

Prikaz primera/Case report

ANKSIOZNOST ALI NEVROZA: PRIKAZ PRIMERA

ANXIETY OR NEUROSIS: CASE REPORT STUDY

Miloš Židanik

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Sodna ulica 9, 2000 Maribor

Prispelo 2005-02-23, sprejeto 2005-09-22; ZDRAV VESTN 2005; 74: 713–6

Ključne besede: psihoterapija; socialna fobija; narcistična osebnost; spolna zloraba; psihoanaliza**Key words:** psychotherapy; social phobia; narcissistic personality; sexual abuse; psychoanalysis

Izveček – Izhodišča. Anksiozne motnje so postale samostojne diagnostične kategorije z vstopom v klasifikacijske sisteme v letu 1980. S tem se je pojavil hkrati tudi nov način razumevanja etiologije anksioznih motenj, ki se je oddaljil od Freudovega psihoanalitičnega pogleda. To je nujno privedlo do sprememb v terapevtskih pristopih, ki so se od psihoanalize preusmerili na kombinacijo psihofarmakoterapije ter vedenjsko-kognitivnih psihoterapevtskih tehnik.

Abstract – Background. With the publication of the Diagnostic and Statistical Manual, Third Edition (DSM-III) in 1980, anxiety disorder was first identified as a diagnostic entity. A new theoretical approach regarding aetiology of anxiety disorders came next into the view, far from Freud's psychoanalytical pathways. The consequences were new therapeutic guidelines, including psychopharmacotherapy and the use of behavioural and cognitive psychotherapy.

Metode. V prispevku predstavljam primer bolnice s socialno fobijo ter opis analitično usmerjene psihoterapevtske obravnave, ki je pripomogla, da je simptomatika izzvenela.

Methods. The paper presents a case report study of a patient with social phobia. The use of analytical oriented psychotherapy, which helped to resolve Axis I symptoms, is described.

Zaključki. Kljub sprejetim terapevtskim smernicam ostaja Freudov pogled na anksioznost aktualen in v nekaterih primerih dragocen pripomoček za vpogled v bolnikove težave. Če se bomo v prihodnosti odpovedali Freudovim pogledom in jih prepustili zgodovini, si bomo zožili terapevtski manevrski prostor in oslabili psihiatrijo kot vedo.

Conclusions. In spite of new therapeutic guidelines there is still a certain population of patients with the need for psychoanalytical oriented psychotherapy. If we are to surrender the Freud's legacy to the medical history, we will weaken psychiatry as a science and will narrow our therapeutic field.

Uvod

Anksiozne motnje sodijo med najpogostejše psihiatrične motnje. Med temi se najpogosteje srečujemo z različnimi fobijami (te ima okrog 10 odstotkov splošne populacije), posttraumatsko stresno motnjo (osem), panično in generalizirano anksiozno motnjo (okrog pet odstotkov splošne populacije). Anksioznost se pogosto pojavlja hkrati z depresijo in zlorabo psihoaktivnih snovi, vpliva pa tudi na večjo smrtnost zaradi srčno-žilnih bolezni. Kaže se z zaskrbljenostjo, nemiro in številnimi telesnimi simptomi, kot so driske, palpitacije, povečano znojenje, vrtoglavice, zvišan krvni tlak, tremor in pogosto odvajanje urina (1).

Kot samostojni pojem se anksioznost prvič pojavi v prvem desetletju 19. stoletja. Pred tem je veljala kot značilnost drugih zdravstvenih težav in bolezni. Leta 1871 je Jacob DaCosta opisal kronični srčni sindrom brez jasnega organskega vzroka. Pojavil se je pojem nevrastenije za bolnike, ki so tožili nad izčrpanostjo, anksioznostjo ali depresijo. Na začetku 20. stoletja je Freud prepoznal anksioznost kot osnovno komponento psihičnih motenj. Razvil je pojem anksiozne nevroze (2, 3). Do leta 1980 so sledile številne druge diagnostične opredelitve, ki so poudarjale telesni značaj anksioznosti, kot so iritabilno srce, nervozna tahikardija, iritabilni sindrom mehurja in hiperventilacijski sindrom (3, 4). Sam bi dodal v slovenskem

