Kazuistika

Byť či nebyť (dospelá) ? To je otázka . . . Kazuistika psychodynamickej / hlbinnej psychoterapie pacientky s panickou poruchou

K. Kusá

To be or not to be (adult) ? That's a question . . .

Súhrn

Táto kazuistika predstavuje mladú študentku so závislými rysmi osobnosti, ktorá prišla do terapie kvôli symptómom panickej poruchy. Táto prepukla v období, kedy sa u nej zosilnila potreba autonómneho konania, realizácie vlastných životných prianí, ktoré boli v rozpore s predstavami jej rodičov. U pacientky sa dostali impulzy k autonómnemu konaniu do konfliktu s prianím závislosti a s hrozbou straty lásky rodičov. „Imobilizujúcu", panickú úzkosť môžme na tomto pozadí chápať ako kompromisné riešenie tohoto intrapsychického konfliktu. Kazuistika obsahuje prvé interview s pacientkou, prierez jej biografickou anamnézou, priebeh psychoterapie, vedenej psychodynamicky, v rôznych štádiách terapie s rôznym akcentom sa pohybujúcej medzi pólmi expresívne – supportívneho kontinua. Časť terapie bola vedená formou KIP (katatýmne-imaginatívna psychoterapia) s využitím imaginácií. Kazuistika je mojou záverečnou prácou supervízneho a teoretického modulu v psychodynamickej (hlbinnej) psychoterapii.

Kľúčové slová: panická porucha, závislosť vs. autonómia, intrapsychický konflikt, psychodynamická/hlbinná psychoterapia, katatýmne – imaginatívna psychoterapia.

Summary

This case report presents young student – girl with dependent personality traits, who entered the therapy due to symptoms of panic disorder. The onset of disorder was related to increase of her need for autonomous action, for actualization of her own life wishes, which were in conflict with her parentēs wishes. Patientēs impulses to autonomous action came into conflict with her wish for dependence and with danger that she would lose her parent's love. „Immobilizing", panic anxiety can be understood as compromise solution of this intrapsychic conflict. The case consists of the first interview with patient, overview of biographic history, the course of psychotherapy conducted psychodynamically, oscillated with different accent between the poles of expressive – supportive continuum in particular stages of therapy. A part of therapy was conducted in the form of catathymous – imaginative psychotherapy with the use of imaginations. This case is my final examination paper of supervisory and theoretical training modul in psychodynamic psychotherapy.

Key words: panic disorder, dependence vs. autonomy, intrapsychic conflict, psychodynamic psychotherapy, catathymous – imaginative psychotherapy.

Denný psychiatrický stacionár a FN, Trenčín
Adresa: MUDr. Katarína Kusá, Denný psychiatrický stacionár, FN, Palackého 21, 911 01 Trenčín, Slovenská republika

Úvod

Aj keď podľa genetických štúdií musíme pri panických poruchách počítať s významným genetickým faktorom, heribalita sa pohybuje medzi 30–40 %, (Hettema, 2005) musíme počítať aj s pravdepodobne ešte významnejšími vplyvmi individuálne špecifického prostredia teda s problematikou spracovávania zážitkov. V liečbe panickej poruchy sa za efektívnu považujú antidepresíva, pričom najviac informácii, je podľa Benkerta a Hippiusa (2002) o imipramíne, klomipramíne a selektívnych inhibítoroch spätného vychytávania serotonínu – SSRI, ktoré považujú za lieky prvej voľby vzhľadom na menší výskyt nežiaducich účinkov. Zvlášť dobre ešte je v tejto indikácii(panická porucha)dokumentovaná aj účinnosť expozičných a konfrontačných techník kognitívnebehoviorálnej terapie (Benkert a Hippius, 2002). Spomínaní autori uvádzajú, že existujú dôkazy, že kombinácia psychoterapie a liečby uvedenými antidepresívami je účinnejšia, než liečba jednou z týchto modalít. Psychodynamické smery považovali za samozrejmú indikáciu k psychoterapii pri úzkostných poruchách, vrátane tých, ktoré dnes označujeme ako panické poruchy, nebol však dostatok empirických štúdií (kontrolovaných, randomizovaných) o efektivite. V roku 1991 však publikovali Milrod a Shear (cit. podľa Seiferová a kol., 2004) sto úspešných kazuistík pacientov s panickou poruchou liečených dynamickou psychoterapiou. Seifertová a kol. (2004) uvádzajú tiež výsledky jednej z mála kontrolovaných štúdií, v ktorej autori Wilong a Dakl (1996) porovnávali klomipramín s kombináciou klomipramín 15 sedeniami krátkej dynamickej psychoterapie. Všetci pacienti liečení kombináciou boli bez záchvatov. Po vysadení liečby u liečených kombináciou relabovalo 20 %, v čistej klomipramínovej skupine relabovalo 75 %. V roku 1997 pracovná skupina newyorských psychiatrov psychoterapeutov vypracovala inštruktívny manuál psychodynamickej psychoterapiepanickej poruchy (Milrod et al. 2006).

V predloženej práci chceme predstaviť podrobnejšie psychodynamickú psychoterapiu panickej poruchy na príklade kazuistiky mladej študentky závislými osobnostnými rysmi. Panická porucha u nej prepukla, keď u nej zosilnela potreba autonómneho konania realizácie vlastných životných prianí, ktoré boli v rozpore s predstavami (jej rodičov) V ďalšom texte sa pokúsim podrobnejšie opísať prvé interview, biografická anamnéza a priebeh psychodynamickej/hlbinnej psychoterapie pacientky, vrátane problematiky prenosu a protiprenosu.

Prvý kontakt a prvé interview

Pacientka bola v čase nášho prvého kontaktu 21-ročné dievča, študentka 2. ročníka medicíny v Plzni. Pochádzala z iného regiónu, a na oddelení ma vyhľadala spolu so svojou matkou. Pri našom prvom stretnutí som sa stala aktívnym účasníkom, a pritom zároveň pozorovateľom nasledujúcej scény (Argelander, 1998). Matka hneď od dverí dramaticky vtrhla do môjho intímneho priestoru, naliehavo a neodbytne ma prosila o pomoc pre jej dcéru, lebo „má depresie“, použijúc pri tom slzy aj ponúkanie finančnej úhrady. Po mojej aktívnej snahe objasniť si, prečo vyhľadali práve mňa, som sa dozvedela, že ma dcére odporučila jej kamarátka, študujúca v tom istom meste, ktorá bola pred nejakým časom u mňa v individuálnej terapii (riešila si individuačné problémy). Pacientka pritom ticho stála v úzadí, jej prítomnosť som sprvoti ani nezaregistrovala. Keď som s vynaložením značného úsilia „odrazila útok“ matky, prihovorila som sa jej. Vďačne a akoby ospravedlňujúco sa na mňa usmiala. Pocítila som voči nej sympatiu, a tiež náznak ľútosti (pomyslela som si, a aj na vlastnej koži som zažila, že voči takej matke musí byť mimoriadne ťažké presadiť sa). Motivovaná a povzbudená snáď i lichotivým faktom, že ma jej odporučila moja niekdajšia pacientka, ktorej terapia dopadla zdarne, dohovorila som si s ňou termín prvého sedenia. Ruka, ktorú mi na záver podala, bola trochu vlhká, ale jej stisk bol až prekvapivo pevný. Z toho pevného stisku a živého, vďačného výraz tváre dievčaťa som vycítila naliehavú prosbu o pomoc.

