojou obavou o jej možné suicídálne správanie. Tiež priznal, že počas sedení dovolil pacientke, aby si mu sadla do lona, ospravedlňujúc svoje správanie tým, že je spôsob, ako pacientke poskytuje materskú starostlivosť, ktorú nemala v detstve. Gabard 1989 hovorí o veľa prípadov, kedy takto dochádzalo k sexuálnym vzťahom medzi terapeutmi a pacientmi. Iná pacientka naliehala na terapeuta, že len orgazmus s ním jej môže pomôcť, pričom sa vyhrážala suicídiom, ak jej nevyhoví. Potom, čo dvaja rôzni terapeuti vyhovelí jej “žiadosti” aj tak napokon spáchala samovraždu – ich pomýlené prejavy “opatery” zlyhali. Dynamika erotiky a erotických prenosov je viac rozoberaná v kapitole 18, ale tragické konce týchto pacientov podčiarkujú márnosť / ničotnosť/ týchto pokusov vyhovieť pacientovým požiadavkám. Čím viac takéhoto uspokojenia borderline pacienti dostanú tým viac sa stávajú nestabilnejší.

V krátkom zhrnutí typov správania, ktoré u borderline pacientov potrebuje limity poukazuje Waldinger /1987/ na tie, ktoré ohrozujú pacienta, či terapeuta a tie, ktoré ohrozujú psychoterapiu samotnú. Suicidalita je stále prítomné riziko, ktoré ohrozuje borderline pacientov a terapeut by mal byť pripravený hospitalizovať pacienta, keď sa mu zdá, že ho suicídálne impulzy premohli. Terapeuti sa často dostávajú do neudržateľnej pozície heroických pokusov liečiť letálnych pacientov tým, že s nimi udržia neprerušovaný kontakt. Jeden terapeut končil telefonovanie s borderline pacientkou vždy v noci v snahe uchrániť ju od samovraždy.

### ***Udržanie fokusu terapeutických intervencií tu a teraz.***

V psychoterapii BPO pacientov je hlavný dej v prenosoch. Pohľad pacientov na terapeuta sa kaleidoskopicky mení zo dňa na deň, či zo sedenia na sedenie. Keď sa pacient pokúša integrovať zlé a dobré reprezentácie terapeuta, depresívna úzkosť spojená s týmito pokusmi o syntézu môže vyvolať silné zaobranie sa tým, ako uškodiť terapeutovi. Ak je terapeut vnímaný ako nedostatočne empatický, môže sa toto pacientovo nastavenie zmeniť do paranoidne schizoidnej pozície, kde je terapeut vnímaný ako škodoradostná osoba, ktorá chce sadisticky bližieť. Táto zmena by mala byť oslovená hneď ako sa objaví, radšej ako dovoliť pacientovi uletieť v prenose do emočnej vzdialenosti takouto rekonštrukciou zážitkov z detstva.

### **Kazuistika:**

22 ročná pacientka, ktorá prišla do terapie po viacerých zlyhaniach s predchádzajúcimi terapeutmi. nebola schopná žiť mimo rodičovského domu, napriek tomu že bola inteligentná a osobne zaviazaná / ?

Vystriedala viacero zamestnaní, nikde nevydržala dlhšie ako 3 mesiace. Hoci v úvodných interview bola schopná presvedčiť zamestnávateľov, aby ju prijali, akonáhle sa jej začalo v práci dariť, začala byť tak mimoriadne úzkostná, že sa správala tak, že prišla o prácu.

Akonáhle prišla do terapie, priala si, aby bola jedinou terapeutovou pacientkou, a aby namiesto 2x do týždňa sa stretávali 5x. Povedala terapeutovi že je vrelý a výborný, nie ako tí predošlí. Povedala, že najlepšie by jej pomohlo, keby bola v terapeutovej prítomnosti každý deň. Tento idealizujúci prenos sa rapídne zmenil, keď terapeut povedal svoju ponuku – stretávanie sa 2x týždenne, napriek tomu, že jedna z pacientkiných ťažkostí bola vyrovnávať sa s frustráciami. Od toho momentu pacientka vybuchla, obvinila terapeuta, že je krutý a neempatický, keď stavia terapiu na tom, čo on si myslí, že je dobré a nerešpektuje jej potreby. Vyrasila preč z jeho ambulancie a odišla preč. O desať minút telefonovala z búdky, povedala len že je “a son of bitch” a zložila slúchatko. O ďalších desať minút zavolała znovu, ospravedlňujúc a s tým, že príde na ďalšie stretnutie. Terapeut povedal, že z jeho strany je to v poriadku, nech príde.

Na najbližšom sedení sa pacientka k tomu nevrátila, priateľsky džavotala, akoby sa nikdy nič medzi nimi nebolo stalo. Terapeut ponúkol empatickú interpretáciu : “ zdá sa, akoby ste potrebovali udržať tie nenávisťné pocity, ktoré sa vyskytli minule, aby nezničili tie pozitívne pocity, ktoré máte dnes”. Táto interpretácia dovolila pacientke hovoriť o tom, ako bolo pre ňu frustrujúce, keď druhí neodpovedali na jej závislé potreby, ktoré voči nim mala.

Tento krátky príbeh ilustruje, ako bolo dôležité, že terapeut počkal s interpretáciou, až kým pacientka vychladla. Ak by tak urobil keď bola v afekte, bola by to vnímala ako útok voči sebe. Navyiac terapeut nemusel vyvíjať námahu a dostávať sa k pacientkinmu detstvu. Zostanúc tu a teraz mala pacientka zisk z prenosovej situácie.

### ***Sledovanie protiprenosových pocitov.***

Hlavná pozornosť v diskusiách o psychoterapii v týchto statiach bola venovaná protiprenosu. Obsiahnutie a podržanie projekovanej časti pacienta a reflektovanie týchto projekcií môže pomôcť terapeutovi porozumieť pacientovmu vnútornému svetu / Gabard a Wilkinson 1994/. Navyiac, pozorné a pokračujúce sledovanie svojich vlastných pocitov je prevenciou pred terapeutovým protiprenosovým acting out správaním / správania pod vplyvom emócií/. Každý terapeut má vlastnú hranicu pre to, koľko nenávisťi a hnevu je schopný stolerovať. Ak terapeut dobre sleduje svoje pocity, môže s touto svojou hranicou narábať konštruktívne a nie deštruktívne. napríklad, terapeut môže svoje protiprenosové pocity spracovať nasledovne : “ mám pocit, že sa snažíte skôr ma nahnevať, namiesto toho, aby ste ma nechali, aby som vám mohol pomáhať. Pozrime sa, či sa dá porozumieť tomu, čo sa tu deje.”. Ináč môže terapeut zastaviť príval pacientovho verbálneho útoku napríklad takto “ skutočne nemyslím, že budem môcť s vami užitočne pracovať, ak neprestanete na mňa kričať. Myslím, že je pre vás dôležité pracovať na kontrolovaní hnevu, tak mi to skúste ukázať bez kričania.”

Terapeut vo vzťahu k borderline pacientovi musí byť skutočný a pravdivý, ináč len zvýši pacientovu závisť voči nemu, ako *k svätým figúram*, ktorým ale chýba ľudskosť. /Searles 1986/

Výsledky psychoterapie s BPO pacientmi sú vždy neisté. Štúdia Waldingera a Gundersona / 1987/ poukazuje na to, že aj u skúsených terapeutov, analytikov je počet pacientov, ktorí vypadnú z terapie vysoký. približne 1/3 pacientov dokončila terapiu. A aj tí, čo dokončili terapiu mali len čiastočné zlepšenie.

## Ústavná liečba / hospitalizácia/.

Základné princípy psychoanalyticky orientovanej hospitalizačnej liečby sú v kapitole č.6. Niekoľko špecifických bodov pre prácu s borderline pacientmi pridávame.

Základné modely sú dva:

- 1) krátkodobé hospitalizácie pre krízové intervencie v kontexte psychoterapie vedenej ambulantne
- 2) dlhodobá, psychodynamicky orientovaná liečba, ktorej cieľom je posilnenie ega a úprava pacientovho vnútorného objekt. sveta.

Druhý model je indikovaný, ak z nejakých dôvodov nie je možné použiť ten prvý. V praxi do tejto kategórie bude patriť niekoľko skupín pacientov ( u niektorých pacientov sa diagnózy – ťažkosti prekrývajú):

- pacienti s neúprosným sebadeštruktívnym a suicidálnym správaním, ktorí sú tak *ťažki*, že ich nie je možné liečiť ambulantne

- *špeciálni* pacienti, ktorí vytvárajú intenzívne protiprenosové problémy súvisiace so štiepením a projektívnou identifikáciou ( Burnham 1966, Gabard 1986, Main 1966)

- mimoriadne *nenávistní* pacienti, ktorí škodia všetkým tým, kto sa im pokúša pomôcť (Gabard 1989)

- pasívne opozičnícki pacienti, ktorí odmietajú rozprávať či akokoľvek sa zúčastňovať na terapii ( Gabard 1989)

Všetky tieto skupiny pacientov sú príležitostne nazývané aj ako “ negatívne terapeutické reakcie/, hoci niektorí by mohli byť liečení intenzívnym prístupom počas dlhodobej hospitalizácie.

### **Krátkodobá hospitalizácia.**

U pacientov, ktorí vyžadujú krátkodobú hospitalizáciu v priebehu psychoterapie je to najčastejšie v krízach, ako napríklad psychotická regresia, sebadeštruktívne správanie, či suicidálne pokusy. Aj tak môže byť v psychoterapeutickom procese veľa zmätku. Napriek tomu, že cieľom krátkodobej hospitalizácie je čo najrýchlejšia úprava pacientových obrán a jeho fungovania, personál oddelenia musí počítať s protiprenosovými reakciami.

### **Dlhodobá hospitalizácia.**

Dlhodobá psychoanalyticky orientovaná liečba formou hospitalizácie borderline pacientov bola popísaná v kapitole č.6. Väčšina terapie je zameraná na posilnenie / *budovanie*/ ega, lebo väčšina pacientov, ktorý vyžadujú dlhodobú hospitalizáciu má oveľa hlbšiu *slabosť* ega, ako tí, čo zvládnu ambulantnú liečbu. Hospitalizácia by mala klásť dôraz na to, aby pacient *nahradzoval slová skutkami* / správaním/, napriek tomu, že pacienti sa tomu zdráhajú a hovoria, že taká zmena nie je možná.

Mal by tu byť jednotný postup v udržiavaní informácií a dôvernosti. všetko, čo pacient povie jednému členovi personálu má byť oznámené na spoločných sedeniach ostatným. Personál by mal byť jednotný v tom, kedy povedať pacientovi *nie*, ak to situácia vyžaduje, primeraným spôsobom / nie nepriateľsky/. Ináč by pacient nebol schopný integrovať to, že *dobré* osoby / postavy/ sú tie isté, čo dávajú aj nepríjemné “zlé” nariadenia.

Integrácia vnútorných self a objekt – reprezentácií je ďalším cieľom dlhodobej liečby formou hospitalizácie.

Hranice a limity, ktoré pacient dostáva by mali byť dávané vždy empaticky, zohľadňujúc pacientove možnosti / nie sadisticky ladené snahy kontrolovať - za čo pacient často takéto nariadenia považuje.

### **Kazuistika:**

Pani HH ostala výrazne nahnevaná a plačlivá po tom, čo jej odišla návšteva – príbuzných, počas jej dlhodobej hospitalizačnej liečby. Kričala po sociálnom pracovníkovi a hodila po ňom knihu, obviňujúc ho, že spôsobil, že jej matka odišla. Členovia zdravotného personálu ju požiadali, aby sa kontrolovala a išla na izbu, no keď opäť začala útočiť použili fixáciu koženými popruhmi. Počas fixácie jej opakovane hovorili, že chápu, ako je sklamaná z toho, že nemá matku nablízku a že sa cíti, že bez nej nemôže byť. Psychiater doporučil, aby mala pri sebe matkinu fotografiu, aby sa s tým ľahšie vyrovnala, čo pacientku ukludnilo a v priebehu 30 minút mohla byť fixácia zrušená.

Suicidálne a sebapoškodzujúce správanie je u týchto pacientov veľmi časté. Borderline pacienti týmto spôsobom chcú ovládať / mať kontrolu/ nad celým ošetrojúcim personálom, tak ako sú to zvyknutí robiť svojim najbližším. Personál musí brať do úvahy, že každý takýto pacient je koniec koncov zodpovedný za kontrolu svojho správania a nikto mu nemôže zabrániť, keď samovraždu spáchať chce. Borderline pacienti si veľmi často spôsobujú povrchové poranenia, predmetmi, ktoré sú na oddeleniach bežne dostupné ako napr. spinkami na papiere, plechovkami od nápojov, či žiarovkami zo svietidiel.

Aj keď aktuálne poranenia takýmto spôsobom môžu byť len povrchové, personál by mal všetky okolnosti dôkladne pozisťovať. Či nie je toto správanie spojené so stavom depresionalizácie, či derealizácie? Či je v anamnéze sexuálne zneužitie v detstve? Je takéto správanie primárne manipulatívne s cieľom upútať pozornosť? Ak je poškodzovanie pravidelne mierne, môže personál skúsiť spracovávať tieto situácie aj tak, že dohovoria pravidelné raz do týždňa, stretnutia s nepsychiatrom, napr. internistom / Gabard 1986/, ktorý pracuje v blízkosti daného oddelenia. V takýchto prípadoch mutilačné správanie stráca kontrolnú funkciu a pacient aj personál môžu ďalej pracovať na ďalších dôležitejších témach. Ak je poranenie vážne, môže internista začať hneď s liečbou.

Chronicky suicidálny borderline pacient môže vyvolávať u personálu intenzívne protiprenosové pocity, kedy pacientove pokusy a gestá sú vnímané ako manipulatívne a tak reagujú na jeho suicidálne výhrážky s nedostatkom záujmu, účasti. Ošetrojúci personál by mal vedieť, že u týchto pacientov je 140 x väčšia pravdepodobnosť spáchať samovraždu ako u tých, čo takéto pokusy nerobia / Tuckman a Youngman 1963/ a asi 10-20% všetkých suicidálnych pokusov môže byť dokonaných / Dorpat a Ripley 1967/.

Kôli zmenám v platení, agresívne / útočne/ vedenej starostlivosti a kritike má stále menej a menej borderline pacientov možnosť prístupu k dlhodobej dynamicky orientovanej hospitalizácii. Vo viacerých prípadoch zaujíma tento typ terapeutického prístupu miesto pri parciálnej hospitalizácii a rezidentských programoch.

### **Rodinná terapia**

Terapeutické ovplyvnenie vnútorného objekt. sveta borderline pacienta vyžaduje intenzívnu individuálnu psychoterapiu. Práca s rodinou patrí k základnému doplneniu celého terapeutického plánu. Používanie rodinnej terapie ako takej je stále všeobecne menej zaužívané, ako jedno, či viacero rodinných intervencií v priebehu individuálnej terapie / Brown 1987 /. U hospitalizovaných pacientov je väčšia príležitosť sa stretnúť s ostatnými členmi pacientovej rodiny a vidieť ich interakcie, čo možno porovnať a kontrastovať pri posúdení pacientovho vnútorného objekt. sveta v prípadoch rozštiepenia a projektívnej identifikácie / vid' kapitola 6/. V ambulantnej terapii môže byť individuálny terapeutický proces zoslabovaný snahami rodiny / čo môže pôsobiť proti terapii/, ktorej členovia sa cítia byť ohrozovaní akýmkoľvek zmenami u pacienta. Tu môžu byť rodinné terapeutické intervencie veľmi osočné pre úspech individuálnej terapie.

Prvým krokom pri rodinných terapeutických intervenciách by mala byť snaha označiť, akú úlohu hrajú rodinné interakcie v patogenéze a udržiavaní pacientovej borderline symptomatológie. Ako bolo naznačené v kapitole č.5, rozštiepenie a projektívna identifikácia sú extrémne časté mechanizmy, ktoré slúžia k držiavaniu patologickej homeostázy rodinného systému. Napríklad rodičia môžu odvracať / odrážať/ zlé self, alebo objektové reprezentácie a projikovať ich na adolescentné, či skoro dospelé deti, ktoré sa následne identifikujú s týmito projekciami a stanú sa symptomatickými členmi rodiny.

Pri diagnostikovaní rodinných vzorcov by sa mal terapeut vyhnúť svojim vlastným imponantným teoretickým konštruktám o rodine. Napríklad, hoci určité psychodynamické modely / Masterson a Rinsly 1975/ môžu častejšie predpokladať úlohu hyperprotektívnej matky, empirické skúsenosti / Gunderson a Englund 1981/ naznačujú že hyperprotektivita rodičov je menej častá ako ich nezáujem a zanedbávanie. Zanedbávajúci rodičia borderline pacientov majú často problémy sami so sebou a preto často zlyhávajú v starostlivosti o svoje deti, v ich vedení, určovaní *pravidiel* či štruktúry. Gunderson toto zistil vo svojich výskumoch a na základe toho zdôrazňuje dôležitosť kompenzovať tieto nedostatky rodičovského prístupu počas hospitalizácie tým, že pacienti dostanú pevnú štruktúru a jasné hranice v terapeutickom procese. Ak sa pracuje so zanedbávajúcimi rodičmi, ktorým samým chýba štruktúra, zistí sa u nich tento *nedostatok*, je potrebné *naučiť* to rodičov. Navyše pri plánovaní prepustenia pacienta môžu rodičia potrebovať pomôcť v tom, ako majú poskytnúť konštruktívnu podporu svojim borderline deťom, čo môže znamenať, aby sami pokračovali v kontakte, či terapii.

V rodinách, kde je zhubným hyperprotektívny vzorec, by mali terapeutické intervencie byť také, aby rešpektovali potreby všetkých členov rodinného systému. Rodičia sami veľmi trpia borderline psychopatológiou a môžu sa cítiť veľmi ohrození pocitmi, že *strácajú* dieťa tým, že je v terapii. Terapeut by mal počítať s tým, že zlepšenie sa u pacienta môže vyvolať vážne dekompenzácie u rodičov, ktorí sa ocitnú v panike z pocitov, že ich chcú od dieťaťa odlúčiť. Terapeut by sa mal svedomito vystríhať akýchkoľvek pokusov *oddeliť* dieťa od rodiny. Rodičia i pacient by mohli takéto pokusy vnímať ako vysoko ohrozujúce.

Terapeut dosiahne lepšie výsledky, keď zaujíma neposudzujúcu, neutrálnu pozíciu, sledujúc zmeny, je empatický k potrebám rodiny zostať spolu, pretože základ ich stability spočíva práve v hyperprotekcii. / Jones 1987/. každá zmena v rodinnom systéme by mala prichádzať z jeho vnútra, radšej ako trvať na tradičnom prístupe, ktorý oceňuje separáciu a autonómiu.

## Skupinová psychoterapia

Skupinová psychoterapia môže byť tiež veľmi vítaným doplnením individuálnej terapie. Ako poukazujú Ganzarin / 1980/ a Horwitz / 1977/. každá skupina sa stretáva s obrannými mechanizmami rozštiepenia a projektívnej identifikácie. Skupina poskytuje borderline pacientom priestor na to, že si môže tieto obrany uvedomiť, keď sa vyskytnú v skupinovom kontexte. Väčšina autorov, ktorí sa zaoberali terapiou borderline pacientov v skupinách poukazujú na to, že najvhodnejšia sú skupiny s prevahou pacientov s neurózami.

Podobne sa autori zhodujú na vhodnosti súčasnej individuálnej terapie u borderline pacientov. oslabenie prenosov v skupinovej terapii je benefitom ako pre pacienta, tak pre terapeuta. Intenzívne afekty a negatívne emócie, ktoré sa bežne aktivujú u borderline pacientov keď sú frustrovaní sa tak rozložia na viaceré osoby, okrem terapeuta. Podobne aj protiprenosové reakcie sa prítomnosťou viacerých ľudí tiež zmiernia.



Podľa Horwitza / 1977/ terapeut, ktorý vedie individuálnu psychoterapiu je pre pacienta kľúčový práve v dodávaní podpory, keď dochádza k výbuchom úzkostných afektov u pacienta – ako výsledok konfrontácie so skupinou. Ideálne je, ak je ten, kto vedie pacienta individuálne je iná osoba, ako ten, kto vedie skupinu. Je “ antiterapeutické” pre skupinového terapeuta, *vidieť* jedného pacienta individuálne a tých ostatných nie. Ďalej Horwitz pozoroval, že pre borderline pacienta je prijateľnejšie prijímať konfrontáciu a interpretácie od spolupacientov v skupine, ako od terapeuta. Je pre neho jednoduchšie prijímať interpretácie v kontexte *témy skupiny*, ako osobne voči sebe.

Napriek tomu, že skupinová psychoterapia ponúka vyššie uvedené výhody, terapeut je vždy konfrontovaný s viacerými ťažkosťami, ak je v skupine borderline pacient. Takýto pacient sa ľahko môže stať *obetným baránkom* skupiny, pre jeho jednoduchú / primitívnu/ psychopatológiu a priame prejavovanie afektov. Terapeut má podporiť a ochrániť pacienta, ak sa táto poloha, či *téma obetného baránka* stáva skupinovou témou. Ďalej borderline pacienti sa často snažia stiahnuť terapeutovu náklonnosť a opateru na svoju stranu, čo vyvoláva rôzne pocity v skupine. Napokon môžu borderlin pacienti mať od skupiny určitý odstup, vzhľadom k tomu, že sú primárne viazaný na individuálneho terapeuta.

## **PORUCHY OSOBNOSTI - PODSKUPINA B: NARCISTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Katarína Kusá, TN)

### **Zdravý versus patologický narcizmus**

Rozlíšenie medzi zdravou a patologickou úrovňou narcizmu je v psychiatrickej praxi často obtiažne. Určitá miera sebalásky je nielen normálna, ale i želateľná, ale nie je ľahké definovať ten bod, v ktorom zdravý narcizmus prechádza do patologického.

Ďalším ohromujúcim faktorom je, že určité správanie môže byť u jedného individua patologicky narcistické, zatiaľ čo u iného je prejavom zdravého ohľadu na seba. Predstavme si napr. 15-ročného chlapca, ktorý stojí pred zrkadlom a 45 minút si fénuje vlasy tak, aby bol každý dokonale na svojom mieste. Väčšina z nás sa pri tejto predstave zasmeje a uvedomí si, že takáto márnivosť je u pubertálneho mladíka normálna. Predstavme si však teraz v tej istej situácii 30-ročného muža. Takáto predstava je oniečo viac znepokojujúca, pretože takéto prílišné pohltenie samým sebou má u muža v tomto veku ďaleko od normálu. Ak si predstavíme, že pri tom istom zrkadle stojí a 45 min. sa fénuje 45-ročný muž, opäť budeme vo svojom postoji trochu zhovievavejší, podobne ako tomu bolo u 15-ročného chlapca. Takéto správanie chápeme ako súčasť vývojovej fázy v životnom cykle, ktorú nazývame aj krízou stredného veku.

Zmienené príklady ilustrujú, ako rozdielne posudzujeme narcizmus v závislosti od fázy životného cyklu, ktorou človek práve prechádza. Aj keď sme si však vedomí týchto vývojových rozdielov, pojem "narcistický" je zriedka používaný ako kompliment pri zmienke o niekom, kto má zdravú sebaúctu. Oveľa častejšie je používaný pejoratívne ako synonymum označenia "sukin syn", hlavne keď hovoríme o kolegoch alebo známych, ktorých nemáme radi, alebo ktorým závidíme

ich úspech a dôveru. Pretože my všetci bojujeme s narcistickými problémami, musíme si dávať pozor na pokrytectvo pri dávaní nálepky "narcistický" iným ľuďom.

Všetci žijeme v narcistickej kultúre. Sme otrocky oddaní elektronickým médiám, ktoré sa kľúžu po povrchu a ignorujú podstatu a hĺbku. V užívaní hmotných statkov vidíme cestu ku šťastiu. Náš strach zo starnutia a smrti je chlebom plastických chirurgov. Sme pohltení prítlačivosťou slávnych osobností. Knihy s názvom napr. Hľadanie čísla 1 sú na zozname bestsellerov. Súťaživé športy, v Amerike tak obľúbené, nás učia, že by No 1 je tým najdôležitejším cieľom.

Jedno z kľúčových diagnostických kritérií narcistickej poruchy osobnosti - interpersonálne zneužívanie - je v našej spoločnosti vysoko adaptívne. Vzhľadom na charakteristiky dnešnej spoločnosti je preto často ťažké určiť, ktoré črty naznačujú narcistickú poruchu osobnosti a ktoré sú jednoducho adaptívnymi kultúrnymi črtami. Navyše rozdiel medzi zdravou sebaúctou a umelo nafúknutou sebaúctou často nie je jednoznačný. Predstavme si napr. lekára, ktorý číta pred svojimi kolegami svoju vedeckú prednášku. Pozoruje, že polovica poslucháčov pritom zaspala a ďalší vstávajú a odchádzajú. Počas následnej diskusie je prednášajúci tvrdo kritizovaný za nepružné myslenie, nedostatočné znalosti literatúry a za to, že neprináša nič nové. Na túto kritiku reaguje tak, že si sám pre seba povie: "Nech si hovoria, čo chcú, viem, že som bol aj tak dobrý". Ako budeme hodnotiť takúto reakciu? Vychádzajúc z uvedených informácií by sme mohli dôjsť ku jednému z dvoch záverov: 1) tento človek má zdravú sebaúctu, ktorá nespľasne po jednej neprijemnej skúsenosti, 2) alebo reakcia prednášajúceho je prejavom patologického narcizmu, je to grandiózna obranná reakcia v snahe kompenzovať devastujúce zranenie sebaúcty.

Aké kritériá teda použiť pre odlišenie zdravého narcizmu od patologického? Časom preverené kritériá duševného zdravia - milovať a pracovať - sú nám pri snahe zodpovedať túto otázku len zčasti nápomocné. Pracovná anamnéza jednotlivca nám pri tomto odlišení moc nepomôže. V niektorých prípadoch sa môže narcistická patológia odrážať v povrchnosti v profesionálnej oblasti, úspech a obdiv je pre niektorých ľudí dôležitejší ako skutočná odborná fundovanosť v danom odbore.

Patologické formy narcizmu môžeme ľahšie identifikovať podľa kvality interpersonálnych vzťahov daného človeka. Tragédiou týchto ľudí je, že nie sú schopní milovať. Zdravé interpersonálne vzťahy sa vyznačujú takými kvalitami, ako empatia a ohľaduplnosť ku pocitom druhých, skutočný záujem o myšlienky druhých ľudí, schopnosť tolerovať ambivalenciu v dlhotrvajúcich vzťahoch bez vzdávania sa, rezignovania, a schopnosť uvedomiť si vlastný podiel na interpersonálnych konfliktoch. Ľudia, ktorých vzťahy sa vyznačujú takýmito vlastnosťami, môžu niekedy využívať druhých na uspokojenie svojich vlastných potrieb, ale táto tendencia sa objavuje v širšom kontexte citlivého interpersonálneho vzťahovania sa, nie ako pervazívny štýl zaobchádzania s inými ľuďmi. Na druhej strane, ľudia s narcistickou poruchou osobnosti pristupujú k ľuďom ako k objektom, ktoré môže využívať pre svoje vlastné potreby, bez ohľadu na ich pocity, nerešpektujú potreby druhých. Vzťahy často ukončujú po krátkom čase, zvyčajne vtedy, keď druhý človek začne mať na nich nejaké požiadavky, ktoré nie sú v súlade s ich vlastnými potrebami. Takéto vzťahy evidentne nefungujú, a to v dôsledku problému narcistického človeka udržať si pocit sebaúcty.

## **Fenomenológia narcistickej poruchy osobnosti**

Psychodynamická literatúra o narcistickej poruche osobnosti je istým spôsobom mäťuca, pretože táto nálepka je aplikovateľná u pacientov s dosť odlišnými klinickými obrazmi.

Diagnostické kritériá, uvádzané v DSM-IV, identifikujú len určitý druh narcistického pacienta - arogantné, vystatovačné, "hlučné" individuum, ktoré sa vždy snaží byť stredobodom pozornosti. Nezachytávajú však plachých, ticho grandióznych narcistických jedincov, ktorých extrémna precitlivosť na urážky vedie k vyhýbaniu sa centru pozornosti.

