Kazuistika

Pacient s akcentovanými rysmi osobnosti a depresiou

M. Ranincová

Patient with accent features of his personality and depression

Súhrn

Podľa novšej metaanalýzy efektivity jednotlivých psychoterapeutických metód pri depresii patrí k najúčinnejším psychodynamická psychoterapia (Grawe, 2004). V predloženej kazuistike je podrobnejšie zachytené psychodynamické prvé interview a ďalší priebeh psychoterapie pacienta s prvou epizódou stredne ťažkej depresie s endogenomorfnými príznakmi s akcentovanou premorbídnou osobnosťou v zmysle niektorých narcistických rysov a „depresívne neurotických" rysov (Schwidder, 1982). Koterapia antidepresívom ponecháva na diskusiu, ktoré účinky komplexnej terapie možno pripisovať ktorému terapeutickému faktoru.

Kľúčové slová: depresia, psychodynamická psychoterapia, konflikt, protiprenos.

Summary

The new metaanalysis of effectivity of psychotherapeutic approaches in treatment of depression shows psychodynamic psychotherapy as one of the most effective (Grawe, 2004). In the presented case study is represented the psychodynamic first interview and the following psychotherapy of a patient treated for the first episode of major depression with narcissistic and „neurotic-depressive" features of his personality (Schwidder, 1982). The application of antidepressant keeps a space for discussion which therapeutic tools contributed to which therapeutic effects.

Key words: depression, psychodynamic psychotherapy, conflict, countertransference.

Úvod

S depresívnymi pacientami sa v našej praxi stretávame každodenne. Psychodynamická terapia je hodnotným príspevkom samotnej liečby depresie ako i vulnerability k rekurencii depresie (Busch et al., 2006). Psychodynamický psychoterapeutický prístup v kontexte terapeutického spojenectva exploruje vnútorné konflikty, vzťahy a nevedomé problémy pacienta, bez odkrytia ktorých by často liečba nemohla byť úspešná. Grawe uvádza novšie metaanalýzy efektivity psychoterapie veľkých depresií, v ktorých vychádza lepšie psychodynamická psychoterapia v porovnaní napríklad s kognitívne-behaviorálnou psychoterapiou. Grawe (2004) interpretuje tieto nálezy ako doklad pre dôležitosť zaoberania sa vzťahovou problematikou. Aj keď farmakoterapia depresie antidepresívami je veľmi účinná, má oproti psychoterapii nevýhodu v tom, že jej efekt sa po ich vysadení stráca, zatiaľčo katamnestické sledovania pacientov po absolvovaní úspešnej psychoterapie svedčia pre pretrvávanie efektu liečby (Benkert a Hippius, 2002).

Kazuistika

Prvý kontakt a prvé interview

Pán X. je 56-ročný muž, ku ktorému som bola privolaná ako konziliárny psychiater počas jeho hospitalizácie na internom odd. Ošetrujúca lekárka mi poskytla informáciu, že je u neho podozrenie na hepatitídu C a ošetrujúcemu personálu sa zdalo, že sa s tým pacient nevie zmieriť, pôsobí

Psychiatrické oddelenie FNsP, Trenčín
Adresa: MUDr. Monika Ranincová, Psychiatrické odd. FN, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, Slovenská republika

depresívne. Deň predtým navrhnutý rozhovor so psychiatrom odmietol.

Po tomto úvode mi napadlo, že to asi nebude jednoduchý rozhovor, že zrejme budem musieť vynaložiť viac úsilia, podať vyšší výkon, aby sa mi s ním podarilo nadviazať kontakt, a zároveň som pocítila zvedavosť na jeho príbeh.

Na vyšetrenie prišiel trocha váhavo, ako keby sa mu nechcelo a možno sa i obával, čo ho čaká. V jeho pohľade bolo niečo ako odmietanie „mali ste mi dať pokoj". Je strednej postavy, na pyžame mal oblečený župan, precízne previazaný v páse, tmavé vlasy pôsobili čerstvo starostlivo učesané dohora. Celkovo pôsobil takým uhľadeným dojmom. Hneď mi tak prebleskло hlavou, že je to človek, ktorý si potrpí na určitý status a vystupovanie.

Vybral si stoličku priamo oproti mne a v podstate ma neustále sledoval pohľadom, akoby mu nemalo ujsť ani jedno moje gesto alebo mimický prejav. Pôsobil strnulo, napäto, sedel vzpriamene, ruky si položil na stôl, dlaňami spojené a občas si ich nepokojne žmolil. Vyžarovalo z neho napätie, „držanie niečoho", mal chudobnejší mimický prejav. Pri príchode sa síce i zdvorilo usmial, jeho oči však zostávali smutné, bez výrazu. Cítila som sa v strehu, mala som pocit, že musím starostlivo vyberať slová a veľmi sa sústrediť, ako by on čakal na nejaký môj prejav, ktorý by mu mal potvrdiť niečo negatívne, odmietajúce. Zároveň som si vo svojom protiprenose uvedomila veľkú túžbu po porozumení a akceptácii a potrebu byť pravá a opatrujúca.