Na dohovorené prvé sedenie prišla opäť s matkou, ktorá automaticky chcela vôjsť do mojej pracovne spolu s pacientkou (neskôr som sa dozvedela, že otec čakal po celý čas pred budovou oddelenia). Pacientka pôsobila ako mladučko vyzerajúce dievčatko, svieže, so svetlohnedými polodlhými kučeravými vlasmi, bystrými očami, permanentne prítomným úsmevom na peknej tvári. Stelesňovala „študentský look“ – mala na sebe navrstvené 3 rôzne tričká, športové nohavice a obuv. Odev pôsobil značkovo, kvalitne. Hneď po usadnutí do kresla, bez vyzvania, začala spontánne rozprávať, pričom ma prekvapilo jej rýchle tempo reči. Pôsobilo to ako úzkosť zaháňajúca snaha rýchlym rozprávaním preklenúť úvodné rozpaky, možnú počiatočnú chvíľku ticha, neistotu, čo mi neskôr, v priebehu rozhovoru, potvrdila.

Pacientka sa počas interview skľudnila, jej prejav bol nenútený, používala študentský slang. Na otázky reagovala promptne, bez pauz, jej výpovede pôsobili úprimne, nemala zábrany rozprávať ani o delikátnejších témach (sex). Nápadné bolo, ako aj o nepríjemných veciach rozprávala s úsmevom v tvári, jej mimika i bodrý tón hlasu sa nemenili ani tam, kde by som podľa obsahu reči očakávala neverbálne prejavy negatívnych emócií, napr. oprávneného hnevu, rozhorčenia, či sklamania. Mala som pocit, že po opadnutí počiatočného napätia ma začala vnímať tak trochu ako staršiu, skúsenejšiu priateľku, spojenca. Zrejme vycítila, ako som sa pri jej rozprávaní na chvíľu vrátila do čias, keď som sama študovala na medicíne. Bola mi blízka, rozumela som jej problémom, mnohým z toho som sama v čase štúdií prešla, pripomenula som si pri nej, ako som sa pred časom sama vysporiadavala so vzťahom s mojou matkou. Čím som sa o nej dozvedala viac, tým moje sympatie a snaha pomôcť jej rástli. Protiprenosovo som ju vnímala dosť výrazne ako dieťa, obracajúce sa na dospelého s naivnou dôverou, vďačné za prejavovaný záujem oň, za ochotu venovať mu pozornosť, hladné po akceptovaní a dôverčivo očakávajúce rady, vysvetlenia, usmernenia (prvé prenosy a protiprenosy) (Duhrssen, 1998a).

Pacientka uviedla svoje rozprávanie o dôvode vyhľadania terapie konštatovaním, že sa jej nič nedarí , že má stále

smolu – v škole, v partnerských vzťahoch i v rodine: „Iní majú aspoň v škole šťastie, alebo dobrý vzťah, alebo aspoň v rodine dobrú atmosféru . . . “ Potom opísala, že začala mávať úzkostné stavy, spojené so strachom, že odpadne, a s masívnymi vegetatívnymi symptómami anxiety. Obvykle je úzkosť až panická. Objavujú sa náhle, nevie prečo, v rôznych situáciách: jednak keď je sama na internáte, tiež keď cestuje v električke, autobuse, ale objavili sa aj keď bola v kostole alebo na diskotéke. Preto nevydrží na internáte sama, musí mať pri sebe kamarátku, vyhýba sa cestovaniu alebo cestuje len v doprovode, čo čiastočne zmierni úzkosť. Bojí sa ísť aj do kostola či zabaviť sa niekde na diskotéku, nebaví ju niekam ísť. Vie, čo by povedala matka, že sa má učiť a nie kade-tade chodiť . . . Vyrazí si niekam s priateľmi, ale príde na ňu tá úzkosť, tak druhý raz radšej ani nikam nejde . . . Keď cestuje z mesta kde študuje domov, spravidla ju správadza spolužiačka, ktorá je zo susedného mesta. Keď musí cestovať naspäť, a spolužiačka necestuje, cestuje s ňou matka. Úzkosť ju obmedzuje, cíti sa ňou byť „imobilizovaná“. Má tiež hypochondrické obavné myšlienky, väčšie, než sú u medikov bežné, v škole ju nič nebaví, menej jej chutí jesť, ťažšie zaspáva, je viac plačlivá, hlavne večer.

Biografická anamnéza a pátranie po biografických súvislostiach

Pátrala som po začiatku pacientkiných úzkostí, po stresoroch, ktoré predchádzali prvému výskytu paniky (Milrod, Busch, Cooper, Shapiro, 2006). Dozvedela som sa, že úzkosti začali od septembra, kedy sa po prázdninách vrátila do školy, a posledné mesiace sa stupňovali. Pýtala som sa jej na prvé 2 roky štúdia, či sa aj predtým nevyskytli nejaké úzkosti. Pacientka popisovala, že keď nastúpila do prvého ročníka, nič jej nechutilo, nechcelo sa jej tam tam chodiť. Hypotetizovala som konfliktnú motiváciu k štúdiu (neurotické školské problémy), ale tiež separačnú problematiku, a pátrala som ďalej po pacientkinej motivácii k štúdiu medicíny a spokojnosti s touto voľbou (Duhrssen, 1998b). Pacientka sa posťažovala, že na medicínu išla „z donútenia“. Na gymnáziu mala samé jednotky, štúdium jej šlo ľahko, bavila ju matematika, biológia, fyzika, robila aj príjmačky na matematiku/biológiu, kde aj bola prijatá,ale matka si presadila, že pôjde študovať medicínu. Sestra vyštudovala medicínu a z nej tiež chce mať doktorku, lebo iba doktor je pre matku „Niekto“. Keby nešla na medicínu, bola by pre ňu „nula“. Ju však medicína nebaví, k štúdiu cíti až odpor, vôbec si nevie predstaviť, že by mala robiť lekára. Pripadá si trápne, nepatrične, keď vidí, ako spolužiakov štúdium baví, obdivuje ich, ale deptá ju to. Aj sa učí na skúšky, ale bez vnútorného zaujatia, nie dôsledne, v dôsledku čoho často „lieta“ zo skúšok. Doteraz ani jednu skúšku neurobila na prvý raz. Potom má pocit, že je asi neschopná. V ničom si neverí. Po tomto opise svojho prežívania pacientka podáva informáciu, zjavne bez toho, že by si uvedomovala možný súvis s jej úzkosťami, kvôli ktorým vyhľadala terapiu, že sa posledné mesiace (od nástupu do 3. roč.) začala pohrávať s myšlienkou skončiť so štúdiom medicíny a prihlásiť sa na nejakú inú vysokú školu, kde by študovala matematiku a fyziku. Bojí sa však urobiť taký krok zo strachu, že by ju matka úplne zavrhla, že by sa s tým nikdy nezmierila: „ Radšej bude mať doma vyšinutú lekárku, ako by mi dovolila skončiť s medicínou . . . “

Na tomto mieste som skúsila pacientke ponúknuť probatórnu interpertáciu (Beck, 2005). Poznamenala som, použijúc jej prvší výrok, že nie je div, že sa cíti byť „imobilizovaná“ (úzkosťou), keď uviazla v takej pasci – chcela by skoncovať so štúdiom medicíny (a ísť si v živote cestou, ktorá ju láka), ale má strach urobiť to, lebo sa bojí straty matkinej náklonnosti či dokonca odvrhnutia. Pacientka na to zareagovala prekvapením a horlivým prikývnutím.