Literatúra identifikuje niečo ako kontinuum narcistickej poruchy osobnosti. Kernberg (1970, 1974) popísal závistlivý, nenásytný typ, ktorý si vyžaduje pozornosť a obdiv druhých, zatiaľ čo Kohút (1971, 1977, 1984) popísal narcisticky vulnerabilný typ, tendujúci ku fragmentácii self. Burstein (1973) rozdelil narcistických pacientov do 4 skupín - craving (túžiaci, prosiaci), paranoidní, manipulatívni a falicko-narcistickí. Rozličné typy narcistických pacientov, popísané týmito autormi, by sme mohli umiestniť medzi dva póly kontinua, založeného na typickom štýle interpersonálneho vzťahovania sa. Deskriptívne môžeme dva krajné body kontinua označiť ako nevšímaví narcisti a hypervigilantní narcisti (Gabbard 1989).

Nevšímaví narcisti sa vyznačujú tým, že si vôbec neuvedomujú, ako vplývajú na druhých a aké reakcie u nich vyvolávajú. Keď pozorujeme ich správanie na nejakom večierku alebo v iných spoločenských situáciách, vidíme ich, ako rozprávajú, akoby sa prihovárali širokému publiku, zriedka nadväzujú očný kontakt a dívajú sa ponad hlavy okolostojacich. Sú nevšímaví ku faktu, že druhých nudia a že mnohí odchádzajú hľadať spoločnosť inam. Zvyknú sa vychvaľovať a majú potrebu byť centrom záujmu a pozornosti. Sú necitliví ku potrebám druhých, dokonca do tej miery, že im v konverzácii nedajú vôbec priestor. Sú pohltení sami sebou, snažia sa urobiť na druhých dojem. Sú arogantní a agresívni.

U hypervigilantných typov sa narcistická problematika prejavuje značne odlišným spôsobom. Títo sú mimoriadne citliví na to, ako na nich reagujú iní ľudia. V kontraste ku pohltenosti sebou u nevšímavého typu, tento druhý typ neustále zameriava svoju pozornosť na druhých. Hypervigilantní narcisti, podobne ako paranoidní pacienti, pozorne naslúchajú, čo hovoria druhí ľudia a striehnu na náznaky kritizizmu a znehodnocovania, urážania. Jeden narcistický pacient bol tak upriamený na sledovanie reakcií svojho terapeuta, že každú zmenu polohy v kresle alebo jeho odkašlanie vnímal ako prejav toho, že sa nudí. Keď terapeut počas sedenia odtrhol z kvetiny vo svojej pracovni suchý list, pacient sa cítil ponížený a dožadoval sa zmeny terapeuta. Pacienti tohto typu sú hanbliví a inhibovaní, až sebamariaci. Držia sa v úzadí, pretože sú presvedčení, že budú druhými odmietnutí a pokorení. V jadre ich vnútorného sveta je hlboký pocit hanby, súvisiaci s ich tajným prianím prejavovať sa grandióznym spôsobom. Sebaúctu sa snažia udržať si tak, že sa vyhýbajú situáciám, v ktorých sú najviac zraniteľní a pozorne sledujú druhých, aby vedeli, ako sa majú správať. Projektívne pripisujú vlastné neschvaľovanie svojich grandióznych fantázií druhým.

Táto Gabbardova typológia je blízka Rosenfeldovmu (1987) rozlíšeniu narcistických pacientov "s tenkou kožou" a "s hrubou kožou".

Hoci DSM-IV kritériá neobsiahli hypervigilantnú variantu narcistickej poruchy osobnosti, empirické zistenia podporujú rozlíšenie medzi nevšímavým a hypervigilantným typom, napr. Wink (1991) analyzoval 6 MMPI škál narcizmu a odhalil 2 faktory: vulnerabilita - senzitivita a grandiozita - exhibicionizmus. Prišiel k záveru, že tieto dva relatívne korelujúce aspekty, ktoré označil ako skrytý a

otvorený narcizmus, potvrdzujú existenciu dvoch rozdielnych foriem patologického narcizmu. Hoci obe formy vykazujú určité spoločné črty - nedostatok ohľadu k druhým, neviazanosť a namyslenosť, vulnérabilne-senzitívna skupina je charakterizovaná ako introvertovaná, defenzívna, úzkostná a vulnérabilná ku životným traumám, zatiaľ čo grandiózne-exhibicionistická skupina je extrovertovaná, sebaopovrdzujúca, exhibicionistická a agresívna.

Hoci tieto dva typy sa môžu objavovať v čistej forme, mnoho pacientov vykazuje zmes fenomenologických črt z oboch typov. Medzi týmito krajnými bodmi kontinua leží množstvo narcistických individuí, ktoré sú spoločensky omnoho jemnejšie a ktoré majú oveľa väčšiu dávku interpersonálneho šarmu.

## **Psychodynamické porozumenie**

Posledné 2 desaťročia boli v snahe porozumieť narcistickej poruche osobnosti najviac diskutované modely Kohúta a Kernberga.

Podľa Kohúta (1971, 1977, 1984) sú narcisticky narušení jedinci zablokovaní vo svojom vývoji v štádiu, kedy vyžadujú špecifické reakcie osôb vo svojom okolí, potrebné pre udržanie kohézneho self. Keď sa im takýchto reakcií nedostane, tendujú ku fragmentácii self. Kohút chápe tento stav ako dôsledok nedostatočnej empatickosti rodičov, špecifickejšie, rodičia na prejavy exhibicionizmu dieťaťa v tej vývojovej fáze, keď tieto boli primerané, nereagovali schvaľovaním a obdivom, neposkytli mu modely, hodné idealizácie, a neumožnili mu twinship skúsenosti. Tieto zlyhania rodičov sa u pacienta prejavujú tendenciou tvoriť zrkadlo, twinship alebo idealizujúci prenos.

Kohút postuloval dvojsovú teóriu, ktorá vysvetľuje, ako môžu u jedného individua koexistovať zároveň narcistické potreby aj ku objektu sa vzťahujúce potreby. Podľa neho potrebujeme v priebehu nášho života seba-objektové reakcie, odpovede od ľudí v našom okolí. Inými slovami, do určitej miery každý z nás vníma druhých nie ako oddelené osoby, ale ako zdroje nášho uspokojenia. Stále v nás pretrváva potreba upokojujúcej, potvrdzujúcej funkcie seba-objektov. Cieľom liečby je opustenie potreby archaických seba-objektov a nadobudnutie schopnosti využívať zrelšie a vhodnejšie seba-objekty.

Kernbergove teoretické formulácie sa od Kohútových ostro odlišujú. Príčinou týchto rozdielov môže byť to, že skúmali odlišné populácie pacientov. Kohút pracoval s relatívne dobre fungujúcimi ambulantnými pacientami, ktorí si psychoanalýzu mohli dovoliť. Väčšinou išlo o pracujúcich ľudí, ktorí popisovali vágne pocity prázdnoty a depresie, a zvlášť problémy vo vzťahoch. Zápasili o udržanie si sebaúcty v súvislosti s profesiou a mali tendencie cítiť sa druhými urážaní. Naproti tomu, Kernberg vždy pracoval v nemocnici a skúmal hospitalizovaných aj ambulantne liečených pacientov. Jeho klinické popisy portrétovali pacientov, ktorí sú viac primitívni, arogantní, agresívni (často s antisociálnymi rysmi) a viac otvorene grandiózni (hoci grandiozita môže alternovať s plachosťou), než tí, ktorých popisoval Kohút.

Kohút oddiferencoval narcistické poruchy osobnosti od borderline stavov. Borderline pacienti podľa neho nedosiahli kohezívnosť self dostatočnú na to, aby mohli byť analyzovaní. Jeho diagnóza narcistickej osobnosti bola založená na rozvoji buď zrkadliaceho alebo idealizujúceho prenosu v kontexte pokusnej analýzy. V kontraste s tým, Kernberg videl obrannú organizáciu narcistickej osobnosti ako podobnú borderline poruche osobnosti. Vnímal ju ako jeden z niekoľkých osobnostných typov, ktoré operujú na borderline úrovni organizácie osobnosti.

Narcistické a borderline osobnosti rozlišoval na základe toho, že narcisti majú integrované, ale patologické grandiózne self. Táto fúzia má za následok deštruktívne znehodnocovanie objektových obrazov. Narcistickí pacienti sa identifikujú s ich idealizovanými seba-obrazmi, aby tak popreli svoju závislosť na vonkajších objektoch (iných ľuďoch), ako aj na vnútorných obrazoch týchto objektov. Zároveň popierajú aj neprijateľné črty svojich vlastných seba-obrazov tak, že ich projikujú na iných.

Patologické grandiózne self vysvetľuje paradoxne dobré fungovanie ega za pomoci primitívnych obrán (štiepenie, projektívna identifikácia, omnipotencia, znehodnocovanie, idealizácia a popretie), ktoré sú typické pre borderline pacientov. Inými slovami, zatiaľ čo borderline pacienti majú tendencie ku menlivosti seba-reprezentácií, čo spôsobuje, že ich pohľad sa zo dňa na deň mení, narcistickí pacienti majú konzistentnejšiu úroveň fungovania, vďaka patologickému, ale predsa integrovanému self. Taktiež také prejavy slabosti ega, ako slabá kontrola impulzov a slabá tolerancia úzkosti, časté u borderline pacientov, sú u narcistických pacientov oveľa menej obvyklé. Avšak Kernberg tiež dodáva, že niektorí narcistickí pacienti fungujú na zjavnej borderline úrovni. Títo pacienti sa vyznačujú grandiozitou a namyslenosťou narcistickej osobnosti, a zároveň slabou kontrolou impulzov a kaleidoskopickými objektovými vzťahmi borderline pacientov. Práve táto skupina pacientov si príležitostne vyžaduje hospitalizáciu, pričom zásady ústavnej liečby sú podobné ako u borderline pacientov. Ústavná liečba narcistických pacientov s ťažkými antisociálnymi črtami je popísaná v kap. 17.

Detailný popis obrannej konštelácie narcistického pacienta a jeho vnútorných vzťahov, vytvorený Kernbergom je v protiklade ku Kohútovej tendencii ponechať jeho vnútorný svet nedefinovaný. Kohút zdôrazňuje internalizáciu chýbajúcich funkcií pacienta od iných ľudí v jeho okolí a menej sa zaoberá jeho intrapsychickou štruktúrou. Vytvoril koncept narcistického self, považuje ho za archaické "normálne" self, ktoré jednoducho ostalo zmrazené vo svojom vývoji, inými slovami, pacient je dieťaťom v dospelom tele. Na rozdiel od Kohúta vidí Kernberg narcistické self ako vysoko patologickú štruktúru, ktorá sa v žiadnom prípade nepodobá normálnemu vyvíjajúcemu sa self dieťaťa. Poukázal na to, že exhibicionistická seba-prezentácia dieťaťa je šarmantná a roztomilá, na rozdiel od požadovačnosti a nenásytnosti narcistického patologického self.

Ďalším rozdielom v pohľade Kohúta a Kernberga na self je pohľad na obranné fungovanie self. Kohút vníma self ako esenciálne bez obrán (t.zn. normálne sa vyvíjajúce self, ktoré ostalo uviaznuté). Kernberg vníma patologicky grandiózne self ako brániace sa proti investovaniu sa pre druhých, zvlášť proti závislosti na druhých. Táto vlastnosť sa môže prejavovať ako pseudo-sebestačnosť, kedy pacient popiera akúkoľvek potrebu toho, aby sa oňho niekto staral, ale zároveň sa snaží urobiť na druhých dojem a získať ich potvrdenie, schvaľovanie. Narcistickí pacienti napr. tvrdia, že sa ich terapeutova neprítomnosť počas jeho dovolenky nijak nedotýka.

Kohútov pohľad na narcistickú osobnosť je pravdepodobne o niečo láskavejší, než Kernbergov. Zamieriava pozornosť hlavne na detskú túžbu po určitých reakciách rodičov. Agresiu vníma ako sekundárny jav (t.zn. narcistická zlosť je reakciou človeka na to, že nie je uspokojovaná jeho potreba zrkadlenia a idealizovania). V tomto zmysle vidí Kohút agresiu ako pochopiteľnú odpoveď na zlyhanie rodičov. Kernberg vníma agresiu ako viac primárny faktor. Neobyčajne vysoká úroveň agresivity zapríčiňuje, že narcistický pacient je voči iným deštruktívny. Podľa neho je etiológia tejto agresivity buď konštitučne daná alebo nadobudnutá pod

vplyvom prostredia. Skôr ju však chápe ako niečo, čo vyvstáva zvnútra, než jednoducho ako zrozumiteľnú reakciu na vonkajšiu neschopnosť iných. Jedným z prejavov agresivity narcistického pacienta je chronická intenzívna závisť, ktorá spôsobuje, že pacient chce poškodiť a zničiť to, čo je u druhých dobré. Podľa Kernberga sa títo pacienti sústavne porovnávajú s inými a trápia sa pocitmi menejcennosti a intenzívnej túžby vlastniť to, čo majú druhí.

Taktiež idealizáciu vidia Kohút a Kernberg dosť rozdielne. Kohút vníma idealizáciu v prenose ako rekapituláciu normálnej vývojovej fázy. Neoznačuje to ako obrannú polohu, skôr v tom vidí spôsob, ako nahradiť chýbajúcu psychickú štruktúru. Základnou v Kohútovom chápaní je predstava, že narcistický jedinec je bez seba-objektov nekompletný. Kernberg vníma idealizáciu ako obranu voči rôznym negatívnym pocitom, vrátane nenávisťi, závisťi, pohrdania a znehodnocovania.

Vo svetle týchto porovnaní medzi Kohútom a Kernbergom je zjavné, že Kernberg popísal pacientov, ktorí sa približujú skôr nevšímavému typu, zatiaľ čo Kohút písal o pacientoch, bližších hypervigilantnému typu. Narcistickí pacienti, popisovaní Kernbergom, majú často iba samé povrchné formy objektového vzťahovania sa. Ak je pacientom muž, môže mať tzv. "Don Juan" syndróm, je to typ, ktorý systematicky zvädza ženy, a odhadzuje ich v momente, keď sa jeho idealizácia ženy zmení na znehodnocovanie. Ženy vníma iba ako svoje úlovky, nie je však schopný vcítiť sa do ich vnútorného prežívania. Málo sa zaujíma o to, čo hovoria druhí, s výnimkou toho, čo je preňho lichotivé. Hoci sa častejšie jedná o mužov, podobnou narcistickou patológiou môžu trpieť aj ženy.

Teoretické debaty okolo kontroverzných konceptov Kohúta a Kernberga pokračujú, prax však ukazuje, že niektorí narcistickí pacienti zapadajú viac do jedného, zatiaľ čo iní skôr do druhého rámca, a sú aj takí, na porozumenie ktorým potrebujeme viac než jeden teoretický pohľad. Okrem spomínaných dvoch autorov sú aj ďalší, ktorí priniesli kreatívne príspevky k porozumeniu narcistickej poruchy osobnosti. Napr. Rinsley (1980, 1984, 1985) spojil pôvod narcistickej poruchy osobnosti s Mahlerovej vývojovým rámcom. Postuloval, že zatiaľ čo u borderline pacientov došlo k vývojovému zablokovaniu ako subprocessu separácie, tak aj individuácie, u narcistického pacienta zasa ide o disociáciu týchto dvoch subprocessov - individuácia mohla prebehnúť, ale separácia bola pozastavená. Tento vývojový scenár má za výsledok "pseudo-dospelé" dieťa, ktoré dostáva posolstvo, že sa môže psychologicky oddeliť od svojej matky iba za podmienky, že všetko, čo postupne dosiahne, všetky jeho úspechy budú súvisieť s ňou. Toto vysvetlenie rezonuje s Kernbergovým pozorovaním, že narcistický pacient môže v určitých oblastiach dosiahnuť veľmi dobré výsledky, zatiaľ čo stále trpí v dôsledku vysoko problematických objektových vzťahov.

Rothstein (1984) sa pokúsil vysvetliť narcistickú poruchu osobnosti v rámci štruktúrneho modelu. Definoval narcizmus ako "pocit dokonalosti", ktorá je obecným aspektom ľudskej psyché. Tento dokonalý stav môže byť integrovaný buď so zdravým, alebo s patologickým egom, povaha ega podmieňuje, či je narcizmus patologický alebo zdravý.

## **Individuálna psychoterapia a psychoanalýza**

Podľa Kohúta, ako aj podľa Kernberga je psychoanalýza u väčšiny pacientov s narcistickou poruchou osobnosti metódou voľby. Kvôli časovým a finančným obmedzeniam však mnohých z týchto pacientov stretávame v expresívne-podpornej psychoterapii s prevahou expresívnych techník, s frekvenciou sedení 1 až 2-krát do

týždňa. Špecifické technické doporučenia Kohúta a Kernberga odrážajú ich rozdielny teoretický koncept.

Pre Kohúta je základným kameňom techník empatia. Terapeut musí byť empatický k pacientovmu pokusu reaktivovať narušený rodičovský vzťah tak, že tlačí terapeuta k tomu, aby vyhovel jeho potrebe schvaľovania (zrkadliaci prenos), idealizovania (idealizujúci prenos) a potrebe byť taký, ako terapeut (twinship prenos). Vynorenie sa týchto seba-objektových prenosov by nemalo byť interpretované privčas. Kohútov dôraz na empatiu k pacientovi ako k obeti zlyhania empatie druhých neznamena používanie prevažne podporných techník. Zdôrazňuje, že terapeut by mal skôr interpretovať, než uspokojovať pacientovu túžbu po utíšení. Typickou intervenciou je napr.: "Je to zraňujúce, keď s vami nie je zaobchádzané tak, ako cítite, že by ste si zaslúžili".

Hoci Kohút trval na tom, že jeho technický prístup sa nelíši radikálne od klasických psychoanalytických techník, jeho doporučenia sa od týchto techník fundamentálne líšia. Doporučoval analytikom, aby vždy brali analytický materiál "priamym" spôsobom, presne tak, ako ho pacient zakúša. Terapeut sa tak vyhne opakovaniu zlyhania v empatii, ako k nemu došlo u rodičov, ktorí sa často pokúšali presvedčiť dieťa, že jeho aktuálne pocity sú iné, než tie, ktoré dieťa popisuje. Kohút doporučuje, že ak doslovný prístup neprináša ovocie, vždy je možné materiál invertovať a hľadať pod "skúsenosti blízkymi" pocitmi skryté významy. Tento prístup je v súlade s Kohútovým pohľadom na "odpor" ako na psychickú aktivitu, ktorá zabezpečuje súdržnosť self.

Kohút veľmi citlivo vnímal známky fragmentácie pacientovho self počas momentálneho analytického alebo terapeutického sedenia. Keď sa takáto fragmentácia objaví, terapeut sa musí zamerať skôr na precipitujúcu udalosť, než na obsah samotnej fragmentácie. Napr. po tom, čo raz Kohútom supervidovaný terapeut počas sedenia kýchol, pacient mal problém pokračovať v práci. Kohút doporučil analytikovi zamerať pozornosť na prirodzenosť pacientovej reakcie na takýto neočakávaný podnet, a nie na pacientovu zvláštnu senzitivitu na stimulus. Tento fokus je v súlade s obecnou premisou self psychológie, že terapeuti musia byť nepretržite vnímaví k tomu, ako pacienti znovuprežívajú traumy, ktoré prežili vo vzťahu s rodičmi. Kohút verí, že pacient má vždy pravdu. Ak sa pacient cíti byť vyvedený z miery alebo zranený, je rozumné predpokladať, že terapeut urobil chybu. Všimol si, že sa pacienti často cítia zahanbení, keď terapeut venuje pozornosť ich pokĺznutiam jazyka, preto nekládol na interpretáciu parapraxií dôraz. Kohút bol vždy citlivý ku sklonu narcistických pacientov ku pocitom zahanbenia. Terapeut sa musí vyhnúť obídaniu pacientovej vedomej subjektívnej skúsenosti, aby oslovil nevedomý materiál, ktorý je mimo pacientovho uvedomenia. Interpretácie nevedomých motívov by viedli iba k tomu, že by sa pacient cítil byť "prichytený", nepochopený a zahanbený.

Kohút zdôrazňuje dôležitosť toho, pozerat' sa na pozitívnu stránku pacientovej skúsenosti a zásadne sa vyhýba komentárom, ktoré by mohli byť vnímané ako ostro kritické. Pozornosť venuje pacientovmu pokroku a vyhýba sa kladeniu otázok. Myslí si, že rozumieť je úlohou terapeuta, a nie pacienta.

Podľa Kohúta je úlohou psychoanalytickej a psychoterapeutickej liečby narcistickej poruchy osobnosti pomôcť pacientovi identifikovať a hľadať si vhodné seba-objekty. Myslí si, že zdravotnícki pracovníci majú tendenciu nadhodnocovať separáciu a autonómiu. Znepokojuje ho, že niektorí terapeuti používajú moralistický tón, aby presvedčili pacientov, že by sa mali stať viac nezávislými.

Kernberg pozoroval niektoré tie isté prenosové fenomény, ako Kohút, ale podľa

neho sú indikované iné technické prístupy. Napr. konceptualizoval zrkadliaci a idealizujúci prenos skúpejším spôsobom. Pacientovo grandiózne self videl ako alternujúco projikované a introjikované, takže idealizovaná figúra je vždy prítomná v miestnosti, zatiaľ čo druhá figúra je znehodnotená a stojaca v tieni idealizovanej osoby. Idealizáciu vnímal ako častú obrannú operáciu, zahŕňajúcu štiepenie. Inými slovami, pretože idealizácia terapeuta je možno pacientovým spôsobom obrany pred rozštepovým pocitom pohrdania, závidi a hnevu, terapeut by mal idealizáciu interpretovať skôr ako obranu, než ju jednoducho akceptovať ako normálnu vývojovú potrebu, ako to doporučoval Kohút.

Kernbergov prístup je vo všeobecnosti oveľa viac konfrontačný, než Kohútov. Bol presvedčený, že nenásytosť a požadovačnosť narcistických pacientov nie sú jednoducho aspektami normálneho vývoja. Podľa neho musia byť tieto črty konfrontované a systematicky preskúmané a interpretované. Zvlášť zdôrazňoval, že sa terapeut musí zamerať na závisť a na to, ako pacienti bráni v prijímaní alebo uvedomovaní si pomoci od druhých. Keď pacienti príjmu od terapeuta niečo pozitívne, často to vystupňuje ich závisť, pretože to v nich vyvoláva pocity neprimeranosti alebo menejcennosti, ako reakciu na terapeutovu schopnosť nasycovať a porozumieť. Jedna z interpretácií by mohla znieť: "Možno potrebujete zamietnúť moje poznámky ako smiešne a nezmyselné, aby ste sa vyhol pocitom závidi".

Hoci je Kernbergovi vyčítané, že sa zameriava výlučne na negatívny prenos, on sám v skutočnosti doporučoval preskúmanie oboch, pozitívneho i negatívneho prenosu. Varoval, že terapeuti, ktorí oslovia iba pozitívne aspekty prenosu, môžu nevedomo zvýšiť strach pacienta z ich vlastného hnevu alebo závidi. Pacient, ktorý sa domnieval, že terapeut nedokáže narábať s takýmito jeho aspektami, ich môže odštiepiť a držať ich mimo terapeutického procesu.

Kernberg a Kohút sa významne rozchádzajú aj v otázke terapeutických cieľov. Zatiaľ čo Kohútove techniky napovedajú, že podstata liečby neleží v kognitívnej sfére, podľa Kernberga je kognitívne porozumenie cestou interpretačného procesu zásadnou súčasťou terapeutického procesu. Medzi terapeutické ciele zahŕňa rozvinutie pocitov viny a ohľadu na druhých, ako aj integrovanie idealizácie a dôvery so zlosťou a opovrhovaním (to zn. integrovanie "dobrých" aspektov skúseností so "zlými").

Kernberg považoval pacientov s narcistickou poruchou osobnosti za jedných z najťažšie liečiteľných, pretože veľkú časť ich úsilia predstavuje snaha o porazenie terapeuta. Aby liečba bola účinná, musia sa títo pacienti vysporiadať so svojimi intenzívnymi pocitmi závidi, že niekto druhý má dobré vlastnosti, ktoré im chýbajú. Pacient obranne používa znehodnocovanie a onnipotentnú kontrolu, aby si udržal terapeuta "od tela". Podľa Kernberga je tieto obranné manévry potrebné sústavné konfrontovať. Pacient s výraznými antisociálnymi črtami (ktoré sú u narcistických pacientov bežné) môže byť jednoducho neliečiteľný. (Faktory, podmieňujúce liečiteľnosť antisociálnych pacientov sú prebraté detailnejšie v kap. 17.) Niektoré faktory však predsa napovedajú o priaznivejšej prognóze: určitá schopnosť tolerovať depresiu a smútenie, viac pocitov viny než paranoidity v prenose, určitá schopnosť sublimovať primitívne pudenia, relatívne dobrá kontrola impulzov a dobrá motivácia. Pacienti, ktorí vyhľadajú terapiu alebo analýzu iba z cvičných dôvodov alebo preto, že si myslia, že im to zabezpečí prestíž v očiach druhých ľudí, môžu prejavovať značný odpor, čo zhoršuje prognózu.

U podskupiny pacientov, ktorí operujú na zjavnej borderline úrovni, je podľa Kernberga podporná psychoterapia efektívnejšia, než expresívna terapia alebo



analýza. Tento prístup by mal byť pravdepodobne kombinovaný s ústavnou liečbou, ak je u pacienta zvlášť výrazná slabosť ega, hlavne slabá kontrola impulzov. Indikáciou pre supportívnu terapiu u narcistických pacientov je nadmerná krutosť a sadizmus, dominujúce antisociálne črty, nezáujem o druhých ľudí, intenzívne paranoidné reakcie na druhých ľudí a tendencie ku chronickej zlosti, ktorá je vždy racionalizovaná ako vina niekoho iného. V takomto podpornom procese môžu pacienti profitovať z "kradnutia" pozitívnych vlastností od terapeuta. Pretože takáto identifikácia s terapeutom môže pacientovi pomôcť k lepšiemu fungovaniu, je lepšie ponechať tento proces bez interpretovania.

Terapeuti, ktorí sú postavení pred ťažkú úlohu - liečiť narcistického pacienta, sa musia vyhnúť "buď -alebo" prístupu k teóriám Kernberga a Kohúta. Namiesto hlbania nad tým, ktorá z nich je správna, by mali pozorne naslúchať svojim pacientom, sledovať rozvoj prenosu a protiprenosu a reakcie pacientov na ich terapeutické intervencie. Na základe týchto pozorovaní potom vyvodia záver, ktorý teoretický a technický model je pre daného pacienta najvhodnejší. Niektorí pacienti jednoducho nebudú tolerovať nič iné, než empatický, prežívaniu blízky prístup, vychádzajúci z Kohútovho modelu. Akékoľvek vybočenie od tohto štýlu povedie k tomu, že pacient bude odmietať rozprávať a bude sa cítiť nepochopený, alebo náhle opustí terapiu.

V iných prípadoch sa pacient bude cítiť pochopený vďaka interpretáciám jeho závisti a pohrdania a bude lepšie reagovať na Kernbergove techniky. Niektorí pacienti vôbec nerozvinú seba-objektové prenosi, ako ich popísal Kohút, namiesto toho neustále prejavujú voči terapeutovi hnev a znehodnocujú ho. V niektorých prípadoch musí terapeut interpretovať a konfrontovať tieto otvorené slovné útoky. Podľa Mitchella je nesprávne považovať Kohútov prístup za viac empatický ako Kernbergov. Oba reagujú empaticky na rôzne dimenzie pacienta.

Ďalší pacienti môžu profitovať z kombinácie technických stratégií. Puristi môžu síce tvrdiť, že tieto dve teórie sú nezlučiteľné, pacient však teórie nepozná. Navyše, pacienta lieči terapeut, nie teória. Mnohí pacienti vyžadujú self-psychologický prístup vo včasných fázach terapie, pretože tento pomáha budovať terapeutickú alianciu, založenú na pociťovaní, že terapeut chápe a empatizuje so zážitkom viktimizácie. Keď je aliancia založená, terapeut môže začať konfrontovať pacienta s tým, ako on sám prispieva ku svojim interpersonálnym problémom, napr. neobyčajnými očakávaniami, ktoré druhí nemôžu naplniť. Narcistická patológia môže byť zriedka konceptualizovaná úplne jednostranne ako zlyhanie buď rodičov, alebo pacienta. Obvyklejšie sú to obe strany, ktoré prispievajú ku ťažkostiam a terapia, zameraná na porozumenie môže osloviť tieto problémy z oboch uhlov.