Po mojom úvodnom slove a predstavení sa reagoval so slovami, že s hepatitídou sa mu zrútil celý svet. Hovoril o svojich obavách, že ho bude čakať náročná liečba, ktorú nevie ako bude zvládať, nevie, či sa bude môcť vrátiť ešte do práce. Spomenul i to, že jeho manželka pred 20 rokmi prekonala hepatitídu A, on sa o ňu veľmi staral, až ostatní hovorili, že hociktorý muž by to nedokázal. Opakovane si kladie otázku, kde sa mohol nakaziť, dáva ju i lekárom, ale nedostáva na ňu odpoveď. Hovoril o tom, čo pre neho znamená už i slovo hepatitída, čo o tom ochorení vie. Pôsobil unavene, rozprával tichším hlasom, tvár mal takmer bezvýraznú, občas sa ironicky usmial, ale úsmev bol plný bolesti, o ktorej priamo nehovoril. Na otázky odpovedal bez latencií, odpovede rozvíjal. Po cielených otázkach som sa dozvedela, že horšie spáva, má problém hlavne zaspať, ale občas sa i skoršie ráno prebúdza, nechutí mu jesť, cíti sa viac unavený. Nedokáže sa sústrediť, ledva dohrá so spolupacientami karty, ale to je maximum, pri čom vydrží, nedokáže lúštiť ani krížovky, čo inokedy veľmi rád robieval. Veľa premýšľa nad svojou životnou situáciou, nevie sa už ani tešiť. Má tendenciu sociálne sa izolovať, veľa fajčí, lebo je nervózny, napätý. Pripustil, že ho už aj napadlo, že to ako to prežíva, nie je celkom v poriadku, že možno by potreboval vyhľadať i pomoc, ale nebol k tomu odhodlaný, lebo bol presvedčený „že si s tým musí poradiť sám". Po cielenej otázke priznal, že premýšľa nad ukončením so životom, lebo má pocit, že nemá iné východisko. Uvedomovala som si, ako sa počas rozprávania postupne uvoľňoval, mimicky reagoval živšie, rozprával primerane hlasno a živším tempom reči, sedel viac otvorene. Ruky si už nepokojne nežmolil, ale ich mal voľne položené na stole. U seba som si všimla, že mu počas jeho rozprávania prejavujem i mimoverbálne podporu, sedím mu viac naklonená a poskytujem empatické porozumenie. Cítila som pre seba samú upokojenie, keď so mnou uzatvoril antisuicidálny kontrakt (k prípadnej hospitalizácii na psychiatrii bol zásadne odmietavý). Pri podaní ruky k zaviazaniu sa k antisuicidálnemu kontraktu som pocítila veľmi pevný, istý stisk ruky. Registrovala som, že naše vzájomné podanie si ruky bolo pre neho veľmi dôležité, hoci kratučko predtým som z jeho strany cítila zaváhanie, ktoré som si preložila ako „či mi vôbec môže podať ruku zo strachu, že ma nakazí hepatitídou".

Postrehla som, že počas svojho rozprávania opakovane v súvise s hepatitídou spomenul slovo „menšina". Spýtala som sa ho, čo pre neho toto slovo znamená. Začal mi rozprávať, ako sa pri svojej práci v utečeneckom tábore stretával „s menšinou – utečencami", veľmi dobre poznal ich osudy a hlavne to, ako sa ostatná spoločnosť voči nim správala – odmietavo a pohrdlivo. Pri týchto slovách som vnímala u neho rozrušenie, znepokojenie. Rozhodla som sa priniesť interpretáciu, ktorú dokázal prijať a vnímal i upokojujúco. Povedala som mu, že možno má obavu, že podobne ako sa utečenci – menšina – stretávali (mal možnosť do toho vidieť, keďže s nimi pracoval a zaujímal sa o nich) s odmietavým a pohŕdavým postojom spoločnosti, že podobne by sa teraz mohlo okolie správať k nemu vďaka hepatitíde – ochoreniu, ktorým väčšinou trpí menšina (väzni, prostitútky, narkomani a pod.). Po týchto mojich slovách sa uvoľnene vystrel na stoličke a dal mi prekvapene za pravdu, že takto nejako to vo svojom vnútri cíti, že tento strach má, hoci si i uvedomuje, že by to v skutočnosti tak nemuselo byť. Bol schopný postrehnúť i určité opakovanie vo svojom živote, kedy viackrát a v rôznych situáciách prežíval pocit, že je odmietaný a s tým súvisiaci pocit vlastnej menejcennosti.

