

Kazuistika: Psychoterapeutická práce v psychiatrické nemocnici

Jan Roubal

Klientka Marie je 47-letá vdova, která byla poprvé hospitalizována na psychiatrii pro zhoršení depresivních a úzkostných obtíží s akutními myšlenkami a proklamacemi o rozšířené sebevraždě své i adoptivního syna. V psychickém stavu dominovala depresivní nálada, anhedonie, exhausce, pocity beznaděje. Byly přítomny sebevražedné myšlenky s rizikem impulzivního jednání, výrazná úzkost, poruchy spánku, nechutenství, nesoustředěnost, nevykonnost. Diagnosticky se jednalo o středně těžkou depresivní epizodu. Zpočátku byla Marie dočasně hospitalizována na uzavřené části psychiatrického oddělení a byla provedena změna antidepressivní medikace spolu s přechodným nasazením anxiolytika a hypnotika. V průběhu hospitalizace Marie docházela dvakrát týdně na individuální psychoterapii.

První dvě setkání by se dala charakterizovat jako budování bezpečného vztahu. Marie jakékoliv intervence příliš nevnímala, pouze monotónně mluvila o svých obtížích: nemůže spát, má bolesti u srdce, uzavírá se do sebe, nemá sílu bojovat, nemá jiskru a chuť do života, nevidí východisko, všechno vzdala a stydí se za to. Během sezení se snažila zadržovat slzy, pak se rozplakala a omlouvala se za to. Hovořila hodně o synovi a zemřelém manželovi a téměř nebyla schopná říci také něco sama o sobě. Zřetelně přitom vystupoval její navyklý vzorec interpersonálního fungování. Tento vzorec by se dal popsat jako silná tendence ke konfluenci, způsobu kontaktu, kdy je hranice kontaktu příliš propustná a povrchní shody se dosahuje za cenu ztráty individuality. Konfluentní vztah nyní měla Marie se svým synem a v minulosti také s matkou i manželem. Takováto konceptualizace představovala cenné vodítko pro další terapeutický přístup. Při práci s konfluencí je důležité klienta podporovat, aby objevoval své vlastní potřeby, aby si dokázala vybudovat a udržet hranici kontaktu přiměřeně propustnou a zároveň pevnou.

Průběh terapie je možné rozčlenit podle fází, které popisuje Greenberg (2006). Terapeutický přístup v této první *fázi napojení a uvědomování* spočíval v empatickém naslouchání, dodávání bezpečí tónem hlasu, očním kontaktem a trpělivostí. Bylo důležité, aby terapeut neměl na klientku nároky, které by nebyla schopna splnit – aby se tedy neopakovala situace, která ji přivedla sem do terapie, kdy nevládala nároky okolí a vyčítala si to. Předpokladem pro takový nenárokující přístup je, aby terapeut neměl přehnané nároky sám na sebe a v této fázi terapie se spokojil budováním bezpečného vztahu. Z tohoto důvodu je důležité konceptuální uchopení terapeutem, pojmenování současné fáze psychoterapeutického procesu a realisticky dosažitelných cílů v této fázi. Takováto konceptualizace tvoří „třetí

stranu“ terapeutického vztahu a umožňuje terapeutovi získat odstup od beznaděje, kterou klient přináší, a vydržet bez nároků na rychlou změnu.

Pro terapeuta bylo zvláště důležité uvědomovat si Mariinu tendenci ke konfluenci, která se projevovala v jejích vztazích s důležitými osobami jejího života a která měla tendenci organizovat také pole terapeutického vztahu. Terapeut zažíval tento rigidní vztahový vzorec sám na sobě, pozoroval u Marie tendenci k závislosti a přizpůsobování se. U sebe pak rozpoznával tendenci přebírat za Marii veškerou zodpovědnost a znekompetentňovat ji tak. Rigidní vzorec vztahování byl pro Marii na jednu stranu výrazně omezující a znemožňoval jí rozvoj vlastní kompetence a naplňování vlastních potřeb. Na druhou stranu to byl vzorec, který pro tu chvíli byl pro ni známý a bezpečný. Z toho důvodu na něj terapeut vědomě přistoupil, ovšem se záměrem dávat prostor příležitostem, při kterých by se mohl postupně vytvářet terapeutický vztah založený na setkávání dvou soběstačných a kompetentní osob. Zpočátku tedy bylo třeba se smířit se značnou mírou nesamostatnosti a závislosti ze strany Marie. Právě následný proces osamostatňování se v terapeutickém vztahu byl pro Marii podstatnou korektivní a růstovou zkušeností.

