

Schechter Mark, Ronningstam Elsa, Herbstam Benjamin et al.

Vydání: Harvard Medical School, 25 Shattuck Street, Boston, MA 02115 USA

Publikováno 24. června 2019

Psychoterapie pacientů se sebevražednými sklony: Integrativní psychodynamický přístup Bostonské studijní skupiny pro sebevraždy

Abstrakt : Psychoterapie pacientů se sebevražednými sklony je ze své podstaty náročná.

Psychodynamická psychoterapie zaměřuje pozornost na vnitřní prožívání pacienta vytvořením terapeutického prostoru pro otevřené zkoumání myšlenek, obav a fantazií, které se objevují v interaktivním dialogu s empatickým terapeutem.

Bostonská skupina pro studium sebevražd (M.S., M.J.G., E.R., B.H.), vyvinula integrativní psychodynamický přístup k psychoterapii sebevražedných pacientů na základě rozsáhlé klinické práce autorů se sebevražednými pacienty (dohromady více než 100 let).

Je v zásadě psychodynamické povahy, s důrazem na terapeutické spojení, nevědomé a implicitní vztahové procesy a sílu terapeutického vztahu usnadňujícího změnu v dlouhodobé explorativní léčbě.

Je však také integrativní, přičemž hojně čerpá z myšlenek a technik popsaných v dialektické behaviorální terapii (DBT), léčbě založené na mentalizaci (MBT), kognitivně-behaviorální terapii (CBT) a také z výzkumů vývojové a sociální psychologie.

Nejedná se o vyčerpávající přehled psychodynamické léčby sebevražedných pacientů, ale spíše o popis integrativního přístupu, který syntetizuje klinické zkušenosti a relevantní teoretické příspěvky z literatury, jež podporují úvahy autorů.

Existuje deset klíčových aspektů této integrativní psychodynamické léčby:

1. Přístup k pacientovi v krizi
2. vzbuzování naděje
3. zaměření na vnitřní afektivní prožívání pacienta
4. pozornost vědomým a nevědomým přesvědčením a fantaziím
5. zlepšování afektivní tolerance
6. rozvoj narativní identity a modifikace vztahových skriptů
7. usnadnění vzniku pacientových skutečných schopností
8. zlepšování pocitu kontinuity a koherence
9. pozornost terapeutickému spojení
10. pozornost k protipřenosu

Jednotlivé prvky léčby se překrývají a nemají na sebe navazovat, ale každý z nich je probírán samostatně jako podstatný aspekt psychoterapeutické práce.

Tento integrativní psychodynamický přístup je užitečnou metodou pro prevenci sebevražd, protože pomáhá vzbudit naději, poskytuje vztahový kontakt a zapojuje pacienta se sebevražednými sklony do procesu, který vede k pozitivní vnitřní změně.

Přínosy psychoterapie přesahují rámec krizové intervence a zahrnují možnost zlepšení tolerance afektů, plnohodnotnější vztahové prožitky, vynoření dříve zapuzených zkušeností a skutečných schopností pro pozitivní změnu narativní identity.

Klíčová slova: psychodynamická psychoterapie, integrativní, sebevražda, terapeutické spojení, protipřenos, naděje

1. Úvod

Psychodynamická psychoterapie se zaměřuje na vnitřní prožívání pacienta a vytváří terapeutický prostor pro otevřené zkoumání jeho myšlenek, obav a fantazií, které se v průběhu terapie objevují prostřednictvím interaktivního dialogu s empatickým terapeutem.

Bostonská studijní skupina pro sebevraždy (M.S., M.J.G., E.R., B.H.) vyvinula integrativní psychodynamický přístup k psychoterapii sebevražedných pacientů na základě rozsáhlé klinické práce autorů se sebevražednými pacienty.

Je v zásadě psychodynamické povahy, s důrazem na terapeutické spojení, nevědomé a implicitní vztahové procesy a sílu terapeutického vztahu usnadňujícího změnu v dlouhodobé explorativní léčbě. Jedná se však také o integrativní přístup, který hojně čerpá z DBT, MBT, CBT a z výzkumů vývojové a sociální psychologie. Autoři identifikovali deset klíčových aspektů svého léčebného přístupu: Přístup k pacientovi v krizi; navození naděje; zaměření na vnitřní afektivní prožívání pacienta; pozornost vědomým a nevědomým přesvědčením a fantaziím; zlepšení afektové tolerance; rozvoj narativní identity a modifikace "vztahových skriptů"; usnadnění vzniku skutečných schopností pacienta, které byly v průběhu vývoje zmařeny; zlepšení pocitu kontinuity a koherence; pozornost terapeutickému spojení a pozornost protipřenosu.

Tyto prvky léčby se vzájemně překrývají a nemají na sebe navazovat. Ve skutečnosti se terapeut a pacient mohou někdy v průběhu léčby věnovat práci ve více oblastech plynule a současně.

Tento článek pojednává o každé z těchto oblastí a na podporu úvah autorů využívá příslušnou literaturu a klinické příklady.

Psychoterapie pacientů se sebevražednými sklony je ze své podstaty nesmírně náročná.

Za prvé, terapeut musí přijmout fakt, že i přes jeho nejlepší snahu neexistuje způsob, jak definitivně ovlivnit výsledek, a pacient může dokonat sebevraždu. Sebevražední pacienti nepředstavitelně trpí a terapeuti jsou zpravidla velmi motivováni pomoci, ale často nemají žádné nástroje, jak utrpení zmírnit (alespoň v bezprostředním horizontu). Beznaděj může být obzvlášť obtížně snesitelná a terapeut se může časem cítit vyčerpaný a začít přistupovat na pacientovo často vyjadřované přesvědčení, že mu už nic nepomůže.

Aby mohl terapeut vzbudit naději, musí mít vlastní plán, jak může psychoterapie pomoci pacientovi ke zlepšení. Doufáme, že tento článek pomůže psychoterapeutům porozumět našemu integrativnímu psychodynamickému přístupu a způsobům, jakými může pacientovi pomoci přejít od sebevražedného zoufalství k životu, který stojí za to žít.

