

# POZDNÍ RECIDIVA DĚTSKÉ SEPARAČNÍ ÚZKOSTI, JEJÍ VÝVOJ A PSYCHOSOMATICKÁ ARCHETYPICKÁ TRANSFORMACE

## kazuistika

Drahomír Balašík

Oddělení klinické psychologie  
Fakultní nemocnice u sv. Anny  
v Brně

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Drahomír Balašík  
Oddělení klinické psychologie  
Fakultní nemocnice u sv. Anny  
v Brně  
Pekařská 53  
656 91 Brno  
e-mail: drahomir.balastik@fnusa.cz

## SOUHRN

**Balašík D. Pozdní recidiva dětské separační úzkosti, její vývoj a psychosomatická archetypická transformace**

Kazuistika demonstruje význam dětské úzkosti v etiopatogenezi některých neuroz a psychosomatických chorob v dospělosti. Na příkladu dětské separační úzkosti dokladuje, že při nezvládnutí příčin může úzkost přetrvávat v asymptomatické formě i řadu let. Za příznivých, vnějších a osobnostních podmínek se pak může znovu (i náhodně) aktivovat a dále rozvíjet i u dospělého. Na jejím výsledném obraze se ale mohou nadále podílet dětská psychotraumata, resp. komplexy i se svým archetypickým jádrem. Cenný diagnostický materiál může k tomu přinést analýza kreseb a snů. Pro efektivní diagnostiku a psychoterapii jsou přítom důležité nejen kauzální přístup, ale i finální souvislosti.

**Klíčová slova:** analýza kreseb a snů, archetyp, dětská separační úzkost, finalita, komplex, psychosomatická bolest.

## SUMMARY

**Balašík D. Late relapse of childhood separation anxiety, its development and psychosomatic archetypal transformation**

Casuistry illustrates the significance of childhood anxiety in the etiopathogenesis of some neuroses and psychosomatic diseases in adulthood. Taking the childhood separation anxiety as an example it shows that if causes are not handled properly, anxiety may endure in asymptomatic form for many years. Under favourable external and personality conditions it may activate again (even accidentally) and be further developed in adult. Its resulting manifestation, however, may be influenced by childhood psychological traumas, i.e. complexes, and their archetypal core. Valuable diagnostic material concerning this issue can be acquired by analysing drawings and dreams. Both the causal approach and the final approach are important for effective diagnosis and psychotherapy.

**Key words:** analysis of drawings and dreams, archetype, childhood separation anxiety, complex, finality, psychosomatic pain.

## ÚVOD

**Úzkost**, jako afekt i nálada, je zakotvena v nevědomé, psychoidní sféře,<sup>1</sup> odkud se, stejně jako jiné nižší emoce, odvíjí od původně tělesných funkcí k jednoduché emoční kvalitě (Schur<sup>2</sup>) a projevuje fyzickými i psychickými symptomy. Její vliv narušuje funkce ega<sup>3</sup> a hraje základní roli v genezi neuróz. Většina autorů<sup>4,5,aj.</sup> ji chápe jako strach bez objektu, který signalizuje ohrožení já nebytím, ztrátou integrity, ale i smyslu života atd. Dle Riemanna<sup>6</sup> jsou úzkosti variantami čtyř základních forem strachu, kterým odpovídají 4 typy neurotických struktur osobnosti. Pro naši kazuistiku je významný **depresivní typ**, který se obtížně separuje od partnera, má problémy se samostatností a dominuje u něj strach z osamělosti a opuštěnosti. Dále mívá pocity méněcennosti a viny a cítí se za vše zodpovědný kvůli slabému, závislému já. Jako nevědomá forma obrany se u něj objevují i tělesné symptomy.

