

Kazuistika

Abreakce – úspěch i problém v psychoterapii neuróz

Drahomír Balašík

Abreaction – Success and Problem in Psychotherapy of Neuroses

Souhrn

V naší kazuistické studii demonstrujeme abreakci s katarzí u pacientky s histriónskou poruchou osobnosti a současně i neurotickými, dissociativními (konverzními) poruchami. Etiologie vykazovala typická traumata a symptomatologie odpovídala známým hysterickým projevům. Cenný diagnostický materiál přinesla analýza dopisu pacientky, její kresby a snu a finální interpretace konverzních symptomů. K samotné abreakci došlo po analýze snu, a to spontánně, písemnou formou a po jejím psychoterapeutickém zpracování se dostavil zdánlivě celkový léčebný úspěch. Náhodně získaná katamnestická data však potvrdila, že se trvalejší efekt týkal jen symptomatických poruch a že kompenzace strukturální poruchy byla jen dočasná. Navíc byla navozena jinými faktory, a proto se znovu dekompenzovala v nové frustrační situaci. Šlo o hrozící pracovní a společenský debakl, který pacientka řešila účelovou pseudoregresivní inscenací hypochondrického charakteru. Cílem byla redukce úzkosti ze sociálního odmítnutí (získáním statusu nemocné) a pocitu méněcennosti (ziskem renty). Přitom došlo ke změně inscenace poruch psychosomatického (konverzního) typu na psychopatologické (dissociativní).

Klíčová slova: abreakce, katarze, histriónská porucha osobnosti, neurotické dissociativní (konverzní) poruchy, hysterické inscenování.

Summary

In our casuistic study we demonstrate abreaction with catharsis in a patient suffering from histrionic personality disorder and also from neurotic, dissociative (conversion) disorders. Etiology showed typical traumas and symptomatology corresponded to well-known hysterical manifestations. Valuable diagnostic material was obtained via analysis of the patient's letter, her drawing and a dream and also via final interpretation of conversion symptoms. Abreaction itself occurred after the dream was analysed. It manifested spontaneously in written form and a seemingly overall therapeutic success was achieved after it was psychotherapeutically processed. Accidentally obtained catamnestic data, however, confirmed that a more lasting effect applied only to symptomatic disorders and that the compensation of the structural disorder was only temporary. Furthermore, this compensation was induced by other factors and decompensation therefore occurred in a new frustrating situation. This situation concerned an imminent social and work-related debacle, which the patient tried to solve by purposeful pseudoregressive staging of hypochondriacal nature. The goal was to reduce anxiety of social rejection (by acquiring the status of an ill person) and of the sense of inferiority (by acquiring a rent benefit). At the same time the staging of disorders changed from the psychosomatic (conversion) types to psychopathologic (dissociative) types.

Keywords: abreaction, catharsis, histrionic personality disorder, neurotic dissociative (conversion) disorders, hysterical staging.

Úvod

Fenomény abreakce a katarze v psychoterapii byly popsány již v 19. století a jsou spojovány s **traumatickou teorií neuróz** převládající v začátcích psychoanalýzy¹. Vycházela z existence psychotraumat, vesměs sexuálních, spojených se silnými, nepříjemnými afekty (úzkostí, pocitů vi-

Oddělení klinické psychologie FN u sv. Anny v Brně, ČR
Adresa pro korešpondenci: Dr. Drahomír Balašík,
Oddělení klinické psychologie, FN u sv. Anny v Brně, Pekařská 53,
656 91 Brno, ČR
E-mail: drahomir.balastik@fnusa.cz

ny aj.), které nebylo možno, pro jejich zraňující či morálně závadný obsah, vědomě zpracovat. Jako inkompatibilní s vědomou orientací byly proto vytěsněny do nevědomí a do vědomí se dostávaly mj. právě formou neurotických symptomů. Jejich léčbu pak umožňovala právě **abreakce**, dramatické znovuprožití potlačeného traumatu i s doprovodným afektem (v bdělém stavu nebo v hypnóze), což vedlo ke **katarzi** a možnosti vědomého zpracování. Ukazuje se, že k abreakci pak může dojít záměrně, v psychoterapii, za vhodných podmínek ale i spontánně a potlačený afekt se může projevit pohybově, ale i verbálně či písemně atd.² Podmínkou však je, jak zdůrazňuje Jung³, empatický a chápatel terapeut, bez něhož abreakce léčivá není; sám proto o ní mluví jako o zpovědi. Konflikt mezi disociovanými, vědomými a nevědomými psychickými tendencemi je sice spojen s afektem, ale **hlavním faktorem neurózy** není afektivní napětí. Proto ani terapie nespočívá jen v abreakci, ale v odstranění disociace. Abreakce sama je tedy spíše symptomatically než kauzálně účinná a sám Jung³ viděl její uplatnění při řešení silných emočních otřesů (např. válečných apod.). Přesto nebyla tato technika ani později opuštěna (dnes ale pracuje i s vědomými tenzními zážitky⁴) viz psychodrama, primární terapie A. Janova a následovníků⁵, Terrův terapeutický systém⁶, hypnoterapie⁴ aj.

