

Wilfried Dieter

## Katatýmne imaginatívna psychoterapia – hlbinná psychoterapeutická metóda

Preložila s láskavým dovolením autora Barbara Králiková

Terminologické vymedzenie hlbinej psychoterapie alebo psychodynamickej psychoterapie

V prvých desaťročiach 20.storočia bola „hlbinná psychológia“ identická s „psychoanalýzou“. Popri psychoanalýze Freuda a Kleinovej, analytickej psychológii Junga a individuálnej psychológii Adlera neexistoval žiaden psychoterapeutický smer, ktorý by disponoval presvedčivou nozológiou a diferencovanými terapeutickými technikami. Toto sa síce zmenilo potom, ako sa osvedčili aj iné psychoterapeutické metódy, ktoré vysvetľovali súčasné duševné problémy patogénnymi skúsenosťami z minulosti, napríklad Gestaltpsychoterapia, terapia rozhovorom alebo psychodráma. Ale iba psychoanalyticky fundované metódy zohľadňujú vo svojej nozológii a vo svojich liečebných metódach význam „procesov zvnútorňovania“, t.j. tých procesov, ktoré vedú k vzniku **symbolov** a tým k vzniku „vnútorného sveta“. Bývajú silne ovplyvňované fantazijným životom a ich výsledkom býva utváranie vnútorných reprezentantov.

V súčasnosti už však nemôžeme s istotou tvrdiť, že jednoznačným poznávacím znakom psychoanalytickej alebo psychodynamickej psychoterapie je „práca so vzťahom“, pretože napríklad aj v behaviorálnej a systemickej terapii sa stalo samozrejmosťou rešpektovanie terapeutického vzťahu a tiež využívanie pozitívneho prenosu. Čo však i dodnes odlišuje hlbinnú psychoterapiu od iných prístupov je hlbinný hermeneutický prístup k duševným fenoménom tak, ako ho popisujú napr. B. Gill (1997) alebo Lorenzer (2002).

Špecifickým na práci s KIP je **obrazový symbol**, všetkými zmyslami vnímaná predstava, kreatívna tvorba a časť „vnútorného sveta“. Súčasne je prostredníctvom KIP zdôraznená **intrasubjektívna** realita človeka (vzťah, prenos, interpretácia, význam, atď.), rovina (Luborsky 1995), ktorá úzko spája katatýmne imaginatívnu psychoterapiu s hlbinnou **hermeneutickým tradíciou** psychoanalýzy. Pod pojmom „hlbinná hermeneutika“ rozumieme predovšetkým „**hľadanie významu**“ „text za textom“. Samozrejme, popri hlbinných hermeneutických poznatkoch čerpajú všetky hlbine psychologické metódy poznatky aj z iných vedeckých prístupov, napríklad z fenomenologických, empiricko-analytických a dialektických metodík. Na

túto skutočnosť opätovne poukazovali predovšetkým Pieringer a Fazekas (napr. Pieringer a Fazekas 2000).

„Hlbinná psychológia“ odkazuje na **topické východiská** freudovskej metapsychológie a poukazuje na to, že hlbinné psychologické metódy sa prednostne zaoberajú nevedomými procesmi, hlbokými dimenziami duševného prežívania (Elhardt 1988). Od istej doby sa medzinárodná terminológia zmenila a väčšina autorov už nehovorí o „hlbinnopsychologickej psychoterapii, ale o „**psychodynamickej psychoterapii**“. Nezdôrazňuje sa tým už topické hľadisko, ale dynamický aspekt metapsychológie, teda každý aspekt, pri ktorom ide o nevedomé sily a ich súhru a konflikty. Freudovi išlo v psychoanalytickej práci najmä o odhalenie potlačenia v zmysle jeho známeho motta: „Kde bolo Ono, malo byť Ja“. Tu prebehla v ostatných desaťročiach zmena paradigmy. S nárastom pacientov s ťažkými poruchami osobnosti sa totiž namiesto odstránenia potlačenia stala predmetom terapeutických snáh nedostatočná schopnosť **symbolizácie** u týchto pacientov. Ukázalo sa, že pacienti s ťažkou poruchou osobnosti (nízka štruktúra) majú predovšetkým deficit, ktoré sú vývinovo podmienené alebo sa u nich prejavujú získané posttraumatické poruchy tých symbolických procesov, ktoré zahŕňujú „**tvorenie symbolov**, ako aj **používanie symbolov**“. „Psychodynamika“ už dnes preto nemôže byť definovaná iba akceptovaním dynamického nevedomia, rešpektovaním obrany a odporu a ťažiskovým nastavením terapie na procesy prenosu a protiprenosu, ale predovšetkým aj **kvalitou dosiahnutej symbolizácie** (alebo aj **mentalizácie**). Psychodynamická psychoterapia však nie je definovaná výlučne iba ako terapeutická metodika. Za dôležitejšie ako metodické detaily pokladám myšlienkové historické pozadie (psychoanalýza) a zakomponovanie metodológie do komplexného konceptu dynamického nevedomia s nevyhnutným zameraním sa na oblasti prenosu, protiprenosu, obrany a odporu.

Najmä autori Kleinianskej školy ukázali, ako úzko sú spojené procesy symbolizácie s hľadaním „**významu**“. Ukázali tiež, ako prebieha dozrievanie schopnosti symbolizácie: od nezrelých, senzomotoricky kódovaných a telesných včasných foriem až po zrelú verbálne kódovanú desomatizovanú symbolizáciu (Bion 1962, Segal 1996, Weiß 2001). V poslednej dobe to boli predovšetkým psychoanalýzou inšpirované výskumy vzťahovej väzby a výsledky psychoanalytických výskumov u dojčiat a malých detí, ktoré významne rozšírili naše chápanie procesov symbolizácie (Fonagy 1991, 1998, Fonagy et al. 2004). Výsledky týchto výskumov bezprostredne ovplyvnili rozvoj terapeutických metód, ktorými môžeme „ušiť“ terapiu presne na konkrétneho pacienta s poruchou osobnosti – na úroveň jeho funkcií a jeho štruktúru osobnosti. Jedným z týchto terapeutických postupov je katatýmne imaginatívna psychoterapia.

Chceli by sme poznamenať, že počiatočné rovnocenné chápanie termínu psychoanalýza a hlbinná psychológia, už neplatí. „Hlbinná psychológia“ sa v dôsledku enormného rozširovania a prehĺbovania nášho porozumenia psychickým a psychosomatickým poruchám a nášmu terapeutickému repertoáru stala nadradeným pojmom: „psychoanalytická terapia“ je špecifická forma psychoterapie s hlbinne psychologickým základom, rovnako ako iné „**psychodynamické psychoterapie**“, ktoré sú buď realizované výhradne verbálne (ako napríklad „hlbinná psychoterapia“ nemeckého psychoterapeutického smeru) alebo prostredníctvom špeciálnych imaginácií (ako napríklad katatýmne imaginatívna psychoterapia).

Vzhľadom k tomu, že v rámci „hlbinnej psychológie“ došlo k zjavnému rozčleneniu, je nevyhnutné zaujatie stanoviska k tomuto rozčleneniu. Pojem „hlbinne psychologický“ sa stal aspoň v nemecky hovoriacich krajinách z profesne politických dôvodov ideologicky používaným termínom a jeho skutočný obsahový význam bol čoraz neurčitejší.

Tu by som sa chcel obmedziť na problematiku priradenia psychoterapeutických metód k základným metódam hlbínnej psychológie. Toto priradenie je sťažené predovšetkým častým nálepkovaním a označovaním. Pre obsahové vymedzenie je na jednej strane nevyhnutný historický pohľad, na druhej strane skúmanie toho, čo v psychoanalytickom zmysle znamená a zahrňuje slovo „hlbinný“.

Najskôr teda historický pohľad. Will (2001) vo svojej objasňujúcej práci vysvetľuje, ako dostal termín „klasická psychoanalýza“ (z čiastočne vedomých a čiastočne nevedomých motívácií) veľmi odlišné významy. Zdokumentoval, že pre Freuda a jeho ranných nasledovníkov (Freudiánov) bol ešte úplne irelevantný rozdiel medzi psychoanalýzou a (psychoanalyticky alebo hlbinne psychologicky podloženou) psychoterapiou. Pre Freuda nebol cieľ terapie dôležitejší než cieľ výskumu nevedomých procesov, preto sa psychoanalýza a psychoterapia stotožňovali. Až neskôr, po Freudovej smrti, po vyhnaní psychoanalýzy zo strednej Európy nacistami, najmä psychoanalytici a ich žiaci, ktorí zo strednej Európy emigrovali do USA a ktorí v USA založili americkú verziu Ja-psychológie. Okrem toho práve oni položili základy prísneho psychoanalytického ideálu, na základe ktorého sa mala rozdeliť psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapia. Najznámejšou sa stala Eisslerova (1953) „normatívna ideálna technika“ a Gillsova (1954) definícia psychoanalýzy „ako vytvorenia terapeutického settingu, ktorý umožňuje rozvíjanie regresívnej protiprenosovej neurózy a jej uvoľnenie pomocou interpretácie, ktorú uskutočňuje analytik (terapeut) s neutrálnym postojom“ (Kernberg 1997, s.205). Gill sa neskôr vzdialil od tejto pozície a stal sa jedným z najdôležitejších predstaviteľov interaktívneho porozumenia analytickej situácie (Gill, 1997, s.101).

Prečo sa musela psychoanalýza vzdať svojej „vydobytej“ pozície? Pretože dnes sa do našej starostlivosti dostávajú iní pacienti /pacientky ako k psychoanalytikom/psychoanalytičkám minulých desaťročí. V porovnaní s „klasickými neurózami“, pre ktoré bola psychoanalýza pôvodne určená, v súčasnosti badať oveľa väčší nárast takzvaných „včasných porúch“ alebo synonymimne chápaných ego-štruktúrnych porúch, hraničných porúch alebo ťažkých porúch osobnosti, rovnako ako aj psychosomatických ochorení a posttraumatických stresových porúch.

Modifikácie psychoanalytických techník, ktoré vyplývajú z tejto novej pozície psychoanalýzy, boli rôznorodé a boli označené tými najrozličnejšími termínmi. V súčasnosti pokladám za veľmi zmysluplné ukončiť tieto mätúce jazykové rozpory a pre tie formy psychoterapie, ktoré ideologicky a metodologicky jednoznačne vychádzajú z psychoanalýzy odporúčame prijať termín **„psychodynamická psychoterapia“**, ako to navrhovali najmä Hoffmann a Schüßler (1991) a Hoffmann (2000). Pod tento termín môžeme zahrnúť „expresívnu psychoterapiu“ (Kernberg et al.1993), „psychoterapiu na báze hlbinej psychológie“ (Faber und Haarstrick 1996), „psychoanalytickú psychoterapiu“ (Wallerstein 1989) alebo „analyticky orientovanú psychoterapiu“ (Hohage 1996). **Katátýmne imaginatívna psychoterapia patrí do okruhu psychodynamickej psychoterapie. Môžeme ju dokonca považovať za prototyp psychodynamickej psychoterapie.**

### **Charakteristické znaky psychodynamickej psychoterapie**

Na tomto mieste by malo byť definované, ktoré faktory tvoria z psychoterapeutických metód hlbinné psychologické v zmysle vyššie uvedeného psychodynamického modelu (Hoffmann 2000). Kernberg (1997, s.205) vychádzal z troch hlavných bodov, ktoré definoval Gill vo svojej skoršej definícii psychoanalýzy formulujúcej najdôležitejšie modifikácie, ktoré odlišujú psychodynamickú psychoterapiu od psychoanalýzy:

1. obmedzenie regresívnej protiprenosovej neurózy (terapia v sede, rýchla analýza odporu)
2. zrieknutie sa exkluzívnej interpretácie; namiesto nej doplnujúce intervenčné techniky (najmä ochranné)
3. flexibilný postoj s ohľadom na technickú neutralitu a abstinenciu terapeuta

Kernberg (1997) však rovnako ako Gill(1997) trval na preferovanom význame prenosovej analýzy. Iní autori (Fürstenau 1992, 2001; Rudolf a Rüger 2001; Ermann 2001, 2006; Fonagy et al.2003; Mertens 2009) vidia regresné účinky intenzívneho zdôrazňovania spracovania protiprenosu v psychodynamickej psychoterapii kritickejšie a zasadujú sa za flexibilnejší terapeutický postoj, za **začlenenie podporných prvkov do terapie a zhutnenie terapeutického procesu.**

O d'alekosiahle zhutnenie terapeutického procesu sa usilujú krátkodobé a fokálne terapie. Pre psychodynamické psychoterapie však nie je trvanie terapie nosnou témou. Leunerova (1994) charakteristika KIP ako krátkodobej terapie v súčasnosti už neplatí. Keďže sa oblasť indikácie KIP čoraz viac rozširuje (pri traumách, hraničných poruchách, vývinových poruchách), bolo potrebné vzdať sa predstavy, že trvalé zlepšenie alebo vyliečenie sa dá dosiahnuť za pár týždňov či mesiacov. Vo všetkých nemecky hovoriacich krajinách je však žiaľ na psychoterapeutov vyvíjaný politický a finančne motivovaný tlak, aby terapia trvala čo najkratšie.