Majúc na pamäti pacientkin úvodný výrok o jej „smole“ (škola, partnerské vzťahy, vzťahy v rodine), pokúsila som sa objasniť si jej situáciu vo zvyšných 2 oblastiach. Hovorila o tom, ako túži po harmónii, po dobrých vzťahoch v rodine, po tom, aby sa o ňu doma zaujímali, aby sa dalo doma „len tak porozprávať“, aby jej rodičia dôverovali . . . Nevydrží ani 2 týždne na internáte, „ťahá ju to domov“, ale zakaždým zažíva rovnaké sklamanie – matka jej hneď od dverí nadáva, načo prišla, že sa mala ostať učiť. Neskôr ju ignoruje, nespýta sa, ako sa má, zaujíma ju iba, či študuje, robí skúšky. Už 2 mesiace sa s ňou takmer vôbec nerozpráva. Otec, ten je prívetivý, vždy bola jeho miláčikom, dá jej za pravdu, dá jej, čo chce, povzbudí ju, aby si robila to, čo chce ona. Ale keď je prítomná matka, nezastane sa jej, pridá sa na stranu matky, akoby sa jej nechcel priečiť. Brat pre ňu nemá pekného slova, stále ju zhadzuje, že je neschopná, pritom sám nedokončil VŠ . . . Sestra je lekárka, je už vydatá, nemá pochopenie pre jej nevôľu voči štúdiu medicíny, lebo ona študovala so záujmom a práca lekára ju baví. Preto sa obvykle pridáva na stranu matky v jej tlaku na ňu, aby doštudovala medicínu. Rodičia jej nedovolia nikam ísť, ani s kamarátkami na kofolu, lebo čo by povedali ľudia, má sa predsa učiť . . . Nemá nikoho, o koho by sa mohla v rodine oprieť, vyžalovať sa, v kom by našla spojenca. Starí rodičia už nežijú.

Pacientka má hodne priateľov a priateliek, u ktorých oceňuje hlavne to, že sa s nimi môže porozprávať, poradiť sa s nimi. Je im za to veľmi vďačná. Každému, kto jej prejaví záujem a pochopenie, je veľmi vďačná. Takým ľuďom sa to potom snaží oplatiť, vyhovieť im, vychádzať vústrety, niekedy ju to preťažuje. (Na tomto mieste mi prebleskло hlavou, že podobná situácia môže nastať aj v jej vzťahu so mnou, a že si na to budem musieť dať pozor.)

Čo sa týka partnerských vzťahov, mala viacero kratších vzťahov, ktoré vždy stroskotali, nevie prečo . . . Má pocit, že každý ju chce iba využiť, že chlapi chcú len sex . . . Matka to tak vždy hovorila . . . Ona by sex ani nepotrebovala k životu, stačí jej, keď sa môže s priateľom porozprávať, keď cíti porozumenie, blízkosť . . . S jedným parterom mala aj sexuálny vzťah, rodičia jej to však nevedeli odpustiť, hlavne otec . . . Jednu dobu bolo podozrenie, že je s ním tehotná. Rodičia boli „bez seba“ , aká to bude pred ľuďmi hanba . . . Otec jej „vyhovorí“ každého potenciálneho partnera – buď pod hrozbou, že jej nedá peniaze na to, čo potrebuje, alebo jej nedovolí ísť von z domu. Matka jej zasa nadáva do ku . . . ,

aj keď si s niekým ide len sadnúť na kávu. Pre matku nikto nie je dosť dobrý, uspokojila by sa iba s nejakým doktorom alebo právnikom . . .

V súvislosti so sťažnosťou pacientky na „smolu v živote“, pri podrobnejšom poznávaní jej biografie som si pre seba pomyslela, že jej prvotnou smolou sú jej rodičia, a že to, čo nazýva „smolou“, je skôr nutne nevydareným výsledkom jej fungovania. Pacientka je najmladšia z 3 súrodencov (sestra 28 r.,brat 27 r., pac. 20 r.). Obaja rodičia sú učitelia na škole. Obaja sa zvyknú ako obuškom oháňať vetou :„Čo by povedali ľudia?!“ To je pre nich, hlavne pre matku, dôležitejšie, ako to, čo kto v rodine cíti, prežíva. Od matky nikdy necítila dosť lásky, vždy bola tvrdá, chladná, necitlivá k jej prianiam a potrebám. Doma zvykla používať vulgárne výrazy, provokovať hádky, pri ktorých často používala krik a plač. Otca opisovala pacientka v úvode terapie ako toho, čo jej vždy dával lásku, je k nej citlivý, prajný, vždy ju mal najradšej spomedzi súrodencov. Neskôr sa z rozprávania pacientky vyvŕbilo, že je tomu tak iba dotiaľ, dokiaľ sa ona správa podľa jeho predstáv, do ktorých nijak nezapadá napr. to, že je už dospelá žena, ktorá má právo nájsť si partnera. Taktiež jej prianie študovať niečo iné než medicínu ešte pred začatím štúdia podporoval iba „medzi štyrmi očami“, ale stojac po boku matky trval na medicíne, a tak je tomu aj v súčasnosti. V opise otca sú v pacientkinom rozprávaní obsahovo kontrasty , ktoré však pacientka nevníma, podáva jeho idealizovaný obraz, pritom súbežne popisuje viaceré situácie, v ktorých z jeho správania k nej je očividné, že jeho láska k nej nie je ani bezpodmienečná, ani spoľahlivá.

Odkedy si pamätá, rodičia sa vždy hádavali, hádky provokovala matka. Vykrikovali si navzájom, potom sa aj 2 mesiace spolu nerozprávali, napokon vždy ustúpil otec. Pacientka ako dieťa (a vlastne aj doteraz) to prežívala s veľkou úzkosťou, plakala, triasla sa, snažila sa rodičov udobrovať, ale bezvýsledne. Veľkú úzkosť zažívala, keď spolu nekomunikovali. V tej dobe aj začal jej zvyk rýchlo rozprávať, keď je v napätí. Stávalo sa, že rozprávala tak rýchlo, že je niekedy ani nerozumeli. Nikdy nevedela, na čiu stranu sa prikloniť, každý z rodičov očakával, že na tú jeho. Rodičia jej vždy zakazovali, aby pred kamarátkami hovorila o ich hádkach. Preto si ani nikdy nemohla doviesť kamarátky k nim domov. Matka akoby žiarlila na dcéru pre náklonnosť, ktorú jej prejavoval otec. Pacientka si spomína na to, ako keď bola malá , niekedy išla k rodičom do spálne a chcela sa „šupnúť“ k nim pod perinu. Otec ju prijal s radosťou do stredu medzi seba a matku, ale matka vyjadrovala nevôľu, že ju chcú „vyhodiť“ zo spálne. Rodičia sa kvôli tomu hádavali. Spomína si tiež na to, ako raz matka bola chorá, spávala v obývačke, a ona bola s otcom v spálni. Tešila sa z toho, otec jej čítaval rozprávky, ale pamätá sa, že vtedy mala nutkanie kontrolovať hodinky v spálni, lebo by mohla (pacientka) ochorieť a zomrieť na nejaké smrteľné ochorenie. Na otázku, koľko mala pacientka rokov v čase tejto príhody: „ To som bola ešte maličká . . . asi 12-ročná . . . “ Pri mojom začudovaní dopĺňa, že ešte do 8. triedy bola veľmi detská, hrala sa s bábikami, nezaujímali ju chlapci, nemala poňatie o manželskom živote rodičov . . . Tam sú počiatky jej obsedantných symptómov, ktoré na začiatku interview nespomínala. Po celé roky, ale viac posledné 4 roky musí kontrolovať, počítať, opakovane sa pýtať (kompulzia), lebo ju napadá myšlienka, že ak to nebude robiť, mohla by ochorieť na nejaké smrteľné ochorenie (obsesia). Menzes dostala ako 14-ročná, keď sa s tým, zdôverila matke, táto reagovala nevrlo, nedostalo sa jej od nej poučenia, poučila ju kamarátka.