Viac spomínal na svoje pôsobenie medzi utečencami, prichádzal i do priameho kontaktu s nimi, viackrát pomáhal niektorých z nich i zachraňovať. Pri rozprávaní o svojom pôsobení v tábore ožíval ešte viac, sedel podstatne voľnejšie, otvorenejšie a ja som silne vnímala ako mu tieto spomienky zvyšujú pocit vlastnej hodnoty, vnímanie seba samého ako kompetentného. Mala som potrebu nechať mu zažiť si tento pocit.

K biografickej anamnéze

Pripomíname, že vhodný „návod" pre odobratie biografickej anamnézy z hlbinne-psychologického aspektu poskytuje Duhrssen (1998).

Z anamnestických údajov pacienta vyberiem, že je ženatý, manželka pracuje ako úradníčka, sú spolu 30 rokov. V nemocnici ho denne navštevuje a „urobila by pre neho všetko". Majú syna, ktorý je slobodný, t.č. pracuje v zahraničí. On sám je ekonóm, posledné roky pracuje vo vedúcej pozícii v istej firme, nejaký čas robil i zástupcu riaditeľa v tábore pre utečencov. Práca ho baví, má dostatočný pocit sebarealizácie v terajšom zamestnaní, aj si myslí, že s kolegami dobre vychádza, je tam spokojný. V detstve často býval u babky – maminej matky. Lepšie spomienky má na obdobie strá-

vené u nej ako u vlastných rodičov. Vzťah s ňou vnímal ako vrúcny a bezpodmienečný, na rozdiel od vzťahu so svojimi rodičmi. Ťažko sa vyrovnával s jej stratou – zomrela, keď mal 24 rokov. Po jej smrti sa cítil dosť osamelý. Má 2 súrodencov, o 3 roky staršiu nevlastnú sestru (matku majú spoločnú) a o 4 roky mladšieho vlastného brata. Sú spolu v kontakte málo, „lebo jeho žene sa to nepáčilo". Sám sa už v detstve musel o mladšieho brata starať, čo vnímal dosť zaťažujúco. Doteraz sa zvykne starať o druhých. Na brata sa zvykol aj hnevať za starostlivosť o neho, ale nemohol to dať najavo, lebo otec bol veľmi prísny a zvykol ho biť. Bitky boli za všeličo, hoci sa snažil rodičom vo všetkom vyhovieť. Jeho rodičia ešte žijú, niekoľko rokov mali slabý vzájomný kontakt, ale počas posledných rokov ich opäť začal viac navštevovať a je tomu rád. Jeho žena však o tom nevie, lebo bola proti tomu. Manželka je jeho prvou vážnejšou partnerkou, v mladosti si veľmi neveril, bol pred ženami plachý. Platonicky ľúbil priateľku z detstva, ktorú ale nedokázal osloviť, lebo sa bál jej odmietnutia. Potom sa zoznámil so svojou manželkou, ktorá sa mu fyzicky veľmi páčila. Po 4 mesiacoch známosti navrhla svadbu, s ktorou on súhlasil. Vážnejšie chorý nebýval, posledné 3 roky je liečený pre arteriálnu hypertenziu a teraz je u neho podozrenie na hepatitídu. Psychiatrom nebol nikdy liečený.

Už v závere nášho stretnutia pociťoval určitú úľavu od svojho vnútorného napätia, bol pokojnejší. Dohodli sme sa na psychoterapii spolu s medikáciou (antidepresívum – sertralín v dávke 50 mg denne v kombinácii s anxiolytikom). Akceptoval zhodnotenie, že aktuálne prežíva krízu, ktorú je potrebné predovšetkým vydržať, že je možné sa z nej dostať, a že spoločne v rámci psychoterapie budeme hľadať a snažiť sa porozumieť prekážkam, ktoré mu bránia dostať sa z nej a tešiť sa zase zo života. Bol schopný verbalizovať, že jeho hlavným problémom nie je samotná hepatitída ako ochorenie, ktoré ohrozuje jeho zdravotný stav, ale skôr jeho strach z odmietnutia a pohŕdania druhými v dôsledku nej. Hepatitídu zároveň vnímal ako iracionálny trest za niečo (krutosť osudu), čo si ani nezaslúžil a „zrútilo mu celý svet", čo malo iba potvrdiť jeho koncept nehodného, odmietaného.

