



PŘENOS

MUDr. Dana Holubová

SUR Praha, 11/2022

Základy techniky psychoanalytické/ psychodynamické psychoterapie

- Každá PT poskytuje **PODPORU** samotným rozhovorem s naslouchajícím druhým člověkem, který věnuje pozornost a snaží se o pochopení, nedirektivními vstupy strukturuje situaci, což přináší úlevu. Účinná složka je **VZTAH**
- Většina PT směřů se snaží o **POROZUMĚNÍ** pacientově psychické struktury a dynamice a zprostředkování tohoto porozumění pacientovi – **NÁHLED**. PAPT klade důraz na opakující se vzorce, konflikty, strukturální deficity a vytváří bohatý zásobník teorií, co můžeme u pacienta nacházet jako překážky vývoje a jak je pomoci měnit. Některé PT kladou větší důraz na NARACI, SMYSL, PŘÍBĚH, SEBEROZVOJ, cesty k cíli jsou pak více na konkrétní dvojici pacienta a terapeuta
- **Psychodynamické a psychoanalytické směry** kladu důraz na královskou cestu změny - práci s **PŘENOSEM a PROTIPŘENOSEM v terapeutickém vztahu**. Samozřejmostí jsou další složky vztahu - podpora vytváření vztahu, emoční zážitek ve vztahu (korektivní emoční zkušenost), vědomá složka vztahu umožňující terapii - **terapeutická aliance**. Účinná složka je zde opět **VZTAH**

Vzájemná (podporující se) interakce těchto dvou základních ohnisek práce NÁHLED - VZTAH

➤ Interakce vztah/ náhled



vztahová
zkušenost –
stará/ nová

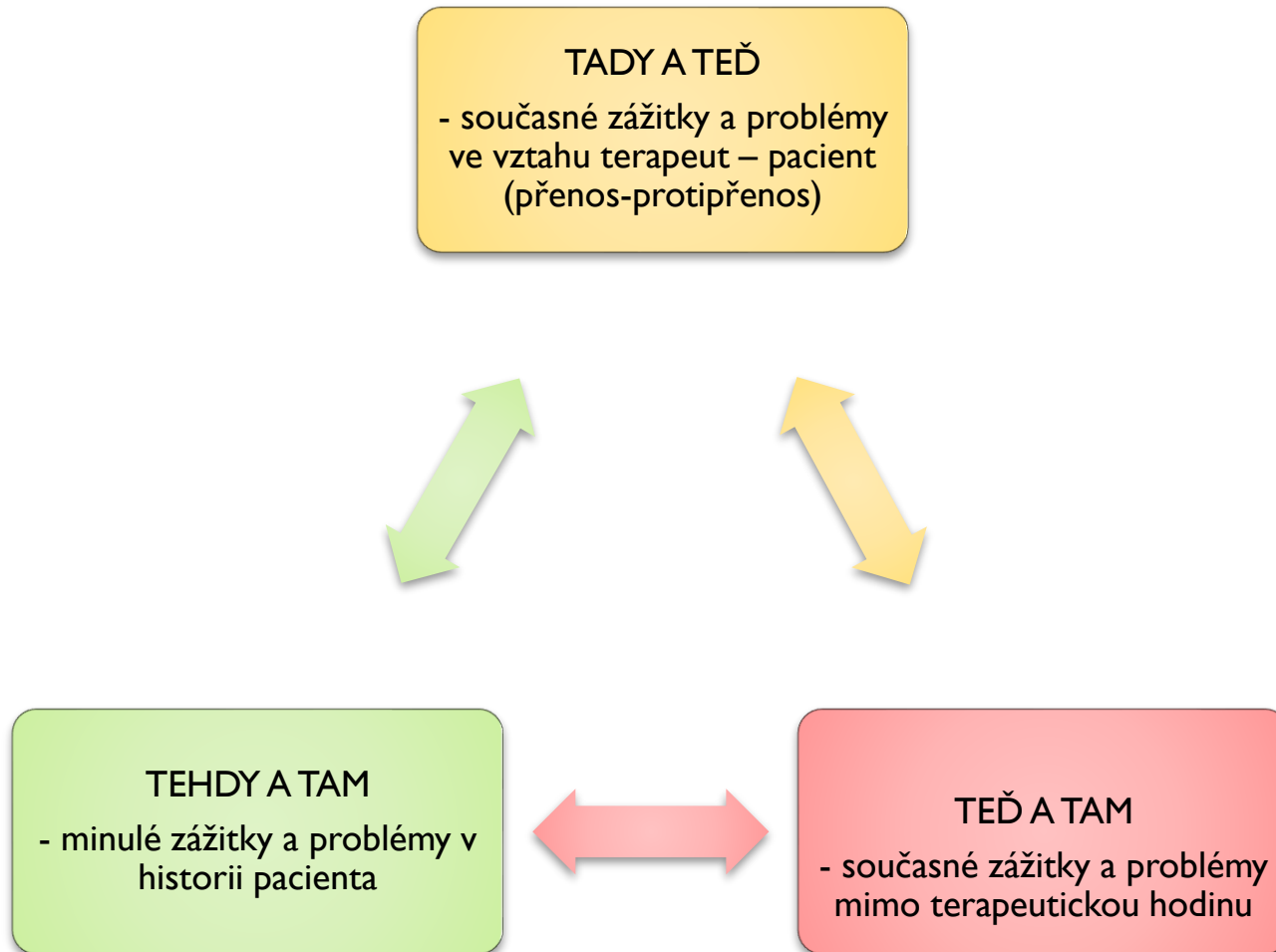
Porozumění –
náhled



➤ Náhled a porozumění

- Psychodynamická diagnostika, terapeutické hypotézy ... veškeré porozumění pacientovu sdělení a problémům v konceptech, které používá terapeut ve své mysli
- **Porozumění nemusí vést vždy k tomu, že jej terapeut pacientovi sdělí (interpretuje).** Může naopak s porozuměním některé věci dlouho neotevírat, nekomentovat, nekonfrontovat a naplňovat některé z pacientových potřeb (např. selfobjektní, bezpečí, přijetí ...)
- **Porozumění vždy vzniká ve dvojici, terapeut pacientovi různá porozumění nabízí, měřítkem správnosti je až reakce pacienta, v ideálním případě „aha zážitek“**
- **Vždy lze najít více způsobů, jak porozumět jednotlivému člověku,** v konceptech různých terapeutických škol i osobních přístupů terapeutů. Porozumění mohou být různě přesná, zásadní je **vytvoření smysluplného příběhu** pacientova života (a problémů).
- **Porozumění jednomu problému se obvykle během delší terapie proměňuje, jak sledujeme problém z různých úhlů a v různých emočních stavech pacienta.** Takto plasticky pracuje i naše paměť. Cílem není nalézt objektivní historii, co, jak a proč se stalo, což není ani možné
- **Velký terapeutický efekt má samotná snaha terapeuta porozumět a důvěra, že lze nalézt smysluplný koncept a příběh.**
- **Někdy pacient nereaguje dobře na porozumění, o kterém jsme přesvědčeni, že je správné. Pak pravděpodobně přišlo předčasně,** není zatím pro něj možné vzdát se v tomto směru obranných mechanismů, protože nebyly vytvořeny předpoklady k tomu, aby se bez nich mohl obejít