Pacientka má staršiu sestru a brata. Sestra má už svoju rodinu, vyštudovala medicínu (na rozdiel od pacientky so záujmom), nevie pacientku pochopiť, prečo nie je na škole spokojná, nemá v nej v tomto smere spojenca. Rodičia jej ju dávajú za vzor, porovnávajú ju s ňou. Brat nedokončil VŠ, nechal štúdium po 2. ročníku, je nezamestnaný. Matka ho, podľa pacientky, spomedzi detí vždy preferovala, aj teraz sa ho zastáva, napriek tomu, že je neúspešný. Je s ním v koalícii voči otcovi – a nej. Brat sa neustále háda s otcom, voči nej sa správa podceňujúco, provokuje ju, hovorí jej, že nedokončí školu . . .

Pacientka je doma stále v napätí, mnohokrát sa bojí vyjsť zo svojej izby, aby nezavdala niekomu z rodiny dôvod k nejakej hádke alebo kritickým komentárom. Často tak nejde ani na WC a zadržuje moč. Pritom sníva o tom, aké by to bolo, keby bol doma kľud, keby sa tam mohla voľne pohybovať, porozprávať sa.

Pacientka je rodičmi veľmi obmedzovaná, držia ju „nakrátko“, akoby bola malé dievča, a nie 20-ročná mladá žena. Vždy jej hovoria, že oni sú rodičia a najlepšie vedia, čo je pre ňu dobré, tak im vždy verila . . . Nemá odvahu odporovať im, lebo predvída ich odmietavé až znevažujúce reakcie, ktorým sa snaží radšej vyhnúť tak, že im neprotirečí, a ostáva „uväznená“ doma. Aj keď ich niekedy neuposlúchne a odíde za priateľmi, nemá z toho žiadne potešenie, lebo stále myslí na to, ako budú reagovať, keď sa vráti domov. Hlavne sa bojí matkiných reakcií. Hoci sa jej dostáva tak málo (od matky minimum, od otca o to viac, ale podmienečne), bojí sa, aby nestratila aspoň taký záujem a náklonnosť rodičov, akú má. Pacientky som sa spýtala, či psychické problémy, ktoré teraz má, nejak ovplyvnili správanie blízkych k nej. Pacientka bola schopná nahliadnúť, aké sekundráne zisky jej prinášajú jej aktuálne psychické symptómy – vďaka nim sa jej teraz dostáva viac pozornosti a starostlivosti zo strany rodičov, aj keď vie, že u mamy to nie je ani tak obava o ňu, ale obava, že jej zdravotné ťažkosti nepriaznivo ovplyvnia jej štúdium medicíny.

Hypotézy po prvom interview

V závere 1. interview som si pomenovala hlavný problém pacientky: konflikt závislosť vs. autonómia.U pacientky sú prítomné impulzy k autonómnemu konaniu, ktoré je však neschvalované rodičmi, ktorí majú tendenciu držať ju v závislosti od nich, vo svojom područí, a neustále jej otvorene vyhrozujú odopretím ich lásky, náklonnosti, záujmu i materiálnej podpory, keď sa nebude podriaďovať ich prianiam a nebude sa správať podľa ich predstáv. Pacientka, nezrelá a infantilná (dospelé dieťa), od malička trpiaca nedostatkom lásky a blízkosti od matky a o to viac primknutá k ot-

covi, ktorý jej náklonnosť a lásku prejavuje , i keď podmienečne, uviaznutá v oidipálnom vzťahu s ním, má veľký strach z toho, že by ju mohli rodičia (hlavne matka) odvrhnúť, čo by pre ňu bola „smrť“ (pacientkine slová). Táto jej úzkosť, pri konfliktnej idovej potrebe po závislosti, opatrovaní („stále ma “to„ ťahá domov . . . “) je v konflite s narastajúcou potrebou autonómie. Akékoľvek impulzy k osamostatneniu sa, k autonómnemu správaniu sú pre ňu „život ohrozujúce“ resp. self ohrozujúce. Okrem tejto dominujúcej úzkosti – úzkosti zo straty lásky dôležitých objektov, objavuje sa u pacientky aj úzkosť superegová, majúca zdroj v rigídnom superegu pacientky, vytvorenom internalizáciou rodičovských požiadaviek a noriem, taktiež veľmi rigídnych a nepriateľských (hlavné heslo rodičov: „Čo by povedali ľudia . . . !“). Podľa prítomnosti obsedantných symptómov a vzhľadom na situáciu, v ktorej sa v detstve l. raz objavili, usudzujem ďalej na úzkosť z vytesnených libidinóznych a agresívne-deštruktívnych impulzov (oidipálna situácia, kedy si pac. mohla priať matkinu smrť, aby mala otca pre seba) a v dôsledku vytesnených pocitov viny obsedantná obava, že sama – za trest– smrteľne ochorie – obrátenie proti sebe, kontrolovanie ako kompulzia – odčinenie (Schwidder, 1982). U pacientky je úzkosť (zo straty lásky) prítomná v rôznej intenzite stále a vedie k vytesneniu neželaných, ohrozujúcich impulzov smerujúcich k autonómii,v správaní pacientky sa to prejavuje rezignovanosťou, pasívnym podriaďovaním sa vôli rodičov, a často aj racionalizovaním tohto podriaďovania sa (napr. „Aj tak by ma nebavilo ísť tam . . . Aj tak by som sa tam necítila dobre . . . “).

Pacientkine intenzívne úzkostné stavy, majúce charakter panických stavov plne symptomaticky vyjadrených i s menším počtom symptómov, sú prejavom zlyhávania jemnej intrapsychickej regulácie – schopnosti ega zosúlaďovať tlak pudov a potrieb zo strany id so zákazmi rigídneho superega pacientky. Objavili sa v období, kedy sa zosilnila pacientkina nevôľa podriaďovať sa prianiu rodičov a pokračovať v štúdiu medicíny (nástup do ďalšieho ročníka) a kedy sa začala pohrávať s myšlienkou zanechať medicínu a prihlásiť sa na inú vysokú školu – v súlade s jej túžbami a predstavami, ale i reálnymi predpokladmi. Tento impulz bol pre ňu natoľko ohrozujúci , keďže pre pacientku predstavoval hrozbu straty lásky, náklonnosti až zavrhnutia rodičmi, že sa ako „riešenie“ tohto intrapsychického konfliktu u pacientky musela objaviť ako kompromis „imobilizujúca úzkosť“, ktorá jej mala zabrániť v nasledovaní impulzu k autonómnejšiemu správaniu a „ochrániť“ ju pred zavrhnutím rodičmi, ktoré by sa vo fantázii pacientky rovnalo„ smrti“, „totálnemu koncu“, a ktorá, sekundárne, mala zosilniť pozornosť rodičov voči pacientke, ich záujem a starosť o ňu, a tým nasýtiť jej konfliktnú potrebu infantilnej závislosti (Hašto, 2005a).

Vytvorila som si nasledovnú psychodynamickú koncepciu (formuláciu): Od detstva trpím nedostatkom matkinej lásky a akceptovania, ktoré je pre mňa vitálne dôležité. Blízkosťs otcom je pre mňa dôležitá tiež ale bojím sa maminej žiarlivosti a odvrhnutia. Aby ma úplne neodvrhla a aby som nestratila (hoci aj podmienečnú) lásku otca, musím sa rodičom úplne podriadiť a potlačiť svoje potreby a túžby, svoju agresivitu (aktivitu) a zotrvávať v pasívnej závislosti. Keď sa u mňa objavuje naliehavá potreba urobiť krok smerujúci k autonómii, objaví sa imobilizujúca úzkosť, ktorá ma „uchráni“ pred autonómnym konaním, a tým pred hrozbou, že ma rodičia zavrhnú, a navyše, ako bonus, vďaka nej získam viac pozornosti od rodičov (Beck, 2005).

