

SNY V AMBULANTNÍCH SKUPINÁCH Z POHLEDU PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance, Brno

Práce se zabývá některými specifickými momenty v práci se sny v rámci skupinové terapie vedené psychodynamickým způsobem v ambulantních podmínkách, upozorňuje na odlišnosti v obsahu snů i v interpretační práci v individuální a skupinové terapii.

Úvod

Snové obsahy fascinovaly lidstvo odedávna svou magičností, nejednoznačností; snaha porozumět jim byla vnímána jako obtížná, ale lákavá výzva. I když se zájem o sny v moderní psychologii a psychiatrii datuje zpravidla rokem 1900, kdy Freud vydal Výklad snů (2), při četbě tohoto díla zjistíme, že autor odkazuje na řadu dřívějších pokusů o analýzu snů, přičemž s řadou z nich souhlasí a chápe je jako inspirativní a použitelné. Historický přehled výkladu snů v dějinách přináší např. Černoušek (1). Ve Výkladu snů představuje Freud topografický model mysli, s existencí vědomé a nevědomé části psychiky. Nevědomé vrstvy jsou snem zobrazovány v podobě manifestního obsahu (tedy snového příběhu, na který se pacient v terapii rozpomíná) s tím, že za tímto zjevným obsahem je skryt význam latentní, který lze odhalit – „dešifrovat“ – prostřednictvím pokusu o výklad snu. Manifestní obsah vzniká dle Freuda prostřednictvím tzv. snové práce, která zahrnuje takové procesy, jako je kondenzace (spojení různých snových prvků s určitou příbuzností v jeden celek), disperze (opačný pochod, kdy jeden prvek je rozložen na několik snových objektů), přemístění (relativně velký význam může mít zdánlivě okrajový snový moment), symbolizace (při které je latentní obsah nahrazen jiným, manifestním) atd. Některé symboly mají dle Freuda ve snu relativně stabilní význam a umožňují jeho částečný výklad, i když nejsme podrobněji se situací snícího obeznámeni. Představa o tom, že sen vyjadřuje nevědomá přání s tím, že manifestní obsah snu je vždy kompromisním útvarem, vznikajícím na základě konfliktu mezi pudovými silami na straně jedné a potlačujícími – obrannými silami na straně druhé, byla samotným Freudem později podrobena kritické revizi. Jung následně zdůraznil kompenzační funkci snu – ať již negativní či pozitivní. Narozdíl od klasické analytické metody výkladu snů cestou volných asociací ke snu používal tzv. amplifikace, tedy asociativní činnosti, na které se podílel jak pacient, tak terapeut a která rozšiřuje a obohacuje

snový obsah všemi příbuznými, analogickými obsahy. Amplifikace se přitom neustále okruhem vrací k významovému jádru snu a snaží se přispět k odhalení jeho smyslu (6).

Výklad snů představoval vedle analýzy parapraxí – chybných výkonů – Freudův pokus o popularizaci a dosažení společenského uznání psychoanalytické metody; důležité bylo přesvědčit laickou veřejnost o tom, že v psychice každého člověka jsou skryté obsahy, které se mohou vynořit jen za specifických okolností – např. ve spánku, které ale přesto náš život zásadním způsobem ovlivňují (Freud si byl dobře vědom toho, že společenská akceptace metody je nezbytným předpokladem její použitelnosti). Proto řada Freudových statí má zřetelně popularizační charakter a obrací se na širší, nejen odborné publikum.

Freud doporučoval dodržovat ve výkladu snů následující zásady:

1. snící pacient by měl sdělovat své volné nápady ke snu
2. ve výkladové práci je vhodné zůstat u jednoho nápadného snového prvku
3. je vhodné zjistit aktuální souvislosti snu – tedy ptát se pacienta na to, které události ze dne předcházejícího snu by se mohly ke snu vztahovat
4. pokud je pacient s technikou výkladu snů obeznámen, ponechat práci se snem v maximální míře na pacientovi samotném.