Moje protiprenosové emócie a postoje – sebareflexia

Po prvom interview (Argelander, 1998) som sa cítila veľmi unavená a vyčerpaná, až som mala pocit „že vycucol zo mňa celodennú energiu", zaviazaná prílišnou zodpovednosťou a priveľkým očakávaním od seba samej, s tendenciou ho chrániť až matersky, čo som si preložila ako protiprenosový pocit. Uvedomovala som si i vlastný podiel požiadavky na „nezlyhanie" a podanie čo najlepšieho „výkonu". Jeho životný príbeh bol pre mňa zaujímavý, mala som pocit zmysluplnosti nášho rozhovoru, začiatku nadviazania terapeutického vzťahu. Bola som si vedomá jeho veľkej dávky potláčaného hnevu a podráždenia, ale i vnútorného utrpenia, ktoré som i ja protiprenosovo u seba odčítavala. Cítila som v sebe nastavenie mu pomôcť.

Ďalší priebeh terapie a dopĺňanie biografickej anamnézy

Na našom druhom stretnutí sa priznal, že sa chvíľu zaoberal myšlienkou jeho odmietnutia – pre pocity hanby zo zverovania sa niekomu so svojimi slabosťami, nie je na to zvyknutý. Po prejavení môjho empatického porozumenia sám začal rozprávať o niečom, čo ho už dávno ťaží, len teraz problém s hepatitídou bol takou poslednou kvapkou pri tom všetkom..

Spomínal na svojho jediného 29-ročného syna, ktorého opisoval ako veľmi nadaného. S bolesťou hovoril o tom, že syn je gay – menšina. Manželka mu viackrát povedala „že sa s tým nikdy nezmieri" a on si myslí, že možno aj kvôli tomu syn nakoniec začal s drogami – stal sa narkomanom, spreneveril veľkú sumu peňazí. Teraz je už 8 mesiacov nezvestný ... Nikto z okolia, ani príbuzní a blízki o tom nevedia a aj doma je téma syna tabu. S manželkou sa vôbec o ňom nerozprávajú, nespomínajú ho... Syna opisoval až idealizujúco, v popredí bol veľký smútok za jeho stratou. Počas rozprávania veľa plakal, ale bol to taký úľavný plač. Nebolo mu síce ľahké plakať v mojej prítomnosti, ale za prejavenia účasti a podpory to zvládol a pociťoval uvoľnenie. Cítila som jeho bolesť a smútok zo straty jediného syna. Protiprenosovo som si uvedomovala i to, ako sa hnevám na jeho syna za to, že mu spôsobil taký žiaľ, tento hnev však on ešte nebol schopný reflektovať. Prezentoval sa ako rodič, ktorý i sám má nejaké chyby. Hovoril aj o smútku za stratenými nenaplnenými snami o vnúčatách. Bližšie jeho uvedomeniu v tom období bol hnev na manželku, ktorý dokázal i pomenovať po mojej poznámke, že niektorí ľudia by možno cítili i zlosť na partnera, keby mali pocit, že zjednodušene povedané stratili dieťa vďaka ich nejakému kroku alebo nedostatočnému akceptovaniu, a že je to pre mňa zrozumiteľná situácia.

Proces liečby

Postupne sa v procese liečby do popredia čoraz viac dostávala práca s jeho hnevom (Busch et al., 2006, Gabbard, 2005). Hneval sa na manželku, že spôsobila synov odchod, ale i pre ním prežívané silné manipulácie z jej strany, voči ktorým sa cíti bezmocný. Je na ňu silne ambivalentne naviazaný, sám to zhodnotil tak, že „nevie žiť ani bez nej, ale ani s ňou", ale tiež, že jej dal nad sebou veľmi veľkú moc, ktorá mu nedáva žiadny pocit slobody. Manželku opisoval ako žiarlivú, s veľmi silnou potrebou ho kontrolovať, ovládať, nedbajúc na jeho potreby, pričom on jej nedokáže priamo vyjadriť svoj odmietavý alebo nesúhlasný postoj. V priebehu terapie si začal uvedomovať svoj strach z vlastnej agresivity a spôsob, ako svoj hnev na druhých potláča alebo otáča proti sebe.

Potreboval veľa podpory, vplyvom svojho *superega* a odmietajúcim zážitkom z detstva vnímal iných väčšinou ako kritických a odsudzujúcich (dojímavo prežíval napríklad prejavy náklonnosti od spolupacientov na internom oddelení – korektívna emočná skúsenosť, čo tiež pomáhalo stabilizovať jeho narušenú narcistickú rovnováhu).

Čiastočne bol schopný nahliadať na svoje *očakávania od druhých*, ktoré keď nie sú naplnené, tak zostáva sklamaný, cíti sa odmietnutý, s tendenciou znehodnocovať vzťah a význam druhého pre neho. To sa ukázalo napríklad i priamo v prenose v rámci našich sedení, kedy po pripomenutí limitovaného času vyhradeného na naše sedenie a oboznámení o mojej neprítomnosti v práci počas najbližších 5 dní (hoci sme nemali v tom čase mať stretnutie) – už i myšlienka na to, že mu nebudem môcť byť k dispozícii v prípade nevyhnutnosti, bola skúškou terapeutického vzťahu – zažil si ma ako sklamávajúcu jeho očakávania, aj sa na mňa hneval (vtedy som najskôr v protiprenose zachytávala pocity viny až obavy o jeho život). Najskôr reagoval odmietajúco, zmenšoval môj význam pre neho, napriek tomu dokázal ďalej pokračovať v terapii.