Súhrnom k úzkosti u pacientky – myslím si, že ide o úzkosti na strednej (zo straty lásky objektu) až relatívne zrelej (úzkosť superegová a úzkosť z vytesnených libidinóznych a agresívne-deštruktívnych impulzov). U pacientky ide o osobnosť infantilnú, so závislými rysmi, prešľapujúcu na prahu medzi detstvom a dospelosťou, s ústredným konfliktom závislosť/autonómia, intelektovo dobre vybavenú, ale dosiaľ málo diferencovanú, s prísnym, ale ešte tvarovateľným superegom (Gabbard, 2002). Používa obranné mechanizmy vyššej úrovne – neurotické: vytesnenie, presunutie, izolácia afektov a súvislostí, reaktívny výtvor, racionalizácia, obrátenie proti sebe, odčinenie (Gabbard, 2005).V oblasti sexuálnej sa javí taktiež ako nezrelá, s nedoriešenou oidipálnou problematikou, s anamnézou nezrelých heterosexuálnych partnerských vzťahov, v ktorých sú pacientkine potreby skôr potrebami dieťaťa, než dospelej ženy.

Z hľadiska teórie vzťahovej väzby ide o pacientku, u ktorej vznikla v dôsledku zneisťujúcich skúseností, ktoré mala pacientka od dojčenského veku s väzbovými figúrami (predovšetkým s matkou) neistá, úzkostná vzťahová väzba, vrámci ktorej je u pacientky stále prítomná obava, že osoba, na ktorú je orientovaná vzťahová väzba, je neprístupná, nemá dostatočnú reakčnú pohotovosť alebo jej chýba porozumenie. K zneisteniu vo vzťahovej väzbe (s matkou a otcom) došlo u pacientky v dôsledku skúseností, ktoré boli ekvivalentom odlúčenia (časté hádky medzi rodičmi s následnými aj niekoľko týždňovými obdobiami výpadku vzájomnej komunikácie, ktoré od detstva prežívala s veľkou úzkosťou, pocitom bezmocnosti, a ako symptóm sa u nej už detstve v súvislosti s tým objavilo rýchle až nezrozumiteľné rozprávanie, vzorec prerušovania komunikácie matky s ňou, keď sa nesprávala podľa jej predstáv, odmietavý prístup matky k pacientke od detstva, kontrolovanie pacientky pomocou hrozby odopretia lásky či odvrhnutia pri jej správaní, ktoré by nebolo v súlade s predstavami rodičov), čo v pacientke vyvolávalo neistotu v dostupnosti a disponovaní vzťahovými osobami. Pre pacientku je charakteristický nedostatok odvahy k exploračne – autonómnemu správaniu, ktoré sa môže rozvinúť, až keď má človek istotu vo vzťahu. Je u nej zvýšená pohotovosť k spúšťaniu pripútavacieho správania a neustále prítomná úzkosť, že by mohla stratiť svoje vzťahové osoby. Aktivované pripútavacie správanie vedie k zabezpečeniu kontaktu so vzťahovými osobami (časté odchádzanie pacientky zo školy domov, záchvaty úzkosti, ktoré sekundárne vedú k zvýšenému záujmu a starostlivosti rodičov o pacientku, napr. jej sprevádzanie pri cestovaní . . .) a poisťuje si ich nimi želaným, pasívne-závislým správaním (Hašto, 2005b).

V závere 1. interview som si pacientku vyhodnotila ako motivovanú k terapii, z hľadiska diagnózy osobnosti (neurotická úroveň organizácie) i neurotickej symptomatiky vhodnú, motivovanú lepšie si porozumieť, pociťujúcu utr-

penie kvôli svojím symptómom, s dobrou toleranciou frustrácie, schopnosťou psychologického myslenia i schopnosťou myslieť v analógiách a metaforach, spĺňajúcu predpoklady pre psychodynamickú psychoterapiu – expresívnu, a ako som odhadovala, aj s výrazným podielom supportu. Dohodli sme sa predbežne na 15 sedeniach s ponechaním otvorenej možnosti predĺžiť terapiu na stredne, prípadne i dlhodobú, s frekvenciou cca 1–2x do t., podľa toho, ako to budú dovoľovať možnosti pacientke i mne (Gabbard, 2005). Psychoterapiu som, aspoň pre začiatok, zamýšľala skombinovať so psychofarmakoterapiou. Ordinovala som jej venlafaxin,75 mg/deň (užívala ho prvých 8 mesiacov terapie, a potom ho sama vysadila, bez relapsu panických symptómov; celkove trvala terapia 19 mesiacov, takže 11 mesiacov bola z terapie bez medikácie rovnako ako v 6-mesačnom období, ktoré je pokryté katamnesticky. Pacientka v závere sedenia žiarila vďačnosťou a odhodlaním pre terapiu.

Priebeh terapie

Terapia pacientky trvala l a pol roka, spočiatku raz za 2 týždne, neskôr sedenia nepravidelne, niekedy aj s 1-mesačným odstupom. Celkovo sme mali spolu 23 sedení, trvanie jedného sedenia bolo 50–60 minút. Väčšina z nich bola vedená verbálne, pomedzi čiste verbálne sedenia som zaradila dokopy 11 imaginácií (sedenia vedené formou KIP).

Do terapie pacientky som po prvom interview, kde prejavila takú čulosť a ochotu k terapii, vstupovala s veľkým optimizmom. Mojou ambíciou a predstavou bolo, že keď pacientke pomôžem lepšie poobjasňovať korene jej veľkej úzkosti zo straty náklonnosti rodičov v prípade aktívnejšieho prejavovania a napĺňania svojich prianí, keď sa pre ňu stanem pozitívnou autoritou, povzbudzujúcou a podporujúcou ju v samostatnejšom rozhodovaní, a zvlášť v rozhodovaní sa pre skončenie so štúdium medicíny, ktoré v nej začalo klíčiť, pacientka svoje prianie zrealizuje, prihlási sa na inú vysokú školu a uvoľní sa tým veľká energia, ktorú pacientka neefektívne investuje do konfliktne motivovaného štúdia (a navyše tak náročného). Vedela som si presne predstaviť, čo toto štúdium obnáša, a vnútorne som protestovala voči tomu, aby sa pacientka takto naďalej trápila. Táto moja predstava sa však v priebehu najbližších týždňov ukázala byť príliš ambiciózna.

Úvodná fáza terapie

Prvé dva mesiace sme sa s pacientkou opakovane bližšie zaoberali jej úzkosťami, pátrali sme po možných spúšťajúcich faktoroch, pričom som vždy zameriavala pozornosť na stavy úzkosti, ktoré mala pacientka medzi sedeniami a časovo čo najbližšie k danému sedeniu. Pri zameraní pozornosti bola pacientka často schopná uvedomiť si špecifické okolnosti pri vzniku úzkosti resp. pred jej nástupom, ktoré si predtým s úzkosťou vedomo nespájala (napr. náhla úzkosť pri ceste autom na sedenie, kedy sa rodičia za jazdy spolu hádali, alebo náhla úzkosť s vegetatívnym doprovodom, pocitom na odpadnutie, keď išla za otcom do školy – pacientka si dodatočne spomenula, že predtým po ceste myslela na to, ako jej mama zakazovala chodiť po dedine, lebo ľudia budú vidieť, že je doma, a pritom by mala byť v meste, kde študuje v škole . . .). Pacientka k tomu asociovala množstvo situácií z detstva, kedy jej matka niečo zakazovala alebo sa na ňu hnevala, s prehnaným ohľadom na mienku okolia, alebo situácie, pri ktorých sa rodičia spolu hádavali, ktorých bola svedkom, a kedy prežívala veľkú úzkosť a zároveň bezmocnosť, keď sa márne snažila uzmieriť ich. Pacientka si tieto pocity prepojila i s jej súčasným pocitom, že „nemá silu niečo riešiť“, prejavujúcim sa denno-denne v jej pasivite a rezignovaní v presadzovaní sa voči rodičom.