2. Pozadí

Autoři tohoto článku zastupují Boston Suicide Study Group. Všichni jsme psychoanalytici s rozsáhlými zkušenostmi s klinickou prací se sebevražednými pacienty (dohromady více než 100 let) a se zájmem o to, co se lze naučit integrací myšlenek a technik z jiných psychotherapeutických přístupů. Studovali jsme a léčili mnoho psychiatrických pacientů, kteří se prezentovali sebevražednými myšlenkami a plány, mezi nimiž bylo mnoho těch, kteří se vážně pokusili o sebevraždu, a také několik dokonaných sebevražd. Studovali jsme také literaturu o psychoterapii sebevražedných pacientů a o psychodynamické psychoterapii. Tento článek byl napsán se záměrem shrnout to, co jsme určili jako klíčové prvky a úspěšnou léčbu sebevražedných pacientů, to vše podpořeno příslušnou literaturou a klinickými příklady. Nemá být vyčerpávajícím, systematickým přehledem literatury o psychodynamické psychoterapii se sebevražednými pacienty, ale spíše příležitostí, abychom se podělili o náš integrativní psychodynamický přístup.

3. Prvky integrativního psychodynamického přístupu

3.1. Přístup k pacientovi v krizi

Pokud se pacient nachází v akutní sebevražedné krizi, je nezbytné provést důkladné bezpečnostní hodnocení. Terapeut musí posoudit míru bezprostředního rizika a určit, zda jsou k zajištění bezpečnosti pacienta nutná opatření nad rámec psychoterapie (např. pohotovost, psychiatrická hospitalizace atd.).

Z přehledů léčby chronické suicidality založených na důkazech vyplývá, že všechny doporučují jasný rámec léčby a definovanou strategii pro zvládnání suicidálních krizí (tj. krizový plán) [1,2].

Včasně navázání léčebného spojení usnadňuje terapeutův postoj nehodnotícího přijetí a potvrzení pacientovy zkušenosti [3-5].

Pacienti obvykle přicházejí na klinické setkání s pocitem, že se cítí špatně, s pocity studu, tvrdé sebekritiky/sebeobviňování a s pocitem beznaděje a/nebo selhání.

Základem aliance je terapeutova empatická schopnost sdělit pochopení toho, jak jsou pacientova krize a sebevražednost pochopitelné vzhledem k jeho situaci, minulým zkušenostem a současnému vnitřnímu stavu.

Validace pomáhá zmírnit prožitek osamělosti a opuštění, snižuje sebeobviňování a tvrdé sebeútoky a modeluje nadějný postoj ohledně možnosti, že pacientovi lze porozumět a nakonec mu pomoci. Terapeut se zajímá o pacientovy "důvody k životu" [6-8], včetně pacientových důležitých vztahů, jako je rodina (zejména děti), aby zjistil, pro co má pacient pocit, že v životě žije.

Terapeut má jedinečnou možnost vést s pacientem respektující dialog a nemusí nutně přijímat pacientovy automatické obrany jako konečnou odpověď. Není například neobvyklé, že pacienti říkají, že věří, že jejich dětem "bude lépe bez nich", stejně jako popisují sami sebe jako "přítěž" pro své blízké.

Při jemné konfrontaci a zkoumání lze zjistit, že někteří pacienti ve skutečnosti chovají více rozporuplných pocitů a přesvědčení. Jsou ale uzamčeni v těchto vysvětleních, protože je to

chrání před tím, aby nesli bolest svého konfliktu a před skutečnými důsledky, které by jejich sebevražda vyvolala.

Opakovaný dialog s terapeutem, v němž terapeut zkoumá a zpochybňuje pacientova vyjádřená přesvědčení, otevírá možnost jejich modifikace. Zájem terapeuta o to, co si pacient myslí a cítí ohledně sebevraždy a smrti, může být prožíván také jako potvrzení, že pacient stojí za terapeutův zájem a angažovanost. Cílem není snažit se kontrolovat pacientovo přesvědčení, ale spíše umožnit pacientovi, aby prožíval sebevražedné chování jako méně žádoucí, přijatelné a efektivní než alternativu práce na zvládnutí a „řízení“ tísně. To může pomoci vychýlit rovnováhu od sebedestruktivního jednání [8,9].

3.2. Vkládání, vštěpování naděje

Pacienti, kteří se potýkají se zoufalstvím a sebevražedností, často přicházejí na terapeutické setkání s pocitem studu, sklíčenosti a beznaděje. Nemají žádnou "cestovní mapu", jak by se mohli dostat z místa, kde se nyní cítí, k vybudování života, který stojí za to žít.

Terapeut může pomoci poskytnout takovou "cestovní mapu" na základě pochopení přínosů, kterých lze dosáhnout v psychoterapeutickém procesu. Pacient si udržuje naději prostřednictvím terapeutického vztahu, zvládnutí symptomů a potvrzení základní identity [10], a to usnadňuje postupnou změnu pohledu na život a žití.

Snyder [11] popsal, že naděje vyžaduje jak pocit agency (pocit, že člověk má určitou schopnost dosáhnout pozitivní změny), tak i pathways (pocit určitých možných cest, jak se posunout vpřed).

Terapeut si obě tyto složky naděje uchovává a sděluje je pacientovi jak implicitně, tak přímo. To pomáhá pacientovi začít prožívat pocit vlastní aktivity a získat určitý záblesk toho, jak může přežít současné pocity a pokračovat v životě, který stojí za to žít.

K udržení terapeutovy naděje přispívá údaj, že sebevražedné chování je často přechodný jev. Studie zjistily, že naprostá většina lidí, kteří přežijí i ty nejtěžší sebevražedné pokusy, ve skutečnosti nepokračuje v sebevraždě [12,13].

Bylo zjištěno, že psychoterapie snižuje riziko opakovaných sebevražedných pokusů a sebepoškození [14]. Psychoterapie může pomoci podpořit pacienta, který se zapojuje do vnitřního procesu, jenž může postupně vést ke změně perspektivy a větší naději do budoucna.

Jedním z aspektů tohoto procesu je skutečné přijetí aktuálních podmínek, které sebevražednou krizi urychlily. To je důležité zejména u pacientů, kteří se v životě potýkají s drastickými změnami (např. ztrátami, ponížením apod.) nebo dospívají k poznání, že se život nevyvíjí podle očekávání nebo představ.

S tím souvisí i schopnost člověka tolerovat a přijmout ztrátu, smutek a zklamání. To zahrnuje proces smutku a truchlení nad tím, co člověk měl a už nikdy mít nebude, anebo nad tím, co mohlo být, ale nebude.