Trojuhelník náhledu



PŘENOS

- ✓ **PŘENOS** není nijak specifický pro terapeutickou situaci, v každé situaci přenášíme vědomě i nevědomě své minulé a současné zkušenosti ze vztahů do vztahů dalších a nových.

„Přenos se vytváří ve všech lidských vztazích, právě tak jako ve vztahu pacienta k lékaři, spontánně, ... Působí tím silněji, čím méně jej tušíme. Nevyvolává jej tedy psychoanalýza, ta je pouze odhaluje vědomí a zmocňuje se jej ...“ (SF 1910, in 5)

- ✓ **PŘENOS** vzniká i v terapiích, které s ním nijak nepracují a to paradoxně tím více, čím je terapie direktivnější

Freud 1912: „Není pravda, že přenos se vynořuje s větší intenzitou v psychoanalytické situaci, než mimo ni. Nejintenzivnější přenosy vnikají právě v ústavech, kde se nervósní pacienti léčí neanalyticky.“

- ✓ **PŘENOS** tedy také není v tomto smyslu nereálný vztah ve smyslu „vy mě pane nemáte rád, to je jen přenos“, **prožívané emoce jsou skutečné**

V terapeutické situaci je zkreslení značně posíleno relativní anonymitou, neznalostí skutečné osoby T a asymetrií vztahu (ve smyslu moci, bezmoci a pomoci, podobně vztahu dítě - rodič, žák –učitel)

Přenosový vztah je z velké části vyvolán terapeutovou rolí, nikoliv jeho osobními kvalitami. (Podobně jako se pubertální dívky či chlapci zamilovávají do svých učitelů a učitelek bez velkého vztahu k jejich osobním kvalitám)

PŘENOS

- **Přenosem nazval Freud skutečnost, že jeho pacienti, které chtěl zpočátku léčit NÁHLEDEM - poučit, přivést k racionálnímu porozumění o příčině jejich potíží, případně k uvolnění (abreakci) „uskřinutých afektů“**
 - **se k němu silně vztahují**
 - **způsobem podobným, jako k důležitým osobám v jejich osobní historii i současném osobním životě**

Toto vztahování považoval nejdříve za překážku léčby (náhledem a abreakcí).

- ✓ „Každý začátečník v psychoanalýze se arci zpočátku obává obtíží, které mu připraví výklad pacientových nápadů a úkol reprodukce vytěsněného, očekává jej však to, že bude těmto obtížím brzo přisuzovat malý význam a výměnou za to nabude přesvědčení, že na jediné skutečně vážné potíže lze narazit při zacházení s přenosem.“ (2)

Později z něj učinil základní léčebný nástroj PA – jak v pochopení pacientových nevědomých problémů, tak v zacházení s nimi v terapeutické situaci.

Vývoj Freudovy PA léčby

- ❖ **Hypnotická metoda** – před Freudem více lékařů hypnotizovalo pacientky s hysterickými příznaky, Charcote, Paříž. Freud jeho prezentace navštívil a zkoušel také své pacientky nejprve hypnotizovat. S výsledky nebyl spokojen. Později bylo mnoho Charcotových veřejných prezentací odhaleno jako podvod. **Hypnóza pracuje se sugescí.**
- ❖ Postupně od hypnózy upustil, zjednodušil na „**pressure technique**“ – pokládal pacientkám ruku na čelo s instrukcí, že to uvolní jejich myšlenky nebo obrazy, které mají volně sdělovat. **Jde stále o sugestivní techniku.**
- ❖ Později upustil i od této techniky a jednoduše vyzýval pacientky, aby mluvily pokud možno bez výběru o všem, co jim přijde na mysl, neboli používal nedirektivní **techniku volných asociací**

- ❖ **Volné asociace a přenos jako základ PA léčby**

- **Od Breurera – kolegy, praktického lékaře, měl materiály o léčbě Anny O. (Berty Pappenheimové, později známé sociálně angažované ženy a první židovské feministky). Breuer ji léčil jako její praktický lékař s hysterickými příznaky.**

Volné asociace - Anna O. volně hovořila a o nejrůznějších souvislostech svých obtíží, pokud jí lékař naslouchal. Sama to nazývala **technikou „vymetáním komína“**

Síla a nebezpečnost přenosu - Léčba skončila intenzivním erotickým přenosem a fantazijním těhotenstvím Anny O. Breuer musel její léčbu ukončit a odjet s rodinou na delší dovolenou, aby vyřešil tím způsobenou manželskou krizi.

- Freud si také postupně všiml, že s vývojem léčby vznikají v pacientčíně vztahu k lékaři silně **emočně nabitě změny, které začínají bránit v jejím proudu volných asociací:**

Odpor proti volnému asociování (asociační odpor viz dále) může být kromě pacientových vnitřních konfliktů, na které tím upozorňuje, způsoben také změnami a konflikty ve vztahu k lékaři.