prostoru še do pred nekaj leti zelo priljubljeno diagnostično opredelitev nevrovegetativne distonije (DNV). Kot samostojna diagnostična kategorija je anksioznost prvič vstopila v klasifikacijo DSM-III v letu 1980 in svoj prostor utrdila v zadnji klasifikaciji DSM-IV-TR kot dobro definirana in uveljavljena kategorija. Leta 1980 je prišlo do delitve samostojne »anksiozne nevroze« na panično motnjo in generalizirano anksiozno motnjo (3, 5). Z vznikanjem novih diagnostičnih kategorij z anksioznostjo kot skupnim imenovalcem se je vzporedno poslavljala opredelitev nevroze. V MKB-10 (6) jo je najti le še v sledovih in nič več v obliki jasne, dobro definirane kategorije. S premikom diagnostičnih opredelitev je vzporedno potekal premik etiološkega razumevanja anksioznosti iz psihoanalitičnega razumevanja (govori o nevrozah) na medicinsko-biološki model, kar je za sabo nujno potegnilo spremembe v terapevtskem pristopu.

Še vedno pa obstaja diskurz, ali je anksioznost neodvisna diagnostična kategorija na prvi osi diagnosticiranja v psihiatriji ali pa se lahko bolje razume kot izrazita osebnostna poteza kot del osebnostne motenosti na drugi osi diagnosticiranja (7). Ta dilema se aktualno zrcali v DSM-IV-TR (5), kjer se diagnostična merila za socialno fobijo (s prve osi) praktično prekrivajo z merili anksiozne (izogibajoče) osebnostne motnje (z druge osi). V prvem primeru torej anksioznost kot simptom, v drugem kot del osebnostnih značilnosti (ali nevroze,

če opošteujemo psihoanalitični pristop). Moderne raziskovalne smeri so svojo pot utrle na področje nevrobiologije, še posebej v okvir serotoninskega, GABA, histaminskega, dopaminskega in noradrenalinskega sistema (8), ter na področje genetskih raziskav, v katerih govorijo o genetski ranljivosti ter potrebnem zunanem stresorju, ki anksioznost sproži (9, 10). Epidemiološke in klinične raziskave pa so hkrati pokazale na pomembnost dejavnikov znotraj družine, kot so hiperprotektivnost, prevelik nadzor, kritizem, anksiozno vedenje staršev kot čustveni in vedenjski vzorec za ponotrnanje in v nekaterih primerih zloraba otrok (10). Ti podatki opozarjajo na obstoj možnih psihodinamskih dejavnikov v ozadju razvoja nevroze. Tudi ko raziskovalci govorijo o simptomu na površini, ugotavljajo za socialno fobijo, da se znaki praviloma pojavijo že v poznem otroštvu ali zgodnji adolescenci in da je potek motnje kroničen (1), kar sam simptom še težje loči od osebnosti (npr. anksiozne - izogibajoče se - osebnostne motnje), ki je lahko podlaga simptomom na površini.