Dle Mentzose<sup>2</sup> **úzkost vzniká** nejčastěji v situacích separace od osoby, která zajišťovala ochranu a pocit jistoty alespoň symbolicky. Na takové trauma nereaguje postižený jedinec obvyklou psychickou bolestí, ale úzkostí z ohrožení self integrity. Taková separační úzkost (i vývojová) může být v dětství posilována mj. narcistickým zraněním (kvůli známé ego-přecitlivělosti narcistů<sup>3,7</sup>); jako syndrom (často se školní fobii) je hodnocena kolem 6–8 let.<sup>8,9</sup> Projevuje se úzkostmi z odloučení, ze tmy, ze samostatného spaní, ze školy, pavory noct., ale i bolestmi hlavy, nauzeou, subfebriliemi aj.

Úzkost má ale nejen imanentní fyzické příznaky; vyvolává i nevědomé **obrané mechanismy** a následné neurotické či psychosomatické poruchy pak rovněž aktivují somatické příznaky.<sup>4</sup> Např. narušení narcistické rovnováhy při ochromujících intrapsychických tenzích a úzkostech se někteří **neurotici** brání jejich *projekcí* do vlastního těla. Někdy dle hysterického módu obrany, při němž tělesný symptom vyjadřuje to, co bylo vytěsněno, ale s čím se pacient identifikuje. Jindy dle hypochondrického módu, charakteristického projekcí odmítaného úzkostného konfliktu do vlastního těla, které se tak stává jeho zdánlivým zdrojem.<sup>2</sup> Oproti tomu **psychosomatický symptom** bývá rovněž výrazem úzkosti, je ale více archaický, více tělesný a objevuje se, když je neurotická obrana neúčinná. Bývá to často obrana *regresivní resomatizací*, zvratem k organickým základům úzkosti, kdy afekt přestává existovat na psychické úrovni, což odvrácí riziko totální psychické dezorganizace.<sup>2</sup> Předpokladem je ale nízký stupeň zralosti já, či jeho koheze v důsledku poruchy rané socializace, kdy se nevytvořila kvalitní objektní či self reprezentace (mj. pro nedostatečné zrcadlení). Intrapsychické konflikty se tak stávají *neřešitelnými na psychické úrovni*, a proto reaguje psychosomatickým symptomem tělo. Jde tedy o vývojovou poruchu, při níž *tělo není integrováno do psychosomatického já* a je vnímáno jako cizí, od já odštěpené.<sup>4</sup> Z řady příčin psychosomatických poruch, zpracovaných posledně citovaným autorem, je významná (vzhledem k naší kazuistice) *tendence trestat se*, např. za potlačený pocit viny.

Častým psychosomatickým symptomem bývá **bolest**, zdánlivě lokalizovaná v některém z periferních orgánů, avšak vyvolaná centrálně, psychogeně, patrně aktivací

limbického systému, či v jeho okruhu a v mozkové kůře.<sup>10</sup> V naší kazuistice jde o bolesti povrchové, kožní (konkrétně parestézie), hluboké (svalové) a neuropatické (s převahou pálivosti).<sup>11,12</sup> Objevily se u našeho dospělého pacienta při recidivě dětské úzkosti (resp. regresivní reakci na postvakcinační poruchy), která se dále rozvíjela a zčásti transformovala do psychosomatických bolestí, a to dle archetypického vzoru. Tomu pak odpovídala i jejich somatická lokalizace, která tím získala finální význam.<sup>13</sup>

