

Za razvojno fazo specifične naloge v diadnem, analitično usmerjenem psihoterapevtskem procesu: prikaz primera

MILOŠ ŽIDANIK*

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Maribor

Povzetek: Odnos med pacientom in terapevtom v psihoterapevtskem procesu je vedno enkraten, ker je odvisen od obeh osebnosti, tako bolnikove kot terapevtove. Zato so pravila glede terapevtovih intervenc toliko rigidnejša, da se ob vsej subjektivnosti vnesejo objektivno preverljivi elementi. V članku prikazujem psihoanalitično usmerjeno psihoterapevtsko obravnavo, pri kateri sem pravila, ki jih postavlja teorija v ozadju psihonalitično usmerjenega psihoterapevtskega procesa, prekršil. Pri globoki patologiji psihičnega aparata, posebno patologiji ega in selfa, je včasih smiselno preseči okvir zastavljene terapije zaradi aktivnejšega celjenja razvojnih deficitov.

Ključne besede: shizotipska osebnostna motnja, mejna osebnostna struktura, psihodinamika, psihoterapija

Developmental-period specific tasks in psychoanalytically oriented psychotherapy: A case report

MILOŠ ŽIDANIK

Dr. Adolf Drolc Health Centre, Maribor, Slovenia

Abstract: The patient–therapist relationship is always unique, depending on both personalities – the patient’s and the therapist’s one. Therefore the rules of therapeutic interventions are strict and rigid – they should provide some objective frames for the therapy. In this article I present a case of psychoanalytically oriented psychotherapy, where I overcame the rigidity of psychotherapeutic interventions. When faced with profound pathology of personality structure, especially ego- and self-pathology, it is sometimes advisable to transgress the therapeutic boundaries in favour of more active process of healing developmental deficits.

Key words: schizotypal personality disorder, orderline personality, psychodynamics, psychotherapy

CC=3310 3217

* *Naslov / address: Miloš Židanik, dr. med., specialist psihiater, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Dispanzer za psihohigieno, Sodna ulica 13, 2000 Maribor, e-mail: bozidar.kert@guest.arnes.si*

Uvod

Psihoanalitično usmerjena psihoterapija temelji na psihoanalitičnih formulacijah, ki jih je nekoliko konceptualno in tehnično spremenila - v ospredju so aktualni konflikti in aktualni dinamični koncepti. Je terapija, usmerjena na vpogled, na razumevanje lastnega doživljanja in reagiranja, na razumevanje lastne osebnosti. Po drugi strani so v središču obravnave vedenjskih psihoterapevtov neadekvatni vedenjski vzorci. Terapevtski cilji so povsem konkretni – izničenje teh vzorcev ter njihova nadomestitev s primernimi in prilagojenimi vedenjskimi vzorci s pomočjo učenja. Analitično orientirani teoretiki kritizirajo vedenjsko terapijo, češ da lahko enostavno izničenje simptoma vodi v zamenjavo tega z novim simptomom (Kaplan in Sadock, 1994). Če povzamem, analitično usmerjena terapija je usmerjena na ozadje simptoma in ne na simptom sam, vedenjska pa samo na simptom in ne na psihodinamično ozadje simptoma. Namen tega prispevka je prikazati, da tako različna pristopa nista nujno nekompatibilna in da je možno v analitično usmerjen psihoterapevtski proces vplesti posamezne vedenjske tehnike, tehnike učenja, če so vezane na premostitev bistvenih razvojnih deficitov in ne direktno na sam simptom. Uporabil sem torej tehniko, ki spominja na vedenjsko psihoterapijo, cilj delovanja pa ni bil simptom, ampak njegovo ozadje. Tako sem si pri izboru vedenjskih tehnik pomagal s psihoanalitično teorijo in teorijo objektivnih odnosov.

