

<p>číslo <b>1</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PSYCH@SOM</b></p> <p style="text-align: center;">INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY LIBEREC PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: right;">ROČNÍK <b>III/2005</b> ISSN 1214-6102</p>
<p><b>OBSAH</b></p>	<p><b>ÚVODNÍK 2</b> V.CHVÁLA: DOJDE NA ODLUKU ZDRAVOTNICTVÍ OD STÁTU? 2</p> <p><b>Z POŠTY 3</b> AD KRTIČKOVÁ... 3</p> <p><b>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 3</b>          ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY 18.-19.2. 3          KOLOKVIUM ABSOLVENTŮ VÝCVIKŮ V RT PSYCHOSOM. PORUCH V PPI LIBEREC 4          CYKLUS PŘEDNÁŠEK NOVÉ TRENDY NA FF UK NA TÉMA: RODINA JAKO SOC. DĚLOHA 4          ÚVOD DO PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY 24.-25.6. 4          ODBORNÁ STÁŽ PSYCHOSOMATICKÉ A BEHAVIORÁLNÍ MEDICÍNY 21.2.-4.3.2005 5</p> <p><b>POLITIKA, KONCEPCE 5</b> ZÁPIS Z JEDNÁNÍ VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PS 5</p> <p><b>Z DESÁTÉ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY 6</b>          JAN PONĚŠICKÝ: SROVNÁNÍ FENOMENOLOGICKO-ANTROPOLOGICKÉHO VERSUS          PSYCHOANALYTICKÉHO A VÝVOJOVĚ PSYCHOLOGICKÉHO POJETÍ PSYCHOSOMATIKY A          PSYCHOTERAPIE.6          PETR BOB, PHD.: EPILEPSIE, MOZEK A VĚDOMÍ 14          Úvod 14          Epilepsie a psychosomatika 15          Epilepsie a vědomí 16          Závěr 17</p> <p><b>TEORIE 18</b>          DOC. PHDR. KAREL BALCAR, CSC: SOUČASNÉ TRENDY V PSYCHOTERAPII 18          THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ          KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL 32          5 Konstrukce naší skutečnosti 32          6 Model situačního obvodu 36</p> <p><b>EXCEPTA PSYCHOSOMATICA 37</b> JIŘÍ ŠIMEK: AD RICHARD ROKYTA: PSYCHOGENNÍ BOLEST 37</p> <p><b>POMOC ODNĚKUD NĚKAM 39</b>          Psychosomatická klinika s.r.o hledá pro práci v týmu: 39          Nabídka ambulantní psychoterapeutické péče v DS Horní Palata 39</p>	
<p><b>Redakční rada</b></p>	<p>REDAKČNÍ RADA: MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P.MOOS, MGR.J.KNOP, PROF. RNDR. S.KOMÁREK, DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠIMEK,CSC., MUDR.PHDR.J.PONĚŠICKÝ,PHD</p>	<p>Uzrálo dne 30.1.2005</p>
<p><b>Redakce</b></p>	<p>Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: <a href="mailto:chvala@sktlib.cz">chvala@sktlib.cz</a>. <a href="mailto:Psych@som">Psych@som</a> je ke stažení na elektronické adrese <a href="http://www.sktlib.cz/psychosomatika">www.sktlib.cz/psychosomatika</a>, nebo ke čtení na <a href="http://www.psychosomatika.cz">www.psychosomatika.cz</a></p>	

## V.Chvála: Dojde na odluku zdravotnictví od státu?

V posledních měsících došlo u nás k likvidaci posledních náznaků myšlenkové nezávislosti novinářů působících ve zdravotnictví, jak vyplývá z článku Krystýny Wanatowiczové v Týdnu 2/2005 (str. 24) „Konec nepohodlné konkurence“, bez větší pozornosti zdravotníků. Vydavatelství Sanoma Magazines se v loni v létě rozhodlo prodat Zdravotnické noviny a další tři tituly (Strategie, Sestra, Postgraduální medicína). Nakonec tituly získala společnost Aliafin s dceřinou společností ONE, takže celá transakce je poněkud nečitelná. Kapitál pochází ze severoamerického Oregonu. Nevíme, komu to bude sloužit, ale kdo asi tak má dostatek kapitálu na takové investice, a koho by mohl vliv na zdravotnictví zajímat? Novému vydavateli se prý nelíbilo, že Zdravotnické noviny kritizovaly šéfa lékařské komory a ministryni zdravotnictví. Minulý měsíc předložilo nové vedení listu ústy Milana Matouška dvanácti z osmnácti zaměstnanců listu návrh na ukončení pracovního poměru dohodou. Když odmítli, oznámil jim, že dostanou výpověď pro hrubé porušení pracovní kázně, což je přesvědčilo. My dodejme, že Zdravotnické noviny se věnovaly také psychosomatice ve své jedné rubrice. Jiří Schlanger soudí, že se jedná jen o likvidaci konkurenčního listu na trhu. Uvidíme, odkud vítr vane. Mezitím se jako by náhodou objevil nový list mířící na stejnou čtenářskou obec, Medical Tribune, vedený Mgr.Jaroslavem Hořejším. Náklad 50000 kusů nám zatím zdarma někdo cpe do poštovních schránek. Musí to stát spoustu peněz. Že by nezávislé médium? No uvidíme, vyzkoušíme ho. Pro nás je zatím jasné, že náš samizdat je tak akorát do našich luhů a hájů. Komu pak asi by u nás dal kdo výpověď? Tak si toho važme.

Ale nechme politiky. Ono to půjde stejně jak chce i bez nás. V tomto čísle naleznete zasvěcený přehled o současné psychoterapii z pera doc. Karla Balcara, CSc. K desáté konferenci se vrátíme příspěvkem MUDr.Jana Poněšického, který polemizuje s přístupem Jiřího Růžičky z minulého čísla. A na závěr další pokračování překlady z Uexküllovy Psychosomatische Medizine.

V Liberci 30.ledna 2005

## Ad Krtičková...

Vážená redakce Psych@Som,

K hezkému příspěvku mgr. Kateřiny Krtičkové (Kytičková K: Onkologický pacient jako součást rodinného systému, Psych@som 2004, 2, (6):247-252) bych měl několik doplňujících poznámek na základě své klinické zkušenosti.

**Ad: reakce pacienta:** Kromě uvedených reakcí, často promísených klasickými stadii podle Kubler-Rossovové, jsem nezřídka pozoroval u těchto nemocných také nastraženost hraničící se senzitivní vztahovačností až paranoiditou. Pacienti a pacientky se svěřovali, že po sdělení diagnózy, kdy na nich navenek na první pohled nebylo vůbec nic patrné, měli pocit, že jejich onemocnění na nich všichni vidí, že se jim proto vyhýbají. Nakolik tento pocit ovlivnil rodinný systém, nedokážu posoudit, myslím však, že nutně jej ovlivnit musel (viz dále).

**Ad: reakce rodinného systému:** Poměrně častou reakcí bývá „stažení se“, separace partnera vycházející z obavy z nákazy (ale také určité štítivosti), které nakonec vedou k izolaci pacienta/pacientky, a to i přes opakované ujištění, že onemocnění není infekční.

Oba uvedené způsoby můžeme označit za zvládací strategie (coping), které jsou však velice nepříznivé jak pro průběh, tak pro vyústění nemoci. Myslím, že by všichni, kdo mají co do činění s onkologickými pacienty/pacientkami, by o jejich existenci měli vědět. Jelikož jsem o těchto typech reakcí nenašel zmínku nikde v literatuře, kterou jsem měl k dispozici, dovoluji si zde na ně upozornit.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

liaison psychiatr IKEM

Praha – 7.2.2005

## AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

### Úvod do psychosomatické problematiky 18.-19.2.

Temín: 18-19.2.2005

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

**Předběžný program:**

**Pátek:**

9:00-10:30

MUDr. Alena Večeřová-

Farmakoterapie a psychoterapie u

10:45-12:15	Procházková MUDr. Alena Večeřová- Procházková	psychosomatických pacientů II. Farmakoterapie a psychoterapie u psychosomatických pacientů III
13:00-14:30	Doc. Jiří Beran	Psychosomatika pohybového aparátu
15:00-16:30	Paloušová, Bejstová	Balintovské skupiny
<b>Sobota:</b>		
9:00-10:30	Doc.MUDr.Radkin Honzák	Transakční analýza a její možnosti v psychosomatice I.
10:45-12:15	Doc.MUDr.Radkin Honzák	Transakční analýza a její možnosti v psychosomatice II.
13:45-15:15	MUDr.Dr.Mgr. Jaroslav Kašparů	Moje zkušenosti s psychosomatickými pacienty
15:30-17:00	PhDr.L.Trapková, MUDr.V.Chvála	Seminář nad případy posluchačů

### Změna programu vyhrazena

Přihlášky na obvyklé adrese [prihlasky@ipvz.cz](mailto:prihlasky@ipvz.cz)

## Kolokvium absolventů výcviků v RT psychosom. poruch v PPI Liberec

1-2.dubna 2005

Koná se v Hejnicích, začátek v pátek od 15.00 do soboty 15.00. Jen pro absolventy výcviků v Liberci. Přihlášky u paní Menclové ([menclova@sktlib.cz](mailto:menclova@sktlib.cz))

## Cyklus přednášek Nové trendy na FF UK na téma: Rodina jako soc. děloha

Celkem deseti společnými přednáškami představí PhDr.Ludmila Trapková a MUDr.Vladislav Chvála svůj koncept zdraví a nemoci v rodině, který veřejnosti předložili v knize Rodinná terapie psychosomatických poruch (Portál, 2004). Přednášky budou vždy v úterý od 15.00 do 16.35 ve velké aule filosofické fakulty počínaje 22.2. až do 26.4. 2005. Bližší informace na [www.ffuk.cuni.cz](http://www.ffuk.cuni.cz) nebo [www.sktlib.cz](http://www.sktlib.cz)

## Úvod do psychosomatické problematiky 24.-25.6.

Č. kurzu 222020: Program se připravuje

## **Odborná stáž psychosomatické a behaviorální medicíny 21.2.-4.3.2005**

(IPVZ, č. 222023)

Určeno: pro lékaře všech oborů.

Program: Historický vývoj integračních přístupů v lékařství. Základní principy psychosomatické medicíny. Terapeutické metody. Kasuistiky. Exkurze na vybraná pracoviště.

Školitel: doc.MUDr.J.Baštecký,CSc.

Místo konání: Praha 8, Ústavní 91, Psychiatrická léčebna, katedra psychiatrie. Zájemci mohou přijít přímo na místo k doc.Bašteckému, pavilon 27 v Bohnické léčebně, 29.2. v 9,00hod. Ubytování je možno domluvit na místě. Cena kurzu 3300,-Kč

## **POLITIKA, KONCEPCE**

### **Zápis z jednání výboru psychosomatické sekce PS**

dne 1.2.2005

Přítomní: Baštecký, Beran, Honzák, Chvála

Program:

1. rozvrh celého ročníku Psych@somu 2005 (Chvála). Požádáno právní oddělení německého nakladatelství Urban und Schwartz (Dr. Cathrin Korz) o souhlas k uveřejňování ukázek z knihy Uexküll: Psychosomatische Medizin v Psych@somu. V kladném případě budeme v každém letošním čísle uveřejňovat jednu část úvodního textu o současné teorii psychosomatiky v rubrice Theorie. Další pravidelnou částí budou referáty z 10. konference, rubrika z praxe- zprávy z jednotlivých pracovišť. Na návrh Honzáka přidat rubriku Excerpta psychosomatica. Na starost si bere Honzák.
2. Diskuse o tříletém cyklu kurzů a odborných stáží IPVZ ( od podzimu 2005). Na základě již tříleté zkušenosti Beran vypracuje program na příští 3 roky. Požádá přednášející o syllaby pro skripta v elektronické podobě. Cena kurzu byla na žádost výboru snížena z 1200 na 1000Kč.
3. Téma psychosomatické konference na rok 2006 v Liberci ve dnech 21-23.9.2006. Navrženo: Biologické, psychologické a sociální v medicíně (Baštecký) Předběžně je třeba objednat prostory a dát do programu ČLS (Chvála)
4. Zájemci budou moci po splnění požadavků získat osvědčení o psychosomatickém vzdělání, které jim vydá IPVZ Praha.
5. Hledat cesty k vyjednávání s VZP na centrální úrovni o psychosomatických pracovištích. Dopis za sekci ředitelce Musílkové. (Chvála)

6. Příprava voleb nového výboru, nebo kooptace nových členů. Nyní proběhnou volby do výboru PS, následně proběhnou volby do sekcí. Musíme připravit kandidátku. Vyzvat členy sekce k účasti na volbách.

7. Informace o přípravě pořadu ČT 2 v rámci seriálu „Večer na téma“ o psychosomatice. Předběžně je možnost zařadit do plánu roku 2006. (Potíž je v tom, že ČT chce abychom si na to sehnali 1/3 nákladů, což bude obtížné).

8. Výbor sekce se seznámil se zápisem z výboru PS dne 1. 9. 2004 uveřejněným v č. 8 České a slovenské psychiatrie. K bodu zápisu o vztazích psychiatrie, psychoterapie a psychosomatiky výbor psychosomatické sekce PS ČLS uvádí, že neusiluje o oddělení psychosomatiky od psychiatrie, ale naopak o užší spolupráci PS ČLS.

Zapsal Chvála

## Z DESÁTÉ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

**Jan Poněšický: Srovnání fenomenologicko-antropologického versus psychoanalytického a vývojově psychologického pojetí psychosomatiky a psychoterapie.**

Pokusím se na příkladu z praxe vystihnout podobnosti a rozdíly mezi psychoanalytickým a daseinsanalytickým, resp. fenomenologicko-antropologickým přístupem, tak jak jej popisuje ve své knize „Péče o duši“ Jiří Růžička.

Během jednoho psychoterapeutického sezení sdělila pacientka trpící depresemi a bolestmi hlavy, že si připravila na mojí eventuelní otázku, jak se jí daří, následující obraznou odpověď: Stojím na nástupišti s bařohem na zádech, rychlíky odjíždí všemi směry, ráda bych do nějakého nastoupila a jela kamkoli, přesto tam s tou těžkou bagáží stojím dál a nehnu se z místa.

Jak je tomu možno porozumět? Co to vypovídá o vztahu mezi ní a mnou a jaké se zde otvírají možnosti dalšího psychoterapeutického postupu? Liší se od

sebe zásadně psychoanalytický, daseinsanalytický a tzv. antropologický přístup? Na tyto otázky bych chtěl dát – coby psychoanalytik – odpověď.

V duchu se ptám, co přivedlo tuto ženu /v její představě/ na nádraží, je mi nápadné, že se zmiňuje jen o odjíždějících a ne přijíždějících vlacích, zabývám se i tím, jak bych se tam asi cítil já sám a co bych udělal, co by bylo nejpřirozenější. Zároveň mi jde hlavou osobní historie a současná neutěšená životní situace žurnalistky, která byla po převratu vyhozena z práce. Přes moje

kritické stanovisko k bývalému režimu vnímám její opravdovou touhu po harmonii, a věřím, že nikdy nikomu neškodila. Říkám si, že jí samou předložený obraz o ní i její životní situaci má daleko přesnější a bohatší výpovědní hodnotu než všechny psychologické testy dohromady. Je ochromena uvnitř konfliktu mezi tím nic nedělat, pasivně čekat, resignovat, a mezi přáním odjet pryč, daleko, což si netroufá. Odpovídá to i její habituální tendenci se chovat dle očekávání okolí. Co by to znamenalo odjet? Musela by si napřed sbalit, koupit jízdenku, určit směr a cíl jízdy, to znamená se vědomě rozhodnout pro sebe něco chtít, začít znovu. To je však pro ni o to těžší, že v její představě „myslet na sebe“ znamená egoismus, nemyšlení na druhé – a ten ruksak na zádech by mohl představovat nejen její pasivitu, nýbrž i její špatné svědomí za přání po odjezdu. Představuju si, že nemožnost se rozhodnout vede k napětí a bolestem hlavy.