Napokon, nesmieme predpokladať, že etiológia a patogenéza narcistickej charakterovej patológie bude vždy presne zapadať do teoretického rámca Kohúta alebo Kernberga. V ostrom kontraste s rodičmi, ktorí neboli dosť empatickí, niektorí rodičia narcistických pacientov mali tendencie byť príliš zhovievaví. Podporovali grandiozitu excesívnym zrkadlením. Takíto rodičia zahŕňali svoje deti obdivom a potvrdzovaním, takže sa tieto mohli cítiť skutočne výnimočné a nadané. Keď tieto deti vyrastú, zažívajú opakované otrasy, pretože iní ľudia na nich nereagujú tak, ako to robili ich rodičia. V iných prípadoch môže viesť ku narcistickému obrazu hypervigilantného typu matka - syn incest alebo varianty takéhoto vzťahu. Takíto pacienti majú o sebe grandióznu predstavu a domnievajú sa, že sú predurčení zastávať medzi ostatnými zvláštne postavenie, čo je kombinované s paranoidnou tendenciou anticipovať odplatu alebo opustenie za vnímané oidipálne prehrešky. Terapeut môže s úspechom zvoliť heuristický

prístup, terapia by mala byť úsilím, založeným na spolupráci, pri ktorej pacient a terapeut spoločne odhaľujú pôvod pacientových ťažkostí bez rigidnej snahy o to, aby prinášaný materiál bol v súlade s jednou či druhou teóriou.

## **Protiprenos**

Bez ohľadu na to, z ktorého terapeutického rámca terapeut vychádza, pri liečbe pacientov s narcistickou poruchou osobnosti môžeme očakávať, že sa objavia určité protiprenosové problémy. Niektoré z nich môžu byť také závažné, že nenapraviteľne narušia celý terapeutický proces. Pre to je zvládnutie protiprenosových problémov mimoriadne dôležité.

Niet pochýb o tom, že psychoterapia ako profesia poskytuje možnosť uspokojiť terapeutove priania byť milovaný, žiadaný a idealizovaný. Terapeutovi, ku ktorému si narcistický pacient rozvinie idealizujúci prenos, sa môže páčiť vyhrievať sa v žiare tepla a lásky až do tej miery, že koluduje s pacientovou túžbou vylúčiť z terapie hnev a nenávisť. Liečba narcistických pacientov sa často vyvíja tak, že v jej úvode si idealizujú súčasného terapeuta, zatiaľ čo svojich predošlých terapeutov znevažujú. Terapeut, ktorý túži po idealizácii, namiesto toho, aby vnímal tento proces ako obranný manéver, jednoducho akceptuje predstavu, že má výnimočné nadanie, ktoré pacientovým predošlým terapeutom chýbalo.

S narcistickou problematikou sa nestretávame výlučne u narcistickej poruchy osobnosti, ale u všetkých pacientov i všetkých terapeutov. Terapeuti, ktorí nie sú schopní uvedomiť si a akceptovať svoje vlastné narcistické potreby a využiť ich v prospech efektívnosti liečby, ich naopak môžu poprieť a externalizovať. Tieto obrany sa podieľajú na nesprávnom pohľade na pacienta, ako na výlučného nositeľa narcizmu v dyáde terapeut-pacient.

Ďalší protiprenosový problém, ktorý sa pravidelne objavuje v liečbe narcistických pacientov, je nuda. Táto obvykle vyvstáva z pocitu, že pacient je ku prítomnosti terapeuta na sedení ľahostajný. Terapeut musí dlhú dobu znášať pocit, že je pacientom len využívaný ako rezonančná platňa. Tento štýl je zvlášť charakteristický pre bezohľadný typ narcistických pacientov, ktorí akoby rozprávali k obecenstvu, ignorujúc terapeuta, ako samostatnú osobu s jej vlastnými myšlienkami a pocitmi.

Každý z nás má potrebu, aby ho niekto potreboval, preto je pre terapeutov ťažké tolerovať "satelitnú existenciu" (Kernberg 1970), ktorú im mnohí narcistickí pacienti prisudzujú. Tento pocit, že sú pacientom vylúčení z hry, môže predstavovať proces projektívnej identifikácie, v ktorom pacient prehliada terapeuta práve tak, ako bol on sám prehliadaný svojimi rodičmi. Inými slovami, aspekt pacienta je projikovaný na terapeuta, ktorý sa s ním najskôr identifikuje, a potom pomôže pacientovi, aby ho reintrojikoval. Kontrola tohto projikovaného aspektu pacienta môže tvoriť veľkú časť psychoterapeutickej liečby narcistických pacientov. Porozumenie tomuto vzorcu pomôže terapeutovi vyhnúť sa stiahnutiu sa pred pacientom, sadistickým konfrontáciám a pocitom zranenia a zneužívania pacientom.

Hypervigilantná varianta narcistickej osobnosti vedie terapeuta k zápasu s protiprenosovým pocitom, že ho pacient chce kontrolovať. Keď pacient vyhodnocuje každý terapeutov pohyb ako prejav nudy alebo odmietnutia, terapeut sa môže cítiť nútený kontrolovať sa a neustále sústreďovať pozornosť na pacienta. Tento protiprenosový vývoj je možné produktívne zvládnuť pomocou vhodných intervencií. Terapeut, ktorému je bližší Kernbergov prístup, by napr. mohol

povedať: "Zdá sa, že máte nerealistické očakávanie, že môžete druhých kontrolovať a prinútiť ich, aby sa správali, akoby boli časťou, pokračovaním vás samotných, a neumožníte im, aby reagovali tak, ako to oni sami cítia a v súlade s ich potrebami". Self-psychologická intervencia by mohla znieť: "Zdá sa, že vás zraňuje, keď si odkašlem, alebo sa pohniezdím vo svojom kresle, pretože máte pocit, že vám nevenujem plnú pozornosť". Podstatným u oboch typov intervencií je, že takéto poznámky prenesú behaviorálnu interakciu, spojenú s protiprenosovou odpoveďou, do verbálnej sféry, kde môže byť potom otvorene diskutovaná ako záležitosť, týkajúca sa terapeuta a pacienta.

A napokon, terapeut bude musieť často zápasiť s protiprenosovými pocitmi, súvisiacimi s pacientovou intenzívnou snahou znevažovať ho.

Slovné spršky, plné osočovania a znehodnocovania terapeuta sú u narcistických pacientov bežné. Keď už trvajú nejakú dobu, terapeut sa cíti zbytočný a neschopný, ako aj zranený a rozhnevaný. Títo pacienti sú schopní vyvolávať silnú protiprenosovú nenávisť, čo môže viesť ku pomstychtivým poznámkam alebo zle mieneným rozhodnutiam v snahe pomstiť sa pacientovi. Hoci ako terapeuti môžeme zniesť určitú mieru zneužívania, u každého existuje určitá hranica, ktorú si sám stanoví. Keď dôjde ku prekročeniu tejto hranice, terapeut s tým musí pacienta naliehavo konfrontovať tak, že zdôrazní ako takéto jeho správanie nabúrava šancu, aby jeho liečba bola účinná.

## Skupinová psychoterapia

Dynamická skupinová psychoterapia u narcistických porúch osobnosti, ak je používaná ako jediný spôsob liečby, má hocne úskalí. Bezohľadným narcistickým pacientom sa môže páčiť myšlienka, že pri skupinovej psychoterapii budú mať publikum, ale môžu tiež ťažko znášať skutočnosť, že aj iní pacienti vyžadujú, aby im terapeut venoval určitý čas a pozornosť. Hypervigilantný narcistický pacient môže byť zranený už samotným návrhom skupinovej terapie. Vníma to ako odmietnutie alebo ako známku toho, že terapeut oňho nemá záujem. Väčšina narcistických pacientov bude vnímať skupinovú psychoterapiu ako situáciu, v ktorej bude prehliadaná ich mimoriadnosť a jedinečnosť. Keď vstúpia do skupinovej terapie, vyhradujú si pre seba všetok priestor v diskusii alebo sa stavajú do role "doktorovho asistenta", ktorý pozoruje problémy iných ľudí, ale popiera svoje vlastné.

Napriek problémom, ktoré v sebe nesie skupinová liečba, predsa má aj určité zjavné výhody. V skupine sú narcistickí pacienti konfrontovaní a musia prijať fakt, že aj druhí majú svoje potreby, a preto nemôžu očakávať, že po celý čas bude venovaná pozornosť len im. Navyše môžu profitovať zo spätnej väzby, ktorú im poskytnú pacienti v skupine, o tom, ako ich charakterové črty pôsobia na druhých. Takisto oni samotní môžu byť užitoční pre druhých pacientov v skupine tým, že aktivujú latentné pocity závidosti a nenádytnosti u pacientov s inými formami osobnostnej poruchy.

Podľa niektorých autorov je kombinovaná individuálna a skupinová psychoterapia narcistických pacientov účinnejšia ako každá z týchto terapií samostatne (Horowitz, Wong). Niekoľko skupín absorbuje pacientove naliehavé požiadavky na venovanie pozornosti, ale ak najskôr začne bežať individuálny proces, pacientove požiadavky v skupine sa znižujú. Wong dokonca doporučoval radšej dlhé prípravné obdobie individuálnej terapie s využitím technického prístupu blízkeho Kohútovmu, tak aby bola vytvorená pevná terapeutická aliancia

prv, než pacient vstúpi do skupiny. Táto prípravná perioda tiež poskytne pacientovi čas skúmať jeho osobné fantázie, týkajúce sa skupinovej terapie. Wong doporučoval, aby individuálnu aj skupinovú terapiu viedol ten istý terapeut. Aj pri takejto kombinácii musí terapeut aktívne podporovať pacienta, ak iní členovia skupiny z neho začnú robiť obeťného baránka. Skupinový terapeut napomáha ostatným pacientom empaticky vnímať potrebu narcistického pacienta, aby bol uznaný a obdivovaný.

Skupinová psychoterapia pomáha tiež zriediť intenzívne negatívne prenosy. To platí u narcistického pacienta, ako aj u ostatných pacientov. Podobne sa v skupinovej terapii rozriedia aj protiprenosové reakcie. Doporučuje sa však, aby bol do heterogénnej skupiny zaradený iba jeden narcistický pacient, pretože požadovačnosť viacerých narcistických pacientov by preťažila ďalších členov skupiny.

### **Narcistická porucha osobnosti v priebehu životného cyklu**

Narcistickí pacienti, ktorí prichádzajú do terapie v období ranej dospelosti, sa často sťažujú na kvalitu ich intímnych vzťahov. Často majú za sebou opakované zlyhania vzťahov, ktoré mali len krátke trvanie a neboli uspokojujúce. Po tom, čo sa počiatočné očarenie vytratí, idealizácia partnera sa zmení buď na jeho znehodnocovanie, alebo na nudu, pacienti sa stiahnu a hľadajú si iných partnerov, ktorí by naplnili ich potrebu obdivu, ubezpečovania, bezpodmienečnej lásky a dokonalého súladu. Tento vzorec vycicania druhých ľudí a odhodnenia prázdnej škrupiny sa napokon stáva únavným. Títo pacienti sa často usadia a uzavrujú manželstvo v 30-ke alebo 40-ke.

Nie div, že po vstupe do manželstva sa objavia ďalšie ťažkosti. Do terapie môžu vstúpiť pod pláštikom sexuálnych problémov, depresie alebo impulzívneho správania. Tieto prezentované problémy často maskujú v ich pozadí ležiacu hrôzu z toho, že budú zahanbení alebo pokorení ich manželským partnerom (t.zn. strach z fragmentácie self, vyjadrené self-psychologickou terminológiou). Narcistický manžel napr. obviňuje svoju manželku, že sa neustále snaží pokoriť ho, a nevedomuje si pritom, že to on má problém s prílišnou vulnerabilitou, závislosťou a mimoriadnou potrebou seba-objektových reakcií manželky, ako je napr. zrkadlenie. Tento istý manžel môže dosiahnuť stav chronickej zlosti, kedy pociťuje voči svojej manželke neustálu nenávisť a horkosť za to, že s ním nezaobchádza tak, ako by podľa jeho predstáv mala. Takéto manželstvá môžu byť veľmi refraktérne na liečbu, pretože narcistický pacient považuje zranenie za také devastujúce, že odpustenie partnerovi neprichádza do úvahy.

Bez ohľadu, či narcistickí pacienti počas života uzavrujú manželstvo, alebo nie, veľmi ťažko znášajú stárnutie. V mnohých prípadoch sú títo pacienti telesne atraktívni a v interpersonálnom kontakte šarmantní a v mladšom veku dosiahli určité úspechy. Napriek tomu, hoci môžu oddialiť pohľad do tváre prázdnoty v ich vnútri, nemôžu mu uniknúť. Kernberg poznamenal:

"Keď si uvedomíme, že väčšinu narcistických uspokojení zažije človek v období adolescencie a ranej mladosti, a že ja keď určité narcistické triumfy a uspokojenia dosahuje aj v období dospelosti, človek sa napokon musí postaviť tvárou v tvár stárnutiu, chronickým ochoreniam, telesným i psychickým obmedzeniam, a hlavne odlúčeniam, stratám a osamelosti, prichádzame k záveru, že konfrontácia grandiózneho self so slabou, limitovanou a prechodnou povahou ľudského života je nevyhnutelná".

Narcistickí pacienti starnú ťažko. Ich grandiózne fantázie o večnej mladosti a kráse neľútostne narážajú na známky stárnutia. Aby dokázali svoju mladistvosť a energiu, horúčkovite sa vrhajú do mimomanželských vzťahov s oveľa mladšími partnermi, alebo sa zúčastňujú maratónskych behov. Obvyklé sú tiež dramatické náboženské konverzie, pomocou ktorých sa vyhýbajú smúteniu pomocou manického úletu do tieňa idealizovaného objektu (Boha).

Veľkým dielom sa na potešeniach v strednom a staršom veku podiela radosť a z úspechu mladších ľudí, napr. vlastných detí. Jednou z tragédií u ľudí s narcistickou poruchou osobnosti je, že sú ochudobnení o tento zdroj potešenia, kvôli ich závisť a zúfalstvu. Takéto pocity môžu priviesť týchto pacientov do terapie, keď sa blížia ku 40-ke. Cítia, že im niečo chýba a že ich životy majú akýsi nesprávny kurz, môžu byť v tomto období prístupní terapii. Často sa cítia osamelí, bez akýchkoľvek podporných vzťahov a majú ničivý pocit, že nie sú milovaní. Akoby potvrdzovali varovanie Benjamina Franklina: "Ten, čo miluje sám seba, nemá rivalov".

Narcistickí pacienti predstavujú pre terapeutov obrovskú výzvu. Kernberg ubezpečuje, že táto práca stojí za námahu, hoci bude len čiastočne úspešná, pomôže zmierniť spustošenia druhej polovice života. Ak narcistickí pacienti dosiahnu vďaka liečbe určitú mieru empatie, môžu čiastočne nahradiť závisť obdivom, začnú akceptovať druhých ako samostatné individua s ich vlastnými potrebami a môžu sa tak vyhnúť tomu, že skončia svoj život v zatrpknutej izolácii.

## **PORUCHY OSOBNOSTI - PODSKUPINA B: ANTISOCIÁLNA PORUCHA OSOBNOSTI**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Michaela Bulková, TN)

Pacienti s antisociálnou poruchou osobnosti sú možno najrozsiahlejšie študované poruchy osobnosti, ale sú tiež pacientami, ktorým sa lekári najviac vyhýbajú, lebo v terapeutickej situácii majú tendencie klamať, podvádzať, kraďnúť, vyhrážať sa a inak nezodpovedne konať.

Boli označovaní ako "psychopati", "sociopati" a "deviácie osobnosti", čo sú termíny, ktoré boli v psychiatrii tradične spájané s výrazom "byť neliečiteľný". Niektorí môžu argumentovať, že títo pacienti majú byť považovaní za kriminálnikov a nemajú byť zahrňovaný pod značku psychiatrie.

Avšak klinické skúsenosti ukazujú, že názov antisociálna porucha je vhodnejší, a označuje spektrum pacientov, od úplne neliečiteľných po tých, ktorí sú za istých podmienok liečiteľní.

V klasickej práci "Maska duševne zdravých" - Hervey Clechley (1941-1976) poskytol prvý podrobný klinický opis týchto pacientov. Jeho názov naznačuje, že Clechley vidí psychopatov ako jedincov, ktorí nie sú psychotickí, ale ktorých správanie je tak chaotické a tak slabo prispôbené podmienkam reality a

spoločnosti, že to označuje ako "psychóza pod povrchom". Hoci sa psychopati zdajú byť schopní nadviazať vzťah k druhým ľuďom, sú vo všetkých vzťahoch nezodpovední, a neberú ohľad na pocity alebo znepokojenie druhých. Navyše sa zdajú úplne neschopní učiť sa skúsenosťami.

Ich nezodpovednosť a zneužívanie vo vzťahoch je zapríčinené enormnými ťažkosťami medzi rodinou a priateľmi. Postupne v Clychleyovej práci slovo psychopat bolo nahradené slovom sociopat, ako odraz skôr sociálneho dopadu ťažkostí týchto jedincov. Medzičasom, v roku 1968 Americká psychiatrická asociácia vydala druhý diagnostický a štatistický manuál (DSM-II). Výraz antisociálna osobnosť sa stal uprednostňovanou nomenklatúrou.

Hoci požiadavky DSM-III poskytli viac diagnostických detailov, ako pre iné poruchy osobnosti, značne zúžili ohnisko ťažkostí na kriminálnu populáciu, prekrývajúcu sa s nižšími socioekonomickými skupinami. Detailné štúdie väzenskej populácie ukazujú, že iba 40-50% uväznených kriminálnikov má antisociálnu poruchu osobnosti. Ďalší problém DSM-III kritíí bol, že poskytli iba o čosi viac ako opis aktivít správania, bežné zistených u kriminálnikov.

Clechleyov opis bližšie popisuje psychodynamické aspekty tejto poruchy osobnosti, ako neschopnosť milovať, strata empatie, chýbanie výčitiek svedomia alebo hanby a neschopnosť učiť sa zo skúseností. Napriek zlepšeniam v DSM-IV kritériách, určité problémy trvajú. Kritériá stále odrážajú viac osobnostnú než psychodynamickú štruktúru.

Výraz psychopat získal popularitu v nedávnych rokoch ako diagnostický termín, ktorý zahrňuje konkrétne psychodynamické a aj biologické ťažkosti antisociálnej poruchy osobnosti (Meloy 1988). Meloy použil tento výraz, aby opísal osobnosti s totálnou absenciou empatie a sadomasochistického interakčného štýlu, založeného viac na sile, ako na emocionálnej väzbe.

## T 17.2 DSM-IV kritériá antisociálnej poruchy osobnosti

### A. Tri alebo viaceré body z nasledujúcich:

1. neschopnosť prispôbiť sa sociálnym normám a správaniu, prejavujúca sa v opakovanom páchaní trestných činov s dôsledkom väzenia
2. nečestnosť, prejavujúca sa opakovaným klamaním, používaním falošných mien alebo podvádzanie druhých pre osobný zisk a potešenie
3. impulzivita alebo neschopnosť plánovať dopredu
4. nedotklivosť a agresivita - prejavujúca sa opakovanými fyzickými útokmi
5. nedbalosť, ohrozujúca pre bezpečnosť seba a iných
6. nezodpovednosť - prejavujúca sa v opakovanej neschopnosti trvalejšie sa zamestnať, alebo plniť si finančné povinnosti
7. nedostatok súcitu

### B. Vek - minimálne 18 rokov.

### C. Poruchy správania so začiatkom pred 15-tym rokom

### D. Antisociálne správanie sa nevyskytuje výhradne počas manickej epizódy alebo epizódy schizofrénie

## Tab. 17.1 Clechleyove kritériá pre psychopatiu, rok 1941

1. povrchný šarm a dobrá "inteligencia"
2. absencia halucinácií a iné znaky racionálneho myslenia
3. absencia neurózy, alebo psychoneurotických prejavov

4. nespoľahlivosť
5. nepravdovravnosť
6. nedostatok výčitiek svedomia a hanby
7. neadekvátne motivované protispoločenské správanie
8. slabý odhad a neschopnosť učiť sa zo skúseností
9. patologická egocentrickosť a neschopnosť lásky
10. všeobecná chudoba v hlavných ovplyvnených reakciách
11. špecifická strata empatie
12. nezodpovednosť medziľudských vzťahoch
13. odpudzujúce správanie, s alebo bez abúzu alkoholu
14. zriedkavé páchanie suicídia
15. sexuálny život neosobný, bezvýznamný a nezodpovedný
16. neschopnosť naplňať životné plány

Terapeuti sa stretávajú s množstvom pacientov s antisociálnymi vlastnosťami. Vďaka dynamickému porozumeniu (diskutované neskôr v tejto kapitole), ktoré je u narcistickej a antisociálnej patológie príbuzné, môžu zvážiť, či je pacient liečiteľný a nakoľko je schopný spolupracovať pri liečbe.

## Epidemiológia

Táto porucha osobnosti, ktorá má v populácii USA 2-38% celoživotnú prevalenciu. Osobnosti s touto odchýlkou bežnejšie nachádzame v centrách miest, mnoho z nich odišlo zo strednej školy pred maturitou. U antisociálnych jednotlivcov je vidieť povrchné chápanie zmyslu života (Person 1986). Sú náchylní cyklicky zarábať a utrácať peniaze často ide o ťažkých alkoholikov. Je nápadný vzťah medzi antisociálnou charakterovou patológiou a zneužívaním drog (Clechley 1986).

S antisociálnou poruchou osobnosti je spätá kriminalita a toxikománia (Halleck 1986), 52% až 65% zločincov abuzovalo drogy. Pacienti s antisociálnymi problémami sú väčšinou muži a pomer medzi mužmi a ženami je od 4:1 do 7,8:1.

Bol zistený spoločný výskyt psychopatie a somatizačnej odchýlky, histérie v rodinách (Clechley 1978). Nedávno navrhnuté vysvetlenie pre tento vzťah je, že rodinné prostredie ovplyvňuje, či jedinec s hysterickou tendenciou bude rozvíjať antisociálnu osobnosť, alebo somatizačnú poruchu.

Napriek častejšiemu výskytu tejto poruchy osobnosti v mužskej populácii, vyskytuje sa aj u žien, čo môže byť prehliadané. Zvodná a manipulatívna žena, ktorá prejavuje značnú antisociálnu aktivitu, je radšej označovaná ako hysterická alebo borderline. Jedna 19-ročná hospitalizovaná pacientka bola zapletená do antisociálneho konania, vrátane vraždy svojho manžela (ktorý, podľa jej slov, sa ju pokúšal znásilniť), ako aj kradnutia, klamania a podkopávania liečebného procesu iných pacientov. Počas jej hospitalizácie presvedčila 2 pacientov, aby zobrali sochor z jej okna a pomohli jej utiecť. Počas túlania sa s nimi po krajine (používajúc kreditné karty jej rodičov), ich na letisku bez peňazí opustila. Vrcholom bolo, keď založila požiar v nemocničnej izbe a tým ohrozila bezpečnosť oddelenia. Pretože táto pacientka bola atraktívna, "zvodná", a nie bez osobného šarmu, jej terapeuti mali stále pochybnosti. Niektorí videli jej správanie skôr ako prejav depresie, než sociálnej patológie. Teraz však splnila obidve z DSM-IV kritérií pre antisociálnu poruchu osobnosti a psychodynamické kritériá pre psychopatiu. Táto tendencia ku chybnému diagnostickému antisociálnej osobnosti u ženy sa môže zmeniť, keď ženy získajú väčšiu sociálnu slobodu. Keď väčšina žien zmení životný štýl do tradične

mužskej podoby, bude u nich antisociálna porucha osobnosti diagnostikovaná častejšie.

## **Dynamické porozumenie**

Úplné porozumenie osobnosti s antisociálnou poruchou musí začať s rozpoznaním biologických faktorov, ktoré jasne prispievajú k jej etiológii a patogenéze. Štúdie dvojčiek poukazujú na genetické faktory, ktoré ovplyvňujú rozvoj psychopatie. Konkordancia pre kriminalitu je 2 až 3x vyššia u monozygotných dvojčiat, než u bilygotných. Štúdie tiež podčiarkli vzťah agresivity k hormonálnym a neurochemickým faktorom (Meloy 1988). Bolo tiež zistené, že antisociálni jednotlivci sú automaticky hyperaktívni kvôli ich neschopnosti učiť sa zo skúseností (Meloy 1988). Niektorí antisociálni pacienti sa očividne stávajú násilní počas neurologicky podnietených epizód nekontrolovateľnosti. Avšak táto podskupina pacientov bežne zneužíva takéto telesné problémy na ospravedlnenie násilia (Meloy 1988). Podobne sa kriminálnici často snažia hľadať na psychiatrickom oddelení úkryty, aby sa vyhli stíhaniu.

Známym príkladom takéhoto podvodu bol pokus Hennetha Bianchisa presvedčiť úrady, že trpí multiplexnou poruchou osobnosti, keď bol zatknutý v spojitosti s vraždami Hillside Stranger. Približne 2/3 všetkých vrahov tvrdia, že sú nevinní.

Aj biologické faktory môžu prispieť k včasným problémom vo vzťahu dieťa - matka. U antisociálnych pacientov opakovane zisťujeme anamnézu zanedbávania, alebo zneužívania rodičmi v detstve. Vrodené faktory môžu sťažovať ich utíšenie a môžu zasiahnuť aj ich normálny náklonnostný proces (Meloy 1988). Bez ohľadu na to, či je problém u dieťaťa, matky, alebo u oboch, psychopati jasne nedosiahli vývojovú úroveň objektnej stálosti. Ako dôsledok majú nedostatok materinskej lásky a pochopenia. Tak, ako pacienti s narcistickou poruchou osobnosti, formulujú patologicky prehnané vlastné "ja" (self). Táto štruktúra sa však odlišuje, oproti narcistickým pacientom dôležitým spôsobom. Kernberg (1975) opísal narcistické prehnané vlastné "ja" (self) ako splynutie skutočného, ideálneho seba a ideálneho vnútorného objektu.

Na druhej strane, u psychopatov "ideálny objekt" znamená agresivitu, často je prežívaný ako cudzí, self-objekt. Odlišné netypické objekty Kohútovej psychológie "ja" (self) (kapitola 2) odrážajú skúsenosti s rodičmi, ako s cudzincami, ktorým nemožno dôverovať. Táto nedôvera môže pochádzať zo skutočnej skúsenosti s rodičovskou krutosťou a nedbalosťou. Nedostatok základnej dôvery, kombinovaný s absenciou láskyplných skúseností s materskou osobou, má závažné následky pre budúci rozvoj psychopata. Proces zjavne dosahuje mŕtvy bod pred dokončením separácie a rozvojom objektnej stálosti. V rovnakom čase emocionálna náklonnosť do dieťaťa k matke je vykoľajená, pretože matka je vnímaná ako cudzinec alebo dravec. V ďalšom rozvoji dieťaťa spolu prebiehajú dva inak oddelené procesy - jeden je charakterizovaný absolútnym vylúčením zo všetkých vzťahov a z afektívnych skúseností, zatiaľ čo druhý je viac objektu príbuzná cesta - je charakterizovaný ako sadistický pokus o zväzok s druhými cez prejavy sily a deštruktívnosti. Ďalšia implikácia detského včasného vzťahu s matkou je, že ďalší sa vzdáľuje príbuznosti a vylučuje normálne pasáže do depresívnej pozície vývoja. Psychopatickí pacienti nikdy nevnímajú druhých - ako oddelených ľudí s ich vlastnými pocitmi. Preto neprežívajú depresívnu úzkosť alebo vinu, vyplývajúcu zo znepokojenia, že ich činy môžu zraniť iných. Výsledok tohto faktu je, že



psychopati sú neschopní skutočnej depresie. Keď psychopati hovoria o depresii, v skutočnosti popisujú stav zúrivej nenávisť ku svetu, ktorý im neplní ich želania. Časté sú u nich pocity nudy.

Samovražedné pokusy týchto pacientov súvisia skôr s hnevom než s pravou beznádejou a želaním zomrieť, ako je to u pacientov s afektívnou poruchou. Vážne narušenie psychopatov zvyčajne vedie ku nedostatočnému rozvoju superega. Absencia akéhokoľvek morálneho zmyslu u týchto jednotlivcov je jednou z ich desivých charakteristík. Ich jediný hodnotový systém je skúšanie agresívnej sily, a ich jediná cesta rozvoja superega môže byť ku sadistickým, alebo cudzím sebaobjektom, čo sa prejavuje ich sadistickým a krutým správaním.