Predstavitev primera

Sedaj 30-letna, fakultetno izobražena, zaposlena, samska gospa je bila prvič pregledana pri področnem psihiatru l. 1994 zaradi depresije. Nekaj mesecev zatem se je ponovno oglasila na kontrolo zaradi komunikativnih problemov v službi, občutka opazovanja in nespečnosti. Psihiater jo je usmeril na psihiatrični oddelek zaradi suma paranoidnega sindroma. Tam sva tudi prvič vzpostavila kontakt. Zaradi nejasne slike sem ukinil že uvedeno antipsihotično terapijo in ker je bila od vse simptomatike aktualna le še nespečnost, sva se po 18 dneh hospitalizacije dogovorila za odpust in redne psihoterapevtske seanse. Po anamnestičnih podatkih je izstopalo, da je bila prestrašen otrok in da je že od nekdaj težko gledala odraslim v oči. Ko je menjala službo, je imela na cesti pogosto občutek, da se ji bivši sodelavci smeji in se ozirajo za njo. Že prej je po cele ure lahko o nečem premišljevala. Zadnje tedne se je ponoči redno zbujala, vsa je bila mokra, pogosto je čutila tudi utripanje srca. Včasih je imela občutek, da jo nekaj praska po telesu. Fanta še ni imela, tudi zaljubljena še ni bila. Strah jo je fantov, strah jo je navezati se na koga. Ne hodi nikamor, družbe nima.

Patologija posameznih delov psihičnega aparata

Patologija ida. Bolnica je rasla ob alkoholiku, ki je verbalno tiraniziral družino in stalno grozil z zapustitvijo družine, ter pasivni materi, ki sta oba bila preobremenjena z delom. Otroci (2 mlajša brata) so bili prepuščeni sami sebi oz. mlajša brata njej. Živeli so na oddaljeni kmetiji brez pravih socialnih stikov, očesnega kontakta s starši se sploh ne spomni. Pri hiši je bil pes, ki je brata ugriznil v obraz, tako da se otroci sploh niso upali iz hiše. Bolnica ni imela možnosti zgodnjega zrcaljenja in zorenja v simbiozi. Še danes stopa v ospredje pomanjkanje očesnega kontakta, ki je po petih letih terapije resda počasi že prisoten, a kratkotrajen, in izrazita obrambna drža. Ob tem med pripovedjo krčevito zapira oči in s prsti ali celo dlanjo sega pred obraz ali zakriva samo oči ali usta, pogosto se preseda in daje vtis, da ne sledi vprašanjem. V anamnezi izstopi, da je praktično brez medosebnih kontaktov, še tisti v primarni družini so povsem nefunkcionalni. Povedala je, da na seansi govori več (45 minut) kot v celem preostalem tednu. Tesnega odnosa ji še nikoli ni uspelo navezati. Socialnim stikom se izogiba in ko je že v kontaktu, razmišlja o izgovorih, s pomočjo katerih bi kontakt zapustila. Čustvena sfera je povsem izrinjena: »Verjetno sem jaz prej delovala kot stroj, jaz nisem nič občutila«. Bolnici narekuje simptomatiko in shizoidno nevrotično strukturo intencionalna zavrtost. Strah pred drugimi ljudmi, z motnjami pogleda, govora in drže jo je spremljal že od otroštva.