Ani mě nenapadne myslet na nějaké pudy či psychoanalytické teorie, kterým se musí dle Růžičky pacienti podřizovat. Již S. Freud doporučoval zapomenout během terapie na teorii a věnovat se plně pacientovi. Zabývám se různými významovostmi sdělovaného, jež pacientce pravděpodobně unikají, a uvažuji, jakým způsobem bych jí je mohl zkusmo zvědomit. Můj postup se neliší od psychoterapeutické praxe Růžičky, jehož cituji: „Antropologická psychoterapie je vždy hermeneutickým výkladem lidské existence, jež otvírá skryté horizonty, nechává prožít kontexty /str. 25/, o nichž pacient doposud nevěděl, pomáhá mu v sebeporozumění.“

Uvažuji dále o tom, zdali bude k vyléčení stačit porozumění její situace. Zde se mi zdá významné, že snad čeká na to, zda jí dá někdo do ruky jízdenku či ji vezme sebou – pochybuji, že chce jet v této bezvýchodné situaci sama. Opírám se i o její líbezně-konformní chování ke mě, a to vše mě vede k domněnce, že se zde jedná o jistou nezralost a nedostatečnou samostatnost. V duchu se ptám, zda absolvovala vývojový krok od pouze harmonické vztahovosti ke zkušenosti, že separace nemusí znamenat její ztrátu. Zná pravděpodobně jen dvě možnosti: buď harmonii nebo konflikt. V terapii by se měl otevřít prostor pro normalitu ambivalentních vztahů. Dokonce by mohla udělat osvobozující zkušenost, že svobodné chování, otevřenost a autenticita, mající za následek výměnu rozdílných názorů, je druhými honorována, oživuje a pročišťuje vzájemné vztahy a posiluje vlastní sebevědomí a sebeúctu. Uvědomuju si, že toto epigenetické vývojové pojetí na rozdíl od pouhého hermeneutického výkladu znamená ve svém důsledku dlouhou cestu jakéhosi

dovývoje. Ovšem nutnost těchto vývojových kroků, spojených s úspěchy i selháními, se vzdáním se dětských přání a získávání samostatnosti se zjevila skrze onen nový pohled na její dosavadní harmonické chování coby jednostrannost a nedostatek odvahy se chovat dle vlastního „já“, stát při sobě.

I zde se zásadně neodlišuju od daseinsanalytického postupu Růžičky, který doslovně uvádí, že jde v psychoterapii o to proměnit deformované formy vzájemnosti v plnohodnotné a vyzrálé mezilidské vztahy / str. 66/. To znamená, že i on zastává nejen hermeneutické, nýbrž i vývojové hledisko – jen je otázkou, jestli na to reaguje daseinsanalýsa specifickým terapeutickým postupem. Ten je dle mé zkušenosti indikovaný především u časných poruch osobnosti, jakož i u mnohých psychosomatických onemocnění. Místo principu interpretace se zde osvědčil terapeutický princip selektivně-autentické emoční odpovědi.

Zabýval jsem se dále tím, zda je pacientka natolik zavzata do onoho konfliktu buď zůstat resignovaně až trucovitě stát anebo situaci prostě uniknout, a zda jí tudíž zůstávají uzavřené jiné možnosti. Zůstaneme-li v jejím obraze, tak by si mohla např. vyjet místo vlakem autem, na kole či jít pěšky, užívat si domova nebo okolní přírody, navštívit přátele. Ona se však vidí jen v oné beznadějně situaci: ostatní si mohou jezdit kam chtějí, jen jí se událo bezpráví, byla odložena na vedlejší kolej. Z nějakých důvodů na své nehybnosti trvá. Snad chce demonstrovat svou ukřivděnost. Začít znovu by znamenalo jaksi odpustit, snad i zradit své politické předsvědčení a identitu, uznat svá pochybení a vzdát se zadostiučinění např. ve formě pracovní neschopnosti či invalidního důchodu.

Psychoanalýsa to označuje jako odpor vůči dalšímu pokroku v léčbě. Růžička hovoří též ve stejném duchu o neschopnosti pacientů dělat nové zkušenosti, poněvadž, cituji: „... představa o sobě nesmí být narušena“ /str. 72/., a: „V terapii jde o posuny v prožívání vlastního jáství“ /str. 35/.

Pacientka mi sdělila, že se intensivně zabývala tím, jak by mi co nejlépe zprostředkovala přesný obraz o tom, jak se jí daří. Lze z toho usoudit v jakém stadiu terapie a vztahu ke mě se nalézá? Zřetelně si uvědomuju, že se dosud neponořila do vzájemného vztahu, a přemýšlím, co dělat, aby vysypala z bařohu všechny ty důvody, pochybnosti, úzkosti a námitky jež jí v tom brání. Tento proces testování důvěry, jež v sobě skrývá i obavu z konfrontace a možného odmítnutí, by nejraději nějak přeskočila, unikla mu, či by jí terapeut musel vzít za ruku a udělat všechny tyto nutné kroky za ní,- a ani v její obrazné fantasmii jsem se neobjevil.

To vše jsou aspekty tzv. přenosu. Vlastně s tím souhlasí i Růžička když koriguje zastaralé pojetí přenosu a hovoří o, cituji, „uvíznutí ve ztrnulé a nedospělé podobě vztahu“ /str. 66/, jež je adresován současným lidem.

Samozřejmě jsem se zabýval i svým protipřenosem, tj. tím, zda se nějak nepodílím na oné jednostranně harmonické podobě našeho vztahu, či zda jej eticky neodsuzuju např. coby zbabělost, což by mohlo mít za následek stejnou nehybnost až trucovitý odpor.



Zde opět zaujímám stejný postoj, jež charakterizuje Růžička jako otevřenost, bezpodmínečné přijímání pacientova světa terapeutem, bytí k dispozici /str. 35/, což tolikrát zdůrazňoval Michael Balint. Ve svých knihách dokonce uvádím, že nejdůležitějším terapeutickým faktorem je otevřenost terapeuta, jeho hlubší či širší pochopení pacienta. Teprve v tomto otevřenějším prostoru terapeuta pro dosud skryté možnosti pacienta se může tento vyvíjet. Změna se tudíž musí udát napřed u terapeuta, což je často obtížné, neboť se mu pacient snaží zprostředkovat své vidění vlastní osobní situace, jen tak ho v jeho očích terapeut chápe, což odměňuje např. dalším svěřováním se, resp. sankcionuje uzavíráním se, pakliže jej terapeut vidí odlišně.

Je třeba, aby terapeut dovedl odlišovat opakování starých vztahů - event. testování jimi, zdali na to terapeut tak říkájíc „naletí“ – od skutečných pokusů o navazování nových vztahovostí. Zde je tudíž kritika Růžičky, že psychoanalýza interpretuje každý nový vztah, novou zkušenost jako přenos či regresi /str. 208/ neodůvodněná. Dle psychoanalytika S.A. Mitchella je „hlavním rysem terapeutického působení v psychoanalýze to, že by se z něčeho starého mělo vytvořit něco nového. „A významný německý psychoanalytik Werner Bohleber píše: „Druhý člověk nemá být viděn jen jako kontejner vlastních projekcí a přenosů, nýbrž musí být spatřen ve své jinakosti a jedinečnosti.“ /Psyche, Sondeheft, 2004, Klett-Cotta/. Michael Balint zdůraznil již roku 1968, jak těžké a nutné je „nalést vlastní cestu k objektům“, to znamená k sobě, k lidem, ke světu vůbec.

Podobně se to má i s kritikou neutrality, jíž Růžička navíc směšuje s abstinencí. V psychoanalýze nejde vůbec o neosobní přístup /str. 69/, nýbrž o to, aby terapeut nespoluagoval, tj. nenechal se vmanipulovat do neurotického vztahového vzorce chování pacienta. Cituji opět Mitchella: „Analytik nabízí jiný druh vztahu, než s jakým se pacient setkával v minulosti /str. 73/“. Zažil jsem mnoho temperamentních psychoanalytiků, kteří byli abstinenci tím, že byli svoji, autentičtí a spontánní, což dokázali spojit s vysokou odborností. Taktéž zdůrazňuje i psychoanalytická interakční psychoterapie u časných poruch osobnosti včetně psychosomatos princip emoční odpovědi namísto interpretace, tj. klade důraz na empatii a selektivní autenticitu.

Neutralita pak znamená snahu po spravedlivém a vyváženém postoji k pacientovi, tj. přibližně stejnou emoční i hodnotící vzdálenost k pudově-citové i morální složce osobnosti s přihlédnutím k jejím reálným možnostem v současné životní situaci, jakož i snahu po nestrannosti pacientovi na úkor jeho vztahových osob, např. rodinných příslušníků. /Neutralitu v tomto smyslu „provádí“ i získává analytik neustálou auto-analýzou svého protipřenosu./

Z uvedeného je patrné, že psychoanalýzu charakterizuje spíše určitý **postoj** k pacientovi, snaha po co nejhlubším a komplexním porozumění na základě čehož je teprve možné uvažovat o změně a cestě k ní. Zároveň se analytik považuje za **součást terapeutické situace**, důležitou proměnnou. Změna se tudíž může udát jen oboustranně.

Již S. Freud zredukoval příslušnost k psychoanalýze na čtyři faktory, jež lze vysledovat i v charakteristice daseinsanalytického či antropologického přístupu Růžičky :

1. Vliv poruch ve vývoji osobnosti na současnou životní situaci /tzv. epigenetický princip/.
2. Vliv nevědomých, skrytých možností, kontextů, souvislostí, přání i úzkostí, a odkrývání nových významovostí /hermeneutický princip/. Nevědomí lze totiž definovat i jako sebeklam /Sartre/, jako chybějící „ontologický náhled“/Heidegger/ na sebe, na to kdo jsem, na smysl své existence s její konečností apod.
3. Rozvoj typických přenosových vztahovostí, jež brání novým vztahovým možnostem.
4. Odpor proti změně. /Mimo jiné kvůli strachu z neznámého, z vydanosti budoucímu, jak uvádí Růžička na str. 30/.

A jak vidí psychoanalýzu novodobí terapeuti po více než 100 letech ? Za všechny budu jmenovat Prof. J. Kornera z Berlína. I on chápe přenos daleko šířeji než S. Freud : Spíše nežli nutkání k opakování starého vztahu z dětství jde o naučený způsob vztahovosti během celého dosavadního života s tendencí takovému známým způsobem vnímat a rozumět dění okolo sebe. Jde o setrvávání ve stále stejných rolích a manipulaci ostatních do komplementárních pozic. Pod přenosem a protipřenosem rozumí ještě v širším slova smyslu i to, když pacient vypráví svůj životní příběh tak, jak jej on chápe, a terapeut sděluje své reakce, porozumění i významovost toho, co se dovídá. V tomto kontextu znamená psychoterapie vzájemnou výměnu a společné přibližování se významu toho, co pacient prožil a čím žije.

Korner rozlišuje tři úrovně vědění a uvažování během psychoanalytické léčby :

- Zaprvé je to snaha po **vysvětlení**, kam patří např. i klinické teorie o vzniku psychosomatických onemocnění či posttraumatických stressových poruch, o obranách či odporu v průběhu psychoterapie. Nejedná se o prefabrikované hypotézy, nýbrž o empiricky doložené poznatky. Sem by patřilo i ono **epigenetické hledisko**.
- Zadruhé jde o **hermeneutickou interpretaci** např. snů, představ, asociací a chování během terapeutické hodiny – a též nakolik je v tom obsažena výpověď o vztahu k terapeutovi apod.
- Zatřetí jde o terapeutický **cíl a postup**, jež by vedl k pozitivní změně. To zahrnuje i naše vlastní postoje a chování, jež působí na pacienta. Dále jde o to, čím se zabývat nejdříve /např. odporem a jednostrannými postoji a vztahovými vzorci chování/ a čím následovně /např. potlačenou agresí, zakázanými sebestřednostmi, za které se pacient stydí atd./ a jaké terapeutické techniky použít.

Dovolte mi ještě přednést pár úvah ke dvěma významným terapeutickým faktorům, k **osobnosti terapeuta** a jeho **vztahu s pacientem**. Fenomenologie zdůrazňuje nezaujatý, nepředsudkový postoj k pacientovi, kritizující vnímání člověka dle – v našem případě psychoanalytických – teorií. Růžička má pravdu, když tvrdí, že to může vést k jejím zneužívání, k redukcionismu. V pozitivním případě lze však chápat teorii jako koncentrát dosavadních zkušeností, jako vodítko, jež poukazuje na různé možnosti porozumění. Jedná se o rozšíření spektra jak uvažovat o životě, a zároveň i o korektiv jednostranného pohledu na pacienta, jenž se nás snaží určitým směrem ovlivnit.

Když se daseinsanalytik zřídá teorie osobnosti, tak to neznamená, že jeho pohled bude opravdovější, méně šablonovitý, neboť se pak dívá na pacienta skrze svou privátní teorii osobnosti, jež je daleko subjektivnější. Tak prezentuje Růžička svůj antropologický obraz člověka tak, že se jedná o bytost, cituji, „... jež je určována láskou, starostí a péčí o milované, svobodou a mravností a zápasem o toto určení.“ /str. 115/ V této, dle mého názoru jednostranné a poněkud idealizované definici pojetí člověka mi chybí jeho věčná konfliktovost, bipolarita mezi agresí a láskou, přirozeností a kulturou, egoismem a altruismem, bytím autonomní částí /individuace/ a součástí celku /vztahů, rodiny /. Z tohoto a ne jiného důvodu se budeme lišit v posuzování pacientů, umožňující či ztěžující jim se se vším svěřit.

Osobnost terapeuta spolu s jeho názory je důležitým vzorem pro chování pacienta. Navíc má každý tendenci si potvrzovat svojí vlastní představu o sobě, o světě a lidech v něm.

Tak může terapeut, který zastává výše uvedený ideální obraz o lidském bytí ztížit projevení protichůdných fantasií a tendencí. Stejně tak jednostranně zprostředkováváme naše terapeutické či životní přesvědčení, když se např. domníváme, že postavení člověka ve světě je v podstatě tragické, či charakterizované existencionální úzkostí, jindy se prohlašuje za jeho charakteristiku jeho nehotovost. Jiní autoři se domnívají, že se člověk neustále potýká s vinou, či se zvládnutím své svobody a odpovědnosti, s hledáním smyslu, sociologové zdůrazňují přizpůsobivost a formovatelnost společensko-ekonomickými vlivy, křesťanští filosofové vidí jedince se potácet na půli cesty mezi bestii a Bohem. Ať chceme nebo nechceme neustále, byť neverbálně, něco schvalujeme a s něčím nesouhlasíme, což je nutno průběžně reflektovat.

Vraťme se ještě jednou k antropologicko-fenomenologickému pojetí člověka. Jan Patočka v návaznosti na Martina Heideggera zdůrazňuje život v autenticitě, ke kterému nás přivolává naše ontologické svědomí, jež nás nenechává klidně žít v přizpůsobivé formě „veřejného anonyma“. Tento úkol by tudíž připadl terapeutovi. Téměř identický názor však zastával i britský psychoanalytik Donald Winnicott s jeho koncepcí „pravého a falešného já“. S Patočkou lze z psychoanalytického hlediska plně souhlasit, když hovoří o

odhalování různých způsobů daností, o nauce o zjevování, zdůrazňující, že ukazování se smyslu všeho /v našem případě i psychosomatických příznaků/ se děje pouze ve vztahu člověka k člověku. Svět nás oslovuje dle naší vyladěnosti, a to je něco víc než vnímání pouhým sensoriem.

S tím se psychoanalýza, kupříkladu Prof. R. Krause ze Saarbrückenu, intenzivně zabývá, poukazující např. na protipřenosový, tzv. dominantní afekt terapeuta, jež má vliv na to, jak vnímá pacienta i na to, s čím se mu pacient svěřuje.