## VLASTNÍ KAZUISTIKA

Z kardiologie k nám byl odeslán 33letý pacient, který tam byl dva roky sledován pro tachykardie, extrasystoly, závratě a prekolapsové pocity spojené se silnou úzkostí. Výsledkem byl minimální závěr: „KES Lown I. st. (potvrzeno později i na Holtru), ataky panické poruchy, vertebrální algický syndrom“ (starší a klinicky němý m. Scheuermann). Dle pacienta začaly jeho potíže před třemi lety, kdy se u něj, po očkování proti chřipce, objevily její běžné příznaky (únava, slabost, subfebrilie, bolest hlavy), ale spojené s neadekvátně silnou úzkostí, pro kterou musel vyhledat pohotovost. V dalším roce pak došlo k jejím recidivám, rozšířeným o uvedené hypochondrické poruchy včetně kardiálních symptomů. Protože býval premorbidně zdrav, začal se s obavami pozorovat, zvláště když se později přidaly bolesti v levém hypochondriu. Vyskytovaly se téměř denně a často se šířily po hrudníku nahoru a přes levé rameno na záda, pod levou lopatku („jsem potom jako probodnutý“). Konsilia vyžádaná kardiologií (interna, gastroenterologie, imunologie, neurologie, klinika funkční diagnostiky a ortopedie) byla negativní nebo nevysvětlující. Nicméně při léčbě anxiolytiky, Egilokem a antirevmatiky se frekvence úzkostných a kardiálních potíží výrazně snížila.

Somatické bolesti však přetrvávaly a před zahájením psychoterapie se k nim přidaly parestézie levé ruky, bolesti levého stehna a dysestézie levého lýtka (pocit chladu a současně pálení). Pacient to prožíval jako ohrožení neznámou tělesnou chorobou a ochotně podstupoval nová vyšetření. Přitom ho ale bolesti neomezovaly ve fyzických ani psychických aktivitách, naopak při nich na bolesti i strach zapomínal. Zato o víkendech a při odpočinku vůbec se od nich nedokázal často odpoutat a měl někdy tak intenzivní strach, že to vyvolalo opět tachykardie a obavy ze srdečního selhání. Plnil proto pečlivě doporučení lékařů, vyhýbal se zdravotním rizikům, změnil jídelní návyky (např. jedl pomaleji, více pil apod.), častěji odpočíval a vyhýbal se těžké práci (i když mu nevadila).

Tyto bolesti a strach z nich byly na začátku psychoterapie v popředí, úzkostné symptomy ustoupily. Pacient byl již bez medikace, měl pouze k dispozici analgetika, která ale bolesti jen dočasně tlumila, a probíhala rehabilitace zad.

## Anamnéza

*Otec pacienta* se po práci věnoval svým koníčkům a rodině pak jen o víkendech na chalupě. Když se ale u pacienta v 7 letech, po narození bratra, rozvinul syndrom separační úzkosti (s příznaky výše uvedenými), začal se mu více vě-

novat a dovolil mu spát ve svém pokoji. Dítě se uklidnilo, a i když otec za necelé 2 roky náhle zemřel, úzkost se již neobjevila; snad proto, že se mu tehdy podařilo navázat blízký kontakt s matkou. O otci se pak přestalo v rodině trvale mluvit. *Matka*, věřící, vážná, starostlivá, ale dráždivá a navenek málo citová žena, se již nevdala. S dětmi se nemazlila, častěji na ně křičela, ale nikdy je nebila („Taky nebylo proč,“ říká pacient, „byli jsme hodní.“). *Dědečka* si nepamatuje, zemřel brzy po otci, *babička* pak za 10 let; byla rovněž věřící, starostlivá a pracovitá. Taková byla i pacientova starší *sestra*, mladší *bratr* měl ale zcela jinou povahu: byl aktivní, společenský, veselý až lehkomyšlný, nespolehlivý a hůře se učil.