V naší studii demonstrujeme abreakci a její psychoterapeutické výsledky u pacientky s histriónskou poruchou i neurotickými, dissociativními (konverzními) příznaky. Etiologie vykazuje typická traumata, symptomatologie odpovídá známým hysterickým obrazům a spontánní, písemná abreakce, psychoterapeuticky zpracovaná, naznačovala celkový úspěch léčby. Náhodně získaná katamnestická data však potvrdila naše obavy, že se trvalejší efekt týkal jen symptomatically neurózy, strukturální porucha byla ovlivněna jen dočasně a jinými faktory a ve frustrační situaci se ukázalo, že zůstala patogenní. Považujeme proto za nutné se zpočátku zmínit o některých, pro nás důležitých teoretických souvislostech.

Stručně k problematice neuróz

Zjištění, že řada neuróz nemá akutní traumatickou příčinu, upozornila na patogenitu konfliktů z období dětství, afektivně spojených nejen s frustrací sexuálních impulsů, ale i jiných, životně důležitých psychických potřeb (např. kontaktu, autonomie, stálé vztažné osoby atd.⁷). V současnosti pak rozlišujeme **neurózy symptomatically**, v jejichž základě je konflikt (zralého já a zmíněných faktorů) a jeho patologické zpracování nezralými obrannými mechanismy; symptomy jsou pak pociťovány jako ego dystonní. A dále **neurózy strukturální, charakterové**, u nichž je v popředí slabost self, vzniklá v pregenitálních fázích vývoje⁸, poruchy tohoto typu jsou ego syntonní. Rozdíly mezi nimi ale nejsou tak ostré, jak se někdy uvádí (např. i ne zcela kohezivní já špatně zvládá konflikty pozdějších vývojových fází⁷). Dle **analytické psychologie**⁹ je neuróza patologicky jednostranným vývojem osobnosti s disociací psyché, způsobenou traumatickým autonomním komplexem, odštěpeným od vědomí.

K „nejstarším“ neurózám se řadí předmět naší kazuistiky, **hysterie**, popsána (včetně afektivně traumatické etiologie) již zmíněnými Freudem a Breuerem. V současnosti je chápána spíše jako syndrom s mnohotvárným klinickým ob-

razem a došlo i ke změně jejího názvosloví; v MKN 10 se mluví o dissociativních (konverzních) poruchách a o histriónské poruše osobnosti. I zde se tedy rozlišuje **symptomatically a charakterová forma**, ale dle některých autorů¹⁰ lze u obou najít v etiologii intrapsychické konflikty vycházející jak z **fantasií oidipovského období**, tak i **orální fáze**. V ní jde často o neúplné vyřešení konfliktu symbióza – separace, s následkem lability narcistické homeostázy (porucha sebeúcty u relativně koherentního self)⁷. Hysterické symptomy obou typů jsou mnohotvárné a lze je chápat jednak jako formu obrany před úzkostí z ponížení až ztráty sebevědomí, ale i před úzkostí ze sociálního odmítnutí za vytěsněná, nepřijatelná oidipovská přání a fantasie¹¹. Jde tedy o náhradní, zcela individuální výtvoř, které lze interpretovat jako sen^{10,11}. Obecným rysem hysterie však je **nevědomé inscenování**⁷, tedy přechodná, zinscenovaná změna reprezentace self, z níž vyplývá dramatizace, zaměňování fantazie za realitu, s cílem jevit se okolí (i sobě) jiným, než pacient ve skutečnosti je. A to buď pseudoregresivně, kdy se staví slabším, zoufalejším, nemocnějším (paresy, smyslové poruchy aj.), nebo pseudoprogresivně, kdy předstírá úspěšnost a superioritu (ve vzdělání, funkcích, erotice, sebehodnocení aj.).

K dissociativním hysterickým příznakům se pak např. počítají poruchy paměti, amenní stavy, obnubilace, pseudohalucinace aj., **ke konverzním** kontraktace, parézy, smyslové poruchy, tiky, třes, bolesti atd.⁷ Ty bývají chápány jako tělesné vyjádření vytěsněného, či mravně nepřijatelného a úzkostného obsahu (vzpomínek, představ, pocitů), který nešlo vyřešit na psychické úrovni. Afekt, oddělený od původní „zakázané“ představy, pak libidinózně obsadil určitý orgán vlastního těla.¹⁰ Dle analytické psychologie¹² je hysterie neurózou extrovertního typu, což vyvolává kompenzační introvertní reakce nevědomí (mj. fantasie s orientací na sebe a své tělo).