Freud se důrazně vyslovoval proti zapisování snů (které je někdy pacientům doporučováno) s tím, že tato možnost je v zásadním rozporu s požadavkem na volné asociace (10).

I když sny zůstaly významným materiálem pro veškeré směry vycházející z psychoanalýzy, v centru pozornosti jsou především u jungiánské analytické psychologie. Psychoanalýza sama se ubírala dalšími cestami egopsychologie, britské školy objektních vztahů atd. s tím, že schopnost analyzovat sny přinášené pacientem do terapie byla vždy považována za základní dovednost terapeuta, nicméně akcent teore-

tické práce se přesunul jinam. Tuto skutečnost komentoval již sám Freud v r. 1932, kdy uvedl, že v International Journal of Psychoanalysis byla zveřejněna řada příspěvků k různým bodům nauky o snech, „ale čím dále listujete, tím vzácnějšími se stávají tyto příspěvky a stálá rubrika (o výkladu snů) nakonec úplně mizí“ (3). Významným příspěvkem v teorii zůstává Bionův koncept tlumočený v současnosti především Ogdenem, který význam snů formuluje jinak než Freud: dle Biona snění samo formuje vědomou a nevědomou mysl, nikoliv naopak. Osoba, která není schopna snít, nemá schopnost vytvářet diferencované vědomé a nevědomé obsahy (8). Dle Biona snění pomáhá převést tzv. beta elementy (tedy psychické fragmenty, které nemohou být samy o sobě spojeny s žádným významem a z psychiky mohou být pouze evakuovány, např. cestou psychotických projekcí, halucinací, manických obran apod.) v alfa elementy, které již tento význam nepostrádají. Neschopnost snít je tedy dle Biona rovna neschopnosti diferencovat mezi významem a jeho ztrátou; osobnost, která nesní, je v této představě osobností psychotickou. Je zřejmé, že odlišná situace nastává tam, kde pacient pouze není schopen si na své sny rozpomenout. Důvody mohou být rozmanité – Freud sám srovnával obtížnost zapamatování snů, jejichž obsah je řízen logikou tzv. primárního procesu, s obtížností zapamatování si odstavce složeného ze slov, která nemají logické uspořádání, ve srovnání s odstavcem složeným z vět dávajících jasný smysl. Nemožnost přinášet sny do terapie může mít defenzivní povahu a může být dána obavou pacienta, že sny nabídnou terapeutovi příliš intimní a pro pacienta zraňující materiál. Důležitá je samozřejmě rovněž fyziologie REM a non-REM spánku jednotlivých osob a další faktory, které již přesahují rozsah sdělení.

Ve výkladu snů pochopitelně nejde jen o odhalení původního latentního snového obsahu, ale rovněž o asociativní práci, která je s výkladem spojena. Může nastat situace, kdy nápady klienta ke snu poukážou na závažná témata, která nejsou ve snu přímo obsažena,

ale která je vhodné otevřít; v podobné situaci by samozřejmě bylo chybou snažit se rigidně ulpívat u snu, který pacient přinesl, a odmítat jiné souvislosti. Skutečnost, že neexistuje žádný závazný výklad snu a nemáme ani možnost správnost výkladu jednoznačně ověřit, je současně i výhodou: pacienti, zejména hypersenzitivní narcistického typu, se nemusí cítit svázáni tím, že jejich nápady mohou být „chybné“ a budou terapeutem devalvovány.

Zvláštnosti snů ve skupinové terapii

Stejně jako v individuální psychoterapii jsou i v rámci skupiny sny vítaným materiálem. V úvodu skupinové práce je ovšem nutno zavést takovou skupinovou kulturu, která členům skupiny naznačí, jak významná témata mohou sny obsahovat a proč je důležité je do terapie přinášet. Jednou z možností je dotaz na sny pacienta již v rámci jeho vstupního rozhovoru; možný je i přímý dotaz na sny členů skupiny – samozřejmě ve vhodné skupinové situaci. Rovněž způsob výkladu snů musí do skupiny přinést terapeut; prvotní asociace skupiny ke snům bývají zpravidla banální, teprve později začínají členové zkoumat nevědomé vrstvy snového materiálu (např. válečné scény ve snech bývají obvykle zpočátku vykládány jako replika scén zhlédnutých ve filmech, nikoliv jako snové zobrazení závažného interního konfliktu).