*Pacient* naproti tomu býval od dětství klidný, vážný, uzavřený a hrával si spíše sám. Vedle toho byl zvýšeně citlivý, hodný, poslušný až vzorný a dobře se učil. Zvládl bez problémů *základní školu*, bez potíží se vyučil a následně vystudoval při zaměstnání *strojní průmyslovku*. Úvahy o vysoké škole kvůli vážné známosti zamítl a příliš ho to prý netrápí. V současnosti *pracuje* jako mistr ve stabilní firmě, je spokojený, přestože má práci časově náročnou (11–12 hodin denně) a řízení malého kolektivu mu občas dělá starosti. *Po práci* odpočívá u televize a videa, *rodině* se věnuje o víkendech a dovolené, které tráví pouze na chalupě. *Sociální kontakty*: jen spolupracovníci a rodina. *Abúzus*: zanedbatelný. Ve 25 letech se po 6leté známosti oženil. *Jeho manželka*, rovněž 33 let, úřednice, zdravá, praktická a nekonfliktní žena. Jejich *sexuální život*, ve kterém je pacient aktivnější, je dle něj zcela uspokojivý; na začátku psychoterapie měli 2 zdravé děti (5 let a 1 rok) a po jejím ukončení se jim narodilo třetí. *Životní styl* rodiny je téměř identický se stylem rodiny primární (práce – byt – chalupa), což prý všem vyhovuje. Vedoucí roli má manželka, které pomáhá tchně, pacient se jim podřizuje, tak jako dříve matce a babičce.

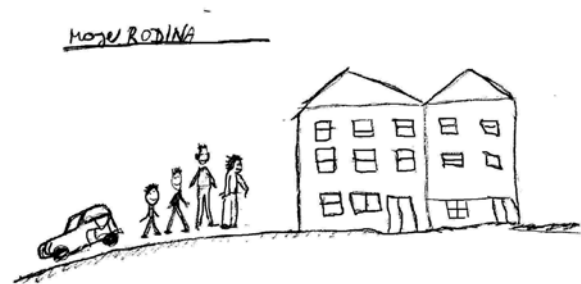
## Analýza kresby a snu

Akutní psychické či somatické příčiny (nepočítáme-li virózu) psychických a psychosomatických poruch našeho pacienta nebyly zjištěny. Více suspektních faktorů bylo v anamnéze, především pak zmíněná separační úzkost, jejíž vztah k aktuálním potížím pacienta však nebyl jasný. V této situaci jsme využili, jak někteří doporučují,<sup>14</sup> analýzu kresby a snů a požádali pacienta, aby svůj problém nakreslil (obr. 1).

Výsledkem byl autoportrét s nápadně **rozpaženými rukama**, a proto jsme si ověřili, zda nejde o jeho způsob kresby rukou; obrázek „Moje rodina“ (obr. 2) to nepotvrdil. Sám pacient při analýze uvedl, že mu kresba připomíná i **Krista na kříži**, a to kvůli poloze rukou a nevědomému přesunu bolavého místa z levé strany svého trupu na pravou, kde byl probodnut Kristus. Co ale může mít společného s Kristem, nebylo jasné. Byl sice do svých 14 let praktikujícím katolíkem (vliv matky a babičky), ale v dospělosti věří málo a o Kristově ukřížování má jen mlhavou představu. Je ale známo, že Kristus je mimo jiné i obrazem archetypu tzv. „božského dítěte“, k jehož atributům náleží opuštěnost a ohrožení. Mohl se tak stát jádrem event. pacientova **komplexu „opuštěného (a zraněného) dítěte“**,<sup>15</sup> který nevědomě nakreslil. Dále si pacient uvě-



Obr. 1. Kresba „Můj problém“ s černě vyznačeným místem přesunutě bolesti (viz šipku)



Obr. 2. Kresba „Moje rodina“ se členy rodiny a jejich mimopracovním životním stylem (mezi bytem a cestou na chatu)

domil, že je oba opustil otec a že je ve věku rizikových, tzv. „Kristových let“. Na bázi „opouštějících“ otců se pak dále mohl rozvinout i **otcovský komplex**. Archetypickým motivem je i **ukřížování**, a to jako *trest za provinění* i jako obět k usmíření Boha<sup>16</sup> (dle Junga<sup>15</sup> se navíc numinózní obrazy objevují při psychogenních tělesných poruchách). To by naznačovalo nějaký pacientův nevědomý *hřích a pocit viny* a psychosomatickou podstatu jeho bolesti. Další nápadností autoportrétu je **hlava oddělená od těla**; že nejde o kreslířskou manýru, ukazuje opět kresba „Moje rodina“ (obr. 2), na níž je dekapitována pouze figurka pacienta. Dle Kristova mýtu tedy zůstává na kříži tělo a hlava, duše ho opouští. Vědomé já (bývá dle Lowena lokalizováno do hlavy<sup>4</sup>) jako by u pacienta ztratilo kontakt s tělem, přírodním, nevědomým základem, s následkem *desintegrace těla a duše, nevědomí a vědomí*.