Tento vznikající vztah k lékaři je významně zbarven minulými konfliktními prožitky v blízkých vztazích

OBJEVENÍ PŘENOSU

➤ Přenos jako překážka analytické práce, „asociační odpor“ „přenosový odpor“

1895 Poprvé použil slovo přenos ve smyslu „falešných spojení“ osoby z dávné minulosti s osobou lékaře, znovuprožívání vytěsněného s osobou lékaře, vztažení pocitů z osobní historie k osobě lékaře

1905: „Co jsou to přenosy? Nová vydání nebo faksimilie popudů a fantazií vzbuzených v průběhu analýzy; jejich druhotná charakteristika spočívá v tom, že dřívější osoba, k níž směřovaly, je nahrazena osobou lékaře. Jinak řečeno: celá série psychických prožitků ožívá tak, jako by nepatřila do minulosti, nýbrž náležela lékaři v přítomnosti. Některé takové přenosy mají obsah, jež se vůbec neliší od svého modelu, s výjimkou této náhrady. ... Jiné jsou důmyslněji konstruované; jejich obsah byl podroben zmírňujícímu účinku ... vtipně využívaje některé reálné zvláštnosti lékařovy osoby nebo okolnosti, váže se k ní. Toto už nejsou dotisky, nýbrž nová, přepracovaná vydání.“ SF in 5

Volné asociace pacienta, kterými chtěl Freud dojít k náhledu, jsou náhle rušeny vzniklým přenosovým vztahem k lékaři, nevědomými přáními a obavami ve vztahu k němu

➤ Přenos jako prostředek analytické práce

1909 Přenos není vždy překážkou analýzy, ale může hrát „rozhodující úlohu při snášení důkazů pacientovi i lékaři“, 1912: „právě ony nám nám prokazují neocenitelnou službu tím, že aktualizují a manifestují pacientova skrytá a zapomenutá milostná vzrušení, neboť koneckonců nikdo nemůže být poražen in absentia nebo in effigie.“ SF in 5

1912 Pozitivní a negativní přenosy. Pozitivní přenosy jako léčbě nápomocné i jako překážka léčby (viz dále poznámky o přenosové lásce).

Neváznoucí přenos – měl-li pacient dobrou zkušenost s rodiči, může se o ni analytik stejně jako vychovatel opřít, umožňuje použití sugestivního ovlivnění pacienta v přenosu

„Tato kvalita pozitivního přenosu, přítomného od počátku léčby se liší od erotických přenosů vznikajících až v jejím průběhu. Pozitivní přenos přítomný od začátku léčby můžeme považovat za součást **léčebného spojení**.“

1915 „**Přenosová kúra**“ – pacient následkem zamilování se do analytika a přání potěšit ho ztrácí neurotické příznaky (dodejme, že také v důsledku zájmu důležité osoby o něj a oživení naděje). Lze ji využít při sugestivní technice k urychlení léčby. Nebo k vytvoření silné terapeutické aliance pro další těžší období léčby

Funguje na začátku většiny psychoterapií, velmi silně pak v intenzivních, např. stacionárních skupinových programech. Lze ji využít pro pomoc pacientovi, navázání vztahu nebo posílení motivace k dlouhodobé léčbě. Sama většinou není účinná (jak ukazuje delší sledování pacientů po léčbě), protože konflikty i symptomy, které nejsou vyřešené, se do pacientova života vrátí.

1916-1917 „přenos je v pacientovi přítomen od začátku léčby a po nějakou dobu je nejmocnějším motivem jejího pokroku.“

- **Nutkání k opakování**

- (Freud 1920) Vychází z energeticky chápané pudové teorie, kdy libido, jako množství energie, bylo v minulosti vázáno k dětskému objektu lásky a touhy (objekt byl obsazen, katexe) a později je uvolněno a přemístěno na analytika.

- Později mnohé směry chápou opakování v životě a v terapii např.

jako snahu vyřešit původní problém s dalšími a dalšími objekty, a dojít k uspokojivému prožívání života a vztahů, tedy jako vyložené proterapeutickou tendenci a ochotu riskovat, naději a opakovaný boj o naplnění potřeby blízkosti nebo láskyplných vztahů.

jako důsledek nedostatku zkušeností v zacházení se sebou a ostatními, který se projevuje používáním sice patologických, ale alespoň nějakých vzorců, nebo nedostatečnému chránění se před nebezpečnými situacemi, které nejsou jako takové rozpoznány

Jako důsledek nevědomých tendencí, které pacienta přitahují v ostatních a v jeho okolí, pak vznikají opakovaně stejné konflikty s okolím místo řešení vnitřního konfliktu pacienta

- **Anna Freud** doplňuje k chápání přenosu:

- **Přenos obrany** – pacient opakuje opatření, kterými se chránil v minulosti před důsledky dětských pudových přání (agresivních a sexuálních), např. bojovné odmítání analytika jako obrana před pocity lásky a náklonnosti

- **Odehrávání v přenosu** – podobné, ale ne synonymum agování (acting – out) – přenos sílí, zasahuje do pacientova denního života, je odehráván ve vztahu k lidem z pacientova okolí. (cit. S.Spielrein – Jung, v dopisech matce)

- **Externalizace** – vzniká projekcí nevědomých obsahů na analytika; **nemusí jít o opakování pacientovy dětské zkušenosti**

- např. obava z analytika způsobená externalizací pocitů viny, které pacient vědomě neprožívá, nikoliv špatnou zkušeností s původními objekty v dětství. (Analytik přebírá místo úlohu pacientova superega – Freud, Alexander)

- obava, že chce analytik pacienta svést jako projekce vlastních nevědomých sexuálních tuh

- **Rozšíření chápání pojmu přenos**

Greenson (1965)

„Přenos je prožíváním takových pocitů, popudů, postojů a fantazií a obran vůči určité osobě v přítomnosti, jež jsou ve vztahu k této osobě nepřiměřené a jsou opakováním, přemístěním reakcí, které začaly ve vztahu k důležitým osobám v časném dětství.“

Zahrnuje také habituální typy pacientových reakcí, které se staly součástí jeho osobnosti (např. strach z autorit)

X **úzké pojetí pojmu:** přenos jako suma **pocitů vzniklých během léčby v důsledku jejich zvláštních podmínek**

- ✓ **PŘENOS** není nijak specifický pro terapeutickou situaci, v každé situaci přenášíme vědomě i nevědomě své minulé a současné zkušenosti ze vztahů do vztahů dalších a nových.