Allen, 10-ročný chlapec, ktorý bol prijatý do nemocnice. Počas prijímacieho pohovoru so psychiatrami a sociálnymi pracovníkmi, opísali jeho rodičia dlhú históriu agresívneho správania. Allen sa opakovane bil v škole, bol zapletený v menších prípadoch vandalizmu a odmietol poslúchať svojich rodičov. Allenov otec opísal prípad, ktorý nakoniec rozhodol pre synove prijatie do nemocnice. Starý pán prechádzal autom popri ich dome. Allen bol v záhrade s terčom a šípkami. Hoci chlapík jazdil 30 míl za hodinu, Allen bol schopný prestreliť šípku cez čelné sklo auta a trafiť mu oko. "Musíte uznať, že to bola celkom dobrá strela". Na perách Allenovho otca sa objavil úsmev a na Allenovej tvári zmätený pohľad.

Je dôležité rozlíšiť medzi antisociálnym správaním a antisociálnou poruchou osobnosti. Správanie antisociálneho charakteru môže vzniknúť z tlaku vrstovníkov, z neurotického konfliktu alebo zo psychotického myslenia. V týchto prípadoch to nemusí mať žiadny vzťah k antisociálnej poruche osobnosti. Ďalší aspekt patológie superega je viac charakteristický pre skutočného psychopata než pre narcistickú osobnosť, je to absolútny nedostatok morálneho cítenia a racionalizácia antisociálneho správania. Keď konfrontujeme s antisociálnym správaním psychopatov, nepopierajú ho, ale prehlasujú, že obeť ich antisociálnych činov dostali to, čo si zaslúžili. V inom prípade si volia klamstvo, aby sa vyhli zodpovednosti za ich správanie.

Pán NN bol 23-ročný muž, ktorému bolo súdom nariadené dlhodobé liečenie. Krátko po rozsudku rozprával s konzultantom, ich dialóg znel:

Konzultant (K): Ako ste sa dostali do nemocnice?

Pacient (P): Poslal ma sem súd.

K: Kvôli čomu?

P: Bol som účastník automobilovej nehody a môj najlepší priateľ bol nešťastnou náhodou zabitý.

K: Ako sa to stalo?

P: Jazdil som po ulici, mysliac na môj vlastný obchod, keď muž predo mnou prudko zabrzdil, preletel som cez zadnú časť jeho auta a zbraň mi z ruky vyletela a nešťastne postrelila hlavu môjmu najlepšiemu priateľovi.

K: Prečo nosíte zbraň?

P: V štvrti v ktorej žijem musíte nosiť zbraň. Musím sa chrániť. Všade okolo je veľa drogových dílerov.

K: Prečo vás súd poslal v súvislosti s touto nehodou do nemocnice?

P: Dobrá otázka.

K: Máte nejaké emocionálne problémy?

P: Nie, som celkom šťastný človek.

K: Mali ste predtým nejaké problémy zo zákonom?

P: Iba jedna vec, ktorá sa stala, a tiež to nebola moja chyba. Moji kámoši rozbili

automat z pracovne a ostali v krytom vchode ako náplast'. Polícia si myslela, že som to spravil ja a uväznila ma.

Nedostatok zodpovednosti pána NN sa ukázal v jeho chýbaní súcitu s jeho "najlepším priateľom" a neschopnosti uvedomiť si vlastné problémy, ktoré mohli prispieť k jeho situácii. Toto sú podstatné problémy, na ktoré terapeut naráža pri práci s antisociálnymi pacientami.

Psychopatia je najviac zrozumiteľná ako primitívny variant narcistickej poruchy osobnosti (kapitola 16), opísaný Kernbergom (1984, Meloy 1988, Reid 1985) s rovnakou úrovňou osobnostnej organizácie, ktorá súvisí s primitívnymi obranami a vysoko patologickými vnútornými objektovými vzťahmi (Kernberg 1975). Existuje 5 hlavných rozdielov medzi psychopatickou a nepsychopatickou narcistickou poruchou osobnosti (vid'. tab. 17.3).

Obidva, narcistický aj psychopatický variant sa vyznačujú nudou a chýbaním empatie, neschopnosťou tvoriť plnohodnotné vzťahy s inými. Psychopati sa prejavujú agresívnejšie než narcistická osobnosť. Obe skupiny manipulujú druhými so šarmom, ale narcistickému pacientovi ide viac o zvýšenie sebaúcty, kým u psychopata je základná motivácia manipulácie symbolicky ničiť, pokoriť a dominovať nad druhými (Osoba 1986). Hoci hľadanie objektu sa môže u psychopata javiť hedonistické, slúži skôr ku upokojeniu dominujúcich agresívnych potrieb.

T 17.3 Charakteristiky, ktoré odlišujú psychopatické varianty od narcistickej poruchy osobnosti:

1. všetky interpersonálne interakcie sú charakterizované silou a agresiou
2. jediný prejav superega je prítomnosť sadistického superega, ktoré je charakterizované sadistickým a krutým správaním k druhým
3. "ideálny objekt" je vysoko agresívny, cudzí self-objekt, čo súvisí so zanedbávaním alebo zneužívaním rodičmi
4. pri racionalizácii antisociálneho správania osoby nie je preukázaný žiadny záujem
5. chýbanie iného hodnotového systému ako vlada hrubej sily

### **Nemocničná liečba**

Psychopatické správanie pacientov s antisociálnou poruchou osobnosti môže značne ovplyvniť chod liečebného poriadku oddelenia a liečbu druhých pacientov. Títo pacienti budú nestáli, sexuálne zneužívajúci, útočiaci na druhých pacientov, budú klamať personál, pašovať drogy a alkohol na oddelenie, odmietať liečenie a navádzať zamestnancov k neetickému správaniu. Niektorí budú systematicky ničiť terapeutickú alianciu, ktorú si vybudovali iní pacienti s personálom.

Pán NN bol 46-ročný duchovný, ktorého na liečenie odoslal jeho nadriadený, pretože jeho správanie vyvolávalo chaos pri bohoslužbách. Zlákala skupinu žien, ktoré navštevovali kostol a mal obľubu mierniť ich viny zmenením základných pravidiel viery. Podobné črty v správaní sa vyskytli aj v nemocnici. Pán NN bol na skupinových sedeniach tichý, ale napriek tomu ustavične "otravoval" ohováraním zamestnancov pri stretávaní sa so spolupacientami. Systematicky povzbudzoval k nenávisti ostatných pacientov, spochybňoval účinnosť liečenia. Videl všetky vzťahy medzi pacientami a ženskou časťou personálu ako sexuálne podfarbené a hoci jeho sexuálne správanie bolo blokové podmienkami, vždy si našiel spôsob, ako zviest' ženu. Často hovoril pacientom vtipy na sexuálne témy o

sestričkách a doktorkách na oddelení. Jeho liečenie skončilo, keď plánoval uskutočniť útek s pacientkou. Ešte niekoľko mesiacov po odchode pána NN bol cítiť jeho vplyv v správaní, hodnotách a postojoch pacientov na oddelení.

Mnoho inteligentných psychopátov predstavuje pri hospitalizácii odlišný problém. Pretože vedia, že nemocnica je pohodlnejšia ako väzenie, presvedčajú zamestnancov nemocnice, že liečenie je pre nich prospešné. Títo pacienti sú veľmi zruční v presvedčaní personálu. Hoci proklamujú svoju motivovanosť k liečbe, sú to iba povrchné vyhlásenia.

Aby sme sa vyhli obrovskému investovaniu času, peňazí a energie, terapeuti musia určiť, ktorý pacient s antisociálnou poruchou osobnosti je vhodný na liečbu. Existuje zhoda v tom, že ozajstní psychopati nepatria na jednotky všeobecnej psychiatrie, pretože nie sú schopní profitovať z liečenia, pretože majú tendencie hrať "líšku v ovčom rúchu".

V špecializovaných inštitúciách, ako je Patuxent inštitút v Marylande alebo Herstednester inštitút v Nemecku liečia psychopátov homogénnym zložením "mileue". Tieto programy sa ťažko vzťahujú na skupinu vrstovníkov, ale pritom majú jasnú štruktúru s jasnými a priamymi pravidlami. Porušovanie pravidiel sa trestá.

Takáto kontrola nad pacientami blokuje ich obvyklé kanály pre odvádzanie nepríjemných dôsledkov z ich konania, a preto môžu prísť do priameho styku so svojou úzkosťou a agresiou. Takáto liečba býva nariadená súdom..

Malá skupina pacientov s antisociálnymi rysmi, zvyčajne s narcistickou poruchou osobnosti, môže z hospitalizácie profitovať. V liečbe je dôležité dbať aj o duševné zdravie zdravotníkov.

Zamestnanci nemocnice majú často potrebu vidieť seba samých ako schopných liečiť neliečiteľných pacientov. Niekedy majú sklon vytvárať s pacientami aliancie, tí však nemajú záujem o ľudské vzťahy. Tieto tendencie môžu viesť terapeutov k presvedčeniu, že antisociálne správanie je v skutočnosti "plač o pomoc".

Zle určená diagnóza môže spôsobiť vnímanie pacienta ako jednoducho narcistického, skôr ako psychopatického. Niekedy sa môže pacientova kriminalita dávať do súvisu s vplyvom alkoholu alebo drog, takže sa pacient nepovažuje za antisociálneho a pestovať vieru, že liečením pacientovej závislosti bude eliminované antisociálne správanie. Mnohé štúdie demonštrovali, že zneužívanie drog v žiadnom prípade nezlepšuje pacientove vyhliadky na zmeny v psychopatológii.

#### T 17.4 Pozitívne a negatívne faktory, ovplyvňujúce efektívnosť liečenia na psychiatrických oddeleniach

##### **Negatívne faktory:**

1. anamnéza súdneho potrestania za zločiny
2. opakované klamstvá, nezodpovednosť
3. obvinenie zo zločinov
4. nedobrovoľná hospitalizácia ako alternatíva
5. anamnéza násilia k druhým
6. diagnóza organického poškodenia mozgu na osi I.

##### **Pozitívne faktory:**

1. prítomnosť úzkosti

2. diagnóza depresie na osi I.

3. psychotická epizóda, iná ako depresívna al. pri organ. poškodení mozgu na osi I.

Prítomnosť diagnózy depresívnej epizódy ako hlavnej diagnózy zvyšuje nádej na efektívnosť liečby. Pacienti, ktorí spĺňajú kritéria pre depresiú, majú vyvinuté superego. Podobne aj prítomnosť úzkosti hovorí o určitých obavách danej osoby v súvislosti s jej správaním a následkami jej konania. V konečnom dôsledku, výskyt psychotickej diagnózy na osi I., ako napr. mánia, ponúka možnosť zlepšiť stav prostredníctvom farmakologickej liečby. Je známe, že jedinci, trpiaci mániou sa častokrát prejavujú svojim antisociálnym správaním. V prípade vážnych psychopátov nebola farmakologická liečba úplne účinná (Halleck 1981).

Keď neexistuje iná možnosť ako pacienta podrobiť liečbe, je v jeho záujme podrobiť ho nedobrovoľnej hospitalizácii v špeciálnom nápravno-výchovnom ústave. Avšak psychopati, ktorí sú donútení k hospitalizácii a následnej liečbe ako k alternatíve k uväzneniu vo väznici, budú jednoducho svoj stav zneužívať voči tej časti personálu, ktorá sa na nich díva ako na "chorých" alebo "narušených" a nie ako na kriminálnikov, ktorých je potrebné potrestať. Za týchto podmienok pacienti buď rozvrátia skupinu alebo prejdú liečbou len povrchne. Mnoho pacientov využíva nemocnicu na to, aby sa "ukryli" pred nevyriešenými právnymi problémami, ktoré vyžadujú ich prítomnosť na súde. Vážna anamnéza násilia ohrozuje a zároveň narúša liečbu, pretože keď sa títo pacienti cítia frustrovaní, často siahajú k násiliu buď voči personálu alebo voči iným pacientom. Podobne aj vážne organické poškodenie mozgu môže narúšať schopnosť pacienta pochopiť a prijať výhody z konštruktívneho správania sa personálu v nemocnici. Správanie personálu tak môže u pacienta vyvolať zvýšenú frustráciu.

U antisociálnych pacientov sa len zriedkakedy vyskytujú všetky pozitívne faktory, a zároveň len zriedkavo postrádajú nedostatok negatívnych faktorov, uvedených v tabuľke 17.4. Aj keď neexistuje žiaden ideálny antisociálny pacient, každý dodatočný pozitívny faktor zvyšuje pacientovu vhodnosť pre nemocničnú liečbu, a každý negatívny faktor danú situáciu zhoršuje (Gabbard a Coyne 1987).

Aj tí s relatívne priaznivým profilom, antisociálni pacienti predstavujú v psychiatrii veľké množstvo ťažkostí. Len dlhodobá nemocničná liečba má šancu priniesť dlhodobú a trvalú zmenu. Títo pacienti majú totiž prirodzenú tendenciu pokračovať v ich afektívne sýtenom impulzívnom konaní. Liečba musí mať preto jasnú a dobre kontrolovateľnú štruktúru. Už od prvého dňa musí personál predvídať rôzne reakcie.

Hneď pri prijímaní pacienta musia byť určené podmienky, ktoré pacient počas svojej liečby v nemocnici musí dodržiavať. Napríklad, pacientovi treba povedať, že prípadné poškodenie vecí, násilie, krádež a sexuálne vzťahy s inými pacientami nebudú tolerované. Ak je pacient závislý na drogách, všetka jeho pošta musí byť otvorená a skontrolovaná personálom, aby sa tak zabránilo pašovaniu drog. Pacientom musí byť jasne povedané, že kedykoľvek opustia skupinu, niekto z personálu ich bude vždy sprevádzať, a že tento stav bude trvať dlhú dobu. Telefonáty a prístup k hotovosti a kreditným kartám budú mať obmedzený. Pacient musí byť oboznámený so skutočnosťou, že za akékoľvek porušenie režimu ponesie zodpovednosť. Už od začiatku musí byť liečba vnímaná ako právna dohoda, platná určitú dobu (zvyčajne ide o pozorovanie trvajúce niekoľko týždňov), počas ktorej sa určí vhodnosť pacienta pre liečbu. Všetky tieto podmienky je potrebné uviesť v "dohode" pri prijímaní pacienta, tak aby aj pacient mal jednu kópiu.

Personál musí pozorne sledovať správanie pacientov - tak v skupine ako aj osamote. Tri typické reakcie personálu sú nedôvera, kollúzia a odsúdenie (Symington 1980). Nedôvera sa môže prejaviť ako popieranie skutočnosti, že pacientovi je "veľmi zle". Racionalizovanie antisociálneho správania, vyvolaného problémami s drogami alebo predstavujúce vzburu adolescentov, môže u personálu vyvolať popieranie prítomnosti psychopatických čŕt, a namiesto toho sa na pacienta dívajú ako na depresívneho a nepochopeného.

Kollúzia je jedným z najzávažnejších problémov. Zvyčajne sa stáva, že pri liečbe antisociálnych pacientov, sa jednému alebo aj viacerým, podarí podplatiť niekoho z personálu. V presvedčení, že takto pacientovi pomôžu, sa ošetrovatelia dopúšťajú nelegálnych alebo inak neetických činov. Títo ošetrovatelia potom v mene pacientov klamú, falšujú zápisy, nadväzujú sexuálne vzťahy a niekedy tiež pomáhajú pacientom pri úteku z nemocnice. Toto správanie je možné pochopiť ako súčasť procesu projektívnej identifikácie, kedy negatívny aspekt pacientovho Ja vstúpi do ošetrovateľa a tak transformuje správanie danej osoby. Členovia personálu, ktorí už boli zapletení do korupcie, častokrát hovoria: "Nesprával som sa ako ja - nebol som sám sebou".

Ďalšou z možností, ako vysvetliť správanie personálu zapleteného do korupcie, je vysvetlenie, ktoré Meloy (1988) nazýva malígna pseudoidentifikácia. V tomto procese, "psychopat vedome imituje alebo nevedome stimuluje určité správanie, ktoré podporí identifikáciu iného človeka s ním, a tak zvýši zraniteľnosť tohto človeka, ktorý sa tak následne stáva prístupnejším voči vydieraniu a zneužívaniu". Simulovanou plačlivosťou, výčitkami svedomia alebo smútkom sa antisociálni pacienti snažia manipulovať tými, čo sa o nich starajú, a vyvolať v nich empatiu. Ak len jeden z opatrujúcich spozná, že pacient simuluje, avšak ostatní pacienti uveria, môže to mať za následok rozdelenie personálu. Tí, ktorí podľahli malígnej pseudoidentifikácii, budú neoblomne obraňovať pacienta pred "útokmi" iných členov tímu. Meloy upozorňuje, že simulované správanie pacienta je možné spoznať podľa sadistického výrazu v tvári pri vyjadrovaní smútku a podľa očividne rýchleho zotavenia, zanechávajúc pritom u pozorovateľa dojem, že bol práve svedkom nejakého predstavenia.

Odsúdenie je tretím typom reakcie personálu, ktorý môže vyvolať vážne problémy. Častokrát je takéto správanie vyjadrované názormi personálu, že ten ktorý pacient je úplne neliečiteľný, a že žiadne úsilie, vynaložené na liečbu, nebude dostatočné. Takéto rozhodnutie môže byť vyslovené na základe racionálneho zváženia objektívnych faktorov, avšak častejšie sa stáva, že ide o vyhlásenie, urobené na základe vypočutia si minulých antisociálnych činov daného pacienta. Táto automatická reakcia však môže vyvolať nesprávne rozhodnutie, pretože konanie pacienta v minulosti bolo založené na skúsenostiach s podobnými ľuďmi v danom okolí. Odsúdenie, ktoré je vyvolané intenzívnou prácou s pacientom, možno vysvetliť ako projektívnu identifikáciu s agresívnym vnútrom pacienta.

Ďalším častým typom správania pri liečbe antisociálnych pacientov sú reakcie, podmienené pocitmi bezmocnosti a nemohúcnosti ovplyvniť pacienta, ktorý liečbe odoláva. Personál si v takýchto situáciách niekedy praje zničiť tohto pacienta, ktorý vyrastal naplnený hnevom a ovplyvnený stratou svojej identity (Strasberger 1986). Personál sa tiež môže obávať útoku zo strany týchto pacientov, ktorí sa im často vyhrávajú alebo ich inak ohrozujú. (Niektorí psychopatickí pacienti vyvolávajú už pri pohľade na personál intenzívny strach z napadnutia /Meloy 1988./) Strach z útoku môže u personálu vyvolať uvoľňovanie pevnej štruktúry, ktorú pacient pre svoje vyliečenie nevyhnutne potrebuje. Jednou z možností, ako nevyvolať u

pacienta hnev alebo násilie, je uvedomenie si príčin uvoľnenia alebo nedodržovania štruktúry a nedostatku trpezlivosti pre pacienta. Napríklad, napriek tomu, že mladý svalnatý pacient už niekoľkokrát pri rôznych príležitostiach zbil iných pacientov, bolo mu dovolené sa voľne prechádzať. Tí ošetrovatelia, ktorí sa o neho starali, toto uvoľnenie štruktúry odôvodňovali tým, že sa nedajú vyprovokovať a nebudú konať tak ako jeho rodičia, ktorí ho častokrát trestali.

Najdôležitejším aspektom pri liečbe antisociálnych pacientov je sústavné sústredenie sa na chybné myšlienkové procesy (Yochelson a Samenow 1976). Ak sa stavajú do úlohy obete, pretože sú volaní na zodpovednosť za svoje konanie, musia byť konfrontovaní s otázkami, ako sú zodpovední za to, čo sa im stalo. Členovia personálu musia pri rozhodovaní spĺňať tiež funkciu pomocného ega. Personál musí znovu a znovu sledovať a upozorňovať pacientov na to, ako nie sú schopní predvídať následky svojho konania.

Antisociálny pacient má tendenciu meniť impulzy na priame činy. Nemocničný personál musí preto pomôcť týmto pacientom vložiť medzi impulz a čin myšlienku. Inými slovami, vždy keď sa antisociálny pacient stretne s impulzom, personál musí podporiť pacienta v tom, aby premýšľal o tom, aké následky môže vyvolať daný čin. Počas liečby sa pacienti tiež musia naučiť, že impulzy a činy pramenia z pocitov. Častokrát je porozumenie vlastným emóciám pre nich tak vzdialené, že títo pacienti nedokážu identifikovať svoje vlastné vnútorné rozpoloženie.

Všetky tieto stratégie sa sústreďia na "tu a teraz", pretože hľadanie príčin daných problémov v detstve je pri antisociálnych pacientoch častokrát bezvýsledné. Pokus o korupciu personálu zo strany antisociálneho pacienta musí byť tiež riešený vtedy, keď sa stane. Ak nedôjde k okamžitej intervencii, pacient môže na dané správanie zabudnúť alebo ho považovať za nedôležitý priestupok.

Nasledujúci príklad antisociálneho pacienta ilustruje mnohé z opísaných princípov.

Pán OO mal 24 rokov, bol slobodný a na oddelenie pre dlhodobú liečbu prišiel potom, čo bol prepustený z väzenia za predaj kokaínu. Hospitalizácia nebola podmienkou pre podmienené prepustenie, pán OO prišiel z vlastnej vôle. Povedal, že potrebuje zmeniť svoj životný štýl, tak aby už nebol závislý na drogách a aby nezhadzoval šance, ako sa stať úspešným. Čo sa týka histórie predaja a užívania kokaínu, pán OO mal za sebou rozsiahlu históriu antisociálneho správania, zahrňujúcu klamanie, podvádzanie, krádeže a prácu stavebného dodávateľa bez licencie. Jeho vzťahy boli charakterizované vzormi vydierania a manipulovania. Napriek tejto zlovestne znejúcej histórii, pán OO mal úprimnú úzkosť zo svojho deštruktívneho správania a bol motivovaný daný stav zmeniť. Aj preto, že nebol pod žiadnym tlakom, ktorý by ho nútil k hospitalizácii, očakávalo sa, že má skutočnú šancu na úspech. Diagnosticky sa pán OO dal najlepšie opísať ako narcistická osobnosť s antisociálnymi črtami.

Kľúčom liečebného plánu pána OO bolo podpísanie zmluvy medzi ním na jednej strane a tímom ošetrovateľov na strane druhej. Podľa tejto zmluvy bol pán OO povinný dodržiavať špecifickú štruktúru tak, aby mohol byť adekvátne liečený. Táto štruktúra zahrňovala doprovod personálu pri všetkých aktivitách a pri všetkých stretnutiach mimo oddelenia po dobu prvých štyroch mesiacov hospitalizácie, monitorovanie telefónnych rozhovorov personálom, 25 dolárov na týždeň a žiaden prístup ku kreditným kartám, žiadne návštevy priateľov, účasť na všetkých liečebných aktivitách a stretnutiach, žiadne násilné správanie, žiaden sexuálny vzťah s inými pacientami, zákaz poškodzovania zariadenia a žiadne

vyjednávania o zmene tejto štruktúry počas prvých 4 mesiacov liečby. V prípade potreby vyjadriť frustráciu nad určitými impulzami, personál mal za úlohu donútiť pacienta vysporiadať sa so svojou úzkosťou a vnútornou prázdnotou, namiesto negatívnych prejavov v správaní.

Pacient považoval túto štruktúru za enormne frustrujúcu a obmedzujúcu, ale zdalo sa, že si je zároveň vedomý jej dôležitosti. Pán OO bol opakovane konfrontovaný a personálom ustavične upozorňovaný na svoju tendenciu vidieť problémy z externého hľadiska. Bolo mu povedané, že nie je len pasívnou obeťou, podliehajúcou vplyvu iných, ale skôr aktívnym prispievateľom ku problémom, ktoré ľudia v jeho skupine majú. Bol to pekný a šarmantný muž, ktorý zvädzal niekoľko pacientiek, ale potom sa sťažoval, že ich nemôže uspokojiť.

Pán OO tiež znehodnocoval liečebnú štruktúru, otvorene hovoriac, že je smiešna, a že on takéto obmedzenia nepožadoval. Stavajúc sa do pozície obeť extrémne krutých a sadistických ošetrovateľov, si získal u ostatných pacientov veľkú sympatiu. Personál, ktorý si bol vedomý tejto manipulácie zo strany pána OO, uviedol túto tému pri skupinovej práci. Na skupinových stretnutiach bol teda pán OO konfrontovaný so svojim úsilím stavať sa do úlohy obeť namiesto toho, aby sám seba vnímal ako pacienta, ktorý manipuluje s ostatnými tak, ako to robil v minulosti. Pretože pri liečebných stretnutiach pán OO nikdy nespomenul svoje antisociálne správanie, personál musel častokrát pripomínať jemu i ostatným pacientom, dôvody jeho hospitalizácie. Pán OO si počas svojej liečby vyvinul umelé štiepenie na jeho "zlé Ja", ktoré nechal vonku pred nemocnicou, a "dobré Ja", ktoré sa prejavovalo v nemocnici. Opakovane bagatelizoval svoju antisociálnu minulosť ako "históriu". Personál ho však konfrontoval so skutočnosťou, že práve on bol autorom svojich antisociálnych činov, a že i naďalej má v sebe potenciál takto konať. Takýmto spôsobom bolo štiepenie na "dobré" a "zlé Ja" u pána OO narušené a obe jeho časti sa opäť spojili.

Už na začiatku liečby pán OO niekoľkokrát opakovane porušil dohodnutý režim tým, že telefonoval priateľom, aby ho zásobili kokaínom. Vždy keď k takému niečomu došlo, personál okamžite zaviedol ešte väčšie obmedzenia, ako napríklad uväznenie, a to bez akýchkoľvek diskusií alebo vyjednávání. Pán OO bol tiež donútený otvárať svoju poštu pred personálom, ktorý sa tak uistil, či sa tam nenachádzajú drogy.

Pri jednej z príležitostí pán OO zmanipuloval jednu z ošetrovateliek, (ktorá ho považovala za šarmantného a atraktívneho), tak, aby mu požičala dolár na colu, ktorú si chcel kúpiť. Potom ako si kúpil colu, však ošetrovateľke peniaze nevrátil. Kým dozor riešil vzniknutú situáciu s ošetrovateľkou, pán OO bol na skupinovom stretnutí konfrontovaný so svojim konaním. Dlhو rozprával o tom, aké "smiešne a hlúpe" je robiť toľko rozruchu kvôli takému malému množstvu peňazí. Tvrdil, že peniaze chcel čestne vrátiť, ale jednoducho na to zabudol. Tím, zodpovedný za jeho liečbu, však konfrontoval jeho bagatelizovanie a popieranie daného problému s jeho minulosťou. Pán OO bol upozornený na to, že vlastne zopakoval svoje správanie mimo nemocnice z minulosti, len v menšom meradle.

Po niekoľkých mesiacoch nastala u pána OO zmena. Začala sa u neho prejavovať schopnosť premýšľať o konfrontáciách, vyvolaných personálom. Dvakrát týždenne sa zúčastňoval psychoterapie a na výhrady ošetrovateľov už nereagoval defenzívne a automaticky. K tomuto zvratu došlo vo chvíli, keď jedna pacientka z jeho "háremu" spáchala samovraždu, pretože už ďalej nedokázala zniesť skutočnosť, že pán OO venoval svoju pozornosť niekoľkým ďalším pacientkám. Až vtedy si pán OO uvedomil, že jeho vzťahy, založené na zneužívaní žien, môžu byť silne

deštruktívne. Nakoniec si tiež uvedomil, že mu chýba empatia, a že ženy používal len na jednoduché uspokojenie svojich potrieb. Predtým, ako po 18 mesiacoch liečby opustil nemocnicu, si vyjasnil, že jeho závislosť na drogách a aj ostatné impulzívne činy boli spôsobené jeho vnútornými stavmi úzkosti. Obzvlášť dôležité bolo pre neho poznanie, ako sa až extrémne obával odmietnutia alebo opustenia zo strany žien. To, že udržiaval vzťahy s viacerými ženami zároveň, bol jeho spôsob ako znížiť svoju zraniteľnosť.

Po prepustení z liečby pán OO i naďalej pokračoval v psychoterapii a stal sa tiež členom Anonymných narkomanov (Narcotics Anonymous). Pri svojom poslednom stretnutí s nemocničným psychiatrom pán OO poznamenal, že jeho skúsenosť v nemocnici, plná netrepezlivosti, bola vlastne prvá, kedy sa cítil úplne pochopený. Povedal: "Vy ste vždy vedeli, akým dobrým hercom som bol". Aj po 4 rokoch po prepustení z liečby pán OO stále abstinoval od kokaínu a iných drôg a pracoval v oblasti obchodu na plný úväzok. Stal sa aktívnym na trhu s akciami, kde dokázal uplatniť svoje schopnosti riskovať legálnym a sociálne prijateľným spôsobom.