Pokiaľ ide o základy psychodynamickej psychoterapie, Luborski (1995) so svojou „**témou konfliktu centrálnych vzťahov**“ zaujíma strednú pozíciu. Ide o aktívne odhalenie, formulovanie a interpretovanie patogénnych konfliktov. Pod „interpretáciou“ tu rozumieme vždy aj „klarifikáciu“ a „konfrontáciu“ (Greenson 1973). Tress (2001) uprednostňuje „cyklicko-maladaptívny vzorec“ v prežívaní a správaní pacienta. Tým vytvoril most medzi prístupmi, ktoré viac zdôrazňujú prácu s prenosom a protiprenosom a prístupmi, ktoré vidia ťažisko skôr v „**princípe odpovede**“ a „**pomocnej-Ja-funkcii**“ terapeuta (psychoanalyticko-interakcionálna metóda podľa Heigl-Evers a Ott 1996).

Na tomto mieste treba zdôrazniť, že **KIP** má neoceniteľnú výhodu, pretože prostredníctvom **imaginácii**, ktoré sú jadrom KIP-metódy, sa dajú rozmanitým spôsobom aplikovať a najmä **riadiť** všetky spomínané parametre.

### **Základné črty psychodynamickej psychoterapie**

Najskôr by som chcel porovnať psychoanalytickú psychoterapiu (napr. Mertens 1990/1991, 2009) a psychodynamickú psychoterapiu (napr. Ermann 2007, Reimer et al.2009, Rudolf 2010) a chcel by som sa tiež pokúsiť ukázať, ako sa rozdielne myšlienkové prístupy a postupy jednotlivých psychodynamických metód manifestujú aj do nákladov. Pridelenie finančných zdrojov v rámci ambulantnej psychoterapeutickej starostlivosti v Nemecku závisí od čestného znaleckého posudku, ktoré berie do úvahy záujem pacienta/terapeuta na jednej strane a poisťovne na strane druhej.

Najprv k **psychoanalytickej psychoterapii**. Psychoanalytická psychoterapia je podľa nemeckých psychoterapeutických smerníc stanovená na 300 sedení. Je to „forma aplikácie psychoanalýzy s vlastnými cieľovými kritériami“ (Faber und Haarstrick 1996). Vo svojom terapeutickom koncepte, terapeutických technikách a psychoanalyticko-terapeutickom procese sa zásadne nelíši od psychoanalýzy (...). Chce odhaliť potlačený nevedomý konflikt využívajúc pritom prenos, protiprenos, ako aj regresívne procesy. Okrem toho spracúva fenomény odporu a má tiež vplyv na štrukturálne danosti pacienta. Užitočné pri liečbe choroby môžu byť pritom dozrievanie osobnosti, rozvíjanie autonómnosti a oslobodenie sa od „vnútorného rodiča“, ako aj otázky sebapoznania. **Psychodynamická psychoterapia** je v porovnaní s psychoanalytickou psychoterapiou kratšia, hranica ukončenia je najviac 100 sedení. Uznáva síce základné východiská psychoanalýzy, ako je existencia nevedomia a jeho vplyvov na intrapsychické a interpersonálne procesy (obrana, odpor, prenos, protiprenos), v podstate sa však obmedzuje na konflikt zacielené postupy. Aspekty štruktúry osobnosti sa nemajú meniť, t.j. nemajú byť liečené. Liečba sa obmedzuje na čiastkové ciele. V centre indikácie sú aktuálne neurotické konflikty a utváranie ich symptomatiky. Neprebíha tu protiprenosová neuróza. Vplyvom zdôrazňovania a regulovania „tu a teraz“ sú limitované regresívne tendencie. Ak sa v terapii vyskytnú protiprenosové fenomény, tieto sa okamžite vysvetlia a odstránia, aby sa vo vzťahu pacient – lekár (klient- terapeut) predišlo vzniku hlbokých zápletiiek (Tress 2001, s.25). Podľa Fabera a Haarstricka (1996, s.46) z toho vyplýva aj opačný záver: „terapia je indikovaná iba vtedy, ak sa dá vymedziť aktuálny neurotický konflikt s príslušnými symptómami.“

Kontroly asociácie zdravotných poisťovní a nositeľov nákladov (podľa Ermann 2001) ukazujú, že približne 75% výkonov z oblasti psychoterapie v Nemecku tvorí psychodynamická psychoterapia, cca. 5% vlastná fokálna terapia a zvyšok podporná a psychoanalytická psychoterapia. To v jasnom kontexte znamená: vzhľadom na frekvenciu ego-štrukturálnych porúch treba vychádzať z toho, že veľmi veľa pacientov s ťažkými poruchami osobnosti a pacientov s psychosomatickou symptomatikou si musí vystačiť s 80, maximálne 100 terapeutickými sedeniami.

Aj keď postupne popíšem, ako sa jednotlivé psychodynamické postupy prispôbujú požiadavkám poisťovní, úradom a politikom, nazdávam sa, že sa tu nie príliš šťastne stretli nedostatočná odbornosť, nedostatok financií a fatálna rivalita medzi jednotlivými postupmi. Signifikantné zistenia štúdií, zaoberajúcich sa starostlivosťou najťažších porúch ukazujú (Allen a Fonagy 2009), že zdravotné poisťovne by mohli ušetriť veľa prostriedkov, keby

v dostatočne dlhom čase financovali vysoko kvalifikovanú starostlivosť o ťažko duševne chorých a nie až následky dekompenzovanej agresie alebo „ľudovej choroby depresie“.

Požadovaným dôsledkom „zhtutnenia“ terapií je, že psychodynamické terapie:

1) sa prísne **orientujú na klinicky relevantné fokusy**, čo znamená, že sa venujú iba „prítomným nevedomým konfliktom“ (Sandler a Sandler 1985). Nezaoberajú sa hlbšie ležiacimi nevedomými jadrovými konfliktami z minulosti. Zaoberajú sa teda nevedomou dynamiku **aktuálne** pôsobiaceho neurotického konfliktu.

2) sa **vzdali hlbšej analýzy prenosu a odporu**. Prenos a odpor sa „iba pozorujú“, čo znamená, že sa spracúvajú iba vtedy, ak sú prekážkou na dosiahnutie relatívne rýchleho terapeutického cieľa. Základnú myšlienku by pri tom malo tvoriť starostlivé pozorovanie protiprenosu terapeutom.

3) sa usilujú o **zhtutnenie terapeutického procesu**. Toto sa deje prostredníctvom ohraničeného cieľa terapie, ktorý bol vopred vedome dohodnutý s pacientom, prostredníctvom už spomenutých na konflikt zameraných postupov a tiež prostredníctvom obmedzenia regresívnych procesov. Myslíme tu predovšetkým na rozvoj intenzívnej protiprenosovej neurózy.

Táto prezentácia prístupu Rudolfa a Rügera (2001, s.216) vyvoláva napriek pretraktovanej zrozumiteľnosti ďalšie otázky, ktoré v podstate spochybňujú celý koncept psychodynamickej psychoterapie. Ako sa dá v terapii dosiahnuť na konflikt zacielenú techniku? Musí terapeut direktívnym spôsobom vedome odsunúť „každodenný materiál“, ktorý pri menej frekvencovanej terapii prirodzene pacient prináša na sedenia? A najmä: môžu pacienti s hraničnou patológiou zmysluplne profitovať z psychodynamickej psychoterapie, keď osobnostné štruktúrne aspekty vôbec nemajú byť predmetom terapie (Tress 2001, s.25)?

Ani odporúčania Lieberza (1998), aby sa regresívne tendencie zvládali menšou hodinovou frekvenciou terapeutických sedení a častými intervenciami, neposkytujú použiteľnú predstavu o tom, ako možno pacientom s ťažkou poruchou osobnosti alebo s psychosomatickým ochorením pomôcť obmedzovaním hodinového kontingentu určenému psychoterapeutickými smernicami. Ak patria interpersonálne procesy obrany podľa typu štiepenia ku klinicky hlavným znakom hraničnej osobnosti, ako môže potom terapeut na sedeniach zaobchádzať s manifestáciou týchto obranných štruktúr v kontexte vzťahu prenos – protiprenos? Neodporúča sa v takých prípadoch špeciálna forma psychodynamickej psychoterapie, ako napr. na prenos fokusovaná psychoterapia (TFP - Transference – Focused Psychotherapy); Clarkin, Yeomans a Kernberg 2001)? Môžu byť štiepenia prekonané iba interpretáciou? Alebo existujú aj iné možnosti znovu vytvoriť tie súvislosti v duševnom prežívaní, ktoré boli pretrhané následkom štiepenia a docieľiť tak pokroky na ceste k zrelej schopnosti symbolizácie?

To, že nepsychoanalytické psychodynamické formy terapie sú istým druhom „psychoterapie light“, že sú menej náročné a vyžadujú menej diferencované vzdelanie terapeuta, vyvrátilo Ermannsovo prezentovanie tejto metódy (1999, s.319 n.). Naopak, vzniká dojem konzekventného realizovania iba čisto verbálnej psychodynamickej psychoterapie, ktorá je najčastejšou na konflikt centrovanou formou terapie. Najčastejšie sa realizuje ako samostatná terapia raz týždenne v rozsahu cca 50 sedení. Prirodzene, trvanie záleží predovšetkým od poruchy pacienta a od dynamiky terapie (najmä od odporov a negatívnych protiprenosov).

Terapia sa odohráva v sede. Na základe analytickej psychoterapie sú často (ale nie vždy) dohodnuté **základné pravidlá voľných asociácií**. Psychoterapeut **interpretuje tie konflikty**, ktoré sa objavili vo vzťahu k odmietaným strachom, očakávaniam, nárokom atď. Hľadá tiež paralely osobnej histórie klienta s aktuálnymi konfliktami vo vzťahu k rodičom, súrodencom a ďalším dôležitým osobám z detstva. Je potrebné **vyvarovať sa interpretáciám prenosu**. Cieľom tohto postupu je **prepracovanie centrálnej, patogénnej dynamiky konfliktu**. Jeho účinnosť spočíva v kontinuite podpory a záujmu, v porozumení neúčelnosti správania a obrany, v akceptácii odmietaných zážitkov pomocou psychoterapeuta a v identifikácii s týmto postojom, ako aj v (nevyjadrenej) emocionálnej psychoterapeutovej podpore, keď sa u pacienta rozvíjajú nové, individuálne primerané a uspokojivé spôsoby prežívania (Ermann 1999, s.319).

### **Liečebno-technické odporúčania pre psychodynamickú psychoterapiu**

Porovnateľný veľmi **aktívny postoj** terapeuta. Častá klarifikácia, konfrontácia a interpretácia (Greenson 1973) patria k najefektívnejším faktorom, ktorými možno zabrániť regresívnym procesom. Interpretované býva správanie a prežívanie „tu a teraz“, napríklad v partnerskom vzťahu, na pracovisku; genetické interpretácie sú robené iba striedmo; prenosové interpretácie iba vtedy, keď musia byť vyplavené agresívne prenosy. Zďaleka najbežnejšie interpretácie sú takzvané „**vonkajšie analytické interpretácie**“. Synonymom je termín „**vonkajší prenos**“ v protiklade k vlastnému prenosu v psychoanalytickom zmysle, ktorý najlepšie vystihuje pojem „**vnútorný prenos**“.