Jednotlivé hysterické příznaky mohou pak mít i specifické etiologické souvislosti. Např. oidipální problém u dívky s vytěsněným pocitem viny a studu se může projevit přehnaně sebevědomým až nekontrolovaným chováním, za promiskuitou či koketováním lze často najít nevyřešenou rivalitu s matkou aj.¹⁰ Hysterické bolesti často vyjadřují vytěsněné duševní bolesti, ev. i trest za zakázaná sexuální či agresivní přání.^{10,13} Vytěsněné neurotické symptomy se mohou později znovu asociativně konstelovat v podobných sociálních či osobnostních frustracích.¹⁴

Histriónské charakterové neurózy s poruchou self mívají specifické vzorce chování a emocí, např. egocentrismus, tendenci dramatizovat, katathymii a vůbec hypertrofii emocionality.¹⁵ Kvůli sugestibilitě bývají informace těchto pacientů nespolehlivé.¹¹ Vzhledem k poruše sebehodnocení jsou navíc zranitelní a urážliví a jejich vztahy mívají asertivní, manipulativní charakter (problematika prvenství, rivality, žárlivosti, snaha oslnit, ohromit, svádět druhé atd.).¹⁰ Přitom je i tato porucha voláním o pomoc, ale provedený chybnými prostředky.⁹

Závažnější následky než infantilní sexuální fantasie májí, pochopitelně, přímá **incestní traumata dítěte**. Jde např. o zhoršené sebehodnocení až nenávisť k vlastnímu tělu, roli oběti, pozdější pocity zloby a viny, často projikované do okolí, výkonové překompenzování pocitů méněcennosti aj.^{16,17}

Kazuistika

Šlo o 38 letou ženu, odeslanou z neurologie pro **bolesti hlavy a žaludku, pocity slabosti, vnitřního napětí (s občasným třesem rukou) a poruchy spánku**; zdravotní anamnéza jinak bevyznamná. Na neurologii hodnotili její **bolesti hlavy** jako migrenózní cefaleu bez organického nálezu, který nebyl ani u **třesu rukou**, jenž se nepravidelně objevoval v psychické tenzi. Pacientka uváděla, že má bolesti hlavy od 13 let, po porodu 1. dítěte (ve věku 21 let) vymizely a znovu se objevily po porodu posledního, 3. dítěte (ve věku 28 let). Jejich frekvence byla nepravidelná, v posledních 3 týdnech se však objevovaly denně, byly intenzivní, často pulsní, spojené s diplopií, závratí, vomitem a kožní hypersenzitivitou. Zduřazňovala, že příčinu lékaři nikdy nezjistili a že předepsovaný Algifen aj. léky moc nepomáhají. Úlevu jí někdy přináší emese, jindy odpočinek ve tmě, nezřídka ale musí volat pohotovost. Při bolestech má pocit, jakoby se jí „něco tlačilo z hlavy ven“. **Bolesti žaludku** má asi 2 r. a jsou tak silné, že téměř nemůže jíst (přitom ale nehubne). Interní vyšetření zjistilo, dle pacientky, zánět žaludku; předepsaný Pancreolan bolest zpočátku tlumil, ale po 3 měsících přestal působit. **Pocity slabosti, vnitřního napětí (s třesem rukou) a poruchy spánku** má asi rok. Zpočátku pomáhal Lexaurin, ale v poslední době se jeho účinnost taky snižuje. Pacientka souhlasila s psychoterapií.

Úvodní sezení jsme vedle popisu jejích potíží a sběru anamnestických dat věnovali vypracování terapeutické smlouvy a pozorování. Šlo o ženu vysoké, robustní postavy, tenzní, neklidnou, s občasným třesem rukou, která rychle navázala kontakt. Byla velmi a asertivně povídavá, vysloveně monologický typ, u jednoho tématu dlouho nevydržela. Výrazně byla orientovaná na sebe a své potíže, o kterých rozsáhle a neuspořádaně informovala, se zřetelně hypochondrickou autopercepce i vs. agravací. Nápadné bylo, že si na všechny a na všechno, bez sebekritického náhledu, stěžovala, ráda se chlubila a přitom přeháněla a dramatizovala. Její afektivita byla výrazně labilní, vedle úsměvů snadno slzy. V anamnéze uváděla, že její otec je psoriatik, alergik a před lety prodělal CMP. Byl vyučeným dělníkem, ale za totality zastával řídicí funkci; nyní je již několik let v důchodu. Matka, bývalá učitelka ZŠ, rovněž již důchodce, se léčí pro diabetes s cévními komplikacemi. 2 starší bratři jsou zdraví a mají své rodiny. Pacientka informovala, že je 17 let vdaná, její manžel, rovněž 38-letý, je zdravý a podniká a jejich sexuální život je uspokojující. Mají 3 zdravé děti, 17, 16 a 9 let, starší studují. Probandka tvrdí, že jsou jediným smyslem jejího života, ale blíže se o nich nikdy nezmiňuje. O sobě sděluje, že zvládla s dobrým prospěchem Základní školu a po ní studium střední zemědělské školy. Pak pracovala v JZD, po jeho rozpadu byla dealerem zahraniční firmy a následně obchodním zástupcem reklamní agentury. Pro finanční nedocení po několika letech odešla a s mužem provozují vlastní obchodní podnik. K jejím zájmům prý patří především příroda a děti, je společenská, přátel má však málo a raději si povídá s cizími lidmi. Abusus zanedbatelný.