Príklad pána OO je spomedzi hospitalizovaných antisociálnych pacientov jeden z mála. Mnoho pacientov totiž opúšťa liečbu vo chvíli, keď sa ich frustrácia stáva pre nich neznesiteľnou. Malá skupina z tých, ktorí sa podrobujú dlhodobej liečbe, je však úspešná. Pri borderline pacientoch, liečba kombinovaná so psychoterapiou dáva pacientom možnosť rozpoznať vo svojom vnútri nové vzory správania. Jednou z príčin pre zlepšenie stavu pána OO bolo "zjemnenie" alebo modifikácia jeho agresívneho konania. Celkom určite enormné náklady na takúto dlhodobú liečbu nesmú byť investované do takých pacientov, ktorí danú liečbu zneužijú alebo z nej nebudú mať žiadne výhody.

## **Individuálna psychoterapia**

Individuálna psychoterapia, vedená ambulantne, je vopred odsúdená na neúspech. Účinky takejto psychoterapie sú zničené prostredím, ktoré neumožňuje kontrolu liečby. Navyše, pacienti klamstvá a podvody sú tak rozsiahle, že terapeut nemusí mať ani poňatie o tom, čo sa v živote pacienta naozaj deje. Umiestnenie v nemocnici alebo v liečebnom ústave ponúka dôvod pre optimizmus a úspech v psychoterapii u menšej skupiny antisociálnych pacientov, akým bol napríklad pán OO. Psychiatri musia rozoznať pacientov, ktorým sa oplatí venovať čas, energiu a peniaze, ktoré vyžaduje dlhodobá terapia s neistým výsledkom. U čistého psychopata, v dynamickom zmysle, psychoterapia nebude úspešná, a preto by sa ani nemala používať (Kernberg 1984, Meloy 1988, Woody a kol. 1985). Avšak pacient s narcistickou poruchou osobnosti a vážnymi antisociálnymi črtami má pri psychoterapii väčšiu nádej na úspech. Meloy (1988) navrhuje, aby patológia superega týchto pacientov bola dávaná viac do súvislosti s faktormi prostredia ako s biogenetickou etiológiou psychopata. Títo pacienti majú sklony racionalizovať alebo ospravedlňovať svoje správanie, čím ukazujú ich primitívny systém hodnôt. Prístup voči nim je v značnej miere určený ich schopnosťou formovať určité zdanie emocionálneho spojenia s ostatnými a precvičenia si niektorých základných funkcií superega.

Projektívne psychologické testovanie môže byť obzvlášť nápomocné pri určovaní vývinového stupňa superega u antisociálnych pacientov a ich vzťahov s objektami. Napríklad na kvantitatívne ohodnotenie závažnosti antisociálnej patológie sa používa Rorschachov test (Exner a Weiner 1986).



Prítomnosť skutočnej depresie je považovaná za dôkaz ochoty zúčastniť sa psychoterapie, tak ako je aj pri nemocničnej liečbe považovaná za pozitívny výsledok. Podľa jednej štúdie, skúmajúcej pacientov s antisociálnou poruchou osobnosti, ktorí boli závislí na ópiu, výskyt depresie bol považovaný za indikátor vhodnosti použitia psychoterapie, aj keď prejavy psychopatického správania i naďalej pokračovali (Woody et al. 1985). Antisociálni pacienti, ktorí netrpeli depresiou, dosiahli psychoterapiou len malé zlepšenie. Zároveň absencia vzťahu voči iným, určitej spolupatričnosti, bola faktorom, ktorý najzávažnejšie určoval neúspech psychoterapie.

Terapeuti môžu antisociálnym pacientom pokojne nedoporučiť akúkoľvek liečbu. Takéto rozhodnutie môže byť úplne racionálne, založené na zhodnotení pacientových silných a slabých stránok. Ten spôsob hodnotenia vhodnosti konkrétneho prístupu k pacientovi je úplne iný ako to, čo bolo už skôr uvedené. Meloy (1998), využívajúc svoje znalosti z dlhej psychoterapeutickej práce so psychopatmi, identifikoval päť klinických črt, ktoré predstavujú absolútnu kontraindikáciu pre psychoterapiu (pozri tab. 17.5). Sadistická krutosť voči iným, úplná absencia výčitiek svedomia a nedostatok emocionálnej naviazanosti sú kľúčové črty, ktoré odlišujú psychopatov od prístupnejších narcistických pacientov. Mrazivé pocity, ktoré u terapeutov vyvolávajú strach o vlastnú bezpečnosť, môžu týchto paralyzovať a zabrániť im racionálne postupovať.

Tab. 17.5 Klinické črty, ktoré sú kontraindikáciou pre psychoterapiu akéhokoľvek typu

1. Anamnéza sadistického, násilného správania voči iným, ktorá vyústila do vážneho zranenia alebo smrti.
2. Úplná absencia výčitiek svedomia alebo racionalizácie takéhoto správania.
3. Inteligencia, ktorá je buď veľmi vysoká alebo stredný stupeň mentálnej retardácie.
4. Anamnéza neschopnosti vyvinúť emocionálne puto s inými ľuďmi.
5. Intenzívny strach z útoku, založený na skúsenosti terapeutov, bez akejkolvek možnosti takéto správanie vopred predvídať.

Terapeuti, ktorí sa pokúšajú o psychoterapiu s vážnymi antisociálnymi pacientami, musia byť schopní rýchlo konfrontovať svojich pacientov, pretože ináč budú ustavične klamaní. Kým, cieľom terapeuta je neochvejné hľadanie pravdy, cieľom pacienta je klamať. Terapeuti sa tiež musia naučiť prijímať skutočnosť, že napriek svojmu usilovnému snaženiu zabrániť klamaniu, budú svojimi pacientami stále podvádzaní. Terapeutické spojenie buď úplne chýba alebo ide len o krátke príležitostné záblesky spolupráce.

Pre antisociálnych pacientov predstavuje klamstvo a podvod ich spôsob života. Kedykoľvek sa pacientovi podarí úspešne oklamať terapeuta, zažíva silný pocit potešenia a radosti (Bursten 1972, Meloy 1988). Nevedomá závisť pozitívny vlastností terapeuta častokrát vedie k opakovaniu cyklu podvádzania. Víťazný pocit radosti pri úspešnom oklamaní terapeuta, ktoré je naplnené opovrhnutím, slúži ako obrana voči závisť. Pacientove vyhýbanie sa zmysluplnému vzťahu s terapeutom znamená tiež vyhýbanie sa pocitom závisť, avšak pocit prázdnoty v pacientovi zostáva.

Ak terapeuti dokážu prijať skutočnosť, že pacienti sa ich budú snažiť vždy oklamať, môžu v psychoterapii postupovať podľa odporúčaní tých terapeutov,

ktorí majú s touto populáciou široké skúsenosti (Adler a Shapiro 1969, Frosch 1983, Kernberg 1984, Lion 1978, Meloy 1988, Person 1986, Reid 1985, Strasberger 1986, Vaillant 1975). Tieto odporúčania je možné rozdeliť do šiestich základných bodov:

1. Terapeut musí byť stabilný, vytrvalý, svedomitý a nepodplatiteľný. Obzvlášť pri tejto skupine pacientov musí byť terapeut absolútne svedomitý a musí nástožiť na normálnych postupoch v terapii (Person 1986). Akýkoľvek odklon od štruktúry a zvyčajného kontextu hodín sa neodporúča. Títo pacienti urobia všetko preto, aby u terapeuta vyvolali neetické alebo nečestné správanie. Film Davida Mameta s názvom Dom hier (1987) zobrazuje nebezpečenstvo prípadného rozhodnutia pomôcť antisociálnemu pacientovi tým, že terapeut sa vzdáva svojej úlohy terapeuta, a namiesto toho sa aktívne zúčastňuje na pacientovom živote.

2. Terapeut musí opakovane konfrontovať pacientovo popieranie a minimalizovanie jeho antisociálneho správania. Negatívne popieranie dokonca infiltruje slová, ktoré antisociálny pacient používa. Ak pacient povie: "Okradol som jedného muža", terapeut potrebuje danú situáciu objasniť a povie: "Takže ste zlodej". Ak pacient povie: "Zabil som ho", terapeut môže konfrontovať pacienta odpoveďou: "Takže ste vrah". Táto technika opakovanej konfrontácie umožňuje terapeutovi pomôcť týmto pacientom uvedomiť si svoju tendenciu dívať sa na všetku svoju zodpovednosť externe. Takto si pacienti začnú byť vedomí vlastnej zodpovednosti za svoje antisociálne konanie.

3. Terapeut musí pomôcť pacientovi spojiť jeho činy s jeho vnútorným stavom.

4. Konfrontácie typu "tu a teraz" sú účinnejšie, ako interpretácie nevedomého materiálu z minulosti. Obzvlášť veľký dôraz je potrebné klásť na opätovné spochybňovanie pacientovho očierňovania terapeuta znehodnocovanie procesu liečby.

5. Podvádzanie zo strany terapeuta musí byť monitorované, aby sa zabránilo nečestnému konaniu. Je potrebné zabrániť každej kollúzii, a to i napriek tendencii "voliť si cestu menšieho odporu".

6. Terapeut nesmie mať veľké očakávania, čo sa týka zlepšenia stavu pacienta. Antisociálni pacienti tento "furor therapeuticus" objavia a s veľkým potešením budú vzdorovať praniu terapeuta zmeniť ich. Terapeuti, ktorých sebaúcta závisí od zlepšenia stavu pacientov, by vôbec nemali liečiť antisociálnych pacientov.

Pokrok v liečbe antisociálnych pacientov psychoterapiou je veľmi pomalý. Títo pacienti vnímajú terapiu v určitých prípadoch ako ohrozenie ich grandiózneho self. Na ceste k zlepšeniu, budú bojovať so svojim terapeutom na každom kroku, aby sa tak nemuseli vzdať svojej grandióznosti. Terapeuti si musia byť tohto odporu vedomí, a zároveň musia pochopiť, že pacientova vnútorná jednota závisí od konceptu grandiózneho self (Reid 1985). Počas terapie sa terapeut môže cítiť paralyzovaný priamymi alebo nepriamymi hrozbami pacienta (Kernberg 1984). Takéto zastrašovanie môže u terapeuta viesť k potlačeniu svojich schopností a efektívnemu zablokovaniu jeho úsilia. Aby sa terapeuti nestavali do pozícií obetí svojich pacientov, je potrebné tieto vyhrážky zo strany pacientov ustavične kontrolovať.

Teraz je na rade záverečná poznámka o neutralite. Terapeuti, ktorí liečia antisociálnych pacientov, nemôžu očakávať, že si zachovajú neutrálnu pozíciu, bez ohľadu na pacientovo antisociálne správanie. Táto snaha sa rovná tichému

schvalovaniu pacientových činov. Navyše, morálne rozhorčenie terapeuta je evidentné z nespočetných neverbálnych prejavov a hlasovej intonácie. To znamená, že pacient by vnímal akúkoľvek snahu o neutralitu ako neúprimnú a pokryteckú. Ak sú terapeuti šokovaní antisociálnym správaním pacienta, mali by mu to jednoducho povedať (Gedo 1984). V takýchto prípadoch je empatia v súvislosti so psychologickým prístupom zle pochopená a môže viesť ku kollúzii.

Aj keď sú terapeuti schopní prekonať mnohé prekážky, vyvolané odporom antisociálneho pacienta, ich snaha byť úspešnými, môže byť neustále marená. Kompetentní terapeuti, ktorí sa pacientmi nedajú ničieť, vyvolávajú u pacientov s antisociálnym správaním intenzívnu závisť, ktorá sa môže prejaviť ako nenávisť voči milovanému alebo idealizovanému objektu (teda terapeutovi). Táto závisť zo strany pacienta môže eventuálne viesť k nekontrolovateľným negatívnym terapeutickým reakciám. Napriek týmto prekážkam však veľa skúsených klinických terapeutov verí, že psychoterapeutické snaženie s týmito pacientami má zmysel.

## **PORUCHY OSOBNOSTI - PODSKUPINA B: HYSTERICKÁ A HISTRIÓNSKA**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Monika Ranincová, TN)

Pri prechode z DSM-II (Americká Psychiatrická Asociácia 1968) na DSM-III (Americká Psychiatrická Asociácia 1980) sa hysterická porucha osobnosti vytratila z oficiálnej diagnostickej nomenklatúry americkej psychiatrie. DSM-III znovu dala priestor histriónskej poruche osobnosti, ktorá, ako navrhuje manuál, je synonymom s hysterickou poruchou osobnosti. V skutočnosti diagnostické kritériá DSM-III popisali pacienta s histriónskou poruchou osobnosti ako oveľa primitívnejšiu, oveľa impulzívnejšiu a oveľa nestabilnejšiu osobnosť, ktorá je pozoruhodne podobná borderline poruche osobnosti. V jednej štúdií 74% zo vzorky pacientov s borderline poruchou osobnosti tiež spĺňalo kritériá pre histriónsku poruchu osobnosti (Pope a kol. 1983).

Kvôli kritike DSM-III, podľa ktorej sa histriónska porucha osobnosti príliš prekrývala s borderline poruchou osobnosti, v DSM-III-R boli jej kritériá modifikované (Americká Psychiatrická Asociácia 1987) (Widiger a kol. 1988). Kritériá hnevu ako i manipulatívneho suicidálneho správania boli vypustené, pretože tieto pokladáme za borderline črty. K väčšiemu priblíženiu charakteristiky tejto diagnózy ku klasickej hysterickej poruche osobnosti, diagnostické kritériá boli upravené a zaradilo sa medzi ne "nevhodné sexuálne zvädzavé správanie".

Napriek DSM-III-R modifikáciám, diagnostické kritériá pre histriónsku poruchu osobnosti stále zlyhávajú pri dobre integrovanej a vysoko fungujúcej hysterickej osobnosti, ktorú klinici už desaťročia dobre poznajú. Štúdie používajúce DSM-III-R kritériá pokračovali v hľadaní prekrývajúcich sa symptómov medzi histriónskou a borderline poruchou osobnosti. Dve DSM-III-R kritériá mali špeciálne nízku špecificitu - stále hľadanie alebo vyžadovanie uspokojenia, súhlasu alebo pochvaly a na seba centrovane činy, ktoré smerujú k získaniu okamžitého uspokojenia, nízka

tolerancia frustrácie a schopnosť odložiť uspokojenie. Na viac ako 80% borderline pacientov sedeli i tieto kritériá. Ale podľa DSM-IV už tieto kritériá pre nich neplatia.

Podľa DSM-IV "pokladajú vzťahy za viac intímne ako v skutočnosti sú". Tieto kritériá však nezahŕňajú dobre integrovanú a vysoko fungujúcu hysterickú osobnosť. V klinickej praxi sa stretávame s vysokofungujúcou hysterickou osobnosťou a primitívnejšou histriónskou osobnosťou. V tejto kapitole budeme hovoriť o klinicky významných rozdieloch.

## **Hysterický versus histriónsky**

Pri výbere vhodnej liečby pre túto rôznorodú skupinu pacientov je oveľa dôležitejší starostlivý psychodynamický prístup ako deskriptívne zaradenie ich správania. Jedným z primárnych zdrojov zmätku v tejto diagnostike bola tendencia povýšiť behaviorálne charakteristiky nad dynamické chápanie.

Ďalším zdrojom nedorozumenia je, že termín hysterický sa nepoužíval len na popisanie poruchy osobnosti, ale tiež sa používal u žien, ktoré mali rôzne somatické ťažkosti a označoval rôzne konverzné symptómy ako paralýzu, oslepnutie, ktoré nemali organický podklad. Tzv. Briquetova hystéria alebo Briquetov syndróm je v DSM-IV zaradený pod somatoformnú poruchu. Konverzné symptómy sa teraz objavili na osi I pri konverznej poruche. Hysterická konverzná symptomatika viedla k rozvoju psychoanalýzy. Freud chápal konverzné symptómy ako symbolické fyzické symptómy, ktoré reprezentujú vytesnené túžby. V modernej psychiatrii predstavuje dosť výrazný zlom rozpoznanie, že hysterické konverzné symptómy sa nevyskytujú iba pri hysterickej poruche osobnosti, ale sa môžu objaviť i pri iných charakterových diagnózach.

Počas prvej polovice storočia sa intrapsychické konflikty spájané s hysterickou osobnosťou pokladali za odvodené od genitálno-oidipálneho konfliktu. Z Freudovho diela bol všeobecne akceptovaný názor, že potlačená sexualita je významným činiteľom pri rozvoji neurózy a neurotických symptómov.

V literatúre posledných troch desaťročí sa objavila konvergencia názorov, uznávajúcich existenciu oboch, "zdravých" i "chorých" hysterických pacientov (Baumbacher a Amini 1980-81, Blacker a Tupin 1977, Chodoff 1974, Easser a Lesser 1965, Kernberg 1975, Lazare 1971, Sugarman 1979, Wallerstein 1980-81, Zetzel 1968). Zdraví hysterickí pacienti majú množstvo označení: "dobrí", "falickí" a "pravdiví", ale tiež "orálne hysterickí", "takzvaní dobrí hysterici", "hysteroidi" a "infantilné osobnosti". Z dôvodov prehľadnosti budeme v tejto kapitole hovoriť o zdravšej skupine ako o hysterickej poruche osobnosti a o viac narušenej skupine ako o histriónskej poruche osobnosti.

Definovanie presného vzťahu medzi hysterickou a histriónskou poruchou osobnosti je kontroverzný proces. Zatiaľ čo jedni hovoria, že ide jednoducho o 2 stupne kontinua (Blacker a Tupin 1977, Lazare 1971, Wallerstein 1980-81, Zetzel 1968), iní tvrdia, že ide o 2 navzájom úplne odlišné entity (Baumbacher a Amini 1980-81, Sugarman 1979). Čo sa javí pre obe skupiny spoločné, to je labilná a plytká emocionalita, vzbudzovanie pozornosti, narušené sexuálne fungovanie, závislosť, bezmocnosť a sebadramatizácia. Tieto sú skôr spájané s hysterickými osobnosťami. Paradoxné však je, že tieto charakteristiky sú v skutočnosti viac typické pre histriónskych ako i pre hysterických pacientov. Zetzel (1968) pozoroval, že tzv. dobrí hysterici, ktorí sú aktuálne florídne hysterickí, sú často chybné považovaní za analyzovateľných, na vyššej úrovni, hoci sú aktuálne primitívne

organizovaní a neanalyzovateľní a označujeme ich ako histriónske osobnosti.

V literatúre rozlišujeme 2 skupiny, hysterickú a histriónsku poruchu osobnosti. Histriónska osobnosť je viac florídna ako hysterická. Zvýšená labilita afektu, väčšia impulzivita a otvorenejšie zvädzanie sú puncom tejto osobnosti. Sexualita týchto pacientov je často taká priama a nemodulovaná, že môže až odpudzovať členov opačného pohlavia. Majú exhibicionistickú potrebu byť v centre pozornosti, často títo pacienti majú veľa spoločného s osobami s narcistickou poruchou osobnosti.

V kontraste s týmto pravé hysterické poruchy osobnosti môžu byť oveľa viac rafinované dramatické a exhibicionistické a ich sexualita môže byť vyjadrená hanblivo a okúzľujúco. Wallerstein ich dokonca prirovnával ku "kvetom rastúcim pri stene, plachým, so zviazaným jazykom v interpersonálnom vzťahu, extrémne nesmelým a úplne inhibovaným v správaní a interakcii".

Pacienti s hysterickou poruchou osobnosti sú často rozumní, primerane úspešní v práci a demonštrujú snahu o konštruktívnu spoluprácu. Zatiaľ čo pravý hysterický pacient dosiahol v objektných vzťahoch, charakterizovaných triangulárnym oidipálnym komplexom, zrelosť a mohol si vytvoriť dôležité vzťahy s oboma rodičmi, histriónsky pacient je fixovaný na viac primitívne dyadické vzťahy, často charakterizované lipnutím, masochizmom a paranoiou.

Hysterickí pacienti dokážu tolerovať separáciu od svojich milovaných objektov, dokonca dokážu identifikovať tieto vzťahy ako hlavnú oblasť svojich ťažkostí. Histriónski pacienti na druhej strane sú často ohromovaní separačnou úzkosťou, keď svoje milované objekty nemajú nadohľad. Striktné superego a iné obsedantné obrany hysterického pacienta sú v kontraste s histriónskym pacientom, ktorý má typicky prehnané superego a používa primitívnejšie obrany, ako sú štiepenie a idealizácia.

Keď hysterickí pacienti vstúpia do psychoterapie alebo psychoanalýzy, sexualizované prenosové želania sa rozvinú postupne po určitom čase a pacient ich kritiky pokladá za nerealistické. Histriónski pacienti na druhej strane rozvinú intenzívne erotické prenosové želania vždy okamžite a často ich považujú za realistické. Keď sú tieto túžby frustrované, pacient sa môže preto začať na terapeuta hnevať. Podľa Zetzela je kapacita hysterického pacienta k diferenciacii terapeutického vzťahu od prenosových pocitov závisí od schopnosti odlišiť vonkajšiu realitu od vnútornej, teda s ego funkciou, ktorá je u histriónskeho pacienta narušená.

Rozlišovanie črt histriónskej poruchy osobnosti od borderline poruchy osobnosti je značne náročné.

Pacienti s hysterickou poruchou osobnosti zvyčajne prezentujú problémy, ktoré sa točia okolo genitálnej sexuality alebo ťažkosti so sexuálnymi objektami vo svojich životoch. Hoci sú hysterické ženy často popisované ako frigídne alebo anorgazmické, môžu byť tiež promiskuitné alebo veľmi orgazmické, ale v základe sú nespokojné so svojimi sexuálnymi vzťahmi. Môžu byť neschopné romantického alebo sexuálneho zväzku s mužom, ktorý je pre ne vhodný, zvyknú sa však beznádejne zaľúbiť do nevhodného partnera. Iný opakujúci sa problém u ženských hysterických pacientok je, že muž často chybné interpretuje ich prejavy ako sexuálne návrhy a ony sú opakovane prekvapené jeho nesprávnym chápaním, čo v skutočnosti odráža nevedomú podstatu ich zvädzania.

Tab. 18-2 Odlíšenie hysterickkej poruchy osobnosti od histriónskej poruchy osobnosti

## Hysterická porucha osobnosti

1. Kontrolovaná emocionálna emocionalita
2. Sexuálny exhibicionizmus a potreba byť milovaný
3. Dobrá kontrola impulzov
4. Jemná zvodnosť
5. Ambície a súťaženie
6. Zrelé, triangulárne objektívne vzťahy
  
7. Separáciu od milovaných objektov sú schopní tolerovať
8. Prísne superego a niektoré obsesívne obrany
  
9. Sexualizované prenosové túžby sa rozvinú postupne a sú považované za nereálne

## Pohlavie a diagnóza

Počas celej histórie psychiatrie sa hysterická osobnosť spájala so ženami. Táto tendencia myslieť na hystériu iba v súvislosti s ženami závisí viac od kultúrnej úlohy a stereotypov ako od psychodynamiky. Muži v našej spoločnosti majú tendenciu k popieraniu vlastných potrieb. Avšak od žien v našej spoločnosti sa neočakáva popretie ich potrieb závislosti a majú málo príležitostí vyjadriť priamo svoju agresiu. Už dievčatá sú pripravované na závislé postavenie vo vzťahoch. Mužskí hysterickí pacienti spadajú pod 2 subtypy: hypermaskulínny a pasívny. Hypermaskulínny subtyp je analogický klasickému ženskému hysterickému, je karikatúrou maskulinity, ako napr. "Don Juan", ktorý zvädza všetky ženy, a môže vyústiť až do antisociálneho správania. Druhý subtyp predstavujú pasívni, zoženšteni muži, často homosexuáli alebo impotentní heterosexuáli, ktorí sa boja žien. Rozdiel medzi hysterickou osobnosťou na vysokej úrovni a histriónskou osobnosťou na nízkej úrovni môžeme pozorovať aj u mužských pacientov, podobne ako sme to popísali u žien.

V štúdiu 27 pacientov s hysterickou poruchou osobnosti bola obrovská väčšina heterosexuálov, nespoľahlivých, ktorí mali problémy v skupine, problémy s drogami a alkoholom. Typické pre nich boli nestabilné vzťahy. Veľa z týchto pacientov malo tiež diagnózu narcistickej poruchy osobnosti, niektorí s antisociálnymi rysmi, ale v skupine boli viac srdeční a empatickí ako skutoční narcisti.

## Kognitívny štýl a obranné mechanizmy

Jedným z aspektov intrapsychického fungovania, ktorý sa spája s hysterickou a histriónskou osobnosťou, je kognitívny štýl. Podľa Shapira je kognitívny štýl typický pre tieto poruchy osobnosti ako "všeobecné, relatívne difúzne chýbanie ostrosti a presnosti v detailoch". Keď sa terapeut napr. spýta, aký mal pacient víkend, dostane odpoveď typu: skvelý alebo strašný, hrozný, bez podstatnejších detailov. Taký istý typ odpovede dostaneme, keď požiadame pacienta o opis významných osôb v

## Histriónska porucha osobnosti

1. Floridná a generalizovaná
2. Greedy exhibicionizmus s orálnou kvalitou, ktorá je "studená"
3. Generalizovaná impulzivita
4. Hrubá, nevhodná zvodnosť
5. Bezcieľnosť a bezmocnosť
6. Primitívne dyadické objektívne vzťahy, charakterizované lipnutím, masochizmom a paranojou
7. Pri opustení milovaným objektom sa objaví ohromujúca separačná úzkosť.
8. Nespútané superego a prevládanie primitívnych obrán, ako sú štiepenie a idealizácia
9. Intenzívne sexualizované prenosové túžby sa rozvinú rýchlo a sú považované za realistické

jeho živote, napr. otec "je jednoducho super", títo pacienti sa vyhýbajú koncentrovaniu sa na fakty i v psychologických testoch.

Tento impresionistický kognitívny štýl je komplementárny ku dvom hlavným obranným mechanizmom hysterickej osobnosti: vytesneniu a popretiu. Vytesnenie je podmienené týmto kognitívnym štýlom, pretože pacient má slabú retenciu faktov a chudobné, impresionistické spomienky na predchádzajúce fakty. Napriek rozptýlenej pozornosti sú aspekty reality predkladané ako celok a udržiavajú tak obranný mechanizmus popretia. Pacienti s hysterickou poruchou osobnosti majú vágny prístup k určitým aspektom reality, ktorú skotomizujú. Hysterický kognitívny štýl je dôležitý pri ich zlyhaní pri integrovaní alebo rozpoznaní následkov, implikácií a detailov skúsenosti.

Ten istý prístup indiferencie sa objavuje u pacientov s histriónskou poruchou osobnosti. Podľa Kernberga používajú hysterickí pacienti vytesnenie ako predominantnú obranu, zatiaľ čo infantilní pacienti (histriónski pacienti) používajú ako svoju hlavnú obranu štiepenie miesto vytesnenia. Tieto 2 obrany však nie sú nevyhnutne na opačnom konci kontinua, ale u histriónskych i hysterických pacientov koexistujú. Napr. histriónski pacienti, ktorí často používajú štiepenie, mávajú často pervazívnu amnéziu, súvisiacu s ich včasnými skúsenosťami v detstve.

Disociatívne stavy ako konverzné symptómy často bývajú klasifikované ako hysterické fenomény, hoci sa nachádzajú u pacientov s rôznymi diagnózami. Najextrémnejší prejav disociácie je u multiplexnej poruchy osobnosti, ktorá zahŕňa štiepenie v tom zmysle, že rôzne seba-reprezentácie sú separované, a vytesnenie - primárna osobnosť si zvyčajne nie je vedomá existencie ďalších podosobností.

Jedna histriónska pacientka s disociatívnymi symptómami bola nájdená manželom v kúpeľni v disociatívnom stave po porezaní sa žiletkou na ľavom prsníku. V hypnotickom stave vyvolanom pre diagnostické účely to komentovala "musela som trpieť, ako trpela moja matka". Jej matka bola po ablácii prsníka pre rakovinu. Táto pacientka ilustruje obranný mechanizmus identifikácie ako ďalšej hysterickej obrany.

Ďalším z obranných mechanizmov hysterických i histriónskych pacientov je samotná emocionálnosť, ktorá slúži ako obrana pred hlbším, viac zraňujúcim afektom, ktorému sa chce pacient vyhnúť.