Patologija ega. Zgoraj omenjeni razvojni deficiti so pustili za sabo globoke sledove na egu. O teh sklepam posredno preko psihopatoloških fenomenov. Bolnica občasno uporablja prav bizarne povezave med pojmi: »Bolj okroglo izgovarjam.«, veliko besed, posebno ključnih, zamenja z mimiko in gestikuliranjem. Nekatere povedi, ki jih uporablja, so povsem nepovezane, včasih odgovarja mimo. Uporablja neologizme: *hipkovno*, *reaktaža*, *nereaktivnost* in *prehodje*. Prisotni so depersonalizacijski fenomeni: »Vem, da sem imela take lase, da to niso moji lasje. Tudi na otip so čisto drugačni in čisto druga barva.« do »Jaz nisem jaz, jaz sem nič verjetno.« Prisotna je derealizacija zaradi zlivanja objektov: »Meni je bil to isti človek – isti lasje, obraz, postava, a sta se različno predstavila. Nisem pričakovala, da se mi to zgodi, da dveh ljudi ne bom razlikovala in jaz ne morem, res ne.« Občasno se nakazuje avtizem: »Sedim pač, nič ne delam, niti ne razmišljam, pa to mine čas, toliko časa lahko izgubim, mogoče sem celi dan izgubila, pa nisem ene strani v knjigi prebrala.« Prisotni so fenomeni vsiljevanja misli: »To niso moje misli.«, nakazujejo se fenomeni vplivanja in vodenja: »Ne vem, kaj me je vodilo, to človeka nekaj vodi.« Dejansko funkcionira po fragmentih, ima občutek, da so oči, možgani, *telesno živčevje*, *občutenje* in ostalo telo nekaj avtonomnega, na kar nima posebnega vpliva. Ker je njeno telo polje pojavnosti simptomatike, se je celo udarila po obrazu. Uporablja primitivne obrambe – cepitev, projekтивно identifikacijo, projekcijo in introjekcijo, opazna

je celo težnja po izničenju. Ego patologija kaže na spodnjo mejo mejne organizacije osebnosti.

Patologija selfa. V ospredju je cepitev njene samopodobe na grandiozno («Drugi nič ne delajo, samo papirje levo in desno kot drva prelagajo.») in slabo samopodobo – sebe primerja z gnojem in svinjami. Ob cepitvi ega soodvisno nastopa cepitev selfa – razvidna je cepitev na telesno in psihično samopodobo in nadaljnja cepitev telesne samopodobe na povsem avtonomne dele do depersonalizacije («Telo je tak dobro delovalo, dobro hodilo, z očmi pa sem mela težave.»). Telesna samopodoba sprejme vso simptomatiko in je tudi polje pojavnosti somatoformnih motenj. Svoja občutja psihične in telesne neadekvatnosti projicira v druge: drugi mislijo, da je z njo nekaj narobe: npr., da so njene oči večje, obraz ožji, da ima podočnjake...

Patologija superega. Prisotne so sicer posamezne rigidne norme in prepričanja, vendar še v okviru sociokulturnih norm. Vsekakor superego ni bistven generator bolničnih psihičnih težav, v ospredju je patologija ida, ega in selfa.

Diagnostična opredelitev

Za natančno diagnostično opredelitev sem po ugotavljanju patologije posameznih delov psihičnega aparata, ki so pokazali na shizoidno nevrotično strukturo in spodnjo mejo mejne osebnostne organizacije, uporabil diagnostične kriterije DSM-IV klasifikacije (APA, 1994). Ti za pozitivno diagnozo shizotipske osebnostne motnje, ki najbolj zajame gornjo patologijo, zahtevajo prisotnost vzorca socialnih in medosebnih deficitov z nesposobnostjo ali zmanjšano sposobnostjo za navezovanje tesnih medosebnih kontaktov ob kognitivnih ali zaznavnih anomalijah z ekscentričnostjo vedenja. To se kaže z vsaj štirimi značilnimi znaki (nanašalne ideje, čudna prepričanja ali magično mišljenje, ki vpliva na vedenje in ni del subkulturnih norm, nenavadna zaznavna doživetja, vključno s telesnimi iluzijami, čudno razmišljanje in govor, nezaupljivost in paranoidne ideje, neustreznost ali omejenost čustvene sfere, pomanjkanje tesnih medosebnih vezi izven ozkega družinskega kroga ter prekomerna socialna bojazen, ki ne izgine s poznavanjem situacije in je povezana s paranoidnimi strahovi. Ob tem lahko bolniki s shizotipsko osebnostno motnjo ob stresnih situacijah dekompenzirajo in imajo tipične psihotične simptome, ki pa so navadno kratkotrajni. Poleg naštetih diagnostičnih kriterijev, ki so vsi prisotni pri bolnici, sem upošteval tudi diferencialno diagnostične kriterije, ki shizotipsko motnjo razlikujejo od shizofrenije (ugotavljanje psihološkičnosti in bizarnosti simptomov, obstoja sprožilnih dejavnikov, prisotnost razvojnih deficitov, hitrega odziva na nizke doze antipsihotikov pri psihotičnih simptomih, ugotavljanje socialnega upada glede na raven pred dekompenzacijo in razvoja simptomov ter odnosa do njih skozi čas; Židanik, 1999). Tako sem se v diagnostičnem smislu pri bolnici opredelil za shizotipsko osebnostno motnjo.