To vyžaduje zapojení pacientovy schopnosti sebereflexe, která je usnadněna v psychoterapii potvrzením pacientovy bolesti, modelováním reflexe, afektivním zapojením a modulací pacientovy tvrdé sebekritiky/sebeútoků a pocitů selhání.

Postupem času může terapeut podpořit pacienta v tom, aby se odklonil od fixace na to, co je ideální, k uznání možnosti, co může být dost dobré. Na počátku procesu je "dost dobré" často znehodnoceno a zobrazeno jako něco, pro co nemá cenu žít, ale s pokračující reflexí, truchlením a podporou se pacient může naučit, že je možné najít smysl, a dokonce radost ze života s cíli a očekáváními, které se posunuly v souladu s tím, co je možné. To zahrnuje opětovné zapojení do vztahů a větší pocit sounáležitosti.

Mobilizace pacientova smyslu pro vlastní jednání a vnuknutí naděje do budoucna může zároveň vést k jednání ze strany pacienta, které může mít pozitivní dopad na vztahy a okolnosti. To může vytvořit pozitivní smyčku zpětné vazby, která může vést ke skutečným úspěchům přesahujícím to, co si pacient v předchozím stavu beznaděje dokázal představit.

3.3. Zaměření na interní zkušenosti a afekt

Charakteristickým rysem psychodynamické psychoterapie je pozornost věnovaná vnitřnímu prožívání pacienta. Shneidman výstižně popsal sebevraždu jako "kombinovaný pohyb směrem k ukončení a odchodu od nesnesitelného, sebezničujícího a nepřijatelného utrpení" ([15], s. 6).

V literatuře se pro popis tohoto afektivního stavu používá mnoho dalších termínů mnoha různých teoretických směrů, které se snaží zachytit v podstatě stejný prožitek: Různě byl označován jako "zoufalství" [16], "duševní bolest" [17], "psychická bolest" [18], "emoční dysregulace" [3] a "úzkost z vyhlazení" [19].

Hendin a kol. zjistili [16], že terapeuti zaznamenali vyšší počet intenzivních, agonizujících afektivních stavů u pacientů, kteří v průběhu psychoterapie dokonali sebevraždu, ve srovnání s těžce depresivní srovnávací skupinou bez sebevražedného sklonu.

Nejčastěji uváděným afektem bylo zoufalství, definované jako stav úzkosti doprovázený naléhavou potřebou úlevy. Nověji se Galynker [20] zaměřil na "uvěznění", emoční prožitek zoufalství bez vnímaného východiska.

Stav "osamělosti" byl popsán jako nesnesitelný zážitek, který v lidech vyvolává pocit zoufalství a ohrožuje je sebevražedným chováním [21,22]. Joiner a jeho kolegové studovali úzce související prožitek, a to "zmařenou sounáležitost", a zjistili, že je klíčovým faktorem, který umožňuje dokončení sebevraždy [23,24].

Maltsberger [22] popsal osamělost jako "zážitek mimo naději". Tato úzkost je úzkostí z vyhlazení – panikou a hrůzou. Lidé udělají cokoli, aby uniknout z této zkušenosti" (s. 50). Zážitek může působit nadčasově, jako by jednou začal a bude pokračovat napořád, což umocňuje pocit zoufalství.

Samota je kvalitativně odlišná od osamělosti, která je podmíněná a časově omezená. Je to ztráta schopnosti prožívat blízkost a péči druhých, i když jsou přítomni a k dispozici. Tváří v tvář neutuchající, nesnesitelné afektivní zkušenosti se poznávání mění způsobem, který výrazně ztěžuje racionální řešení problémů.

Baumeister [25] popsal, že pacient se sebevražednými sklony přechází do stavu kognitivní "dekonstrukce" (s. 92-93), která se vyznačuje rigiditou, stále konkrétnějším myšlením, zúžením smyslu pro čas na přítomnost a výhradním zaměřením na bezprostřední cíle s nedostatkem integrace a smyslu.

Linehan [3] vyzoroval, že ve stavech těžké emoční dysregulace pacienti často ztrácejí určité schopnosti, které mají v klidnějším stavu mysli. Myšlení se stává mnohem konkrétnějším a zúženým; když pacient nevidí žádnou alternativu, žádný konečný bod nebo možnost útěku, zvyšuje se riziko sebevražedného chování.

Maltsberger [26] popsal traumatický stav dezintegrace, který doprovází sebevražedný stav. Nesnesitelný afektivní prožitek se liší od deprese. U zranitelných pacientů může přijít náhle, jako reakce na stresor, někdy aniž by si pacient spojil stres s reakcí.

Může se také přechodně zmírnit, pokud je pacientovi náhle poskytnuta úleva, například psychiatrickou hospitalizací. Úleva však může být náhle a zdrcujícím způsobem zvrácena, když je pacient při propuštění znovu vystaven zdrcujícím stresorům, což je pravděpodobně hlavním faktorem vysoké míry sebevražd po propuštění [27].

V ideálním případě lze psychoterapeutické úsilí v nemocnici zaměřit na to, aby pacientovi pomohlo předvídat nadcházející krize a řešit je.

Zásadní je vypracovat použitelný a dobře nacvičený krizový plán. Je důležité, aby si terapeut uvědomil, že období bezprostředně po propuštění je pro pacienta velmi rizikové, a aby podle toho zasáhl.

3.4. Pozornost vědomým a nevědomým přesvědčením a představám pacientů

Psychodynamická psychoterapie poskytuje příležitost prozkoumat pacientova vědomá i nevědomá přesvědčení a představy o sebevraždě. Tyto fantazie často nejsou racionální a jsou v rozporu s pacientovou známou realitou.

Myšlenka na sebevraždu může mít velmi rozdílné významy a může být usnadněna nebo zmírněna rozdílnými soubory fantazií. Některé z nich mohou být vědomé a jiné mohou být mimo vědomí.

Tato přesvědčení a fantazie mohou mít široký rozsah a někdy mohou být ve vzájemném rozporu a/nebo v rozporu s realitou. Někteří pacienti věří, že si zaslouží trest; jiní touží po fantazijním shledání se ztracenými rodiči nebo milovanou osobou; někteří mají fantazii, že "uvidí" reakci druhých na sebevraždu, a dokonce že při tom zažijí potěšení, i když racionálně vědí, že tomu tak není.