„Přenos se vytváří ve všech lidských vztazích, právě tak jako ve vztahu pacienta k lékaři, spontánně, ... Působí tím silněji, čím méně jej tušíme. Nevyvolává jej tedy psychoanalýza, ta je pouze odhaluje vědomí a zmocňuje se jej ...“ (SF 1910, in 5)

- Někteří autoři nesouhlasí s používáním stejného pojmu mimo analytickou situaci.
- **Loewenstein (1969)** „přenos mimo analýzu nelze popsat shodně s přenosy, objevujícími se v jejím průběhu a vztahujícími se k ní.“ Přenos v analýze je specifický tím, že slouží současně jako odpor i jako nástroj léčby-
- Jde ale spíš o diskuzi o použití pojmu, který se **postupně začal používat v mnoha významech** (podle Sandler J.: Pacient a analytik):

I) jako **Léčebné spojenectví** (jehož součástí je Freudův něžný nebo přátelský přenos, neváznoucí přenos, mírně pozitivní, podporující léčbu)

II) Jako **nové vynoření infantilních citů** a postojů a jejich přenesení na osobu analytika

III) Podle Anny F. **přenos obrany a externalizace**

IV) **Všechny „nepřiměřené“ myšlenky, postoje, fantazie, a emoce patřící k ozvěnám minulosti** projevované vědomě i nevědomě ve vztahu k analytikovi (**Greenson 1965**)

V) **Všechny stránky pacientova vztahu k analytikovi.** Všechny pacientovy projevy a asociace se chápou jako vztažené k analytikovi. (Rosenfeld, 1965)

- ✓ **PŘENOS vzniká i v terapiích, které s ním nijak nepracují** a to paradoxně tím více, čím je terapie direktivnější

Freud 1912: „**Není pravda, že přenos se vynořuje s větší intenzitou v psychoanalytické situaci, než mimo ni. Nejintenzivnější přenosy vnikají právě v ústavech, kde se nervósní pacienti léčí neanalyticky.**“

✓ **PŘENOS tedy také není v tomto smyslu nereálný vztah** ve smyslu „vy mě pane nemáte rád, to je jen přenos“, **prožívané emoce jsou skutečné**

V terapeutické situaci je zkreslení značně posíleno relativní anonymitou, neznalostí skutečné osoby T a asymetrií vztahu (ve smyslu moci, bezmoci a pomoci, podobně vztahu dítě - rodič, žák –učitel)

Přenosový vztah je z velké části vyvolán terapeutovou rolí, nikoliv jeho osobními kvalitami. (Podobně jako se pubertální dívky či chlapci zamilovávají do svých učitelů a učitelek bez velkého vztahu k jejich osobním kvalitám)

Fr.: (Lékař) „Musí rozpoznat, že pacientčino zamilování je vynuceno analytickou situací a nelze je snad připisovat přednostem jeho osoby, že tedy nemá vůbec žádný důvod, aby byl na takové „dobyť“, jak bychom to mimo sféru analýzy nazvali, pyšný.“

- **Terapeut pacientovi naslouchá, přemýšlí o něm a pečuje o něj, nezatěžuje ho svými problémy a neočekává totéž recipročně od pacienta, protože je to součást jeho role.** A zaměstnání, za které je placen. Možná by si jej v osobním životě nevybral a pokud ano, očekával by od něj ve vztahu vzájemnost a reciprocitu.
- **Pacient potřebuje a očekává od terapeuta pomoc a tímto mu ve vzájemném vztahu dává velkou moc.** Tento PŘENOS nelze zrušit a je třeba s ním počítat a případně pracovat. Také by si možná terapeuta za přítele nevybral, obrací se k němu v nouzi jako k odborníkovi.
- **Terapeutický vztah je vzájemný, ale asymetrický: vztah rodič/ terapeut – dítě/ pacient** – partnerství vzniklá z terapeutického vztahu trpí v tomto smyslu problémy incestních vztahů; kamarádství také nesou stín zneužívání ☹

S.Freud: Poznámky o přenosové lásce (1915)

- **Přenosová láska ve službě odporu:**

„Pacientka, i ta až dosud nejpoddajnější, ztratí náhle porozumění pro léčbu a zájem o ni, nechce hovořit a slyšet o ničem jiném než o své lásce, jejíž opětování žádá; vzdala se svých symptomů anebo je zanedbává, ba prohlašuje se za zdravou. ... **není lehké udržet analytickou situaci a vyhnout se klamně představě, že léčba je skutečně u konce.** ... (Pacientka) se zcela rozplývá ve své zamilovanosti, a tato proměna nastala zcela pravidelně v okamžiku, kdy jsme od ní právě museli očekávat, že přizná nějaký zvláště nepříjemný a těžce vytěsněný kus svého životního příběhu anebo si na něj vzpomene. **Zamilovanost zde tedy byla už dávno, avšak nyní ji začíná odpor používat k tomu, aby zarazil pokračování léčby.** ... K prvnímu druhu patří snaha pacientky ujistit se o své neodolatelnosti **a zlomit autoritu lékaře jeho snížením do role milence** ... Především však máme dojem, že odpor jako *agent provocateur* stupňuje zamilovanost a přehání ochotu k sexuálnímu oddání se, aby pak tím důrazněji s odvoláním na nebezpečí plynoucí z takové neukázněnosti ospravedlnil působení vytěsnění. ... **Jak si ale musí počínat analytik, aby na této situaci neztroskotal ...?**

Vyzvat k potlačení pudu, ke zřeknutí se jej a sublimaci, jakmile se pacientka dozná ke svému přenosu lásky, by znamenalo jednat nikoliv analyticky, nýbrž nesmyslně. ... **Potom bychom přece vytěsněné přivolali do vědomí jenom proto, abychom je vyděšeně znovu vytěsnili.** ... musíme u pacienta nechat existovat potřebu a touhu, jakožto síly pohánějící k práci a změně a zřící se toho, že bychom jej chlácholili náhražkami. ... Pacientka by dosáhla toho, o co usilují při analýze všichni pacienti – **činným způsobem prožít a zopakovat v životě to, na co si má jenom vzpomenout,** co má pouze reprodukovat jako psychický materiál a uchovat v psychické oblasti. **V dalším průběhu milostného poměru by se u ní objevily všechny zábrany a patologické reakce spojené s jejím milostným životem...** Milostný poměr činí právě ovlivnitelnosti analytickou léčbou konec, spojení obou je nesmysl. ...

Analytik se má na pozoru před tím, aby odvracel od přenosu lásky, zaháněl jej anebo jej pacientce ošklivil; právě tak pevně se zdržuje každého opětování tohoto přenosu. ... Pacientka ... se pak bude cítit dostatečně jistá, aby vynesla na světlo všechny podmínky lásky, všechny fantazie své sexuální touhy, všechny jednotlivé charakteristické rysy své zamilovanosti, a vycházejí z nich pak otevřela dokonce cestu ke zdůvodnění své lásky pocházejícím v dětského věku.