Na druhé straně se domnívám, že nelze směřovat filosoficko-antropologický přístup k člověku včetně jeho spolubytí beze zbytku s psychoterapií, jež má mnohdy za úkol nejen odhalovat a vysvětlovat, nýbrž i dotvářet, cíleně zprostředkovávat nové zkušenosti ve smyslu učení či jakési do výchovy, jak je to tolik zapotřebí u časných strukturálních poruch osobnosti. Právě v psychosomatické vidím nesmírně zajímavou šanci a výzvu propojit vývojový a přírodovědný aspekt s duchovnějším pohledem. Takto chápu i tak často citovaný bio-psycho-sociální osobnostní model. V aplikaci na psychosomatiku si lze představit hierarchicky i dynamicky propojené úrovně a tím i způsoby strukturování a zvládnání zátěžových situací. Tyto úrovně zabezpečují adekvátní reagování dle jakosti té které situace, nepropouštějí její působení do hloubky, resp. jinam, mají tudíž i ochrannou a obrannou funkci. Pakliže zejména vyšší, komplexnější způsob reagování dekompenzuje, převezme řízení nižší úroveň s cílem nastolení opět homeostázy. Samozřejmě může být rovnou oslovena i ona nižší úroveň, např. tělesná při napadení bakteriemi, emoční při úmrtí blízké osoby či racionalita během řešení matematického problému. U našich psychosomatických pacientů se většinou jedná o psychosociální zátěžovou situaci, kterou se nepodaří zvládnout na vztahově-sociální rovině. Výsledný stav, např. zlost či pocit selhání není často možno zpracovat ani na psychické úrovni, tj. integrovat do dosavadního sebepojetí, neboť je to znemožněno vývojovými deficity, jednostrannostmi, zábrany, úzkostmi apod. Fenomenologie zde nachází zastavení se v čase, setrvávání na převzatých a neadekvátních postojích. Psychoanalýza se více soustřeďuje na nevědomé motivy, na překážky, jež brání spontánnějšímu, zralějšímu a odpovědnému jednání.

Pakliže selže i neurotická, dětská, resp. primitivnější forma adaptace na zátěžovou situaci, tak na ní přebírá odpověď tělo ve formě fyziologického reagování, což se zároveň projeví jako funkční porucha dotyčného orgánového systému. Když se i tato reakce vyčerpá, pakliže i náš organismus resignuje ve svém úsilí zvládnout zátěžovou situaci, tak dojde k psychofyzickému zhroucení, těžké depresi, burn-out syndromu, anorexii apod.

Kausálně se jedná o několik možností: selhání adaptivních schopností na té které úrovni, jejich traumatické narušení, jejich nedostatečné vyvinutí, či vyhýbání se adekvátnímu řešení, např. emoční odpovědi z důvodu její

náročnosti, nezvyklosti a riziku žít takříkajíc naplno. Jindy jde o prosté naučení se reagovat tělesně v určitých zátěžových situacích.

V podstatě zde hovořím o klinické teorii osobnosti, kterou lze nastínit následujícím způsobem: Jáské funkce sebevnímání, vnímání reakcí okolí na sebe a schopnost získávat nové zkušenosti ve styku s realitou – coby jakýsi hardware – vytváří představu sebe sama, sebepojetí, dle kterého se chováme, což lze opět přirovnat k softwarovému programu. Těch může vedle sebe existovat i víc, jak to např. popisuje transakční analýza, neboť se stále vytváří a přetváří během ontologického vývoje a v závislosti na životních podmínkách. Tento vývoj se ubírá od celostně psychosomatických reakcí, přes dětské sebepředstavy, zprostředkované osobnostní a vztahové konstrukty rodiči, až po vlastní diferencované emoční a kognitivní jednání. Výsledně se pak může jednat jak o vzájemné podporování a zástupnost, tak i o konfliktovost v prožívání a chování na této vývojové vertikále. Na horizontále jedné vývojové úrovně může docházet též ke konfliktům, např. mezi chováním jež očekává matka nebo otec. Takovýto konflikt loajality protichůdných „programů“ může vést jak k rozpolcení osobnosti, tak i k dekompenzací a reagování na jiné, často právě somatické úrovni, jež je totiž sociálně uznávaná coby nemoc s možností jakéhosi oddechu a regenerace.

Takto myšlené „programy“ neznamenalí substancialisaci, zvěcnění lidské bytosti, spíše se jedná o určité osobní životní filosofie, což lze popsat stejně tak fenomenologicky, vývojově-psychologicky či psychoanalyticky, anebo jako obraz prožívání svého postavení ve světě tak, jak jsem to uvedl na začátku mého sdělení. Takovéto sebepojetí zahrnuje typické interakční vztahové vzorce chování. Během psychoterapie se přeměňuje tento internalizovaný osobnostní systém v dyadický s jemu opětnou inherentní tendencí po kongruenci, avšak i autopoéze. Tak lze rozumět kreativní snaze pacienta i terapeuta se dobrat společného sebepochopení, nového porozumění současných i minulých životních situací. Zatímco se daseinsanalytické kasuistiky jak Medarda Bosse, tak i Jiřího Růžičky zabývají výhradně pacientem, bere moderní psychoanalýza v úvahu subjektivitu terapeuta a jeho podíl na výsledném novém pohledu, na celém procesu ozřejmování a hledání nových cest.

Na druhé straně fenomenologický rozbor osobnostního prožívání, tak jak jej např. podal nedávno zesnulý kolega Mrkvička, fascinuje svojí přiléhavostí. Oproti psychoanalýze se zabývá v duchu humanistické psychologie zdravými vývojovými možnostmi, jež zajisté posilují zdraví, což má i nespornou psychoterapeutickou hodnotu. Popisuje život, jeho taje, hloubky a úskalí, poukazuje na to, co je v životě důležité, co jej naplňuje, či jaké jsou rozhodující momenty, jež je třeba odvážně uchopit. Rozebírá takové fenomény jako věrnost, slib, setkání, přátelství a láska, radost a štěstí, vášně, extase, víze a tvořivost, umění a poetické vidění světa, poukazuje na životu inherentní tendenci se zaskvěť, být víc, otevírat se a odvést dílo.

Přiznávám, že z hlediska psychoanalýzy se zde jedná o dosud málo probádané oblasti, zvláště co se týče jejich významu v psychoterapeutickém procesu. Fenomenologická metoda svým důrazem na osobní prožitkovost a její neredukovatelnost- ve srovnání s psychologíí a psychoanalýzou- obohacuje a zlidštuje, resp. pozvedá psychické, obecně psychologické jevy a procesy na duchovní, specificky lidskou) úroveň. Hodnotové přesvědčení je jí více nežli internalizované zásady „Nadjá“, péče o sebe je širěji pojatá nežli volání svědomí, volba a právo na uchopení svých existenciálních možností jde dál nežli individuální proces, vyhodnocování a svoboda je náš bytostný úděl a nejen překonávání ambivalence. Spolubytí a „myství“ není jen navazování vztahů, to je od počátku zde. Zajímavé by byly další úvahy nad oním zduchovněním tělesnosti, psychiky i interpersonalitu, jež je brána jako antropologická danost, jinde zdůvodněna celostním pohledem.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, v srpnu r. 2004, doplněno v lednu 2005.

## **Petr Bob, PhD.: Epilepsie, mozek a vědomí**

*Tato práce byla sice původně na desátou konferenci psychosomatické medicíny přihlášena, nakonec však nebyla přijata, protože prací bylo více, než prostoru k jejich presentaci. Jsme však rádi, že ji můžeme dát k dispozici zájemcům o psychosomatickou problematiku alespoň touto cestou.*

### **Úvod**

Koncept psychosomatické medicíny má již dnes staré historické kořeny sahající do 19. století (Nemiah 2000). Spočívá v širším studiu vztahů ovlivnění tělesného zdraví negativními emočními podněty, především pak stresem nebo nějakou významnou traumatickou událostí. Na druhé straně mají tyto poznatky závažný význam pro terapii, kdy cílené podněty například s použitím hypnózy, nebo cílené změny postoje a životního naladění prostřednictvím psychoterapie zásadně také ovlivňuje somatický stav.

## EPILEPSIE A PSYCHOSOMATIKA

Zkušenost, že psychogenní podněty mohou vyvolat u některých predisponovaných osob epileptický paroxysmus, je doloženou zkušeností ze starší lékařské literatury (Faber & Bob, 200, 2001). Již v minulém století tuto problematiku studoval Hughlings Jackson (1931), který doložil poznatky o tom, že periferní smyslové stimuly nebo silné emoce mohou ovlivnit nebo být dokonce příčinou epileptického záchvatu. Problematika možných efektů emocionálního stresu na výskyt epileptiformní aktivity v elektroencefalogramu byla dále studována v řadě dalších prací (Kaada, 1951; Kluver & Bucy, 1937; Mac Lean, 1952; Papez, 1937; Liberson, 1955), které vedly postupně k objevení elektrobehaviorálních manifestací mozku, typických pro konvulzivní nemoci, v důsledku emoční stimulace. Za podrobnější zmínku stojí například poznatky, které doložila J.R. Stevensová (Stevens, 1959, 1962) když studovala vliv silných emocionálních stimulů na elektroencefalogram třiceti pacientů s konvulzním onemocněním a devíti kontrolních subjektů. Použila slovních asociací, vizuálních stimulů nebo silných zvuků, které vedly k emocionální odpovědi subjektů. Ukázalo se, že maximální emocionální afekt vyvolaly rozhovory jejichž téma bylo specificky zaměřeno na problémy nebo radosti individuálního subjektu. U pěti pacientů nebyly zaznamenány významné změny v EEG během stresujícího rozhovoru, které se nelišily od "normální" kontrolní skupiny. Dvacet pacientů demonstrovalo abnormální EEG v odpovědi na psychologický stres. Z těchto dvaceti, devět pacientů mělo v EEG hroty nebo paroxysmální aktivitu, podobně jako při provokaci pomocí jiných aktivačních technik. U jedenácti z těchto dvaceti byly přítomny patologické epileptiformní odpovědi, jež konvenčními aktivačními metodami vyvolány nebyly.

Zvýšení počtu záchvatů u jedinců postižených epilepsií během emocionálních konfliktů a stresů dokládají také další autoři (Barker & Barker, 1950; Barker, 1948) a Aring et al. (1947). Barker ukazuje souvislost mezi epileptickou reakcí a vybíjením naměstnané energie v důsledku neurotického nevědomého konfliktu. Dále například Allen (1956) dokládá, že 42 ze 182 případů (což činí 23,1%) neurologicky diagnostikovaných paroxysmů bylo shledáno v přímé souvislosti k emocionálním faktorům. Podobné poznatky dokládá také Mignone et al. (1970), který shledává u 53% z jeho 151 pacientů bezprostřední vztah záchvatů a stresu. Podobné poznatky potvrzují také výsledky experimentálních studií na zvířatech, kdy byla dokumentována emocionální aktivace záchvatů u pentylentetrazolem medikovaných myší (Swinyard et al., 1963), u geneticky susceptibilních psů (Martinek, Horak 1970) a dále také při experimentálním studiu u opic, kdy byla tato zvířata vystavována různým formám stresu (Kopeloff et al. 1954; Lockard et al. 1972). Tyto poznatky týkající se vztahu mezi psychickým stavem a epileptickými záchvaty dokládají ještě další studie (Groethuysen et al. 1957; Stevens 1962; Small et al. 1964) a také existují studie, které se zabývají možnostmi psychoterapeutického a psychobiologického ovlivnění záchvatových stavů (Mostofsky, Balaschak, 1977; Williams, 1978,1982; Fenwick 1991).

## ÉPILEPSIE A VĚDOMÍ

Vztah epileptické aktivity a vědomí bezprostředně navazuje na známou skutečnost, že epileptický stav (status epilepticus) může být rozdělen na konvulzivní a nekonvulzivní typy (Alvarez, 2001; Borneo et al., 2003). Konvulzivní typ lze poměrně snadno rozpoznat, zatímco typ nekonvulzivní se projevuje znecitlivěním, komatózními stavy nebo změnou (alteracemi) vědomí s minimálními nebo vůbec žádnými motorickými pohyby, které odrážejí generalizovanou iktální (záchvatovitou) aktivitu. Tyto stavy mohou být ale také zapříčiněny fokální (ložiskovou) aktivitou lokalizovanou v malých objemech mozku bez možnosti lokalizace prostřednictvím skalpového EEG. Takovéto psychické změny, které mohou být produkovány epileptickou aktivitou identifikoval již ve svých klasických pracích v 19. století Hughlings Jackson a nazval je snovými stavy (dreamy states) (Meares, 1999). Novější zkoumání potvrzují, že epileptická aktivita s charakteristickou hypersynchronizací, to jest nadměrným počtem současně aktivních neuronů, není vázána pouze na obvyklé záchvaty, ale že doprovází také charakteristické psychické projevy, které nemusejí vždy poškozovat toho kdo je prožívá, ale mohou vést k mimořádně intenzivním psychickým prožitkům, které jsou známy u některých umělců, kteří v některých případech prožívali tvůrčí inspiraci v souvislosti s epileptickým záchvatem jako například Dostojevskij, van Gogh, William Blake a další (Alvarez, 2001). Podle některých poznatků je nám všem známý, mimořádně intenzivní prožitek spojený s orgasmem, úzce spojen s epileptickou aktivitou a byly zaznamenány také orgastické prožitky v průběhu záchvatu, či byl v důsledku orgasmu epileptický záchvat vyvolán (Heath, 1972; Janszky, 2002). Pokud je tedy epileptická aktivita na jiné straně své mince také fyziologickým procesem, jak některé současné studie předpokládají, mohli bychom pak říci, že podobně jako oheň je dobrý sluha ale špatný pán. A dále, že v mnohých případech potvrzená vázanost epileptické aktivity na psychické prožitky poskytuje možnost nejen pro širší pochopení tohoto fenoménu, ale zároveň pro praktickou terapii.

Přechody mozkové aktivity při vzniku epileptického záchvatu však představují stále značné nesrozumitelný jev. Dochází zde k výrazným změnám v chování signálu v souvislosti s projevem takzvaných chaotických procesů. V analogii tento jev můžeme přirovnat k procesům v atmosféře. Když fouká vítr a v dobré náladě hladí naše tváře jde převážně o to „normální“ proudění, které je v jistém ohledu možno předpovídat. Chaotické a těžko předvídatelné jevy se dějí v atmosféře například při rychlém a prudkém pohybu, kupříkladu při vichřici a jejich typickým představitelem je vír při písečné bouři. Mohli bychom tedy takto analogicky uvažovat i o tzv. tichu před bouří před epileptickým záchvatem. Byly již zjištěny dynamické změny u pacientů s mesální temporální epilepsií prostřednictvím EEG a to několik minut před záchvatem a další podobné výsledky v případě neokortikální parciální epilepsie (Navaro et al., 2002). Současné výsledky



poukazují k tomu, že tyto změny v pre-iktální dynamice představují obecný jev asociovaný s projevem záchvatu, všude tam, kde je lokalizován epileptický fokus.

## ZÁVĚR

Možnost předpovědi epileptických záchvatů má nepochybně velmi závažné důsledky jak z hlediska bezprostředních preventivních a terapeutických potřeb tak rovněž z pohledu dalšího hlubšího chápání epileptického procesu z psychofyziologického hlediska. Přesto však i v této oblasti, stejně jako v psychosomatice vůbec platí, že stav životní pohody a smysluplnosti je pramenem zdraví. Je také výrazem odvahy a svobody k převzetí zodpovědnosti za vlastní život a jeho hlubší naplnění. Znamená to individuální proniknutí pod povrch věcí a nalezení jedinečnosti vlastního smyslu života ve vztahu k ostatním, ve vztahu ke světu kolem. Vyjítí do nezajištěnosti s vědomím, že vlastně nevíme určitě co bude zítra a proto je tak krásné, že dnes můžeme žít. A přestože víme, že smrt je horizontem našeho usilování, je také okamžikem naší pravdivosti, kdy musíme sami před sebou rozhodnout o tom, zda jsme naplnili náš vezdejší úděl.