Postupne sa naučil viac *reflektovať* i „lepšie“ stránky svojej manželky, ale i druhých a spájať svoje vnímanie silnej zodpovednosti za pocity svojej manželky s negatívnymi zážitkami z detstva, kedy sa cítil opakovane zodpovedný za plač svojej matky a tiež konflikty medzi rodičmi. V detstve prežíval pocit zodpovednosti i za odmietajúce a trestajúce správanie svojho otca. Matka sa ho nedokázala zastať, čo vnímal ako trest za to, že bol príčinou ich manželstva – spomenúc si v tomto kontexte na vetu, ktorú počul od matky asi ako 3-ročný – „nebyť teba, tak som sa mohla mať lepšie“ – čo si vyložil tak, že matka sa za otca vydala iba kvôli jeho narodeniu – rodičia sa zobrali až po jeho narodení ... vynorenie tejto spomienky na treťom stretnutí bolo veľmi dôležité a pomohlo mu dať do kontextu viacero situácií i spôsobov jeho prežívania.

Postupne dokáže o niečo lepšie *verbalizovať* a rozumieť svojmu prežívaniu, dávať ho do *súvisu* s interpersonálnymi situáciami (Duhrssen, 1998). Občas sa v rámci sedení objavovali ešte i pocity hanby a zlyhania za to, že je odkázaný „na pomoc“, ale dokázal ich spracovať a pokračovať v liečbe.

Ďalšie vhľady

Čoraz viac získaval *pochopenie* pre svoje prísne svedomie, ktoré mu nedovoľuje správať sa všeobecne „agresívne“ – ako nechce byť v tomto podobný ani svojej manželke, ale hlavne otcovi, ktorého v detstve zažíval ako ubližujúceho matke, ale i jemu samému. Ak mal pocit, že sa správa agresívne, zažíval pocity viny.

Na 9. sedenie prišiel naliehavo deň vopred – po tom čo jeho nadriadený dostal anonymný list, v ktorom sa písalo, že má syna kriminálnika a tiež o rozhorčení ako s hepatitídou C môže byť vo svojej pracovnej pozícii – vnímal to ako veľký podraz. V tom období bolo pre neho ťažké čeliť tomu sám a teraz mal tomu čeliť i pred druhými – bola to situácia, ktorej sa obával a necítil sa na ňu pripravený ... bol nepokojný, nahnevaný. Zaradenie mimoriadneho sedenia vítal s veľkou úľavou a ešte i neskôr hodnotil ako pozitívny moment v terapii. Vo veľkom hneve po obdržaní anonymu si naplno uvedomil svoje sklamanie a bezmocnosť, cítil sa odmietnutý. V tom čase sa mu nedalo oprieť ani o manželku, ktorá „sa tiež zosypala na základe tej správy“, čo vyústilo do túžby uniknúť tomu všetkému. Premýšľal nad obesením sa. Vtedy mu pomohla spomienka na stisk mojej ruky, našu spoluprácu a na sľub, ktorý mi dal. Následne mal pozitívnu sebaposilňujúcu skúsenosť, že sa mu podarilo vymeniť gumy na aute, čo dokázal prežiť ako zážitok seba ako schopného, kompetentného. V tom období si popri láske prežil i svoju zlosť na syna za to, že im spôsobil toľko trápenia a teraz sa im ani neozýva, že im nedal nijako najavo, že mu na nich vôbec záleží.

Dokázal nahliadnuť i na to, že nestačí pasívne očakávať, čo mu ja ponúknem a poskytnem, s paralelou očakávania láskyplnej starostlivosti svojou manželkou a matkou, ktorá mu v detstve chýbala a prežívania sklamania i hnevu na ňu. Postupne prinášal postrehy ako pozitívne vníma terapiu, hoci veľakrát mu je i ťažko; ako som sa priam stala súčasťou jeho vnútorného života, veľa premýšľa o sebe, vníma vo svojom živote zmeny k lepšiemu. Medzitým sa definitívne potvrdila pozitivita hepatitídy C, čo zvládol bez významnejšieho zakolísania svojej sebaúcty, pripravený perspektívne podstúpiť i liečbu interferónom (v tom čase už zase chodil normálne do práce, kde dokáže adekvátne fungovať ako predtým).