Terapevtske smernice vsebujejo psihofarmakološke pristope (predvsem zdravljenje s selektivnimi zaviralci ponovnega prevzema serotonina [SSRI], če ni uspeha, pa zdravljenje z reverzibilnimi MAO-inhibitorji ali tri- in tetracikličnimi antidepressivi) in psihoterapevtske pristope v smislu vedenjsko-kognitivne terapije (1, 10). V primeru rezistentne anksioznosti se predlaga kombinacija SSRI, zaviralcev ponovnega prevzema noradrenalina, antiepileptikov, benzodiazepinov in antipsihotikov, vedno v kombinaciji z vedenjsko-kognitivno terapijo (11). Vedenjska ali vedenjsko-kognitivna terapija se priporoča tako za generalizirano anksiozno motnjo, panično motnjo in različne fobije (tudi socialno) ter reakcije na stres (3). V primeru panične motnje in agorafobije Sadock (1) sicer še omenja razkrivajoče psihoterapevtske tehnike, vendar kot zdravljenje druge izbire (v prvi vrsti omenja vedenjske in kognitivne pristope), Andreansenova (3) pa se ustavi že pri suportivnih psihoterapevtskih pristopih (z izjemo skupinske terapije pri posttravmatski stresni motnji). Tako se zdi, da odločitev za nevedenjski ali vedenjsko-kognitivni psihoterapevtski pristop že skoraj meji na strokovno napako.

Kako pa je s Freudovo opredelitvijo nevroze? Freud v povezavi z nevrozo omenja visoko stopnjo anksioznosti, tog in k samokaznovanju nagnjeni nadjaz, šibak jaz (12, 13) in moten nadzor realnosti (14). Primer Anne O. (15), na kateri se je psihoanaliza definirala, govori za težko osebnostno patologijo na meji s psihotično mejno organizacijo. Ob prvem stiku z omenjeno bolnico bi lahko celo postavili diagnozo shizofrenije, ker ima bolnica bolezenske znake, ki ustrezajo vsem diagnostičnim merilom po DSM-IV-TR klasifikaciji (5). Šele pozneje, predvsem po Kernbergovi zaslugi, je nevroza v psihoanalitičnih krogih izgubila globino svoje osebnostne patologije. Kernberg namreč nevrotično osebnostno strukturo razume še kot najbolj zdravo v primerjavi z mejno (kamor sodijo osebnostne motnje) in psihotično (rezervirana je za shizofrenijo in njej podobne motnje) (16). Kljub težki osebnostni patologiji je Freud dokazal uspešnost psihoanalitičnih, se pravi odkrivajočih psihoterapevtskih pristopov. Nevrozo je videl kot posledico razpetosti šibkega jaza med zahtevami gonske, libidne in agresivne energije, ki težita k takojšnji zadovoljitvi, in zahtevami stvarnosti zunanjega sveta. Temu se pozneje pridružijo še zahteve nadjaza, naše vesti. Nevarnost se signalizira s pomočjo anksioznosti, ki se sprva doživi v travmatski situaciji, pozneje pa že v pričakovanju odziva okolja, zato se jaz uči odložiti, preusmeriti ali potlačiti gonsko zadovoljitev. Kmalu postane že sam gonski impulz ogrožujoč in tako vir anksioznosti. Jaz tak impulz potlači v nezavedno, tako izolirani gonski vzgibi pa oblikujejo psihične derivate, s katerimi se nadomestijo, ti pa neprepoznani prodrejo v jaz in zavest ter oblikujejo simptom (13). Odkrivajoča psihoterapevtska pot pomeni prepoznavanje simbolike nadomestnih psihičnih derivatov in preko tega predelavo

dejanskih psihičnih konfliktnih vsebin. S tem jaz pridobiva na moči in anksioznost se blaži.

Sama travmatska situacija lahko povzroči fizično nemoč, če gre za stvarno nevarnost, ali pa psihično nemoč, če gre za nevarnost s strani ogrožajočih gonov. Posameznik bo napredoval v smeri samoohranitve, ko bo znal predvidevati in pričakovati travmatske situacije, namesto da le čaka, da pridejo. Takšno pričakovanje nevarnosti sproži anksioznost. Gre za prepoznano, pomnjeno in pričakovano situacijo nemoči. Anksioznost je osnovna reakcija na nemoč v travmi in se pozneje pojavi tudi v pričakovanju travme kot signal za nevarnost. Hkrati povzročata (zaradi spomina na travmo) ponovitev travme v zmanjšani meri, le da tokrat brez zunanjega objekta. Lahko se zgodi, da se anksioznosti v pričakovanju zunanje travmatske situacije pridruži določena količina gonske bojazni. Takšno združenje bojazni privede do pretiranih anksioznih stanj, ki lahko subjekt paralizirajo (12). Za razlago nevrotičnih simptomov je pomembno, da poznamo subjektovo čustveno stanje in dinamiko med posameznimi deli psihičnega aparata. Razlog za obstoj simptomov je v zgodnjih travmah in psihičnih impulzih, ki izhajajo iz travm. Teh travm se subjekt več ne spominja, medtem ko njihovi produkti, simptomi, nespremenjeni ostajajo skozi čas (17).