## Literatura:

- Allen, I.M. (1956) The emotional factor and the epileptic attack. *N.Z. Med. J.* 55, 297.
- Alvarez, J. (2001) Neuronal hypersynchronization, creativity and endogenous psychoses. *Med. Hypotheses.*, 56(6), 672-85.
- Aring, C.D. et al. (1947) The role of emotion in the causation of epilepsy. *A. Res. Nerv. and Ment. Dis. Proc.*, 26, 561-572.
- Barker, W. (1948) Studies on epilepsy: The petit mal attack as a response within the central nervous system to distress in organism-environmental integration. *Psychosom. Med.*, 10, 73-94.
- Barker, W., Barker, S. (1950) Experimental production of human convulsive brain potentials by stress induced effects upon neural integrative function: Dynamics of the convulsive reaction to stress. *A. Res. Nerv. and Ment. Dis. Proc.* 29, 90-113.
- Bob, P., Ptáček R. (2001) Disociativní komponenty v etiopatogenezi epilepsie a možnosti jejich sledování. *Československá psychologie*, 4, 360-66.
- Burneo, J.G., Knowlton, R.C., Gomez, C., Martin, R., Kuzniecky, R.I. (2003) Confirmation of nonconvulsive limbic status epilepticus with the sodium amytal test. *Epilepsia*, 44(8), 1122-6.
- Faber, J., Bob, P. (2000) Epilepsie a nevědomé procesy. *Psychiatrie*, 2, 2000, 91-96.
- Faber J, Bob, P. (2001) Disociace forsírovaná normalizace a epileptóza. *Česk. slov. Psychiatrie*, 97, 3, 120-125.
- Fenwick, P. (1991) The influence of mind on seizure activity. In: Devinsky, O., William, H.T., eds.: *Epilepsy and Behaviour. Frontiers of Clinical Neuroscience vol. 12*, Wiley-Liss, New York.
- Groethuysen, V.C., Robinson, D.B., Haylett, C.H., Estes, H.R., Johnson, A.M. (1957) Depth electrographic recording of a seizure during a structured interview. *Psychosom. Med.* 19, 353-362.
- Heath, R. G. (1972) Pleasure and brain activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm. *J. Nerv. Ment. Dis.* 154(1), 3-18.
- Jackson, J.H. (1931) *Selected Writings of John Hughlings Jackson*. London: Hodder and Stoughton Ltd.
- Janszky, J., Szucs, A., Halasz, P., Borbely, C., Hollo, A., Barsi, P., Mirnics, Z. (2002) Orgasmic aura originates from the right hemisphere. *Neurology*, 58(2), 302-4.
- Kaada, B.R. (1951) Somatomotor, autonomic and electrocorticographic responses to electrical stimulation of "rhinencefalic" and other structures in primates, cat and dog. *Acta physiol. Scandinav.* 24, Suppl. 83, 1-285.
- Kluver, H., Bucy, P.C. (1937) „Psychic blindness” and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in rhesus monkeys. *Am. J. Physiol.* 119, 352-353.
- Kopeloff, L.M., Chusid, J.G., Kopelof, N. (1954) Chronic experimental epilepsy in *Macaca mulatta*. *Neurology* 4, 218-227.
- Liberson, W.T. (1955) Emotional and psychological factors in epilepsy: Psychological background. *Am. J. Psychiat.* 112, 91-106.

- Lockard, J.S., Wilson, W.L., Uhler, V. (1972) Spontaneous seizure frequency and avoidance conditioning in monkeys. *Epilepsia* 13, 437-444.
- MacLean, P.D. (1952) Some psychiatric implications of physiological studies on the fronto-temporal portion of the limbic system (visceral brain). *Electroencephalog. and Clin. Neurophysiol.* 4, 407-418.
- Martinek, Z., Horak, F. (1970) Development of so called "genuine" epileptic seizures in dogs during emotional excitement. *Physiol. Bohemoslov.* 19, 185-195.
- Meares, R. (1999) The Contribution of Hughlings Jackson to an Understanding of Dissociation. *Am. J. Psychiatry* 156 (12), 1850-1855.
- Mignone, R.J., Donnelly, E.F., Sadowsky, O. (1970) Psychological and neurological comparisons of psychomotor and non-psychomotor epileptic patients. *Epilepsia* 11, 345.
- Mostofsky, D.I., Balaschak, B. (1977) Psychobiological control of seizures. *Psychol. Bull.* 84, 723-750.
- Nemiah, J.C. (2000) A Psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62, 299-303.
- Navarro V, Martinerie J, Le Van Quyen M, Clemenceau S, Adam C, Baulac M, Varela F. Seizure anticipation in human neocortical partial epilepsy. *Brain*, 2002, 125, 3, 640-55.
- Papez, J.A. (1937) Proposed mechanism of emotion. *Arch. Neurol. and Psychiat.* 38, 725-743.
- Stevens, J.R. (1959) Emotional activation of the electroencephalogram in patients with convulsive disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 128, 339-351.
- Stevens, J.R. (1962) Central and peripheral factors in epileptic discharge. *Arch. Neurol.*, 7, 330-338
- Small, J.G., Stevens, J.R., Milstein, V. (1964) Electroclinical correlates of emotional activation of the electroencephalogram. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 138, 146-155
- Swinyard, E.A., Miyahara, J.T., Clark, L.D. et al. (1963) The effect of experimentally-induced stress on pentylenetetrazol threshold in mice. *Psychopharmacologia* 4, 343-353.
- Williams, D.T., Spiegel, H., Mostofsky, D.I. (1978) Neurogenic and hysterical seizures in children and adolescents: differential diagnostic and therapeutic considerations. *Am. J. Psychiatry* 135, 82-86.
- Williams, D.T. (1982) The Treatment of Seizures: Special Psychotherapeutic and Psychobiological Technics. In: Sands, H. ed.: *Epilepsy A Handbook for the Mental Health Professional*. Bruner/Mazel, New York

Petr Bob, Ph.D.  
 Psychiatrická klinika 1. LF UK  
 Ke Karlovu 11  
 128 00 Praha 2

## TEORIE

### Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc: Současné trendy v psychoterapii

V posledních desetiletích pokračuje tendence k množování psychoterapeutických směrů vystupujících pod vlastním názvem, ač množství základních principů a terapeutických prvků vzrůstá jen málo, a to ještě o inovace většinou sporné povahy. Nejnovější přehledové práce o současných přístupech v psychoterapii v češtině jsou:

- **Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie (4. vydání). Portál: Praha 2002. 392 stran.** - Tradiční učebnice vycházející ve stále rozšiřované a

inovované podobě již čtvrté desetiletí. Poskytuje encyklopedické informace o tč. aktuálních i již tradičních přístupech a metodách, doplněné vlastním důrazem na (střídavě) diferenciaci a syntézu, integraci, či poučený eklekticismus.

- **Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie (2. přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál 2000. 432 stran.** - Důkladněji se zabývá specifikou psychoterapie v dětství a v dospívání obecně i v jeho hlavních problémových oblastech a z celkového přehledu různých teoretických a metodických směrů a praktických postupů podrobněji rozebírá několik typických pro hlavní psychoterapeutické přístupy.
- **Prochaska, J. O., Norcross, J. C.: Psychoterapeutické systémy (1. české vydání. Grada: Praha 1999. 480 stran.** - Vyniká pokusem o “překrytí” různých psychoterapeutických pojetí v jejich hlavních pojmech a přístupech s důrazem na společné faktory účinnosti psychoterapie a společné faktory terapeutické změny. Dále nabízí přehled 12 rozdílných přístupů k psychoterapii, pokusů o integraci či eklektický přístup a vlastní výhled k “transteoretické terapii”. Každý z dvanácti přístupů je představen shodným postupem včetně fiktivní kasuistiky a možné kritiky z pozic ostatních hlavních proudů psychoterapie.
- **Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie (2. aktualizované vydání). Grada 2003. 262 stran.** - Stručná, prakticky zacílená úvodní přehledová učebnice. Jednoduše přibližuje povahu psychoterapeutického myšlení a praxe obecně, vztahu psychoterapie k jiným druhům léčby, hlavní užívané formy a metody psychoterapie, praktické podoby a problémové oblasti jejího využití v klinické práci. Z teoreticky zformulovaných přístupů popisuje podrobněji čtyři směry, reprezentující hlavní oblasti důrazu v poli současného psychoterapeutického dění.

V tomto sdělení se pokusím na základě vlastní teoretické a praktické zkušenosti s měnící se tvářností psychoterapeutické scény zmapovat dosavadní hlavní proudy vývoje v oblasti pojímání psychoterapie, forem jejího uplatnění, jejích základních psychologických východisek a cílů a typických metod, ilustrovat je příklady proměn hlavních psychoterapeutických přístupů a kriticky je navzájem porovnat v rámci výkladu i v rámci průběžné diskuse o nich.

**Osnova pro výklad a diskusi:**

1. Co znamená “psychoterapie” v současném pojetí a v čem jsou patrné změny v jejím dosavadním pojmání?
2. Jaké jsou základní formy psychologické léčby, jejich terapeutické předpoklady a jejich hlavní uplatnění a jak se přesouvá důraz u jednotlivých forem?
3. Z jakých předpokladů o povaze člověka vycházejí tradiční a současné přístupy k psychoterapii a jak probíhá vývoj v poli psychoterapeutických směrů?
4. Jaký další vývoj se v oblasti psychoterapeutické teorie a praxe rýsuje?

---

## **1. Co znamená “psychoterapie” v současném pojetí a v čem jsou patrné změny v jejím dosavadním pojmání?**

### **1.1 Místo psychoterapie v institucionalizované péči o člověka**

Pojem a pojetí “terapie” procházejí v dějinách oboru proměnami. Nejprve toto slovo, znamenající ve svém původním řeckém významu “sloužení”, zúžilo svůj smysl na službu lékařskou, stalo se synonymem pro “léčení”. Psychoterapie pak znamenala “psychologickou léčbu”. Již v minulém století se však mezi odborníky lidem “pomáhajících oborů” začalo prosazovat pojetí psychoterapie, které přesahuje rámec pouhé “léčby zdravotních poruch” duševních a tělesných a rozšiřuje opět význam tohoto slova na psychologickou pomoc v nesnázích povahy osobních, vztahových a sociálních problémů vůbec, nikoli jen zdravotních. (Stojí za připomenutí, že i pojem “zdraví” sice není v současnosti jednoznačně vymezen, avšak z tradičního zdraví těla se také i ve svých moderních definicích rozšiřuje také i na prospívání duševní, duchovní a sociální.) Jedním z předznamenání pozdějších požadavků, aby psychoterapie sloužila jako nástroj pomoci i v oborech nelékařských, tzn. v různých druzích poradenství, pedagogiky normální i nápravné (včetně vězeňství), duchovní péče atp. nacházíme třeba u Friedricha Perlse, tvůrce “tvarové terapie”, který píše: “Terapie je příliš dobrá na to, než aby zůstala vyhrazená jen nemocným.”

Současný “boj o právo vykonávat psychoterapii” probíhá od zprvu velmi neochotného a všelijak podmíněného uznání lékařů-psychiatrů, že nejprve i lékaři jiných oborů a pak i kliničtí psychologové mohou také vykonávat psychoterapii v rámci rezortní péče o zdraví. Postupně byly realizovány a pak i schváleny odborné výcviky v psychoterapii pro další pracovníky ve zdravotnictví, jmenovitě zdravotní sestry či ošetřovatele a někde i sociální pracovníky a pedagogy, a byla jim umožněna jejich specializovaná účast na jejím poskytování. Značné, dosud přetrvávající napětí nebo přímé spory o právo užívat “ochranné známky” psychoterapie pro své obdobné počínání pozorujeme i v současnosti mezi zastánci pojetí terapie jako klinické metody, oboru a profese, tedy uplatňované pouze zdravotníky pouze ve zdravotnictví, a mezi těmi, kdo žádají její uznání i v oborech práce mimo zdravotnictví, především v poradenství a speciální pedagogice, někdy i jinde, jako třeba v rámci péče o manažery a pracovníky dalších zátěžových profesí, kam nesporně patří i ozbrojené složky. Psychoterapeutické postupy se zde uplatňují

především v rámci prevence duševních, tělesných či společenských selhání a poruch následkem nezvládnutí osobních a vztahových problémů nikoli k léčbě lidí již nemocných.

Zdá se, že toto opětovné rozšíření v současné době prestižního pojmu psychoterapie za hranice pouhé léčby se přece jen prosazuje. Problémy působí oprávněný nárok, aby "psychoterapeut" byl pro tuto činnost odborně připraven a také o tom mohl poskytnout doklady. Nejistotu o uznání psychoterapie jako buď pouze zdravotnické, nebo i mimozdravotnické legálně chráněné profese a činnosti by měl vyřešit buď samostatný zákon o psychoterapii, nebo její vymezení v zákoně obecnější povahy. Snahy o to jsou u nás dosud málo úspěšné, ač obdobnou zákonnou ochranu této profesi poskytuje třeba v Rakousku platný Zákon o psychoterapii. U nás jsou v současnosti praktikující psychoterapeuti vázáni nikoli celospolečensky platnými, nýbrž jen místními úpravami odborných institucí v daném oboru činnosti – ve zdravotnictví například osvědčením vydávaným IPVZ a normami sazebníku úhrad za léčebné výkony Ministerstva zdravotnictví. Protože v ostatních resortech ani v celospolečenském měřítku není pojem psychoterapie a postavení psychoterapeuta právně upraveno, může takto svou funkci a svou činnost teoreticky označovat kdokoli.

## **1.2 K pojetí samotné psychoterapie:**

Již snad není sporu o tom, že stejně jako jiné druhy léčby — chirurgická, farmakologická, fyzikální — tak ani psychologická léčba sama neuzdravuje, nýbrž pouze vytváří podmínky pro to, aby se mohly účinněji uplatnit sebeúdravné schopnosti člověka samého, tělesné i duševní. Zůstává však předmětem sporů, co vlastně je tím "lékem", kterým takto psychoterapie do porušeného dění v člověku a v jeho prostředí podává. K tomu se tradičně i v současnosti stále přistupuje z dvou protichůdných pohledů:

- První přístup zdůrazňuje - ve shodě se stále převládajícím pojetím "přírodovědným" pojmáním diagnostiky, nosologie a léčby v medicíně - "objektivní" hlediska v psychoterapii, odpovídající "přírodovědnému" přístupu k člověku vůbec. Podle něj je teorie psychoterapie léčebnou technologií, její praxe objektivně popsatelnou činností, pacient jejím pracovním předmětem. Jejím cílem i kritériem pro volbu a uplatnění určitého psychoterapeutického postupu jsou objektivně pozorované změny v projevech pacienta - v jeho výpovědích, praktickém chování a výkonu a v jeho tělesném stavu tak, jak byly zjištěny klinickým zkoumáním. Psychoterapii zde lze pojmut jako působení význam nesoucími podněty - "signály" na předpokládané vnitřní dění tak, že se mění z porušeného na zdravé, a pozorování pacientových vnějších odezev na právě zvolený způsob terapeutické "signalizace".