Psihoterapevtski proces

Z bolnico sva se dogovorila za redne psihoterapevtske seanse enkrat tedensko po 45 minut. Terapijo sva začela konec leta 1994. Prvič sem prekršil pravila analitično usmerjenih seans na 34. seansi. Bolnica je bila namreč prva, ki sem jo sprejel v psihoterapevtsko obravnavo in se v vlogi psihoterapevta še nisem najbolj znašel. V tej fazi terapije je bolnica pogosto sporočala, kako se mora opazovati v ogledalu, če hoče vedeti, kako se počuti. Žalosten izraz na obrazu, ki ga je opazila v ogledalu, ji je sporočal, da je žalostna. Tega ni mogla začutiti v sebi. Zato sem ji naročil, da zapre oči, se sprosti in opiše, kaj čuti. Ta intervencija je bila povsem napačna. V sebi seveda ni čutila nič. Na direktno vprašanje, koliko upa pogledati vase, je odgovorila, da »verjetno nič dosti«. To sem si takrat dobesedno razlagal, da sem ji pomagal k novemu uvidu, seveda pa sem bil daleč od tega – njen uvid ni bil nič drugega kot pasivno sprejetje moje ugotovitve. V sebi pa sem obdržal vtis, da je možen tudi drugačen način dela. Takrat še nisem razumel, da je zdravilno gonilo v tej terapiji samo stalnost, varnost in zanesljivost najinih srečanj. Lahko sem delal še take napake v terapiji, vse mi je bilo odpuščeno. Zato sem dokaj hitro ponovil napako in spet prekršil pravila, in sicer na 36. seansi. Takrat sem že vedel, da nima vzpostavljenega zadovoljujočega odnosa s sabo in da dokler tega ne vzpostavi, ne bo imela notranje trdnosti. Seveda sem se tega spet lotil napačno, začetniško vzneseno, misleč, da so bližnjice v zorenju psihičnega aparata možne. Dal sem ji terapevtsko nalogo, da si kupi kakšno stvar, ki je ne potrebuje, npr. rdečo vrtnico, da bi navezala stik in vzpostavila odnos s sabo.

Po šestih tednih in treh vmesnih seansah si je kupila roza vrtnico in na dan je prišlo veliko vsebin o zapostavljanju same sebe. Na superviziji sem doživel streznitev in potem relativno dolgo vodil terapijo znotraj predvidenih okvirov. Šele na 151. seansi sem ponovno prekršil pravila. To je bilo proti koncu 4. leta terapije, ko mi je bila bolničina patologija že precej blizu. Jasno mi je bilo, da še ni presegla prve kritične točke po Spitzu (po Praperju, 1996). Nekaj prejšnjih seans zapored je govorila o težavah z očesnim pogledom ob komunikaciji z drugimi ljudmi, ki jih ni mogla premagati. Kljub štirim letom terapije v poznani situaciji je bil na seansah očesni kontakt še vedno skoraj tako redek kot na začetku, sestavljen iz bežnih pobliskov, čeprav njena drža ni več izražala tiste izrazite napetosti in obrambnih pozicij. Čutil sem, kako potrebuje zrcaljenje, vedel pa sem, da adekvatnega zrcaljenja ne more dobiti, ker je brez pravih socialnih stikov.