2. sezení následovalo kvůli vánocům až za 3 týdny a pacientka v něm rozsáhle informovala o svých „vánočních problémech“. Měla „strašné bolesti hlavy“ spojené se slabostí, třesem a úzkostmi; obávala se, že se „nepostaví na nohy“. Byla 2x na pohotovosti a 2x na neurologii, podaná analgetika ale neměla efekt a pomohly jí až léky na spaní (?). Jako klad

hodnotí, že manžel, který jejím bolestem nevěřil, „konečně poznal, jak je to s ní vážné“.

3. sezení následovalo za týden a bylo věnováno analýze jejího snu: Padá z 10. patra chatrné budovy a kupodivu přitom nemá strach. Doplnila, že dům stál o samotě, nelíbil se jí, ale byla s ním nějak spojená. V realitě takový dům neviděla a životní ohrožení zažila jen při autohavárii, kdy se ale nikomu nic nestalo. Symbolicky jí dům a pád připomíná jenom manželovo neúspěšné podnikání. Při společné analýze ale připouští, že sen mluví spíše o ní, o její osamělosti a pádu, který ale nemusí být tragický. Dům je ostatně „chatrný“ a když z něj „vypadne“ může si postavit nový, pevnější a vyšší.

Den před 4. sezením doslova přiběhla bez předchozí domluvy ráno, udýchaná, rozrušená, s kruhy pod očima. Omlouvala se a předala několikastránkový dopis, který psala celou noc a chtěla, aby si jej terapeut co nejdříve přečetl, „aby ji pochopil“.

Dopis

Je složen z 6 listů velikosti A3, popsaných ručně a hustě po obou stranách. Úhledný rukopis bez škrtnání naznačuje, že původní text byl zřejmě přepisován. Přesto je časově i obsahově málo utříděný, asociativně se v něm mění téma. Jde vlastně o její životopisnou zpodobu o 2 částech, kterou níže uvádíme v utříděné (ne však opravené) podobě, s vynecháním nepodstatných a nesouvisejících pasáží.

I. část je delší a pacientka v ní informuje, že zmíněnou analýzu snu oplakala. A protože zatím o sobě všechno neřekla, rozhodla se to napsat, aby ji terapeut lépe pochopil. Je totiž zcela jiná, než vypadá. Udělala si kolem sebe „krunýřek“, aby nebyla vidět její „malá dušička“ i když má tělo jako „mamut“ a sama sebe nenávidí. Musí se ale chovat navenek jinak, např. rozkazovat, ale k tomu ji dohnal manžel. Pak následuje její životopis, který se jeví jako řetězec křivd, ponižování a bezpráví, které zakoušela prakticky ode všech. Nejvíce ale od matky, která měla raději bratry, ji odstrkovala a kvůli maličkostem „liskala“. Chovala se k ní tak cize, že si v dětství dokonce myslela, že to není její pravá matka. Hodnocení otce se na tomto místě vyhybí, ale vztah rodičů hodnotí jako hrozný; téměř denně se „hádali, prali a škrtili“. Rovněž od nich prý nic nedostávala, a tak nemohla jezdit na tábory, k moři, učit se na klavír atp. Byla proto ráda, když při studiu zmíněné střední školy bydlela na internátě. Zpočátku píše, že v té době nevyhledávala známosti a pobývala nejraději sama v přírodě, ale vzápětí o tehdejších zájmech uvádí, že psala divadelní hry, vystupovala na školních slavnostech, jezdila na koni, dělala atletiku a našla si přítele. Ten ji sice brzy zklamal, ale zanedlouho začala chodit s jiným spolužákem (budoucím manželem), ale „jen jako s kamarádem“. Vztah se však pokusila rozbít jeho matka, která ji před třídní učitelkou osočila, že s jejím synem spí, a tak chce získat jejich majetek. A třídní učitelka, které pacientka hodně věřila, se jí nezastala. Skončilo to jejím kolapsem a odvozem na pohotovost, ale vztah s přítelem se tím utužil. Po maturitě chtěla studovat veterinární fakultu, protože „vždycky chtěla léčit ptáčky, křečky a zajíčky“. Jenže prý ze zdravotních důvodů nestihla přijímací zkoušky a navíc jí v té době nemohli rodiče studia financovat (?).