Spracovanie materiálu je prísne **centrované na konflikt**. Neusilujeme sa o reštrukturalizovanie osobnosti. Predpokladá sa, že osobnosť celkovo lepšie funguje a prispôsobuje sa, keď sa vyriešia centrálné patogénne konflikty. Nevyžaduje sa zdržanlivý postoj ako pri psychoanalýze. Predovšetkým u neuroticky štruktúrovaných pacientov sa zaob-



chádzanie so settingom a s dohodou podobá oveľa viac zvyklostiam bežného dňa. Čím viac je narušená osobnosť pacienta, tým dôležitejšie je **zvládnutie zdržanlivosti** v zmysle toho, čo Kernberg nazýva technickou neutralitou (Kernberg a kol. 1993). Na to, aby mohla byť usku- točnená adekvátna interpretácia, je potrebný technicky neutrálny postoj, t. j. postoj, ktorý je akceptujúci, ale ktorým si terapeut zachováva odstup. Ak však terapeut zistí, že pacient po- škodzuje seba alebo druhých alebo je ohrozené pokračovanie terapie, môže zasiahnuť aj s direktívnymi intervenciami. Môže napríklad vyzvať pacienta, aby zastavil určité protestné správanie voči iným („**deklarácia**“) a ukázať mu, že takýmto správaním sa sám zamotáva a privádza sám seba do ťažkostí namiesto toho, aby dosiahol želané ohraničenie. Pritom by mal byť čo najskôr obnovený neutrálny postoj - prostredníctvom klarifikácie a interpretácie prenosov, ktoré boli spojené s agovaním. V určitom okamihu terapeut zacieli rozhovor k to- mu, čo by mohlo znamenať, že práve v tej chvíli ho pacient dostal do situácie, v ktorej musel zasiahnuť a interpretovať ju (Ermann 1999, s.320).

Viacerí autori (napríklad Kernberg a kol. 1993, Ermann 1999, Clarkin a kol. 2001) odporúčajú pri liečbe pacientov s hraničnou poruchou osobnosti spoločné vypracovanie **kontraktu** medzi pacientom a terapeutom. Aj keď tento kontrakt slúži predovšetkým ako ochrana pa- cienta pred suicidalitou, ťažkým agovaním, sebapoškodzovaním, sklonmi k závislostiam a pod., v jeho spracovaní sa spravidla manifestuje centrálna dynamika terapie s prenosmi a odporom.

Väčšina psychoanalytických autorov (Ermann 1999, s.321, Clarkin a kol. 2001) sa dom- nieva, že ak v obrannej organizácii „Ja“ u pacienta dominujú fenomény štiepenia, musí sa u hraničných pacientov ťažiskom terapie stať dlhodobé **spracovanie rozštiepených preno- sov**. Prebieha prostredníctvom **interpretácie „tu a teraz“** s cieľom dosiahnuť dozretie „Ja“ (viditeľné na zlepšenej kapacite pre integráciu protirečivých, rozštiepených aspektov „Ja“ a objektov, zlepšenej regulácii afektov, kontroly impulzov atď.). Taká terapeutická práca si vyžaduje veľa skúseností so zaobchádzaním s protiprenosom a je v zásade založená na psy- choanalytickej teórii objektových vzťahov.

Iné ťažiská v psychodynamickej psychoterapii vytíčil Fürstenau (1992, 2001) a Heigl- Evers a Ott (1996). Fürstenau odporúča pričlenenie **systemových prvkov** do terapie a zreteľnejšie ako iní autori kladie dôraz na **podporné prvky**, ako aj na priamu **sugesciu**, po- chvalu, povzbudenie a deklaráciu (prejav vôle terapeuta, aj s hodnotiacim charakterom). Podobne ako pre Heigl- Eversa a Otta je preňho dôležité prevzatie pomocných -Ja-funkcií terapeutom, predovšetkým identifikovaním a diferencovaním afektov. V psychoanalyticko- interakčionej metóde Heigl- Eversa a Otta je centrálnym bodom „princíp odpovede“, zalo-

žený na selektívnej autenticite. Terapeut zachytí parciálnu ponuku vzťahov pacienta („parciálnu“ na základe prevládajúcej obrany štiepením), identifikuje ju, odpovie však na ňu zo svojej integrovanej pozície inej celistvosti). Inými slovami: parciálne objektové vzťahy pacienta sa na základe identifikácie postupne môžu stať celostnými a tak sa pacient vyrovnáva s ambivalentnými a konfliktnými vzťahmi. Prebudí sa porozumenie ostatným ľuďom a postupne prerastie do zrelej **empatie k vnútornému svetu druhých**. Toto je jadro konceptu mentalizácie, ktoré v niektorých ohľadoch nahradil psychoanalytický pojem „symbolizácia“ (Allen a Fonagy 2009). Plastický opis pojmu „mentalizácia“ by mohol znieť: „Mentalizácia znamená učiť sa vidieť sám seba zvonka a druhých zvnútra“.

### **Výhody psychoterapie s imagináciami – KIP**

Prezentovaná práca s imagináciami prináša úplne nové perspektívy, pretože presadzuje niektoré podnety Christophera Bollasa (2001), ktorý varuje pred „stereotypnými“ psychoanalytickými terapeutickými technikami, ktoré sa redukujú temer výlučne na interpretáciu prenosu v „tu a teraz“. KIP sa zriekla nároku na „prenosovú neurózu“. Jednako však: KIP spĺňa všetky vyššie menované technické kritériá psychodynamickej psychoterapie, ktoré sú samozrejme pre tie formy terapie, ktoré sú odvodené z psychoanalýzy (zachytenie a využitie prenosu a protiprenosu; akceptácia dynamického nevedomia a nespracovaný, prípadne **dekompenzovaný neurotický konflikt** ako báza vzniku neurotických a psychosomatických symptómov; zohľadňovanie a spracovanie obrán a odporu). Tým, že v centre tejto terapeutickej techniky stojí imaginácia, teda obrazovo-symbolické znázornenie nevedomých konfliktov a konfliktných internalizovaných objektových vzťahov, bude sa v KIP (u neuroticky štruktúrovaných pacientov) **pátrať po „význame“**, prípadne sa tento „význam“ **bude spoločne s pacientmi najskôr vytvárať** (u pacientov s ego-štruktúrnymi poruchami).

Väčšina psychodynamických psychoterapií zohľadňuje vo svojej psychoterapeutickej práci **traumatické skúsenosti** a akceptuje **učenie a odučenie**. To neplatí v rovnakej miere pri **využívaní zdrojov**, neprežívaných možností. Okrem toho, že KIP metóda má potenciál zhutniť proces terapie (fokusovanie na prácu s patogénnymi konfliktmi; tzv. „prvá dimenzia“ KIP podľa Leunera 1994), je doménou katatýmne imaginatívnej psychoterapie jej „druhá dimenzia“ (kontrolovaná regresia v službách Ja zameraná na bezkonfliktné oblasti, tzv. narcistické nasýtenie) a jej „tretia dimenzia“ (podporovanie kreativity; porovnaj Bion 1962, Segal 1996, W. Dieter 1996).

Veľkou výhodou KIP v porovnaní s výhradne verbálne vedenými psychodynamickými psychoterapiami je jej silná **orientácia na zdroje**, ktorá je umožnená vďaka **prospektívnemu porozumeniu symbolov**, ktorých základy položil C.G. Jung (Jung 1948, 1968). V tejto súvislosti nie je bezvýznamné, že zakladateľ katatýmne imaginatívnej psychoterapie Hanscarl Leuner, bol vyškolený jungiánsky v psychoanalytik a vedec.

## Úvahy o nevedomej dynamike imaginácií

Nechcem podrobne predstavovať techniku katatýmne imaginatívnej psychoterapie (KIP), ale odvolám sa na výborný Wilkeho (2009) úvod.

Po navodení ľahkého stavu uvoľnenia je pacient vyzvaný k imagináciám (denným snom), o ktorých bezprostredne referuje terapeutovi a ktoré sú predmetom spoločného (dialógového) skúmania, bádania a intervencie. Dlhoročné terapeutické skúsenosti s KIP potvrdzujú, že už samotné imaginovanie sú terapeuticky účinné. Denné snívanie účinkuje ako snívanie v noci istým spôsobom terapeuticky, uľavujúco a podporujúco pri hľadaní riešenia problémov a toto sa deje bez interpretácie alebo ostatného prepracovania v rámci psychoanalýzy alebo psychoterapie. Tieto empirické znalosti o „liečivých“ účinkoch stretnutia sa so symbolmi vynárajúcimi sa z vlastného nevedomia sú už v súčasnosti celkom vedecky solídne fundované a to najmä zásluhou moderných psychoanalytických výskumov snov a objavov neurovedcov týkajúcich sa fyziológie a funkcie snov (Mertens 1999, Ermann 2000).

Z hlbinného psychologického hľadiska poukázal C. G. Jung (napr. 1935, 1948, 1968) na takúto funkciu snov už pred mnohými desaťročiami. Rovnako to bol práve hlbinný psychológ Jung, kto ako prvý zdôrazňoval prenos pri práci so snami v terapii a jej zakomponovanie do terapeutického vzťahu, keď sa Freud (1900) snažil o preklad symbolickej reči nevedomia. Od Junga pochádza formulácia o sebainterpretatívnych a sebareflexívnych funkciách symbolov (Jung 1968); Lang (1993) hovorí v rovnakom zmysle o „ochrane symbolov“. Na poznatky tradičného a moderného psychoanalytického skúmania, neurovied, ako aj psychoanalyticky inšpirovaný výskum vzťahovej väzby u dojčiat a malých detí (J. Dieter 1999), bezprostredne nadväzuje katatýmne imaginatívna psychoterapia.

Imaginácie sú vnútorné obrazové predstavy, ktoré vznikajú rovnakou **formálnou regresiou myslenia** ako sny počas nočného spánku. Pod formálnou regresiou myslenia chápeme ustúpenie rečovej symbolizácie v prospech obrazovej reči sna a denného sna. Okrem obrazovej reči nevedomého je „snové myslenie“ (Meltzer 1988), rovnako ako aj „imaginatívne mysle-

nie“ charakterizované presunutím, zhutnením a symbolizáciou. Schopnosť imaginovať je teda vyjadrením a následkom tých procesov symbolizácie, ktoré v ranom detstve novo kódujú skúsenosti senzomotorického a preverbálneho správania a ktoré vedú k získaniu zrelej „funkcii symbolu“ približne od 18. mesiaca života (Piaget a Inhelder 1966; Dornes 1997). Toto je opäť predpokladom pre neskôr aplikovanú rečovú symbolizáciu. Imaginácie odzrkadľujú úroveň štruktúry a/alebo úroveň ego – funkcie imaginujúceho pacienta. Sny a denné sny neurotického a ego-štruktúrne narušeného pacienta sa výrazne líšia (W.Dieter 1998, 1999, 2012). Toto zistenie nie je prekvapujúce, pretože nevedomé myslenie ego-štruktúrne narušeného pacienta zodpovedá preverbálne kódovanému mysleniu primárnych procesov (Freud 1900) a používa pracovnú pamäť procedurálnej pamäte. Táto pamäť, nazývaná aj implicitná, somatická alebo afektívna pamäť je v protiklade k explicitnej verbálnej pamäti, ktorá je desomatizovaná a vie sa vrátiť k vyvolaným fantáziám, aby symbolizovala afekty. Takéto myslenie, ktoré spôsobuje rozdiel medzi symbolom a symbolizujúcim (tým, kto symbolizuje), bolo popísané už Freudom (1900) ako sekundárne procesné myslenie.