- **Přenosová láska jako nereálné pouhé nutkání k opakování**

„**Jako druhý argument proti pravosti této lásky se uvádí tvrzení, že v sobě nemá jeden jediný nový, ze současné situace pramenící rys,** nýbrž sestává vesměs z napodobenin dřívějších reakcí, i z dětského věku. ... Je pravda, že tato zamilovanost sestává z nových vydání starých rysů a opakuje dětské reakce. Avšak toto je podstatná charakteristická vlastnost každé zamilovanosti. Neexistuje žádná zamilovanost, jež neopakuje dětské vzory. ... Přenosová láska má snad o jeden stupeň svobody méně ... ukazuje se být méně ohebná a schopná modifikace, ale to je také všechno a není to podstatné.

S.Freu: Poznámky o přenosové lásce (1915)

- „Shrňme tedy: nemáme právo upírat zamilovanosti objevující se při analytické léčbě charakter „pravé“ lásky. Jestliže se tato zamilovanost zdá být tak málo normální, pak se to dostatečně vysvětluje touto okolností, že i jiné druhy zamilovanosti, ležící mimo sféru analytické léčby připomínají spíše abnormální než normální duševní jevy.

- **Bud' jak bud' se tato zamilovanost vyznačuje několika rysy, které jí zajišťují zvláštní postavení: Je**

1. **vyvolána analytickou situací**
2. **vystupňována o odporem** tuto situaci ovládajícím
3. **postrádá ve vysoké míře ohled na realitu**

(je nerozumnější, méně se starající o své důsledky, zaslepenější při posuzování milované osoby, než to chceme rádi připustit u normální zamilovanosti). Nesmíme však zapomenout, že právě tyto od normy se odchylující rysy tvoří na zamilovanosti to podstatné.

Pro jednání lékaře je směrodatná ta první ze tří zmíněných zvláštností přenosové lásky. On dal podnět k této zamilovanosti zahájením analytické léčby za účelem léčení neurózy, je pro něj nevyhnutelným výsledkem určité lékařské situace, podobně jako obnažení pacientova těla anebo sdělení nějakého životně důležitého tajemství. Tím je pro něj pevně dáno, že z ní nesmí získat žádnou osobní výhodu. ...

Musí mít na zřeteli cíl, aby žena, již v její schopnosti lásky brání fixace pocházející z dětského věku, dospěla k tomu, že bude touto pro sebe neocenitelně důležitou funkcí volně disponovat, avšak nevyplývala tuto schopnost v průběhu léčby, nýbrž měla ji připravenou pro reálný život., až se před ní po dokončení léčby objeví jeho požadavky. ... Pohlavní láska je nepochybně jednou z hlavních náplní života a spojení duševního a tělesného uspokojení v milostném požitku je jedním z jeho vrcholů.A přece zůstává pro analytika vyloučené, aby pacientčině přání vyhověl. At' si cení lásky sebevíce, musí klást výše to, že má příležitost pozvednout pacientku nad určité rozhodující stadium jejího života. Ta se má od něj naučit překonání principu slasti, zřeknutí se snadno se naskýtajícího, avšak sociálně nezařazeného uspokojení ve prospěch uspokojení vzdálenějšího, snad vůbec nejistého, avšak psychologicky stejně jako sociálně bezúhonného. ... Psychoanalytik ví, že pracuje s těmi nejvýbušnějšími silami a potřebuje tutěž obezřetnost a svědomitost jako chemik.“

S.Freu: Poznámky o přenosové lásce (1915)

- „... psychoanalytická léčba je postavena na pravdomlupnosti. V tom spočívá značná část jejího výchovného účinku a její etické hodnoty. Je nebezpečné tento základ opustit. Ten kdo se sžil s analytickou technikou, vůbec nepoužívá jinak pro lékaře nepostradatelného lhaní a předstírání a obvykle se sám prozradí, když se o to s nejlepším úmyslem někdy pokusí. Protože člověk od pacienta vyžaduje nejpřísnější pravdomlupnost, dává v sázku celou svou autoritu, jestliže se jím nechá přistihnout při odchýlení se od pravdy.“

Přenosová neuróza a specifické kvality přenosu

- **Přenosová neuróza** (Fr. 1914, Rozšířeno z r. 1920)

Pacient v analýze je „**nucen opakovat vytěsněné obsahy jako současný prožitek a ne, jak by si lékař možná přál, rozpomenout se na ně jen jako na něco, co patří minulosti.** Tyto, přesně řečeno, neobjednané reprodukce, mají mezi svými vlastnostmi vždy určitou příměs infantilního sexuálního života ...a odehrávají se bez výjimky ve sféře přenosu, ve vztahu pacienta k lékaři. Dosáhnou-li události tohoto stadia, můžeme říci, že původní neuróza byla nahrazena čerstvou přenosovou neurózou.“

Po začátku terapie a navázání vztahu pozoroval Freud výrazné zlepšení symptomů mimo terapii.
Konflikty pacienta se postupně zaměřily na lékaře a projevíly ve vztahu k lékaři = přenosová neuróza

- **Specifické kvality přenosu** – přenos je utvářen podle pacientovy psychické struktury a dynamiky, je tedy možné přenosy rozdělit podle patologie pacienta

Freud – **přenosové neurózy** (úzkostné a konverzní hysterie a nutková neuróza)

- **narcistické neurózy** (dnešní psychózy a těžší poruchy osobnosti) – domníval se, že nevytvářejí přenos

Dnes - každý pacient vytváří přenos, jeho druh závisí na osobnostní struktuře a patologii pacienta.

- **Klasifikace podle H. Etchegoyena -podle typu patologie** dělíme na:

Přenosovou neurózu

Narcistické přenosy (selfobjektní přenosy)

Přenosovou psychózu

Přenosovou perverzi

Přenosovou psychopatii - ve smyslu asociální poruchy osobnosti

Přenosovou závislost

Přenosová neuróza

- nejčastěji popisovaný přenos neurotických pacientů
- **má kvalitu „jako by“**, pacient je schopen postupně uznat přenosová zkreslení, pokud jsou zpracována, je schopen je propojit s minulými zážitky a akceptovat odlišnost terapeuta od důležitých „objektů“ (osob) jeho dětství, které utvářely jeho zkušenost

Narcistické přenosy (selfobjektní přenosy)