Razmišljal sem v treh smereh: da bi sam služil kot zrcalo, s tem da bi se dogovorila za dodatna srečanja, katerih smisel bi bil samo vzdržanje očesnega kontakta, da bi to vlogo prevzela medicinska sestra ali da bi vzdržala lasten pogled v ogledalu. Takoj mi je postalo jasno, da bi prva možnost preveč porušila okvire psihoterapevtske obravnave. Po drugi strani bolnica medicinske sestre, ki sem jo imel v mislih, ni poznala in iluzorno bi bilo pričakovati uspeh zaradi močnih zavor na področju osebnih kontaktov z bolnične strani. Tako mi je ostala še zadnja možnost. Bolnica je bila že navajena opazovati se

v ogledalu, domneval sem tudi, da v odnosu do sebe le ni tako odtujena kot v odnosu do drugih in zato sem ji dal to nalogo. Na naslednjih seansah je potem poročala, da se ne more gledati v oči dalj časa, pa tudi: »Tam se jaz zagledam, tam ni človek, verjetno je treba čutiti, da je človek pred mano.« Takoj mi je bilo jasno, da ima ta metoda veliko pomanjkljivost. Smisel je zrcaljenje s človekom, ki ima lastne vsebine, drugače se nam videno ne zrcali v očeh. Vsekakor je bilo sedaj že prepozno za menjavo tehnike. Potem pa je na 156. seansi spregovorila, da se je lahko že 45 minut gledala v ogledalu, na 157. pa, da je doma opazovala družinske člane, kako usmerjajo svoj pogled. To je bil prvi pozitiven učinek vaje. Postala je pozorna na usmerjanje pogleda kot na sestavni del komunikacije. Na 161. seansi je poročala: »Jaz sem gledala svoje oči in jaz se lahko gledam v svoje oči in moje oči so lepe in če sebe lahko gledam, lahko tudi druge ljudi in to mi je res v srcu tak prišlo, res. Jaz marsičesa nisem videla, jaz prej nisem videla ali me nekdo gleda ali ne. Da se dve ženske, ko govorita, ves čas gledata, jaz tega prej nisem videla.« To pa sem že razumel kot bistven napredek in tudi kot posledico vaje. In že na naslednji, 163. seansi je dejala: »Jaz sem prodajalko v oči gledala non stop, jaz še nikoli nisem človeka tak gledala.« in na 164.: »Ugotovila sem, da ko govorim, da z obrazom spremljam človeka in da z obrazom izraža svoje občutke. Do zdaj nisem nikoli prišla do tega.« Glede na časovni okvir – 13 seans ali dobre 3 mesece terapije – ta napredek v komunikaciji, ki je daleč presegel moja pričakovanja, pripisujem dani nalogi.

Opogumljen sem pravila ponovno prekorščil na 174. seansi. Že nekaj seans sem opazal poglobljanje depersonalizacij. Ko se je na omenjeni seansi spontano dotaknila odnosa do telesa – kako skrbi za hrano in telesno vadbo, sem odprl vprašanje, kaj lahko še drugega naredi in koliko sploh pozna svoje telo. Naslikal sem ji otroka, ki se raziskuje in tipa in ji dal domačo nalogo: tipanje, dotikanje sebe, opazovanje svojih občutkov na samem in brez bariere – obleke. Na naslednji seansi je poročala, kako s svojim telesom nima nič in tudi ne potrebe, da svoje telo raziskuje. S prvimi poskusi ukvarjanja s sabo, manj v smislu dejanskega dotikanja telesa kot usmerjanja pozornosti na svoje telo, se je depersonalizacija še dodatno poglobljala. Da bi razbremenila svoj psihični jaz, je personificirala posamezne fragmente telesne samopodobe, jim podelila avtonomijo in mestoma z njimi navezovala dialog: »Pa to se že dolgo z možgani pogovarjam, že dolgo; sem jezna nanje, da so vzrok tega, onega, spet so to naredili...«. Poročala je, da ji je telo tuje in da je ne uboga. Pojavljale so se nihilistične ideje: »Jaz sem umrla nekje,... jaz mojega telesa ne občutim, kot da je neka gmota.« Domače naloge praktično ni mogla izvajati, oblečena je morala biti vsaj v majico. Dogovorila sva se za kopanje v kopalni kadi, vendar se ni dotikala: »Če se dotikam, je enako, kot če se ne bi.« Ugajala ji je le toplota vode: »In sem jaz kar močno bila s svojim telesom.«