Kleiniánski a neokleiniánski autori opísali stupne **vývinu schopnosti symbolizácie** od nezrelých symbolov („symbolická identifikácia“) k zrelým symbolom („symbolická reprezentácia“) (Bion 1962; Meltzer 1988; Segal 1966; Weiß 2001). Vyvinuli tiež zodpovedajúce hlbinné psychologické terapeutické techniky, ktorých cieľom bolo zameranie sa na zrenie symbolov a ktoré sa stali nepostrádateľnou súčasťou terapeutického inventára KIP (W. Dieter 1996, 2000; Schnell 2000, 2001).

Vďaka čomu sú imaginácie, afektívne vnútorné obrazy, terapeuticky účinné? Tu sa mi zdá užitočná Bionova **Teória myslenia a snívania** (Bion 1962; Meltzer 1988; Ermann 1998). Ponúka prístupy pre konceptualizáciu zrenia symbolov, ktoré v Bionovej terminológii znamená premenu tzv.beta-elementov na alfa-elementy pod vplyvom tzv.alfa-funkcii matky, ktorá je schopná ponúknuť objektový vzťah typu kontajnera.

Imaginácia môže byť podobne ako sen chápaná ako „nevedomé rozmýšľanie o sebe“ a môže rozvíjať svoje **prospektívne funkcie a funkcie riešenia problémov**. Na rozdiel od sna je tu však stále zreteľnejší **aspekt prenosu** a tým aj **aspekt odporu**: imaginácie bývajú bezprostredne prerozprávané reálne prítomnému terapeutovi. Naproti tomu nočný sen ponúka príležitosť k viacerým cenzúram, kým sa dostane od latentného sna cez manifestačný sen a sekundárne prepracovanie k významu snu na terapeutickom sedení. Samozrejme možno predpokladať, že aj v KIP dochádza k nevedomým, obranám slúžiacim sekundárnym prepracovaniam medzi imaginovaním ako neurofyziologickou aktivitou v príslušnej oblasti mozgovej kôry a verbálnym referovaním, ktoré prichádza ako príbeh. V porovnaní so snom je ima-

ginácia na jednej strane znepokojivejšia, na druhej strane bezprostredne nápomocnejšia, pretože je priamo vložená do objektového vzťahu vo forme dialógu. **Terapeut má k dispozícii, analogicky ako matka vo vzťahu k malému dieťaťu, svoju „containing“ a „holding“ funkciu (Winnicot 1969, 1973, 1974). Alebo vyjadrené Bionovskou terminológiou: alfa-funkcia terapeuta pomáha pacientovi (spravidla tak dlho, ako je potrebné na prepracovanie), pri zrení jeho schopnosti symbolizácie.**

KIP bola pôvodne svojim zakladateľom Leunerom (1954) koncipovaná ako metóda krátkodobej terapie. Čím viac sa však ťažiskový bod indikácie v posledných rokoch posúval k ťažkým poruchám osobnosti (W. Dieter 2000), k psychosomatickým ochoreniam (Wilke 2001), a posttraumatickým poruchám (Krippner 2001, Steiner a Krippner 2004), tým jasnejšie bolo, že **zmeny potrebujú svoj čas**, a aj použitie imaginácií nemôže ľubovoľne skrátiť psychodynamickú psychoterapiu. Longitudinálny výskumný projekt v Nemecku ukázal, že priemerná dĺžka „lege artis“ liečby KIP bola pri nereaktívnych poruchách medzi 60-80 sedeniami, v prípade hraničných porúch dokonca ešte viac (Wietersheim a kol. 2001).

Všetko, čo bolo doteraz spomenuté, zdôrazňuje význam prenosového vzťahu pre terapeutickú efektivitu KIP. KIP sa v tomto nelíši od iných psychodynamických terapeutických metód. Až v nápomocnom vzťahu so sprevádzajúcim terapeutom (Ermann 1993), v rovine prenosu a protiprenosu, sa afektívne prežívanie stáva „skutočným“: tým sa vloží do objektového vzťahu, ktorý umožňuje „učenie skúsenosťou“ (Bion 1962). Existujú však aj ďalšie faktory, ktoré by som rád stručne spomenul.

### **Všeobecné účinné faktory katatýmne imaginatívnej psychoterapie**

V predchádzajúcom odseku som poukázal na mimoriadny význam terapeutického vzťahu. „**Pomáhajúci vzťah**“ je v každej psychodynamickej psychoterapii koncipovaný ako pozitívny prenosový vzťah, ktorý podporuje vždy, keď je to možné. Tento koncept je jedným z faktorov, odlišujúcich všetky psychodynamické psychoterapie od psychoanalýzy, pri ktorej všetky prenosy ostávajú nekorigované a narastajú. Následne je prepracovaná „prenosová neuróza“ so všetkými ambivalenciami a negatívnymi časťami protiprenosu. Pozitívny prenosový vzťah sa s najväčšou pravdepodobnosťou dosahuje pomocou **podporných terapeutických techník** v spojení s pripravenosťou pacienta zažiť terapeutický vzťah ako pomáhajúci. Na túto reciprocitu poukazuje Luborsky (1995) vo svojej klasickej učebnici analytickej psychoterapie, v ktorej načrtáva „psychoanalytickú teóriu zmeny“.

Popri pomáhajúcom terapeutickom vzťahu uvádza Luborsky ako ďalší faktor „**sebaskúsenosť a seba porozumenie**“. Tento faktor považuje za najdôležitejší a realizovaný býva prostredníctvom **aktívnej techniky interpretácie**. Interpretovanie v psychodynamickej psychoterapii (Mertens 2009) znamená: málo alebo žiadne interpretácie prenosu, ale intenzívna „prekladateľská a sprostredkujúca práca“ na patogénnom nevedomom konflikte; prostredníctvom interpretácie sa odstránia vytesnenia a sprístupnia sa odštiepené zážitky. Ako bolo už vyššie spomenuté, aktívna interpretácia je dôležitým bodom **riadenia regresie v terapii**.

„Tretí faktor, **trvácnosť liečebných pokrokov**, sa podporuje tým, že sa venuje pozornosť **významu ukončenia terapie**. Keďže pacient, rovnako ako aj terapeut, prispieva rovnakým dielom ku všetkým týmto trom faktorom, prislúcha každému faktoru podiel pacienta a podiel terapeuta.“ (Luborsky 1995, s.32).

Katátymne imaginatívna psychoterapia je koncipovaná tak, že využíva všetky účinné faktory psychodynamickej psychoterapie a **doplnená je o špecifický faktor imaginácie**. Prijatie imaginácií k technickému repertoáru, ktorý možno použiť v terapii, patrí k reflektujúcim terapeutickým aktom. Terapeut musí bezpodmienečne zistiť, či imaginovanie nepredstavuje spôsob agovania oboch protagonistov, pomocou ktorého sa dá vyhnúť spracovaniu určitých tém. Alebo či rozhodnutie navrhnúť pacientovi danú imagináciu nesýti neznámu protiprenosovú tematiku (napríklad terapeut chce možno niečo „zažiť“, namiesto toho, aby počúval „nudné rozprávanie“ pacienta). Alebo či nehrajú nejakú rolu možné narcistické fantázie terapeuta, ktorý pod zámienkou ťažkého prepracovania chce dosiahnuť terapeutický „zázrak“. Zoznam nevedomých motívov môže byť ešte rozšírený o ďalšie témy.

### **Špecifické účinné faktory katátymne imaginatívnej psychoterapie**

Úvahy o použití imaginácií v podstate pripomínajú úvahy analytikov o interpretáciách v rámci psychoanalytickej terapie. Nie sú tu žiadne zásadné rozdiely, iba **odlišný prístup k regresným procesom**. Kým v čisto verbálne vedenej psychodynamickej psychoterapii je regresia ohraničená aktívnou interpretáciou terapeuta, v KIP je regresia riadená najmä špecifickým použitím imaginácií. Návrh ponúknuť určité „štandardné motívy“ (Leuner 1994) slúži na vykryštalizovanie nekonečných možností fantázie okolo určitých nevedomých jadier, ktorých potenciálny symbolický význam je empiricky ľahko zrozumiteľný. V poslednej dobe bolo k štandardným motívom KIP pridaných viacero nových techník a motívov KIP, takže KIP terapeut disponuje bohatým repertoárom terapeutických techník. KIP terapeut disponuje

týmto repertoárom na rovine **terapeutických stratégií** (Čo je cieľom terapie? Akými cestami sa k nemu dostaneme? Regresívne procesy by mali byť skôr stimulované alebo utlmované?), na rovine **terapeutických taktík** (aké sú krátkodobé použiteľné a efektívne možnosti, aby sme urobili konkrétne kroky vpred, napr. fokusovanie na konflikt) a na rovine **konkrétnych intervencií** (sprevádzanie, konfrontácia so symbolmi, kladenie otázok, klarifikácia, stimulácia, výmena rolí, atď.).

Na jednej strane imaginácia slúži ako základná pomôcka pri štruktúrovaní tým, že diferencuje medzi „**oblasťou prežívania**“ a „**oblasťou spracovania**“ (Kottje – Birnbacher 1993). Pod oblasťou prežívania rozumieme sedenia, na ktorých sa imaginuje. „Oblasť spracovania“ predstavujú sedenia, na ktorých sa imaginácie verbálne s mnohými podpornými technikami prepracúvajú. Takéto diferencovanie pomáha úzkostným a ťažko regredovaným pacientom. Na druhej strane je to práve s terapeutom zdieľaný prechodný priestor (Winnicott 1951), ktorý sa v KIP môže stať **imaginatívnym priestorom** (Schnell 2000). Takýto priestor je potom ihriskom, miestom kreativity skúšania nových možností. Odvolávajú sa na Ogdena (1997, 2004) môžeme v KIP s úspechom pracovať s konceptom „**analytickej trojice**“ (pacient- terapeut – prenos alebo pacient – terapeut – imaginácia, „tretie, tretí“). Predpokladom k tomu je už existujúci pevný terapeutický vzťah a prinajmenej v náznakoch zrelá schopnosť symbolizácie. **Hraničné poruchy osobnosti a iné ranné štrukturálne poruchy vykazujú značné deficity schopnosti symbolizácie. V týchto prípadoch sa preto musí zmeniť štandardná technika. To platí rovnako pre výber motívov, ako aj pre špecifický štýl sprevádzania pri imagináciách pri týchto poruchách a pre ich prepracovanie na tých terapeutických sedeniach, na ktorých sa neimaginuje.** Na tomto mieste žiaľ nemám priestor venovať sa ďalším podrobnostiam (ku KIP terapeutickým technikám pri hraničných poruchách porovnaj Dieter 1999, 2000).

Terapeutickým prvkom (na rozdiel od výlučne verbálnych psychodynamických psychoterapií), ktorý KIP používa na to, aby pacient dostal do vedomia to, čo bolo potlačené, na integrovanie odštiepeného, na vystavanie nových Ego-funkcií a Ego-štruktúr, na učenie a skúšanie komunikovania v symbolickej reči dovtedy nevyjadreného, je imaginácia. **V imagináciách možno odhalené symbolické postavy a scény, priradiť k nevedomým predstavám imaginujúceho o sebe, jeho vzťahoch a životnej situácií, či už konfliktnej alebo nekonfliktnej povahy.**

Imaginácia teda odlišuje KIP od iných psychodynamických metód psychoterapie. **Aké špecifické faktory spôsobujú, že imaginácie majú takú intenzívnu a dlhotrvajúcu terapeutickú**

**kú účinnosť, ako to skutočne je?** Je to psychofyziologicalké uvoľnenie, ktoré je tým hlbšie, čím intenzívnejšie sa vnútorné obrazy prežívajú? Je to spoluprežívanie a spoločná hra so sebou vytvorenou vnútornou drámou, a ktorá je prežívaná ako nesmierne spájajúca, napísaná jazykom „rozprávok, mýtov a snov“ (Fromm 1980) a ktorá má prospektívnu funkciu (Jung 1948), t.j. ukazuje riešenia a nové cesty? Je to liečivá sila symbolického zobrazenia, konfrontácia s individuálnym a kolektívnym symbolom, s viacnásobne determinovaným výtvorom vlastného kreatívneho nevedomia, ktoré sprístupňujú predtým neprístupné informácie (Jung 1968)? Alebo je to v prvom rade, ako bolo už vyššie spomínané, pomocný vzťah so sprevádzajúcim terapeutom (Ermann 1993), rovina prenosu a protiprenosu? Alebo „podnecovanie a nácvik nových skúseností na pozadí nového vzorca vzťahov ako dôležitého faktora psychoanalytickej terapie ťažkých porúch osobnosti – popri spracovaní pretrvávajúcej detinskosti (...), zameraní pozornosti na význam deklarácie (prejav vôle), najmä v zmysle podnecovania ku konaniu, ako vlastného spôsobu intervencie popri zmysluplne komunikovaných spôsoboch intervencie (...), s rastúcim významom kontroly t.j. dávkovanie odporu a regresie, senzibilizácia na záťaž a hranice spracovania pacienta vo všeobecnosti“ (Fürstenau 1990, s.31)?