- Druhý přístup zdůrazňuje - ve shodě s tradičním a nyní postupně se opět znovu i v medicíně prosazujícím "antropologickým" přístupem k diagnostice, nosologii a léčbě lidských nemocí - spíše "subjektivní" stránku porušeného prožívání a jednání a terapeuticky účinných událostí. Psychoterapie nepůsobí ani tak obsahem objektivně prováděných činností, nýbrž spíše prožitkovou stránkou terapeutického setkání, tedy povahou psychoterapeutického vztahu, který pacient prožívá a v němž má možnost se měnit a uzdravovat. Spíš než technologií je její "teorie" lidským uměním vzájemného otevírání se, přijímání a sdílení, jež samo o sobě působí léčivě. Praktické postupy v podobě vedení rozhovoru či vykonávání činností, zde jsou jen příležitostí k objevným, osvobozujícím sebeúzdavným změnám v tom, jak pacient prožívá sebe a svět a jak k sobě a ke světu přistupuje. Psychoterapii zde lze pojmout jako působení poskytnutím hlubokého ("existenciálního") zážitku lidské sounáležitosti.

## **2. Jaké jsou základní formy psychologické léčby, jejich terapeutické předpoklady a jejich hlavní uplatnění a jak se přesouvá důraz u jednotlivých forem?**

Stejně jako lékařská péče obecně, tak i psychoterapie má v dějinném vývoji svou základní podobu jako terapie individuální. Vědomí, že porušený může být nejen jedinec, nýbrž i širší soustava vztahů a událostí, v níž jedinec žije a také zdravotně selhává, ovšem v pozadí individuálně nemocného někdy zkoumá, někdy se i pokouší upravovat stav a dění v jeho blízkém prostředí. Prakticky to v lékařství našlo své vyjádření jednak neoficiálně v praxi "rodinných lékařů", jednak oficiálně v oboru hygienické služby.

Právě psychoterapie – alespoň v oblasti péče o zdraví – překonala předpoklad přísně individuální diagnostiky, etiopatogeneze a léčby dvěma či třemi kroky, jimiž pojala společenské prostředí do svých přístupů ne již jen jako možný příčinný činitel v individuální patologii, nýbrž i jako indikovaný předmět svého působení a zároveň jako prostředek léčebného působení. Bylo to ustavení psychoterapie rodinné, psychoterapie skupinové a – na hranici psychoterapeutické a socioterapeutické péče – terapeutického společenství.

Tyto "výboje" psychoterapie směřující k rozšíření pole její působnosti za hranice dvojice "lékař – nemocný" se nejintenzivněji prosazovaly v polovině minulého století. V sedmdesátých letech i u nás často prohlašovali horliví zastánci psychoterapie v uměle vytvořených skupinách, opírající se o mohutnou vzdělávací aktivitu oficiálně nepodporované, spíš mlčky trpěné, psychoterapeutické školy Knoblochovy a jeho následovníků a skupinově-komunitní vzdělávací soustavy Skálovy, Urbanovy a Rubešovy, psychoterapii individuální téměř za škodlivý přežitek. Podobné rétoriky užívali tehdy i propagátoři a praktici systémově pojaté rodinné terapie (ti se i označení svého přístupu za také psychoterapii intenzívně,

byť poněkud nelogicky) bránili, alespoň v podobě rozvíjené Bošem, Špitzem a jejich žáky nejprve z Dubí u Teplic a pak z Prahy.

Častý ideologický antagonismus těchto různých přístupů časem otupěl a v současnosti jsou jejich nadšenci smířlivější i vůči případné indikaci formy odlišné. Stejně jako u různých směrů a metod psychoterapie, tak i u jejich různých forem vystupuje do popředí namísto otázky, co je obecně nejlepší, otázka, za jakých okolností je jaká forma nejprospěšnější. Pro zájemce o odborné vzdělání v psychoterapii jsou možnosti výběru výcvikových pracovišť, programů a pak i pracovišť praktikujících různé formy psychoterapie již dostatečně navzájem vyvážené.

### **3 Z jakých předpokladů o povaze člověka vycházejí tradiční a současné přístupy k psychoterapii a jak probíhá vývoj v poli psychoterapeutických směrů?**

#### **3.1 Antropologické předpoklady psychoterapeutických směrů**

Před rozlišením hlavních psychologických předpokladů, které slouží různým přístupům k psychoterapii alespoň teoreticky jako základna pro jejich hypotézy o zdraví a nemoci a pro jejich praktické postupy, připomenou, co většina teoreticky odlišných přístupů explicitně nevyjadřuje, avšak implicitně obsahuje. Jsou to obecnější předpoklady antropologické, odpovídající na otázky po vlastní povaze člověka a po jeho postavení ve světě. V základech hlavních teoretických přístupů k psychoterapii nacházíme především rozdílné předpoklady v odpovědích na otázky: “Je člověk bezesbytku determinován svou dědičností a prostředím, svou minulostí a mimovědomými vlivy, anebo má nějakou – a pak v čem a jakou – míru vědomé svobodné volby mimo tyto své “osudové” determinace?” – “Je lidská povaha v posledku vždy jenom egoistická, nebo je člověk schopen řídit se ve svém jednání i jinými ohledy, než jen na sebe samého?” – “Existuje v lidském životě dobro a zlo jako takové, anebo jde v každém případě o “dobro” či “zlo” z hlediska vždy jen osobního prospěchu či škody člověka samého či jeho společenství?” – “Směřuje člověk svou vlastní, původní povahou k hledání a uskutečňování pouze dobra, nebo pouze zla, nebo má v sobě sklon k obojímu?” – “Je člověk v podstatě vždy nakonec sám a odkázán jen na sebe, anebo je spíš součástí svých lidských vazeb a z nich získává to, čím a pro co žije?” – a nakonec” “Potřebuje člověk pomoci k objevení objektivního smyslu svého života, anebo potřebuje pomoci vyrovnat se s tím, že jeho život objektivně žádný smysl nemá?”

Příkladem může být třeba opačná odpověď na otázku po zásadní dobrotě či špatnosti přirozených lidských sklonů u tvůrce psychoanalýzy Freuda, který vidí člověka od narození jako ovládaného čistě sobeckými pudy a buď kořistnický, nebo konkurenčně zaměřeného vůči druhým, a u tvůrce klientem řízené psychoterapie Rogerse či jednoho z tvůrců moderní humanistické psychoterapie Maslowa, kteří vidí člověka od narození jako přirozeně směřujícího k dobru. Teoreticky mezi nimi stojící Fromm spatřuje v každém člověku oba sklony, z nichž jeden vždy získává

převahu. A behaviorista Skinner pokládá otázku po objektivním dobru či zlu za bezpředmětnou, neboť vidí chování člověka jako plně determinované původně vrozenými, pak však zkušeností rozvinutými podmíněnými reakcemi na různé situace v prostředí, bez možnosti jakékoli volby a tím se vymykající jakémukoli mravnímu hodnocení.

Z takových – ať přímo vyjádřených, nebo mlčky uplatňovaných – předpokladů o přirozené lidské povaze pak vyplývají i rozdílné hlavní cíle psychoterapie. Psychoanalýza vidí svůj cíl v dosažení oboustranně přijatelného kompromisu mezi egoistickými motivy jedince a potřebami jeho přežití v míru s ostatními lidmi – tedy v osvojení oboustranně přijatelných pudů tlumících a jejich projevy přetvářejících principů reality a morality proti buď příliš ovládajícímu principu slasti nebo naopak proti příliš přísnému superego. Proti tomu humanistické psychoterapie spatřují “lék” v odstranění nepřirozených překážek plnému sebeprojevení a sebeuskutečnění jedince v jeho životě, které pak samočinně povedou k dobrým výsledkům pro něj i pro druhé. Neoanalytický přístup Frommův vyžaduje rozpoznat a podpořit “síly dobra” v člověku v jejich boji se “silami zla”. A skinnerovská terapie chování se pokouší pragmaticky přeprogramovat porušené chování a porušenou zkušenost člověka novým učením tak, aby co nejpohodlněji – s co nejvíce “odměnami” a co nejméně “tresty” – přežíval on i jeho okolí.

Mnoho psychoterapeutických škol a také mnoho psychoterapeutů se otázkám po vlastním “obrazu o člověku”, z něhož pak v terapii vycházejí, spíš vyhýbá. Antropologické předpoklady jsou totiž právě jen “před-poklady”, nikoli objektivním zkoumáním ověřitelné poznatky. V současném sázení také i psychoterapeutických škol na objektivně a empiricky poznávající vědu se nehodí přiznávat se k nedokazatelným, pouze na základě osobní víry přijímaným východiskům. Tím se ovšem antropologické zdroje pouze zamlžují. Nejen pro teorii, ale i pro praxi psychoterapie je ovšem důležité, je-li pro ni člověk i se svou osobností jen zvnějšku programovaným systémem spojů mezi podněty a odezvami, nebo pudů, jejich konflikty a obranami před utrpením nevědomky hnaný živočich, anebo vědomě sebe a svět poznávající a své počínání volící, rozumná seburčující bytost.

V tomto ohledu prošla a prochází psychoterapie se svým teoretickým základem – psychologii také výraznými vývojovými obraty. Antické i hebrejské pojetí člověka řídicího se rozumem a orientujícího se v životě podle vůle Boží či božstev se drasticky proměnilo vlivem nástupu přírodovědeckého evolucionismu a humanistického či materialistického racionalismu na jeho pojmání coby pouze hmotného mechanismu nebo součástky společenského soukolí, prosazující se ve vědeckých kruzích euro-americké kultury na obou stranách Atlantiku zvláště v období sedmnáctého až dvacátého století. Až dvacáté století přineslo vzrůstající odklon od naturalistického materialismu k antropocentrickému humanismu či dokonce až k supranaturalistickému pojetí člověka svobodného a odpovědného nejen lidské společnosti, nýbrž i vyšším principům. Nemáme zde však již co činit se změnou “hlavního proudu” psychologického a pak i psychoterapeutického myšlení,



nýbrž v současnosti spíš s rozevíráním “vějíře” navzájem se rozcházejících směrů myšlení o člověku. V současných psychoterapiích můžeme vystopovat téměř jakýkoli jeho odstín.

### **3.2 Psychologické předpoklady psychoterapeutických směrů**

Na pozadí často nevyjádřených antropologických východisek vznikají a rozvíjejí se i teoretické předpoklady psychologické povahy o tom, co je podstatou a hlavní příčinou zdravotní či jiné poruchy, jakým způsobem lze poruchu napravovat a jaký je cíl či “norma”, o jehož dosažení v psychoterapii jde. Historický vývoj hlavních důrazů zde probíhal také svými oklikami.

Původnímu pojetí člověka jako bytosti vládnoucí rozumem a poznávající jím dobro a zlo odpovídalo i pojetí jeho patologie. Ta spočívala v rozumu odporující volbě zlého; hlavní příčinou pak bylo právě selhání rozumu – zastávání rozumu ve skutečnosti odporujících myšlenek. Psychoterapie antická měla spočívat v tom, že filozofové měli duševně nemocným jejich nemoci rozmlouvat. I dnes, po velké oklice, vstoupilo toto pojetí do názorové arény psychologie a psychoterapie po delší dějinné přestávce přibližně v polovině minulého století v podobě psychoterapie racionální či kognitivní.

Stalo se tak však po bouřlivém období, v němž právě psychologické pojetí člověka jako bytosti především rozumové bylo otřeseno a ve “vědecké” psychologii stejně jako v jejích klinických protějšcích téměř “vzato z pořadu”. V druhé polovině devatenáctého a v první polovině dvacátého století je argumentačně rozmetalo hned několik nově se zformovavších a názorově značně bojovných proudů:

Freudova psychoanalýza (po Janetově “první dynamické psychologii” a možná i po psychologii Herbartově) nejvýrazněji teoreticky vyjádřila a klinickými pozorováními podpořila pojetí, že člověk si nevládne rozumem, nýbrž je ovládán svými pudy a jejich dynamickými důsledky, a že toto není věcí vědomého zpracování, nýbrž převážně nevědomé dynamiky. Jádrem vývoje zdravého i chorobného a tedy i vznikání, průběhu a případné léčby duševních a psychosomatických poruch je tedy rozpoznání, respektování a regulování průběhu pudového uspokojování, pudových konfliktů a následků pudových traumat. Vliv prostředí je vždy zprostředkován stavem a průběhem pudových a s nimi spjatých citových dějů v člověku a vědomé poznání pouze slouží někdy realistickému projevu a uspokojení pudově určených motivů a emocí, někdy naopak jejich obrannému zakrývání. Cílem terapie je tu především umožnit nemocnému pro něj i pro jeho okolí přijatelnou abreakci pudových napětí, pozůstatků traumat a vytěsněných konfliktů a pak posílit jeho schopnost realističtěji, tj. pro sebe prospěšněji se vyrovnávat s neustálými nároky svých pudů, okolní skutečnosti a svého superego jakožto zvnitřněných příkazů, zákazů a ideálů vložených do něj společností.

Behaviorismus jakožto “teorie chování” a z něj pak odvozená “terapie chování” také popřel nejen vládnoucí, ale vůbec jakoukoli příčinnou roli lidského vědomí a “rozumu” či myšlení. Podle něj jsou duševní a tělesné odezvy člověka na

jeho životní situace také v podstatě “slepě” řízeny zákonitostmi fungování jeho nervové soustavy. Zdroje zdravého i nezdravého reagování člověka chováním však oproti psychoanalýze nespátřuje ve vnitřních silách a jejich střetávání navzájem či s nároky vnějšího prostředí, nýbrž naopak v jeho úspěšných či neúspěšných zkušenostech s různými reakcemi a jejich různými následky pro něj. Osobnost člověka zde byla redukována na soustavu osvojených spojů mezi spouštěcími podněty, s nimi spjatými reakcemi a je zpevňujícími nebo tlumícími následky, “odměnami” či “tresty”. Uvědomění či neuvědomění – a tedy i “rozumové” zpracování – toho, co se v průběhu tohoto vývojového “programování” děje, nebylo pro výsledek podstatné. Cílem terapie tu je především naučení takovému chování, jímž by člověk dosáhl přiměřeného “přizpůsobení” situacím okolního světa s jejich požadavky a možnostmi uspokojit či naopak frustrovat jeho potřeby.

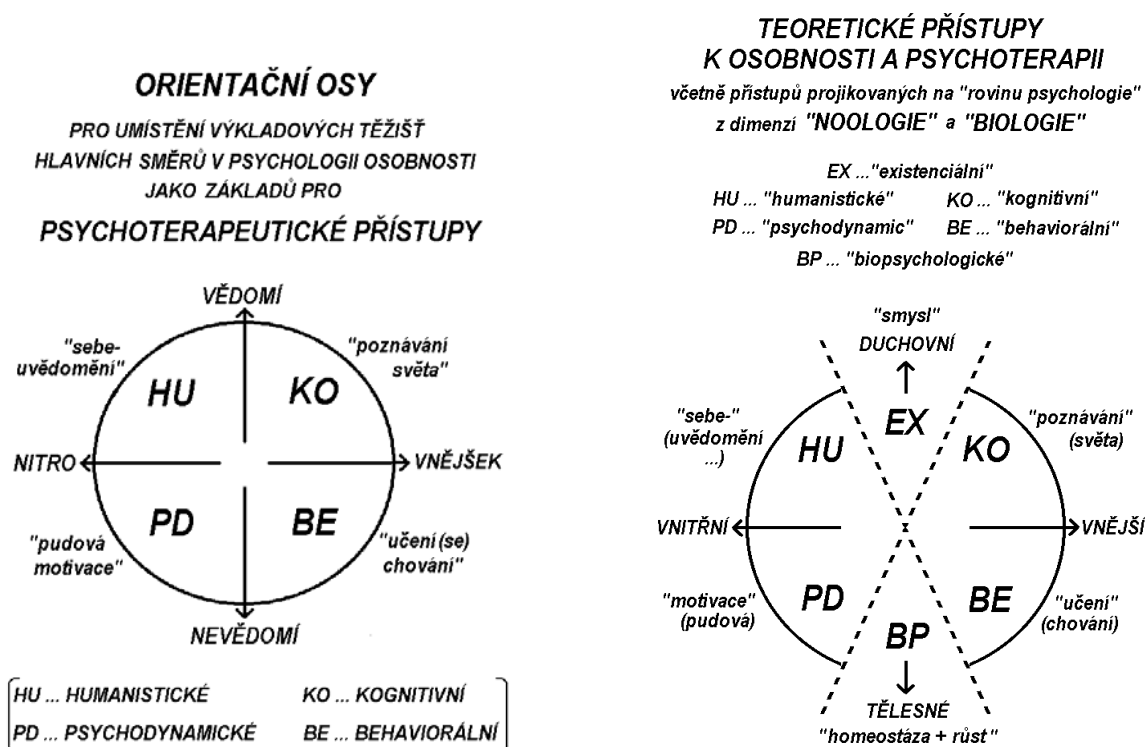
Humanistické proudy v psychologii reagovaly také proti tradičnímu důrazu na objektivně rozumové vypořádávání člověka se světem zdůrazněním jeho subjektivity, zvláště v podobě respektu k jevové, nikoli racionálně analytické, povaze lidské zkušenosti a sebezkušenosti. Zároveň však již také odmítavě reagovaly i na psychoanalytické a behavioristické popírání významu vědomí a vědomého sebeprožívání a sebeprojektování. Duševní zdraví spatřovaly v uvolnění a naplňování možností, které jsou každému člověku dány. Patologii pak typicky odvozovaly z toho, že tento vývojový pochod sebeuskutečňování byl zastaven, často právě převážením iracionálních pudových či společenských tlaků, vyvolávajících “úzkost ze života” a ustrnutí na nedokonalém stupni osobní “individuace” či “sebeaktualizace”. Cílem psychoterapie podle toho je odstraňování především vnitřních, “jáských” překážek v tomto vývoji, které nejlépe probíhá v důvěrném, citově vřelém a spontaneitu nemocného podporujícím setkání s osobně zralejším psychoterapeutem – průvodcem.