Potem je prišlo daljše obdobje, ko so bile v ospredju seans konfliktna situacije na delovnem mestu, tako da vprašanj glede domače naloge nisem postavljaj. Po njenem dopustu in po umiritvi razmer na delovnem mestu pa sem to temo na 194. seansi spet odprl. Povedala je, da se ob dotiku ali gledanju sebe ne počuti prijetno. Na 196. seansi

pa je prišlo do prvega premika: »Jaz se lahko svojega telesa vsepovsod dotaknem. Težko sem ugotovila, kaj to pomeni, kako to zaznam. Ugotovila sem, da to pomeni, da je to telo moje.« Svoje telo je začela sprejemati »kot neko normalno stvar« in za nazaj pove, da do tega trenutka ni čutila, da ji telo »nekaj dosti pomeni, da je moje to, da je to neka moja pripadnost«. Svoje telo je začela opazovati v gibanju in opisala strah pred gledanjem golega telesa: »Ker tisti hip ne vem, kak moje telo sprejemam. Jaz dejansko ne vem, kak moje telo je, kake oblike je, tudi sedaj ne vem, a neka slika mi je ostala. Strah me je stika z mojim telesom, kak se bom počutila, če grem v to.« To je bil torej začetek integracije telesne podobe v sebi – v podobi nejasne slike, ki je ostala. Mesec pozneje, na 204. seansi pove, da telo že večkrat pogleda, da se je nanj navadila in da to ni zanjo več nič nenavadnega; po osmih mesecih torej, ko sva se dogovorila za domačo nalogo. Po naslednjih štirih seansah poroča, da je opazovala svoje golo telo in se pri tem dobro počutila: »Čeprav dolgo do svojega telesa nisem prišla, sedaj vem, kako je. Poznam obliko svojega telesa, kot so boki, kot je celotno telo, ko se vidi. Jaz vidim svojo sliko, jaz te slike prej nikoli nisem mela. Pa ni nujno, da se človek svojega telesa boji, a nikoli s svojim telesom ne živi, ne živi in tega ne rabi... Jaz natanko vem, kako je moje telo, sedaj že počasi vem, kakšen je moj obraz, v možganih je to, mogoče bi se že prepoznala kje.« Po teh besedah sem vedel, da je bila moja odločitev za domače naloge pravilna. In dejansko je v tem zadnjem obdobju terapije že bistveno manj depersonalizacij. Do dokončnega preboja pa je prišlo na 211. seansi, na začetku 6. leta psihoterapevtskega procesa. »Sedaj sem sama s sabo, da se v redu v sebi počutim. To je taka stvar, da lahko na podlagi tega človek deluje. Prej so se moji možgani z različnimi stvarmi ukvarjali, zdaj pa je to v notranjosti človeka. Prej nisem imela vpliva na moje zaznavanje. Ko na podlagi tega delujem, takrat je v redu, ni ne vem kaj vse narobe v mojem življenju. Dejansko sem jaz zdaj neki človek. Jaz vem, da jaz sploh svojega telesa nisem opazila. Tisti kupi problemov, tisto sem jaz prej bila. Jaz stalno zapazim svoje telo, pa se umivam, pa mi telo ne uide. Vprašanje, kaj človek je, če si predstavlja, da je svoje telo. Verjetno mu je najlažje, če si svoje telo zna predstavljati, da je telo, da je nekak pri njem, da se zna tak ravnati.« In na nekem drugem mestu v isti uri: »... da se pred človekom sprostiš, se poglobiš, ga skušaš začutiti - ga spremljaš z glavo, obrazom, bolj to čutenjsko verjetno, to vse zraven deluje.«