Pacientka si ďalej uvedomila svoj postoj k emócii hnevu, ktorá sa u nej dostala na „čiernu listinu“ v dôsledku zážitkov s matkou, u ktorej boli hnevlivé reakcie zle kontrolované, časté a búrlivé. Pacientka vnímala hnev ako ohrozujúci a ničivý. To, ako v súlade s túžbou po harmónii a negatívnou identifikáciou s matkou narába so svojím vlastným hnevom (vytesňuje ho, izoluje, obracia proti sebe), ako vysoko konfliktná je pre ňu táto emócia, ešte v tomto štádiu nebola schopná celkom nahliadnúť (Busch, Rudden a Shapiro, 2006). Keď som jej ponúkla širší význam slova agresivita, akceptovala interpretáciu jej neschopnosti aktívnejšie konať, presadzovať sa, stenickejšie pristupovať k problémom, ako súvisiacu s odmietaním agresivity ako takej v súvislosti s vyššie uvedenými životnými skúsenosťami. Venovali sme sa aj téme pacientkinej sebadôvery, ktorá u nej úplne závisela od hodnotenia dôležitými vzťahovými osobami. Pacientka pri diskutovaní tejto témy prišla k nahliadnutiu na to, ako táto nedostatočná sebadôvera súvisí s nedostatkom oceňovania a podpory od matky od detstva až do súčasnosti, resp. oceňovania len toho, čo bolo v súlade s matkinými predstavami (viac-menej to platilo aj pre otca). Pacientka si aj bola schopná priznať a oceniť niektoré svoje úspechy, schopnosti, ale tento pocit úspešnosti a dôvery vo vlastné sily bol labilný, ľahko spochybniteľný prvým zamietavým znamením od rodičov. Pacientka akceptovala interpretáciu, že jej schopnosti – to je niečo, o čo sa môže oprieť pri podnikaní svojich autonómnych krokov, a sú pre ňu preto určitým spôsobom ohrozujúce. Spochybňovanie vlastných schopností ju zároveň chráni pred realizáciou svojich impulzov smerujúcich k autonómii (napr. pacientka sa na sedení pochválila, aká dobrá bola na gymnáziu v matematike a fyzike, keď však doma spomenula, že by chcela prestúpiť na inú školu a študovať tieto predmety, matka vyjadrila pochybnosti, že nevie, či by to tam zvládla, a pacientka okamžite začala o sebe pochybovať a oslablo jej odhodlanie zmeniť školu).

Pri preberaní témy partnerských vzťahov vyšlo najavo, že bola doterajšími partnermi vnímaná ako „príliš náročná“ – príliš sa viažúca (čo je zjavne súčasťou modusu neistej – zapletenej vzťahovej väzby). Sama narážala na to, že mala odlišné očakávania od partnerov, než oni od nej. Kým oni chceli aj sex, pre ňu by sex nemusel existovať – potrebovala len blízkosť, porozumenie. Pacientka si lepšie uvedomila, ako s mužmi vytvára vzťahy podobné vzťahu jej – dieťaťa s otcom, nie zrelé, rovnocenné vzťahy, a aký konfliktný vzťah má k sexualite. To môže mať pôvod vo vyjadreniach matky na adresu mužov (chlapom ide len o sex) a v jej znevažovaní

pacientky pri pokusoch o vzťahy s mužmi (označovala ju za „kurvu“...). Pacientke som zdelila môj dojem, že žiadny z doterajších vzťahov nemyslela „až tak vážne“, že by jej na niektorom zvlášť záležalo, že by bola zamilovaná. Pacientka to pripustila a spontánne to spojila s odmietavým postojom otca k tomu, aby mala partnera. Otec sa správa, akoby chcel, aby bola „stále jeho malé dievčatko“. Hlbšie sme sa v tejto téme s pacientkou nedostali, zjavne bola pre ňu príliš ohrozujúca. Bála sa ohrozenia vzťahu s otcom, ktorý bol pre ňu predsa len z celej jej rodiny najviac emočne sýtiaci a podporujúci, aj keď nedostatočne konštantný, a tým obmedzujúci autonómiu. Usudzovala som tak z toho, ako jej výhrady voči otcovi postrádali priliehavý emočný doprovod a mala som pocit, že komunikujem s tým malým dievčatkom a nie s dospelou mladou ženou.

Pacientkine obsedantné symptómy som síce podrobnejšie zmapovala, pacientka sa v spomienkach vrátila k ich začiatku v detstve v trojuholníku matka – dcéra – otec, ale nakoľko som v súvislosti s nimi nezistila u pacientky dostatočný tlak utrpenia a dostatočnú zvedavosť po ich objasnení, a vzhľadom na „svätú nevinnosť“, s akou popisovala „posteľovú scénu“, keď sa ako „maličké“ (12 r.) dievčatko šuchla do postele medzi otca a mamu, pričom sa mama hnevala, že ju (matku) vyháňajú z postele, čo som vnímala ako silnú obranu, hlbšie som s pacientkou problém nerozoberala a interpretácie som si ponechala pre seba.

Počas týchto prvých 3 mesiacov terapie (s frekvenciou 1–2-krát za týždeň) som videla pacientkinu snahu a ochotu ku sebaskúmaniu, dospela k viacerým zaujímavým vhľadom, avšak mala som dojem, že viac na intelektuálnej úrovni, bez dostatočného emočného prežitia. Na sedenia prichádzala sústavne s meškaním, za čo sa vždy veľmi ospravedlňovala a zdôvodňovala to tým, že sa jej vždy otec alebo obaja rodičia núkajú, že ju dovezú (mimorajónna pacientka), potom ich ale vždy niečo (akože náhodou) zdrží – napr. sa pohádajú (najčastejšie) a nestihnú ju doviesť včas. Pacientku som sa snažila povzbudzovať k tomu, či by nemohla cestovať sama, zadávala som jej to aj ako „domáce úlohy“, aby som zabránila rozvíjaniu vyhýbavých symptómov kvôli expektačnej úzkosti (panické sympt. pri cestovaní do školy a v mieste štúdia). Jej neskoré príchody som vnímala ako prejav odporu (Gabbard, 2005). Na konci jedného sedenia som opatrne poznamenala, že pre terapiu nie je nevyhnutné, aby ju na ňu doprevádzali rodičia, na čo zareagovala síce s úsmevom na tvári, ktorý sa ale miešal s výraznou úzkosťou: „Takže už k Vám nemám chodiť?“ Keď som jej vysvetlila, ako som to v skutočnosti myslela, badateľne sa jej uľavilo. Hypotetizovala som vnútorný konflikt medzi jej snahou vyhovieť rodičom (a nechať sa nimi voziť na terapiu) a snahou vyhovieť mne (a prísť včas). Jej úzkosťou skreslené vnímanie mojej poznámky naznačovalo úzkosť z toho, že by som ju mohla aj ja „odvrhnúť“, podobne ako matka, pretože nerobí, čo od nej chcem (dochviľné príchody na sedenie). Interpretáciu tohto odporu i prenosu som si však odložila na neskôr, a viac som sa zamerala na povzbudzovanie pacientky k väčšej samostatnosti a k odskúšavaniu si nových možností fungovania.