Během týdne Marie přestala myslet na sebevraždu, cítila menší napětí. Stále si připadala velice vyčerpaná, velkou část noci nespala. Začala chodit na pracovní terapii a do parku na vycházky. Třetí a čtvrté sezení měla zpočátku podobný charakter, terapeut ale již začínal do hovoru aktivněji vstupovat a zřetelněji vystupovaly do popředí specifické rysy gestalt přístupu. Terapie dospěla do *fáze vybavování a zkoumání emocionálního materiálu* (Greenberg, 2006). Podstatné bylo zvědomování, jak se organizuje vztahové pole přímo teď a tedy v terapeutické situaci a generuje tak depresivní prožitek (tzv. depresivní organizace pole). Zároveň bezpečný prostor psychoterapie dával šanci pro objevení se alternativních organizací pole. Jednalo se zpočátku o velmi malé kroky, tak jako v následující ukázce části psychoterapeutického dialogu. Kurzívou jsou uvedeny terapeutovy úvahy a hypotézy, které klientce nesdělují.

Terapeut: Jak se teď cítíte?

Častá počáteční intervence v gestalt terapii. Pro terapeutické sezení není dopředu vypracován plán, terapeut začíná pracovat s tím, co se odehrává teď a tady, aktivně se zaměřuje na prožitek.

Marie: Nemůžu se uvolnit. Jsem stažená, bolí mě hlava. Cítím sevření na hrudi. (Dává si ruku na hrud'.)

Somatické příznaky přivádějí klientku k uvědomění sebe samotné a svých potřeb a tím ji odvádějí od doposud dominantních starostí pouze o syna. Terapeut se proto rozhoduje věnovat se jim více.

Terapeut: Můžete tam tu ruku ještě chvíli nechat? Jaké to je?

Tato na první pohled nenápadná terapeutická intervence je klíčová pro další průběh terapie. Jedná se o uplatnění experimentálního přístupu. Terapeut je aktivní, strukturuje sezení, zároveň však nesměruje klienta k předem vytyčené změně. Zůstává spolu s ním s prožitkem přítomného okamžiku, akceptuje ho a dává tak prostor pro aktivizaci klientových sebeúzdavných zdrojů.

Marie: Cítím chlad, mrazivo, křeč. Nejsm schopná s tím bojovat. Měla bych být silná.

Vyjádření „Měla bych...“ je „markerem“ introjektu. Introjekt představuje nárok na sebe, který je převzatý od okolí. Nejedná se o vlastní, kongruentní přání klientky, jehož „markerem“ by bylo vyjádření: „Chtěla bych...“. Při práci s klientem se spíše neurotickými obtížemi by terapeut mohl pracovat například tak, že by Marii povzbuzoval, aby místo „Měla bych...“ zkusila říkat „Chci...“ a zažila tak integraci introjektu. V případě depresivního klienta by však takový přístup byl spíše nevhodný, protože Marie v tuto chvíli ještě nemá vybudovanou dostatečnou sebedoporu a za neúspěch by se pravděpodobně opět obviňovala. Proto terapeut věnuje dále pozornost tělesným prožitkům.

Terapeut: Zkuste ještě chvílku nechat ruku tam, kde je, a uvědomte si, co se s vámi děje....

Marie: ...Teď mrazení zeslabuje, mění se. Z levé strany se to mění. Z pravé strany cítím chlad.

Marie si dobře uvědomuje tělesné pocity, což jí umožňuje zaměřovat se sama na sebe. Terapeut jí nyní pomáhá zážitek pojmenovat, kognitivně uchopit a porozumět jeho individuálně prožívanému smyslu.

Terapeut: Co to pro vás znamená?

Marie: Smutek. To, co mě tíží, co nemůžu vyřešit.

V tuto chvíli zde jako figura vystupuje depresivní organizace pole, která Marii přináší prožitky bezmoci a beznaděje. Takováto organizace pole dominovala již předchozím čtyřem terapeutickým sezením. Terapeut se nyní rozhoduje využít již vybudovaný bezpečný terapeutický vztah a skrze drobný experiment zaměřený na klientčiny tělesné pocity se pokusit dát prostor i pro alternativní vzorec vztahování se k sobě i k ostatním.

Terapeut: A co cítíte z levé strany?

Marie: Z té strany je větší teplo.

Terapeut: Co to teplo pro vás znamená?

Marie: Můj syn, na kterého pořád myslím.

Terapeut: Co ještě?

Marie: Moje přání smát se, mít kontakt s lidmi. Pocit, že můžu být ráda, že jsem na světě, že jsem potřebná. Nemůžu to vzdát, jsem tu pro někoho...

Zde se již rýsuje zárodek alternativní organizace pole. Marie nejen že mluví o vlastních potřebách, ale i v jejím fyzickém projevu je vidět změnu. Ožije, podívá se zpříma na terapeuta, zčervená v obličejí.

Marie: ... A na pravé straně cítím smutek, chtěla bych si pomoci a nevím jak...

Opět jako figura převáží rigidní, depresivnímu vzorec organizace pole. Marie si však z terapeutického sezení odnáší již i krátký zážitek alternativního vzorce a na něj je možné v další terapii navázat.