Terapeutická skúsenosť v práci s imaginatívnou terapiou ukazuje, že pravdepodobne všetky faktory, ktoré som uviedol bez nároku na ich úplnosť, prispievajú k therapeutickej účinnosti imaginácií. Wilke (1990) poukazuje na nešpecifický priaznivý účinok psychofyzického uvoľnenia (relaxácie) predovšetkým u psychosomatických pacientoch a na interakciu medzi intenzitou imaginatívneho zážitku a hĺbkou dosiahnutého uvoľnenia. Psychofyzické uvoľnenie dodnes nie je dostatočne uznané ako faktor, ktorý je dôležitý pre duševné zdravie mnohých pacientov. Rozmanité a klinicky nanajvyš významné styčné body medzi KIP a somatickými terapiami založenými na hlbinej psychológii môžem na tomto mieste iba spomenúť, z kapacitných dôvodov ich však nemôžem explicitne predstaviť. Niečo podobné platí pre prelínanie teórií medzi konceptom psychoanalýzy a teóriou učenia, ktoré implicitne spracoval už Winnicott (napr.1973, 1974) a neskôr ich prepracoval najmä Fürstenau ako druh zmeny paradigmy (Fürstenau 1977, 1990, 1992).

„Pokiaľ sa psychoanalýza zaoberá poruchami, ktoré nevznikli až po štrukturálnom vytvorení ega (poznámka autora: myslí sa tým najmä obrana potlačením, ktorá sa ani podľa moderných výskumov u dojčiat nedosahuje pred dosiahnutím veku 18.mesiakov a ktorá je zásadne spojená so schopnosťou vytvárať a používať symboly; Dornes 2000), ale podstatne skôr, vo fáze tvorenia ega, je už od čias Bálinta (1970) dôležitým východiskovým bodom prežívania, skúseností a učenia sa v zmysle nových funkcií ega podstatným aspektom psychoanalýzy



ťažkých porúch osobnosti. Je zjavné, že Leunerom vytvorené katatýmne živé obrazy ponúkajú prostredníctvom imaginácii vynikajúcu šancu vytvoriť, vyskúšať a nacvičiť nové skúsenosti a vzorce vzťahov. Som preto presvedčený, že by sa mal prikladať osobitný význam klarifikácii a spracovaniu týchto nových terapeutických funkcií katatýmnych obrazov (...) Psychoanalytici sú ešte aj v súčasnosti iritovaní, ak sú pri práci s ego-štrukturálne narušenými pacientami postavení pred klinickú nevyhnutnosť priamo ovplyvňovať ego-funkcie pacientov namiesto ich zvyčajnej interpretácie. Platí to najmä vtedy, keď má toto priame ovplyvňovanie charakter vôľového prehovoru („deklarácia“), ktoré zapríčini určité konanie alebo správanie pacienta (...) Pre psychoanalytikov sú katatýmne imaginácie osobitne zaujímavé, pretože poskytujú priestor na rozvoj aj pre aktivity pacienta, aj pre riadené aktivity terapeuta“ (Fürstenau 1990, s.32 f.).

V nasledujúcom texte sa chcem špeciálne venovať faktoru, ktorý je podľa môjho chápania základným pilierom katatýmne imaginatívnej psychoterapie - **symbolizácii** a jej významu v terapeutickom vzťahu. Skúsenosti s terapiou pacientov s ťažkými poruchami ukazujú, že „symbol“ a „vzťah“ treba chápať veľmi odlišne v závislosti od zrelosti alebo nezrelosti osobnosti. Inak vyjadrené: **každá psychoterapia sa musí snažiť prispôbiť každému pacientovi podľa jeho aktuálnej úrovne schopnosti symbolizácie a jeho špecifických vzťahových možností (to zahŕňa proces prenosu aj obranné mechanizmy)**. Toto „prispôsobenie“ terapeutických techník na štrukturálnu a funkčnú úroveň každého pacienta je nevyhnutné, ak pacient nemá byť preťažený, ale ani podhodnotený. Alebo ešte raz inak: **dôležitým cieľom každej hlbinej psychoterapie je dozrievanie schopnosti symbolizácie a vzťahových možností pacienta**.

### **Práca so symbolmi ako zvláštnosť (charakteristika) katatýmne imaginatívnej psychoterapie**

Leuner vo svojej učebnici KIP (1994) predstavuje 2 roviny práce so symbolmi -imagináciami alebo dennými snami, ktoré vedú k syntéze porozumenia snov a symbolov Freuda (napríklad 1900, 1916/1917, 1933) s Jungom (napr.1948, 1968). Jedná sa pritom o **retrospektívne** porozumenie symbolov na jednej strane a na **prospektívne**, na zdroje orientované porozumenia symbolom na strane druhej. V jeho troch „dimenziách“ (práca na konflikte, regresia v službe Ja, stimulácia kreativity) spája Leuner oba prístupy dohromady. Aj chápanie symbolov zavedených Jungom (1935, 1948, 1968) na **objektovej úrovni** (symboly zodpovedajú objektom

osobnej histórie), na **subjektovej úrovni** (symboly zodpovedajú Ja-častiam snívajúceho), na **archetypálnej úrovni** (tvorenie symbolov zodpovedá nevedomému, celému ľudstvu, spoločnej konfigurácii kolektívneho nevedomia, napríklad veľká matka (die grosse Mutter), starý mudrc alebo animus a anima) našlo svoje uplatnenie pri práci so symbolmi v rámci KIP. Archetypálna rovina však má v technickom repertoári KIP, podobne, ako „amplifikácia“, obohatenie terapeutického dialógu s empirickými poznatkami terapeuta, výrazne nižšie postavenie ako v analytickej psychológii podľa Junga.

V KIP má preto dominantné postavenie **prenosová rovina**, úzko prepojená s protiprenosovou rovinou. Inými slovami: symbolizácia býva v súčasnosti chápaná v rámci vzťahových udalostí; **každý symbol má svoju komunikatívnu funkciu v rámci vedomého a ešte viac nevedomého vnútorného alebo vonkajšieho objektového vzťahu**. V nasledujúcej časti sa pokúsím o vysvetlenie vzniku symbolizácie.

**Pokiaľ ide o techniku terapie, najdôležitejším sa mi zdá spojenie medzi prenosom a imagináciou.**

Vo svojom „Výklade snov“ (1900) chápal Freud pod pojmom „symbolizácia“ ešte špecifický obranný mechanizmus, ktorý mal rovnako ako zhustenie a presun pomôcť skresliť latentné snové myšlienky. Toto podľa Freuda zodpovedalo zakázaným a potlačeným detským túžbam, ktoré chceli byť uspokojené. Predstave, že každá symbolizácia v sne má plniť obrannú funkciu a teda musí byť orientovaná retrospektívne smerom k minulosti, odporoval najmä Jung (1948). Pre Junga stáli v popredí perspektívne aspekty snov a symbolickej reči, ktoré tvorili **premost'ovaciú funkciu medzi nevedomým, celostne koncipovaným „Self“ a vedomým, navonok prejavovaným žijúcim „Ja“**. Reč symbolov je pre Junga komunikačnou cestou medzi „Self“ a „Ja“. Z toho vyplýva, že snívanie (a podľa vyššie uvedeného legítimného paralelného nastavenia: imaginovanie) samo o sebe je vždy aj prospektívne, orientované na budúcnosť, je nápomocné pri riešení problémov, a zlepšuje sa v ňom komunikácia medzi nevedomým „Self“ a vedomým „Ja“. Tento pôvodný Jungov názor je ohromujúco podporovaný moderným výskumom snov. Neurofyziologické výskumy (napr. Palombo 1994) viedli k predstavám „funkcie riešenia“ u snov, v ktorých sa obsahy rôznych pamäťových úložísk navzájom zhodovali a tvorili tak najvhodnejšie riešenia vedomého prežívania. Tým, že Jung (1948, 1968) zdôrazňoval prenos a funkciu výkladu snov v analýze, je aj v súčasnosti považovaný za veľmi „moderného“ vedca zaoberajúceho sa snami, aj napriek tomu, že jeho myšlienky o snoch a ich funkcii, boli svojho času vo vedeckom svete často odmietané ako špekulácie.

V ostatných desaťročiach sa však výrazne zmenilo aj freudiánske psychoanalytické chápanie snov. Ako poukazuje Mertens (1999), podľa moderných psychoanalytických názorov sa presunutie považuje iba za obranný mechanizmus, zatiaľ čo zhustenie sa považuje za univerzálny konštruktívny proces pri vytváraní obrazovo-symbolických predstáv (nočné sny a imaginácie). Takéto vnútorné obrazy možno vidieť v kontexte vyššie spomenutých vývinových procesov symbolizácie, ktoré sú novo kódované včasnými senzomotorickými a preverbálnymi skúsenosťami. Tvorba symbolov sa tak stáva základným prvkom všetkého myslenia a duševných zážitkov približne po dosiahnutí veku 18.mesiakov.

Funkcia symbolov súvisí s biologicko-fyziologickým dozrievaním mozgu. Pred ich nadobudnutím (medzi 12.a 18.mesiacom) je myslenie „prevažne viazané na činnosť a vnímanie, je senzomotorické, nie symbolické“ (Dornes 1997, s.47). Podľa Piageta označuje symbolická funkcia prechod od senzomotorického k názornému myslieniu. Predpokladom pre to, je určitá zrelosť mozgu: dieťa už musí disponovať evokatívnou pamäťou, nie iba pamäťou opätovného rozpoznávania, ktorou disponujú veľmi malé dojčatá. Evokatívna pamäť umožňuje dojčaťu fantazírovať o matke (reprezentant matky alebo matka-imago, upokojujúca, starajúca sa matka) aj v jej neprítomnosti a tým zásobiť jeho vnútorné obrazy „významom“, inými slovami urobiť z nich „nápomocné“ symboly.

Aj keď podľa názoru väčšiny výskumných pracovníkov (cit.podľa Dornesa 1997) sa môže predpokladať, že u detí od 18.mesiakov už môžu „vyvolateľné“ (evokujúce) vnútorné obrazy, imaginácie, obrazové fantázie ustúpiť, a tým môžu urobiť krok späť na svojej ceste od senzomotorického k duševnému (symbolickému) prežívaniu a spracovaniu, ostávajú nové obrazové predstavy (reprezentanti), ktoré tvoria substrát vedomých a nevedomých fantázií pravdepodobne ešte stále predmetom dlhého procesu zmien až do vyvinutia zrelej schopnosti tvorby symbolov alebo schopnosti imaginácie.

Podľa Segalovej (1996) môžu byť nezrelé symboly označené ako „**symbolické identifikácie**“. Ide pri tom síce o obrazové predstavy, tieto však nemajú žiadny skutočný symbolický obsah. Nič nezakrývajú, nič nereprezentujú, všetky obrazy sú presne také isté ako vonkajšia realita. Imaginácie na úrovni symbolických identifikácií sú zvyčajne sprevádzané strachom, často so strachom zo zahubenia, zo smrti, ktorý podľa kleiniánskej teórie zodpovedá **parano-idno-schizoidným stavom**. Zrelé symboly sú podľa Segalovej označené ako „**symbolické reprezentanty**“. Takéto obrazy sú mnohoznačné, zakrývajú a odhaľujú súčasne, sú viacnásobne determinované, môžu byť preložené a interpretované, „pretože za nimi môže byť niečo iné“. Takéto symboly „chránia“ pacienta, zmiernujú úzkosť a pôsobia upokojujúco. Takto

rozvinutá symbolická funkcia hovorí podľa kleiniánskej teórie o **depresívnom stave** prežívania.