Po týchto úvodných mesiacoch pacientka „uviedla na pravú mieru“ moje optimistické očakávania o rýchlom napredovaní terapie k svojmu „vrcholu“, ktorým by bolo zrealizovanie jej úmyslu ešte ten rok zmeniť vysokú školu. Pacientka síce podnikla kroky k tomu smerujúce, ale boli natoľko ambivalentné, že nemali nádej na úspech. Povedala rodičom o svojom zámere prihlásiť sa na inú vysokú školu, kde by sa mohla venovať svojej obľúbenej matematike. Zistila si, že by vďaka vynikajúcemu prospechu na gymnáziu nemusela ani robiť prijímačky. Rodičia verbalizovali podporu tomuto zámeru, ale ukázalo sa, že podpora bola len naoko. Matka sa jej ponúkla, že jej sama podá prihlášku i zaplatí požadovaný poplatok a pacientka s tým naivne súhlasila. Neskôr dostala zo školy upozornenie, že poplatok nebol zaplatený, pacientka list čítala, ale „prehliadla“ toto upozornenie, nereagovala naň včas a premeškala tak možnosť nastúpiť v najbližšom školskom roku do novej školy. Na sedení to potom opisovala ako „smolu“, svoj neúspech. Keď som jej však poukázala na všetky „akože“ v tomto príbehu, a na to, že to nebola ani smola ani prejav jej neschopnosti, ale skôr prejav toho, že nebola vnútorne naozaj rozhodnutá pre túto zmenu, pripustila, že to bude asi tak. Pre mňa z toho vyplynulo uvedomenie, že moje terapeutické ambície sú jedna vec, a druhá, podstatnejšia vec je pacientkina aktuálna pripravenosť (či skôr nepripravenosť) na takúto zmenu, a že ide z jej strany o prejav odporu voči zmene.

Stredná fáza terapie

Práca s pacientkou sa nasledujúce mesiace sťažila tým, že sa zväčšil interval medzi sedeniami na 2- až 4-týždňový. Bolo to buď kvôli štúdijným povinnostiam, učeniu sa na zápočty alebo kvôli opakovaným chrípkovým ochoreniam. Pacientka sa vždy vopred, častejšie však na poslednú chvíľu, ospravedlnila. Dôvody vymeškania som mohla brať ako niečo, čo sa skutočne môže vyskytnúť, avšak keď tých vymeškaní bolo priveľa, nadobudla som skôr dojem, že ide, aspoň zčasti, o prejav odporu v terapii. Rozhodla som sa pozmeniť prístup v terapii na viac supportívny.

Pacientka začala mať tendenciu od začiatku sedenia rýchlym tempom chrliť opisy toho, čo robila od predošlého sedenia, často pritom zabiehajúc do nepodstatných detailov. Medzi sedeniami robila minimálne pokroky, jej odhodlanie presadzovať si u rodičov aspoň drobnosti vždy vydržalo po sedeniach iba krátko a rozbilo sa na padrť pri prvom strete s ich nevôľou. Terapia sa mi zdala značne neproduktívna a rozhodla som sa s tým vysporiadať tak, že som s ňou na niekoľkých sedeniach pracovala formou KIP. Pacientke som zadávala imaginovať rôzne motívy – napr. Kvet, Lúka, Potok, Hora, Momentálne pocity, Dom (Leuner, 1999). Pacientka imaginovala veľmi dobre, pri všetkých motívoch sa objavovali pacientkine charakteristické problémy a obrany- obava ísť do neznámeho, fóbia z kliešťov, znemožňujúca jej voľný pohyb v prírode, rýchla rezignácia pri prekážkach, chýbanie snahy hľadať vlastné riešenia, potreba mať pri sebe známu osobu kvôli rade a schvaľovaniu, všadeprítomné „čo by povedali rodičia“, znemožňujúce jej spontánne konanie,

nedôvera vo svoje schopnosti. Pacientku som v imagináciách povzbudzovala k skúšaniu nových ciest, hľadaniu svojich vlastných riešení problémov, robeniu vlastných rozhodnutí, k spontánnejšiemu prejaveniu sa. Snažila som sa ju v imagináciách čo najviac exponovať fóbickým situáciám, zdržiavala som ju, aby z nich nezutekala, nevyhýbala sa im, ale aby si ich prežila a vydržala nepríjemné emócie. Pacientka sa skutočne snažila, postupne prestala mať potrebu všade si prizývať „poradcov", dobre reagovala na povzbudenie a snažila sa sama riešiť problémové situácie i viacej riskovať. Po každom takomto úspechu, „prekonania samej seba" v imaginácii mala potom pocit zvládania, väčšej kompetencie, sebadôvery, bola prekvapená sama zo seba a hrdá na seba. Vedela tiež následne pekne asociovať k symbolom z imaginácií a prežívala výrazné pocity evidencie pri interpretáciách niektorých momentov. Referovala o tom, že sa jej začalo intenzívne snívať, sny si väčšinou nepamätala, ale boli plné úzkosti, budila sa z nich spotená. Pamätala si úlomky jedného sna o tarantulách, ktoré jej otec pripevňoval v jej izbe na okno, „aby držali na mieste." Tieto zážitky seba ako aktívnejšej, odvážnejšej, schopnej, sebestačnejšej, si bola schopná uchovať aj medzi sedeniami. Pripomínala si jednotlivé momenty z imaginácií, avšak nebola ešte dosť silná na to, aby tieto jej zmeny našli odraz v realite. Úzkostné sny, ktoré sa objavili v období úspechov pacientky v imagináciách, by mohli byť v jej nevedomí odrazom ohrozenia týmito úspechmi („Moje narastajúce sebavedomie je hrozbou pre moje vzťahy s rodičmi.")

Terapia sa začala opäť „vliecť". Sedenia sme mávali nepravidelne, chodila zväčša s meškaním – vozieval ju otec s tým, že on potrebuje ísť na nákupy do Tesca ... Začala som byť opäť netrpezlivá. Pacientku som konfrontovala s tým, že sa neustále sťažuje na rodičov, ako ju obmedzujú, že s ňou zaobchádzajú ako s malým dieťaťom, ale na druhej strane, ona im nedáva moc príležitostí ukázať, že vie byť aj samostatná. Mala som totiž pocit, že popri sťažnostiach si pacientka celkom v pohode užíva pohodlie rodičovskej opatery, a že toto pohodlie začalo prevažovať nad nevýhodami takéhoto stavu a poklesla u nej motivácia k terapii. Začalo ma to všetko stále viac hnevať.

Uvažovala som nad tým, čo ďalej v tejto terapii – trvá už rok (hoci s nie veľkou intenzitou, frekvenciou sedení), badateľný efekt v realite miminálny ... Pacientka stále ostávala v pasívnej role dieťaťa, podriaďujúceho sa vôli všemocných rodičov. Terapia prebiehala vo vlnách – fázy aktivity striedali fázy stagnácie a pasivity. Predsa len som sa snažila veriť tomu, že práca, ktorú sme doteraz vykonali, sa nestráca, ale že príde čas, kedy sa zhodnotí. Nemala som však z práce s pacientkou dobrý pocit a skúmala som, či sa ja sama nejakým spôsobom nepodielam na jej viaznutí. Skúmala som svoj protiprenos, hlavne stupňujúci sa pocit hnevu a chuť „vzdať" túto terapiu. Prišla som na to, že sa hnevám na pacientku, že nenaplnila moje očakávania od nej. Hoci som ju v dobrej viere podporovala vo väčšej nezávislosti od rodičov, je možné, že to pociťovala ako tlak, že som sa pre ňu stala ďalšou autoritou, ktorá ju núti do realizácie jej vlastných predstáv (podobne, ako to robili jej rodičia), a že sa mi síce snažila vyhovieť, aby si udržala moju pozornosť, náklonnosť, podporu, avšak strach zo straty náklonnosti rodičov, z ohrozenia reálnych vzťahov, bol predsa len väčší. Išlo tu teda o odpor kvôli ohrozeniu reálnych vzťahov, ako aj o prenosový odpor voči mne ako „matke", ktorá chce, aby sa správala podľa jej predstáv.