Brzy po kresbě měl pacient na podobné téma i **sen**. Byl doma ohrožován mužem stejného věku, podobným jeho mladšímu bratrovi. Pacient mu proto ze strachu odřízl, a to bez zápasu i krve, hlavu od těla a obojí schoval do vedlejšího pokoje. Útočník ale i pak zůstal živý, i když nebyl schopen komunikovat a zdánlivě nebyl nebezpečný. Pacient měl však nadále strach; věděl, že udělal špatnost a že mu hrozí trest, protože může být poznán podle pa-

chových stop. Analýza snu upozornila na potlačené pacientovo infantilní tabu přání zbavit se bratra, ale i svých vlastních, stínových tendencí, bratrem reprezentovaných: lehkomyšlnost, nespolehlivost, lenost apod. Jeho vědomé ego je těmto vlastnostem protikladné, ale sen upozorňuje, že jejich násilné vytěsnění intrapsychický konflikt neřeší. Problém zůstává v „jednom domě“, „živý“, nelze se s ním ale „domluvit“ a „smrdí“ již tak dlouho, že ho ten pach poznamenal. A dle něho může být dopaden a potrestán.

## Etiologická rozvaha

O raném vývoji pacienta nemáme přímých informací, z chování matky po narození jeho mladšího bratra a z jejích obvyklých emočních projevů lze ale usuzovat na susp. problematické zrcadlení v symbiotickém období.<sup>3</sup> Výsledkem mohlo být narcistické zranění s nízkou self koherencí, takže se po omezení jeho kontaktu s matkou (po narození bratra) u něj brzy objevila symptomatologie separační úzkosti, resp. konsteloval **mateřský komplex** (na bázi archetypu „hrozné matky“<sup>17</sup>) a **komplex opuštěného dítěte**. Jejich příznaky však byly potlačeny citovou kompenzací a zrcadlením otce, ukončeným ovšem záhy jeho smrtí („opuštěním“). Recidivě úzkosti mohla zabránit matka, ale její bezpodmínečné lásce (a své významnosti) dítě zřejmě nedůvěřovalo, nehledě na pocit zodpovědnosti za její chování vůči sobě. Snažilo se proto (nakonec úspěšně) získat matku **výkonem**, takovým, k němuž mělo jako neurotický depresivní typ předpoklady: konformním chováním, poslušností a pracovitostí a současně i potlačováním stínu. Udržení ego rovnováhy tak bylo náročné a navíc komplikované nutností vytěsnit ze vzpomínek a představ otce. Rodina totiž namísto odtrouchnění jeho smrti, po němž mohlo přijít vyrovnání a smíření,<sup>18</sup> z ní udělala rodinné tabu a chovala se (snad aby dítě nezraňovala), jako by nikdy neexistoval. Vytěsnit (jakoby znovu pohřbit) otce tak muselo i dítě, kterému pak zůstal jen otcovský archetyp jako nevědomý vzorec. Ten byl postupně naplněn některými atributy křesťanského Boha Otce (v interpretaci matky a babičky), snad proto, že rovněž opustil syna. Na tomto archetypickém základě se pak mohl rozvinout obsahově podobný **otcovský komplex** (resp. přísné superego) a následně byl aktivován pozměněný **komplex opuštěného dítěte**, s archetypickými rysy „božského dítěte“, tj. opuštěného a obětovaného Krista. Potlačení těchto komplexů a udržení ego integrity (bez úzkostné neurózy) pomáhal výkonově zpacifikovaný mateřský komplex (Kastová<sup>14</sup>) a příznivá konstelace dalších faktorů (fyzické zdraví, plnění požadavků okolí, život ve známých a neměnných vztazích s předvídatelnými reakcemi<sup>2</sup>). Výkonová strategie se tak jevila, za předpokladu trvalé aktivity aj. podmínek, jako úspěšná, i když jen zdánlivě (komplexy nebyly integrovány).