Diagnoza nevroze danes tako po mojem mnenju bolj pomeni filozofijo odkrivajočega psihoterapevtskega pristopa, načina razmišljanja o etiologiji anksioznosti, ki je predmet tega prispevka. Z njim želim opozoriti na davno uhojene poti, ki so na najboljši poti, da utonejo v pozabo v medicini, podprti z dokazi, ter medicini priporočenih terapevtskih smernic, kjer v terapevtskih priporočilih odkrivajočih psihoterapevtskih pristopov praktično ni več.

Prikaz primera

Sedaj 27-letna ženska z višješolsko izobrazbo, zaposlena kot glavna tajnica v večjem podjetju, je prišla po enoletni obravnavi pri drugem psihiatru zaradi socialne fobije. Povedala je, da ima strah pred avtoritativnimi osebami, pred hranjenjem v javnosti in pred držanjem kozarca. Zadnje leto jemlje antidepressiv in posega po visokih odmerkih pomirjevala v stresnih situacijah. Prej je bila zaposlena kot hostesa, ni imela težav postreči druge, sedaj pa se je v istih situacijah v službi loteva smrtni strah. Težave ima zadnja tri leta.

Poglobljena strukturalna anamneza ni pokazala na osebnostno patologijo. Anksioznost, ki se je v navedenih stresnih situacijah poglobljala do panike, je kontrolirala s pomočjo psihofarmakoterapije. Ves čas je bila delovno aktivna in si v službi pridobila ugled, imela je dobre odnose s sodelavci, starši in partnerjem, s katerim sta bila skupaj tri leta, težav na področju spolnosti ni imela, bila je brez finančnih težav. Skratka: urejeno življenje, dobri socialni stiki in izoliran simptom. Bolnica je simptom imela pod kontrolo, vendar je izražala izrazito potrebo po analitični obravnavi. Usmeril sem jo h kolegu, navajen, da se za psihoterapevtsko obravnavo odločam le v primeru težje patologije. Pri meni je nadaljevala psihiatrično obravnavo in ves čas izražala željo, da bi bila pri meni tudi v psihoterapevtski obravnavi. Kot dovolj asertivni ženski ji je to tudi uspelo, ko mi je vzbudila občutke krivde z vprašanjem, če ni dovolj zanimiva zame. Sprva sem simptom obravnaval v luči odnosa do avtoritet in s tem do očeta. O njem je povedala, da ima dober nastop, je dober retorik, do otrok pozoren in jim želi vse najboljše. Se pa staršev iz zgodnjega otroštva ni spominjala, bolj starih staršev. Najbolj dedka, ki »me je imel edini res rad«. Skratka: slepa pot. Potem sva sledila napadom panike. Prvič je napad strahu s tresenjem rok zaznala ob pitju kave pet let pred obiskom pri meni. Kavoj je pila s kolegicama, ki sta se bolj zabavali kot sama. Spregovorila je o občutkih manjvrednosti, ki jih je ves čas šolanja kompenzirala z intelektualnimi dosežki in izrnanjem čustvene sfere. To je bilo opazno tudi med najinimi srečanji. Pot so nama kazali izključno preboji joka ob ključnem miselnem toku ter sanje. Spregovorila je o usmerjenosti v delo v njenem otroštvu in posebni zameri materi, čeprav še brez vsebine. Oče je počasi dobival drugačno podobo, postal je avtokratski in vsi njeni fantje podobni njemu. Starši je niso imeli radi. »Od 22. do 24. leta sem si želela, da bi se mi nekaj hudega zgodilo, a tako, da bi tisto prebolela