Nastoupili proto s přítelem do JZD, za rok se vzali a brzy se jim narodily 2 děti. Bydleli u jejích rodičů, kde jim ale „dělala peklo“ švagrová a navíc se rodiče „zase škrtili“. Koupili si proto s mužem vlastní, starší domek (neuvádí, odkud vzali finance), ale muž musel za týden na vojnu. A v domku byla zima, plno práce, takže ani nespávala a velmi zhubla. Po návratu z vojny se však manžel změnil. Nepomáhal jí, „ničil květiny, špinil záclony, do všeho kopal a stále řval“. A taky nechtěl jezdit na dovolenou, chodit do divadla, za přáteli, ani slavit svátky. Dokonce i plakat mohla jen tiše, protože nahlas nesměla ani u hezkého filmu. Když po 3. otěhotněla, muž ji prý přinutil k interrupci, ale při další graviditě si dítě již prosadila; a bylo „jako andílek“. Po revoluci to bylo taky hrozné. Nemohla chodit ven, učitelky ve škole napadaly její děti a jí samotnou pak vesničané, protože otec byl v KSČ (ona patrně taky – pozn. autora). Pak si muž založil vlastní podnik, kde ji odmítl zaměstnat, ale své neúspěchy sváděl na ni. Našla si proto místo dealera a pak v reklamní agentuře, kde měla stejný výdělek jako on, ale za 2 r. musela kvůli dítěti (dříve mluvila o finančním nedoocnění) odejít. Založili si pak, z finančních důvodů (přestože ona prý neutráci), s mužem společnou firmu. Ta ale pod jeho špatným vedením upadala („a on o tom lže a lže a lže“) a pacientku přizval k řízení „až když šlo o střechu nad hlavou“. Od té doby „musí bojovat a řídit všechno sama“. Nakonec ale připouští, že ji má muž svým způsobem rád „ale až po televizi a cigaretách“; vozí ji k lékaři, pomáhá jí, občas jí koupí květiny a někdy je s ním hezký sex. Když mu ale řekne, že příčinou problémů je on – nevěří. I. část dopisu končí intuitivní, ale výstižnou charakteristikou důsledků jejího anxiogenního komplexu méněcennosti: „Nic nejsem, nic nemám, nic neznamenám.“

II. část dopisu je kratší a pacientka se v ní svěruje, že si teprve teď vzpomněla na něco, na co lze myslet „jen s pocity odporu, hrůzy a ponížení“. Uvědomila si, že byla otcem a patrně i nejstarším bratrem sexuálně zneužívána. Podrobnosti neuvádí, jen to, že dostávala večer od otce „sladký čajíček“, který byl jen její a že jí otec jednou dovolil vypít po večeri (s tučným bůčkem) sklenici piva. Doplnuje, že jí vadilo, že otec „býval na ženské“ a že ji bratr někdy osahával. Prý již rozumí následnému vyhublému chování otce i agresivitě matky vůči sobě. Bojí se jít mezi lidi a nejradši by si „oblékla pytel a chodila kanálama“. Musí teď na to stále myslet a při psaní dopisu má asi i horečku. Neví, zda to říct manželovi a rodičům.

4. sezení, den po doručení dopisu, začala pacientka pláčem. Informovala, že se manželovi se svou vzpomínkou svěřila, ale on to zhodnotil jako starou a bezvýznamnou záležitost. Bratr se po jejím sdělení prý „zhroutil“, ale vše popřel; rodičům to zatím neřekla. Pacientka pak o tomto tématu dál spontánně mluvila, ale mimo sebelitosti, úzkostně-depresivních stesků (postupně bez pláče) a morálního sebeodsuzování nic nového neuváděla. Proto jsme ji požádali, aby své aktuální pocity nakreslila a výsledkem byla kresba „Flek na duši“ (obr. 1), na níž ale „flek“ není příliš velký. Vedle toho jsme ji informovali o dětské sexualitě, oidipském komplexu a s ním spojených dětských sexuálních fantasiích a přáních.

V 5. sezení za týden udiveně informuje, že bolesti hlavy i žaludku a další potíže nemá („jaksi to ze mě spadlo“). Incestem si již není jistá, připouští možnost oidipských před-

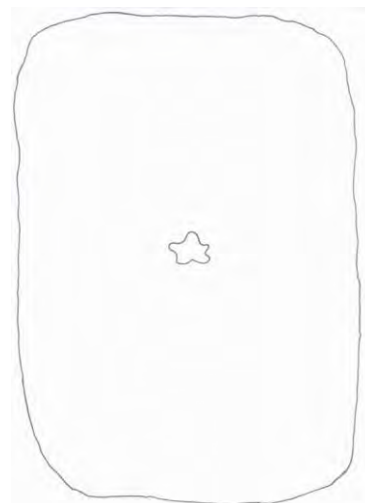
stav („i když k otci je to hrozné“). Dále uvádí, že sehnala místo u firmy nabízející nebankovní půjčky a hned si nechala vytisknout vizitky s funkcí „Development manager“ (i když jí může dosáhnout až později). Jde o práci časově náročnou, obává se, že nebude stíhat rodinu, a že na ni bude manžel tlačit, aby „své“ peníze strkala do „jeho“ krachující firmy. V psychoterapii chce pokračovat.