Teprve před narozením druhého dítěte pacienta napadlo (je rovněž druhým mezi sourozenci), že by mohl zemřít jako otec. Bylo to v době, kdy u něj postvakcinační viróza zřejmě aktivovala, patrně asociativně (podobnými fyzickými symptomy), vytěsněnou dětskou úzkost. Při pacientově depresivním typu se ale úzkost dále vyvíjela, a to dle hypochondrického módu, takže k původním symptomům přibýly i somatoformní srdeční poruchy. Současně

byly aktivovány i potlačené komplexy s jejich archetypickými vzory: **otcovský komplex**, s rysy hyperkritického a trestajícího biblického Otce, a **komplex opuštěného dítěte**, s rysy opuštěného a zraněného Krista i s introjekcí jeho bolesti. Ohrožený pacient reagoval svým obvyklým copingem (zvýšený výkon a důsledná léčebná compliance), kterým pacifikoval „otce“ (tak jako dříve „matku“). A protože současně odezněla viróza a rodinná i pracovní situace byly stabilizované, došlo (i za pomoci léků) opět k utlumení neurotických symptomů. Přetrvávaly však somatické, resp. psychosomatické bolesti (fyzické příčiny nebyly zjištěny), patrně jako důsledek nevyřešeného intrapsychického konfliktu komplexu opuštěného a zraněného dítěte (Krista) a bránícího se já. Neurotická výkonová obrana nedostačovala, a tak trvalo riziko osobnostní desintegrace neřešitelné na psychické úrovni. To mohlo navodit obranu somatickou projekcí, či regresivní resomatizací. Spojení psychosomatických bolestí s potlačenými neurotickými příznaky ale přetrvávalo a bolest je mohla zpětně vyvolat. Lokalizace bolestí pak nebyla náhodná a týkala se částí těla, kde byl zraněn Kristus, a v různých formách se rozšířila i na levé končetiny (dle Kristova mýtu byl vlevo ukřižován *nenapravený* lotr). Finální interpretace (včetně analýzy kresby a snu) naznačila smysl těchto bolestí: upozornit na nevyřešenou vinu a potrestat její potlačení. Nešlo již o vinu za matčinu separaci, ale za dlouhodobé zapírání reálného otce, ba dokonce podíl na jeho „smrti“, a taky „usmrcení“ bratra a s ním i vlastních stínových vlastností. Jde o hříchy „smrtné“, spojené s nutností usmířit komplexového Otce (superego), a to obětí „starého“, komplexy kontaminovaného já. K individuálnímu pokroku pak mohlo vést bolestné poznání a integrace komplexů. Jinak hrozila trvalá disociace otce se synem, nevědomých komplexů s vědomým já, a tedy i desintegrace těla a psyché,<sup>15</sup> kdy jedinec přestává tělu a jeho signálům rozumět. Tělo není integrováno do psychosomatického já a je *chybně* vnímáno jako zdroj „somatických“ poruch.