Občas používa humor, niekedy ironizuje sám seba, ale viac v tom už badať určitú láskavú zhovievavosť voči sebe, nielen na seba alebo okolie útočiace výroky. Dôležité je priebežne mu vyjadrovať podporu, predovšetkým *empatické porozumenie* jeho citom a prežívaniu (Frederickson, 1998) a obozretne ich dávať do vzťahu s reálnymi zážitkami a skúsenosťami aj z minulosti, byť neodsudzujúca. Najsilnejšie som si to uvedomovala na sedení, kedy hovoril o presuicidálnom správaní svojej manželky a veľkom strachu, že by si naozaj mohla nejako ublížiť. Zároveň sa obával i toho, že okolie (ale i ja), by sme to mohli hodnotiť tak, že on za to nejako môže. Prinesenie súvisu s jeho pocitom zodpovednosti, aký zažíval už vo vzťahu so svojou matkou, a tiež s obavami zo svojho hnevu na ňu a pri poznámke, že on nezodpovedá za jej správanie, nech by urobila čokoľvek, bolo by to jej rozhodnutie – že ja viem o tom, čo sa on snaží robiť pre zlepšenie ich vzťahu a vzájomného fungovania, pôsobilo veľmi úľavne. Po tomto sedení prišiel i s opisom zmeny v správaní sa voči svojej manželke, kedy doma dokázal jej plač tolerovať a nerobil ho už bezmocným a nahnevaným. Dokázal jej poskytnúť oporu, nemať kruté pocity viny a prežiť i spokojnosť a dobrý pocit zo vzájomnej fyzickej blízkosti a uspokojivého sexuálneho styku. Následne si uvedomil svoj hnev na ňu viac štrukturovane – v súvise s jej domnelou neverou spred 8 rokov. Postupne prináša pozorovania z bežného života, ako zisťuje, že sú okolo neho ľudia, ktorým na ňom záleží, že sa dokáže tešiť i z maličkostí (že mu na balkóne zahniezdil drozd, že mu pri práci rozkvitli stromy a pod.).

Deskriptívna a psychodynamická diagnostika, konceptualizácia prípadu

Ide o pacienta s narcistickou zraniteľnosťou, ktorý prežíval depresívne symptómy /pri prvom interview podľa ICD 10 hodnotené ako depresívna porucha stredne ťažká so somatickými symptómami – F 32.1 – v situácii ochorenia na he-

patitídu C, ktorá odkryla jeho *nevedomý konflikt* vnímania seba samého ako odmietaného, menejcenného. Tento má korene v jeho primárnej rodine, kde sa cítil odmietaný otcom i matkou, ktorú vnímal ako slabšiu a neschopnú ho ochrániť. Neskôr sa ukázalo, že prežíval i pocit zodpovednosti za nie šťastný život svojej matky. (S opisom tejto problematiky sa môžeme názorne stretnúť v práci o vzťahovej väzbe od Hašta (2005)). Proti úvahám o somatogénne podmienenej depresii v podstate svedčia psychodynamické súvislosti, o ktorých píšem v tejto kazuistike. Tieto psychodynamické súvislosti sú v súlade i s etologicko-evolučnými aspektami depresií ako o tom píšem v článku Depresie z hľadiska evolučnej psychiatrie (Ranincová, 2004).

Vďaka svojej *narcistickej zraniteľnosti* (Busch et al., 2006) nesplnenie svojich očakávaní prežíva s pocitom sklamania, vníma ich bolestivo a zároveň s veľkým hnevom. Ambivalentne obsadený vzťah s matkou aj otcom, ktorého vnímal ako prísneho, kritického a trestajúceho („kastrujúceho“) nakoniec vyústil do prísneho *superega*, s obracaním hnevu a agresie voči sebe, odčiňovaním (až úzkostlivá starostlivosť o manželku), idealizovaním si druhých a pri nevyhovení jeho očakávaniam ich devalvovaním. Pocity viny vplyvom trestajúceho superega mu bránia správať sa vedome „agresívne“. Odmietanie stotožnenia sa (Schwidder, 1982) a správania sa ako agresívny, prísny otec mu bránilo zaujať aktívnejší postoj voči životu. Bol nadmieru kritický voči sebe, ale i voči druhým, zároveň však mal i pocity hanby (napr. i priznať pred kolegami, že sa ponáhľa domov za svojou manželkou, lebo inak sa ona bude na neho hnevať a žiarliť).

Hepatitída sa mu zároveň fantazijne spájala i so synom (narkoman) a manželkou (sama prekonala hepatitídu pred rokmi), na ktorých nevedomo prežíval silný hnev – ako na neprijatú, odmietnutú časť seba samého, projikovanú navonok (že on bude odmietnutý).

Jeho depresívne prežívanie bolo spustené i stratou syna, voči ktorému mal ambivalentné city.