Někteří prožívají své tělo jako nenávisné a chtějí ho zničit, třeba proto, že je ztotožněno s násilníkem z minulosti (viz [28]). Pacientovy fantazie o sebevraždě a smrti mohou ovlivnit pravděpodobnost sebevražedného jednání.

Vyjádření a zkoumání těchto fantazií umožňuje terapeutický dialog, který dává terapeutovi příležitost s respektem zpochybnit určité automatické předpoklady. Například matka, která uvádí přesvědčení, že jejímu dítěti by bylo lépe bez ní, je ve skutečnosti schopna a ochotna zvážit možnost, že si možná špatně vykládá situaci kvůli své depresi a zoufalství.

Muž, který prožívá osamělost a má představu, že se znovu setká se svou zesnulou ženou v nebi, je možná ochoten zvážit možnost, že sebevražda nemusí znamenat blažené shledání a že existují i jiné důsledky, které si nepřipouští.

Terapeutův zájem o zkoumání pacientových fantazií svědčí o tom, že chce plně porozumět pacientovu prožívání, a může tak posílit pacientův pocit, že na něm záleží. Poskytuje také příležitost k postupné modifikaci těchto přesvědčení v rámci opakujícího se dialogu v průběhu času. Některé sebevražedné úvahy a fantazie mohou být "samospasné". Spíše, než usnadnit jednání mohou tyto myšlenky pomoci uklidnit lidi a pomoci jim regulovat afekt způsobem, který pomáhá vyloučit potřebu jednat v sebevražedném duchu [29].

Často se jedná o pacienty, kterým myšlenka, že by mohli dokonat sebevraždu, posloužila jako psychologické "východisko", které jim dává pocit možného úniku z jejich trápení; dokud se drží sebevraždy jako možnosti, nemusí jednat.

Tento druh sebevražedných úvah je "sebe uklidňujícím" opatřením a pomůckou k narcistické soudržnosti" (s. 612). Pacienti tomuto rozdílu často nerozumějí a sebevražedné uvažování je může velmi trápit, i když pro ně plní důležitou funkci.

Terapeut může pacienta ujistit o roli sebevražedných představ a o tom, že myšlenky se nerovnají činu. Ve skutečnosti je v běžné populaci poměr těch, kteří chovají sebevražedné myšlenky, a těch, kteří se zabijí, více než 200:1 [30].

3.5. Zlepšení tolerance afektů

Zvyšování afektové tolerance je pro psychoterapii pacientů s emoční deregulací klíčové. Afektovou toleranci lze zhruba definovat jako zvýšení schopnosti myslet v přítomnosti silných emocí a snášet pocity, aniž by je člověk musel potlačovat, disociovat nebo jednat impulzivně.

V dialektické behaviorální terapii (DBT) se na zvýšení afektové tolerance zaměřují dovednosti regulace emocí a tolerance stresu [3]. Terapeut může začlenit učení pacienta těmito dovednostem do rámce psychodynamické léčby.

Psychodynamická terapie je pravděpodobně jedinečná tím, že umožňuje pracovat s pacientem na jeho nevědomých obavách a vyhýbání se, které mají hluboký vliv na jeho sebepojetí, přenosy, základní přesvědčení a vztahy.

Pacient si do terapie přináší svůj pocit studu, ponížení a pocity zoufalství. Často se nevědomě obává negativní reakce ze strany terapeuta, která vychází ze šablony minulých vztahů. V ideálním případě mohou tyto pocity díky validaci a podpoře postupně vyhasnout, což pacientovi umožní větší flexibilitu a možnost volby.

Lidé si nejsou vědomi automatických obranných mechanismů vyhýbání se a jsou vysoce motivováni k tomu, aby je nadále používali k odvrácení úzkosti vyvolávající konfliktní myšlenky a pocity.

Takový materiál zůstává mimo vědomí a není možné s ním pracovat v terapii. Když si terapeut jemně všimne vyhýbavých obran (např. "když jsem to řekl, všiml jsem si, že jste odvrátil zrak a začal měnit téma... co se tam dělo?"), dává pacientovi příležitost zvážit, čemu se vyhýbá.

Někdy může terapeut použít explicitní expoziční techniky (např. "Můžete to zkusit říct znovu, a přitom se mi dívat do očí a prostě sedět s tím, co cítíte?"), aby pacientovi usnadnil odhalení skrytých nepříjemných pocitů. S pokračující terapií se potřeba těchto automatických vyhýbavých obran postupně začne snižovat. Vyhasínání studu, strachu, očekávání tvrdých útoků/obviňování atd. umožňuje větší toleranci afektů, zvyšuje pacientovu flexibilitu a svobodu projevu. Tato práce úzce souvisí s prací na narativní identitě (popsanou níže), s propracováním pacientových "vztahových skriptů", které vedly k opakujícím se zážitkům, jež udržují negativní představy/přesvědčení/závěry o sobě samém.

3.6. Narativní identita a "vztahové skripty"

Bylo zjištěno, že vývoj osobních "vyprávění" má zásadní význam pro vytváření a průběžný vývoj identity [31-37] Lidé si vyprávějí příběhy, aby propojili své zkušenosti, dali událostem smysl, vytvořili si pocit kontinuity zkušeností a vyjádřili způsoby, jak se změnili [38].

Tímto způsobem si lidé vytvářejí "životní příběh", který je popisován jako "internalizované" a vyvíjející se vyprávění o sobě samém, které selektivně rekonstruuje minulost a předjímá budoucnost tak, aby poskytovalo životu celkový smysl pro soudržnost a účel" ([36], s. 1372).

Osobní narativy sebepojetí depresivního nebo sebevražedného pacienta jsou obvykle tvrdě sebekritické a negativní (např. "Všechno, o co se snažím, selhává, nikdy se mi nedaří"). Galynker popsal "sebevražedný narativ" jako vyprávění o "přítomnosti, která je tak nesnesitelná, že budoucnost se stává nepředstavitelnou" ([20], s. 31).

Osobní vyprávění jsou ve skutečnosti spoluvytvářena, přičemž posluchač ovlivňuje, zda a jak je příběh vyprávěn, a významy, které z něj lze odvodit [33,39,40]. Sdílení osobních příběhů s ostatními pomáhá vytvářet významy ze zkušeností a zkoušet způsoby porozumění sobě samému. Psychodynamická psychoterapie poskytuje pacientovi příležitost zapojit se do spolupráce s novým "posluchačem", aktivním účastníkem, který se podílí na rozvoji pacientova vyprávění [37].