- narcisticky narušení pacienti trpí **nestabilitou systému sebehodnocení – self systém**, sebehodnocení je křehké a silně kolísá, je v zásadní míře závislé na reakci okolí. K ochraně křehké sebehodnoty vytváří obranné osobnostní struktury.
- Podle typu obran (modů zpracování), může **narcistická osobnost v širším smyslu** vypadat různě – nejen laicky známá na sebe zaměřená osobnost přesvědčená o své výjimečnosti (**narcistická osobnost v užším smyslu**), ale také osobnosti depresivní, hyperthymní (hypomanické), hraniční a další. (klasifikace podle S. Mentzose)

Hypervigilantní (přecitlivělý) narcismus – opak laicky známe narcistické os., která se na sebe zaměřená a nevšímá si okolí, neustálé přecitlivělé zaměření na reakce okolí na vlastní osobu, silný stud vede často k vyhubému chování

- objekt/y, které pomáhají pacientovi stabilizovat sebehodnocení, tedy také soudržnost jeho self, se nazývají **self-objekty**, pacient špatně snáší jejich autonomii, potřebuje nad nimi mít kontrolu, protože bez nich je velmi křehký. Nejde o zralý vztah k celému objektu, u kterého je možné tolerovat jeho autonomii. **Terapeut se stává takovým self-objektem.** (V partnerských vztazích se i zdravé osoby často pohybují na selfobjektní rovně fungování.)

- 3 typy narcistických přenosů podle Kohuta

- **Idealizující přenos** – Pacient idealizuje svého skvělého terapeuta, jeho hodnotu zvyšuje, že k němu patří. (Podobně dětský zážitek malosti a nedostatečných vlastních schopností je kompenzován idealizací rodičů, ke kterým dítě patří. Potřeba idealizace je ve vývoji přirozená.)
 - **Zrcadlicí přenos** – Pacient potřebuje, aby terapeut obdivoval (idealizoval) jeho. „lesk v očích matky“ v raném období je základem dobrého pocitu sebehodnoty dítěte
 - **Dvojčecí – Alter-ego přenos** – Pacient se cítí terapeutovi podobný, jsme stejní, stejně dobří
- **Narcistické přenosy se neinterpretují**, dokud postupně nedojde k jejich **opakovanému „natržení“**, kdy terapeut nezvládne dobře svoji roli a projeví svou autonomii a jinakost (**empatické selhání**). Toto selhání je popsáno a projevono pochopení, jak to může být pro pacienta těžké. Postupně dochází ke zvyšující se schopnosti pacienta unést nedostatečnou funkci selfobjektu a jeho autonomii.

Přenosová psychóza –

Psychotická úroveň patologie v psychoanalýze neznamena psychózu podle psychiatrické klasifikace, používá se pro mírnější obtíže

Psychotický v psychodynamické terminologii znamená **nerozlišující subjekt od objektu**, silné projekce, které pacient považuje za realitu a další primitivní obranné mechanismy (stažení se, štěpení ...)

Velmi silné, vyvolávají silný protipřenos, vtahují terapeuta do akce, mají kvalitu reality tady a teď – viz dále – rané přenosy

Přenosová perverze – pro PA literaturu ještě 80tých, 90tých let, je perverzí také homosexualita, charakteristiky perverzního přenosu tedy míchají dohromady práci s homosexuálními pacienty a např. fetišisty, zde se jim nevěnuji

- **Kleiniánská klasifikace podle stupně psychického vývoje pacienta na:**

Přenosy neurotických pacientů – odlišují vnitřní od vnějšího, vztahují se k celým objektům, jejich obtíže leží v mezilidských vztazích a fantaziích, které tyto vztahy zabarvují

Přenosy depresivních, melancholických a hypochondrických pacientů – pacienti dosáhli depresivní pozice, ale ustrnuli v ní, mají problém hlavně s vlastním vnitřním světem, ale jsou léčitelní klasickou metodou

„Early trasferences“ Ranné přenosy – pacienti s narušeným primitivním emočním vývojem (preoidipickým, preverbálním). **Přenosy mají kvalitu reálného děje tady a teď, neovlivnitelné interpretací, ale postojí analytika**

- **Kernberg – práce s pacienty s narcistickou (méně funkční pacienti než Kohutovi) a hraniční poruchou osobnosti, případně s asociálními (psychopatickými) rysy**

Transference focused psychotherapy (TFP) zaměřená na trvalé zvědomování přenosu a protipřenosu, snaha dosáhnout lepšího zvědomění impulzivních a emočně nestabilních vztahových vzorců těchto pacientů ve vztahu k druhým i sobě samým

- **Erotický přenos – je neurotický přenos erotických citů, přenosová láska na neurotické rovině, s kvalitou „jako-by“**, pacient se za něj trochu stydí, neočekává realizaci vztahu s terapeutem

X Erotizovaný přenos – má psychotickou kvalitu, okupuje prostor terapie, pacient od něj nemá odstup, vyžaduje realizaci vztahu a je přesvědčen, že to vyřeší jeho problémy. Nejde primárně o erotické potřeby, jako spíše o potřebu symbiózy a destruktivní impulzy – pro průběh terapie, která pacienta přestane zajímat (erotizovaný přenos funguje jako odpor), pro terapeutovu roli, která hrozí být zdestruována – partner nemůže být terapeutem.

(Freudovy popisy přenosové lásky odpovídají spíše této kvalitě. Ovšem dobové okolnosti, jiný význam autority, lékaře, jiné projevy emocí, sdílení osobního života vůbec, PA léčba byla mnohem kratší a intenzivnější, pacient se jí věnoval často na plný úvazek.)

Agování (acting out/in)

(Podle Sandler J.: Patient a analytik, 1973)

- **Pojem, který prošel největší změnou od použití Freudem (1905)**
- **Blos 1966: „... pojem agování je přetížen odkazy a významy. Poměrně jasná definice z doby před třiceti lety, kdy se agování v průběhu terapie považovalo za legitimní a analyzovatelnou formu odporu, byla rozšířena, aby vyhovovala delikventnímu chování a impulzivním činům všeho druhu. „**
- **Tendence zahrnovat celý rozsah impulzivních a nebezpečných antisociálních činů. Pejorativní vyznění pojmu. Vyjadřuje nesouhlas s činy pacientů a někdy i kolegů**

Pojem agování u Freuda

- **1905 sdělení o případu Dory – německé „agieren“ – silný důraz na jednání, anglicky přeloženo „acting – out“**
- **„Touto cestou minul přenos mé vědomí a Dora, pro neznámý rozsah podobnosti mezi mnou a panem K., ...opustila mne právě tak, jako se cítila opuštěna a oklamána jím. Podstatnou část svých vzpomínek a fantazií odehrála, místo aby je v léčbě vybavila.“**
- **1914 Zapamatování, opakování a propracování: „cokoliv pacient zapomněl a vytěsnil, si nepamatuje, ale odehrává. Reprodukuje to ne jako vzpomínku, ale jako činnost, aniž samozřejmě ví, že něco opakuje**

Přenos lze také považovat za agování, jde také o neuvědomělé opakování. Agování však není synonymem opakování. Agování jako jedna z forem opakování v PA léčbě, nikoliv všechny.