Na 6. sezení, opět za týden, přichází nadšená. Je bez potíží, práce ji baví i když se muži nelíbí, že se domů vrací pozdě („ale musí si zvykat“). Pochlubí se, že na podnikovém školení o ni projeví zájem 2 mladí muži, s nimiž byla na noční procházce, ale „to další zadržela“. Chová se sebevědomě a návrh, vrátit se k tématu zneužívání či dětských sexuálních fantasií, bez emocí obchází. Bylo to sice „strašné“, ale ona teď musí řešit jiné problémy. Zmínku o riziku recidivy potíží zdánlivě akceptuje a chce prý v psychoterapii pokračovat.

Na další sezení však již nepřišla, což při pozdějším náhodném setkání vysvětlovala pracovní zátěží. Nemá sice potíže, ale časem se „určitě přihlásí“ (což neudělala).

Diskuse

Kazuistika demonstruje spontánní abreakci (aktivovanou zřejmě předchozí analýzou snu), proběhlou formou písemné zpovědi, týkající se komplexu méněcennosti a potlačeného incestního traumatu (nebo oidipské fantasie) naší pacientky. Došlo přitom k odreagování potlačeného afektu a v psychotherapeutickém vztahu k celkové katarzi. Výsledkem bylo snížení závažnosti původního traumatu (viz její hodnocení a pouze malý „flek na duši“, obr. 1) a vymizení dlouhotrvajících bolestí hlavy aj. potíží. Měli jsme však pochybnosti o trvalosti těchto změn, protože u pacientky byly příznaky nejen poruchy symptomatické, ale i strukturální.



Obrázek 1. Kresba „Flek na duši“.

Pro strukturální poruchu svědčí jednak symptomy a jednak inscenace odpovídající poruše sebehodnocení (komplexu méněcennosti). Jsou jednak pseudoprogresivní (pacientka se chce jevit jako úspěšná i když nedoceňovaná osobnost), ale při hrozícím debaklu (partnerském, společenském aj.) se mění na pseudoregresivní, kdy se představuje jako

těžce nemocná žena. Její neúspěchy jsou dle toho důsledkem nepochopení či nepřátelství okolí (primární rodiny, manžela, nadřízených atd.) a taky vážných chorob, které okolí nerespektuje. Cílem inscenací pacientky je pak obrana před úzkostí z pocitů méněcennosti a později i snaha o jejich kompenzaci rentovým ziskem. Etiologii této poruchy naznačuje pozdější chování matky, dle něhož mohla proces separace dítěte v orálním období nevhodně uspišit, s následkem narcistické poruchy self, resp. komplexu méněcennosti (což naznačil i sen).

Ego pacientky bylo ale dostatečně koherentní pro neurotické zpracování traumat oidipického období. Ukazuje na to příslušná symptomatologie, ale i etiologické náznaky, např. uhýbání pacientky před hodnocením otce s náznakem žárlivosti (nesdělila mu ani podezření z incestu) a konfliktní identifikace a rivalita s matkou. Etiologicky významné mohou být i vytěsněné afekty spojené s pocity viny a studu za incest (event. zakázané oidipické fantasie) a jejich dramatická abreakce. Věrohodnost přímo incestu je ale sporná (možná měl pouze ohromit okolí); jeho závažnost se ostatně pro pacientku brzy snížila, nakonec na něm přestala trvat a připouštěla zmíněné oidipické fantasie. I ty ovšem mohly být jako nepřijatelné pacientkou vytěsněny a jako neřešitelné na psychické úrovni (úzkost ze sociálního odmítnutí) projevit se neurotickou psychosomatickou konverzí, zpočátku bolestí hlavy. Ta se poprvé objevila při zvýšeném pudovém vyladění v dospívání, zatímco v období mateřství ztratil oidipický konflikt svoji naléhavost a bolest ustoupila. Po něm se ale prosadila strukturální porucha pacientky, přenášející do nové rodiny komplexový boj o moc z rodiny primární, a tedy i podmínky k recidivě vytěsněné symptomatické neurózy. Naznačuje to i finální hodnocení, dle něhož lze bolesti, které se dle probandky „tlačí z hlavy ven“, chápat jako signál nevyřešeného oidipického komplexu (incestu?), který časem „nelze strávit“ (viz bolesti žaludku), event. i jako trest za nepřijatelná sexuální přání. Je zajímavé, že symptomatické a strukturální diferenciaci odpovídá i členění dopisu pacientky. Jeho první část je věnována poruchám jejího sebehodnocení a pokusům o kompenzaci, druhá pak odkrytému incestnímu traumatu (event. oidipickému komplexu) neurotický zpracovanému.