Reformulácia cieľa a záverečná fáza

Potom pacientka prišla na sedenie po dlhšej pauze, počas ktorej bola niekoľkokrát v škole, v doprovode matky, a niekoľkokrát neúspešne robila zápočty k skúškam. Mala som naplánované preskúmať pacientkinu ďalšiu motiváciu k terapii a prehodnotiť terapeutický cieľ (Gabbard, 2005). Interpretovala som pacientke prenos a pacientka túto interpretáciu bola schopná prijať. Vyjadrila sa, že by sa chcela zmeniť, a že je mi vďačná, že ju podporujem, ale že sa tak veľmi bojí straty náklonnosti rodičov, že predstava, že by ju odvrhli, pre ňu znamená „totálny koniec", „nič". Tieto slová na mňa silno zapôsobili a môj hnev sa zmenil na súcit. Dala som jej najavo moju účasť a rešpekt k jej vlastnému tempu zmien v jej vzťahoch s rodičmi. Pacientka naliehavo vyjadrovala prianie pokračovať v terapii s cieľom dopracovať sa k menšej závislosti od rodičov a väčšej sebadôvere.

V terapii sme ďalej pokračovali s frekvenciou 1–2x do mesiaca, prevažne s využitím imaginácií, s podobným akcentom ako predtým pri práci s imagináciami (motívy Inšpekcia vnútra vlastného tela, Okraj lesa, Lev, Sopka, Pes z pac. sna, Most). Po „prehodnocovacom" sedení sa v terapii akoby čosi uvolnilo a pacientka začala na sedeniach referovať o náznakoch zmien v jej živote. Na sedenia chodila zrazu načas, občas ju ešte priviezol otec, ale keď videla, že s ním by meškala, poprosila kamaráta, ale viackrát pricestovala sama – autobusom. Začala viac chodiť do spoločnosti, kde sa zoznámila s dvoma novými mužmi, ktorí o ňu prejavili záujem. Napodiv, matka jej nebránila chodiť z domu (pacientka to vysvetľovala tým, že si matka myslí, že ju to motivuje k učeniu sa na skúšky) ... Obrazy z imaginácií sa jej intenzívne vracali v predstavách medzi sedeniami a prichádzala na ich nové významy a súvislosti s jej životom. Mala množstvo intenzívnych nočných snov. Sama cestovala do Plzne do školy, nie celkom v pohode, ale bez výraznejšej úzkosti. Uvažovala nad tým, že ak neurobí najbližšiu skúšku, ktorá ju čakala, nebude mať význam ďalej v štúdiu pokračovať. Zamýšľala sa nad možnosťou prestupu na medicínu do blízkeho mesta, ale sama tento nápad zavrhla ako nič podstatne nemeniaci. Na ďalšom sedení (v júni m.r.) mi zrazu zdelila, že sama navštívila univerzitu, na ktorej zamýšľala začať štúdium, a osobne si zistila, že ju tam môžu na želaný odbor prijať bez prijímačiek. Skúsi ísť ešte na skúšku z fyziológie, ale keď ju nespraví, pôjde študovať matematiku ... V júli mi poslala pozdrav z dovolenky a v auguste prišla na sedenie s tým, že fyziológiu, samozrejme, neurobila, a že od septembra nastupuje na novú vysokú školu. Rodičia sa s tým pomaly zmierujú ... S prekvapením som ju počúvala, pôsobila tak sebaisto, bez náznaku pochybností, s radostným očakávaním toho, čo ju čaká. Mala som veľkú

radosť, ale predsa len aj určité obavy a pochybnosti, či sa jej v novom prostredí nezopakujú predošlé úzkosti. Pripadalo mi to všetko ako sen (po všetkých tých pochybnostiach a potkýnaniach sa v priebehu liečby) ... Pochybnosti som si však nechala pre seba – nemohla som sa predsa zachovať ako jej matka a zneistiť ju hneď v úvode ... Vzhľadom na toto vyústenie a na dané okolnosti sme sa s pacientkou dohodli na ukončení terapie s možnosťou pokračovať v nej v prípade jej potreby a záujmu v budúcnosti.

Katamnéza

Ďalšie mesiace som nemala žiadne správy o tom, ako sa jej darí. Raz sa pokúsila cez sms dohovoriť si stretnutie, ale ja som vtedy nebola dostupná. K Novému roku i k Veľkej noci mi poslala milé sms blahopriania. Konečne začiatkom roka, l/2r. po ukončení našej terapie, sa ozvala a dohovorila si stretnutie. Práve ukončila semester a mala nejaké voľno. S napätím a obavami som očakávala jej príchod. Keď prišla a začala rozprávať, mala som zrazu pred sebou energiou prekypujúcu mladú ženu, šťastnú a spokojnú so sebou. V novej škole sa bez problémov zadaptovala, štúdium ju veľmi baví, úspešne zvládla skúšky v prvom semestri. S nadšením opisovala, ako rieši matematické príklady, kupuje si rôznu odbornú literatúru. Našla si nových priateľov medzi spolužiakmi a končene si naplno užíva študentský život. Od ukončenia terapie nemala žiadne panické záchvaty ani iné významnejšie úzkosti, cestovanie jej nerobilo žiadny problém. Cez leto sa chystala ísť na 2 mesiace brigádovať do Kanady. Udávala, že rodičia si už zvykajú na to, že zmenila školu, dokonca aj mama sa s tým zmierila. Ale pacientka zároveň dodala, že keby aj nie, už by ju to tak netrápilo /„Mám ich akosi na háku ... "/. A mne v tom momente pri spätnom pohľade na našu terapiu išlo hlavou známe ľudové: „Dočkaj času, ako hus klasu."

Literatúra

Argelander, H.: Prvé interview v psychoterapii. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998, s. 5-7.

Beck, D.: Krátkodobá psychoterapia. Úvod z psychoanalytického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005, s. 23-30.

Benkert, O., Hippius, H.: Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2002, s.15-16.

Busch, F., Rudden, M., Shapiro, T.: Psychodynamická terapia depresie. Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., Trenčín 2006, s. 28.

Duhrssen, A.: Dynamická psychoterapia. Príručka hlbinne orientovaného prístupu k pacientom. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998a, s. 46.

Duhrrsen, A.: Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998b, s. 63-74.

Gabbard, G.O.: Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005.

Gabbard G.O.: Psychodynamická psychiatria v klinickej praxi. Konspekt. PO NsP, Trenčín 2002.

Hašto J.: Psychodynamika úzkostí. Slovenský lekár 3-4/2005a, s. 102-107.

Hašto J.: Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., Trenčín 2005b, s. 160-164.

Hettema, J.M.: Genetics of Anxiety disorders. In: Kendler,K.S., Eaves,L.J.(ed.): Psychiatric genetics. American Psychiatric Publising, Washington, 2005, s.141-166.

Leuner H.K.: Katatymní prožívaní obrazú. Studentské texty k psychoterapii. Masarykova univerzita, Brno 1999.

Mentzos, S.: Rozumíme sami sobě? Neurotické zpracování konfliktú. Nakladatelství Lidové noviny, Praha 2000, s. 103-116.

Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., Shapiro, T.: Psychodynamická psychoterapia panickej poruchy. Manuál. Vydavateľstvo F, Pro mente sana , Trenčín 2006, s. 33.

Schwidder, I.W.: Klinika neuróz. Študijný konspekt PO, FN, Trenčín 1982.

Do redakcie došlo 10.11.2006.