Terapeut si všímá a přebírá tvrdou sebekritiku a sebepoškozování zakotvené v pacientově příběhu, a tím zahajuje proces jeho modifikace. Pacienti často začínají léčbu s vyprávěním, které "nespojuje" minulé zkušenosti se současným zoufalstvím. Pacient může vyprávět příběh o těžkém zanedbávání a/nebo zneužívání, které zjevně vedlo k problémům se sebeúctou a důvěrou, ale tuto souvislost neuvádí.

Terapeut a pacient společně vedou opakující se dialog, v němž se pacientovo vyprávění přepracovává a spoluvytváří. Ne všichni pacienti přicházejí do léčby se schopností sdílet koherentní vyprávění, zejména v kontextu zanedbávajících a zneužívajících raných zkušeností.

Problémy se mohou vyskytnout na "pre – narativní" a "proto-narativní" úrovni, na níž se vytvářejí mentální obrazy a spojují se s emocemi, které se nakonec stávají stavebními kameny pro vyšší, verbální, narativní konstrukci [41]. Raná traumata a zanedbávání mohou vést k nedostatečnému emočnímu označení mentálních obrazů a neschopnosti rekrutovat tyto obrazy do smysluplných sekvencí, které integrují poznání a emoce. V důsledku toho jsou vyprávění dezorganizovaná, ochuzená a někdy vysloveně nesouvislá a "pro terapeuta je obtížné pochopit pacientův duševní stav" [s. 236].

To vede k problémům se sebe kohezí a regulací emocí. Psychoterapie může pacientovi pomoci propojit emoce, mentální obrazy narativních fragmentů a chování s cílem zvýšit sebe koherenci. Raná vazba a zkušenosti s pečovateli tvoří základ pro rozvoj identity a pocitu sebe sama ve vztahu k ostatním. Kojenec/dítě potřebuje rozpoznávat a označovat duševní a emoční stavy, aby se rozvinula jeho vlastní schopnost rozpoznávat, označovat, a nakonec modulovat emoce [42-44]. To je základem pro rozvoj mentalizace, schopnosti ocenit a reflektovat duševní stavy druhých.

Dítě, které není rozpoznáno a "udržováno v mysli", bude mít problémy se sebezpoznaním na více úrovních a bude náchylnější ke stavům dezorganizace, ohromujícímu afektu a prožitkům osamělosti. Na základě vztahových zkušeností s ranými pečovateli si jedinec vytváří "vnitřní pracovní modely" [45] nebo "implicitní vztahové skripty" [46-48]. Tyto modely určují, jak člověk prožívá sám sebe, a tedy jak jedná ve vztahu k druhým.

Jsou to automatická procedurální vztahová pravidla, podle kterých člověk žije, zpravidla bez vědomí: "Takto mě lidé vnímají, takto si mě druzí cení, nebo necení, takto se mnou obvykle jednají, takto probíhají mé vztahy, takto se děje, když dávám najevo svá přání a potřeby, takový jsem" ([37], s. 29).

Implicitní přesvědčení o sobě samém a vztahové vzorce bývají houževnaté a odolné vůči změně. Studie v sociální psychologii zjistily, že lidé mají tendenci se "sebe ověřovat", vyhledávat a selektivně přijímat zpětnou vazbu, která potvrzuje a posiluje to, jak se již vidí [49-51].

Z analytického hlediska Wachtel [52] popsal, jak lidé aktivně (i když nevědomě) vyvolávají potvrzení svého sebepojetí tím, že jednají způsobem, který má tendenci vyvolávat potvrzující reakce; pacient tak dostává průběžné posilování, které udržuje jeho sebepojetí, i když je tato zkušenost strašně bolestivá.

Terapeut zapojuje pacienta a narušuje pacientovy nevědomé vztahové skripty tím, že se chová jinak, než bylo nevědomě očekáváno, čímž vzniká možnost, že terapeutický vztah může mít potenciál usnadnit změnu. Terapeut se také věnuje nesčetným vztahovým zkušenostem, které nadále posilují a udržují pacientovo sebepojetí a chování. To znamená, že aktivně pomáhá pacientovi vytvářet nové vztahové zkušenosti, které narušují opakované vyvolávání sociální zpětné vazby, jež potvrzuje a udržuje pacientova maladaptivní přesvědčení o sobě samém.

Terapeutova činnost může zahrnovat to, co je tradičně považováno za kognitivně-behaviorální strategie (např. řešení problémů, modelování alternativních způsobů vztahů, expozice, hraní rolí), aby pomohl pacientovi projít dilematickými vztahovými situacemi s co největší šancí na pozitivní a "scénář narušující" zážitky.

Jedná se o opakující se proces, kdy opakované diskrpanční zkušenosti s terapeutem a s ostatními postupně modifikují základní dysfunkční vztahové skripty. To je zvláště důležité při psychoterapii osob náchylných k sebevražedným stavům, u nichž může opakované nevědomé vyvolávání potvrzujících negativních mezilidských zkušeností rychle vést ke zmatku a zoufalství, což zvyšuje pravděpodobnost sebevražedného chování. O tom bude dále pojednáno v následující diskusi o terapeutickém spojení.

3.7. Vznik a rozpoznání skutečných schopností pacienta

Rozpoznání a ocenění vlastních skutečných schopností je vývojový proces, který může být narušen traumatem nebo jinými negativními vývojovými zkušenostmi [37,53]. Loewald [54] popsal význam analytika, který v tomto ohledu drží a sděluje vizi pacienta jako toho, kým je, i jako "více", kterým může být.

Pacienti, kteří jsou náchylní k sebevražedným stavům, mají často úzkost spojenou s pozitivním prožíváním sebe sama, s tvrdými sebe útoky a automatickými vyhýbavými obranami, které jim brání plně přijímat pozitivní vztahové a jiné zkušenosti. Terapeut tím, že si všímá tohoto nevědomého vyhýbání, upozorňuje na tyto obrany, a tím je narušuje způsobem, který dává pacientovi příležitost snášet úzkost a konflikt spojený s plnějším prožíváním sebe sama.