Agování a odpor: „Čím silnější je odpor, tím šířeji agování nahradí zapamatování ... roste-li během analýzy hostilita, nebo jiná nežádoucí intenzita přenosu, což nutí k vytěšňování, ustoupí zapamatování, aby uvolnilo cestu agování.“

Agování jako zvláštní projev odporu s možnými nežádoucími následky pro pacienta a postup jeho analýzy.

Pojem vznikl v analýze dospělých neurotických pacientů, kteří byli většinou schopni dodržovat základní pravidlo volných asociací. Nikoliv při práci s pacienty, u kterých je dnes nejvíce používán.

Agování uvnitř analytické situace – Acting – in: prostřednictvím přenosu

Agování vně analytické situace – Acting – out: ohrožení pacienta a léčby, ale není možné mu zabránit (podobně **odehrávání v přenosu, A.Freud**). Snaha ochránit pacienty před důsledky – slib nečinit během analýzy žádná závažná životní rozhodnutí. (V té době analýzy ovšem trvaly týdny a měsíce.)

„... nebráníme v provádění nevýznamných, třebaš pošetilých záměrů.; nezapomínáme, že člověk se doopravdy učí jen z vlastních zkušeností a selhání. Některým lidem vůbec nelze zabránit, aby se během léčby pouštěli do zcela nežádoucích podniků. Až potom bývají přístupní analýze a schopní ji podstoupit. Občas dochází k tomu, že nezpracované pudy se projeví dříve, než jsou opatřeny otěžemi přenosu, nebo pacient přeruší pouta vážící ho k léčbě nějakým činem, jenž je podmíněn nevědomým opakováním patogenní zkušenosti.“

Obě formy jsou důsledkem analytické práce. Freud vždy považoval „agování“ za klinický psychoanalytický pojem vztahující se k psychoanalytické léčbě.

Agování u dalších autorů

- **Fenichel (1945)** – nejen ve vztahu k léčbě, ale také ve vztahu k impulzivité osobnosti a patologii jedince: někteří lidé mají oproti jiným silnější **tendenci vyjadřovat nevědomé popudy akcí – habituální formy agování**

„nedostatečné rozlišování mezi přítomností a minulostí, neochota učit se, připravenost nahradit adekvátní odpovědi na určité podněty rigidními preformovanými vzorci chování. K těmto reakčním vzorcům ... **nepatří jen reálné skutky – může jít i o pouhé emoční postoje**; a my jim říkáme spíše přenos, týkající se určité osoby, nebo spíše agování, má-li být něco učiněno, bez ohledu na to, komu.“

Greenacrová – zkoumá vývojový zdroj habituálního agování, důraz na vizuální vnímavost, náchylnost k dramatizaci, nevědomou víru v čaromoc akce – souvislost s vývojem prvních 2 let života

Kleiniáni (Bion, Rosenfeld, Meltzer) – dtto **vztah mezi agováním a preverbální zkušeností**

Abt a Weissman, 1965 – kniha Agování. Pojímá **jako společenský fenomén**, velký rozsah poruch chování – toxikomanie, alkoholismus, psychosomatické poruchy, obezita, homosexualita, studijní inhibice **Agování jako charakterová porucha** a zdroj nákazy v rodinách i ve společnostech.

H. Deutchová – úplné rozšíření do obecně psychologické roviny: „V určitém rozsahu agujeme všichni, neboť nikdo není zcela osvobozen od regresivních sklonů, vytěsněných přání, tíhy více nebo méně vědomých fantazií atd. Agováním umělci vytvářejí svá díla; **neurotici všech stupňů a typů agují svými příznaky ...**“

„Enactment – odehrávání“ – nahradilo pojem agování a **vrací se k původní definici pojmu v klinické situaci**

Klinická/ terapeutická regrese

- **Obecný význam regrese** – pokles, navrácení se na dřívější vývojový stupeň ze stupňů vývojově vyšších a pozdějších
- **X vývojové ustrnutí** – nikdy nebylo dosaženo vyššího vývojového stupně (ve smyslu strukturálního deficitu)
- **Není vztaženo jen k terapeutické situaci – např. jako reakce na větší zátěž, krizi, situační nebo vývojovou** i mimo terapii (vývojové pokroky u dětí jsou často předcházeny regresí, reakce na narození mladšího sourozence, běžné nemoci u dětí i dospělých jako regrese na „dětštější úroveň fungování a nasycení dětštějších potřeb). Kris (1952) schopnost dočasné a kontrolované regrese v umělecké tvorbě.
- Regrese dočasné nebo trvalejšího rázu
- Nejsou-li mimořádně těžké nebo protrahované, jsou považovány za normální (A. Freud, 1965)
- **Regrese v terapeutické situaci**
- ✓ vynoření se dřívějších, často infantilních rysů, obnovením takových činností, kterých se jedinec už vzdal, nebo je modifikoval
- ✓ typická součást terapeutického procesu
- ✓ psychanalytické uspořádání má dovolit nebo usnadnit regresi
- ✓ Winnicott, Balint: **prostředek k získání jinak nedostupného materiálu**, základní prostředek smysluplného získávání důležitých údajů z pacientovy minulosti; v určitém stadiu analýzy může silně narůst **pacientova potřeba lásky, zaujetí a důkazů úcty od analytika** – způsob jakým se to projeví je zdrojem porozumění ranému vztahu zejména s matkou; **regrese ve službách progresi (regrese ve službách EGA)** – aby bylo možné opravit nebo rozvinout vývojová ustrnutí
- ✓ Důležité jak na regresi reagujeme – můžeme ji tolerovat?
- ✓ Může dočasně zhoršit pacientovo fungování i mimo terapeutickou situaci (např. matky malých dětí, zejména osamělé – zvážit, zda je vhodná PDPT, protože může dočasně zhoršit jejich rodičovské funkce).
- ✓ **Může zintenzivnit natolik, že terapeutickému procesu překáží – pacient ztratí schopnost sebezpozorování.** Náročnost pacienta se stane hlavním charakterem všech sdělení. **Maligní regrese**
- ✓ Různí analytici se liší co do stupně vědomého nebo nevědomého povzbuzování regresivních sklonů v pacientech (nereagování terapeuta jako příčina vážných, maligních regresí).