Až po přibližně stoletém “zatmění” znovu vstoupila do tohoto pole vědecky reformulovaný směr psychologie a psychoterapie kognitivní. V psychoterapii to byli zejména Ellis se svou racionálně-emotivní terapií, nověji pak Beck a jeho “kognitivně-behaviorální” následníci. Vystoupili s důkazy, že člověk i pudově strádá a citově, behaviorálně i fyziologicky selhává proto, že nesprávně myslí – užívá nedostatečných poznávacích a rozhodovacích strategií a zastává vědomě či nevědomě nesprávné předpoklady o povaze dění ve světě. Vznikání, přetrvávání a uplatňování “nesprávných”, “automatických” myšlenek je jádrem patologie. Psychoterapie proto má postupovat tak, že nemocnému pomůže uvědomit si je, vědomou argumentací a vědomě řízenou aktivitou si je zpochybní a nakonec je nahradí myšlenkami racionálními, skutečné povaze a významu událostí ve světě odpovídajícími.

Máme-li rámcově přehlédnout toto “rozložení sil” v poli tradičních i současných psychoterapeutických směrů, můžeme tak učinit pomocí jejich umístění v prostoru vymezeném dvěma osami. Ty zakotvíme pomocí dvojic protichůdných důrazů na vysvětlení, kde v lidské osobnosti jsou hlavní zdroje její patologie a tedy i hlavní terče psychoterapeutického působení. První vystihují protiklady důrazu na buď vnitřní, v osobnosti samé pramenící, nebo vnější, v okolním světě pramenící

zdroje jejího zdravého nebo poruchového vývoje a přizpůsobování. Druhou, teoreticky na prvé nezávislou, vystihují protiklady důrazu na buď mimovědomou, vědomému rozpoznání a volnímu ovládnání se vymykající úroveň duševního dění, anebo na jeho vědomou, vědomím reflektovanou a vůlí ovlivnitelnou úroveň.

Základní "dimenze", v nichž můžeme zmíněné hlavní historické proudy a současné důrazy psychoterapeutické teorie a praktického zacílení jednotlivých směrů umístit, spatřujeme tedy v polaritách "vnitřní – vnější" a "vědomé – nevědomé" zdroje lidského duševního života, které jsou v různých skupinách terapeutických přístupů pokládány za rozhodující. Místa hlavních typů rozdílných přístupů v psychoterapii z hlediska oblastí osobnosti, které v nich jsou pokládány za určující a vůči nimž se pak zaměřují jejich metody, lze znázornit:



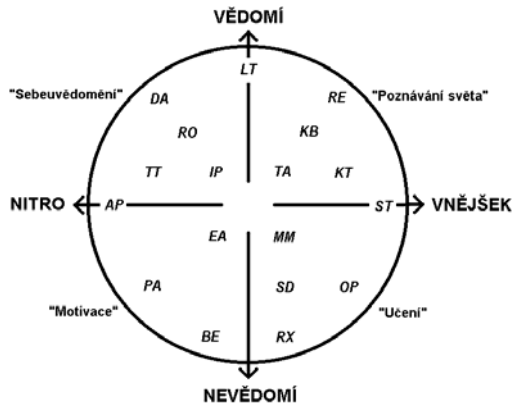
V levém obrázku jsou zachycena teoretická „těžiště“ výkladu a zacílení hlavních čistě psychologických proudů ve vývoji psychoterapeutických přístupů. V pravém je naznačen teoretický a praktický „přesah“ těžišť umístěných v jiných dimenzích lidského života: EX = „existenciální“ směry, jež i v psychologické léčbě vycházejí z duchovních skutečností svobody, odpovědnosti a svědomí; BP = „biopsychologické“ směry, vycházející z tělesných vazeb duševních poruch a potíží. Z těchto mimopsychologických zdrojů tyto přístupy čerpají vodítka a účinné faktory pro výklad a pro léčbu v rámci psychoterapie.

Alaspoň zkusmé umístění těch dílčích směrů v psychoterapii, které vycházejí z jednoznačněji formulovaných teoretických předpokladů a praktických záměrů, pak můžeme naznačit takto:

PSYCHOTERAPEUTICKÉ ŠKOLY  
V TEORETICKÉM POLI PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

Příklady:

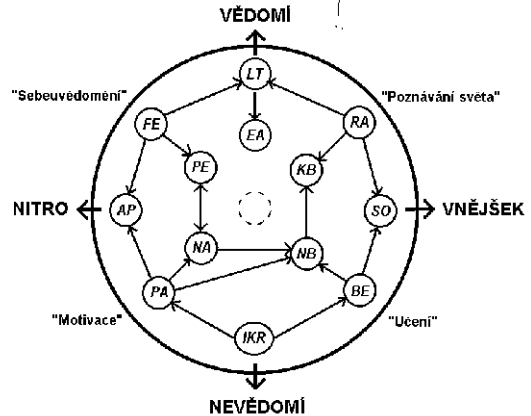
LT ... Logoterapie (Frankl); DA ... Daseinsanalýza (Boss);  
RE ... Racionálně-emoční terapie (Ellis); RO ... Rogersovská pt. (Rogers);  
KB ... Kognitivně-behaviorální terapie (Beck); TT ... Tvarová terapie (Perls);  
KT ... Komunikační terapie (Watzlawick); IP ... Individuální psychologie (Adler);  
TA ... Transakční analýza (Berne); AP ... Analytická psychologie (Jung);  
ST ... Systemická terapie (Selvini, Ludewig aj.); EA ... Ego-analýza (Horneyová);  
MM ... Multimodální terapie chování (Lazarus); PA ... Psychoanalýza (Freud);  
SD ... Systematická desensibilizace (Wolpe); RX ... Reflexní terapie (Pavlov);  
OP ... Operantní podmiňování (Skinner aj.); BE ... Bioenergetika (Lowen).



HLAVNÍ PROUDY VE VÝVOJI PSYCHOTERAPIE

Psychologické "modely" ve vývoje souvislostech:

FE ... Fenomenologie; LT ... Logoterapie; RA ... Racionalismus;  
PE ... Personalismus; KB ... Kognitivní behaviorismus;  
AP ... Analytická psychologie; SO ... Sociologismus;  
NA ... Neoanalýza; NB ... Neobehaviorismus;  
PA ... Psychoanalýza; BE ... Behaviorismus;  
IKR ... Insünkřivismus, Konstitucionismus, Reflexologie;  
EA ... směřování existenciálně analytického vývoje Franklovy logoterapie



Levý obrázek zachycuje statické umístění některých výrazných psychotherapeutických škol; v pravém je znázorněn (opět již v podobě obecnějších typů psychotherapeutických směrů) postupné přesouvání těžišť v průběhu výše popsaného vývoje psychotherapeutických přístupů v euroamerické tradici psychologie a lékařství. Zde je patrné, jak po expanzi celého „pole psychotherapie“ v první polovině dvacátého století do krajních polarit probíhá v dalším období vývoj postupným vznikáním a prosazováním dimenzionálně „umírněnějších“ důrazů, v nichž se zpravidla spojuje původní důraz na vládnoucí úlohu některé složky osobnostního dění v poruchách a v jejich léčbě se zvýrazněním příspěvku i složek ostatních.

Postupně se hromadící zkušenost však v průběhu minulého století ukazovala stále jasněji, že psychotherapeutické teorie založené na takto do krajnosti vedených protichůdných stanoviscích v mnohém nevyhovují. Z těchto výrazně antagonistických škol se začaly postupně vyvíjet a vydělovat další směry, které často – pokud vycházely z alespoň zčásti soudržných teoretických konstrukcí – posouvaly původně krajní „těžiště“ teoretických důrazů výchozích směrů o něco blíže k ostatním.

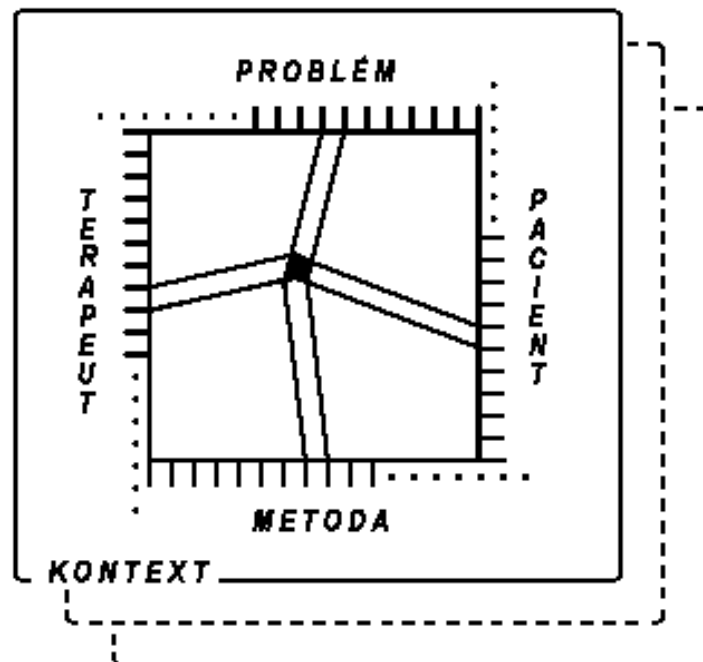
Tato tendence k teoretickému sblížení a kombinování dříve protikladných východisek a hypotéz v současnosti pokračuje pod několika tradičními názvy:

Nejčastěji se v současnosti uplatňuje pojem „*integrate*“, který se vyskytuje i v názvu řady nově ustavovaných směrů. Ve vztahu k celé oblasti psychotherapie by to znamenalo nalezení teorie přijatelné jako základ všemi současnými směry, což je nad lidské síly. Proto nynější „*integrované*“ nebo „*integrativní*“ psychotherapie představují zpravidla pokus o teoretické spojení několika hlavních důrazů do jednoho pojetí a žádný zvláštní průlom v oblasti sjednocení nepředstavují. – Podobný cíl si klade Norcross a Prochaskou zvolený přístup „*transteoretický*“.

Spočívá v hledání takové teorie, která by teorie jednotlivých směrů v sobě mohla integrovat jako zvláštní, dílčí případy – navzájem sice nesloučené, avšak dobře slučitelné s onou teorií “vyššího řádu”.

Oproti minulým desetiletím získává opět příznivější zvuk pojem “*eklekticismu*” – poučené volby z různých pojetí a metod tak, aby zvolený přístup odpovídal případu, jemuž má psychoterapie sloužit; tedy jedinečnému spojení určitého pacienta s určitou poruchou a určitého terapeuta s určitou metodou tak, aby výsledek byl co možná nejlepší ze všech možných alternativních kombinací. – *Diferenciace* psychoterapeutických přístupů s ohledem na konkrétní typy případů v uvedeném smyslu je skromnějším, avšak empiricky nadějnějším pokusem o uplatnění různých psychoterapeutických názorů a postupů v populaci rozdílných typů *pacientů* a jejich *problémů* a proti tomu *terapeutů* a jejich *dovedností*, popřípadě na pozadí různých společenských *kontextů*. Oproti čistě intuitivnímu “eklekticismu” zde klademe důraz na klinickým výzkumem podložené indikace teoretických výkladů a praktických postupů v jednotlivých případech uplatnění psychoterapie. Cílem takto vedeného zkoumání „účinnosti“ kombinací různých typů by mohly být jejich zjištěné pravděpodobnostní „hodnoty“ v kombinačních políčkách empiricky sestavované „matice“.

#### **Pomyslná matice hlavních činitelů v psychoterapii**



#### **4. Jaký další vývoj se nyní v oblasti psychoterapeutické teorie a praxe rýsuje?**

##### **4.1 Vývoj v oblasti teorie**

Psychoterapie má dvojí stránku: jednak aspiruje na to, být vědecky (v současném pojetí) založenou a budovanou odborností, jedna zůstává – při nedostatku „vědeckých“ prostředků, jak uchopit samu lidskou existenci i v jejím zdraví či zdravotní porušenosti – intuitivně uplatňovaným uměním. To se rozdílně projevuje v oblasti jejího teoretizování a v oblasti její praxe.

V oblasti teorie je patrný posun od logikou a empirickými důkazy nevázané tvořivosti k formulacím operacionalizovatelných hypotéz a jejich ověřování. Formuluje se nikoli teoreticky, nýbrž spíše metodologicky založený „obecný model psychoterapie“, který nezávisle na obsahu východisek velkých psychoterapeutických škol minulosti empiricky zjišťuje hlavní druhy „proměnných“ účinně se podílejících na průběhu a výsledcích psychoterapie jakéhokoli druhu. V této podobě je již určitá integrace a diferenciací možná. Svou oporu má tento odklon od svérázných „škol“ oporu i v počínání snad již většiny praktických psychoterapeutů, kteří si nedovolí luxus kvazináboženské loajality k jedné škole a zvažují indikaci různých možných výkladů a praktických metod. I mezi představiteli hlavních škol se postupně prosazuje snaha o překonání rozporů v pojetích, pojmech a hypotézách tak, že postupně rozšiřují či pozměňují východiska své školy přibíráním hledisek uplatňovaných ve školách jiných. Konkrétně pozorujeme takové sblížování mezi teoretickými přístupy psychodynamickými a humanistickými na jedné straně a mezi přístupy behaviorálními a kognitivními na straně druhé; a to mezi hlavními typy přístupů vůbec i mezi dílčími pojetími v jejich rámci, jejichž příklady můžeme uvést. V psychoterapeutické teorii tedy lze očekávat další sblížování a propojování přístupů doposud odlišných.

Tato tendence se týká i větší pozornosti věnované v doposud čistě psychologických pojetích skutečností duchovním na jedné a tělesným na druhé straně. „Přesah“ existenciálních a somatických hledisek (na jedné straně otázky svobodné volby hodnot a smyslu, na opačné straně otázky anatomické a fyziologické podmíněnosti duševních stavů, dějů a vlastností) je postupně vtělován do širšího pojetí psychoterapie jako péče o lidské problémy vůbec, což je vývoj odpovídající probíhajícímu posunu pojetí somatické medicíny od přístupu „biomedicínskému“ k přístupu „biopsychosociálnímu“. Ač toto rozšíření perspektivy psychoterapie představuje vážné riziko tam, kde vede k pokusům vyložit a vyřešit psychologickými prostředky poruchy či selhání duchovní a tělesné podstaty, je na druhou stranu dobrou pojistkou proti ignorování skutečností, které mohou být nejen průvodním jevem duševního onemocnění, nýbrž jeho vlastní, byť zprostředkovanou, příčinou.