Toľkoto v rámci stručného predstavenia vývinu symbolických funkcií a schopnosti zrelého používania symbolov. **Schopnosť človeka mať vzťahy je veľmi úzko spätá so schopnosťou symbolizácie.**

Toto neoddeliteľné prelínanie tvorenia symbolov a vzťahov je mimoriadne zrozumiteľne znázornené v nasledujúcich troch teoretických modeloch. Podrobne ide o koncept **mentalizácie** a jemnocitnosti, o koncept **container-containing** a koncept **potenciálneho priestoru**.

### **Koncept mentalizácie a jemnocitnosti**

Moderný výskum o vzťahovej väzbe, ktorý má najdôležitejšie korene v psychoanalýze (Bowlby 1975) významne prispel k rozvoju teórií o dozrievaní schopnosti symbolizácie (aj keď občas došlo k prudkým „táborovým bojom“). Londýnska vedecká skupina pod vedením Petra Fonagyho (Fonagy a kol.1991, Fonagy 1998, Fonagy a kol.2004) systematicky skúmala vývin ľudskej schopnosti vcítiť sa do druhých, rozpoznať ich „stavy mysle“ (Teória mysle) a umožniť jej konať prostredníctvom vlastných impulzov. To isté platí pre empatiu voči vlastnému Self. Vývin podľa Fonagyho (2004) prebieha od nezrelého predštádia (modus rovnocennosti, „ako-keby“ modus, teologický modus) k zrelej mentalizácii (modus mentalizácie alebo aj „reflexívny modus“). V moduse psychickej rovnocennosti je „vnútorné“ a „vonkajšie“ prežívané rovnako. To, čo sa javí ako realita vnútri, býva rovnako prežívané aj na úrovni vonkajšej reality. Myslenie je potom konkrétne, všetko je tým, čo to je. Tento opis silne pripomína „symbolickú rovnicu (vyrovnanie)“ Hany Segal (1996). V „ako-keby“ moduse je niečo „predstierané“ aj v prenosovom vzťahu s terapeutom. V porovnaní s modusom rovnocennosti je tu však badateľný pokrok: role môžu byť prijaté a „predstierané“ (pretend-mode), strachy z ranného detstva ustupujú. V „mentalizujúcom“ alebo „reflexívnom“ mode môže Self „premýšľať“ o sebe a ostatných.

Fonagy ukazuje, ako sa **vyvíja „reprezentatívny duch“**. Teória mentalizácie mení naše chápanie containmentu, takže môže vysvetliť, ako sa **vytvárajú stabilné reprezentanty**. „Psychoanalytické teórie tradične vychádzajú z toho, že dieťa si internalizuje obraz matky, ktorá je schopná emočnej kontroly. Pri primeranej kapacite matky nadobudne dieťa vlastnú štruktúru, ktorá mu pomáha zvládnuť konflikty a utrpenie (Fonagy 1998, s.366)“. To by sa azda blížilo Bionovej predstave o dôležitej funkcii containera. „Naša perspektíva je trochu iná. Dieťa v správaní matky nevníma iba jej reflexivitu, ktorú posudzuje, aby dokázalo obhá-

jiť jej správanie, ale ešte predtým vníma v postoji matky obraz **seba samého ako mentalizujúce, želajúce a veriace Self**. Dieťa vidí, že matka ho reprezentuje ako intencionálnu bytosť. Metakognitívna reprezentácia je internalizovaná a vytvára Self (Fonagy 1998, s.366). Metakognitívna skúsenosť dieťaťa, že jeho matka disponuje primeraným obrazom jeho Self a internalizácia jeho zážitku zanecháva uňho obraz s úplne novými schopnosťami. Tento nový obraz (nový reprezentant) ide nad rámec predchádzajúcej skúsenosti, nad rámec jednoduchého zobrazení vonkajšej reality a o vyrovnaní vnútornej citlivosti a vonkajšej reality v zmysle Segalovej symbolickej rovnice (vyrovnania) (1996). Tento nový obraz umožňuje premýšľanie o sebe a o druhých, reflexiu („thinking about thinking - myslenie o myslení“). Ide o **reprezentáciu vlastnej reprezentácie v „jemnocitnej matke“** (Ainsworth 1977), o „zrelý symbol“. Skrátene a sloganovo môžeme povedať: **„Symbol je reprezentácia reprezentácie“**.

Ten, kto nedokáže mentalizovať zrelým spôsobom, ten sa nemôže „hrať“ s realitou. Taký človek určite nedokáže rozlišovať medzi vnútornou a vonkajšou realitou. Schopnosť empatie je uňho nepredstaviteľná. **Popísaná konštelácia je charakteristická pre štrukturálne nedostatky prežívania a poruchy správania u ľudí s hraničnou poruchou osobnosti.**

Podľa môjho názoru je koncept jemnocitnosti veľmi podobný Sternovemu konceptu (1985) „**affect attunement**“ (koncept naladenia afektov). Pri naladení afektov, emočnom naladení medzi matkou a dieťaťom, ide o podporu „verbalizácie“ neverbálnych, napríklad obrazových imaginatívnych pokusov vyjadriť afekty a dostať na ne odpoveď.

### **Koncept container – containing**

Pri práci s pacientami s ego-štrukturálnymi poruchami sa terapeut nemôže vyhnúť pravidelne projikovanému tlaku, ktorý u pacienta vzniká použitím jeho archaických obranných mechanizmov (predovšetkým projektívnej identifikácie). Terapeut musí prijať to, čo je odštiepené, to, čo pacient nevie držať v sebe; musí v sebe uchovať afekty, fantázie, projikované predstavy pacienta, musí ich containovať. Predpokladom preto je značná rezistencia terapeuta: to, čo v sebe uchoval, to, čo containoval, musí ďalej spracovať, musí to „detoxikovať“, a v určitom okamihu to dať pacientovi v „stráviteľnej“ forme, ktorá je preňho prijateľná (Ogden 1979). Tento model container – containing sa vracia k Bionovi (1962, 1970), ktorý prebral myšlienky Melanie Kleinovej (1946) o najrannejších vývinových fázach a najrannejšom vzťahu matky a dieťaťa. **Kým Kleinová chápala projektívnu identifikáciu ako najdôležitejší mechanizmus na uvoľnenie Psyché (chcieť sa zbaviť) a na spracova-**

## **nie agresívnych impulzov vznikajúcich z hybnej sily smrti, Bion z toho vytvoril čosi iné: teóriu myslenia, snov a symbolizácie.**

„Nezrelý“ duševný materiál, Bionom nazývaný Beta-elementy je možné ďalej spracovávať iba pod vplyvom tzv. alfa-funkcie matky. „Beta elementy nie sú použiteľné pre snové myšlienky, ale dajú sa použiť na projektívnu identifikáciu. Ovpływujú tendenciu agovať. Sú to objekty, ktoré sú vytlačené (...). Ak pacient nedokáže premeniť svoje emocionálne zážitky na alfa-elementy, nedokáže snívať“ (Bion 1962, 1990, s.53). Bion tu opisuje jednu z ťažkostí pri práci s ťažko narušenými pacientmi - tendenciu agovať. Na tomto mieste je dôležité objasniť ďalší význam anglického slova „to contain“: „držať v šachu nepriateľa v určitej oblasti eventuálne prostredníctvom útoku alebo hrozby „Funkciu containmentu používam s vojenskou dôslednosťou: je to ozbrojená sila, ktorá zastaví inú (Bion 1970). Bion teda chápe container ako niečo dynamické, čo je výsledkom neustáleho boja medzi duševným prežívaním parano- idno-schizoidného a depresívneho rozpoloženia. S týmto dynamickým porozumením sa dá Bionov „containing“ odlíšiť od Winnicottovho (1969) „holding“. „Termín container- containing zahŕňa na rozdiel od termínu „holding“ aktívny mentálny proces, zmenu, transformáciu, ako hovorí Bion, a vyžaduje špecifickú mentálnu aktivitu, ktorej produktom je vytváranie významov a interpretácií.“ (Lazar 1993, s.70). Podľa môjho názoru sa pojem „container- containing“ vzťahuje k pojmu „holding“ podobne ako „jemnocitnosť“ k „empatii“ (pozri predch. odstavec). Rozdiel je vždy mentálna aktivita príjemcu, „transformácia“ alebo „dávanie zmyslu“. Toto je najdôležitejší proces pri vytváraní užitočných symbolov.

Najdôležitejšími funkciami containeru pri práci s pacientami s ťažkými poruchami by teda mali byť **rámčové funkcie** a **dávanie významov**. Pacienti v regresii sa prostredníctvom spor- ného znázornenia rámca cítia „držaní“, chránení pred vlastnou deštruktivitou, zbavení strachu, potvrdení pri hľadaní hraníc na zaistenie svojej vlastnej aktivity. Vznik „významov“ Je iným výrazom pre vznik „zrelých“ symbolov v zmysle symbolickej reprezentácie (Segal 1996). Podľa Dornesa (1998) možno Bionov pojem „Containment“ považovať za klinicko- metaforickú analógiu ku konceptu jemnocitnosti výskumu vzťahovej väzby. „Pod pojmom Containment podľa Kleinovej-Bionsovej chápania psychoanalýzy rozumieme schopnosť matky nielen rozumieť, ale aj odpovedať afektom dieťaťa (najmä tým negatívnym), ale vo svojej odpovedi ich tak zmeniť, že sa stanú pre dieťa znesiteľnejšími. Containment je teda forma regulovania negatívnych afektov, ktoré sa prevzaté od matky, postupne internalizujú. Containment je proces, v ktorom matka dieťaťu signalizuje, že rozumie jeho afektom, prijíma ich a modifikuje. Jemnocitné matky by mali nielen zrkadliť afekty svojich detí, ale zrkadlením tiež signalizovať, že tieto afekty menia.

## Koncept potenciálneho priestoru

Jednou z najdôležitejších teoretických novínok, za ktoré vd'acíme Winnicotovi, je koncept „prechodného priestoru“, ktorý sa za určitých priaznivých podmienok môže stať „priestorom možností“. Neskôr tento koncept rozšíril Ogden (1997) a novo ho formuloval ako „potenciálny priestor“. Je to virtuálna miestnosť (priestor) s nekonečným počtom možností; dá sa použiť ako hrací priestor, priestor pre fantáziu, priestor, priestor kreativity, priestor imaginácie.... Ak pracujeme v terapii s imagináciami, najlepšie sa hodí termín „imaginatívny priestor“ (Schnell 1997, 2000, 2001). Na jednej strane pacienti s ťažkými poruchami osobnosti na základe porúch identity a empatie potrebujú v terapeutovi osobu, ktorá im „vždy znovu „povie, kto sú“. Na druhej strane musia hľadanie svojho skutočného Selbst realizovať aj sami a síce v potenciálnom priestore psychoterapie. S nenápadným sprievodom „jemnocitného“ terapeuta tu môžu tak často, ako potrebujú, skúšať, kým sú, prípadne kým sa chcú stať.

Základný predpoklad pre to, aby sa terapeutický priestor stal prostredníctvom settingu potenciálnym priestorom, je dosiahnutie „tretej pozície“. Tým je myslená schopnosť pozorovať sa „zvonka“, to znamená disponovať schopnosťou „thinking about thinking“- „myslieť o myslení“. **Tým je zrejmé, že koncepty mentalizácie, containingu a potenciálneho priestoru sú spolu neoddeliteľne spojené. Ovplyvňujú sa navzájom v zmysle kruhového procesu alebo inými slovami: v zmysle hermeneutického špirálového pohybu.** Až keď pacient disponuje medzipriestorom, ktorý sa stáva potenciálnym priestorom (Ogden 1997), môže jasne rozlišovať medzi „states of mind“, teda stavmi mysle. Na druhej strane je rovnako dôležité, že potenciálny priestor sa môže rozvinúť až vtedy, keď bude k dispozícii mentalizujúci spôsob duševnej činnosti. Toto je zase možné nadobudnúť iba vtedy, ak sa zažilo dostatok containingu - zjavná je vzájomná závislosť konceptov.