Literatura

1. Freud S.: Rady lékaři při psychoanalytické léčbě (1912)
2. Freud S.: Poznámky o přenosové lásce, orig. 1915, česky SSSF sv.10 1913-1917, Psychoanal. Nakl. 2002
3. Freud S.: Konečná a nekonečná analýza (1937)
4. Kächele H., Thoma H.: Psychoanalytická praxe – díl I. Teorie (1985)
5. Kächele H., Thoma H.: Psychoanalytická praxe - díl II. Praxe (1988)
6. Gabbard G., O.: Dlhodobá psychodynamická psychoterápie, Vydavatelství F, Trenčín 2005
7. Sandler J.: Patient a analytik, 1973
8. Psychodynamická psychoterápie deprese
9. Saic M: Protipřenos v psychoanalýze, Praha 2005
10. Aron L: Setkání myslí (1996 New Jersey, USA, 2006 Praha Triton)
11. Mitchel S.A.: Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze (1997 New Jersey, USA, 2002 Praha Triton)

DLHODOBÁ PSYCHODYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIA. ZÁKLADNÝ TEXT

Glen O. Gabbard

- **Trenčín :Vydavateľstvo F, 2005, 215 s.**
- Recenzované příručky byly sestaveny pro severoamerické psychiatrické rezidenty, tzn. pro nezkušené lékaře v přípravě ke specializační zkoušce odborného lékaře - psychiatra. Jde o věcné a objemově střídme, přesto však mimořádně podnětné knihy, ostře kontrastující se sklonem koncipovat omniscientní a čtenářsky nezvládnutelné učebnice. Obě uvedené knihy přinášejí zásadní texty, což odpovídá řadě "jádrových kompetencí v psychoterapii" (Core Competencies in Psychotherapy). Slovenské vydání první příručky vyšlo pouhý jeden rok po původním americkém vydání, což svědčí o bdělé a svízňé ediční politice trenčínského Vydavateľstva F.
- Glen O. Gabbard, autor první příručky a editor celé edice, patří k předním americkým psychoanalytickým pedagogům a autorům učebnic. V letech 2001 až 2007 byl vedoucím redaktorem elitního časopisu International Journal of Psychoanalysis. Jeho Dlhodobá psychodynamická psychoterapia představuje jednu z nejlepších a zároveň nejstručnějších knih, které lze na trhu dostupných překladů nalézt. V jedenácti kapitolách se bez zbytečné simplifikace nebo vulgarizace a na úrovni potřebné pro odbornou zkoušku v USA vypořádal s procesem psychodynamické psychoterapie. Jeho mimořádná erudice se projevila především ve výběru a formulaci klinických vinět, často pocházejících z jeho supervizní práce. Klinické příklady činí i pro zkušeného čtenáře ze čtení této knihy skutečný požitek. S otázkami přenosu a protipřenosu, jež jsou klíčové (či "jádrové") pro psychodynamickou psychoterapii, pracuje s naprostou samozřejmostí. Na skromné ploše umí objasnit složité vztahové aspekty nevědomého reagování a interpersonálního chování, jaké představuje projektivní identifikace. Je těžké zdůraznit význam některé inspirativní kapitoly. "Prepracovanie a ukončenie a Využitie supervízie" by měly mít v českém a slovenském prostředí mimořádný význam, neboť jde o podceňované anebo zanedbávané oblasti.
- *MUDr. Petr Klimpl, CSc.*
- **Čes a slov Psychiatr 2010;106(1): 62 -63**

KOMPETENTNÁ KOMBINÁCIA FARMAKOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE. INTEGROVANÁ A ROZDELENÁ LIEČBA

Michelle B. Riba, Richard Balon

Trenčín :Vydavateľstvo F, 2007, 170 s.

Druhá kniha se týká nesmírně významného, přesto však u nás úplně přehlíženého tématu: vztahu psychoterapie a farmakoterapie. Richarda Balona není třeba českým a slovenským psychiatrům představovat. Méně známou je profesorka michiganské univerzity v Ann Arbor Michelle B. Riba. Jejich příručka je mimořádná tematicky i obsahově. V recenzi odborné publikace nelze samozřejmě komentovat tristní vztah mezi psychodynamickými a biologickými psychiatry, kteří mají sklon vytvářet izolované, nekomunikující komunity. Recenzovaná publikace naopak hovoří o tom, jak na to. Jde o integrovanou léčbu, tj. situaci, kdy jeden specialista (psychiatr) poskytuje psychoterapii i farmakoterapii. Nebo se uvádí, jaké přednosti či nedostatky má léčba rozdělená mezi dva specialisty, tj. psychoterapeuta a farmakoterapeuta. Obě části knihy jsou koncipovány obdobným způsobem a v obou uspořádáních respektují vztah a proces. Za prvé výběr vhodné terapie, za druhé vyšetření a začátek léčby, za třetí otázky kolem načasování ("timing") a konečně ukončení integrované či rozdělené léčby. Nástrahy čekající psychiatra při integrované léčbě (štěpení přenosu a manipulace s farmakoterapií, různé formy non-adherence atd.) jsou však zmíněny až příliš stručně.

Koncepce příruček je samozřejmě podřízena potřebám amerických psychiatrických rezidentů střídajících oddělení, kde praktikují, a není tedy možné pracovat v rámci skutečně dlouhodobé psychoterapie. Obě knihy dávají nahlédnout do myšlení špiček americké akademické psychiatrie, pro něž není psychodynamická psychiatrie komplikujícím či obtěžujícím aspektem praxe. Naopak je zřejmé, že psychodynamická psychoterapie (vztah mezi pacientem a lékařem, jenž bere v úvahu přenos a protipřenos) je nadále vysoce aktuální a nově zůstává v souladu s aktuálními poznatky neurověd.

Obě knihy doporučuji zejména těm kolegům, kteří nemají psychoterapeutický výcvik, a přesto (nebo právě proto?) se vyjadřují k indikaci psychoterapie svých pacientů. Kandidátům psychoterapie obě knihy pomohou. Zkušeného potěší.

MUDr. Petr Klimpl, CSc.

Čes a slov Psychiatr 2010;106(1): 62 -63