Při práci se sny v rámci ambulantní skupiny lze zaznamenat některé odlišnosti od situace v individuální terapii:

1. sny zpravidla reflektují jak individuální situaci klienta a jeho nevědomé konflikty, tak i konflikty týkající se skupinové úrovně. Dle Rauchfleische (9) se skupinová tematika ve snech objevuje zejména tehdy, když se skupinové dění přibližuje centrálním konfliktům skupiny a je dotčena skupinová matrix. V polootevřených skupinách je takovou situací např. moment, kdy skupinu opouští některý z jejích členů a na jeho místo přichází nový. Rauchfleisch vnímá skupinové sny jednak jako projev defenzivních mechanismů skupiny (pacient, který sen přináší, se stává mluvčím části skupiny, která je ve skupinovém konfliktu angažována), jednak jako součást tzv. „coping“ strategií skupiny. Rozdíl spočívá v tom, že obranné mechanismy jsou nevědomé a slouží snaze ochránit skupinové self před neúnosnou tenzí a úzkostí, coping strategie jsou vědomé, komplexnější a bližší sekundárnímu procesu. V každém případě se sny reflektující skupinovou dynamiku objevují zejména v období zvýšené skupinové irritace a tenze.

Kazuistický příklad 1: Mladý muž vyprávěl ve skupině následující sen – jel si zalyžovat do Beskyd. Když vyjel lanovkou na hřeben,

zjistil, že na lyžování je velmi málo sněhu. Přesto si nazul lyže a pokoušel se mezi vyčnívajícími kameny a trsy trávy sjet dolů. Čím níže sjížděl, tím bylo na sjezdovce sněhu více. Jel stále rychleji a rychleji, přitom měl obavy, že se mu nepodaří dole zastavit. Náhle si uvědomil, že přejíždí hranice mezi Moravou a Polskem, přesto jel dál. Dole bylo malé polské městečko s náměstím, kde sjezdovka končila. Tam zastavil s tím, že se vrátí zpátky na hřeben; k dispozici ale nebyl ani vlek, ani lanovka. Sen končil pocitem snícího, že se zpět na hřeben nedokáže dostat.

Asociace ke snu se pohybovaly v rovině individuální i skupinové: v individuální poloze se vztahovaly k opakovaně prezentované sexuální frustraci pacienta (ženatého, ovšem s tím, že manželství bylo z více důvodů prakticky nekonzumované). Toto téma bylo ve snu exponováno obrazem málo zasněžené sjezdovky, kde lyže „neklouzaly“ (lyžování, event. bruslení apod. bývá v analytické terapii považováno za snový obraz sexuálního aktu). Následné „překročení hranic“ se vztahovalo k fantazii o možném mimomanželském sexuálním kontaktu (pacient se v předchozí sesi zmiňoval o kontaktu s dávnou známou, v rámci kterého si uvědomil, že jej stále přitahuje a že by si rád navázal delší vztah; současně se ale obával případných fatálních důsledků pro manželství – ve snu vyjádřených nemožností vrátit se zpět na hřeben). Současně se ovšem sen týkal rovněž skupinové reality: pacient se dříve zmínil o možnosti docházet paralelně do individuální terapie, neboť měl pocit, že ze skupinové terapie dostatečně neprofituje. Skupina, která tento úmysl vnímala jako atak na vlastní terapeutický potenciál, se jej pokoušela od tohoto záměru odvrátit, nicméně nepřiliš úspěšně. Jednalo se tedy i o překročení hranic skupiny, resp. „nevěru“ ve vztahu ke skupině, současně s reálnou obavou, že nebude možno udržet oba terapeutické vztahy současně. Jiná terapeutická kultura v individuální terapii byla ve snu zobrazena polským městem, kde se hovoří jiným, cizím, byť příbuzným jazykem.