Podľa Horowitza sú typickými stereotypnými vzorcami týchto pacientov: obeť - agresor alebo dieťa - rodič, ktorý ich buď zachraňuje alebo unáša.

## **Psychodynamické porozumenie**

K výberu najvhodnejšej formy psychoterapie je nevyhnutný starostlivý psychodynamický prístup. Pacientky s hysterickou i histriónskou poruchou osobnosti majú ťažkosti v 2 typicky psychosexuálnych obdobiach vývoja: majú relatívnu materskú depriváciu počas orálneho štádia a majú ťažkosti v oidipálnej situácii a s vynorením sa jasnej sexuálnej identity. Histriónski pacienti majú zvyčajne väčšie ťažkosti v ranejšom štádiu, zatiaľ čo hysterickí sú fixovaní primárne v neskoršom štádiu.

Ak má histriónska pacientka nedostatok materinskej starostlivosti, vedie to ku hľadaniu uspokojenia u otca a potrebe závislosti. Skoro začína flirtovať a dramaticky sa predvádzať, aby dosiahla pozornosť otca. V puberte sa učí, že musí potláčať svoju genitálnu sexualitu, aby zostala "otcovým malým dievčatkom". Keď malé dievčatko rastie, primitívna potreba sexuálneho vzťahu môže byť nazývaná i ako: hrud-penis-rovnováha. Často sa objaví promiskuitné správanie, ktoré je však

neuspokojujúce, mužský penis slúži iba ako substitúcia matkiného prsníka, po ktorom nevedome túži. Narcistické zranenie, ktoré spôsobí uvedomenie si rozdielu genitálií, normálne vedie malé dievčatko počas oidipálnej fázy vývoja k presunu libidinálneho falického snaženia sa od matky k otcovi.

Niektorí hysterickí pacienti, ktorí neboli schopní presunúť pozornosť od matky k otcovi, udržiavajú nevedomú falickú oddanosť k matke, a tak sa chránia pred narcistickým zranením, spájaným s pocitmi neadekvátnosti. Môžu presunúť svoje falické snahy z genitálií na celé telo. Preto je hyperfeminita niekedy nazývaná i ako "body phallus" (telo ako falus).

Tak niekedy hysterická heterosexuálna žena pokladá matku za svoj nevedomý sexuálny objekt. Má nedostatok skutočných vzťahov s mužmi, pretože muž nemôže úplne nahradiť jej nevedomú túžbu po matke. Títo pacienti majú relatívne dobré fungovanie ega, ale ich nevedomé sebareprezentácie sú neadekvátne, pretože sú neschopné prejsť od matky k otcovi v oidipálnom prístupe.

Niektoré hysterické pacientky si ako malé dievčatká idealizujú otcov a to ich vedie k súperivému postoju k matkám. Vidia, že bratia sú v špeciálnom postavení vo vzťahu k otcom, pretože sú mužského pohlavia, to môže vyústiť do odporu a môžu sa stať vysoko kompetitívnymi s mužmi.

Nález anorgazmie u hysterických pacientiek môže súvisieť s nevedomým prianím dosiahnuť moc nad mužmi cez sexuálny akt. Celá sexualita môže mať nádych incestu vďaka oidipálnemu prístupu k otcovi. Tieto ženy si často vyberajú nevhodných partnerov. Táto dynamika je často starostlivo prekrytá. Niektoré nevedomé skúsenosti s otcom môžu vyvolávať hnev ako obranu proti predlžovaniu oidipálnej situácie, jednoducho nemôžu rivalizovať s matkou, ktorú nevedome milujú. Zjavnosť hysterickéj dynamiky u ženských pacientiek sa môže prejaviť vo vzoroch triangulárneho správania sa vo vzťahoch, napr. zaľúbenosť do ženatého muža alebo intenzívna rivalizácia s ostatnými ženami.

U histriónskych mužských pacientov, ktorým chýbal otec alebo bol emocionálne neprimeraný, sa stretáme s 2 alternatívami: chlapec si môže zobrať príklad z matky a rozvinúť pasívnu identitu alebo sa správa hypermaskulínne. Mužský pacient s hysterickou poruchou osobnosti prežíva genitálnu neadekvátnosť, keď sa porovnáva so svojim otcom alebo inými mužmi. Niektorí muži s hysterickou konfiguráciou si vyberú celibát, stanú sa napr. kňazmi, aby udržali nevedomú lojalitu so svojimi matkami. Iní začnú holdovať hypermaskulínnym aktivitám, napr. posilovaniu a kompulzívnemu zvädzaniu žien. Tak sa znova a znova uisťujú, že sú mužmi.

Freud pôvodne veril, že veľa hysterických pacientiek zvädzalo svojich otcov, pretože samé to tak popisovali, neskôr však dospel k presvedčeniu, že popisovali skôr svoje fantázie, vychádzajúce z oidipálnych túžob. Vieme však, že veľa mladých dievčat sa skutočne stáva obeťami incestuózných sexuálnych vzťahov so svojimi otcami alebo inými mužskými príbuznými. Malé dievčatá sa často správajú zvädzajúco alebo fantazirujú o zvedení.

Anamnézu incestu nachádzame častejšie u histriónskych osobností než u hysterických. Tieto si v dospelom veku opakujú pôvodnú traumu tým, že túžia po zakázaných vzťahoch, napr. s terapeutmi, ženatými mužmi alebo vedúcimi v práci.

## **Individuálna psychoterapia**

Pacienti s hysterickou poruchou osobnosti vo všeobecnosti dobre odpovedajú na expresívne formy terapie alebo na psychoanalýzu. Ďalej budeme hovoriť skôr o



pacientoch štrukturovaných na nižšej úrovni, kde je terapeutický prístup podobný ako pri borderline poruche osobnosti.

Hoci niektorí pacienti s hysterickou poruchou osobnosti budú mať diskrétny symptóm, ako sexuálnu dysfunkciu, častejšie prídu do terapie pacienti so všeobecnou nespokojnosťou s ich vzťahovými vzorcami. Precipitujúcou udalosťou môže byť manželstvo alebo milostný vzťah. Môžu mať tiež neurčité pocity depresie alebo anxiety, spájanej s nespokojnosťou s ich partnerom.

Rýchlo vyvíjajú terapeutický vzťah, v ktorom pokladajú terapeuta za pomáhajúceho. Psychoterapeutický proces vo všeobecnosti bude dobre napredovať, ak sa terapeut bude držať niektorých všeobecných princípov.

## Princípy v terapii

Hysterickí pacienti často vstupujú do terapie s nevedomým očakávaním, že terapeut by ich mohol pochopiť intuitívne, neverbálne a bez detailov o ich intrapsychickom svete. Terapeuti konfrontujúci sa s týmto očakávaním vedia, že jediný spôsob ako môžu rozvinúť pochopenie je, ak pacientom poskytnú detailný popis ich vnútorného sveta. Preto je potrebné od pacienta dostať tak veľa detailov ako sa len dá.

Hysterickí pacienti nie sú zvyknutí na myslenie v termínoch, a tak terapeut môže očakávať odpovede medzi riadkami ako "Ja neviem". V tomto bode procesu môže terapeut jemne povzbudzovať pacienta komentármi, ako "nebudem očakávať ja neviem ale vidím, čo si myslíš, čo sa v tebe odráža". Terapeut musí znova a znova pomôcť pacientovi učiť sa reflektovať jednoduché odpovede na impresionistické pocity. Terapeuti môžu nazvať pacientovu pozornosť ako vágne vnímanie a interpretovať obranné mechanizmy, používané v snahe vyhnúť sa plnému chápaniu určitých myšlienok a pocitov. Vnútorná skúsenosť hysterického pacienta je často ako list vo vetre, zmietaný silnými pocitmi. Terapeut pomáha pacientovi naprávať idealizované spojenie medzi pocitmi. Podľa Allena, musíme pacienta v terapii viesť k tomu, aby sa naučil cítiť s hĺbkou a pravosťou, nefalšovanosťou.

Povrchné prežívanie a pocity bránia pred zranením pri hlbšom prežívaní a afektoch. Ako sa zvyšuje pacientova tolerancia pre hlbšie prežívanie, zvyšuje sa i jeho schopnosť postrehnúť detaily. Ako sa hysterický pacient viac identifikuje so svojimi pocitmi, prístupmi a myšlienkovými pochodmi, tak rozvíja väčší zmysel pre pravosť samého seba v efektívnej interakcii s okolím, a nie ako obeť okolia. Hysterickí pacienti majú často veľmi živé predstavy a fantázie, ale nebudú ich prekladať do slov, terapeut im bude iba asistovať v tomto procese. Tak terapeuti pomáhajú svojim pacientom identifikovať, čo chcú a cítia. Pacienti sa tiež učia, že mať určité myšlienky a pocity nie je nebezpečné.

Pacienti často chcú vedieť všetko o živote terapeuta. Sú veľmi sugestibilní, a ak terapeut povie veľa o sebe, o svojom živote, títo pacienti si veľmi rýchlo privlastnia kvality z jeho života. Základným pravidlom v liečbe hysterických pacientov je viac frustrovať ako uspokojovať želanie pacienta mať osobné informácie o terapeutovi. Schvaľovanie a nasycovanie tejto požiadavky vedie k jej nekonečnosti. Túžbu získať informácie o živote terapeuta možno interpretovať ako obranný manéver v snahe vyhnúť sa anxiете zo sebaodhalenia.

Pacienti v dlhotrvajúcej terapii si všimnú, že modifikovaním svojho kognitívneho štýlu modifikujú svoje objektné vzťahy k lepšiemu. Začnú si viac všímať detaily u seba i u iných v interpersonálnom kontexte, rozvinú nové vzorce správania, vytvoria

kvalitnejšie vzťahy. Nebudú si myslieť, že sú neustále obeťou niekoho iného, ale začnú chápať, že sami zohrávajú aktívnu úlohu vo svojich vzťahoch s inými. Sebaprezentácia pasívneho dieťaťa, ktorá je typická pre hysterického pacienta, sa zmení na zrelšiu reprezentáciu, zahŕňajúcu aktivitu a sexualitu. Tento proces však môže prebiehať veľa rokov.

V tejto psychoterapii je veľmi dôležitý prenos. Avšak najčastejšou príčinou zlyhania terapie býva práve erotický prenos.

### **Manažment erotického prenosu**

Napriek častému výskytu erotického prenosu nielen u hysterických, ale tiež u iných pacientov, veľa terapeutov neudržiava liečbu v efektívnych a terapeutických medziach. V literatúre je prevažná väčšina erotických prenosov popisovaná vo vzťahu pacientiek ku svojim terapeutom. Termín erotický prenos sa často zamieňa s termínom prenosová láska. Znamená to zmes nežných, erotických a sexuálnych pocitov, ktoré pacient prežíva vo vzťahu k analytikovi, ako súčasť pozitívneho prenosu. Sexuálne prenosové komponenty jedinca reprezentujú skomolený erotický prenos, ktorý nebol úplne rozvinutý alebo prežívaný.

Erotický prenos sa u hysterických pacientov zvyčajne rozvíja stupňovito a s pochopiteľnou hanbou a rozpakmi. Často je prežívaný ako ego-dystónny a pacient vie, že vyplnenie týchto túžob by bolo nevhodné.

Histriónski pacienti a borderline pacienti môžu rozvinúť subtyp erotického prenosu, ktorý bol nazvaný erotický prenos. Pacient ho prežíva ako ego-syntónnu požiadavku. V dôsledku narušenia týchto pacientov sú ich vnútorné a vonkajšie reality sú rozmazané a ich očakávanie sexuálneho vzťahu s terapeutom pokladajú za vhodné a primerané, žiaduce.

Sex medzi terapeutom a pacientom zvyčajne stigmatizuje duševné zdravie klienta, zruinuje kariéru množstva psychoterapeutov a zapríčiňuje poškodenie pacientov, ktorí sú vlastne obeťou.

Prínos erotického prenosu je v tom, že poskytuje terapeutovi rekapituláciu minulého vzťahu v súčasnej situácii. Tak pacienti ukazujú terapeutovi, čo si prinášajú z vonkajších vzťahov do terapeutickéj situácie. Pacient tak môže svoj problém so sexualitou alebo láskou lepšie pochopiť v bezpečnom vzťahu, kde nebude vykorisťovaný alebo zneužívaný.

### **Protiprenosové pocity**

Terapeutove protiprenosové reakcie na erotický prenos u pacienta môžu reprezentovať reaktiváciu vzťahu z terapeutovej minulosti, môže dôjsť k identifikácii s určitým aspektom pacienta, alebo sa tam premiešava oboje. Hoci pacient môže reprezentovať zakázaný, ale sexuálne prítiažlivý objekt z minulosti terapeuta, tiež terapeutova túžba môže u pacienta viesť k aktuálnej incestuóznej túžbe po rodičovskej figúre z jeho oidipálnej fázy vývoja. Prvým krokom v monitorovaní protiprenosu je, aby terapeut zhodnotil váhu svojich príspevkov v porovnaní s pacientovými.

Protiprenosové vzorce pri erotickom prenose majú niečo spoločné. Po prvé, terapeutom - mužom sa často pri liečbe atraktívnych pacientiek stáva, že vidia erotický prenos i tam, kde nie je. Terapeut, ktorý je tlačný do detailov o tom, prečo je pacient zvädzajúci alebo prečo je o neho sexuálny záujem, sa stáva v skutočnosti menej presvedčivý, kvôli anxiete zo svojich vlastných sexuálnych pocitov, sám ich

prehliada, ale pôsobia na nevedomej úrovni.

Iným typom protiprenosovej reakcie je chladná povznesenosť v odpovedi na pacientov zmätok z erotického pocitu k nemu. Tak sa terapeut môže stať menej empatickým a viac dištancovaným.

Treťou obvyklou protiprenosovou reakciou je anxieta, strach terapeuta, že stratí kontrolu nad svojimi sexuálnymi impulzami k pacientovi. Tento strach môže viesť terapeuta k odvedeniu pozornosti od prejavov pacienta i v láske alebo sexuálnom konaní, alebo interpretovať také pocity ako odpor. Anxiózný prístup terapeuta, eliminujúci terapeutický prenos, môže dať pacientovi znamenie, že sexuálne pocity sú neprijateľné a odporné.

Štvrtým protiprenosovým vzorcom môže byť, že terapeut podporuje erotické pocity pre svoje vlastné uspokojenie. Títo terapeuti, ktorí si nechávajú s voyeristickou rozkošou detailne rozprávať pacientove sexuálne fantázie, potrebujú byť idealizovaní a milovaní. Môžu mať sadistické potešenie z toho, že túžby pacientov sú márne. Títo terapeuti si musia uvedomiť svoje vlastné túžby v terapeutickom vzťahu. Podľa Kumina, túžby terapeuta môžu predstavovať väčší problém, ako túžby pacienta k terapeutovi.

Nezneužívajúce prijatie erotického prenosu ako dôležitého terapeutického materiálu, prispieva k jeho pochopeniu.

Po tom čo terapeut starostlivo monitoroval protiprenosové pocity, ďalším krokom je zdieľať pacientovi, že sexuálne pocity alebo pocity lásky sú prijateľnými aspektami terapeutickej skúsenosti. Terapeut môže urobiť výchovný komentár, napr.: "V psychoterapii sú možné rôzne pocity - nenávisť, láska, závisť, sexuálny záujem, strach, úzkosť, hnev, radosť, tieto všetky a možno ich brať ako vhodné témy na diskusiu a ako nosiče dôležitých informácií pre terapiu". Zatiaľ, čo je pravda, že erotický prenos môže brániť prinášaniu iných materiálov do terapie, je technickou chybou interpretovať okamžite tieto pocity ako odpor. Pre pochopenie toho, čo je opakovaním minulosti, je treba plne pochopiť erotický prenos.

Pacient má tendenciu opakovať niečo z minulosti, čo si zapamätal, a verbalizovať to. Pacientovi môžeme povedať, že pocity, ktoré sa vyskytujú počas terapie, budú poskytovať cenné informácie o pocitoch, ktoré má v iných vzťahoch, v minulosti i v súčasnosti. Ak pacient zotrúva v prenosovom vzťahu iba kvôli uspokojeniu terapeuta, terapeut môže podotknúť, že nielen uspokojenie vedie k lepšiemu chápaniu toho, čo robí pacient v iných vzťahoch. Terapeut by mal pamätať na to, že erotický prenos môže byť pacientovi nepríjemný (rovnako i terapeutovi), nielen kvôli prinášaniu frustrácie, ale tiež môže privádzať do rozpakov. Terapeut môže o tom s pacientom hovoriť s empatickým chápaním, spôsobom: "Viem, že je pre Vás ťažké a bolestné mať takéto pocity bez toho, aby mohli byť naplnené, ale môžeme ich spolu rozobrať, a tak pomôcť hlbšie pochopiť vaše problémy, ktoré vám to môže priniesť".

Erotický prenos je chápaný ako odpor. Odpor sa nemá chápať ako niečo zlé, čo by malo byť okamžite odmietnuté. Erotický prenos je naopak nič cenné, čo by sme sa tiež mali snažiť pochopiť. Mal by byť posudzovaný i na základe pacientových asociácií, snov, spomienok, napr. erotický prenos mužského pacienta k terapeutke môže reprezentovať i pasívne homosexuálne túžby, dokonca i vtedy, keď je terapeutom žena.

Jeden pacient začal sedenie s terapeutom tým, že povedal, že terapeut mu pri predchádzajúcom sedení veľmi pomohol jedným vysvetlením. Po bližšom rozhovore pacient priznal, že mal sexuálne fantázie o svojom terapeutovi a že veril, že by mu terapeut mohol pomôcť ejakuláciou semena do jeho rekta, a tak by ho

urobil viacej mužom.

Pacient pochopil, že potreboval znehodnotiť terapeutovu pomoc, pretože sa cítil menejcenný pri terapeutovi, ktorý, ako povedal, bol "na Olympe". Terapeut vysvetlil, že pacientova závisť sa zvýšila po tom, ako mu pomohol, preto sexualizoval prenos, aby jeho pomoc znehodnotil. (Ak terapeutove vhl'ady neboli dostatočne užitočné a efektívne, prežíval oveľa menej závisť.) Pacient musel zápasiť s pocitom, že terapeut vedel niečo, čo pacient nevedel, a to u neho vyvolávalo pocit zraniteľnosti.

V tomto prípade pacientov erotický prenos bol spôsobom obrany pred závisťou kompetencie terapeuta. Sexualizácia v prenose môže byť spôsobom obrany proti rôznym pocitom.

Mužský pacient, ktorého terapeutkou bola žena, jej raz rozpovedal sen, v ktorom istá psychiatricka pobozkala jedného zo svojich pacientov. Odporoval, že pacientovi sa po tomto akte zlepšil stav, a tak požiadal svoju terapeutku, či by mohla i ona jeho pobozkať. Po krátkej úzkostnej reakcii na túto žiadosť sa ho terapeutka spýtala, či by táto nečakaná žiadosť mohla súvisieť s ukončením jeho terapie. Pacient odpovedal, že na to nemyslel. Terapeutka podotkla, že pacient, ktorý túži sexualizovať ich vzťah, si takto vlastne vytvára obranu pred zármutkom z ukončenia terapie.

Sexualizácia konca vzťahu je obecným fenoménom (vo všeobecnosti v terapii i v živote). Služi to vyhnutiu sa zraňujúcemu procesu, ktorý je spojený so stratou dôležitej osoby. Pacientova túžba po fyzickom spojení sa so svojim terapeutom bola tiež spôsobom, ako poprieť definitívnosť ukončenia: mohlo by to znamenať začiatok, hoci je vzťah u konca.

Terapeuti, ktorí chápu prenosovú lásku ako prirodzenú odpoveď na ich obrovský sexappeal, prehliadajú tmavšiu stránku erotického prenosu.

Podľa Menningera, pod povrchom pacientovej prenosovej lásky často leží hostilita. Erotický prenos často maskuje pochopiteľnú agresivitu a sadizmus, dokonca erotický prenos by tak mohol byť pokladaný za negatívny jav. Prenosové túžby po sexuálnom vzťahu privádzajú do rozpakov a ničia terapeuta. Silne vyjadrené sexuálne túžby, typické pre histriónskych a borderline pacientov, môžu spôsobovať, že sa terapeut až hrozí každého ďalšieho sedenia. Terapeut sa môže cítiť ponížovaný a transformovaný na objekt, ktorého funkciou je vyplniť pacientove nevhodné požiadavky.

## **Interpretácia vzťahov medzi prenosom a terapeutickými a minulými vzťahmi**

Správna interpretácia erotického prenosu bude často blokovaná odporom, vlastným prenosovej láske.

Aby sa terapeut vyhol nezrelej interpretácii, musí si najskôr uvedomiť protiprenos. Načasovanie interpretácie prenosu je vecou úsudku. Ku konštrukcii vzťahov medzi prenosovými pocitmi a minulými vzťahmi môže terapeut použiť model trojuholníka vhl'adu, popísaný v kapitole 4. Opierajúc sa o to, že prenosová láska je opakovaním niečoho z minulosti a pýtaním sa pacienta, či mu táto situácia pripomína niečo z minulosti, môže terapeut začať uvažovať nad interpretáciami.

Dôležitých je niekoľko upozornení alebo varovných signálov: predlžovanie sedení nad ich zvyčajnú dĺžku trvania, redukovanie poplatku za sedenie, rozprávanie pacientovi o vlastnom osobnom živote, denné snívanie o pacientovi, venovanie prílišnej pozornosti stretnutiam s pacientom počas dňa, objímanie pacienta alebo iné formy fyzického kontaktu, túžba stretnúť pacienta i mimo klinických sedení, predstavy, že ja (terapeut) jediný môžem zachrániť pacienta od

jeho / jej utrpenia (Gabbard a Wilkinson 1914, Gutheil a Gabbard 1993).

Ak si terapeuti uvedomia, že majú s týmto problémom, mali by požiadať o konzultáciu alebo supervíziu kolegu, ktorého rešpektujú.

Niektorí histriónski a borderline pacienti môžu priamo vyjadriť svoje pocity tak, že sa napr. dotýkajú terapeutovej nohy, sadajú si mu do lona alebo objímajú terapeuta cestou von z ordinácie. Terapeut musí rozhodne takéto správanie stopnúť.

Pacientovi je potrebné povedať, že sa musí vrátiť do svojho kresla a že fyzický kontakt ostane obmedzený. Niekedy to možno i komentovať: "Psychoterapia je verbálna liečba, ktorá môže fungovať iba za určitých podmienok. Jednou z týchto podmienok je, že budete sedieť vo svojom kresle, a ja vo svojom".

## **Rozdiely medzi pohlaviami v erotickom prenose**

Prevažná väčšina prípadov uvádzaných v literatúre popisuje erotický prenos ženských pacientiek k ich terapeutom - mužom. Úzkosť pacientov - mužov z ich ženských terapeutiek ako silných preoidipálnych falických matiek, ktoré robia "penetrujúce" interpretácie, môže zatieniť a významne inhibovať vyjadrenie ich sexuálnych pocitov k terapeutke ako oidipálnej matke. Tiež regresívna pasivita v analytickej terapii môže byť v rozpore s predstavou o tradične aktívnej mužskej sexuálnej roli.

Podľa Gornicka však táto predstava falickej matky môže byť aplikovaná iba na niektorých mužských pacientov pracujúcich so ženami - terapeutkami. Pre iných pacientov je podstatne neprijateľnejšie byť pasívnymi a závislými na žene, ako vyjadriť sexuálne pocity.

Vzniká tak dojem, že sexuálne pocity v terapii sú špecifické iba pre psychológiu žien. Avšak veľa pacientov - mužov liečených terapeutmi - mužmi, môže potláčať alebo popierať erotický prenos kvôli homosexuálnej úzkosti, ale pritom môžu mať erotický prenos ku svojím terapeutom, a ten je potrebné systematicky pochopiť a interpretovať. V mnohých prípadoch je sexualizovaný prenos obranou proti viac nepohodlným pocitom lásky a túžby, ktoré je ťažké vyjadriť (Gabbard).

Hoci mužskí pacienti vyskúšajú spektrum erotických prenosových prejavov, tieto sa nezdajú byť také intenzívne a silne rozvinuté, ako u ženských pacientiek. Podľa Persona je tento rozdiel vytváraný i morálnym vývojom mužov a žien. Zatiaľ čo ženy sú skôr prítulnejšie a zamerané na vzťahy, muži sú zameraní skôr na vlastnú autonómiu. Erotický prenos u žien je častejšie zaľúbením sa a láskou, zatiaľ čo u mužov sú tieto pocity často špecificky sexuálne.

## **Skupinová psychoterapia**

Klinici už dávno vedia, že pacienti, ktorí sú vhodní pre dynamickú individuálnu terapiu, sú tiež vhodní pre dynamickú skupinovú psychoterapiu. V prípade hysterických pacientov sa títo rýchlo stanú "hviezdami" v skupine. Ostatní členovia skupiny ich vysoko oceňujú za ich schopnosť priamo vyjadriť svoje pocity a pre ich starostlivosť a záujem o iných. Hysterický kognitívny štýl a obrany týchto pacientov - vytesnenie a popretie môžu byť v skupinovej terapii veľmi efektívne odhalené, pretože ostatní členovia skupiny im budú pomáhať vidieť, ako skresľujú svoj názor na seba a iných vynechávaním detailov z interakčných situácií. Napr. keď jedna hysterická pacientka popisovala, ako sa zmýlila, že bola zvädzaná jedným mužom v práci, zatiaľ čo išlo iba o priateľský prístup. Ostatní si všimajú, ako sa pacientka v skupine správa, jej pohotovosť ku flirtovaniu, ako dáva signály mužom v skupine.

Hysterickí pacienti všeobecne tvoria ku skupine ako celku pozitívny materský prenos. Chytajú sa skupiny ako príležitosti užiť si materinskú starostlivosť, ktorá, ako oni veria, im chýbala počas detstva. Tak sú dobre ku skupinovej psychoterapii dobre motivovaní a povzbudzujú iných k rovnakému náhľadu na terapiu, ako dobrému zdroju. Avšak histriónski pacienti môžu byť v skupine viac problematicí, pretože sa často vyvyšujú nad ostatných pacientov, dožadujú sa toho, aby boli v centre pozornosti, pomocou florídnych prejavov emocionality. Takíto pacienti môžu byť v skupine efektívne liečení iba vtedy, ak sú i v individuálnej terapii.

## **PORUCHY OSOBNOSTI - PODSKUPINA C: OBSEDANTNE-KOMPULZÍVNA, VYHÝBAVÁ A ZÁVISLÁ**

(excerpt kapitoly pripravila MUDr. Katarína Kusá, TN)

Tieto tri poruchy osobnosti sú v DSM-IV (APA 1994) zoskupené spolu v oddiele C, podľa predpokladanej dominujúcej charakteristiky, úzkosti a strachu, ktorým ľudia s týmito poruchami trpia. Obsedantne-kompulzívna porucha, na rozdiel od ďalších dvoch, má dlhú klinicko-psychoanalytickú tradíciu.

### **Obsedantne-kompulzívna poruchy osobnosti**

Rozdiel medzi obsedantne-kompulzívnu poruchou (alebo neurózou) a obsedantne-kompulzívnu poruchou osobnosti spočíva v tom, že u prvej ide o symptómovú neurózu a u druhej o pretrvávajúce osobnostné rysy. Ako bolo popísané v kapitole 9, pacienta trpiaceho obsedantne-kompulzívnu poruchou mučia nepríjemné myšlienky a je pudený ku rituálnemu správaniu. Tieto symptómové prejavy sú ego-dystónne, pacient ich vníma ako problém a obvykle sa snaží zbaviť sa ich. Naproti tomu, u obsedantne-kompulzívnej poruchy osobnosti (vid'. tab. 19.1), črty, ktoré diagnostikujeme, sú trvalé vzorce správania, ktoré sú ego-syntónne. Tieto črty pacientovi zriedka spôsobujú utrpenie, a dokonca ich možno považovať za vysoko adaptívne. Napr. výskumy o lekároch ukazujú, že určité obsedantne-kompulzívne črty prispievajú k úspechu v ich profesii. Platí to aj u ďalších povolání, vyžadujúcich si zmysel pre detaily. Avšak úspech v pracovnej sfére stojí týchto ľudí vysokú cenu. Ich dôležité vzťahové osoby sa sťažujú na to, že je ťažké s nimi žiť a nezriedka sú to oni, kto iniciuje ich návštevu psychiatra.