Dosegla je torej stopnjo, ko začenja prepoznavati bistvene elemente odnosa in komunikacije, čeprav je še zelo oddaljena od točke, ko bo lahko svoja spoznanja in opažanja udejanjala v praksi dlje časa. Dejansko je šele na začetku svojega razvoja. Tako ob vsem tem dogajanju na 197. seansi opisuje izlet v hribe, kjer ji je šlo lažje po vseh štirih kot pokončno, na 210. pa, kako se je prvič v življenju gugala na gugalnici. Po vseh letih svojega življenja se šele sedaj uči kako je biti otrok.

Razprava

Vedenjska terapija ima dejansko eno bistveno prednost pred analitično usmerjenim procesom. Ker je časovno omejena, krajša, je evaluacija rezultatov lažja. Za opisano premestitev elementov vedenjske terapije v analitično usmerjen proces to seveda ne velja. Ker so bili, vsaj v zadnjih dveh primerih, globoki zgodnji razvojni deficiti tisto polje delovanja uporabljenih vedenjskih tehnik, časovna omejitev terapije seveda ni bila možna. Kakor je napredek v terapiji v prvem primeru - uporaba zrcala za zrcaljenje lastnega pogleda - v ozki časovni korelaciji z začetkom dogovora o opravljanju domačih nalog, tako tega v drugem primeru - raziskovanje lastnega telesa - ne morem trditi. Do prvih otipljivejših premikov sem moral čakati približno 10 mesecev. Seveda je razumljivo, da je bolnica za tako globok razvojni deficit potrebovala veliko časa. Sama vsebina seans, ko se je končno opogumila in začela odkrivati svoje telo, pa je pokazala, da je omenjena tehnika bistveno pripomogla k upadu depersonalizacij in pospešila premike na polju sposobnosti komuniciranja z drugimi ljudmi. Bolnica je prvič po treh desetletjih ponotranjila sliko same sebe in se poistovetila s svojim telesom. Iz nejasne podobe o sami sebi so se postopoma izoblikovali posamezni deli telesa, ki so se počasi sestavljali v celoto.

Preden sem se odločil za uporabo zadnjih dveh opisanih vedenjskih tehnik, sem se spraševal, koliko bo to moteče za celoten proces, koliko bodo vedenjske tehnike postale bistvena vsebina najinih srečanj. Potem sem videl, da se ni dosti spremenilo – bolnica je k nalogam pristopala z veliko težavo, ker je bila tako odtujena sebi in o nalogah sprva sploh ni govorila. Tako je spodbuda za to temo ostajala v mojih rokah – izkoriščal sem tišino in zastoje, da sem pozornost usmerjal na izvrševanje nalog, praviloma v zadnjih minutah seans, da bolničinega miselnega toka ne bi zmotil. Na transfer vpeljava omenjenih tehnik praktično ni imela vpliva. Nasploh v tej terapiji ne gre za klasično obliko transferja v smislu prenosa infantilnih čustvenih vsebin iz dosedanjih objektnih odnosov – teh pravzaprav ni bilo, bili so le posamezni fragmenti. Bolnica do sedaj ni zmogla celostno ponotranjiti objekta, ker dosedanji niso bili zadosti dobri. Zato tudi ni zmogla izpeljati nadaljnjih razvojnih faz in tako še danes tudi sama funkcionira po fragmentih. Bolj celovit objektni odnos pravzaprav vzpostavlja šele sedaj in glede na pripoved na seansah lahko sklepam, da me je že ponotranjila. Tako je opisovala, da se doma sama pogovarja s sabo, podobno kot v terapevtski situaciji. Sposobnost komunikacije v terapevtski situaciji opisuje kot najbolj zadovoljujočo, tudi v primerjavi s člani svoje družine. Glede na njeno globoko intencionalno zavrtost, pa se tudi transfer v širšem pomenu besede razvija zelo počasi. Bolnica sicer spregovori o velikem pomenu, ki jo ima zanjo terapija, tako neposredno, kot posredno. Tako opisuje, kako aktivnosti v prostem času preživlja v bližini kraja, kjer sva s terapijo začela. Vendar je verbalna kot neverbalna govorica usmerjena pretežno še vedno navznoter, v opazovanje in razumevanje lastnih čustvenih izkušenj in manj v opazovanje odnosa. Zato sem v kontratransfernem smislu imel nekaj težav. Bolnica prinaša na