2. Obecně se zdá, že sny jsou do skupin přinášeny méně často než do individuální terapie. Jak bylo zmíněno výše, podstatné je samozřejmě zavedení adekvátní skupinové kultury, jejíž součástí sny jsou, nicméně i tak nelze pominout skutečnost, že skupinový prostor je zřejmě členy skupiny vnímán jako méně bezpečný a poskytuje méně možností k prezentaci tak intimního materiálu, jaký bývá ve snech obsažen.

3. Ve snech bývají ve srovnání s individuální terapií méně zřetelně vyjádřeny přenosové aspekty. Dle Zanasioho (13) se přenosové mo-

menty ve skupinách nerozvíjejí v plném rozsahu proto, že ve skupinovém dialogu bývají průběžně korigovány distorze spolupacientů ve vnímání skutečnosti a jednotliví členové skupiny jsou vedeni k užšímu kontaktu s realitou. To ovlivňuje i snové obsahy.

4. Nápady ke snům mohou ve skupinách imponovat jako povrchnější ve srovnání se standardy individuální terapie. Přesto je na místě zdrženlivost ze strany terapeuta – i když se význam snu může zdát zjevný, měla by být interpretační práce ponechána převážně v režii skupiny samotné. Volné asociace se objevují méně, spíše než detailní analýza jednotlivých vrstev snu se objevují bezprostřední reakce ve vztahové rovině, což je moment uložený přímo ve skupinové matrix: skupinový prostor akcentuje intersubjektivitu ve srovnání se zkoumáním intrasubjektivitu. To vede k preferenci vztahových interpretací. Ve výkladu snů na skupině pak dochází k interferenci individuálních nevědomých obsahů ve formě asociací jednotlivých členů skupiny ke snu. Asociace se vzájemně střetávají s tím, že si částečně zachovávají svou individualitu, současně ale splývají v rámci formované skupinové matrix. Zakladatel teorie skupinové analýzy Foulkes (dle 7) předpokládal, že každá skupina si vytváří vlastní přístup ke skupinovému nevědomí. To se projevuje tím, že v dobře vedené analytické skupině téměř všichni rozumí snu, který je na skupinu přinesen – kromě snícího. Zdá se ovšem, že tento předpoklad je příliš optimistický a neodpovídá zkušenostem z běžné terapeutické praxe.

Zanasi upozorňuje rovněž na výskyt tzv. „archetypálních“ snů na skupinách; lze je identifikovat dle mytologických obsahů, archaických symbolů, dle jejich distance od každodenní reality a také dle intenzity emocí, které jsou s nimi spojeny. Podle autora lze rozlišovat dva základní okruhy skupinových snů: sny, které vyjadřují vztahovou a přenosovou dynamiku mezi členy skupiny, dále pak sny, které vycházejí přímo ze skupinového nevědomí a vyjadřují významná témata individuace.

Friedman (4) definuje způsoby, kterými snící využívá skupinu a naopak. Pacient ve snech předkládá konfliktní a nesnesitelné emoce a odštěpuje je od svého self. Projekce emoce na objekt (tedy skupinu) má defenzivní funkce, vytváří vztahy a komunikaci a může napomoci psychické změně prostřednictvím nové zkušenosti s dříve odmítnutou, nyní ale skupinou „kontejnovanou“ emocí. Současně může snící vyzývat skupinu skrze vyprávění snu k tomu, aby s pacientem odehrávala jeho neurotický scénář – např. pacienti s patogením axiomem o vlastní nepřijatelnosti mohou provokovat agresi ze strany ostatních členů

skupiny apod. Pokud skupina funguje s dostatečnou skupinovou kulturou a je přiměřeně zralá, může nepřijatelný odstěpený snový obsah přijmout a „metabolizovat“ tak, aby se stal pro snícího přijatelným. To se může stát i účinným nástrojem změny. Dle Friedmana rovněž skupina využívá snícího, a to nejméně dvěma způsoby – ovlivňuje ho, aby se mu zdál určitý obsah, který vyjadřuje konfliktní téma celé skupiny, čímž napomáhá jejímu řešení. Další aspekt se týká možnosti vmanipulovat snícího při skupinovém výkladu snů do určité role, která je v daném okamžiku pro skupinu významná.