in bi bilo potem v redu. Kot recimo raka, ker dobiš potem veliko pozornosti od staršev. To je tak grozno, kako sem si sploh lahko kaj takega želela?» Kaj bi torej morali starši opaziti? Vedno bolj sem bil pozoren na narcistične poteze, »če nisem bila najboljša med najboljšimi, sem se slabo počutila in če me nekdo na mojem področju prekaša, ne na zavestni ravni, čutim, da ga ne maram preveč«. Spregovorila je na kompulzivnem prenjedanju v srednji šoli. Potem je prinesla sanje, v katerih je sanjala sestrično s hčerko v treh dneh med praznovanji in kako ji je sestrična razlagala, kako mora »eden to početi s hčerjo«. Prva asociacija je bila zloraba otrok, druga, spolna zloraba, čemur je sledil preboj joka. »V bistvu, tri dni je bilo med zlorabami, pojma nimam zakaj, jaz nisem bila zlorabljen, to sem 100-odstotna, meni hodi po glavi samo seksualna zloraba.« Po uri, že doma, je razmišljala, »mama bi me obranila, to ne more biti«. Potem se je spomnila umetnega osemenjevalca, živinozdravnika, ki je pri njih opravljal svoje delo za celo vas (od njenega četrtega do 13. leta), ki se ga je tako bala, da se je vedno skrivala pred njim, vsa je vztrepotala, ko je videla njegov avto. V tem obdobju se ni več spomnila, kako je izgledal. Sledile so sanje o kači, ki je bila nad njo in imela tako veliko glavo kot sama. Sprva se je spomnila, da je o kačah sanjala že v srednji šoli, sledili so občutki, »strah me je kač, ogabne so mi, bojim se jih, ne bi mogla, da bi se mi plazile po telesu« in asociacija na moški spolni organ. Sledila je asociacija na znanega možkega, ki »bi lahko bil sluzasti pedofil, tak prijazen, v resnici pa mu ni do mene. Kače so sluzaste.« Potem so ji doma priskrbeli fotografijo živinozdravnika, ki ga je povezala s prej omenjenim znanim možkim. Zatem je spregovorila o sanjah, v katerih je gledala svoje mednožje in prozorno kri, kako ji teče po stegnih, nadlegoval jo je mlad duhovnik, ki ga je ubila. V asociacijah pove, da se je ta moški delal svetniškega pred ostalimi in cigarete (rdeči West) iz sanj povezala s spolnim organom, nakar je nadaljevala, da se ji roke vedno tresejo ob prvih dimih. Dve seansi zatem ponovno sanje: najprej o kači, ki se je dvignila pred njo in zatem o rdečem avtu, ki se je zaletel vanjo. Bil je znamke škoda felicia. Prva asociacija je bila, da ji nekdo da penis v usta (felicia = felatio), rdeča barva je kurbirska barva. Kača – spet penis. Sledi obdobje pojavljanja občutkov krivde: »Tedaj, ko sem povedala nekaj ostrih besed čez njega, tisto noč nisem mogla zaspati, ker sem se sama sebi zdela neumna, klevetava, grozno sem se počutila, kaj si vi mislite, kakšna tepka sem.« Sledile so sanje o metuljčku, iz katerega se je izvila kača. Asociacije lep in krhek (metulj) jo pripeljejo do dedka, »a njega sem zelo imela rada ... ko sem se začela spominjati, sem videla njegovo roko tak (dlan položi na svoje stegno v smeri mednožja), samo to ni realen spomin, saj potem ga ne bi imela rada (joče in hlipa)«. Spet sanje, kako je nekdo hodil v njeno stanovanje skozi okno in prinašal sledi, ne da bi vlomil. »Ene zelene črte se spominam na eni komodi, kot bi bila pravila napisana, ki jih je nastavlil, in potem sem se jih jaz držala.« Asociacije – nekdo je ponoči hodil k njej, zelena barva ji pomeni strah. Tudi sicer jo asociacije na temo sanj vodijo v isto smer. Tako je koruzo, ki jo je v sanjah izbruhala, povezala z bruhanjem sperme, starki Milici je napisala pooblastilo, vendar takoj zatem od nje pobegnila, kar je povezala s tem, da ji policija ne bo pomagala. Končno je sanjala, da jo je dedek spolno nadlegoval. Začela je poizvedovati. Mati ji je povedala, da je bilo znano, da je njen dedek spal z nekim mladoletnim dekletom, ki je z njim zanosilo, ob tem, da je imel že od prej enega nezakonskega otroka. Po nadaljnjem poizvedovanju je izvedela, da je imel otroka tudi z deklo, ki je bilo pri njih v reji, v starosti 10–12 let. Videla je fotografijo, na kateri sta z bratom skupaj z dedkom po vrtni izleta: brat je bil povsem oblečen, sama pa samo v spodnjicah. Potem sem odprl situacijo, v kateri je bila njena mama ob tem dogajanju. Pokazalo se je, da je bil njen oče močno navezan na svoje starše in da bi mama z dvema otrokoma ostala sama. Očitno ji je bilo lažje nekega dogajanja ne opaziti. Spomnila se je, da je v starosti med petim in osmim letom razmišljala o samomoru. Praktično je ves čas imela neke simptome, ki so služili kot ventil notranji napetosti. Do šestega leta je bila sladkano mleko po steklenički, do osmega razreda osnovne šole si je grizla nohte, od takrat pa do izbruha panične motnje se ji je pojavljal herpes, imela je po vsaj dva izpuščaja na ustih, kar je povezala z oralnim odnosom. Ko se je na naslanjaču spominjala, kako jo je po pripovedovanju dedek rad previjal, je dobila mišične tike po celem telesu, nakar je pomislila na željo po bežanju ter čutila bolečino v levem stegnu, »spomnila sem se, da mi je velikokrat šaril tu in me je kar stisnilo«.