Hoci rozdiel medzi obsedantne-kompulzívnu poruchou a obsedantne-kompulzívnu poruchou osobnosti je v DSM-IV jasný, existujú určité spory o tom, do akej miery sa tieto dve diagnostické entity prekrývajú. Psychodynamicky

orientovaní klinici spozorovali podrobnosti v psychodynamickej báze obidvoch porúch, taktiež pozorovali, že mnoho ľudí trpiacich obsedantne-kompulzívnymi neurotickými symptómami, má v ich pozadí ležiacu obsedantne-kompulzívnú osobnosť štruktúru (Nemiah 1980). Obsedantne-kompulzívne symptómy sa tranzitórne objavujú aj počas psychoanalytickej liečby ľudí s obsedantne-kompulzívnou poruchou osobnosti (Munich 1986). Avšak nedynamické empirické štúdie naznačujú, že u pacientov s obsedantne-kompulzívnou poruchou sa môžeme stretnúť so širokou škálou porúch osobnosti. V jednej štúdií menej než polovica pacientov s obsedantne-kompulzívnou poruchou spĺňala kritériá pre obsedantne-kompulzívnú poruchu osobnosti (Rasmessan a Tsuang 1986). Ďalší výskum 23 pacientov s obsedantne-kompulzívnou poruchou zistil obsedantne-kompulzívnú poruchu osobnosti len u jedného z nich (Soffe a kol. 1988). V skutočnosti bola najčastejšie zisťovanou diagnózou osobnosti u tejto vzorky zmiešaná porucha osobnosti s vyhýbavými, závislými a pasívne-agresívnymi rysmi. V jednej našej štúdií (Baer a kol. 1990), skúmajúcej 96 pacientov s obsedantne-kompulzívnou poruchou, malo len 6% na ose II. stanovenú diagnózu obsedantne-kompulzívnej poruchy osobnosti. Najčastejšími diagnózami boli zmiešaná, závislá a histriónska porucha osobnosti.

### **Psychodynamické porozumenie**

Včasné psychoanalytické príspevky (Abraham 1921/1942, Freud 1908/1959, Jones 1948, Menninger 1943) spájali určité charakterové rysy - zvlášť tvrdohlavosť, skúposť a poriadkumilovnosť, s análnou fázou psychosexuálneho vývoja. U pacientov s týmito osobnostnými rysmi došlo ku regresii z oidipálnej fázy vyznačujúcej sa kastrátnou úzkosťou, na úroveň reálnu bezpečnej análnej fázy. Pudení prísny, trestajúcim superegom, používajú charakteristické obranné mechanizmy ega, ako sú izolácia afektu, intelektualizácia, reaktívny výtvor, odčinenie, presunutie (viď. kap. 2). Ich obsedantná poriadkumilovnosť bola napr. konceptualizovaná ako reaktívny výtvor proti v pozadí ležiacej túžbe po análnej špinavosti a jej derivátoch. Problém prejavovania agresivity, ktorý je u tejto poruchy osobnosti výrazný, je vo vzťahu ku ranným mocenským zápasom s materskými figúrami, týkajúcimi sa výchovy k čistote ("učenie na nočník"). Tvrdohlavosť obsedantných indivíduí je tiež dávaná do súvislosti s týmito zápasmi.

Novšie príspevky (Gabbard 1985, Gabbard a Menninger 1988, Horowitz 1988, Salzman 1968, 1980, 1983, Shapiro 1965) idú ďalej za nestálosť análnej fázy a pozornosť zameriavajú na interpersonálne prvky, sebaúctu, zvládanie hnevu a závislosti, kognitívny štýl a na problém vyváženosti pracovných a citových vzťahov. Ľudia s obsedantne-kompulzívnou poruchou osobnosti trpia značnými pochybnosťami o sebe. Ich skúsenosť z detstva je, že neboli dostatočne oceňovaní alebo milovaní svojimi rodičmi. V niektorých prípadoch môže byť takéto vnímanie spôsobené skutočným chladom alebo dištancovanosťou rodičovských figúr, zatiaľ čo v iných prípadoch jednoducho deti vyžadovali viac ubezpečenia a povzbudení, než obyčajne deti vyžadujú, aby sa cítili byť rodičmi potvrdzované, akceptované. Psychodynamická liečba týchto pacientov odhaľuje silné nenaplnené túžby po závislosti a rezervoár zlosti, namierenej voči rodičom, na to že im neboli viac emočne dostupní. Pretože obsedantne-kompulzívní pacienti považujú ako hnev, tak aj závislosť za neprijateľné, bránia sa voči týmto pocitom obranami, ako sú reaktívny výtvor a izolácia afektu. V snahe poprieť akúkoľvek závislosť na komkoľvek, snažia sa rôznymi spôsobmi demonštrovať svoju nezávislosť a

individualizmus. Podobne sa snažia dôsledne držať pod kontrolou všetok svoj hnev a môžu pôsobiť až ponížene, úctivo a servilne, vo svojej snahe zabrániť prejavu čoho i len náznakov hnevu.

Intímne vzťahy predstavujú pre obsedantne-kompulzívnych pacientov veľký problém. Intimita znamená možnosť, že budú ohromení silou ich priání, aby sa o nich niekto staral, a zároveň možnosť frustrácie týchto priání, ústiacu do pocitov nenávisť a zášti, túžby po pomste. Pocity, ktoré môžu vzniknúť z intímnych vzťahov sú ohrozujúce, pretože nesú potencionálnu možnosť "straty kontroly", ktorá je jedným zo základných strachov obsedantne-kompulzívneho človeka. Od dôležitých vzťahových osôb obsedantne-kompulzívnych ľudí sa dozvedáme, že sú títo príliš kontrolujúci. V takýchto vzťahoch často dochádza k patovým situáciám, pretože nie sú schopní pripustiť, že niekto iný by dokázal robiť veci lepšie, než oni sami. Potreba kontrolovať druhých vyvstáva zo základného znepokojenia, že zdroje starostlivosti v ich okolí sú veľmi slabé a prchavé a kedykoľvek môžu vymiznúť. Niekde v ich vnútri je ukrytá dieťa, ktoré sa cíti byť nemilované. Nízka sebaúcta a tento pocit z detstva, že nie sú cenní, ich často vedie ku predpokladu, že iní ľudia sa od nich radšej budú držať bokom. Vysoká úroveň agresivity a intenzívne deštruktívne priania ukryvané v ich nevedomí, taktiež prispievajú k tomuto strachu zo straty druhých. Títo pacienti sa často obávajú, že ich deštruktívnosť odoženie od nich iných ľudí, alebo že vyprovokuje protiagresiu, pričom ide o projekciu ich vlastnej zlosti.

Obsedantne-kompulzívní ľudia sú charakteristickí snahou o dokonalosť. Akoby prechovávali tajnú vieru, že keby dosiahli najvyššie štádium bezchybnosti, konečne by sa im dostalo rodičovského potvrdenia a úcty, ktoré v detstve postrádali. Tieto deti často vyrastajú s presvedčením, že sa jednoducho dosť nesnažili, a ako dospelí majú chronický pocit, že "nerobia dosť". Rodič, ktorý sa nikdy nezdal byť spokojný, je internalizovaný ako kruté superego, ktoré vyžaduje od pacienta stále viac a viac. Mnohí obsedantne-kompulzívní ľudia sa stanú workaholikmi, pretože sú nevedomo hnaní týmto presvedčením, že lásku a uznanie možno získať iba vďaka heroického úsiliu dosiahnuť mimoriadne vysokú úroveň vo zvolenej profesii. Zdá sa, že sú hnaní viac prianím dosiahnuť úľavu od ich mučiaceho superega, než skutočnou túžbou po príjemných pocitoch, po radosť.

Tieto dynamické konštrukcie vedú ku charakteristickému kognitívnemu štýlu (Horowitz 1988, Shapiro 1965). Zatiaľ čo hysterickí a histriónski pacienti majú tendencie nadhodnocovať afektívne stavy na úkor dôsledného myslenia, u obsedantne-kompulzívnych je to naopak. Títo sa snažia byť prísne racionálni a logickí, desia sa situácií, v ktorých by mohli stratiť kontrolu nad svojimi emóciami a ich mechanistická tendencia byť úplne bez afektov môže ľudí v ich okolí doháňať k šílenstvu. Navyše, ich myslenie je logické iba v určitom úzkom zmysle. Ich spôsob myslenia je rigidný a dogmatický (Shapiro 1965). Dynamicky môžeme tieto vlastnosti chápať ako kompenzačné u ľudí zmietaných pochybnosťami o sebe a ambivalenciou.

Na rozdiel od kognitívneho štýlu hysterických pacientov, obsedantne-kompulzívní pacienti venujú veľkú pozornosť detailom, ale takmer úplne postrádajú spontánnosť a flexibilitu, impresionistické tušenia automaticky odmietajú ako "nelogické". Mimoriadne veľa energie vynakladajú na udržanie si svojho kognitívneho štýlu, takže všetko, čo robia, si vyžaduje úsilie. Vôbec ich neláka predstava vziať si dovolenku alebo len tak relaxovať.

Hoci mnohí z týchto ľudí dosahujú veľmi dobré výsledky, niektorí zisťujú, že im ich osobnostný štýl narúša výkonnosť v pracovnej sfére a znižuje ich úspešnosť.



Obsedantne-kompulzívni ľudia dokážu nekonečne ruminovať nad malými rozhodnutiami, čím dráždia všetkých naokolo. Utápajú sa v detailoch, pričom im uchádza podstata. Ich nerozhodnosť dynamicky súvisí s hlbokými pochybnosťami o sebe. Majú pocit, že riziko, že urobia chybu, je tak veľké, že vopred znemožňuje urobiť akékoľvek definitívne rozhodnutie. Podobne k ich nerozhodnosti prispieva obava, že výsledok ich práce nebude úplne perfektný. Mnohí obsedanti sú verbálne mimoriadne zdatní, ale pri písaní majú veľké problémy práve kvôli obavám, že výsledok nebude bezchybný.

"Hnaciú" kvalitu konania obsedantne kompulzívnych ľudí pekne popísal Shapiro (1965), ako "budiace dojem, že je tlačené alebo motivované niečím mimo konajúcej osoby. Táto akoby postrádala entuziazmus. Jej skutočný záujem o danú činnosť nevysvetľuje dostatočne intenzívnosť, s akou sa jej venuje". Dynamicky povedané, títo ľudia majú autonómiu od rozkazov svojho superega. Správajú sa tak, ako sa správajú, pretože musia, bez ohľadu na to, ako ich správanie pôsobí na druhých.

Hypertrofované superego obsedantne-kompulzívneho pacienta je neúnavné v jeho požadovaní dokonalosti. Keď sú tieto požiadavky dlhšiu dobu nenapĺňané, môže sa dostať depresia. Toto dynamické prepojenie medzi obsedantne-kompulzívnym charakterom a depresiou pozorovali klinici už dlhé roky. Obsedantne-kompulzívni ľudia sú ohrození depresiou zvlášť v období stredného veku, kedy idealistické sny mladosti narážajú na realitu ubiehajúceho času a narastajúceho veku. V tomto bode životného cyklu sa môžu dostať až na pokraj suicídia a vyžadujú hospitalizáciu, aj napriek tomu, že predtým v práci dlhú dobu dobre fungovali.

## **Psychoterapeutické úvahy**

Na rozdiel od refraktérnej povahy obsedantne-kompulzívnej poruchy, u obsedantne-kompulzívnej poruchy osobnosti môžeme dosiahnuť výrazné zlepšenie pomocou psychoanalýzy alebo inej expresívnej individuálnej psychoterapie. Účinná môže byť aj dynamická skupinová psychoterapia. Či sa už rozhodneme pre individuálnu alebo skupinovú, vyvstanú podobné terapeutické problémy, vyžadujúce podobné prístupy.

Keďže u týchto pacientov zvyčajne narážame v terapii na značný odpor, musíme si dobre uvedomovať, aké implikácie má dynamická psychoterapia práve pre túto skupinu pacientov. Už samotná idea existencie nevedomia ohrozuje ich pocit kontroly. Psychodynamická teória učí, že sme nevedomo kontrolovaní a vedomo zmätení. Takže obsedantne-kompulzívny človek bude cítiť odpor už ku základnej premise dynamickej terapie. Aby sa vysporiadal s pocitom ohrozenia, každý terapeut vhlád bude hodnotiť ako "nič nového". Spočiatku nebude schopný pripustiť si, že terapeut hovorí niečo, čoho si on sám už predtým nebol vedomý. Odpor možno chápať ako pacientove typické obranné operácie, prejavujúce sa v terapeutickom procese.

Izolácia afektov sa potom môže prejavovať ako nevedomovanie si žiadnych pocitov vo vzťahu ku terapeutovi, zvlášť pocitov závislosti alebo hnevu. Pacient dokáže dlho rozprávať o faktických informáciách zo svojej minulosti i zo súčasnej situácii, bez zjavného emočného doprovodu. Keď sa terapeut vráti z dlhšej dovolenky, pacient odmieta pripustiť akúkoľvek emočnú reakciu na odlúčenie. Ak je dominujúcou obranou reaktívny výtvor, pacient bude pravdepodobne reagovať nasledovne: "Ó, nie, nevadilo mi to. Len dúfam, že ste sa mali dobre a dobre si

odpočinuli".

Obsedantne-kompulzívny pacient tiež reaguje na ohrozenie intenzívnym afektom obsesívnym táraním, ktoré má slúžiť ako dymová clona, maskujúca jeho skutočné pocity. Presnejšie, má slúžiť ako anesteticky pôsobiaci oblak, uspávajúci poslucháča. Ako pacient zabieha ďalej a ďalej od pôvodnej témy, terapeut môže stratiť stopu, niť, spájajúcu pacientove asociácie a prestane s pacientom "ladiť". Pretože títo ľudia pripisujú myšlienkam rovnakú moc ako činom, pacient bude možno pociťovať potrebu anulovať to, čo už bolo povedané:

Počas víkendovej návštevy rodičov som začal byť akosi podráždený zo svojho otca. Teda, nepovedal by som, že som bol naozaj podráždený, v skutočnosti voči nemu vôbec necítim hnev. Ja len, že si sadol, pozeral TV a vôbec nemal záujem rozprávať sa so mnou. V jednom momente ma napadlo vypnúť TV a povedať mu to, ale samozrejme, neurobil som to naozaj. Nedokázal by som byť k niekomu taký hrubý.

Táravý spôsob reči, typický pre obsedantne-kompulzívneho pacienta, sa vyznačuje častou snahou zrušiť, anulovať myšlienky alebo prania, ktoré práve verbalizoval. Navyše overinkluzívnosť (prílišná obsiahnutosť) myslenia zavádza pacienta do prílišných podrobností a jeho táranie sa stále viac a viac vzd'aluje od pôvodnej témy sedenia.

Mnohí obsedantne-kompulzívní pacienti sa budú snažiť byť "perfektnými pacientami". Budú sa snažiť hovoriť presne to, čo si myslia, že chce terapeut počuť, s nevedomou fantáziou, že tak napokon získajú lásku a úctu, ktorej sa im nedostávalo v detstve. Pretože sú si istí, že akýkoľvek prejav hnevu povedie ku ich odsúdeniu, vedomo nebudú pociťovať hnev, zato ho budú nevedomo vyjadrovať tak, že sa na sedení úplne chopia slova, takže terapeuta k slovu ani nepustia. Vyjadria tak svoj hnev bez toho, že by si uvedomovali akékoľvek pocity hnevu. Iní pacienti budú prejavovať svoj odpor tak, že v prenosovom vzťahu s terapeutom budú opakovať svoj mocenský zápas s matkou.

Terapeutické prístupy ku takýmto charakteristickým formám odporu u obsedantne-kompulzívnych pacientov majú spoločné to, že na počiatku musíme starostlivo preskúmať protiprenos. Terapeut bude pociťovať silné pokušenie vymaniť sa z pacientovho tárania, z jeho mechanistického zdelovania faktov. Môže začať izolovať afekty podobne ako to robí pacient, miesto toho, aby prežíval podráždenie a hnev ako dôležité súčasti procesu, ktoré je potrebné pacientovi interpretovať. Napr. keď terapeut začína pociťovať nudu a dištancovanosť od pacientom prinášaného materiálu, užitočnou môže byť poznámka: "Je možné, že toto vaše zdel'ovanie faktov je spôsobom, ako si odo mňa udržať emočný odstup?". Ďalšou protiprenosovou pascou je, keď terapeut začne skotomizovať určité aspekty pacientovej psychopatológie kvôli svojim vlastným obsedantne-kompulzívnym tendenciám. Pretože obsedantne-kompulzívne črty sú vysoko adaptívne pri štúdiu medicíny a počas rezidentskej psychiatrickej praxe, terapeuti môžu ľahko prehliadnuť, ako tie isté črty negatívne ovplyvňujú pacientove vzťahy. Uvedomenie si dôsledkov obsedantne-kompulzívnych tendencií pre vzťahy v nich môže vyvolať nepríjemné pocity, pretože pacientova situácia môže rezonovať s podobnými trendmi v jeho vlastných osobných vzťahoch.

Účinnou stratégiou v psychoterapeutickej liečbe pacientov s obsedantne-kompulzívnou osobnosťou je preŕať dymovú clonu slov a dostať sa tak priamo k pocitom. Terapeutický proces nezriedka uviazne v pacientovom predkladaní faktov so zámerom vyhnúť sa pocitom, ako je tomu v nasledovnom príklade:

Pán SS bol 29-ročný vysokoškolsky vzdelaný muž, ktorý vyhľadal psychoterapiu kvôli tomu, že nie je schopný dokončiť dizertačnú prácu. Jeho terapeutom bol psychiatrický rezident, od pacienta oniečo mladší. V prvých sedeniach pacient zápasil s touto skutočnosťou, pričom sa pokúšal zhromaždiť určité fakty.

Pán SS: Zdá sa mi, že nie ste dosť starý na to, aby ste boli úplne vyškoleným psychiatrom.

Môžete byť približne tak starý, ako ja. Nie je tak?

Terapeut: Áno. Som približne tak starý ako vy.

Pán SS: Predpokladám, samozrejme, že máte potrebný výcvik v psychoterapii. Alebo sa mýlim?

Terapeut: Áno, mám.

Pán SS: Ako dlho trvá psychiatrická rezidentúra?

Terapeut: Štyri roky.

Pán SS: A koľký rok ste rezidentom?

Terapeut: Tretí rok.

Pán SS: Predpokladám, že máte svojho supervízora, či nie?

V tomto bode si rezident začal uvedomovať, že tento prístup otázka-odpoveď obchádza pacientove pocity. Miesto toho, aby naďalej iba odpovedal na pacientove faktické otázky, pacient sa rozhodol osloviť samotný proces.

Terapeut: Pán SS, zdá sa mi, že tento pokus zistiť si fakty o mojom odbornom vzdelaní je spôsobom, ako obísť pocity, ktoré máte pri stretnutí s terapeutom, ktorý je približne tak starý, ako vy a ktorý je ešte vo výcviku. Zaujímalo by ma, či to, že ste boli pridelení ku rezidentovi, nevyvoláva vo vás nejaký hnev a možno trochu i pocit pokorenia.

Tento príklad ilustruje, ako by terapeut mohol útočne osloviť pacientove pocity, aj keď tento popiera ich existenciu. Obsedantne-kompulzívni pacienti budú tiež unikať od prenosových pocitov do dlhých rozpráv o anamnesticky vzdialených udalostiach. Terapeut sa bude musieť snažiť vrátiť pacienta do situácie tu a teraz, do toho, čo sa deje v prenose, a pokúsiť sa objasniť, čo také sa deje v momentálnej situácii, čo pacienta viedlo ku hľadaniu útočiska v minulosti. Nemal by strácať zo zreteľa určité premostujúce témy a ciele liečby, často tie, ktoré pacient pôvodne priniesol do liečby. Keď pacient nekonečne ruminuje o zjavne nedôležitých drobnostiach, terapeut by mal prerušiť tieto ruminácie a vrátiť pacienta späť ku hlavnej téme, ktorá bola nastolená na začiatku sedenia. Pri zvládaní tohto problému je vysoko efektívna skupinová terapia, pretože pacient môže prijímať spätnú väzbu od ostatných členov skupiny bez takého bojovného postoja, ako keď ju dostáva od terapeuta.

Obecným cieľom psychoterapeutickej liečby obsedantne-kompulzívneho pacienta je modifikácia superega. Jednoduchými slovami povedané, títo pacienti sa musia naučiť akceptovať svoju ľudskosť. Musí akceptovať to, že ich pranie prekonať pocity hnevu, nenávisť, žiadostivosti, závislosti atď. je nenaplniteľné. Pocity by mali napokon vnímať ako časť seba ako človeka, integrovať ich ako časť svojej sebaskúsenosti, miesto toho, aby ich potláčali, vytesňovali, popierali alebo sa od nich dištancovali, akoby patrili niekomu inému. Pri dosahovaní tohto cieľa, zmäkčenie superega, aby malo benígnejšiu štruktúru, zriedka pomáha uisťovanie. Poznámky typu: "V skutočnosti nie ste taký zlý, ako si o sebe myslíte", alebo "Ste na seba

príliš tvrdý" budú pacienti znieť prázdne.

Ku zmenám superega prispievajú skôr detailné interpretácie pacientových konfliktov, týkajúcich sa závislosti, agresivity a sexuality, spolu s terapeutovou stabilnou, konštantnou neutralitou. Tým, že terapeut ostane neposudzujúci a rovnako naklonený superegu, ego aj id, pomáha pacientovi odhaliť, že jeho vnímanie terapeuta je skreslené podľa vzorcov, vytvorených v predošlých vzťahoch. Hoci sa pacient bude opakovane pokúšať vidieť terapeuta ako kritického a posudzujúceho, terapeut ho bude viesť k tomu, aby rozpoznal, že mu pripisuje svoje vlastné kritické, posudzujúce postoje.

Akonáhle začnú títo pacienti chápať, že druhí nie sú takí kritickí, ako oni sami, úmerne k tomu sa zvýši ich sebaúcta. Zistia, že druhí ich akceptujú oveľa viac, ako si predstavovali. Keď si zažijú to, že ich terapeut akceptuje takých, akí sú, budú aj sami seba viac akceptovať. Keď sa naučia, že ich konflikty týkajúce sa agresivity a závislosti majú svoje korene v situáciách z detstva, lepšie sa budú vedieť s týmito pocitmi vysporiadať a budú ich akceptovať ako súčasť toho, že sú ľuďmi.

Ako u psychoterapie väčšiny pacientov, je potrebné interpretovať odpor prv, než obsahy, ktoré sú v jeho pozadí. Obrany voči hnevu, ako je reaktívny výtvor, možno osloviť o niečo prv, než je pacient schopný vidieť svoj obranný model dost zreteľne na to, aby ho dokázal dať do vzťahu ku jeho v pozadí ležiacemu hnevu. Terapeut môže napr. vysloviť interpretáciu: "Všimol som si, že vždy, keď vám oznámim, že budem mať dovolenku, poviete: "Nevadí!" Zaujímalo by ma, či sú v tej odpovedi obsiahnuté aj iné pocity, ktoré sú ťažšie prijateľné". Keď obsedantne-kompulzívni pacienti napokon zakúsia a vyjadria hnev voči terapeutovi, zistia, že nie je až tak deštruktívny, ako si mysleli. Terapeut je konzistentná, trvácna figúra, ktorá je tu týždeň čo týždeň, nezranená pacientovými prejavmi hnevu. Taktiež odhalia, že oni sami sa v dôsledku svojho hnevu nepremenia v monštra.

Pre obsedantne-kompulzívneho pacienta sú sexuálne pocity často neprijateľné aspoň tak, ako hnev alebo závislosť. V prenose budú znovuprehrávať situáciu z detstva, v ktorej vidia terapeuta ako rodiča, ktorý sexualitu odsudzuje. Udrжанím si pozície zúčastnenej neutrality umožní terapeut pacientovi vidieť takéto zákazy ako niečo z ich vnútra, nie ako pochádzajúce zvonka. Hrozba (kastrácia alebo straty lásky) pripisovaná terapeutovi, môže byť potom chápaná ako iluzórna, vyžarujúca z pacientovho vnútra.

## **Vyhýbavá porucha osobnosti**

Táto kontroverzná porucha bola navrhnutá v snahe charakterizovať skupinu sociálne stiahnutých indivíduí, odlišujúcich sa od schizoidných pacientov. Vyhýbavý pacient, na rozdiel od schizoidného, túži po blízkych interpersonálnych vzťahoch, ale zároveň sa ich obáva. Títo ľudia sa vyhýbajú vzťahom a spoločenským situáciám, pretože sa obávajú poníženia, spojeného so zlyhaním a bolesti, súvisiacej s odmietnutím. Ich túžba po vzťahoch nemusí byť v dôsledku ich hanblivej, sebamariacej sebaaprezentácie očividná.

Rozlišovanie medzi vyhýbavou a schizoidnou poruchou bolo kritizované, že "nemá klinické, empirické, alebo aspoň široko akceptované teoretické zdôvodnenie" (Gunderson 1983), že ochudobňuje historický koncept schizoidnej poruchy osobnosti zamlžovaním niektorých z jej kľúčových črt (Livesly a kol. 1985, Livesly a West 1986), a že nerozlišuje postačujúco medzi dvoma uvádzanými skupinami pacientov (Reich a Noyes 1986). V štúdiu 82 psychiatrických pacientov, Reich a Noyes (1986) zistili, že veľké percento pacientov so schizoidnou poruchou

osobnosti spĺňa tiež diagnostické kritériá pre vyhýbavú poruchu osobnosti. Na základe týchto zistení vyvodzujú, že schizoidná porucha by mohla byť variantom vyhýbavej poruchy osobnosti.

Vo všeobecnosti sú však údaje o diagnostickom prekryvaní kontradiktórne. Dve štúdie (Kass a kol. 1985, Trull a kol. 1987) ukázali, že zatiaľ čo vyhýbavá a schizoidná diagnóza mali veľmi nízku koreláciu, závislá porucha osobnosti sa značne prekryva s vyhýbavou poruchou osobnosti. Trull (1987) argumentoval, že v klinickej praxi je diagnóza schizoidnej poruchy osobnosti zriedkavá, takže prekryvanie sa vyhýbavej a schizoidnej poruchy má malú klinickú závažnosť. Viac pozornosti by teda malo byť venované prekryvaniu sa vyhýbavej a závislej poruchy osobnosti.

Reakciou na tieto kritiky boli zmeny v kritériách pre vyhýbavú poruchu osobnosti v DSM-III-R oproti DSM-III. Nešpecifické kritériá, ako "nízka sebaúcta" a "túžba po láske a akceptovaní" boli vypustené, pretože sú spoločné pre mnohé poruchy osobnosti. Pridané boli nové črty, ako zveličovanie rizík v každodennom živote a nadmerný strach zo zahanbenia, čím bola táto entita uvedená viac do súladu so psychoanalytickým konceptom fobického charakteru (Widiger a kol. 1988). Definícia poruchy bola tiež rozšírená o vyhýbanie sa situáciám, ako aj interpersonálnym vzťahom. Hoci aj táto revízia tejto diagnostickej kategórie bola do istej miery problematická, zo psychodynamického pohľadu znamenala prínos, pretože bola viac v súlade so psychoanalytickou tradíciou fobickej osobnosti, popísanej Fenichelom (1945). Navyše táto úprava definovala vyhýbavú poruchu osobnosti skôr ako neurotický charakter, než ako viac primitívny. Rada autorov (Akhtar 1986, Kernberg 1975, Meissner 1988) vníma schizoidnú poruchu osobnosti ako časť borderline spektra, kvôli dominujúcim črtám, ako sú štiepenie a neistá identita. Na rozdiel od toho považujú vyhýbavú poruchu za neurotickú v tom zmysle, že u nej nie je neistota v identite a oveľa viac než štiepenie je používané vytesnenie a iné zrelé obrany. Akhtar (1986) poznamenal: "Vyhýbavá osobnosť je ego-syntónnym náprotivkom fobickej neurózy, podobne ako je obsedantná osobnosť ego-syntónnym osobnostným náprotivkom obsedantnej neurózy."

Kvôli pretrvávajúcim sporom ohľadom prekryvania medzi vyhýbavou poruchou osobnosti a inými diagnózami na osi II, DSM-IV priniesla oproti DSM-III-R ešte špecifickejšie kritériá (tab. 19.2). Hoci závislá a vyhýbavá porucha majú niektoré charakteristiky spoločné, strach z poníženia a odmietnutia, ktorý vedie ku stiahnutiu sa a spoločenskej plachosti je kľúčovou črtou vyhýbavej poruchy. V jadre závislej poruchy je zas submisívne, lepkavé správanie, vyplývajúce z nadmernej potreby väzby, pripútanosti (Hirschfeld a kol. 1991). Nové kritériá odrážajú toto odlišenie tým, že kladú väčší dôraz na strach z poníženia, rozpakov a odmietnutia.