Na začiatku terapie musia obaja, pacient aj terapeut vydržať, že sa možno objavia deficity vo všetkých troch vývinových oblastiach: Vtedy prichádza na rad terapia s imagináciami, v ktorej sa podporuje „**dozrievanie**“. Čím závažnejšia je ego-štrukturálna porucha, tým menej pravdepodobné je, že sa „symbolickej funkcii“ podarí vytvoriť reprezentanty, usporiadať ich, integrovať a poskytovať ochranu a útechu. Aby mohlo v rámci imaginatívnej terapie dôjsť k „dozrievaniu“ tvorenia reprezentantov, musí sa na to ísť opačným spôsobom: **pod ochranou pozitívneho prenosového vzťahu sú ponúkané obrazy, motívy a imaginácie a dá sa očakávať, že sa začnú mobilizovať prudké afekty, ktoré môžu byť v potenciálnom priestore využité na nacvičenie nových možností.** Čím bezmocnejší a regredujúcejší je spočiatku pacient pri prežívaní týchto procesov, tým viac musí byť terapeut poruke. Vo Winnicottovej

(1969) terminológii: terapeut tam musí byť ako matka, držať pacienta („Holding“); musí zaobchádzať s pacientom a nechať zaobchádzať so sebou („Handling“); a musí byť k dispozícii ako živý, odpovedajúci prot’ajšok („Object Presenting“).

**Dôležité je premyslene zaobchádzať s prenosom vzťahujúcim sa na terapeuta a terapeutovým protiprenosom (Ermann 2004). Najdôležitejším aspektom „protiprenosovej práce“ je prepojenie prenosu a imaginácie. Pritom nejde o prepracovanie symbolických tvarov, ale o reálnu možnosť získania skúseností v oblasti možností pod ochranou terapeuta, prípadne pod ochranou terapeuta, resp. terapeutického vzťahu.**

### **Prospektívny význam symbolov a poznatky moderných neurovied**

Ako bolo už viackrát spomenuté, prospektívne, na budúcnosť zamerané, na riešenie a na zdroje orientované porozumenie symbolov, siaha až k C. G. Jungovi (1948, 1968). French (1954) a neskôr French a Fromm (1964) preukázali na základe série snov a z nich vyplývajúcich tzv. fokusových konfliktov, že konfliktné situácie z minulosti zastúpené v nevedomí sa vo sne neustále kontrolujú, či neponúkajú **možné riešenia aktuálnych nevyriešených konfliktov**. Tento názor potvrdili aj Greenberg a Pearlman (1975, 1978), ako aj Palombo (1978, 1982, 1994), keď poukázali na to, že počas stavu snívania sa prenášajú informácie z krátkodobej pamäti do dlhodobej. Snívanie slúži na to, aby sa pomocou **stratégií riešenia** uložených v dlhodobej pamäti interpretovali problémy, nedostatočne spracované cez deň a aby sa integrovali v dlhodobej pamäti. Možno predpokladať, že takýto pohľad môže ponúkať aj vysvetlenie terapeutickej účinnosti imaginácií: v stave uvoľnenia, v hypnoide sa môžu vytvoriť nové väzby medzi informáciami. Vďaka tomu je možné predstaviť si nové riešenia, ktoré je tiež možné vyskúšať na symbolickej rovine denného sna v zmysle „skúšobnej akcie“ a preskúmať ich možný afektívny význam.

Ďalší aspekt porozumenia sna ako procesu spracovania informácií je **zhustenie informácií**. Existujú neurofyziologické nálezy, ktoré poukazujú na to, že mozog by bol príliš malý na ukladanie všetkých prijatých informácií, keby nedošlo k zhusteniu informácií. Toto zhustenie je neurofyziologicky (t.j. elektronicky) konceptualizované modernými výskumami snov v zmysle analógie mozgu a počítača. Zodpovedá to však Freudom popísanému psychologickému výkonu zhustenia, ako integrálnej súčasť tzv. „práce snov“ (Freud 1900). Aj tu ide o porozumenie symbolov v imaginácii, ktoré integruje psychologické poznatky (napr. „Princíp



viacnásobného určovania symbolov“, Jung 1948,1968 ) s poznatkami kognitívnej psychológie a neurovied.

Väčšina moderných vedcov zaoberajúcimi sa snami, zdôrazňuje funkciu riešenia problémov pri snívaní. Myslenie v sne, podľa Biona (1962) „nevedomé rozmýšľanie o sebe samom“, je zreteľne kreatívnejšie, nezaujatejšie a všestrannejšie ako myslenie počas bdenia. „**Metóda rozpoznávania vzorov**“, ktorú opísal Palombo (1994), uskutočnenie porovnania určitých informácií ich prekrytím inými informačnými matricami, sumarizuje túto kapacitu spracovania informácií nevedomia v oblasti modernej komunikačnej vedy.

Takéto chápanie nevedomých procesov v sne a v imaginácii núti k **revízii Freudových predstáv o primárnom procese** (Freud 1900), ako to požadujú aj Noy (1969) a Salvisberg (1993): Primárny proces nemôže byť v žiadnom prípade chápaný iba ako regresívny dej, ktorý by mal byť čím skôr oddelený od sekundárneho procesu. Naopak: bez prístupu k primárnym procesom, napríklad v rámci katatýmnych imaginácií, by sme nemali prístup k tým štruktúram vedomia, ktoré sú neporovnateľne schopnejšie, komplexnejšie, rýchlejšie a inteligentnejšie ako tie v našom vedomom myslení.

Fascinujúce sú nové poznatky neurovied, neurobiológie a neurofyziológie. Pomocou počítačových zobrazovacích metód sa podarilo dokázať, že prostredníctvom neurofyziologickej aktivity snívania sa môžu trvalo vytvárať nové **synaptické spojenia** v mozgu (najmä medzi subkortikálnymi jadrami, hippocampom, štruktúrami limbického systému a dlhšími dráhami). Skutočnosť, že vývoj takýchto nových sietí alebo dokonca nových neurónových štruktúr vyžaduje veľa času, vysvetľuje prekvapivým novým spôsobom, prečo psychoterapia (so snami a imagináciami) nevyhnutne vyžaduje **dlhú fázu spracovania**.

Nejde teda iba o psychologické konsolidovanie novo naučených kognitívnych a afektívnych poznatkov, ale aj o ich neuroanatomicko-fyziologické zakorenenie.

Na záver by som ešte raz chcel zhrnúť tému tejto práce a načrtnúť hlbinné psychologické základy KIP.

### **Čo robí z KIP efektívny hlbinný psychologický postup?**

Najskôr by som ešte raz chcel vymenovať tie znaky, ktoré, ktoré robia katatýmne imaginatívnu psychoterapiu efektívnou hlbinnou psychologickou metódou psychoterapie. Pritom chcem tiež ukázať výhody KIP oproti výlučne verbálne vedeným psychodynamickým terapiám pri terapii pacientov s ťažkými poruchami osobnosti.

1. Použitie imaginácií pri efektívnej „symbolickej funkcii“ umožňuje oveľa precíznejšie **radenie terapeuticko-regresívnych procesov**, ako je to v prípade výlučne verbálnych metód psychodynamickej psychoterapie
2. To **obmedzuje rozvoj regresívnej prenosovej neurózy**.
3. Použitím imaginácií sa **zhušťuje terapeutický proces**. Niektoré imaginatívne motívy pomáhajú pri permanentnom **fokusovaní** na významné **patogénne neurotické konflikty**.
4. Symbolický jazyk denného sna otvára prístup k novým **zdrojom**, k nezažitým a nepoznaným možnostiam duševného života. Významné je tu predovšetkým **prospektívne chápanie symbolov**.
5. Imaginovanie podobne ako snívanie umožňuje **nevedomé premýšľanie** o sebe samom. Tým sa vyjadrujú vnútorné objektové vzťahy v regresívne sprostredkovanom obrazovom jazyku a v rámci prenosového vzťahu sú komunikované terapeutovi.
6. Terapeut má k dispozícii **širokú paletu terapeutických intervencií**, od interpretácie nevedomých súvislostí až po prevažne podporné techniky („princíp odpovede“, pomocná-ja-funkcia a iné).
7. V Bionovom (1962) a Segalovej (1996) ponímaní umožňuje práca na symbolickej rovine pri neuroticky štruktúrovaných pacientoch „**hľadanie nevedomého významu**“, u ego-štruktúrne narušených pacientoch „**vytváranie významu**“ prostredníctvom podpory zrenia deficitných symbolických procesov.
8. V rámci **hlbinného hermeneutického kruhu** spolupôsobia v KIP terapeutické koncepty mentalizácie, container - containing a potenciálneho priestoru (rozvíjanie fantázie a kreativity).
9. Rovnako ako v psychoanalytickej terapii sa venuje stála pozornosť **prenosu a protiprenosu**, a ak je to potrebné, tieto sa tematizujú. Často vznášaná námietka, že terapeut s návrhom imaginovať nastavuje nejaký „parameter“ (Eissler 1953), ignoruje terapeutickú realitu psychoanalýzy, rovnako, ako akúkoľvek inú hlbinnú psychologickú psychoterapiu. Tradičná psychoanalytická práca so snami v žiadnom prípade nie je taká „nezámerná“, ako to vyjadril Freud vo svojom známom výroku (Freud 1937) o „zlate analýzy“ a o „amalgáme psychoterapie“: Freud ani vo svojej vlastnej technike výkladu snov (1900) nepraktikoval ním presadzovanú prácu voľných asociácií, ale použil techniku na tému centrovaných asociácií. Až práca Ermanna (1998) odhaľuje, ako sa dá realizovať Freudova cieľová vízia. Ale aj Ermann (2001) odporúčal pre hlbinné psychologické (psychodynamické) psychoterapie koncepciu práce so snami,

ktorá upozorňuje iba na význam prenosu a protiprenosu; na rozdiel od psychoanalýzy ich však nestavia do centra pozornosti. Katatýmne imaginatívna psychoterapia je veľmi blízka takémuto chápaniu práce so symbolickými výtvormi nevedomia.

KIP ponúka prostredníctvom práce na symbolickej rovine možnosť liečiť hlbinnou psychoterapiou aj tých pacientov, ktorých hlavnou obranou nie je potlačenie, ale štiepenie (hraničné osobnosti). **Podporou procesov symbolizácie sa prekonávajú štiepenia, to, čo k sebe patrí, sa dá dokopy bez toho, aby bola nutná permanentná interpretácia čiastkovo-objektových vzťahov** (W.Dieter 2000). KIP sa teda viac, ako na prenos, (ako napr. na prenos fokusovaná psychoterapia; Clarkin a kol. 2001), orientuje na **zdroje** pacienta. Napriek tomu sa v terapii neustále pracuje na **konfliktných obsahoch** celkom v zmysle vyššie vymenovaných základných požiadaviek hlbinej psychologicky orientovanej psychoterapie.

### **Zhrnutie:**

Poukázali sme na spoločné ideové a liečebné črty psychoanalýzy a hlbinej psychologicky orientovanej psychoterapie. Potom sme pomocou symbolov na kontrolu regresných procesov v psychoterapii exemplárne ukázali, ako a prečo je katatýmne imaginatívna psychoterapia (KIP) hlbinnou psychologickou metódou psychoterapie: fokusovanie na konflikt, zhustenie terapeutického procesu, pozornosť zameraná na prenos, protiprenos, obranu a odpor. Ukazuje sa, že najmä u pacientov s ťažkými poruchami osobnosti nie je vhodná klasická psychoanalýza a že v mnohých prípadoch môže byť práve KIP terapeutickou metódou voľby medzi psychodynamickými postupmi, pretože pomáha zlepšovať schopnosť symbolizovať.

Pre všetky hlbinné psychologické a psychodynamické terapeutické postupy je spoločný hlbinný hermeneutický prístup k duševným procesom a prijatie dynamického nevedomia.