Do sedaj sva imela 70 srečanj v dveh letih. Še vedno spolna zloraba ni v celoti stopila pred njene oči. Spomini na zlorabo prihajajo po fragmentih: ali sama čustvena stanja brez vsebine (preboji joka, ki jim

sprva ne ve izvora) ali pa vsebine (ob vizualizacijah) brez čustvene spremljave, kjer se sama vidi kot zunanjo opazovalko zlorabe otroka (npr. kot majhne deklce). Ob tako neintegriranih vsebinah se lahko pojavi vprašanje realnosti teh vsebinskih fragmentov. Po premisleku lahko morebitne dvome zavrnem. Sam je s temi vsebinami nisem mogel okužiti, niti preko lastnega nezavednega, ker so mi bile npr. njene asociacije na njene vsebine iz sanj tuje in v nasprotju z mojimi lastnimi asociacijami. Po drugi strani je tudi sama izražala presenečenje nad vsebinami iz lastnih vizualizacij, ki so bile v nasprotju z njenimi pričakovanji, npr. obstoj erektilne disfunkcije pri dedku. Fragmentacija spomina zaenkrat še ostaja, ker so odpori prehudi. Sprva se je bala izgubiti ljubljene, idealizirani objekt. Ko je sprejela, da je dedek »svinja«, se je bala izgubiti dober odnos z mamo, da ne bi sama mame obojela, ker je pozornost preusmerila proč od zlorabe. Vendar ji je mama sledila in se ji opravičila, če je morebiti kaj spregledala. Potem se je bala izgubiti dober odnos z očetom v strahu, da bi ji oče ne verjel. Tudi ta ovira je odpadla. Trenuten odpor je v močnih občutkih krivde in sramu, v občutku, da je sama prispevala k zlorabi. In simptomi? Jih ni. Antidepressive je (vsaj prehodno) opustila in že daljši čas ni posegla po pomirjevalih.