seanse po vsebini podoben material, na dolgo poroča o dogodkih med tednom, ki se bistveno ne spreminjajo. Moja vloga je precej pasivna, kot sem omenil, je dovolj, da sem prisoten. Že večkrat sem imel težave z zbranostjo in pozornostjo, kar je v meni povzročalo pritisk in željo po spremembi. Tako je ideja o vnosu vedenjskih elementov tudi posledica mojih kontratransfernih težav. Vedenjske tehnike so vnesle dodatno dinamiko v terapijo, sam sem postal aktivnejši, seanse so postale bolj zanimive. Tako so bile zdravilne ne le za bolnico, marveč tudi zame.

Zaključek

Pri globokih razvojnih deficitih ega si lahko pomagamo tudi z izbranimi vedenjskimi tehnikami, ki morajo biti usmerjene na celjenje razvojnih deficitov in ne na simptom sam, če je naš cilj doseči osebnostno spremembo. Te tehnike lahko bistveno pospešijo analitično usmerjen psihoterapevtski proces. Seveda pa mora biti pri posameznem bolniku tehnika pazljivo izbrana in patologija psihičnega aparata natančno izrisana. V tem prispevku sem opisal primer obravnave bolnice z globokimi ego deficiti in izrazito id patologijo v smislu intencionalne zavrtosti. Glede na klinično sliko in bolničino izpoved skozi seanse sem sklepal, da ni uspela uspešno premostiti prve faze razvoja objektivnih odnosov v smislu obrata navzven, ki razvojno gledano spada h koncu drugega meseca življenja. Zunanji znak tega obrata v okolje je očesni kontakt, zato sem kot prvo vedenjsko tehniko izbral vaje usmerjanja pogleda v smislu vzpostavitve očesnega kontakta. Po prvih uspehih sem se odločil za drugo nalogo. Ker je bila v ospredju pripovedi self patologija, sem ob upoštevanju razvojnih deficitov, ki sem jih postavil v obdobje prvih mesecev njenega življenja, kot drugo vedenjsko tehniko izbral imitacijo vedenja dojenčkov, ki spoznavajo svoje telo. Po zaradi globokih deficitov razumljivem latentnem obdobju, je prišlo pri bolnici do bistvenega napredka v smislu integracije samopodobe. Če sklenem: izbor vedenjske tehnike v analitično usmerjenem procesu mora biti individualno določen glede na prisotne razvojne deficite v ospredju klinične slike. Tako ne more biti nekih pravil glede izbora tehnik kot v primeru pravega vedenjskega psihoterapevtskega procesa. Na ta način analitični proces ohrani svojo individualnost in usmerjenost v ozadje simptomov.

Literatura

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kaplan P.M. in Sadock V.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Praper P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Planprint d.o.o.
- Židanik M. (1999). Med shizotipsko osebnostno motnjo in shizofrenijo [Between schizotypal personality disorder and schizophrenia]. *Zdravstveni vestnik*, 68, 301-4.