Sny v jednotlivých fázích vývoje skupiny

Obsah snů se pochopitelně liší v jednotlivých fázích vývoje skupinového procesu (pokud se jedná o skupinu uzavřenou či polootevřenou). V iniciační fázi vývoje se sny zpravidla týkají individuálních fantazií o terapii. Ve snech se často objevují úzkostné momenty, očekávání skupinových agresí a hostility, ale také obavy z odkrytí nevědomého a ohrožujícího materiálu.

Kazuistický příklad 2: Mladá žena, která zahájila docházku do ambulantní skupiny, vyprávěla na sesi následující sen: měla jet do města, kde kdysi studovala, na sraz spolužáků. Před odjezdem hovořila s matkou, která ji před cestou důrazně varovala; upozornila ji, že na setkání přijde i její bývalý manžel (který ve skutečnosti jejím spolužákem nebyl). Snu bylo možno porozumět poté, co pacientka uvedla další podrobnosti ze své osobní historie. Její manžel byl alkoholik, který se vůči klientce dopouštěl fyzického násilí a týral ji. Sen bylo možno pak chápat mimo jiné i tak, že zobrazuje očekávání možných agresí, které pacientka umisťuje do skupiny, kterou anticipuje jako případný špatný objekt (kterým byl i bývalý manžel). Současně se jednalo rovněž o projekci jejích vlastních agresivních impulzů, které zpracovávala cestou projektivní identifikace.

V průběhu skupiny se pak objevuje řada snů, jejichž obsah reflektuje – jak bylo zmíněno výše – rozmanité děje v životě pacientů i skupiny jako celku. Kromě snů týkajících se závažných událostí, jako jsou odchody a příchody nových členů do skupiny, jsou poměrně časté sny týkající se tematicky sourozeneckých rivalit. Skupinová situace toto téma svým uspořádáním zřetelně oživuje – přítomny bývají fantazie a přání stát se „nejoblíbenějším dítětem“, získat větší přízeň terapeuta než jiní členové skupiny apod.

Kazuistický příklad 3: Třicetiletý muž, nejstarší ze 3 dětí, trpící pocitem nedostatku mateřské péče, přináší sen o tom, že má být

léčen pro problémy s vypadáváním vlasů. Léčba se provádí ve zvláštní budce, v níž je lampa, pod kterou se posadí a je po určitou dobu ozářován. Protože tento způsob léčby je populární a úspěšný, je nucen čekat ve frontě, až na něj přijde řada. Když má konečně vstoupit do budky, lékař mu sdělí, že lampa je vybitá a terapii v jeho případě již nebude možno provést. I když sen obsahuje řadu rovin, souvislost se skupinovou situací a obavou pacienta, že nebude moci z kurativního potenciálu skupiny těžit stejně jako ostatní („preferovaní sourozenci“), se jeví jako zřejmá.

Kazuistický příklad 4: Mladý pacient, docházející do skupiny asi ¾ roku, začal postupně získávat pocit, že skupina není ochotna ani schopna porozumět jeho stanovisku v reálném životním konfliktu a neposkytuje mu podporu, kterou by očekával. Do skupiny přinesl sen, ve kterém se ocitl v cizím neznámém prostředí, kde byl obklopen muži zřejmě asijského původu, kteří hovořili pro něj zcela neznámou řečí. I když se snažil navázat s nimi kontakt jazyky, které ovládal, např. němcky či anglicky, nepodařilo se mu to – cizinci setrvali v vlastního, pacientovi nesrozumitelného jazyka. Sen opět obsahoval jednak skupinovou rovinu – pacient se ocitl ve skupině, která mu „nerozuměla“ a mluvila cizí řečí, přítomna byla ale i individuální poloha – klient v uvedeném období nedokázal získat dostatečnou odezvu pro vlastní potřeby u partnerky, se kterou tedy rovněž nebyl schopen najít „společný jazyk“.