Prenos in protiprenos

Narcistične poteze, ki so med procesom prihajale v ospredje, so bile v ozadju izbire mene kot njenega terapevta. Bolnica je vstopila v obravnavo z že izgrajeno idealizirano predstavo, ki si jo je zgradila s pomočjo ogleda moje spletne strani. Takšna podoba je pozneje lahko prenesla projekcije negativne dedkove podobe, ker jo je lahko nevtalzirala. Bolnica je zelo jasn transfer uporabila že v otroštvu v primeru živinozdravnika: ker je potrebovala dober objekt (dedka), je vse slabo prenesla na živinozdravnika, ki se ga je bala, se mu izogibala in v spomin nanj skupaj s spominom na zlorabo (s strani dedka) izbrisala. Zanimiva je simbolika tega prenosa: živinozdravnik kot osemenjevalec. Drug primer je bil kolega psihoterapevt, ravno tako predmet prenosa konfliktnih vsebin, kar je terapevtski proces onemogočilo. Transfer v najinem odnosu se je pojavil šele tako pozno, da sva pred tem vzpostavila toliko stabilno delovno zvezo, da je lahko o transferju odkrito spregovorila in je ta tako predmet obravnave. Na terapijo prinaša sanje in fantazije, kjer prevzemam dedkovo vlogo in kjer je pripravljena na spolni odnos v smislu plačila za mojo prisotnost (stalnost) in ljubezen. Hkrati pa izraža stisko in upanje, da ji tega ne bo treba storiti. Transfer tako trenutno predstavlja najdragocenejšo pot k njeni pozabljeni (potlačeni) travmatski situaciji. Kontratransferno dogajanje v meni je tudi zaradi te dvojnosti znotraj transferja razbremenjeno. Seksualne fantazije skoraj hkrati nevtalzirata s strahom pred zlorabo. Nekoliko težje sprejemam vlogo idealiziranega terapevta, ki jo bolnica še vedno potrebuje in se ji zaenkrat kljub analizi še ne zmore odpovedati. Nanjo veže kar precej magičnih predstav: kako sem sam že na začetku najinih srečanj vedel, kaj je vzrok njenih težav. Tako so mi tudi sedaj poznane vse zaklenjene skrivnosti njenega nezavednega. Sva pa govorila o tem, da bo v prihodnosti prišel trenutek, ko bo to predstavo opustila, da ne bi v odporu razočarana impulzivno zapustila obravnavo.

Razpravljanje

Pri bolnici sem bil sprva v zadregi. Sam simptom je bil pod kontrolo s pomočjo psihofarmakoterapije, na prvi pogled globlje osebnostne patologije ni bilo najti. Vendar so bile bolniščne potrebe neke drugje. Da bi ji pomagal, sem se moral prepustiti vodstvu njenega nezavednega in ji slediti v globino. Takrat se je pokazalo, da je bila globlja patologija (travmatska situacija) prekrita s pomočjo izrazitega potlačevanja in funkcioniranja z nadkompenzacijo. Njen uvodni simptom je dobil svoje psihološko ozadje. Tresenje rok pri pitju kave je povezala z obredom, ko ji je dedek pripravljal belo kavo v otroštvu. Brez Freudove poti v smislu prepoznavanja simbolike psihičnih derivatov, ki so bili nabiti s seksualno in agresivno energijo ter so se najjasneje pojavljali v sanjah in svojo preobleko odlagali s pomočjo prostih asociacij, patogeneze njenih konfliktnih vsebin ne bi mogla odkriti. Še več: bolnica je imela praktično celo življenje neke simptome, ki so bili simbolično povezani s spolno zlorabo. Celo grizenje nohtov lah-

ko razumemo kot jemanje lastnega orožja, s katerim bi v fantaziji lahko napadla dedka (18). Ko je opustila neko vrsto simptomov, so se takoj začeli drugi. Če torej v tej terapiji ne bi sledil simptomom v njihovo ozadje, lahko z vso gotovostjo trdim, da bi se simptomi nadaljevali, če ne v tej, pa v drugačni obliki, dokler končno ne bi ozavestila konfliktnih vsebin iz nezavednega.