Někdy to může znamenat začlenění formálnější expozice do léčby (např. "Všiml jsem si, že když jste mluvil o jedničce, kterou jste dostal ve třídě, odvrátil jste pohled a začal jste mumlat Co jsi cítil? Možná to můžeš říct znovu, ale zkus se dívat přímo na mě a používat silný hlas. Uvidíme, jestli si dokážeš sednout s pocity, které to v tobě vyvolává."). Postupem času se úzkost začne zmenšovat a pacient se postupně začne cítit příjemněji s úplnějším prožíváním sebe sama.

To vytváří pozitivní zpětnou vazbu, protože pacient také začíná jednat způsobem, který je v souladu s jeho nově vznikající identitou, a tak je pravděpodobnější, že vyvolá potvrzující zpětnou vazbu a bude se jí věnovat [53], což bylo popsáno jako nové vyjednávání o identitě [50].

3.8. Kontinuita a soudržnost

Kontinuita je pocit, že se jedná o stejného člověka se spojenými zkušenostmi v průběhu času; koherence souvisí s propojením zkušeností, rolí a přesvědčení jako součástí integrovaného celku [35]. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti (BPD) jsou popisováni jako zranitelní vůči náhlé ztrátě kontinuity – ztrátě evokační paměti -, která je činí neschopnými vyvolat uklidňující introjekty a akutně zranitelnými vůči prožitkům osamělosti a sebevražedného zoufalství [21].

Maltsberger [27] si "sestup k sebevraždě" představoval jako ohromující, nesnesitelný přívál negativních afektů, který vede k rozpadu sebe koheze, k němuž jsou zvláště zranitelní ti, kdo nemají silnou základnu kontinuity sebe sama. Těžké utrpení se stává nesnesitelným, když člověk ztratí schopnost prožívat spojení s ostatními, což je stav mučivé osamělosti. Ta se

stává ještě hroživější "se ztrátou souvislé nitky bytí, která zmírňuje pocit, že teď je vše, že bolest bude navždy, že není naděje na posun vpřed, protože žádný posun vpřed neexistuje, a že jedinou možností může být sebevražda" ([37], s. 34).

Opakované afektivní dysregulace, změny nálad a psychotické zážitky mohou být samy o sobě prožívány jako traumatické a narušují rozvoj a udržení kontinuity a koherence [19]. To znamená, že terapeut by měl pocit kontinuity a koherence považovat spíše za cíl léčby než za očekávání [37]. Terapeut někdy může být nucen pečlivě pomáhat pacientovi propojovat zážitky navzájem, připomínat mu, že aspekty minulosti nadále ovlivňují přítomnost, a dokonce mu pomáhat propojovat disociované zážitky ze dne na den. Někteří pacienti jsou náchylní k tomu, aby se náhle cítili odloučení, osamělí a zoufalí, bez pocitu, že se mohlo stát něco, co způsobilo změnu jejich duševního stavu, a bezčasého pocitu, že se už nikdy nebudou cítit lépe. V těchto chvílích může terapeut pacientovi pomoci tyto prožitky překonat nějakým kontaktem mezi sezeními (např. telefonem, e-mailem, hlasovou schránkou) a také tím, že mu pomůže propojit pocity s prožitky, aby začal chápat přechodnou zranitelnost vůči těmto disociovaným stavům.

3.9. Pozornost věnovaná terapeutické alianci

Vytvoření a udržení silného terapeutického spojení je základním kamenem psychoterapie u pacientů se sebevražednými sklony, ale je spojeno se značnými problémy (viz [55,56]). Psychoterapie často zahrnuje silné reakce přenosu a protipřenosu, na nichž se podílí jak pacient, tak terapeut. Pacienti často přicházejí na setkání s intenzivními afekty a negativními vztahovými očekáváními.

Negativní terapeutické reakce a krize v léčbě jsou běžné a často vnuknou strach z katastrofických následků. Vypořádání se s těmito vrozenými dilematy je výzvou pro pacienta i terapeuta a je rozhodující pro úspěch terapie [57-59]. Souvisejícím problémem pro terapeuta je potřeba pružně přecházet mezi empatickým nasloucháním a průběžným hodnocením sebevražedného rizika [55,56]. Terapeut přechází mezi vytvářením psychoterapeutického prostoru a objektivním pozorováním pacienta. Když dojde ke změně pacientova emočního stavu nebo míry příbuznosti, terapeut začne hodnotit pacientovo bezpečí, sílu aliance a to, zda je potřeba dalších bezpečnostních intervencí.

Úzkost o pacientovo bezpečí může terapeuta paradoxně odvádět od postoje empatického naladění. Pacienti se sebevražednými sklony mají obvykle tvrdě sebekritický vnitřní narativ a očekávání negativních mezilidských zkušeností, které potvrzují jejich špatný pocit ze sebe sama. V tomto kontextu musí být terapeut aktivně vzdušný a validující, aby dosáhl "funkční neutrality" [60]. Jednou z otázek, na které psychodynamika cílí, je, jak konceptualizovat a zvládat pacientovu agresi a negativní přenos. Například psychoterapie zaměřená na přenos (TFP) upřednostňuje interpretaci agresivních, rozštěpených, neintegrováných částí a považuje to za zásadní prvek již na počátku léčby [61].

Náš přístup upřednostňuje naladění na vnitřní prožívání pacienta (tak, jak je prožívá pacient), což považujeme za zásadní pro posílení aliance a pomoc pacientovi s prožíváním osamělosti. Agresi pojmáme nejčastěji jako sekundární reakci na pacientův vnitřní stav zoufalství. Za užitečnou považujeme metaforu „ je jako člověk, který se topí, nemůže dýchat a zoufale se chytá záchraného člunu, tlačí se kolem a neúmyslně zraní jinou osobu.“

Mohli bychom se chopit agrese jako primární, ale nemáme pocit, že je to nejbližší zkušenosti pacienta, u něhož vybití vycházelo ze zoufalé snaze o to, aby se nadechl a zůstal naživu. To se velmi podobá zoufalému prožívání osamělosti, opuštěnosti a dalších nesnesitelných emočních zážitků u sebevražedného pacienta, které vede k naléhavé potřebě úlevy/úniku. Agresi neignorujeme a podle potřeby se jí věnujeme, abychom zachovali léčbu a rámec. Interpretace negativního přenosu, zejména na počátku léčby, však podle našeho názoru může být prožívána jako odtaziť a kritická, což je v rozporu s naším cílem, kterým je časné naladění a potvrzení. V tomto směru se velmi shodujeme s přístupem v terapii založené na mentalizaci (MBT), která klade důraz na validaci pacientova pocitu přenosu, vyhýbání se genetickým interpretacím, které by mohly být prožívány jako distancující a znehodnocující, zkoumání přenosu, pozorné sledování terapeutova podílu na pacientově prožívání přenosu a společné zkoumání [62].