Tab. 19.2 DSM-IV kritériá pre vyhýbavú poruchu osobnosti

Pervazívny vzorec sociálnej inhibície, pocitov inadekvátnosti a hypersenzitivita na negatívne ohodnotenie, začínajúci v skorej dospelosti a prítomný v rôznych kontextoch, pričom platia 4 a viac z nasledujúcich kritérií:

1. vyhýbanie sa aktivitám v práci, ktoré vyžadujú značný interpersonálny kontakt, kvôli strachu z kritiky, neuznania a odmietnutia
2. vyhýbanie sa kontaktom s ľuďmi, keď nemajú istotu, že budú akceptovaní
3. prejavujú zdržanlivosť v nadväzovaní intímnych vzťahov kvôli obave zo

zahanbenia alebo vysmiatia

4. vopred očakávajú, že v spoločenských situáciách budú kritizovaní alebo odmietaní
5. sú inhibovaní v nových interpersonálnych situáciách, pretože sa cítia byť inadekvátni
6. seba vnímajú ako nespoločenských, nezaujímavých alebo menejcenných oproti ostatným
7. zdráhajú sa riskovať alebo angažovať sa v akýchkoľvek nových aktivitách, v ktorých by sa mohli prejaviť ich rozpaky.

Kritériá pre vyhýbavú poruchu osobnosti zisťujeme v klinickej populácii často. Avšak táto porucha je len zriedka primárnou, alebo jedinou diagnózou. Častejšie býva prídatoú ku inej poruche osobnosti, alebo je uvádzaná v spojitosti s diagnózou na osi I. Ústredné postavenie hanby u vyhýbavých osobností určuje psychodynamické prepojenie s určitým typom narcistických pacientov (hlavne fenomenologicky hypervigilantný typ a niektoré z typov, popísaných Kohútom). Aj narcistickí aj vyhýbaví pacienti môžu mať sklon ku hanbeniu sa, ale u prvých sa toto spája často s pocitom oprávnenosti a značnou grandiozitou.

### **Psychodynamické porozumenie**

Ľudia sa môžu hanbiť a vyhýbať z rôznych dôvodov. Môžu mať konštitučnú predispozíciu ku vyhýbaniu sa stresujúcim situáciám, súvisiacu s vrodeným temperamentom, ktorá je sekundárne zabudovaná do ich osobnostného štýlu. Niektoré výsledky výskumov ukazujú, že hanblivosť má geneticko-konštitučný pôvod, ale pre to, aby sa ako črta plne rozvinula, sú potrebné špecifické životné skúsenosti. Hanblivosť alebo vyhýbavosť chráni pred rozpakmi, ponížením, odmietnutím alebo zlyhaním. Podobne ako u iných druhov úzkosti, musíme i tu skúmať jej psychodynamický význam, aby sme porozumeli jej pôvodu u každého jednotlivého pacienta. Psychoterapeutická alebo psychoanalytická liečba často odkryje hanblivosť ako ústrednú afektívnu skúsenosť.

Hanba a vystavovanie sa sú úzko spojené. To, čoho sa vyhýbaví pacienti vo všeobecnosti obávajú, je akákoľvek situácia, v ktorej musia odhaliť také svoje aspekty, ktoré ich robia vulnerabilnými. Zatiaľ čo vina sa spája s úvahami o potrestaní kvôli prestúpeniu nejakého vnútorného zákona, hanba je viac spojená s hodnotením seba, ako nejakým spôsobom neadekvátneho, nezrovnateľného s interným štandardom. V tomto zmysle je vina užšie spojená so superegom, zatiaľ čo hanba má bližší vzťah ku ego-ideálu.

Jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti môžu mať pocit, že spoločenským situáciám sa treba vyhnúť, pretože sa v nich pred očami všetkých môže vyjaviť ich neadekvátnosť. Môžu sa hanbiť za rôzne svoje stránky, napr. môžu hodnotiť seba ako slabých, neschopných konkurovať druhým, telesne alebo psychicky defektných, chaotických, nechutných, neschopných kontrolovať telesné funkcie alebo ako exhibicionistov.

Slovo "hanba" je etymologicky derivované od slovesa "to hide" - skryť sa, a vyhýbaví jedinci sa často vyhýbajú interpersonálnym vzťahom a situáciám, kde by boli exponovaní v súlade s práním "ukryť sa" pred veľmi nepríjemným pocitom hanby. Hanbu nemožno redukcionisticky spájať s jedným vývojovým momentom v živote dieťaťa, skôr súvisí s mnohými rôznymi vývojovými skúsenosťami v rôznom veku. Hanba sa zjavne objavuje vo veľmi včasných štádiách života, výrazná je v

čase nástupu strachu z cudzích ľudí okolo 8. mesiaca života. Je tiež spojená s pocitmi okolo pomočovania a pošpiňovania sa a s internalizáciou rodičovských pokarhaní, ktoré sa s tým často spájajú. Dvojročné dieťa, ktoré rozradostene šantí tak, ako ho pánboh stvoril, taktiež začne cítiť hanbu, keď mu prísny rodič zatrhne takúto zábavu a trvá na tom, aby sa oblieklo. Všetky takéto vývojové skúsenosti môžu byť u vyhubavého človeka pri jeho expozícii skupine ľudí alebo v prítomnosti človeka, ktorý je preňho dôležitý, reaktivované.

### **Psychodynamické prístupy**

Vysoko efektívnou môže byť tak individuálna, ako aj skupinová expresívne-podporná psychoterapia. Podporné prvky zahŕňajú empatický prístup k rozpakom a poníženiu, spojenými s expozíciou, a zároveň silné povzbudzovanie pacienta k tomu, aby sa aj napriek nepríjemným pocitom obávaným situáciám nevyhýbal. Expresívne elementy psychoterapie zahŕňajú exploráciu príčin, ktoré sú v pozadí hanby a ich prepojenia s minulými skúsenosťami. Ak je pacient ochotný riskovať konfrontáciu s obávanými situáciami, dostávajú sa tieto expresívne prvky do popredia. V aktuálnej situácii sa aktivuje viac úzkostí a fantázií, než pri zotrúvaní v obrannej pozícii sociálneho stiahnutia. Tento fakt je potrebné pacientovi vysvetliť v edukačne zameraných intervenciách, aby si uvedomil dôležitosť aktívneho vyhľadávania obávaných situácií.

Úvodné výskumné snaženia môžu pôsobiť frustrujúco, pretože vyhubaví pacienti si nebudú istí v tom, čoho sa vlastne obávajú. Často sa uchýľujú k psychiatrickým klišé, ako napr. "odmietnutie". Terapeut musí detailne skúmať aktuálne situácie, aby pacientovi pomohol pohnúť sa ďalej od takýchto vágnych vysvetlení vyhubavosti. Môže sa napr. spýtať: "Aká bola vaša momentálna fantázia o tom, čo si vaši spolupracovníci môžu o vás myslieť, keby ste si k nim včera v jedálni prisadli?" Podobne môžeme špecifické fantázie explorať v kontexte prenosu. Vyhubaví pacienti obvykle značne úzkostne prežívajú expozíciu, s ktorou je psychoterapia spojená. Keď sa pacient začervena pri niečom, čo práve hovorí, terapeut sa môže spýtať: "Môžete mi povedať, čo vás práve v tomto momente priviedlo do rozpakov? Je za tým nejaká vaša predstava, ako asi zareagujem na to, čo ste povedal?" Sledovaním detailov špecifických situácií si pacient rozvinie väčšie uvedomenie kognitívnych korelátov pocitov hanby.

### **Príklad**

Slečna TT je 24-ročná študentka ošetrovateľstva, ktorá prišla do terapie kvôli nespokojnosti so svojím životom, s problémom nadväzovať heterosexuálne vzťahy a s úzkosťou v sociálnych situáciách. Popisovala chronický problém s hanblivosťou a plachosťou pred mužmi. Pretože bola neobyčajne atraktívna, často ju pozývali na schôdzku, ale počas každej schôdzky pociťovala takú úzkosť, že si musela vypiť, aby sa uvoľnila. Terapeutovi zdelila svoju obavu, že sa u nej rozvinie závislosť na alkohole, pretože otvorene hovoriť s mužmi dokázala iba pod jeho vplyvom. Slečna TT popisovala rovnaké prežívanie úzkosti v spoločnosti iných ľudí, napr. jej kolegov v zdravotnej škole.

Absolvovala niekoľkomesačnú skupinovú psychoterapiu, ale v skupine bola mlčanlivá a zarazená. Zriedkakedy prehovorila, pretože sa bála, "že povie niečo zle". Potom začala skupinové sedenia vynechávať, čo racionalizovala tak, že jej je to aj tak jedno, lebo sa na nich aj tak nezapájala. Individuálnu psychoterapiu vyhľadala preto, lebo si myslela, že pre ňu bude ľahšie otvoriť sa pred jedným

človekom, než pred ôsmimi.

Počas tretieho sedenia mala pri rozprávaní časté odmlky. Terapeut znášal toto mlčanie trpezlivo, ale po niekoľkých sedeniach spozoroval, že mlčanie sa objavuje vždy, keď sa v jej prežívaní objavili silné pocity. Uvedomila si, že sa veľmi obávala straty kontroly, keď v nej zosilnenli emócie. Terapeut sa jej spýtal, či uvažovala nad tým, ako bude na jej prejav emócií reagovať. Slečna TT odpovedala, že mala pocit, že ju za to bude kritizovať, a že ju vyhanbí za to, že "sa správa ako malé dieťa".

V tomto bode sa terapeut spýtal, či ten strach súvisí s nejakou podobnou skúsenosťou z minulosti. Pustila sa do rozsiahleho popisu toho, ako s ňou zaobchádzal jej otec, keď bola dieťa. Povedala, že to bol "veľký muž, ktorý nezniesol kritiku, ale sám kritizoval všetkých". Vždy, keď priniesla domov vysvedčenie, vrieskal po nej, prečo nezískala hodnotenie A. Spomínala tiež, ako raz rozliala mlieko a ako ju za to otec veľmi vyhresil, kričiac: "Prečo nemôžeš byť aspoň trochu ako tvoja sestra?". So značnými rozpakmi priznala, že jej otec nikdy nedoprial, aby sa cítila byť hrdá na to, že je žena. V deň, kedy dostala prvýkrát menštruáciu, sa jej posmieval, že teraz sa bude mať aspoň raz za mesiac na čo vyhovoriť na to, prečo je taká "zlá". Cítila sa vtedy mimoriadne zahanbená a hodiny preplakala vo svojej izbe. Keď raz prišla domov plná vzrušenia, pretože bola zvolená za vedúcu organizovaného povzbudzovania, otec ju nazval "domýšľavou a skazenou". Dospela k silnému presvedčeniu, že sa jej nikdy nepodarí naplniť otcove očakávania.

V jednom bode terapie rozprávala slečna TT o svojom probléme pri návšteve večierkov alebo iných spoločenských podujatí. Terapeut sa opäť spýtal na predošlé zážitky, ktoré by mohli súvisieť s týmto strachom. Spomenula si, že keď bola malé dievčatko, matka ju vyobliekala a vzala na návštevu ku priateľom, každý ju vtedy obdivoval, aká je "zlatá". Pamätá sa, aké rozpaky prežívala pri týchto komplimentoch, pretože mala pocit, že je "predvádzaná". Terapeut jej ďalej skúmať tieto pocity a pacientka si uvedomila, že táto expozícia sa jej do určitej miery páčila, pretože sa jej dostalo takej pozitívnej spätnej väzby, v kontraste ku neustálemu kritizovaniu otcom. Terapeut ju povzbudil, aby sa zúčastnila niektorých zo spoločných podujatí, na ktoré bola pozývaná a pozorovala, aké ďalšie príležitosti jej prídu na um počas záchvatu úzkosti.

Keď začala slečna TT chodiť do spoločnosti častejšie bez toho, aby sa predtým napila, uvedomila si, že sa obáva prežívania potešenia. Keď pocítila radosť z komplimentov, ktorými ju zahŕňali muži na večierkoch, bola presvedčená, že je "domýšľavá a skazená", tak ako jej to zvykol hovoriť otec. Toto presvedčenie v nej vzbudzovalo pocit, že je "zlé dievča".

Tak isto ako zlyhania sa človek môže obávať úspechu v interpersonálnych situáciách. Vzrušenie pri exhibicionistickom predvádzaní sa môže automaticky pripomenúť včasnejšie rodičovské pokarhania kvôli "predvádzaniu sa". Mnoho ľudí s vyhýbavou poruchou osobnosti sa obáva, že budú opojení sami sebou, keď sa stanú stredobodom pozornosti. Táto dynamika je ústredná pri zážitku trémy. Slečna TT prežívala popri strachu z potešenia byť stredobodom pozornosti zároveň strach, že nenaplní vysoké očakávania, nároky, ktoré si sama stanovila. Tieto očakávania vznikli internalizáciou počas spolužitia s otcom, ktorého očakávania boli veľmi veľké. V terapii sa jej podarilo uvedomiť si, aký silný hnev pociťuje voči otcovi za to, že ju nepretržite zahanboval a vyvolával v nej tak rozporuplné pocity, týkajúce sa jej sexuality a ženskosti. Miller (1985) poukázal na spojenie medzi inhibíciou hnevu a zážitkami zahanbenia. Slečna TT nikdy nemohla otvorene prejaviť hnev voči svojmu otcovi a cítila hanbu už za to, že vôbec má takéto pocity.



## **Závislá porucha osobnosti**

Pojem závislosť, podobne ako odmietnutie sa stali psychiatrickým klišé. Každý je do určitej miery závislý a väčšina pacientov v podmienkach ústavnej liečby má s pocitom závislosti problém. Zvlášť v americkej kultúre, kde je tak zdôrazňovaný individualizmus a nezávislosť, sa slovo "závislosť" vyslovuje s pejoratívnym podtónom. Self-psychoológovia by však argumentovali, že skutočná nezávislosť je nielen nemožná, ale nie je ani želateľná. Každý z nás potrebuje rôzne seba-objektové funkcie, ako je potvrdenie, empatia, ocenenie, obdiv, a to kvôli udržaniu a regulácii sebaúcty.

Kategória závislej poruchy osobnosti (DSM-IV) však popisuje závislosť extrémnu, a tým patologickú. Ľudia s touto poruchou nie sú schopní robiť vlastné rozhodnutia, sú neobyčajne submisívni, neustále potrebujú uisťovanie a bez opatery inou osobou nie sú schopní fungovania. Táto porucha osobnosti - "pasívne závislý" typ bola doplnená do klasifikácie DSM-III ako prot'ajšok "aktívne závislého" typu charakterizovaného kritériami histriónskej poruchy osobnosti (Gunderson 1983). Hoci je táto kategória v určitom vzťahu k tradičnému "orálnemu charakteru", identifikovanému v psychoanalytickej literatúre, neexistujú empirické dáta, ktoré by potvrdzovali rozlíšenie aktívne a pasívne závislého typu.

DSM-III verzia tejto poruchy osobnosti bola kritizovaná za to, že je príliš vágna - mala iba 3 diagnostické kritériá a predpojato uvádzala väčšiu náchyľnosť žien ku tejto poruche (Widiger a kol. 1988). Revidovaná kategória bola rozšírená na 9 položiek. Hoci je táto kategória skutočne častejšie stanovovaná u žien (Gunderson 1988), môže to súvisieť so sexuálnymi stereotypmi v našej kultúre, ktoré umožňujú byť závislými viac ženám než mužom.

Principiálne zmeny kritérií v DSM-IV mali zredukovať prekrývanie sa s ďalšími diagnózami na osi II., napr. s vyhubavou a borderline poruchou osobnosti (viď. tab. 19.3). Nové kritériá kladú dôraz na pacientovu excesívnu potrebu byť opatrovaný a na lepivé a submisívne správanie v službách udržania príľnutia.

Závislá porucha osobnosti, podobne ako vyhubavá, sú zriedka stanovované ako hlavná alebo jediná diagnóza. Často je združená s dystýmnou poruchou, s depresiou, s úzkosťou, tiež s ďalšími poruchami osobnosti - borderline, histriónskou a vyhubavou. Hoci viac než 50% pacientov s dg. závislej osobnosti má tiež diagnózu borderline poruchy osobnosti, tieto dve diagnózy možno odlíšiť na základe kľúčových aspektov vzťahových vzorcov.

Borderline pacienti reagujú na opustenie zúrivosťou a manipulatívnym správaním, zatiaľ čo závislí pacienti sa stávajú submisívnymi a lepivými (Hirschfeld a kol. 1991). Navyše intenzívnu a nestabilnú kvalitu vzťahov borderline pacientov u závislej poruchy nenachádzame.

## **Psychodynamické porozumenie**

Mnohí pacienti so závislou poruchou osobnosti vyrastali v rodinnom prostredí, kde rodičia nejakým spôsobom dieťaťu zdeľovali, že nezávislosť v sebe nesie nebezpečenstvo. V tejto skupine pacientov je bežným nálezom nadmerne zasahujúca a požadovačná matka. Podobne ako mnohí histriónski a hraniční pacienti, aj u závislých pacientov nájdeme anamnézu rafinovaného odmeňovania za ich lojalitu k rodičom, a na druhej strane rafinovaného trestania za každý náznak pohybu smerom k samostatnosti a nezávislosti.

Napriek tejto podobnosti s hraničnými pacientami, závislí pacienti reagujú na separáciu. Aj jedni aj druhí sa desia toho, že by mohli byť opustení, obe skupiny môžu prilnúť, "prilepiť sa" na dôležité vzťahové osoby, obaja sa môžu cítiť stratení, keď tieto dôležité vzťahové osoby nie sú prítomné. Hraniční pacienti obvykle reagujú na separáciu panikou, vedúcou k impulzívnemu, autodeštruktívnemu správaniu. Takéto dramatické reakcie sú u závislej poruchy osobnosti neobvyklé, závislý človek si obvykle sadne a plače. Tento rozdiel môže súvisieť s väčšou objektovou konštantnosťou vo vývojovej anamnéze týchto ľudí. Alternatívnou hypotézou je, že závislí pacienti postrádajú geneticko-konštitučnú predispozíciu pre vznetlivé, autodeštruktívne správanie, ktoré je charakteristické pre hraničných pacientov.

Hoci včasní psychanalytici verili, že problémy so závislosťou sú spojené s narušením počas orálnej fázy psychosexuálneho vývoja, tento názor už dnes nie je širšie akceptovaný. Takáto formulácia je rovnako problematrická ako iné fázovo-spezifické vysvetlenia psychopatológie. Pre pozadie pacientov so závislou poruchou osobnosti skôr bude platiť pervazívny vzorec rodičovského posilňovania závislosti počas všetkých fáz vývoja. Jedna empirická štúdia (Head a kol. 1991) ukázala, že rodiny osôb so závislou osobnosťou sú charakteristické nízkou úrovňou expresivity a vysokým stupňom kontroly, na rozdiel od rodín v klinickej kontrolnej skupine a v normálnej kontrolnej skupine.

Submisívny postoj k iným ľuďom môže mať milión významov. Tak ako sa vyhýbavý pacient vyhýba expozícii v dôsledku mnohočetne determinovaných nevedomých faktorov, závislý pacient hľadá opateru kvôli úzkostiam, ktoré sú ukryté pod povrchom. Terapeut by sa mal každého pacienta pýtať: "Čo to je, čo je pre vás na nezávislosti alebo separácii tak ohrozujúce?". Závislá lepivosť často maskuje agresivitu. Možno na ňu nazerať ako na kompromisnú formáciu v tom zmysle, že bráni pred hostilitou, ktorá je tiež konkomitantne vyjadrovaná. Ako mnohí zdravotníci vedia z vlastnej skúsenosti, človek, ktorý je objektom lepivosti závislého pacienta, môže prežívať jeho požiadavky ako hostilné a násilné.

Závislé správanie môže byť tiež spôsobom, ako sa vyhnúť reaktivácii minulých traumatických skúseností. Terapeut by mal spolu s pacientom preskúmať všetky spomienky na separácie v minulosti a ich dopad na pacienta.

Pán UU bol 29-ročný ženatý poštový úradník. Trpel dlhodobou dysthýmnu poruchou a chronickou insomniou, nedostatkom energie, problémom robiť rozhodnutia a úzkosťou. Napriek tomu svedomito chodil do práce, aj keď mal niekedy problém vyvinúť takú aktivitu, aká bola od neho požadovaná. Jeho hospitalizácii na psychiatrii kvôli suicidálnym myšlienkam predchádzalo jeho pokarhanie kontrolórom za to, že si nevykonáva náležite svoju prácu.

V úvodnom rozhovore pri príjme pán UU vyjadril extrémne znepokojenie z toho, že bude počas hospitalizácie odlúčený od svojej manželky, hoci si uvedomoval, že jeho suicidálne prania sú dosť nebezpečné a sú dôvodom pre ústavnú liečbu. Pani UU vysvetlila, že jej manžel nikdy nebol rád, keď nemohli byť spolu. Spoliehal sa na ňu pri robení akýchkoľvek rozhodnutí v domácnosti a bez nej nedokázal moc dobre fungovať. Takmer okamžite po príjme na oddelenie sa pán UU "zavesil" na pacientku, takmer rovnako starú ako on a hľadaj u nej vedenie, podobne ako sa spoliehal na svoju manželku. Spolu s ňou jedával a trávil s ňou všetok voľný čas. Nedával jej nijaké sexuálne návrhy, iba jednoducho hovoril, že sa v jej spoločnosti cíti bezpečne.

Anamnéza pána UU odhalila celoživotný vzorec úzkostnej závislosti. Vždy

prežíval značnú úzkosť, keď mal robiť niečo sám alebo keď mal začať s nejakou činnosťou bez toho, aby to s niekym konzultoval. Keď začal navštevovať základnú školu, objavila sa u ňo školská fobia a jeho matka popisovala, že plakal až dovtedy, kým ho nevzala domov. Podobne keď mal 10 rokov, poslali ho na návštevu ku strýkovi, kde mal ostať aj cez noc, ale on tak horko plakal, že sa matka musela poňho vrátiť a vziať ho domov. Keď ukončil strednú školu, všetci jeho priatelia išli pracovať na poštu a on ich nasledoval. Akákoľvek aktivita z jeho strany, smerujúca ku nezávislosti, v ňom reaktivovala bolestnú úzkosť, spojenú so separáciami vo včasnom období života. Správal sa tak, akoby bol presvedčený o tom, že za akékoľvek autonómne správanie bude opustený.

Pôvod závislosti pána UU a jeho separačnej úzkosti sa stal jasnejším, keď mu začala do nemocnice telefonovať jeho matka. Sťažovala sa na jeho rozhodnutie ísť do nemocnice: "Ako môžeš ospravedlniť to, že si od nás takto odišiel? Nemôžeš byť predsa až v tak zlom stave. Čo ak budeme od teba niečo potrebovať a ty nebudeš môcť?" Pacient vysvetlil, že dokonca už ako dospelý chodí domov k matke každý týždeň, keď ho zavolá a robí rôzne práce. Vyšiel aj s tým, že jeho rodičia sú veľmi málo komunikatívni a matka sa naňho spolieha v tom, že vždy rozprúdi komunikáciu. Pán UU vyrastal v rodinnom prostredí, kde jeho matka zdieľovala významné posolstvo - a síce, že ho potrebuje ako náhradu za svojho emočne odťažitého manžela. Nezávislosť bola teda považovaná za agresívny a neložný čin, ktorý by viedol ku strate matkinej lásky.

## **Psychoterapeutické úvahy**

Psychoterapia pacientov so závislou poruchou osobnosti predstavuje terapeutickú dilemu - pretože títo pacienti, aby prekonali svoj problém so závislosťou, musia najskôr rozvinúť závislosť na ich terapeutovi. Táto dilema môže často vyústiť do špecifickej formy odporu, kedy pacient vníma závislosť na terapeutovi skôr ako koniec sám o sebe, než ako prostriedok na dopracovanie sa ku koncu. Po určitom období terapie môžu títo pacienti zabudnúť na povahu ich pôvodných sťažností a ich jedinou snahou sa stáva udržanie si ich pripútanosti ku terapeutovi. Desiac sa ukončenia terapie budú terapeutovi opakovane pripomínať, akí su zdesení, aby si zabezpečili pokračovanie liečby. Keď terapeut poukáže na nejaké zlepšenie u pacienta, tento sa paradoxne zhorší, pretože zlepšenie sa preňho rovná ukončeniu liečby.

Jedným pravidlom, na ktoré treba pri liečbe závislých pacientov myslieť je, že to, čo verbalizujú, že by chceli, pravdepodobne nie je to, čo potrebujú. Budú chcieť, aby im terapeut hovoril, čo majú robiť, umožnil im pokračovať v ich závislosti, a kolludoval s nimi pri vyhýbaní sa rozhodovaniu a napĺňaní vlastných prání. Terapeut musí dokázať frustrovať tieto prania a podporovať nezávislé myslenie a konanie pacienta. Terapeut musí ustriechnuť to, aby úzkosť, produkovaná frustráciou bola pre pacienta znesiteľná a tiež produktívna, aby bol schopný skúmať pôvod svojej závislosti a strachy s ňou spojené.

U množstva pacientov sa ukázala byť úspešná časovo limitovaná dynamická psychoterapia (Gunderson 1988). Keď si je pacient vedomý od začiatku, že jeho vzťah s terapeutom po 12, 16 alebo 20 sedeniach skončí, prinúti ho to konfrontovať sa so svojimi najhlbšími úzkosťami zo straty a nezávislosti. Navyše tento prístup tiež pomáha u pacienta osloviť mocné fantázie, zahŕňajúce večnú dostupnosť opatrujúcich figúr. Keď dlhodobá, časovo nelimitovaná terapia uviazne na mŕtvom bode, možno využiť modifikáciu časovo limitovanej techniky, a síce, že stanovíme

najneskorší termín ukončenia liečby. Úzkosti, ktoré v pacientovi driemajú, tak budú rýchlo vynesené na povrch, keď bude mať nadohľad koniec terapie.

Podskupina závislých pacientov jednoducho nie je schopná alebo ochotná prijať rámec krátkej psychoterapie. Výhľad na stratu terapeuta po tom, čo terapia "práve začala", v nich vyvoláva príliš veľkú úzkosť. Pretože majú slabšie ego alebo väčšiu úroveň separačnej úzkosti, potrebujú si na dlhú dobu rozvinúť pozitívny závislý prenos voči terapeutovi. Pomocou tejto stratégie je však možné dosiahnuť značné terapeutické zisky. Niektorí pacienti sa zmenia vďaka "prenosovému výmennému obchodu" s terapeutom (Wallerstein). Sú ochotní urobiť určité zmeny vo svojom živote výmenou za terapeutovo schválenie týchto zmien. Iní sa môžu stať "doživotnými odsúdenými", ktorí budú udržiavať zmenu za predpokladu, že im terapeut bude vždy dostupný. Títo pacienti môžu dobre prosperovať dokonca i vtedy, keď sa frekvencia ich sedení s terapeutom zníži na jedno za niekoľko mesiacov, nehrozí však ukončenie možnosti ich stretnutí.

Pacienti so závislou poruchou osobnosti často spôsobujú protiprenosové problémy, súvisiace s konfliktami okolo závislosti. Lekári vo všeobecnosti, a psychiatri zvlášť môžu prežívať konflikty, týkajúce ich vlastnej závislosti. Psychoterapeuti sa musia vyvarovať protiprenosovému opovrhovaniu alebo pohrdaniu závislým pacientom. Túžby pacienta môžu rezonovať s nevedomými túžbami terapeuta a empatické ladenie s takýmito túžbami po závislosti môže terapeuta znepokojovať. Terapeuti, ktorí zavrhnú pacientove túžby, odmietajú aj svoje vlastné túžby.

### **Porucha osobnosti bližšie nešpecifikovaná**

Pacienti, u ktorých určujeme diagnózu podľa klasifikácie DSM-IV, sa zriedkakedy javia ako "čisté kultúry", čo zohľadňuje práve táto špeciálna kategória. Môže byť použitá pre poruchy osobnosti, ktoré sú "zmiešané", a pre tie, ktoré sú uvádzané v Appendixe, ako napr. pasívne-agresívna porucha osobnosti.