Zaključki

Moja prva misel ob pripravljanju tega prispevka je bila, da čeprav s časom spreminjamo diagnostične kategorije in klasifikacije bolezni, da bolniki in njihovi simptomi ostajajo isti ali vsaj podobni, simptomi so različni le v svoji pojavnosti glede na aktualni družbeni kontekst. Pomembno je, da širimo svoje obzorje razumevanja bolezni z dodajanjem vedno novih teoretičnih spoznanj in da preko tega dobivamo vedno nova psiho- in psihofarmakoterapevtska orodja na razpolago, da lahko pomagamo številnim zelo različnim ljudem s podobnimi simptomi. Različnost zahteva različne terapevtske pristope. Tako bo nekdo potreboval in želel predvsem psihofarmakoterapijo, nekdo drug vedenjsko-kognitivni psihoterapevtski pristop, spet tretji odkrivajoče tehnike, četrti kombinacijo teh poti. Tako kot je širitev razumevanja etiologije (in s tem terapevtskih možnosti) anksioznih motenj bogatenje, tako vidim radikalno preusmeritev s psihoanalitičnih teoretičnih konceptov na izključno medicinsko-biološke s posledičnim opuščanjem odkrivajočih psihoterapevtskih tehnik kot siromašenje psihiatrije. Opuščanje učinkovitih terapevtskih pristopov, ki so v preteklosti pomagali številnim bolnikom, se mi zdi tvegano, ker to pomeni, da nekemu segmentu naših bolnikov v prihodnosti ne bomo znali več pomagati. Tako sem ta prispevek napisal z željo, da pokažem, da je Freudov način razmišljanja danes še vedno lahko tako aktualen kot nekoč, da so nevrotični bolniki še danes med nami, samo da jim danes rečemo drugače.

Literatura

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

2. Papp LA, Gorman JM. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1236-49.
3. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. 3rd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2001.
4. Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. Textbook of psychopharmacology. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1998. p. 775-89.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition Revised. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
6. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 10th ed. Vol. 1. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 1995.
7. Mineka S, Yovel I, Pinels SL. Toward a psychological model of the etiology of generalized anxiety disorder. In: Nutt D, Rickels K, Stein DJ, eds. Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management. London: Martin Dunitz; 2002. p. 41.
8. Nutt DJ, Bailey JE. The neurobiology of generalized anxiety disorder. In: Nutt D, Rickels K, Stein DJ, eds. Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management. London: Martin Dunitz; 2002. p. 59-69.
9. Lesch KP. Gene-environment interactions in generalized anxiety disorder. In: Nutt D, Rickels K, Stein DJ, eds. Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management. London: Martin Dunitz; 2002. p. 70-85.
10. Coupland NJ. Social phobia: etiology, neurobiology, and treatment. J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 1: 25-35.
11. Van Ameringen M, Mancini C, Pipe B, Bennett M. Optimizing treatment in social phobia: a review of treatment resistance. CNS Spectr 2004; 9: 753-62.
12. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XX. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis; 2001. p. 87-168.
13. Freud S. The question of lay analysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XX. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis; 2001. p. 194-224.
14. Freud S. Formulation on the two principles of mental functioning. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XII. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis; 2001. p. 218-9.
15. Breuer J, Freud S. Studies on hysteria. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. II. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis; 2001. p. 21-47.
16. Kernberg OF. Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH; 1985.
17. Freud S. Short account of psycho-analysis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XIX. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis; 2001. p. 193-4.
18. Klein M. The psycho-analysis of children. London: Vintage; 1997.