Z těchto zjištění se jevílo jako pravděpodobné, že se terapeutický efekt abreakce týkal jen symptomatické neurózy, strukturální porucha s komplexem méněcennosti nebyla řešena. Zůstala sice asymptomatická, což ale mohlo být důsledkem náhodné kompenzace komplexu očekávaným vyšším postavením i financemi v novém zaměstnání. Pacientka tak ztratila o pokračování psychoterapie zájem a předčasně ji ukončila. Měli jsme ale podezření, že nová mocenská frustrace povede k recidivě, což se nakonec potvrdilo.

Náhodná katamnéza

Za 14 let po předčasně ukončené psychoterapii jsme náhodně našli v intranetové databázi naší nemocnice **záznamy o dalších návštěvách pacientky**. Objevily se tam až za 2 roky po psychoterapii a pak každoročně po dobu dalších 6 let. V tomto období navštívila pacientka celkem 10 našich somatických pracovišť, přičemž 31x byla v ambulanci a 4x hospitalizována.

K jejím potížím, počínaje nejstaršími, náležely **somatické poruchy**: oprese na levé straně hrudníku, nepravidelnosti srdeční akce a tachykardie. Důkladná a opakovaná klinická i přístrojová vyšetření však byla bez nálezu. V dalším roce (tj. 4 roky po ukončení psychoterapie) následovaly stížnosti na bolesti břicha s nauzeou, kde však byla zjištěna cholecystitida, vyřešená laparoskopickou cholecystektomií s nekomplikovaným hojením; od té si pacientka začala znovu stěžovat na dyspeptické potíže (vždy bez patologického nálezu). Následně jsou zaznamenána vyšetření kvůli recidivující epistaxi, dráždivému kašli (objevoval se jen v pracovní nadřízeného!) a bolestem oka a zad; podrobná vyšetření ani zde nepřinesla vysvětlující nález. Další záznamy v 5. roce se týkaly vyšetření pacientky před a po kyretáži dělohy a bolestivého herpes zoster na hlavě (od té doby si začala opět stěžovat na bolesti hlavy). A nakonec, v posledním 6. roce, se hlásila k vyšetření na neurologii pro rozsáhlou neurologickou symptomatologii (typu hemiparézy, hypestézie, třesu rukou, brachialgie, prekolapsových stavů, 1 kolapsu s amnézií aj.). Podrobná klinická vyšetření, posléze i při hospitalizaci (s využitím RTG, CT a MRI mozku a C páteře, EMG, lumbální punkce, hematologie a imunologie), však byla bez patologického nálezu. Potíže pacientky tak byly hodnoceny jako funkční poruchy, disociační porucha motoriky a postherpetické neuralgie. A jelikož se začaly objevovat i **stížnosti psychopatologické** (typu úzkostí, deprese, poruch paměti, bradypsychismu), byla přeložena na psychiatrii. Od té doby (tj. již 6 let) nejsou o ní v naší databázi záznamy. Víme pouze, že byla následně na psychiatrii léčena (mj. 3x hospitalizována) a že pro psychiatrickou diagnózu získala nakonec invalidní důchod. Je pravděpodobné, že se o psychoterapii u nás nikde nezmínila.

Z uvedených zpráv jsme dále zjistili, že patrně zastávala **nějaké vedoucí místo** (někdy uváděla, že je podnikatelka, jindy ředitelka banky) a často si stěžovala na stres, vyčerpanost a nepochopení nadřízených. Opustit vedoucí místo ale zpočátku nechtěla, prý „kvůli rodině, pro kterou to všechno dělá“.

Doplňk diskuse: Nalezená katamnestická data sice nemožňují jednoznačné závěry (nevíme, zda se pacientka neléčila i jinde a zprávy z psychiatrie nemáme), množství těchto dat ale naznačuje, že 2 roky po psychoterapii asi neměla výrazné obtíže. Teprve potom se začínají objevovat psychosomatické (konverzní) stesky, nejprve zřejmě s pseudoprogresivním účelem, tj. ke zvýšení prestiže v rodině (dokladují, jak je vedoucí místo namáhavé a jak se ona obětuje). Toto místo ale zřejmě přestala časem zvládat (viz kašel v pracovní nadřízeného!), a proto nastupující úzkost z hrozících pocitů méněcennosti začínají tlumit pseudoregresivní inscenace (vesměs hypochondrické agravace až simulace somatických poruch), které to mají omluvit. To se však nezdařilo (somatické poruchy nebyly většinou prokázány), a proto se posléze inscenace změnilly na psychopatologické (dissociativní), s nakonec úspěšným rentovým ziskem.