V dalším průběhu terapie, která postupně přecházela do fáze transformace (Greenberg, 2006), pokračovalo postupné zvědomování toho, jak k depresivní organizaci pole dochází a jak k ní Marie sama přispívá. Jednalo se především o její neschopnost požádat o pomoc a starat se o vlastní potřeby. Marie byla zvyklá od dětství starat se pouze o ostatní, v současné době se to projevovalo až extrémní péčí o syna. Tento vzorec se také objevoval v terapeutickém vztahu, kdy se Marie snažila nezatěžovat terapeuta svými starostmi, přehnaně za vše děkovala a omlouvala se za to, že při terapii pláče. Terapeut nejprve pomohl zvědomit tento způsob fungování a poté pomáhal nalézat alternativní možnosti organizace pole přímo v aktuálním vztahu klientky a terapeuta v průběhu terapeutického sezení. Marie se ve vztahu k terapeutovi postupně učila vyjadřovat své potřeby, například požádala o zkrácení sezení, když byla unavená, nebo si dovolila s terapeutem nesouhlasit a udělat něco jinak, než se od ní čekalo, nesnažila se pouze terapeutovi vyhovět. Terapeut tyto alternativní způsoby vztahování pojmenovával a oceňoval. S touto podporou si Marie posléze dovolila projevit v terapii své prožitky smutku a beznaděje a poprvé od manželovy smrti oplakala jeho ztrátu. V tom jí doposud bránila výhradní péče o okolí a nyní uzavřela tuto neukončenou záležitost. Je možné usuzovat, že rigidní vzorec depresivního fungování přešel do přirozeného procesu truchlení.

Marii se po třech týdnech terapie začala mírně zlepšovat nálada (nesporný byl také efekt antidepressivní medikace), lépe spala a dokázala se soustředit alespoň tak, že přečetla několik stránek z knihy. Také terapeutický vztah byl natolik pevný, že v případě potřeby bylo možné použít i náročněji odstupňovanou experimentální práci. V devátém sezení tak terapeut použil experiment s prázdnou židlí. Při tomto druhu experimentu si klient na prázdné židli před sebou představuje osobu, se kterou má určité interpersonální obtíže. S touto osobou poté

vede dialog tak, že mluví střídavě za sebe a za osobu na židli. Terapeut dialog moderuje, aby došlo k většímu uvědomění klienta a zároveň dbá na bezpečnou míru intenzity prožitku. Marie v rámci takového experimentu dokázala využít dosavadní zkušenosti z terapie a prosadit se vůči své matce, kterou byla v reálném životě naprosto ovládána a využívána. Marie si na prázdné židli matku představila, vedla s ní rozhovor, vyjádřila vůči ní dlouho skrývané emoce a své autentické potřeby. Terapeut směřoval hovor od strohého referování k emočnímu prožitku. Marie se tak poprvé v životě dokázala vůči matce vymezit: „Viš maminko, jsem už dospělá. Prošla jsem si kus života a byla bych hrozně ráda, abys mě nevedla za ruku jako holčičku do 1. třídy. Chci, abys mi neříkala, že jsem k ničemu. To není pravda a já si chci žít svůj život podle sebe.“

Při dalších sezeních již Marie seděla zpříma, někdy se i usmála. Občas se ještě cítila smutná, byla stažená a nemohla spát. Dobře se však již zapojovala do programu oddělení, navazovala nové vztahy. O týden později za ní byla na návštěvě matka. Poprvé Marii řekla, že ji potřebuje, že se jí po ní stýská. Marie o tom na terapii referovala: „Bylo to jako pohlazení, potřebovala jsem to. Hrozně jsem se rozplakala a nebyla jsem k utišení. Maminka mě pak pohladila po zádech, to jsem ještě nezažila.“ Tato nápadná změna chování Mariiny rodiny se udála bezprostředně poté, kdy byl jejich vztah předmětem terapie. Dá se usuzovat, že Marie pod vlivem zážitku v terapii se k matce začala vztahovat novým způsobem, naučila se více vnímat své pocity a potřeby a vyjadřovat je. To umožnilo matce projevit city, které k Marii cítila.

Během závěrečných terapeutických sezení již zřetelně převažovala nedepresivní organizace pole, Marie se dívala terapeutovi přímo do očí, mluvila hodně a energicky. Hovořila o tom, co ji těší a zajímá na oddělení a přemýšlela již o tom, jak bude žít po propuštění. Dala si závazek najít si kamarádku a cvičit. V další terapii by chtěla více komunikovat s lidmi, stát si za tím, co dělá dobře. Chtěla by mít větší sebevědomí, neponižovat se a naučit se odmítat požadavky druhých. Terapeut při závěrečných setkáních prožíval uvolnění ve smyslu odevzdávání odpovědnosti klientce s důvěrou v její kompetenci.

Po vzájemné domluvě Marie ukončila po třinácti sezeních individuální terapii a nastoupila do skupinové terapie pro depresivní klienty. Zde dále pracovala na schopnosti uplatnit nově objevené možnosti vztahování při navazování kontaktů s ostatními klienty ve skupině, v interpersonálních interakcích zvyšovala svou sebedůvěru a učila se asertivně prosazovat. Marie byla po absolvování šestitýdenního programu propuštěna domů v normální náladě, nadále užívala antidepresivum, avšak anxiolytika ani hypnotika již nepotřebovala.