#### **4.2 Vývoj v oblasti metod**

Oproti pozorované tendenci ke sblížování původně protikladných stanovisek a předpokladů různých teoretických přístupů k psychoterapii však pozorujeme opačný sklon v oblasti prakticky užívaných metod. Důraz teoretické práce v psychoterapii na nalézání obecnějších vzorců, přesahujících zúžená hlediska jednotlivých škol, je tu zaměněn naopak znatelnou „polarizací“ do dvou oblastí, na něž se psychoterapeutická praxe soustřeďuje. Na jedné straně je to prosazování

kognitivního hlediska – spoléhání na metody, které vedou k nápravě a uzdravením prostřednictvím uvědomování a cílevědomého přepracování poznávacích strategií a již osvojených názorů, hodnocení a životních cílů. Terapeutickým cílem je posílení vědomého sebeřízení a řešení problémů. K tomu směřují zvláště terapeuti vycházející z tradic behaviorálních, kognitivních a existenciálních. Na druhé straně to je odmítání spoléhání na „rozum“, pokládáný zde spíše za nástroj obranné racionalizace, a spoléhání na vnitřní „řeč těla a citu“, vyplývající spíše z neuvědomovaných, avšak podstatných duševních pochodů. Léčivé zde je „nechat tělo, city, podvědomí“ plně se uplatnit v řízení vnějších projevů – výrazu a chování – a zbavit se vnucovaných a vnucujících se „rozumových“ klamů a sebeklamů. Zastánci těchto názorů vycházejí zvláště z tradic biopsychologických, psychodynamických a někdy humanistických. Příklon k jedné z těchto psychoterapeutických „tradic“ nespočívá na jasné teorii v současném významu, nýbrž spíše na antropologických předpokladech o povaze člověka vůbec a je tedy spíše věcí intuitivního, než logicky a empiricky podloženého přesvědčení – tedy spíše věcí „vkusu“, než objektivního poznání. – K tomu opět můžeme uvést příklady.

Oba metodické důrazy mají svůj přínos i svá rizika. Kognitivní důraz člověku připomíná jeho schopnost sebevlády a odpovědnost i tam, kde mu může být duševním či tělesným onemocněním omezena, a učí ho užívat svých schopností přiměřeně možnostem. K selhání však vede tam, kde moc lidského „rozumu“ přecení. Somato-emocionální důraz prospěšně zdůrazňuje nepominutelnou iracionální složku lidského bytí, s jejímž opomíjením či strádáním vznik a průběh duševní i tělesné nemoci často souvisí. Je-li přehnan, nesprávně redukuje lidské sebeřízení hru citových a tělesných sil, již je člověk v nejlepším případě poznávajícím a podrobujícím se divákem, nikoli aktivním činitelem. – Zdá se, že integrace a diferenciací v tomto rozměru psychoterapeutických pojetí a metod je obtížnější, neboť výrazní stoupenci jedné či druhé tradice jsou takovými – podle našeho odhadu – spíše na základě osobního iracionálního přesvědčení o „pravé“ povaze a determinovanosti člověka, než na základě empirické a logické rozvahy.

Přehled struktury a vývojové dynamiky v oblasti psychoterapie lze uzavřít nadějí, že patřičné teoretické zakotvení a metodické přizpůsobení můžeme v současnosti očekávat – spíše než od soupeření teoretických a metodických škol – od poučeného vykonávání psychoterapeutické praxe. Na úrovni relativně obecněji zaměřených praktických úkolů pravděpodobně vždy docházelo a stále dochází k přiměřenější diferenciaci a integraci předpokladů a postupů, než se to daří na úrovni rozdílných teoretických či intuitivních pojetí. Ona „poučenost“ při výkonu psychoterapie – tedy vědět, co vlastně dělám, proč to tak dělám a co tím pravděpodobně působím – však vyplývá, aspoň pro tento obor, z rozpoznání přínosu, možností a rizik, které dosavadní teoretický a metodický vývoj psychoterapeutického myšlení a jednání ozřejmuje. Tomu bych rád posloužil i tímto příspěvkem.

# Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model

## část 5.

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č.1, 2, 5, 6/ 2004)

### 5 KONSTRUKCE NAŠÍ SKUTEČNOSTI

Pokusíme se spojit vlákna, která jsme získali při analýze poznání a vytváření teorie, do celkového obrazu. Biologický základ tohoto obrazu musí vycházet z konstatování, že živá těla nejsou primárně určována stimuly jako vlivy vnějších procesů, nýbrž připraveností těla reagovat, která závisí na jejich vnitřním stavu – kyberneticky vyjádřeno na hodnotě, jíž má být dosaženo. V *Peirceově* nauce o znacích je možné požadovanou hodnotu definovat jako interpretanta. Z toho rozvinul *Deacon* fylogenetický koncept, jehož ontogenetická verze odpovídá *Piagetově* nauce o rozvoji biologických reakcí k psychickému chování. V jednotce sestávající z organismu a prostředí, kterou použil jako základ *J. von Uexküll*, jsou tyto představy brzy formulovány. Jeho terminologický návrh nemluvit u jednobuněčných organismů o „prostředí“, nýbrž o „obytné schránce“ nám umožňuje, abychom provedli rozbor sémiotických důsledků vývojově historických proměn.

#### 5.1 Vegetativní systémová rovina

Termín „vegetativní“ je odvozen od latinského slovesa „vegetare“ označujícího růst. Pojem „obytná schránka“ má popisovat konstrukční pravidlo, podle něhož rostliny utvářejí své vztahy k vnějšímu světu. Sémioticky viděno se tyto vztahy omezují na ikonické znaky pro kvality okolí, jako jsou vlhkost, teplota, obsah živin atd., a to z hlediska jejich „sladčování se“ s potřebami rostliny. V tomto ikonickém světě chybí indexové znaky, které předpokládají samostatný pohyb. Rostliny musí čekat, dokud se jejich obytná schránka nesladí s jejich potřebami.

Rozdíl mezi principem „obytné schránky“ jako konstrukčního pravidla pro vztahy k vnějšímu světu a principem „prostředí“ je možné ilustrovat na chování jednobuněčného organismu paramecium (trepka). Paramecium disponuje pro veškeré možné stimuly mechanického, chemického či termického charakteru pouze jednou jedinou odpovědí: únikovou reakcí. Její svět se skládá ze dvou vlastností: **nebezpečného ne-já**, před kterým uniká, a **bezpečného ne-já**, u něhož setrvává a



nachází svoji potravu. Tento primitivní svět stačí k tomu, aby bylo možné bezpečně provést živočicha, jehož receptory nejsou žádné specifické smyslové orgány a jehož efekty jsou pouhé řasinky, přes veškeré překážky a nebezpečí do oblasti optimálních životních podmínek.

Ty mnohé věci, které pozorovatel v okolí trepky vnímá, ať už se jedná o řasinky, jiné nálevníky, malé koryšce nebo mechanické překážky, pro trepku neexistují. Její svět se skládá pouze ze změn jejích receptorů na povrchové membráně. V tomto světě ještě neexistuje žádný prostor. Prostor, ve kterém si trepka s velkou jistotou plave, existuje pouze ve světě pozorovatele. Paramecium sama žene pouze okolní tekutinu pomocí svých řasinek okolo receptorů na svém povrchu, a to tak dlouho, dokud vlastnosti tekutiny neodpovídají její požadované hodnotě. Tekutina, která přichází do kontaktu s jejími receptory tvoří její obytnou schránku, nic z toho, co se nachází za hranicemi této schránky, pro trepku neexistuje (J. von Uexküll a Kriszat 1936; Bertalanffy 1968).

Díky pohybům svých řasinek může trepka měnit svoji obytnou schránku, a tím vytvářet jistý předstupěň k „prostoru“ a systému prožívajícímu sebe sama (*propriocepce*). Mluvíme o předstupni, protože se nejedná o prostor, v němž se paramecium pohybuje, nýbrž který její řasinky ženou podél jejích receptorů. Indexové znaky se omezují na význam „nevhodný“ jako odkaz na význam „vhodný“.

Tento příklad nám také napomáhá zdůraznit rozdíl mezi prostorem pozorovatele a prostorem pozorovaného živočicha. Pozorovatel před mikroskopem vidí trepku „jako ponorku proplouvající kapkou vody“, zatímco trepka pohybuje svým „prostorem“ podél svých receptorů. Trepka je v tomto případě „pozorovatelem prvního řádu“ své pohyblivé obytné schránky. Pozorovatel u mikroskopu, který musí z chování trepky usuzovat na její prostředí, je „pozorovatelem řádu druhého“.

## 5.2 Animální systémová rovina

Pojem „**animální**“ je odvozen od latinského slova „anima“ pro duši. Označuje schopnost živých systémů konstruovat prostředí jako vlastní (subjektivní) sféru života, ve které je možné „prožívání sebe sama“. Ze sémiotického hlediska se „prostředí“ liší od „obytné schránky“ indexovými znaky, které prostorově strukturují znaky ikonické. Za účelem popisu této schopnosti vyvinul J. von Uexküll (1920) **model funkčního obvodu**, a položil tak základy pro moderní výzkum chování, jehož fyziologické aspekty byly dále rozvedeny *Timbergenem* a *Lorenzem*. Nebyly však při tom zohledněny subjektivní aspekty, tzv. „světy vnímání“, jak J. von Uexküll pojmenoval tuto část prostředí. Tato část teorie prostředí má závažné důsledky pro teorii poznání, které jsou ve vši ostrosti tematizovány teprve v poslední době (*Bateson* 1985).

Pro popis chování zvířat, která mají specifické smyslové a pohybové orgány, již nestačí jednoduchý model regulačního obvodu. Já a ne-já vegetativní roviny jsou v rámci „zúčtování“ hodnot, které poskytují smyslové orgány pro chování orgánů

pohybových, nově diferencovány: **Já** získává vlastnost „zde“ a **ne-já** vlastnost „tam“. Díky oběma vlastnostem vzniká okolo organismu senzomotorický prostor jako sféra, ve které se procesy okolí mohou objevovat jako „objekty“ a mohou být „lokalizovány“ pro pohybové orgány. Tento subjektivní prostor, který se vine okolo organismu jako pro vně stojícího pozorovatele neviditelná blána, je emergentním fenoménem animální roviny.

J. von Uexküll označil v roce 1936 „anatomii“ orgánu „schránka vytvářená prostředím“ na animální úrovni – zahrnut je rovněž člověk – jako základní kámen antropologie člověka a prostředí:

*„Každý člověk, který se kolem sebe rozhlíží ve volné přírodě, se nalézá ve středu kruhového ostrova, jenž je zastřešen modrou nebeskou klenbou. To je názorný svět, který mu byl přidělen a který obsahuje vše, co je pro něho viditelné. A toto viditelné je uspořádáno dle významu, jaký to má pro jeho život. Vše, co je blízko a může na člověka působit bezprostředně, tam stojí v plné velikosti; vzdálené a proto méně nebezpečné je malé. Pohyby vzdálených věcí pro něho mohou zůstat neviditelné, zatímco pohyby věcí blízkých jej děsí. ...Věci, které se k člověku neviditelně přibližují, protože jsou zakryty ostatními předměty, se prozrazují jeho uším lomozem nebo jeho nosu pachem a, v okamžiku, kdy se dostaly již velmi blízko, jsou zachytitelné hmatem.*

*Blížkost se vyznačuje stále hustším ochranným valem smyslu. Hmat, čich, sluch a zrak obklopují člověka jako čtyři vrstvy pláště, který směrem ven neustále řídne.“*

**Model „funkčního obvodu“** (obrázek 1-2) popisuje, jak organismus konstruuje svůj subjektivní svět. Toto konstruování probíhá následujícím způsobem: Smyslové orgány proměňují vlivy okolí na ikonické znaky optické, hmatové, čichové a akustické kvality a udělují jim indexový význam. Nechovají se při tom jako pasivní příjemci, nýbrž jako aktivní a kreativně činné „vnímací orgány“, které vtiskávají znakům význam právě aktivního funkčního obvodu (médiu, lovu kořisti, sexuálního partnera atd.), a to v podobě „znaků vnímání“ (die Merkmale). Tímto způsobem vzniká „svět vnímání“, ve kterém vystupují objekty. Tento proces se označuje jako „přidělování významu“.

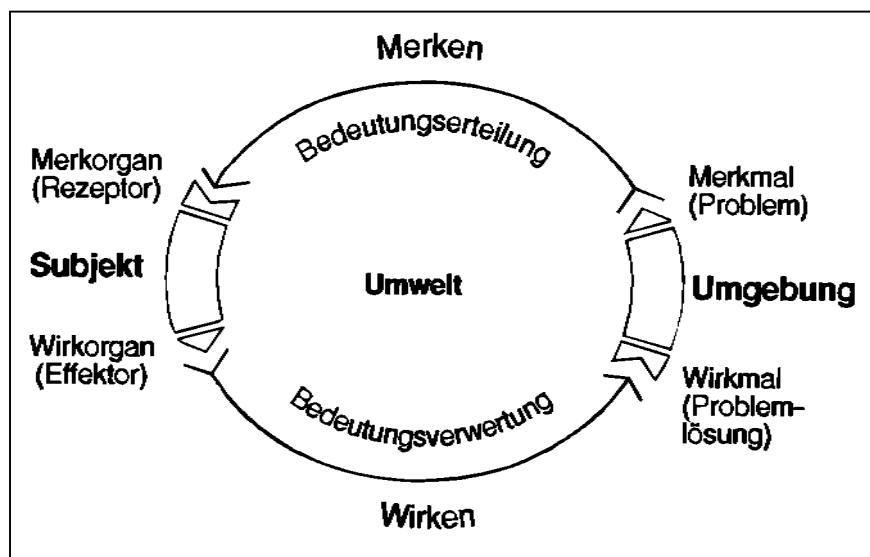
„Znaky vnímání“ objektů vyvolávají chování, to znamená aktivitu efektorů nebo-li „orgánů účinku“, které přidělují objektům „znaky účinku“. Takto dochází k subjektivnímu nebo objektivnímu vymazání znaků vnímání. Např. znak vnímání „potrava“ tak zmizí subjektivně nasycením nebo objektivně konzumací. Tento proces se označuje jako „zhodnocení významu“. Důležité je, že každé zhodnocení významu předpokládá „**umožnění významu**“ na straně objektu. Schématicky je možné tento model popsat následujícím způsobem:

Pojmy „**vnímání**“ nebo „**účinek**“ označují základní ikonické a indexové funkce živých organismů, které nemají ještě nic společného s vědomým vnímáním nebo chtěním, ale vytvářejí jejich předpoklady. Pojem „**udělení významu**“ označuje ve shodě s *Piagetem* asimilaci neutrálních faktorů okolí jako součástí subjektivního prostředí, pojem „**zhodnocení významu**“ pak odpovídá jejich akomodaci. V konečném efektu získávají také pojmy **subjekt** a **objekt** jako

biologické fenomény nový obsah: Označují prvky jednotky, v níž si primárně aktivní systém s vlastností „sám“ konstruuje své vlastní prostředí.

Z hlediska vědecké teorie spočívá přínos *J. von Uexküll* v založení biosémiotiky jako samostatné nauky o znacích (*Th. von Uexküll* 1997). Pro něho se „skok“ od tělesného k psychickému světu neodehrává na hranici mezi anorganickými procesy a biologickými systémy, nýbrž na hranici mezi vegetativními a animálními systémy. Do této míry se shoduje s pojetím *Freuda, Piageta a Batesona*, pro které se původ lidské psychiky nachází rovněž v biologické oblasti. To však nesmí znejasňovat pohled na skutečnost, že společně s výskytem animálního života se odehrál **skok od ikonické ke komplexní indexové systémové rovině**.