## Psychoterapie

Začala **kontraktem** s pacientem, který zahrnoval korekci jeho léčebného očekávání („uzdravit se“), obecnou explikací psychogenie tělesných poruch (vědomé a nevědomé příčiny, neuróza, komplex apod.), dohodu o pravidelnosti a frekvenci terapeutických sesí (jedenkrát za týden), nutnost spolupráce a déle trávající docházky (při nejistém výsledku). Mimo to souhlasil s event. anonymní publikací své léčby (což zjišťujeme u pacientů obligátně). Docházku chápal jako povinnost, dohody poslušně dodržoval, s tendencí se vším souhlasit (což zpočátku navozovalo u terapeuta jako protipřenos nudu). V další fázi jsme se kvůli obavám z patogenní síly dětské úzkosti zaměřili, jak někteří doporučují,<sup>14</sup> na analýzu **aktuální komplexové situace** pacienta. Šlo např. o rozbor podobností a rozdílů jeho úzkostí v dětství a dospělosti, o popis komplexů i výkonové strategie při jejich vytěsnění, o poznání stínu apod. Následovala terapie **dalších složek úzkostné a hypochondrické poruchy**,<sup>3</sup> a to strachu z tělesné choroby, neschopnosti relaxovat napětí a vzrušení, ale i podpora sebevědomí (i bez výkonu) atd. Cílem bylo **snížení energetického náboje komplexů**, ale bez hlubší analýzy. **Role terapeuta**

spočívala v zrcadlení (pokus převzít roli pacientova self objektu), přenos se však nedařil a terapeut byl vnímán spíše jako expert (zraněný narcista má sice potřebu jistoty a zrcadlení, ale současně i strach z dalšího opuštění<sup>19</sup>). V tomto procesu do 4 měsíců (celkem 14 sesí) vymizel strach z tělesné choroby i „somatická“ bolest, což reflektoval **další sen**. V něm pacient vede radostí zakončený dialog s „vnitřními rodiči“ za mediace terapeuta. Vzhledem k současné redukci symptomů jsme se pak spolehli na literaturu (energetický náboj komplexů časem mizí<sup>14</sup>) a **psychoterapii ukončili**; bohužel předčasně.

Rok poté byl k nám pacient znovu odeslán z *kardiologie* (opět bez nálezu). Informoval, že byl půl roku bez potíží, ale pak mu další viróza navodila **masivní recidivu** všech předchozích poruch. Přesvědčen, že je tentokrát „skutečně nemocný“, se neobrátil na nás, ale *na ortopedii* (na jiné experty), kde mu dříve zjistili herniaci více plotének (i když asymptomatickou). Byl hospitalizován, znovu vyšetřen a týden bez efektu léčen. Následovala dimise s doporučením šetrčího režimu (nepřetěžovat pateř, dieta apod.), sledování „pouze v neurologické ambulanci“ a láně. *Lázeňská léčba* však byla rovněž bez efektu; naopak, stesk („opuštěné dítě“) a absence aktivity (ochranného copingu) vyvolaly u pacienta pocity viny a úzkosti, což jeho psychické potíže dále zhoršilo a přivedlo ho na kardiologii.

Ani tyto zážitky jeho důvěrou k lékařům tedy neostřásl a k nám se znovu dostal až na jejich doporučení. V té době již ale nějakou dobu pracoval, takže neurotické potíže opět spontánně mizely a bolesti se dařilo tlumit Rivotrem (předepsaným na kardiologii). Tím se snížila jeho motivace k psychoterapii, a protože akutně očekával narození třetího dítěte, uskutečnila se jen dvě další sezení. Doplňovala neřešené problémy předchozí terapie, především rozbor archetypických základů komplexů a jejich po-

zitivních i negativních důsledků (hyperkritické superego, problematický výkonový coping, bolestná individuace aj.). Na závěr pak pacient pozitivně dosnil sen o dekapitaci bratra a v psychosyntetickém dialogu<sup>20</sup> se smířil s otcem.

Za půl roku a následně po 1,5 roce opakovaně informoval, že se cítí doslova „výborně“; neléčí se a žádné léky nebere.