Síla terapeutické aliance, včetně jejího přerušování a úspěšného obnovení, je rozhodujícím faktorem úspěchu každé psychoterapie (viz [56-58]). Při práci s emočně dysregulovanými pacienty mohou být ruptury v alianci obzvlášť náhlé a závažné – někdy v reakci na něco, co se objeví v terapii, jindy v souvislosti s vnějšími stresory - s rizikem afektivního zmatku a potenciálního sebevražedného chování.

Tyto trhliny mohou být pro terapeuta i pacienta nesmírně těžké, ale pokud se je podaří napravit, vzniká příležitost pro implicitní vztahové učení a růst. V tomto kontextu: ... pacient má možnost zkušenostně zjistit, že starý vztahový vzorec se nemusí opakovat a že terapeutický vztah slibuje vyzkoušení, procvičení, a dokonce upevnění něčeho nového. Pacient má také šanci zjistit, že terapeut i vztah mohou přežít intenzitu pacientova náhlého stažení nebo afektivní bouře.

Tyto momenty jsou zásadní pro postupné budování důvěry, pro upevňování citového pouta mezi pacientem a terapeutem a pro udržování naděje, že vztah může skutečně pomoci ([56], s. 319). Při tomto přepracování scénáře má pacient možnost zažít terapeuta jako pečujícího a sebe jako hodného toho, aby o něj bylo pečováno.

Práce s trhlínami často vyžaduje, aby pacient zažil od terapeuta něco jiného, něco, co přesahuje jeho očekávání. Může to mít podobu sebeodhalení (např. terapeut může přiznat nechápavou reakci a podělit se o to, že mu něco z toho, co pacient řekl, připomnělo znepokojivou zkušenost), akce (např. nechá pacienta zůstat několik minut po uplynutí hodiny, protože je pro něj důležitá asociace s pacientem) nebo jiného spontánního a upřímného způsobu, jak se k pacientovi vztahovat.

Stern a kol. [46] popsali terapeutický význam "momentů setkání", při nichž "terapeut musí použít specifický aspekt své individuality, který nese osobní podpis. Oba se pro tento okamžik setkávají jako osoby relativně nezakryté svými obvyklými terapeutickými rolami" (s. 913).

Linehan [4] použil pro vystižení stejné zkušenosti termín "radikální opravdovost". Hoffman [63], píšící o psychoanalýze, vystihl implicitní význam v tom, že terapeut dělá něco, co je prožíváno jinak v reakci na pacientovu potřebu: Když pacient vycítí, že se analytik tím, že se

stává osobněji expresivním a angažovaným, odchyluje od nějaké internalizované konvence, má pacient důvod cítit se zvláštním způsobem rozpoznán, odchylka, ať už je její obsah jakýkoli a povaha tlaku ze strany pacienta jakákoli, může odrážet emocionální angažovanost analytika, který reaguje jedinečným způsobem na tohoto konkrétního pacienta... v samotné odchylce, bez ohledu na její obsah, je něco, co má terapeutický potenciál (s. 187-193).

Stejně tak může pacient vyžadovat opatření, která přesahují tradiční rámec psychoterapeutického sezení, aby si udržel nebo znovu získal empatické spojení [64]. Intervence, jako např. kontakt mezi sezeními, nabídka dalších sezení a občasná telefonická, e-mailová nebo textová podpora mohou pacientovi pomoci zvládnout krizi s efektivní intenzitou. Tyto akce mohou mít pro pacienta také vnitřní význam, slouží k posílení internalizace terapeuta jako pozitivního introjektu a posilují terapeutickou alianci [56].

Promyšlená flexibilita týkající se léčebného rámce může být pacientem vnímána jako potvrzující (tj. terapeutovi záleží na tom, aby byl dostatečně flexibilní a byl ochoten upřednostnit pacientem vnímané potřeby) a často pomáhá posilovat a upevňovat terapeutické spojení. V případech těžkých poruch osobnosti, jako jsou antisociální a těžce narcistické poruchy osobnosti, může být někdy prospěšné stanovit a dodržovat rigidnější rámec (jako je ten, který obhájí TFP) [61].

Na druhou stranu striktní požadavek na dodržování stanoveného rámce může vyvolávat pocity, že je člověk kontrolován a chytán do pastí, a za určitých okolností může bránit rozvoji aliance. Podle našeho názoru je důležité, aby pacient při léčbě zažíval pocit zastupování a cítil, že terapeut naslouchá a bere vážně jeho obavy s určitou mírou flexibility. Toho lze nejlépe dosáhnout citlivým a aktivním společným jednáním s pacientem o rámcových otázkách, přičemž je třeba věnovat pozornost pacientovým přáním a vnímaným potřebám, terapeutickým cílům a osobním limitům terapeuta.

Pacienti, kteří zažili traumatické afektivní zážitky (nejen zjevné trauma a zanedbávání, ale i skutečně zdrcující a nesnesitelné afektivní zážitky a psychotické stavy), jsou náchylní k narušení schopnosti plně se zapojit do udržování vztahů [19]. V tomto kontextu může být pro pacienta příliš těžké udržet si naději a příliš snadné začít rezignovat na vazby k blízkým, které jsou pro něj životně důležité.

Pokud pacient může zažít skutečné aktivní zapojení terapeuta – jak na kognitivní, tak na implicitní vztahové úrovni –, může to být první krok k znovuzískání určité naděje na změnu. Terapeutova snaha o nápravu, kterou pacient prožívá jako upřímnou a emočně rezonující, "vybízí pacienta, aby vydržel, aby se obrátil ke vztahu, místo aby se od něj odvrátil, a aby využil terapeutovy pomoci k nalezení způsobů, jak se s ním vyrovnat, aniž by se uchýlil k sebevraždě" ([56], s. 320).