Na této komplexní úrovni tvoří subsystém organismus nebo tělo se subsystémem prostředí coby psychickou konstrukcí jeden systém, v němž jsou oba integrovány jako části nebo subsystémy. Nejedná se při tom o sčítání (adici), nýbrž o tvůrčí proměnu integrovaných částí (emergenci).



**Obrázek 1-2**

Funkční obvod (modifikovaný podle *J. von Uexküll* 1936): Živočich (subjekt) vtiskává svému okolí vnímáním určitý znak vnímání a definuje popř. vytváří tímto způsobem objekt. Tím se spouští chování, které vtiskává objektu určitý znak účinku, který vymaže a změní jemu odpovídající znak vnímání. Vnímání jako udělování významu odpovídá strukturování okolí jako problému, který musí být vyřešen vyvinutím účinku coby zhodnocením významu.

### 5.3 Humánní systémová rovina

Popsali jsme, jak se společně s prostředím jednotlivých zvířat vynořují emergentní konstrukce, které označujeme jako „psychické“. Jak se vyvíjejí tyto konstrukce, které – viděno ze sémiotického hlediska – kombinují ikonické a

indexové znaky a vytvářejí tak konstrukce symbolické, s nimiž je nerozlučně spojena psychologie člověka. Zde narážíme na obtíž, že fenomény, které přísluší k individuální a sociální rovině, jsou natolik úzce propojeny, že je lze jen stěží oddělit.

Vyjděme z konstatování, že jazyk a schopnost být pozorovatelem druhého řádu – coby předpoklady pro **konstrukci „objektivního vnějšího světa“** – se poprvé objevují u člověka. Zde bychom před sebou měli emergentní fenomény humánní roviny, na které se – jak to popsal *Piaget* – poprvé objevuje také něco, co označujeme jako „předmět“, pokud máme na mysli objekt, který nezávisí na nás samých a na našem chování. *Winnicott* (1973) označuje toto „něco“ velmi precizně jako „**objektivní objekt**“ a definuje tak odlišnost od „**subjektivních objektů**“ animální roviny, které nemají žádnou stálost a vůči kterým si subjekty nemohou udržovat odstup. Subjektivní objekty zvířat a malých dětí se rozplynou, jakmile se tyto vytráčí ze svého prostředí. Zvířata a malé děti zůstávají na své objekty vázány, dokud jsou přítomny ve svém prostředí.

## 6 MODEL SITUAČNÍHO OBVODU

### 6.1 Funkční obvod jako primární proces

Chceme-li uplatnit souvislosti popsané v modelu funkčního obvodu pro medicínu, musíme se poohlédnout po procesech, které zviditelňují spojnice a přechody k mnohem komplexnější oblasti lidského života. Narazíme při tom na následující souvislost: Quasi automatické reakce, jimiž řeší zvířata problémové situace dle vrozených programů, odpovídají do značné míry chování, které psychoanalýza popisuje jako **primární proces**. Při tomto procesu má – viděno z ekonomicko-dynamického hlediska – psychická energie bez překážek odtékat. Při tomto zorném úhlu odpovídá proces, který je popisován funkčním obvodem, do značné míry tomu, co tanulo na mysli *Freudovi*, když mluvil o tom, že v rané fázi lidského vývoje se pudové chování realizuje v rámci primárních procesů. Můžeme si představit, že u lidského kojence – podobně jako u zvířete – probíhají od prvního dne orální funkční obvody příjmu potravy a anální funkční obvody vylučování dle vrozených programů a že genitální funkční obvod se strukturuje teprve později.

Tímto způsobem se ozřejmuje shoda chování lidských kojenců s chováním zvířat, co se nucenosti, neodložitelnosti a nepoučitelnosti týče.

*Z vývojově psychologického hlediska odpovídá chování kojence během prvních 2 až 3 měsíců života do značné míry schématu funkčního obvodu.*

Kojenci reagují na stimuly vnějšího světa ještě **primárními procesy**. Důležitý je však rozdíl mezi schématem funkčního obvodu, podle něhož probíhá chování lidských kojenců, a modelem funkčního obvodu, podle něhož může být vykládáno chování zvířat: Zvířata jsou brzy po narození soběstačná. Jsou schopna řešit problémové situace samostatně, a to vnímáním a vyvoláváním účinku, to

znamená svými senzomotorickými aktivitami. Lidský kojeneček je odkázán na specificky lidské okolí, které mu do značné míry odnímá řešení jeho biologických problémů. To znamená, že biologické funkční obvody přijímání potravy a vylučování jsou u člověka od prvního dne konfrontovány s **požadavky společnosti**. Životně nezbytné doplnění dětských funkčních obvodů matkou, která – aniž to chce nebo aniž si je toho vědoma – plní funkci „agenta společnosti“ (E. Fromm), nutí kojence ke změně a diferenciaci primárně biologických forem chování, a tím k „socializaci biologických funkčních obvodů“.

Tato „**primární socializace**“ dítěte, ke které dochází v prvním roce života – tedy v „mimoděložním jaře“ (Portmann 1969) – za účelem příjmu potravy, se odehrává v těsném vzájemném vztahu mezi matkou a dítětem. Teprve v průběhu tohoto vztahu se matka pro dítě proměňuje z prostředí uspokojujícího potřeby v milovanou osobu, tedy v objekt, jak to precizně formuluje psychoanalýza. Těsné prokřížení vývoje biologických procesů zrání u senzomotoriky s psychickými procesy učení, např. rozlišování mezi vnitřním a vnějším a později také osvojení si jazyka, je těsně vázáno na aktivity matky nebo ji zastupující osoby. V tomto prokřížení probíhá první modifikace a socializace vrozeného pudového chování. Tento vývojový proces, který vede od biologického funkčního obvodu k situačnímu obvodu dospělých lidí – co rozumíme pod pojem situační obvod, popíšeme vzápětí –, je možné v hrubých rysech rekonstruovat díky výzkumným pracím následujících vědců: Spitz (1972), Piaget (1975), Mahler a spolupracovníci (1980), a dále pak von Balint (1966), Winnicott (1973), Kobout (1979), Lichtenberg (1991) a Stern (1979, 1991). Vývojový model sémiotiky popisuje tento proces jako časovou následnost ikonických, indexových a symbolických znakových procesů vedoucí ke konstrukci obytných schránek, prostředí a konečně také skutečností v rámci jednotek přežití.

## EXCEPTA PSYCHOSOMATICA

*Otvíráme novou rubriku, kam bychom rádi shromažďovali citace z odborného tisku našeho i zahraničního, které se týkají psychosomatického přístupu v medicíně. Začínáme netradičně citací hned celého článku Jiřího Šimka.*

### **Jiří Šimek: Ad Richard Rokyta: Psychogenní bolest**

(Psychiatrie, 8, 2004, No. 2, s.143)

Nedávno\* jsem napsal do časopisu Psychosom, což je převážně internetový časopis pro zájemce o psychosomatickou problematiku, poznámku, která začíná slovy: „Při čtení textů přicházejících z vědeckých kruhů a při hovorech s poctivými českými vědci si často povzdychnu, jak se věda klopotně a s mnohými oklikami dobabrává tam, kde někteří rozumní filosofové byli již před léty, ne-li staletími. Je tomu pár dní, co se mi pan profesor Richard Rokyta svěřil, že

---

\* tento text pochází z dubna 2004

výzkum bolesti objevil neuvěřitelnou věc. Při bolesti psychické i tělesné se v pozorování s pomocí magnetické rezonance aktivují ty samé okruhy mozku. Byl udiven, když jsem mu řekl, že to vím již dávno a přednáším to tak už léta, a nepotřebuji k tomu moderní přístrojovou techniku.“

Pro mne, jako lékaře původně odkojeného biologickými vědami a později „zkaženého“ fenomenologickými analýzami Jana Patočky, je vysoce zajímavý vztah mezi poznáním vědeckým a přirozeným. Vědci naší doby mají zaběhanou svou metodu: od hypotézy přes experiment a jeho statistické zpracování až k potvrzení či vyvrácení hypotézy; postavení nové hypotézy atd. Fenomenologicky poznávající člověk má také svou metodu: prostě se „otevře fenoménu“, pozoruje jej ze všech stran a analyzuje, co vidí či zažívá. Pozoruhodné je, že některé věci (podstata blesku, mechanismus účinku antidepresiv) lépe popisuje věda, některé zase prosté otevření se fenoménu. Chceme-li porozumět bolesti, jde, alespoň na počátku, ten druhý způsob blíže k podstatě. Již sám jazyk dokumentuje, že lidé odedávna sice rozlišovali bolest duševní a tělesnou, ale velmi dobře věděli, že jde v podstatě o totéž a ponechali proto pro oba fenomény stejné slovo, bolest. Tuto intuici potvrdily drogy, zabírají totiž na obě bolesti. Teprve karteziánské rozdělení člověka na tělo a duši původní intuici zatemnilo. Bolest je zřejmě signálem, „že je něco vážně v nepořádku“ a není pro ni důležité, co a kde je v nepořádku, to rozlišují jiné systémy.

A tak depresi můžeme také rozumět jako „bolesti duše“. Deprese signalizuje, že v psychosociálním poli jejího nositele je „něco vážně v nepořádku“. Vnímání bolesti může být omylem (např. fantomová bolest), a také deprese může být omylem (endogenní deprese je nejspíše porucha v mozkových působicích, v podstatě nezávislá na psychosociálním poli nemocného). Když ale bolest ze zlomené kosti zaměníme za fantomovou bolest a nenapravíme původní zranění, pacienta poškodíme. Stejnou chybu můžeme udělat, když bolest z narušeného psychosociálního pole označíme za „endogenní“ a místo toho, abychom pomohli pacientovi „opravit“ psychosociální pole, upravujeme jeho mozkový chemismus, nebo jej odnaučujeme prožívat úzkost a jiné nepříjemné emoce.

Z tohoto pohledu nepřekvapí, „že dobré manželské vztahy snižují frekvenci psychogenních bolestí“. Špatné vztahy rodičů jsou nejčastější poruchou v psychosociálním poli dítěte a bolest břicha tedy nesignalizuje, že je něco v nepořádku v orgánech břicha, ale je „něco vážně v nepořádku“ v rodině. Rodinná terapie pak přináší každodenní zkušenost, že když terapeuti pracují s rodiči a dítě se buď nechá sedět v koutku, nebo se vůbec nezve, bolest jeho břicha ustoupí ve chvíli, kdy se něco změní ve vztahu manželů. I dospělého často „bolí“ nezdařené manželské vztahy ať již formou deprese, nebo „low back pain“. Ani tam není nejlepším nápadem měnit mozkový chemismus či přeučovat emoční reakce. Zde je ale problém v tom, že opravit poruchu v psychosociálním poli dospělého člověka je velmi obtížné, někdy i nemožné. Někdy sám pacient, když je konfrontován s takto otevřenou realitou, zvolí ponechat si raději příznak (bolest) než příliš mnoho měnit ve svém životě a ve svých postojích. Ostatně o ten příznak se mu postará armáda zdravotníků.

Zjištění současné psychoneuroendokrinologie a psycho-neuro-endokrino-imunologie jsou jistě velmi zajímavá. Potvrzují zkušenost, kterou udělal člověk již před dávnými lety. Bolest se musí odehrávat v mozku. Když se mozková činnost vyřadí pořádnou ránou do hlavy, veškeré bolesti na tu chvíli ustanou. Moderní zobrazovací techniky nám pěkně ukáží, kde v mozku se ty děje odehrávají. Že to podstatné kolem bolesti se musí odehrávat někde v limbickém systému víme od té chvíle, kdy byl limbický systém identifikován jako zodpovědný za emoční stavy.

Již staří latiníci říkali „nihil novum sub sole“. V léčbě bolesti máme odedávna dvě možnosti, buď nějak spravit to, co bolí (např. srovnat a fixovat zlomenou kost), nebo podat látku, která umožní bolest nevnímat (opiát, jiné analgetikum, v nové době i antidepresiva). A odedávna se považuje za chybu tlumit bolest farmakologicky tam, kde je možné opravit původní příčinu. Ke srovnání zlomené nohy stačovala i zručná bába kořenářka. Oprava psychosociálního pole je podstatně složitější. Jedinou skutečně fungující metodu „gnóthi seauton“ - poznej sebe sama, vymysleli již staří Řekové. Dokonce vyvěsili tuto radu nad vchod do pověstné delfské věštírny. Věděli, že člověku nepomohou ani věštby ani jiné vnější zásahy, když nezná sám sebe. A

také již oni věděli, že jen málokdo se touto radou řídí. My jsme si nad naše věštírny místo rady „poznej sebe sama“ vyvěsili radu „nevaž se, odvaž se“. Pak nás nemají bolest záda a nemá trpět depresí každý druhý či třetí člověk (podle toho, jak se to počítá). Kdo by se tím ale trápil. Farmaceutické firmy nás zásobují úžasnými léky, o kterých staří Řekové neměli ponětí. Však to byl starověk, plný pověr a předsudků...

Adresa autora:

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

3.lékařská fakulta UK v Praze

Ruská 87, 100 00 Praha 10

## POMOC ODNĚKUD NĚKAM

### PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA S.R.O HLEDÁ PRO PRÁCI V TÝMU:

psychologa nebo fyzioterapeuta s výcvikem v terapii zaměřené na tělo (biosyntéza, bioenergetika, pesso-boyden). Možný i částečný úvazek.

#### Kontakt:

MUDr.Martin Jarolímek

Psychosomatická klinika s.r.o

Patočkova 3, Praha 6-Dejvice 16900

[jarolimek@psychoaomatika.cz](mailto:jarolimek@psychoaomatika.cz)

tel.:233081231

### NABÍDKA AMBULANTNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PĚČE V DS HORNÍ PALATA

#### Vážení kolegové,

chtěli bychom Vás tímto informovat a nabídnout Vám možnost pojišťovnou hrazené ambulantní psychoterapeutické péče pro Vaše klienty. Nabízíme **7 týdenní denní stacionáře**, v nichž bude probíhat intenzivní psychoterapeutický program od 8.30 do 15.00.

Program zahrnuje komunitu, fyzioterapii, skupinovou psychoterapii, arteterapii, relaxační a neverbální techniky ergoterapii

MUDr. Hynek Forman, vedoucí DS Horní Palata

Mgr. Radek Sýkora, psycholog

**Předpokládané termíny a vedoucí denních stacionářů jsou:**

- E** 3.1.-18.2.2005 (R.Telerovský)
- F** 17.1.-4.3.2005 (M.Havelková, M.Huptychová)
- G** 21.2.-8.4.2005 (R.Sýkora)
- H** 7.3.-22.4.2005 (H.Prašková)
- I** 11.4.-27.5.2005 (R. Telerovský)
- J** 25.4.-10.6.2005 (R.Novotná)
- K** 30.5.-15.7.2005 (R.Sýkora)
- L** 13.6.-29.7.2005 (P.Pokorná)

*Denní sanatorium Horní Palata, U Nesypky 28, Praha 5 tel. 257325118, 257322366, 257329264*

V Praze 4.1.2005

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ  
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Psych@Som  
Bulletin zájemců o  
psychosomatickou  
problematiku v medicíně

Tiskne PPI Liberec  
Jáchymovská 385  
Liberec 10, 46010  
skt@sktlib.cz

*Budete-li tisknout soubor stažený z internetu ([WWW.SKTLIB.CZ](http://WWW.SKTLIB.CZ)) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možností Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: 40,1,2,39/ 38,3,4,37/ 36,5,6,35/34,7,8,33/32,9,10,31/30,11,12,29 /28,13,14,27/26,15,16,25/ 24,17,18,23/ 22,19,20,21/ Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešít s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na [MENCLOVA@SKTLIB.CZ](mailto:MENCLOVA@SKTLIB.CZ), bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tištěného čísla je 45 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***