## ZÁVĚR

Kazuistika demonstruje některé **známé poznatky** zmíněné v úvodu. Např. že za neurózami a psychosomatickými poruchami dospělých mohou být potlačena dětská psychotraumata (resp. neintegrovane komplexy). Dále že vytěsnění příznaků úzkosti a psychosomatických poruch výkonovou strategií může být úspěšné, pokud je výkon trvalý a okolnosti příznivé; protože se tím ale neřeší příčiny, je úspěšnost často jen zdánlivá. Potvrdilo se také, že v případě diagnostické nejistoty může pomoci analýza kreseb a snů atd.

Byly zjištěny i některé **nepřiliš frekventované poznatky**, např. že vytěsněné dětské úzkostné poruchy mohou za určitých podmínek přetrvávat řadu let v asymptomatické formě a recidivovat až v dospělosti (např. asociací s podobnými symptomy jiných poruch). Dle typu neurotické osobnostní struktury se pak mohou dále rozvíjet a pro jejich diagnostiku a psychoterapii je důležitá vedle kauzální i finální analýza.

Samotné **psychosomatické poruchy** mohou vznikat jako další forma obrany méně koherentního ega před intrapsychickými konflikty neřešitelnými na psychické úrovni. Některé psychosomatické poruchy jsou proto terapeuticky více rezistentní. Jejich obraz a lokalizace mohou odrážet archetypické jádro komplexu.

## LITERATURA

- Jung CG. Teoretické úvahy o podstatě duševna. In: Jung CG. Výbor z díla, sv. II. Brno: Nakladatelství T. Janečka; 1997: 7–96.
- Mentzos S. Rozumíme sami sobě? Neurotické zpracování konfliktů. Praha: Nakladatelství Lidové noviny; 2000: 232.
- Müller M, Müller A (eds). Slovník analytické psychologie. Praha: Portál; 2006: 528.
- Poněšický J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton; 1999: 208.
- Vymětal J. Pojetí úzkosti a strachu v psychologii. In: Vymětal J et al. Speciální psychoterapie (Úzkost a strach). Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek; 2000: 16–43.
- Riemann F. Základní formy strachu. Praha: Portál; 1999: 200.
- Schwartz-Sallant N. Narcissism and character transformation. The psychology of narcissistic character disorders. Toronto: Inner City Books; 1982: 190.
- Lorenc J. Emoční poruchy v dětství. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigis; 2002: 818–819.
- Kocourková J. Úzkostné poruchy v klinické praxi. In: Vymětal J et al. Speciální psychoterapie (Úzkost a strach). Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek; 2000: 78–104.
- Rokyta R. Neuroanatomie bolesti. Psychiatrie 2006; 10 (Suppl. 2): 46–49.
- Kozák J. Léčba bolesti. In: Kozák J, Papežová H et al. Kapitoly z léčby bolesti. Praha: Maxdorf; 2002: 7–25.
- Trojan S, Langmeier M. Fyziologie centrální nervové soustavy. In: Trojan S et al. Lékařská fyziologie. Praha: Grada Publishing; 2003: 535–711.
- Balašík D. Arthralgia genuum jako psychosomatická porucha. Čes a slov psychiat 2011; 107 (3): 167–171.
- Kastová V. Dynamika symbolů. Základy jungovské psychoterapie. Praha: Portál; 2000: 208.
- Jung CG. Psychologie archetypu dítěte. In: Jung CG. Výbor z díla, sv. II. Brno: Nakladatelství T. Janečka; 1997: 227–263.
- Jung CG. Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Praha: Academia; 1993: 205.
- Jung CG. Psychologické aspekty archetypu matky. In: Jung CG. Výbor z díla, sv. II. Brno: Nakladatelství T. Janečka; 1997: 185–226.
- Vymětal J. Lékařská psychologie. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál; 2003: 400.
- Patočka P. O učené princezně. Poznámky k přenosu a protipřenosu při práci s narcisticky zraněným klientem. Mezi břehy 2012; 2: 50–53.
- Rainwater J.: You're in charge: a guide to becoming your own therapist. 7 print. Marina del Rey: DeVors & Comp; 1989: 221.