Zaoberanie sa samovraždou (Busch et al., 2006) možno u neho chápať ako únik z ambivalentného vzťahu s druhým; agresiu obrátenú voči self, keď sa identifikuje s odmietajúcim druhým, čomu napomáha narušené testovanie reality pri nie celkom dobrej schopnosti integrovať rôzne aspekty self v situácii masívneho narcistického zranenia – pozitívne pohľady na seba spolu s negatívnym sebahodnotením v situácii sklamania sa vo svojich očakávaniach; ale i ako možnosť zbavenia sa pocitov viny za svoje agresívne impulzy a fantázie; aj ako pomsta voči nej a sebapotrestanie. V situácii opustenia s prežívaním silného hnevu, bezradnosti, bezmocnosti, kedy sa zaoberal spáchaním samovraždy po obdržaní anonymu, mu pomohlo internalizovanie terapeutického vzťahu. Realitu dokáže overovať a prehodnocovať. Je schopný anticipovať dôsledky svojho správania, ale niekedy im prikladá i väčší alebo skreslený význam ako v skutočnosti má. Má nižšiu frustračnú toleranciu, jeho zmysel pre realitu je zachovaný, regulácia a kontrola pudov, afektov a impulzov je dostatočná (nie sú agresívne prielomy, hnev je vyjadrovaný na verbálnej alebo fantazijnej úrovni).

Je schopný introspekcie, nazerania na svoje problémy tak, že môžu mať i vnútorný pôvod. Typicky používa prevažne nezrelé obranné mechanizmy – popretie, obrátenie voči sebe, pasívnu agresivitu, reaktívny výtvor, idealizáciu i devalváciu, projekciu. Túži po opatrovaní, prijatí, starostlivosti (to sa hlavne v úvode objavovalo v protiprenose terapeutky), bojí sa odmietnutia a straty lásky, ale i straty objektu, preto sa podriaďuje a potláča svoje túžby.

Má labilný pocit vlastnej hodnoty, jeho regulácia sebaúcty je v značnej miere závislá na potrebe sebapotvrdzujúcich reakcií okolím (Mentzos, 2004). Nevyskytuje sa u neho automutilačné správanie ani epizódy depersonalizácie.

Ako znaky dostatočne dobrého spojenectva u neho vnímam to, že na sedenia chodí presne, dokáže prekonať pocity hanby zo sebaodhalenia, identifikuje sa so mnou, verbalizuje a prináša zmeny vo svojom prežívaní, živote; prežíva pocit, že mu dodávam odvahu ísť ďalej. Dokáže uvažovať i v metaforách a analógiách. Je schopný empatizovania s druhými a dokáže nazerať na situácie i z pohľadu druhého človeka.

Ide o narcisticko-depresívne štrukturovanú osobnosť (prítomné je i altruistické spracovanie základného depresívneho konfliktu) na dolnej hranici strednej úrovne štruktúry ega. (Jeho narcistické rysy nespĺňajú úplne kritériá pre narcistickú poruchu osobnosti (Robinson, 2000). Pojem depresívnej osobnostnej štruktúry tu používam v zmysle W. Schwiddera (1982) a koncept základného depresívneho konfliktu v zmysle G. Rudolfa (podľa Hašta, 2005)). V hodnotení podľa Kernberga sa dá hovoriť o narcistickej depresii.

Úvahy o terapeutickom procese

V terapeutickom procese je významné jeho prežívanie ma ako empatickej, chápajúcej, neodsudzujúcej, majúcej pochopenie pre jeho prežívanie. Využívam Kohutov prístup (Schlegel, 2005) s napĺňaním potreby po zrkadlení a idealizácii, čo sa prejavilo i v prenose. Počas sedení sa snažím byť pravá, nepodporovať jeho grandiózne očakávania a zreálňovať a pripomínať mu možnosti terapie. Celkovo pri jeho liečbe považujem za dôležité používanie *expresívne-suportívneho psychoterapeutického prístupu* (Gabbard, 2005), s prejavovaním podpory, empatického schvaľovania, objasňovania, ale i občasného *edukovania* o symptómoch a ich tvorbe (najmä v úvode terapie), zmysluplnosti pocitov v kontexte prežívanej situácie, dávajúcich ich však i do vzťahu s minulými zážitkami. K úspešnej liečbe jeho symptómov prispelo postupné odkrývanie jeho nevedomých konfliktov ako i množstva potláčaného či vytesňovaného hnevu.

V priebehu práce s týmto pacientom protiprenosovo vnímam veľa pocitov, ktoré si potrebujem zatriediť, kontajnerovať a zároveň sa snažím pozorne vnímať situáciu počas sedenia, čo sa bezprostredne tu a teraz deje medzi nami. Pri tom mám na pamäti jeho *osobnostnú zraniteľnosť* a najmä v úvode terapie i najhoršiu hrozbu – možnosť jeho reagovania skratovým suicidálnym konaním pri situácii, ktorú by pre seba vnímal ako nezvládnuteľnú.