**Kľúčové slová:** katatýmne imaginatívna psychoterapia, hlbinná psychoterapia, psychodynamická psychoterapia, prechodný priestor, symbolizácia, mentalizácia

### **Literatúra:**

**Ainsworth, M. D. S.** (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.): Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: 98 – 107. München: Kindler.

**Allen, J., Fonagy, P.** (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

**Balint, M.** (1970): Trauma und Objektbeziehung. Psyche 24: 306 – 358. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Bion, W. R.** (1962): Lernen durch Erfahrung. Dt. 1990. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bion, W. R.** (1970): Attention and Interpretation. London: Tavistock Publications.
- Bollas, C.** (2001): Freudian intersubjectivity. *Psychoanalytic dialogues* 11: 93 – 106
- Bowlby, J.** (1975): Bindung. München: Kindler.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F.** (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Dieter, W.** (1996): Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen. *Imagination* 1996, Heft 3: 5 – 19. Wien: Facultas.
- Dieter, W.** (1998): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Träumen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. *Imagination* 1998, Heft 3: 36 – 48. Wien: Facultas.
- Dieter, W.** (1999): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. *Imagination* 1999, Heft 3: 72 – 93. Wien: Facultas
- Dieter, W.** (2000): Katathym Imaginative Psychotherapie bei Borderline-Störungen. *Psychotherapeut* 45: 90-98. Heidelberg: Springer
- Dieter, W.** (2012): Wer weiß denn, dass ich im Weltall bin. Die Bedeutung einer impliziten Behandlungstechnik für die KIP bei schwersten und frühesten Störungen der Symbolisierung. In: *Imagination* Heft 1-2, 2012: 84 – 100. Wien: Facultas
- Dieter, J.** (1999): Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die KIP. *Imagination* Heft 2, 1999. Wien: Facultas
- Dieter, J.** (2000): Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Imagination* Heft 1/2000: 5-28. Wien: Facultas
- Dornes, M.** (1997): Die frühe Kindheit. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dornes, M.** (1998): Bindungstheorie und Psychoanalyse: Konvergenzen und Divergenzen. *Psyche* 52: 299 – 348. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M.** (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Eissler, K. R.** (1953): The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1: 104-143.
- Elhardt, S.** (1988): Tiefenpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (Hrsg.) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Ermann, M.** (1998): Träume erzählen und die Übertragung. *Forum Psychoanal* 14: 95-110. Heidelberg: Springer.

- Ermann, M.** (1999): Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann, M.** (2000): 100 Jahre Traumdeutung. Vorlesungsreihe bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2000.
- Ermann, M.** (2001): Praxis der tiefenpsychologischen Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (2004). Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann, M.** (2007): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (2009): Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Stuttgart: Kohlhammer
- Faber, F. R., Haarstrick, R.** (1996): Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien. Neckarsulm: Jungjohann.
- Fonagy, P. et al.** (1991): The capacity for understanding mental states. *Infant Mental Health Journal* 12: 201 - 218.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgecumbe, R.** (1993): The role of mental representation and mental processes in therapeutic action. In: *Psychoanalytic study of the child* 48: 9 – 48
- Fonagy, P. et al.** (1995): Attachment, the reflective self and borderline states. In: Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (Hg.): *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*: 233 – 278. New York: The Analytic Press.
- Fonagy, P.** (1998): Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. *Psyche* 52: 349 -368. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.** (2000): Die Bedeutung der Dyade und Triade für das wachsende Verständnis seelischer Zustände: Klinische Evidenz aus der psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Bürgin, D. (Hrsg.): *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft*. Stuttgart. Schattauer.
- Fonagy, P. et al.** (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- French, Th.** (1954): *The integrative process in dreams*. Chicago: The University of Chicago Press.
- French, Th., Fromm, E.** (1964): *Dream interpretation. A new approach*. New York: Basic Books.
- Freud, S.** (1900): *Die Traumdeutung*. GW 2 / 3. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S.** (1916/17): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW 11. Frankfurt a. M.: Fischer

- Freud, S.** (1933): Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15. Frankfurt: Fischer.
- Fromm, E.** (1980): Märchen, Mythen, Träume. Stuttgart: DVA.
- Fürstenau, P.** (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche* 31: 197 - 207. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fürstenau, P.** (1990): Erweitertes psychoanalytisches Paradigma und Katathymes Bilderleben. In: Wilke, E. und Leuner, H. (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Fürstenau, P.** (1992): *Entwicklungsförderung durch Therapie*. München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P.** (2001): *Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken - Suggestiv intervenieren*. München: Pfeiffer.
- Gill, M. M.** (1954): Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 2: 771-797.
- Gill, M. M.** (1997): *Psychoanalyse im Übergang*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Greenberg, R., Pearlman, C.** (1975): A psychoanalytic-dream continuum: The source and function of dreams. *International review of Psycho-Analysis* 2: 441-448.
- Greenberg, R., Pearlman, C.** (1978): If Freud only knew: A reconsideration of psychoanalytic dream theory. *International review of Psycho-Analysis* 5: 71-75.
- Greenson, R.** (1973): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heigl-Evers, A., Ott, J.** (1996): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. *Psychotherapeut* 41: 77-83. Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, S. O., Schübler, G.** (1999): Wie einheitlich ist die psychodynamisch orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44: 367-373. Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, S. O.** (2000): Psychodynamische Therapie und psychodynamische Verfahren. *Psychotherapeut* 45: 52-54. Heidelberg: Springer.
- Hohage, R.** (1996): *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Jung, C. G.** (1935): *Die Tavistock-Lectures*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Jung, C. G.** (1948): *Vom Wesen der Träume*. Zürich: Rascher.
- Jung, C. G.** (1968): Zugang zum Unbewussten. In: C. G. Jung: *Der Mensch und seine Symbole*. Olten: Walter.
- Kernberg, O. F.** (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. et al.** (1993): *Psychodynamische Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.

- Kernberg, O. F.** (1997): Innere Welt – Äußere Realität. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Klein, M.** (1946): Notes on some schizoid mechanisms. Dt. 1972, in: Das Seelenleben des Kleinkindes. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kottje-Birnbacher, L.** (1993): Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. Prax. Psychother. Psychosom. 38. Heidelberg. Springer.
- Krippner, K.** (2001): Neue Wege in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen mit der KIP. Vortrag auf dem 9. Int. Kongress für KIP in Goldegg
- Lang, O.** (1993): Die Macht des Symbols. In: Leuner, H., Hennig, H., Fikentscher, E. (Hrsg): Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis: 43-49. Stuttgart: Schattauer.
- Lazar, R. A.** (1993): "Container-Contained" und die helfende Beziehung. In: Ermann, M. (Hrsg.): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Leuner, H.** (1954): Kontrolle der Symbolinterpretation im experimentellen Verfahren. Z. Pschoth. Med. Psychol 4.
- Leuner, H.** (1994): Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Bern: Huber.
- Lieberz, K.** (1998): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt: 1909-1912.
- Lorenzer, A.** (2002): Die Sprache, der Sinn, das Unbewusste. Stuttgart: Klett-Cotta
- Luborsky, L.** (1984): Einführung in die analytische Psychotherapie. Dt. 1995. Heidelberg: Springer.
- Meltzer, D.** (1988): Traumleben. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Mertens, W.** (1990/1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bände 1-3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W.** (1999): Traum und Traumdeutung. München: C. H. Beck.
- Mertens, W.** (2009): Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer
- Noy, P.** (1969): A revision of the psychoanalytic theory of the primary process. Int. J. Psycho-Anal. 50: 155 – 178.
- Ogden, Th.** (1979): On projective identification. Int. J. Psycho-Anal. 60: 357 – 373.
- Ogden, Th.** (1997): Über den potentiellen Raum. Forum Psychoanal 13: 1 – 18. Heidelberg: Springer.
- Ogden, Th.** (2001): Analytische Träumerei und Deutung. Dt. 2004. Stuttgart: Thieme
- Palombo, S.** (1978): Dreaming and memory: A new information-processing model. New

York: Basic Books.

**Palombo, S.** (1982): How the dream works: the role of dreaming in the psychotherapeutic process. In: Slipp, E. (Ed.): Curative factors in dynamic therapy: 223-242. New York: McGraw Hill.

**Palombo, S.** (1994): Connectivity and condensation in dreaming. J. Am. Psychoanal. Ass. 75: 1139-1159.

**Piaget, J. und Inhelder, B.** (1966): Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind. Frankfurt a. M., 1978: Suhrkamp.

**Pieringer, W., Fazekas, C.** (2000): Erkenntnismethoden und Krankheits-Gesundheitstheorien. Psychologische Medizin Heft 3/2000: 6-11.

**Reimer, C.** (1996): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.: Psychotherapie. Heidelberg: Springer.

**Rudolf, G., Rüger, U.** (2001): Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Psychotherapeut 46: 216-219. Heidelberg: Springer.

**Rudolf, G.** (2010): Psychodynamische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer

**Salvisberg, H.** (1993): Die zwei Seiten der Wirklichkeit – Wörtliche und symbolische Bedeutung. Imagination 1993, Heft 2: 45 – 59. Wien: Facultas.

**Sandler, J., Sandler, A. M.** (1985): Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwarts-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. Psyche 39: 800-829. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Schnell, M.** (1997): Der imaginative Raum. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hrsg): Imagination in der Psychotherapie: 207 – 215. Bern: Huber.

**Schnell, M.** (2000): **Vom Be-zeichnen zum Be-deuten. Vom Zeichen zum Symbol. In: Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg.): Erfahrung träumend zur Sprache bringen:** 169-183. Bern: Huber.

**Schnell, M.** (2001): Das Geißlein im Uhrenkasten und die Frau im Kleiderschrank. Die Entwicklung des Spielraums und der Dialog mit dem Selbst. Vortrag auf dem 9. Int. Kongress für KIP in Goldegg 2001.

**Segal, H.** (1996): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Steiner, B., Krippner, K.** (2004): Psychotraumatheorie. Stuttgart: Schattauer

**Stern, D.** (1985): Die Lebenserfahrung des Kleinkindes. Dt. 1992. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Tress, W.** (2001): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie heute. Psycho 27: 25-29.

**Wallerstein, R.** (1989): Eine Psychoanalyse – oder viele? Z Psychoanal Theorie u Praxis 4, 1989, 126-153.



- Weiß, H.** (2001): Zur Beziehung zwischen einigen theoretischen Konzepten bei Melanie Klein und Wilfred Bion. *Psyche* 55: 159-180. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wietersheim, J. von et al.** (2000): Die Katathym Imaginative Psychotherapie-Evaluationsstudie. Ergebnisse. Vortrag auf dem Int. Symp. f. Psychotherapie, Halle 2000.
- Will, H.** (2001): Was ist klassische Psychoanalyse? Vom defensiven und polemischen zum historischen Gebrauch. *Psyche* 55: 685-717. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wilke, E.** (1990): Die spezifische Wirkung der KB-Therapie bei psychosomatisch Kranken. In: Wilke, E. und Leuner, H. (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*: 166 – 170. Bern: Huber.
- Wilke, E.** (2001): Die Imagination in der KIP als Brücke zwischen körperlichem Symptom und psychischem Konflikt – Bedeutung und Handhabung. Vortrag auf dem 9. Int. Kongreß für KIP in Goldegg 2001.
- Wilke, E.** (2009): Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.: *Psychotherapie*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Winnicott, D. W.** (1951): *Playing with reality*. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Dt. 1973. Stuttgart: Klett-Cotta
- Winnicott, D. W.** (1969): *Kind, Familie und Umwelt*. München: Reinhardt.
- Winnicott, D. W.** (1973): Objektverwendung und Identifizierung. In: Winnicott, D. W.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W.** (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*: München: Kindler.
- Winnicott, D. W.** (1976): *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*. In: Winnicott, D. W.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.

#### **Informácie o autorovi:**

Dr.med. Wilfried Dieter

Odborný lekár pre psychosomatickú medicínu a psychoterapiu

KIP-terapeut, psychanalytik, párový terapeut

Docent ÓGATAP, AGKB a SAGKB

Annigerstraße 6ú8/7, A-2351 Wiener Neudorf

Preložila

PhDr. Barbara Králiková