Dřívější konverzní příznaky (především bolesti hlavy a břicha), zvládnuté abreakcí, se znovu objevily až za několik let, a to po prokázání poruch stejné části těla (bolesti hlavy po herpes na hlavě, dyspepsie po cholecystitidě). Staly se pak i po vyléčení, součástí dalších hystriónských inscenací.

Závěr

Naše kazuistická studie demonstuje některé **poznatky o abreakci** zmíněné v teoretické části. Např. že k abreakci může dojít při vhodném podnětu i spontánně a písemnou formou a že může být, přes výhrady některých autorů, stále účinnou psychoterapeutickou technikou. Týká se to ale spíše jen poruch symptomatických, strukturální neurózy (s poruchou self) pouze touto technikou řešit nelze. K trvalejší katarzi je však nutné (mimo výjimky) abreakci dále zpracovat v empatickém psychoterapeutickém vztahu. Důležité je přitom ale odlišit infantilní sexuální fantasie a event. incestní trauma, které je více terapeuticky rezistentní. Dále se ukázalo, že abreakcí překonané konverzní psychosomatické poruchy určitých částí těla, se mohou i po několika letech obnovit po jejich objektivní poruše a stát se (i po vyléčení) součástí dalších hysterických inscenací.

Některé **poznatky týkající se hystericie** dokumentuje kazuistika např. zjištěním, že při narcistických poruchách self může být ego dostatečně koherentní pro neurotické zpracování konfliktů vyšších vývojových fází. Z toho vyplývá, že se u některých pacientů mohou neurózy symptomatické a strukturální vyskytovat současně, což může ovlivnit intenzitu a zaměřenost hysterických inscenací. Ty se pak mohou účelově měnit z pseudoprogresivních na pseudoregresivní a z psychosomatických (konverzních) na psychopatologické (dissociativní). Cílem je redukce úzkosti ze sociálního odmítnutí (získáním statusu nemocného) a pocitu méněcennosti (ziskem renty). Při psychoterapii je pak důležité typy neurózy rozlišovat, protože jinak se může úspěšná symptomatická abreakce stát problémem, tj. vést k zanedbání terapie závažnější poruchy strukturální.

Kazuistická studie potvrzuje taky význam, který mají pro diagnostiku a psychoterapii i u hysterických pacientů analýza snů, kreseb aj. **výtvorů a finální interpretace** neurotických symptomů.

Literatura

1. **Freud, S., Breuer, J.:** Studie o hysterii. Praha: Julius Albert; 1947: 187.
2. **Vymětal, J.:** Úvod do psychoterapie. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing; 2010: 288.
3. **Jung, C.G.:** Terapeutická hodnota abreakce. In: Jung C.G. Výbor z díla. Sv.1. Brno: Nakladatelství T.Janečka; 1996: 117-129.
4. **Kratochvíl, S.:** Základy psychoterapie. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál; 2002: 392
5. **Newhouse, M., Furda, M.A.H.:** Primal-Oriented Psychotherapy. In: Grayson, H.H., Loew, C. (ed.): Changing Approaches to the Psychotherapies. New York: Spektrum Publications, inc.; 1978: 155-162.
6. **Terr, L.C.:** „Wild Child“: how Three Principles of Healing organized 12 Years of Psychotherapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 Dec; 42(12): 1401-1409.
7. **Mentzos, S.:** Rozumíme sami sobě? Neurotické zpracování konfliktů. Praha: Nakladatelství Lidové noviny; 2000: 232.
8. **Kohut, H.:** Obnova self. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourka; 1991: 137
9. **Müller, L., Müller, A.(ed.):** Slovník analytické psychologie. Praha: Portál; 2006: 496
10. **Poněšický, J.:** Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton; 1999: 208.
11. **Jung, G.C.:** Sigmund Freud. In: Jung, C.G.: Výbor z díla. Sv. 9. Brno: Nakladatelství T.Janečka; 2012: 345-356.
12. **Jung, C.G.:** Obecný popis typů. In: Jung, C.G.: Výbor z díla. Sv.1. Brno: Nakladatelství T.Janečka; 1996: 259-370.
13. **Jung, C.G.:** Psychoterapie a světový názor. In: Jung, C.G.: Výbor z díla. Sv.1. Brno: Nakladatelství T.Janečka; 1996: 63-74.
14. **Balaščík, D.:** Pozdní recidiva dětské separační úzkosti, její vývoj a psychosomatická archetypická transformace. Čes. a slov. Psychiatr., 2013; 109 (4), s. 191-195.
15. **Hartl, P., Hartlová, H.:** Psychologický slovník. Vyd.1. Praha: Portál; 2000: 776.
16. **Wirtz, U.:** Vražda duše. Incest a jeho terapie. Praha: Portál; 2007: 220.
17. **Weis, P.:** Psychosomatická problematika spojená s incestním sexuálním zneužíváním v dětství. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika: 2008; 15 (3): 217-218.

Do redakcie došlo 20.6.2014.