3.10. Pozornost k protipřenosu

Psychoterapie pacientů se sebevražděnými sklony je ze své podstaty nesmírně náročná. Za prvé, terapeut musí přijmout fakt, že i přes jeho nejlepší snahu neexistuje způsob, jak definitivně ovlivnit výsledek, a pacient může dokonat sebevraždu. Nedostatek kontroly nad

potenciálně katastrofickým výsledkem, za který se terapeut může cítit obviňován, vyvolává úzkost, strach a další emoce, kterým se nelze vyhnout. Navíc opakované sezení s pacientem, který prožívá strašlivou citovou bolest, aniž by měl možnost poskytnout mu úlevu, je pro terapeuta velmi náročným emočním úkolem.

Beznaděj může být obzvláště těžké snášet a terapeut se může časem cítit vyčerpaný, začít přistupovat na pacientovo často vyjadřované přesvědčení, že mu nemůže nic pomoci [55]. Ve většině případech se jedná o "protipřenosovou beznaděj", která může být pacientovi nevědomě sdělována ve verbální interakci a také v neverbálních signálech. To pak v pacientovi vyvolává pocity osamělosti a opuštěnosti a zvyšuje beznaděj. Terapeut může využít své vlastní reflexivní schopnosti, vnitřních podpůrných zdrojů, znalostí o psychoterapeutickém potenciálu změny a klinických zkušeností, aby tyto reakce pacienta vyvážil a udržel si naději.

Konzultace s kolegou či supervizorem nebo kolegou může být efektivní v pomoci terapeutovi znovu získat rovnováhu a znovu se zapojit do kontaktu s pacientem.

Pacienti se sebevražednými sklony se strašně trápí a terapeuti mají velkou motivaci jim pomoci, ale často nemají žádné nástroje, jak toto trápení zmírnit (alespoň v nejbližší době). To může v terapeutovi aktivovat mnohočetné afekty a spustit nevědomé obranné mechanismy.

Terapeut se může náhle cítit úzkostný, zdrcený, frustrovaný a beznadějný. Mezi terapeutovy automatické obranné mechanismy proti takovým pocitům může patřit vyhýbání se afektům, výhradní zaměření na symptomy spíše než na pocity, snaha kontrolovat pacientovo chování nebo naopak nezapojení se do pacientova rozhodování a popírání závažnosti pacientova trápení.

Maltsberger a Buie [65] ve své klasické práci pojednávají o "protipřenosové nenávisti", která může u terapeuta vzniknout. Popisují dvě složky: "zlobu", což je zjevnější prožitek vedoucí k vyjádření podráždění nebo hněvu vůči pacientovi, a ještě více se týká "averze", která představuje nevědomé emocionální stažení. Právě averze je nejděsivější, pokud jde o zvyšování potenciálního rizika sebevraždy, protože pacienti bývají velmi dobře naladěni na terapeutův emoční stav a míru jeho angažovanosti. Nevědomé stažení ze strany terapeuta může být prožíváno s nárůstem osamělosti a pocitu opuštěnosti, což může pacienta vystavit riziku zoufalství a sebevražedného chování. Opět platí, že diskuse s kolegy a formální konzultace mohou být pro terapeuta velmi užitečné, aby se dostal z intenzity dyády a prozkoumal své pocity ohledně pacienta a léčby.

4. Závěry

Bostonská skupina pro studium sebevražd v tomto článku představila teoretický a klinický přístup k psychoterapii sebevražedných pacientů. Jedná se v zásadě o psychodynamickou

léčbu s důrazem na terapeutické spojenectví, nevědomé a implicitní vztahové procesy a sílu terapeutického vztahu usnadňujícího změnu v dlouhodobé explorativní léčbě.

Je také integrativní, zahrnuje myšlenky DBT, MBT a CBT, vývojové a sociální psychologie v psychodynamickém rámci. Existuje deset klíčových aspektů této integrativní psychodynamické léčby:

1. přístup k pacientovi v krizi
2. vzbuzení naděje
3. zaměření na vnitřní afektivní prožívání pacienta
4. pozornost vědomým a nevědomým přesvědčením a fantaziím
5. zlepšení afektivní tolerance
6. rozvoj narativní identity a modifikace "vztahových skriptů"
7. usnadnění vzniku skutečných schopností pacienta
8. zlepšení pocitu kontinuity a koherence
9. pozornost terapeutickému spojenectví
10. pozornost protipřenosu

Tyto prvky léčby se vzájemně překrývají a nejsou zamýšleny jako postupné, ale poskytují "cestovní mapu" různých způsobů, kterými tato psychoterapie usnadňuje pacientovi přechod od zoufalství a sebevraždy k uspokojivějšímu vztahovému prožívání s druhými. Spolupráce s empatickým terapeutem poskytuje bezpečné prostředí pro zkoumání vnitřního subjektivního prožívání sebevražedného pacienta. Terapeut pomáhá vzbuzovat naději tím, že snáší pacientovu bolest a zároveň mu pomáhá objevit a mobilizovat smysl pro vlastní jednání, oplakávat to, co skutečně není možné, znovu se zapojit do vztahů a začít si představovat život, který stojí za to žít.

Terapeut si všímá pacientových nevědomých obran a narušuje je, což vede k odhalení dříve skrývaných pocitů a k větší toleranci afektů.

Tím, že terapeut naslouchá pacientovu vyprávění a zapojuje se do něj, pomáhá spoluvytvářet nové vyprávění, které je více empatické a méně útočné vůči sobě, a znovu vyjednává o narativní identitě realističtějším a pozitivnějším způsobem.

Terapeut usnadňuje postupné vynořování pacientových skutečných schopností, moduluje sebe útočení a narušuje vyhýbavé obrany a poskytuje pacientovi příležitost snášet úzkost a konflikt spojený s plnějším prožíváním sebe sama.

Velká pozornost je věnována terapeutickému spojenectví a terapeutovu protipřenosu. Terapeut se zapojuje do pacientových nevědomých vztahových skriptů a narušuje je tím, že se chová jinak, než nevědomě očekává, čímž vzniká možnost, že terapeutický vztah má potenciál usnadnit změnu. Zároveň terapeut aktivně podporuje pacienta ve vytváření nových vztahových zkušeností, které začnou vyvolávat zpětnou vazbu, jež je v rozporu s maladaptivními základními přesvědčeními o sobě samém. Roztržky v terapeutickém spojenectví mohou být velmi bolestivé, ale náprava spojenectví nabízí další příležitost k implicitnímu vztahovému učení a růstu.