Pri prvom sedení som sa protiprenosovo cítila tlačená do úlohy mocnej, omnipotentnej až zachraňujúcej matky, ktorá

má byť schopná držať ho pri živote, až ako by od môjho výkonu mal závisieť jeho ďalší život i osud. Myslím, že v terapii ide o silný, idealizujúci prenos (resp. aktiváciu pripútavacieho správania v núdzi, ktorú prežíval).

Ešte k protiprenosu

Moje ďalšie protiprenosové pocity v priebehu sedení: zvedavosť na jeho príbeh; smútok (strata syna, nenaplnená túžba po vnukoch, nad sebou samým); hnev na jeho syna (že rodičom spôsobil utrpenie); hnev na jeho manželku i na neho (že sa nevie postaviť stenickejšie k svojim problémom – hlavne v manželstve – nechá so sebou manipulovať; že i mňa tlačí do toho, aby som sa cítila zaň zodpovedná, myslela na neho i po sedení a pod.); strach z ublíženia (manželke, sám sebe); strach o neho (že mu bude ublížené – manželka); obdiv (bojoval v živote od detstva sám, v niektorých oblastiach veľmi úspešne); nastavenie chrániť ho a opatrovať (malého chlapca, ktorého vychovávala babka a cítil sa odmietaný rodičmi, opakovane sklamaný); nastavenie pomôcť až pocit zodpovednosti a omnipotencie; pocity viny (že ho frustrujem, že mu nedokážem naplniť jeho očakávania – jeho nároky sú väčšie, ako mu môžem poskytnúť, ale i moje výkonové – „mala by som vedieť“); hnev na seba (môj problém s dodržaním časového limitu sedení v úvode terapie – potvrdzujem mu jeho význam, dôležitosť, môj strach z jeho možnej straty, zo „zlyhania“); bezradnosť (keď priniesol na sedenie tému presuicidálneho správania svojej manželky a mala som pocit, že zrazu „mám v terapii oboch“ a je medzi nimi toľko hnevu, že by si mohli až fyzicky ublížiť); moje narcistické pohladenie (keď mám pocit „dobre vykonanej práce“ na sedení, i priebežne v terapii).

Predbežné hodnotenie výsledku

V čase písania kazuistiky som s pacientom mala 17 sedení, v úvode terapie počas jeho hospitalizácie na internom oddelení 2–3 x do týždňa, neskôr 1 sedenie týždenne so zaradením 1 sedenia mimo dohodnutý termín, ako už bolo spomenuté.

V súčasnosti pokračuje psychoterapia v kombinácii s užívaním antidepresíva (sertralín 50 mg denne). Depresívna symptomatika takmer kompletne odoznela, pacient je schopný plnohodnotne pracovať, prežívať väčšiu spokojnosť a čiastočne i slobodu vo svojom partnerskom vzťahu, uspokojenie v iných vzťahoch, dokáže sa tešiť i z maličkostí. Myslím si, že sama farmakologická liečba by nepriniesla u tohto pacienta, s akcentovanými rysmi osobnosti, tie pozitívne zmeny v jeho prežívaní a fungovaní, ako boli dosiahnuté kombináciou oboch prístupov – psychoterapie a farmakoterapie.

Literatúra

Argelander, H.: Prvé interview v psychoterapii. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998, 82 s. Benkert, O., Hippius, H.: Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín 2002, 586 s.

Busch, F.N., Rudden, M., Shapiro, T.: Psychodynamická terapia depresie. Vydavateľstvo F, Trenčín 2006, 203 s.

Duhrssen, A.: Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998, 94 s.

Duhrssen, A.: Dynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín 1998, 118 s. Frederickson, J.: Psychodynamická psychoterapie (Jak dobře naslouchat). Triton, Praha 2004, 290 s.

Gabbard, G.O.: Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005, 208 s.

Grawe, K.: Neuropsychotherapie. Hogrete, Gottingen 2004, 509 s.

Hašto, J.: Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005, 300 s.

Mentzos, S.: Psychodynamické modely v psychiatrii. Vydavateľastvo F, Trenčín 2004, 150 s.

Mentzos, S.: Rozumíme sami sobě? Vydavatelství Lidové noviny, Praha 2000, 231 s.

Ranincová, M.: Depresie z hľadiska evolučnej psychiatrie. Psychiatria, 11/3-4, 2004, s. 130-135.

Robinson, D.J.: Poruchy osobnosti podľa DSM-IV. Vydavateľstvo F, Trenčín 2001, 138 s. Schlegel, L.: Základy hlbinnej psychológie. Vydavateľstvo F, Trenčín 2005, 538 s.

Schwidder, W.: Klinika neuróz. Študijný text PO FN, Trenčín 1982, 215 s.

Do redakcie došlo 21.11.2006.