V terminální fázi uzavřené skupiny (či před plánovaným odchodem pacienta ze skupiny otevřené) je charakteristické téma smrti jako definitivního konce. Téma se objevuje v rozmanitých podobách a bývá i obsahem snů.

Kazuistický příklad 5: V době válečného konfliktu v Iráku přináší do skupiny její člen sen o tom, že je příslušníkem vojenské jednotky, která se války účastní; dostává rozkaz pohřbit 10 mrtvých těl civilistů, kteří byli náhodně zasaženi při přestřelce.

„Pohřbívání skupiny“, která měla právě 10 členů, před jejím ukončením, je zřejmým obsahem snu. Fakt, že lidé ve snu zemřeli násilnou smrtí – nikoliv ovšem rukou snícího – bylo možno vnímat jako reflexi rušného a konfliktního dění na skupině s expresí řady agresivních impulzů ze strany jednotlivých členů skupiny, ale rovněž jako vyjádření pacientova pocitu, že skupina pro něj končí příliš brzy – z rozhodnutí terapeuta, který skupinu „zabíjí“ dříve, než pacient mohl z terapie dostatečně profitovat.

I když již bylo zmíněno, že nelze nalézt závazný a jediný správný výklad snu, přesto je na místě, aby terapeut zvážil, které momenty ve skupinovém dění mohou naznačit, že asociace ke snu byly adekvátní a dotkly se nevědomých momentů v psychice snícího i celé skupiny. Lze předpokládat, že interpretace byly úspěšné, pokud:

- snící vyslovil verbální souhlas s výkladem snu
- objevují se spontánní skupinové asociace ve směru naznačeném úvodními nápady
- na dalších sezeních se objevují sny obsahově komplementární se snem původním
- došlo k rozpuštění tense ve skupině a obnovil se skupinový dialog, pokud byl dříve přerušen
- došlo k odstranění amnesie týkající se vytěsněných obsahů snem naznačených.

Závěr

Stejně jako v individuální terapii i ve skupině pacienti často ve snech přinášejí to, co nedokáží sdělit v bdělém stavu. Je sice zřejmé, že žádný sen – zvláště v podmínkách skupinového dialogu – nelze přeložit tak, aby byly plně postiženy veškeré jeho vrstvy a významy. V platnosti zůstává i upozornění Fromm-Reichmannové (5), varující před přeceňováním snů – „terapeut má ke svým pacientům povinnost jako lékař, nikoliv jako odborník na interpretaci snů“. Přesto zůstávají snové obsahy důležitým zdrojem informací o nevědomí pacienta i celé skupiny.

Literatura

1. Černoušek M. Sen a snění. Horizont. Praha. 1988; 184 s.
2. Freud S. Výklad snů. Nová tiskárna Pelhřimov. 1994; 395 s.
3. Freud S. Revize nauky o snech. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1997; 15: 9–27.
4. Friedman R. Interpersonální „kontejnování“ snů ve skupinové psychoterapii: příspěvek k práci se sny ve skupině. Revue psychoanalytické psy. choterapie 2004; 2; 19–26.
5. Fromm – Reichmannová F. Principy intenzivní psychoterapie. Triton. Praha. 2003; 214 s.
6. Jacobi J. Psychologie C. G. Junga. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1992; 79 s.
7. Karterud SW. Group Dreams Revisited. Group Analysis 1992; 25; 207–223.
8. Ogden TH. On not being able to dream. Int J Psychoanal 2003; 84; 17–30.
9. Rauchfleisch U. Dreams as Defence and Coping Strategies in Group Analysis. Group Analysis 1995; 28; 465–472.
10. Sanford J. A. Sny a léčení. Nakladatelství T. Janečka. Brno. 1993; 138 s.
11. Sandler J, Dare Ch, Holder A. Pacient a analytik. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1994; 78 s.
12. Thoma H, Kachele H. Psychoanalytická praxe. 1. Teorie. MACH. Hradec Králové. 1993; 394 s.
13. Zanasi M. Dreams and the Primordial Level. Group Analysis 1996; 29; 463–474.